



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil: Diálogos entre medicina e arquitetura

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sandra Xavier (Universidade de Coimbra)

Alexandra Ruivo Cordeiro

2015

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô Matias.

Aos meus pais Celeste e Joaquim, aos meus irmãos Rita e Pedro
e aos meus sobrinhos Beatriz, Maria João, Simão e João Tomás.

Ao João Miguel, pelo seu amor e companheirismo inigualável.

Às Madrinhas, as amigas de sempre.

À SAL e amigos, a família que foi escolhida, sem a qual já não saberia viver.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a construção do *Homem Novo*,
reflectido na mulher que sou hoje.

À Dra. Cristina Nogueira, um exemplo de grande dedicação e conhecimento da vida e
obra de Bissaya Barreto e essencial auxílio no decorrer da investigação.

À Professora Doutora Sandra Xavier, pela sua dedicação na orientação desta dissertação
que só se tornou possível através do seu apoio, compreensão e da sua visão
antropológica incomparável, que tantas vezes me fez voltar ao caminho certo a seguir.

ANT | ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS

ANTT | ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO

ARSC | ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

AUC-AD | ARQUIVO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA - ARQUIVO DISTRITAL

BCG | BACILUS CALMETTE-GUÉRIN

CDBB | CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO

CMC | CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

HSCPБ | HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL

HUC | HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

LNT | LIGA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE

JDC | JUNTA DISTRITAL DE COIMBRA

JGDC | JUNTA GERAL DO DISTRITO DE COIMBRA

JPBL | JUNTA DE PROVÍNCIA DA BEIRA LITORAL

MOPC | MINISTÉRIO DE OBRAS PÚBLICAS E COMUNICAÇÕES

OAT | OBRA ANTITUBERCULOSA

OPGDC | OBRA DE PROTEÇÃO À GRÁVIDA E DEFESA DA CRIANÇA

PE | PARTIDO EVOLUCIONISTA

SIPA | SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PATRIMÓNIO ARQUITECTÓNICO - FORTE DE SACAVÉM

Agradecimentos	I
Siglas	II
Índice	III
Resumo	IV
Abstract	V
Introdução.....	1
I. A Luta Antituberculose e o Movimento Sanatorial	5
<i>A Tuberculose</i>	5
<i>A organização da Luta Antituberculose em Portugal</i>	8
<i>O Movimento Sanatorial</i>	14
O PROGRAMA SANATORIAL.....	22
II. Bissaya Barreto e a Luta Antituberculose de Coimbra.....	30
<i>A medicina social</i>	31
<i>A Obra de Assistência da Junta Geral do Distrito de Coimbra</i>	37
A ADMINISTRAÇÃO DISTRITAL E PROVINCIAL	37
PELOS TUBERCULOSOS CONTRA A TUBERCULOSE!	39
A EDUCAÇÃO E SAÚDE NA OBRA ANTITUBERCULOSA DE BISSAYA BARRETO.....	46
III. De Escola Pró-Pátria a Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil	52
<i>A Grande Comissão Pró-Pátria e a Benemérita Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra</i>	52
<i>O Instituto de Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra</i>	54
<i>Bissaya Barreto e a Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra</i>	59
<i>Adaptação de Escola Pró-Pátria a Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil</i>	65
<i>O Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil</i>	79
Conclusão.....	86
ARQUITETURA SANATORIAL COMO INSTRUMENTO MÉDICO DE COMBATE À TUBERCULOSE.....	86
A NATUREZA E O EDIFÍCIO SANATORIAL CONCEBIDO POR BISSAYA BARRETO E A IMPORTÂNCIA DO SEU CONTRIBUTO	87
ARTICULAÇÃO ENTRE ARQUITETURA E MEDICINA.....	90
Referências Bibliográficas.....	92
Referências Documentais	100
Anexos	i

No século XX o combate à tuberculose era um dos assuntos prioritários a tratar por parte do governo, mas não se sabia como. A iniciativa privada toma lugar e promove algumas ações por todo o país.

No centro do país surge um republicano convicto que pretendia organizar a luta que já existia, mas que estava suspensa. Bissaya Barreto, médico-cirurgião e político, que pouco sabia de tuberculose e ainda menos de sanatórios, é chamado a intervir enquanto presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra e depressa se torna capaz de argumentar as suas ideias com conhecimento dos factos. Desloca-se ao estrangeiro e recolhe tudo o que consegue, para instalar em Coimbra *o melhor sanatório do Mundo*.

O médico inicia assim um percurso sem volta na promoção de um conjunto de equipamentos médicos assistencialistas, que tinham como principal objectivo a educação popular e a erradicação dos flagelos sociais, mostrando-se à vontade para representar ao mesmo tempo o papel de médico, político e arquiteto.

O seu génio obstinado e as relações pessoais abrangentes permitiam-lhe conseguir alcançar os seus objectivos no campo da medicina social e assistencialista.

O caso específico do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil tornou evidente o seu vincado envolvimento na sua adaptação, onde terá sido mais do que Presidente da Comissão de Obras, mas um médico profissional e um arquiteto amador.

Propõe-se nesta dissertação, uma compilação dos factos e uma análise crítica sobre os mesmos e sobre a interação entre medicina e arquitetura.

Palavras-chave: tuberculose, Bissaya Barreto, sanatório, Coimbra, medicina social, arquitetura.

During the 20th Century, the fight of tuberculosis was one in the top issues of the government's agenda, but without knowing how to deal with it. The private initiative takes place and promotes some events all over the country.

In the centre of the county a persuasive republican rises with the will of organising the suspended fight of tuberculosis. Bissaya Barreto was a surgeon and a politician, and knew almost nothing about tuberculosis and even less about sanatoriums. He was called to act, as President of Junta Geral do Distrito de Coimbra, and soon becomes able to advocate his ideas, by traveling abroad to collect as much info as he can get for building the best sanatorium in the world.

The physician starts a journey with no return, promoting a certain group of medical buildings and welfare services, with the prime goal of public education and tuberculosis eradication, being comfortable to take a part as physician, politician or architect.

His inflexible temper and his personal relations helped him to reach his goals in the field of social medicine and welfare.

The specific case of Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil turned clear his strong involvement in the transforming works, where he shown to be more than a President da Comissão de Obras, but a professional physician and an amateur architect.

It is proposed on this dissertation, a combination of facts and a critical overview of them, as well as the interaction between medicine and architecture.

Key words: tuberculosis, Bissaya Barreto, sanatorium, Coimbra, social medicine, architecture

Durante o século XX a tuberculose foi considerada como um dos maiores flagelos sociais. Para além da doença física, era vista como uma doença do espírito, conseqüente das precárias condições de vida, dos maus hábitos de higiene e da fraqueza moral que a miséria impunha à classe baixa, afastando-se assim da sua designação romântica dos séculos anteriores. Era então evidente a necessidade de assistência pública que, segundo as concepções da época, passava pela disciplina e pela educação moral do corpo social.

Através da sua influência republicana, o médico Fernando Bissaya Barreto investiu na medicina social como forma de educação física e moral da população. Os hábitos higiénicos, a manutenção da salubridade do ar e das casas, a promiscuidade e a embriaguez eram alguns dos comportamentos que o médico tentava corrigir através do contacto com a natureza, a arquitetura regionalista típica das beiras e a educação do *bom gosto*.

De acordo com as concepções históricas, a arquitetura foi essencial no combate à tuberculose. Um facto que é bastante evidente através dos sanatórios.

Bissaya Barreto usava-se da sua visão de beleza e do seu gosto pela arquitetura para cativar uma classe pobre a seguir à risca os modelos médicos disciplinares de controlo social, tendo sido um importante agente na construção de edifícios médicos de combate à tuberculose, como os já referidos sanatórios e dispensários.

Estes edifícios erguiam-se na sua obra assistencial com particularidades conceptuais características da sua visão particular, assumidamente autor e controlador.

Analisando o caso específico do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, pretendo aferir como era feita a articulação entre arquitetura e medicina, que papel terá tido a arquitetura sanatorial como instrumento médico de combate à tuberculose e ainda que papel terá tido a natureza e o edifício sanatorial concebido por Bissaya Barreto na cura antituberculosa e qual a importância do seu contributo.

Nesse sentido, esta dissertação apresenta-se estruturada em três partes distintas. No Capítulo I, é apresentado um enquadramento teórico ao tema: referências históricas da doença, hipóteses da sua transmissão, os factores que poderiam contribuir para a sua propagação, a descoberta do bacilo de Koch. De seguida apresenta-se a organização da Luta Antituberculose em Portugal: a fundação

da Assistência Nacional aos Tuberculosos e a Liga Nacional contra a Tuberculose, as iniciativas que tinham como objectivo o combate à doença e a construção dos primeiros hospitais para tísicos. Segue-se o movimento sanatorial como forma de combate ao flagelo, acompanhado da vilegiatura caracterizada pela regeneração moral do indivíduo, a natureza como fins terapêuticos e a sua contemplação como espaço privilegiado de busca de saúde, a importância da alimentação e a recomendação da prática da higiene. É apresentado com elevado destaque o programa sanatorial e as várias propostas médico-sociais de construção de modelos arquitectónicos que pudessem ser reproduzidos por toda a Europa.

No Capítulo II, é feito um enquadramento da Luta Antituberculose em Coimbra na Luta Antituberculose em Portugal, evidenciando-se o trabalho de Bissaya Barreto, principal agente, enquanto presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra. A medicina social serve de contextualização à obra social de assistência do médico e professor. Esclarece-se quais as políticas tomadas, quais foram os maiores agentes percussores deste combate e qual a importância da educação na saúde da população ativa.

A referência de Bissaya Barreto é também justificada pelo especial interesse do médico na arquitetura e no seu cruzamento com a medicina, manifestado em vários discursos e entrevistas, bem como no seu envolvimento na aquisição e adaptação da Quinta dos Vales e seus edifícios, onde viria a ser instalado o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, objecto de investigação desta dissertação.

O Capítulo III centra-se precisamente na construção deste hospital-sanatório. Qual a sua história, os seus beneméritos, a quem se destinava, quais os responsáveis pela adaptação e quais as justificações das decisões tomadas pelos intervenientes.

O Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil surge numa altura em que Coimbra avançava com uma reestruturação hospitalar. A escolha deste sanatório como objecto de investigação explica-se pelo facto de os discursos sobre este serem bastante particulares, sendo encontradas bastantes referências ao seu espaço exterior e interior, mas poucos trabalhos que compilassem toda a informação relativa à sua história.

O edifício da Escola Pró-Pátria, na Quinta dos Vales, foi mandado construir pela Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra, sendo inicialmente destinado a asilo para órfãos, filhos de soldados portugueses que pereceram na I Guerra Mundial. O Sanatório para homens tuberculosos deriva da sua adaptação na década de 30, sob a supervisão da Junta Geral do Distrito de Coimbra.

A propriedade da Quinta dos Vales foi escolhida por Bissaya Barreto pelas suas características particulares, estando fora da área urbana de Coimbra, mas suficientemente perto, sem deslocação demorada. Composta por uma rica mata de pinheiros que, à luz da ideologia republicana de Bissaya Barreto, permitiria uma boa cura e isolamento, de modo a evitar o contágio.

Inaugurado a 6 de Julho de 1935, com um vasto programa festivo, cerca de quatro anos após o previsto, o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil terá funcionado até à década de setenta, altura em que, após adaptação, passou a funcionar como Hospital-Geral da Colónia Portuguesa do Brasil.

A metodologia de investigação baseou-se na análise arquivística de documentos relacionados com Bissaya Barreto e a sua obra enquanto presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra. Foi também analisada documentação relacionada com o Sanatório, quer antes da sua conversão, enquanto escola, quer após a sua adaptação a hospital geral, bem como um conjunto de factos relacionados com as várias entidades que detiveram a tutela da propriedade.

Entre os arquivos visitados encontram-se: o Centro de Documentação Bissaya Barreto, o Arquivo da Universidade de Coimbra/Arquivo Distrital de Coimbra, onde foram consultados os livros de atas da Junta Geral de Distrito de Coimbra, da Junta de Província da Beira Litoral e a correspondência expedida e recebida pela JPBL; a Casa Municipal da Cultura, em Coimbra, onde foram consultados os arquivos de periódicos, como *O Bom Combate*; o Forte de Sacavém – Sistema de Informação para o Património Arquitectónico, onde foram consultados alguns desenhos técnicos e documentação relativos ao edifício do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil; o Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Lisboa; a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), onde foram consultadas algumas plantas do Hospital-Sanatório; Arquivo da Biblioteca do Hospital-Geral da Colónia Portuguesa do Brasil, onde foram consultadas alguns documentos arquivados e publicações da Revista da Fundação Bissaya Barreto.

Através da análise exaustiva e minuciosa de documentação, correspondência e discursos de Bissaya Barreto, bem como obras literárias existentes no Centro de Documentação Bissaya Barreto foi possível estabelecer uma cronologia dos factos mais completa, de forma a permitir uma análise crítica fundamentada. Entre as obras consultadas encontram-se *Uma Obra Social Realizada em Coimbra, Subsídios para a História*, o jornal *A Saúde*, que auxiliaram na compreensão do problema social que era a tuberculose: como era entendida e efetuada a profilaxia, qual a estrutura

político-social em que se encontrava inserido o seu combate, que necessidade existia de edificação de um sanatório de planície em Coimbra, para quem se destinava, etc.

Gostaria ainda de referir que através da análise da documentação referida foi possível retificar algumas incertezas e incorreções existentes em trabalhos prévios que, no meu entender, prende-se com o facto de o referido Centro de Documentação anexo à Casa-Museu Bissaya Barreto e a permissão de acesso à informação ter poucos anos de existência. Um exemplo é a verdadeira identidade do autor dos edifícios da Quinta dos Vales e que influência teria tido afinal o arquiteto Luiz Benavente e o médico Bissaya Barreto na sua adaptação a hospital-sanatório.

Para além da análise arquivística foi possível proceder a várias visitas ao local tendo sido, numa delas, tiradas várias fotografias ao espaço, exterior e interior, devidamente autorizadas pela Direção do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Durante essa mesma visita foi feita uma recolha informal de informação complementar relativa ao funcionamento do sanatório e a relação com os respectivos espaços interiores e exteriores, o que permitiu seguir determinada linha orientadora, na expectativa de tornar este trabalho mais completo.

Durante o processo de investigação foram encontradas várias dificuldades. De forma a executar com rigor científico a recolha de dados, tentei sempre confrontar os factos que ia registando através de testemunhos escritos e orais, notícias, manuscritos, panfletos, etc., na fonte original, o que nem sempre foi possível.

A justificação do uso das várias referências bibliográficas encontra-se ao longo do texto, à medida que vão sendo apresentadas as fontes primárias.

I. A LUTA ANTITUBERCULOSE E O MOVIMENTO SANATORIAL

Os "sanatórios" são, de facto, centros ideais de terapêutica médico-cirúrgica da Tuberculose Pulmonar. Ali se pode conduzir um tratamento integral sob vigilância rigorosa e com precisão.

Ladislau Patrício¹

A TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, curável e evitável, que afecta na sua maioria os pulmões. Depois do HIV/SIDA é a maior causa de morte no mundo devido a um único agente infeccioso, que se transmite entre indivíduos pelo ar, através da tosse, dos espirros ou da expetoração.

Estima-se que atualmente cerca de um terço da população mundial está infectada com tuberculose latente, o que significa que ainda não manifestou os sintomas nem pode transmitir a doença. Apenas 10% da população infectada corre o risco de contrair a doença, no entanto indivíduos com sistemas imunitários comprometidos devido ao HIV, malnutrição, diabetes ou mesmo fumadores, aumentam esse risco (WHO, 2014).

A origem da tuberculose permanece desconhecida, mas existem várias hipóteses. A mais popular propõe que terá surgido nos animais como doença endémica, muito antes de afectar os humanos (Manchester, 1983; Steele e Ranney, 1958 *in* Daniel *et al*, 1994 *in* Santos, 2000).

Ana Luísa Santos (2000), professora da Universidade de Coimbra, faz uma análise retrospectiva da doença, falando das várias hipóteses conhecidas até à data, na sua dissertação de doutoramento. Esta análise antropológica revela-se uma importante compilação do conhecimento científico na esfera médica sobre a tuberculose, bem como do seu entendimento contagioso e terapêutica, ao longo dos tempos.

Ao longo da história a tuberculose conheceu várias designações, entre as quais, tísica, doença dos românticos, peste branca ou flagelo social, um grande mal que

¹ Ladislau Patrício fez parte da direção do Sanatório Sousa Martins, na Guarda, como médico adjunto.

afectava a humanidade, consequência do diferente conhecimento da doença e da sua terapêutica, alterando os seus significados, valores e dimensões. O auge da doença coincide com o controlo da cólera e do tifo mas também com o crescimento demográfico das cidades resultante da revolução industrial (Tavares, 2005).

Durante século XIX, a tuberculose tinha sido a causa de morte de cerca de um sétimo da população mundial (Koch, 1982; Oliveira, 1954 *in* Santos, 2000). Em Portugal, na mesma altura já era obrigatória a participação às autoridades de casos em que a morte era provocada pela tísica, bem como a desinfecção das habitações, móveis, roupas, etc. dos doentes. Mas estas medidas não eram rigorosamente executadas, já que da ciência de então ainda não fazia parte a teoria da infecção e da transmissibilidade das doenças infecciosas (Teixeira, 1902).

Neste contexto, no início do século XX, B. de Sousa Teixeira, médico da Universidade de Coimbra, sai do país em missão de estudo para a Alemanha, França e Inglaterra, na tentativa de recolher informação sobre o estado da tuberculose nesses países e formas de a combater, de forma a melhor atuar sobre a doença.

A saída do país em missão de estudo era frequente e uma importante forma de contacto com outras realidades, pesquisas médias e práticas terapêuticas. No seu relatório-estudo, Teixeira apresenta os resultados e faz uma análise retrospectiva e histórica da noção de contagiosidade da doença, importante para a compreensão da doença e consequentemente para a toma de medidas de combate antituberculose.

Segundo Teixeira (1902), datam de Galeno (131-200 d.C.), as primeiras referências à contagiosidade da tuberculose. Nessa altura, o senso comum dizia que haveria perigo de contrair a doença ao contactar com tuberculosos ou com os seus cadáveres. Séculos mais tarde, em 1782, o Rei Fernando de Nápoles consulta a Faculdade de Medicina de Nápoles, publicando um edito com medidas rigorosas que preveniriam o contágio da tuberculose, como a sequestração dos tísicos, a lavagem com água do mar, vinagre ou água-ardente dos seus pertences e a fumigação e lavagem de móveis e divisões. Era ainda obrigatória a declaração do tísico e a sua fuga estaria absolutamente proibida (Teixeira, 1902).

No seu relatório-estudo, o médico critica a desconsideração da contagiosidade da tuberculose e a falta de medidas como as de Fernando de Nápoles que, segundo Teixeira, seriam excelentes para a prevenção da doença, evitando o elevado índice de mortalidade. Critica também o reduzido rigor na prática médica, na altura da emergência da escola organicista, que se baseava na exploração de cadáveres e

observação dos sintomas, deixando de lado a sua etiologia, patogenia e terapêutica. Insiste na sua hipótese, referindo o exemplo de Laënnec, um eminente clínico francês, inventor do estetoscópio, que na viragem para o século XIX terá questionado a transmissão da tísica por contágio, afirmando que em França seria possível observar famílias numerosas com elementos saudáveis que pernoitavam no mesmo quarto que tísicos, sem que a doença se transmitisse. Vinte anos mais tarde, Laënnec demonstra a sua contagiosidade ao morrer de tísica pulmonar (Teixeira, 1902; Patrício, 1945; Roguin, 2015).

Não havendo grande conhecimento na matéria e provas suficientemente fortes, os factos eram desvalorizados pelos médicos da época. Em consequência, a maior parte dos casos de tísica não eram declarados, sendo as mortes registadas como bronquites crónicas, e nada era ensinado a esse respeito nas escolas (Teixeira, 1902).

Quando Laënnec morre em 1826, ainda não existia ainda forma de provar cientificamente a natureza infecto-contagiosa da doença. Passar-se-iam cinquenta e seis anos, até Robert Koch o fazer, terminando com a controvérsia e dando o mais importante passo no combate à tuberculose (Teixeira, 1902; Roguin, 2015).

A 24 de Março de 1882, no Congresso da Sociedade Médica de Berlim, o bacteriologista alemão Robert Koch consegue demonstrar que a Tuberculose não era hereditária, mas sim causada por um bacilo que viria a ser chamado *Bacilo de Koch*, que estava sempre presente nas lesões tuberculosas em animais e humanos. A descoberta só terá sido possível através do desenvolvimento de técnicas de coloração e por alegadamente ter sido o primeiro a usar meios de cultura sólidos, conseguindo observar a forma e progressão de inúmeros microrganismos (Abreu, 1895; Daniel *et al.*, 1994; Porter, 1996b *in* Santos, 2000; Villar, 1963-1980b).

Após a identificação do bacilo, foi também possível identificar as formas de contágio da tuberculose.

O microrganismo, que se alimenta do ar, pode ser transportado em gotículas microscópicas e verifica-se que se não for exposto à luz solar pode permanecer várias horas em suspensão. Esta consciência, ou a sua demonstração científica, teve um efeito fenomenal no imaginário colectivo, contribuindo de forma decisiva para alimentar o “medo” do pó, dos ambientes saturados e não ventilados e, sobretudo dos tuberculosos (Tavares, 2005: 153).

Apesar dos sanatórios serem anteriores, a descoberta do bacilo e o medo do contágio foram os estímulos determinantes para a vulgarização da prática da cura

sanatorial e consequente construção de sanatórios populares, como combate à tuberculose, inicialmente através da iniciativa privada (Tavares, 2005).

A ORGANIZAÇÃO DA LUTA ANTITUBERCULOSE EM PORTUGAL

É através da iniciativa privada que a partir da segunda metade do século XIX, início do século XX, são dados em Portugal os primeiros passos no combate à tuberculose.

A primeira iniciativa, terá partido da Imperatriz Amélia de Beauharnais², que já teria perdido o marido, D. Pedro IV³, em 1834, vítima da peste branca, sabendo das particularidades do clima e das propriedades curativas do ar da Madeira, deslocou-se até ao Funchal, à procura de tratamento para a sua filha, a Princesa D. Maria Amélia (Nunes, 2011; Vieira, 2011). Em 1853 a Princesa sucumbiu à doença e em sua memória, D. Amélia mandou aí edificar o primeiro sanatório do país, destinado à prestação de assistência aos tuberculosos pobres madeirenses (Vieira, 2011). No seu interior é possível visualizar uma lápide que diz:

Hospício da Princesa D. Maria Amélia, filha de D. Pedro, 1º Imperador do Brasil e Rei de Portugal, 4º do mesmo nome e duque de Bragança. Chegou a esta ilha a 20 de Agosto de 1852. Faleceu a 4 de Fevereiro de 1853, tendo a idade de 21 anos, 2 meses e três dias. Em memória de tão amada e chorada Filha, sua saudosa Mãe levantou este edifício para tratamento dos pobres doentes de moléstia de peito. Foi lançada a 1ª pedra a 4 de Fevereiro de 1856 e acabada a obra no ano de 1859. Entraram os primeiros doentes dia 4 de Fevereiro de 1862 (Nunes, 2011: 3; Companhia..., 2014).

Desde aí, surgem várias iniciativas médicas de combate à tuberculose. Já no final do século XIX, o médico Sousa Martins liderou duas expedições à Serra da Estrela na década de 1880, com o objectivo de investigar as condições do local para a construção de sanatórios de montanha. Em 1890 entregou ao governo o relatório dessa deslocação, dando conta de aproximadamente 20 000 mortes anuais, devido à tuberculose (Martins, 1890 *in* Vieira, 2011).

Em 1888 Agostinho Lúcio escreve sobre a tuberculose nas prisões (Mira, 1948 *in* Santos, 2000) e em 1893 António de Lencastre cria o primeiro dispensário para crianças (Correia, 1934 *in* Santos, 2000).

² Imperatriz do Brasil

³ Também conhecido no Brasil como D. Pedro I, primeiro Imperador do Brasil

Em 1895, Coimbra acolhe o primeiro Congresso de Medicina feito em Portugal em que o tema principal é a tuberculose, dirigido pelo Professor Augusto Rocha, na altura diretor do periódico *Coimbra Médica*, consistindo numa tentativa de chamar a atenção para o problema, dos médicos, dos poderes públicos e da sociedade portuguesa em geral (Rocha, 1898 *in* Santos, 2000; Vieira, 2011). Nesse congresso, na Sala dos Capelos, Abreu proferiu uma palestra sobre a patogenia, a bacteriologia moderna e o trabalho de Koch, demonstrando a interligação clínica de várias doenças, ao referir que a descoberta do bacilo terá permitido concluir que doenças como o lúpus, as várias tísicas, escrófula, inflamações das articulações, entre outras, seriam manifestações patológicas diferentes de uma mesma doença, a tuberculose (Abreu, 1895 *in* Santos, 2000).

Em 1898 ocorre em Lisboa o Congresso Nacional de Médicos onde é aprovada uma proposta governamental de criar um Sanatório para o isolamento de Tuberculosos (Santos, 2000).

Até então não existia uma organização que se ocupasse exclusivamente do combate à tuberculose. É então que Portugal inicia o combate estruturado e organizado, baseando-se nas novas determinações científicas, através da fundação de associações locais ou nacionais com carácter profilático-preventivo, educador e doutrinador (Vieira, 2011).

A primeira organização surge da iniciativa de Sua Majestade a Rainha D. Amélia, que numa tentativa de auxílio aos tuberculosos, à semelhança de associações já existentes noutros países da Europa, funda a benemérita Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), a 11 de Junho de 1899, com ação no Reino, em todo o continente, ilhas adjacentes e no território ultramarino (Teixeira, 1902; Villar, 1963-1980b).

Nesse dia, a sessão preparatória no ministério do reino tinha como tema a assistência aos tuberculosos, onde a Rainha, proferindo o discurso de abertura da mesma sessão, expôs os motivos que a levaram a dedicar-se ao serviço dos tuberculosos e traçou o plano em que deveria estar organizada a luta antituberculosa em Portugal (Teixeira, 1902).

*Não precisando traçar o horrendo quadro da mais mortífera e da mais frequente de todas as doenças, porque todos teem, de certo, sentido bem perto a sua luctuosa passagem, simplesmente direi que vos reuni hoje aqui para fundarmos uma associação em que queria ver entrar todos os Portuguezes e a que chamarei Assistencia Nacional aos Tuberculosos (Rainha D. Amélia *in* Teixeira, 1902: 24).*

Era ainda vontade da Rainha: construir Hospitais Marítimos, de forma a modificar o organismo das crianças; fundar sanatórios em clima de montanha e de altitude, para tratamento dos tuberculosos curáveis; em todas as capitais de distrito, estabelecer institutos para o estudo do tratamento da tísica, bem como de socorro em alimentos, em aplicações terapêuticas e em conselhos de higiene aos doentes que teriam de trabalhar para sustentar as suas famílias; criar hospitais para tísicos destinados aos incuráveis e hospitais que permitam uma maior admissão de tísicos (Teixeira, 1902). Segundo a Rainha, os hospitais para tísicos seriam essenciais para tratar da promiscuidade dos tísicos, que infectavam tudo, e para acabar com os doentes que iam aos hospitais comuns tratar de uma enfermidade banal e que de lá saíam tuberculosos, transmitindo também a doença à sua família. A sua intenção passaria ainda pela construção de hospitais em Lisboa, Porto e Coimbra e, havendo recursos, mais tarde, alargar a intenção a outros locais. Para D. Amélia, esta ação beneficiaria tanto os tísicos quanto os outros doentes e suas famílias, já que estes não correriam perigo de serem contagiados (Rainha D. Amélia *in* Teixeira, 1902).

O programa da ANT, esboçado pela própria Rainha, incluía as principais linhas de defesa e os meios de ação correspondentes, dando sentido à vontade da Rainha de construir os hospitais especiais para o isolamento dos tísicos. Devido à escassez de recursos, a solução seria aproveitar os edifícios desocupados que poderiam servir para este fim. Assim, o Convento dos Anjos recebeu o nome de Hospital Rainha D. Amélia, tendo sido inaugurados dois serviços clínicos: um de homens e outro de mulheres (Teixeira, 1902).

O serviço clínico de mulheres, teve o Dr. Alfredo Luiz Lopes, como primeiro diretor clínico e responsável pela organização do mesmo. O serviço era composto por duas secções que ocupavam dois pavimentos separados: uma era destinada às doentes de certa gravidade, onde havia também uma pequena enfermaria que durante os primeiros dias de entrada, servia para observação clínica das doentes; o pavimento superior servia para as doentes que apresentavam prognóstico favorável e que teriam melhores expectativas de resultado no tratamento. O mesmo pavimento compreendia ainda duas enfermarias e uma sala-jardim de grande espaço, arejada, onde eram feitas as curas de ar. Não era um modelo de instalação para o efeito, mas sim uma adaptação que servia o propósito (Teixeira, 1902).

Em 1931, o médico Lopo de Carvalho, deu um grande impulso à ANT, ao organizar a nível nacional uma rede de dispensários e sanatórios que cobria grande parte do país. Em 1950, a ANT passou para o Estado, devido à debilitada condição

económica e à importância do problema da tuberculose, passando a ser denominada de Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT) e a ser responsável pelo planeamento e execução da luta antituberculosa (Villar, 1963-1980b).

No mesmo ano da criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos, foi criada a Liga Nacional contra a Tuberculose (LNT), com o professor Bombarda e o seu discípulo Pedro Eremita como seus grandes organizadores (Teixeira, 1902; Santos, 2000).

Miguel Bombarda apresentou à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa um relatório por ele elaborado onde falava sobre a criação da LNT, cujos objectivos eram a propaganda e difusão de conhecimentos sobre a profilaxia contra a doença, estimular a legislação sobre o tema e aconselhamento relativamente ao estabelecimento de sanatórios. Após discutirem o problema, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa consentiu e em 1899 foi fundada sob os seus auspícios a LNT (Vieira, 2011), com os propósitos iniciais de espalhar em todo o território nacional núcleos locais, instaurando grupos de finalidade e meio de ação comuns, dependendo do que fosse decidido nos congressos nacionais (Liga, 1903 *in* Vieira, 2011). Desta forma, era possível descentralizar a ação assistencial, adequando-a às necessidades de cada região, promovendo a autogestão e a ajuda mútua (Vieira, 2011).

A LNT estava dividida em três comissões autónomas e com intuítos diferenciados. Uma das comissões tinha como objetivo a generalização de conhecimentos científicos, de forma a que fosse possível a defesa individual contra o flagelo. Esse trabalho era desenvolvido através de conferências realizadas nas cidades, nos bairros operários, nos teatros ou em escolas, potenciando o alcance da informação a vários grupos da sociedade. A distribuição de folhetos informativos sobre a doença, de instrução, específicos para a população e outros para os professores primários era também uma medida preventiva da LNT (Liga, 1903 e Bombarda, 1899 *in* Vieira, 2011).

Havia também a intenção de manter uma relação estreita com a imprensa, de forma a assegurar a publicação de artigos educativos, assim como a criação do periódico *Guerra à Tuberculose*. No entanto, a falta de instrução popular, devido ao

elevadíssimo analfabetismo em Portugal⁴, era um problema na vulgarização das noções científica e higiénica relativamente à doença (Vieira, 2011).

Devido a questões de origem socioeconómica, a LNT formou também uma comissão responsável pelo estudo e desenvolvimento legislativo municipal ou nacional, com representatividade nos poderes estatais e concelhios, de forma a fazerem ouvir as suas recomendações. Tinha como prioridades a qualidade da comida, horários de trabalho infantil e das mulheres, assim como declarações de doenças e regulamentos sanitários (Mira, 1937 *in* Santos, 2000; Vieira, 2011).

O consumo de carne era um assunto de alto relevo, já que a carne era fonte de proteínas, essenciais para o organismo, mas também porque havia falta de legislação que proibisse o abate de animais tuberculosos, o que originava problemas de saúde pública (Vieira, 2011). Em resumo, a ação da comissão de legislação consistia no estudo da formação popular, do barateamento, falsificação e tuberculização dos alimentos, da construção de casas de baixo custo e bairros operários, do trabalho infantil e de mulheres, da limpeza do município, dos esgotos, do abastecimento e pureza das águas, da desinfecção, da aplicação de escarradores em lugares públicos, da declaração obrigatória das doenças, de associações de socorros mútuos, etc. (Vieira, 2011).

Outra das comissões trabalhava a favor da propaganda da construção de sanatórios populares, assim como a construção de hospitais, organizar associações de assistência às famílias dos tuberculosos hospitalizados, dispensários, casas de convalescença e outros institutos e atividades que permitissem auxiliar os tuberculosos e as suas famílias (Mira, 1937 *in* Santos, 2000; Vieira, 2011). Com isto, a LNT não pretendia proceder à construção dos sanatórios ou de outros estabelecimentos semelhantes, mas apenas incentivar a iniciativa privada ou de outras associações de socorros mútuos (Vieira, 2011). Era possível a qualquer pessoa pertencer à LNT, desde que pagasse uma taxa anual (Santos, 2000).

Foi pela LNT que em abril de 1901 se realizou, em Lisboa, o 2º Congresso Contra a Tuberculose (Teixeira, 1902; Vieira, 2011). Realizaram-se também outros Congressos Nacionais da LNT em 1902 (Viana do Castelo), 1904 (Coimbra) e 1907 (Porto). Estes Congressos tinham sempre como tema a *Tuberculose* e centravam-se

⁴ O analfabetismo nacional rondava os 84,4% em 1878, 79,2% em 1890 e 78,6% em 1900, o que [se] traduzia em mais de três milhões de analfabetos no país (Coelho, 1909 *in* Vieira, 2011: 269).

em questões de interesse público, como educação popular, higiene, alimentação e habitação dos operários e proteção das crianças (Vieira, 2011).

Na mesma altura foram fundados os Sanatórios da Parede, pela Madame Biester e o Sanatório de Carcavelos, pelo Dr. António José d'Almeida.

Portugal encontrava-se no início do século XX e todos os anos morriam cerca de 20 000 portugueses de tuberculose em Portugal, a mortalidade era maior nas crianças e nos adolescentes, aqueles que constituíam o futuro do país, devido à má aplicação das regras de profilaxia (Teixeira, 1902). Segundo Teixeira, a erradicação da tuberculose em Portugal dependia do governo. Não chegava a iniciativa privada para que a luta tivesse sucesso, era necessário o apoio do governo, coordenando as iniciativas privadas, aproveitando recursos existentes.

A 14 de Março de 1902 é publicado em *Diário do Governo* um edital que coloca oficialmente Portugal na luta antituberculosa. Acreditava-se que com este edital, seria posto fim ao ato de cuspir no pavimento dos lugares públicos e cobertos (Teixeira, 1902). O edital obrigava:

sob pena de multa, os encarregados, empregados, gerentes, etc., de quaesquer recintos fechados e cobertos, onde tenha entrada o publico, á colocação de escarradores apropriados com liquido antiseptico (Teixeira, 1902: 34).

No entanto, o Estado, que deveria ser o primeiro a dar o exemplo, era na verdade o primeiro a cometer a infracção, já que não dispunha de um único escarrador nos seus estabelecimentos (Teixeira, 1902).

Efetivamente, a toma tardia de medidas para combater a tuberculose, por parte do governo, quando comparado a outros países da Europa e da América do Norte, não é surpreendente se pensarmos que em Portugal a industrialização também ocorreu mais tarde. Em Coimbra, apenas no último terço do século XIX foi dado o primeiro passo para a industrialização e só no século seguinte, entre 1915 e 1925, apareceram as primeiras indústrias (Mendes, 1984 *in* Santos, 2000). Com a industrialização, aumentava a população e a grande maioria tinha casas pequenas que albergavam grandes famílias, sem condições sanitárias (Silvestre, 1938a; 1938b *in* Santos, 2000), o que fazia aumentar a propensão social para a contração e transmissão de doenças infecciosas.

Em 1922 é criada, pelo Ministério do Trabalho, uma comissão para prevenir a tuberculose. Dois anos depois, a Companhia dos Comboios era obrigada por lei a contribuir monetariamente para a construção de um sanatório, que visava o

tratamento dos seus trabalhadores tuberculosos. Em 1927 também os trabalhadores públicos com tuberculose passam a ter possibilidade de usufruir de um tratamento num sanatório ou numa estância climática própria para o efeito. Para que um indivíduo pudesse tornar-se trabalhador público tinha como condições indispensáveis um certificado de robustez física e a ausência de doenças infecto-contagiosas (Mira, 1937 *in* Santos, 2000).

O MOVIMENTO SANATORIAL

Evidências apontam para que o primeiro sanatório tenha sido fundado no ano de 1643 em Rheims, França (Roberts, 1987 *in* Santos, 2000; Warring, 1981, Webb, 1936 *in* Roberts e Buikstra, 2003), mas pouco se sabe sobre a sua construção.

Em Portugal, em 1856 é lançada a primeira pedra para o primeiro sanatório, no Funchal, com o nome Hospício da Princesa D. Maria Amélia, pela ação de D. Amélia de Beauharnais, Duquesa de Leuchtenberg e Imperatriz do Brasil, destinado à prestação de assistência aos tuberculosos pobres madeirenses (Nunes, 2011; Vieira, 2011). Mesmo antes da construção do Sanatório, já se sabia das qualidades do clima da região, que já eram reconhecidas como benéficas para o tratamento da tuberculose. Sobre esse assunto, em 1854, o conceituado médico Francisco António Barral publica um estudo onde dá importância à relação entre o clima da Madeira e o sucesso no tratamento da tuberculose (Nunes, 2011).

André Tavares publica em 2005 o trabalho intitulado *Arquitetura Antituberculose: Trocas e tráficos na construção terapêutica entre Portugal e Suíça*, tendo como protagonistas os médicos Joaquim Ferreira Alves e Auguste Rollier. Nessa publicação, faz uma análise do entendimento da doença para o seu enquadramento na produção dos sanatórios como edifícios terapêuticos, tornando-se numa referência importante no campo de trabalho da arquitetura antituberculose.

O autor refere que o apogeu sanatorial se encontra entre dois momentos cruciais da história da doença. O primeiro foi a descoberta do *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch, em 1882 por Robert Koch; o segundo foi a identificação do *Streptomyces griseus*, agente produtor da estreptomicina, antibiótico da tuberculose em 1944 por Selman Waksman e Albert Schatz (Tavares, 2005).

“Sanatório” deriva do verbo latino “sanare”, curar; refere-se a estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes, particularmente por meios naturais – climoterapia, helioterapia, etc. Eram especialmente os hospitais para o tratamento da tuberculose que recebiam esta designação e procuravam zonas de clima estimulante – altitude para a tuberculose pulmonar, marítimo para a tuberculose óssea, etc. (Villar, 1963-1980a: 1213).

O Sanatório é então apresentado no final do século XIX como arma terapêutica no combate à tuberculose.

Na mesma altura, a arquitetura hospitalar estava a sofrer uma reforma conceptual, devido à ascensão social dos médicos e com a alteração da noção de hospital como espaço terapêutico. A medicina iniciava uma objecção contínua não só à projeção de habitações insalubres, mas também à projeção hospitalar. A eficácia funcional, a estatística médica, os custos, a higiene, etc. confrontam o projeto hospitalar definindo novos métodos de projeção (Providência, 2000).

Ainda no século XVIII, os médicos começaram a questionar a fundamentação do conhecimento dos arquitetos e a sua formação, relativamente à projeção de edifícios hospitalares. Chamavam à atenção da relação que deveria existir entre o edifício terapêutico e os quatro elementos da natureza, devendo ser criadas leis que contribuíssem para a conservação da sua pureza, sobretudo do ar e da água, já que deles dependia a saúde da população (Sanches, 1756 in Providência, 2000).

Em *A Cabana do Higienista*, de Paulo Providência, publicado em 2000, é possível encontrar referências portuguesas às correntes de pensamento da época, que se baseavam nos elementos da natureza, para pensar o espaço terapêutico de forma a conservar a sua higiene. Um dos pensadores é Ribeiro Sanches, médico e filósofo, que no *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*, em 1756, apresenta soluções para resolver o problema da insalubridade dos espaços terapêuticos.

Logo todo o cuidado do Arquitecto deve ser quando edificar um Hospital fazê-lo perspicável, e areado por todos os lados, e pelas janelas principalmente das enfermarias: é já supérfluo determinar o sítio, depois que tratamos acima do melhor da Cidade; deve-se com maior cuidado secar o terreno dos Hospitais; e ao mesmo tempo pôr canos, canais, e cloacas dando corrente às águas de chuva como às que serviram ao uso do Hospital para conservá-lo sempre seco. Tanto quanto permitir o sítio, todas as janelas e escadas deviam ser claras, e correspondentes para que o Ar e o Vento pudessem entrar por um lado, e sair por outro: tendo por máxima principal nestes edificios, a salubridade do Ar para a conservação da Saúde, a qual deve ser preferida neles à elegância, ornato e sumptuosidade.

Mesmo aqueles Hospitais já fabricados se poderão remediar no caso que neles o Ar fique encerrado, pela má arquitectura das janelas, escadas, e portas. As janelas das enfermarias, e especialmente dos corredores principais, deveriam ser rasgadas, e tão altas, que deveriam

chegar ao tecto da enfermaria: cada dia pela manhã os postigos mais altos deviam abrir-se, e também os correspondentes das outras janelas para que o Ar varresse as exalações delas: as janelas nos Hospitais deviam ser abertas mui diferentemente nas casas particulares (Sanches, 1756 in Providência, 2000: 40- 41).

Na sequência desta discussão médico-arquitectónica sobre os edifícios hospitalares, reformados ou construídos, segundo preceitos higienistas e de relação com a natureza e os seus elementos, surgem os novos edifícios terapêuticos onde se inserem também os sanatórios.

A tuberculose leva à reflexão dos entendidos sobre a melhor forma de erradicar a doença, conduzindo a uma troca internacional de ideias, principalmente a partir do século XX, motivando então o desenvolvimento da *arquitectura antituberculose*.

Era recorrente a troca de correspondência entre médicos ou as viagens até à Suíça e às suas clínicas montanhosas, como foi o caso de Joaquim Ferreira Alves (Tavares, 2005) ou mesmo de Bissaya-Barreto, o médico que contribuiu bastante para a luta antituberculosa em Coimbra. Foi através da luta contra a doença que a relação entre medicina e arquitectura se tornou estreita e muitas vezes confundível.

A tuberculose foi motivo para a realização de obras muito significativas e despoletou a transformação e a assunção de conceitos-chave para uma “renovação moderna” da prática constructiva. (...) a “arquitectura antituberculose” foi um esforço feito pela negativa, já que todas as acções tinham como objectivo restringir a doença, matar a bactéria, aumentar a capacidade de resistência humana para circunscrever e, se possível, extinguir a tuberculose. Expressão da negação de um mundo impuro, as novidades e os progressos da “luta antituberculose” agiram para anular a presença da doença tendo em vista uma vida mais saudável, contribuindo para consolidar uma consciência moderna do corpo, da higiene e do habitar (Tavares, 2005: 19-20).

Na altura em que os sanatórios surgem como resposta terapêutica, a natureza estava associada à capacidade de regeneração da saúde física e da moral do indivíduo. Portanto, a relação do sanatório com o espaço envolvente não era inocente. Para além da higiene, a natureza foi apropriada pela terapêutica antituberculosa como uma forte aliada à restauração da saúde.

É devido a esta concepção que no início do século XIX são construídos em Paris os *Jardins de Luxemburgo*, os jardins ingleses, perto da *La Sorbonne*, que logo ganharam popularidade entre os estudantes meditadores, poetas e amantes (Castells, 1985 in Green, 1990). O convívio entre as classes da aristocracia,

banqueiros e artesãos era ali frequente, tal como se os Jardins de Luxemburgo do próprio campo se tratassem (Rose, 1979; Jones e Williamson, 1979 *in* Green, 1990).

Inspirado pelos jardins ingleses, Haussmann define em Paris um plano urbano baseado no conceito dicotómico da convivência entre artificial e natural, ilusão e realidade. Com esta medida, Haussmann conseguiu acabar com a neblina negra que pairava no ar da cidade da luz e construiu um sistema sanitário e uma rede de distribuição de águas, passando o problema da criminalidade na cidade para as periferias. Nesta nova cidade apenas poderia existir a saúde, a luz e o bem-estar.

Existia aqui uma evidente tentativa de tornar as cidades mais puras e higiénicas, incluindo elementos naturais, bem como a própria natureza, que era totalmente construída.

Era comum observar nos parques a sinuosidade dos caminhos, a aleatoriedade das árvores, a casualidade dos percursos fluviais, combinados numa paisagem pitoresca, altamente construída, mas ainda melhor mascarada (Green, 1990).

Era uma paisagem trabalhada para transmitir uma sensação de bem estar, confundindo os sentidos, a natureza converte-se numa forma de consumo. A realidade do jardim urbano era paradoxal, uma forma de esquecer Paris no centro de Paris. As árvores desenhadas na paisagem mascaravam a visão, o cheiro e até o som da cidade e do subsolo. As estruturas sociais, políticas e culturais transformavam o olhar da cidade sobre a natureza, que é consumida no espaço urbano sem que haja consciência plena disso, aliada ao facto de serem confundidos os limites do espaço entre o jardim e a cidade (Green, 1990).

De facto, os passeios nos jardins urbanos seriam agradáveis, no entanto não substituíam, de acordo com o pensamento da época, *a verdadeira natureza*. A propaganda médica insistia no sentido da deslocação sistemática e periódica da cidade para o campo. Apesar da finalidade de conservação da saúde, a viagem estava também associada ao redescobrimento dos encantos da natureza e eram frequentes as deslocações para zonas marítimas, campestres e montanhosas (Monteiro, 2009).

Desta forma, na mesma altura evidencia-se o conceito de um tipo de viagem associada ao restabelecimento da saúde do corpo, que se realizavam com fins curativos ou de simples prazer, a que dariam nome de vilegiatura.

vilegiatura - O prazer da viagem pela viagem, privilégio de uma minoria abastada (...) ainda que associado a um sentido religioso, a uma insaciável procura de conhecimento ou a uma crescente atenção ao corpo (Lobo, 2002 *in* Monteiro, 2009: 15).

Ana Helena Monteiro (2009), realiza uma dissertação de mestrado em arquitetura sobre o Sanatório da Covilhã, onde faz uma contextualização histórica sobre a relação entre natureza e saúde, evidenciando as viagens terapêuticas.

A preocupação com o bem-estar moral e físico, aliada à política higienista, motivam a recomendação do repouso⁵ como terapia ideal para a reposição de energia e alívio do cansaço mental. Clima e saúde surgem relacionados na vilegiatura e consequentemente associada à higienização (Monteiro, 2009).

A insalubridade dos ambientes urbanos tornava-os locais propícios ao desencadeamento e propagação de doenças. As condições débeis das urbes, associadas às grandes cargas horárias de trabalho nas classes mais desfavorecidas, contribuía para uma fragilização do sistema imunológico (Monteiro, 2009: 15).

Estas viagens não tiveram sempre os mesmos tipos de clima como destino, tendo sofrido uma evolução, consoante as condições socioeconómicas dos praticantes, as concepções médicas da época, bem como as doenças mais comuns e suas terapêuticas vigentes.

As primeiras viagens terapêuticas a serem feitas seriam as termais, no século XVIII, a Bath, Inglaterra, que já era considerada uma das principais estâncias termais, procurada pelas classes mais altas, mas após o aparecimento da vilegiatura foi reformada arquitetonicamente, a pedido da aristocracia inglesa (Monteiro, 2009).

A água termal era usada com fins terapêuticos, como um medicamento que permitia aos *aquistas*⁶ beneficiarem das suas potencialidades (Quintela, 2001).

A descoberta das qualidades terapêuticas das águas termais, torna os locais dotados de termas um destino privilegiado de vilegiatura, fundamentado pela necessidade de obtenção de hábitos saudáveis e pela crescente atenção ao corpo e à saúde (Monteiro, 2009: 16-17).

Em França, ao longo dos séculos XVII e XVIII, as viagens vilegiaturais devem o seu êxito duradouro às ligações com um santuário ou uma família real (Porter, 2001 *in* Monteiro, 2009).

As termas de Vichy e Bourbon constituíam dois importantes locais associados ao lazer da classe nobre e da corte francesa, procurados pelas qualidades curativas das suas águas minerais. Estes novos hábitos higiénicos expandiram-se um pouco por toda a Europa, induzidos não só pela procura da cura, mas também, encarados como um luxo obrigatório para a obtenção de prestígio na sociedade (Monteiro, 2009: 17).

⁵ O repouso era diferente do ócio, desprezado pelos médicos, que afirmavam que *a inactividade e o tédio* [eram] *duas das grandes causas da fadiga cerebral* (Silva, 2009 *in* Monteiro, 2009: 15).

⁶ *Aquistas* – praticantes do termalismo (Quintela, 2001: 360).

No entanto, nem todos tinham condições socioeconómicas que permitissem a deslocação e estadia a estâncias termais e assim se descobrem as propriedades terapêuticas do ambiente marítimo. No século XIX o termalismo começa a ser substituído pelo turismo balnear, apoiado pela classe médica e a sua propaganda social (Monteiro, 2009).

A praia é um dos destinos predilectos para a vilegiatura higiénica, quer pela sua boa acessibilidade ferroviária ou marítima, quer pelas suas boas condições ambientais (Monteiro, 2009: 17). Saúde confunde-se com harmonia: o mar a substância original, lugar onde o indivíduo sai do seu tempo para ir ao encontro de uma condição edénica (Rauch, 2001 in Monteiro, 2009: 17). A “aragem” marítima era entendida como altamente purificadora, contendo propriedades capazes de estimular e limpar o sangue e, conseqüentemente, todo o organismo. Estes locais à beira-mar eram dotados de cenários de natureza excepcional onde o sacrifício médico da cura era transformado em prazer (Monteiro, 2009: 17-18).

O sucesso da vilegiatura devia-se às condições socioeconómicas associadas às motivações de saúde e ao desenvolvimento do turismo de termalismo, balnear e até mesmo de climatismo de inverno e montanhismo (Malta, 1996 in Monteiro, 2009).

Para além do clima balnear, o clima montanhoso também surge introduzido pela vilegiatura higienista como um ótimo destino, usado como terapêutica de cura e de prevenção de futuras doenças (Monteiro, 2009).

Movidos pelo fascínio da natureza intocada, visitantes deslocam-se para a montanha, apenas atraídos [pela] beleza da neve e do cenário natural, o poder revitalizante do clima frio e em alguns casos o interesse pelos desportos da neve. A Suíça, vista como um dos locais de interesse dos grand tourists, para quem já era popular a travessia dos Alpes, torna-se também, pela mão dos médicos ingleses, no destino de predilecção da indústria turística e das teses higienistas, assim como, mais tarde, o epicentro das estâncias de tratamento de tuberculose (Monteiro, 2009: 19).

Face ao crescente turismo na região, as populações dos Alpes dedicaram-se a atividades como termalismo, climatismo, alpinismo e vilegiatura mundana (Rauch, 2001 in Monteiro, 2009).

Os Alpes suíços prometiam, além do mais, benefícios mais tangíveis e mais directos para a saúde. Os médicos na moda fizeram muito pela fama da Suíça defendendo a «cura pelo ar das montanhas», antepassada das férias de Inverno. (Porter, 2001 in Monteiro, 2009: 19).

O interesse pela neve e pelos desportos de inverno surge assim aliado ao ambiente montanhoso, benéfico para a saúde e de agradável beleza natural. Um desses desportos era o alpinismo, que terá tido origem na ciência iluminista e a sua perseguição do conhecimento através da experimentação, medição, observação e

estudo. Alegadamente seria comum a subida ao Monte Branco, nos Alpes, por parte de vários cientistas como geólogos, topógrafos, médicos, naturalistas, para proceder ao estudo de variados fenómenos que ocorreriam com intensidades diferentes em diferentes altitudes (Silva, 2009 *in* Monteiro, 2009).

Por toda a Europa, cresce o interesse pelo alpinismo, generalizando-se a sua prática, o que motivou a fundação de clubes que organizavam e realizavam várias excursões aos Alpes e outras montanhas. John Tyndall, físico, cientista e alpinista irlandês realizou várias expedições aos Alpes, onde estudou as várias condições em que se desenvolviam vários microrganismos, dando assim um importante contributo para a evolução da medicina experimental. (Porter, 2001 *in* Monteiro, 2009).

A classe médica, que já era apoiante das vilegiatura higiénica ao campo, à praia e às zonas termais, apoia também a viagem à montanha, não só para fins terapêuticos, como para a realização de estudos médicos. Ao se descolarem à montanha, era possível efetuar a recolha de informações como a análise de outras culturas, a observação de diferentes formas de lidar com os doentes, os vários tipos de ambientes terapêuticos, assim como a pesquisa de novos métodos terapêuticos (Tavares, 2005 *in* Carvalheira, 2012).

A experiência da viagem praticada pelos médicos proporcionava, através da observação, a interiorização de noções de paisagem construída e de paisagem social, funcionando, simultaneamente, como uma visita de estudo e como troca de conhecimentos (Tavares, 2005 *in* Monteiro, 2009: 21).

As estâncias de altitude eram os principais destinos das viagens médicas, devido à excelente qualidade do ar e os benefícios adjacentes, havendo guias higienistas que propunham o envio de todos os doentes para locais onde o ar fosse apropriado ao seu estado físico, confirmando a relação entre o clima de altitude e a restauração da saúde (Rauch, 2001 *in* Monteiro, 2009).

Associado à vilegiatura balnear e montanhosa desponta ainda um tipo de turismo mais romântico, no estrangeiro, associado às preocupações com a higiene e de abertura do espírito (Porter, 2001 *in* Monteiro, 2009)

A natureza surge, não só, como um refúgio das doenças, considerada local terapêutico e saudável para as populações se deslocarem mas também é encarada como um espaço de evasão que contribuía para manter o equilíbrio do corpo e da mente (Monteiro, 2009: 16). *A revisitação à natureza torna-se predestinada pela convicção médica e pela vibração romântica. (...) O movimento romântico sublinha o carácter do lugar privilegiado pela natureza, como uma espécie de veículo libertador de uma dimensão paradisíaca* (Passinho, 2005 *in* Monteiro, 2009: 16).

A busca da tranquilidade e da beleza da montanha era assim apoiada como local de excelentes condições para a profilaxia social, isolando os doentes e evitando o contágio de doenças, ao mesmo tempo que o tratamento era posto em prática (Monteiro, 2009).

Com a necessidade de encontrar uma resposta que permitisse um conjunto de serviços e alojamento dos doentes que se deslocariam para locais com as melhores condições climáticas e geográficas, estavam criados os factores para a criação das estâncias sanatoriais, onde a terapêutica necessária ao restabelecimento da saúde era posta em prática (Monteiro, 2009).

Em Portugal, a vilegiatura balnear e a vilegiatura montanhosa também tiveram o seu período áureo, conquanto um pouco mais tarde do resto da Europa (Monteiro, 2009). O desenvolvimento da rede ferroviária permitiu uma maior comodidade da viagem, bem como o aumento da possibilidade de destinos (Cavaco, 1979 *in* Monteiro, 2009).

Durante os anos 20 e 30, o interesse pelo turismo de montanha e selvagem surge como uma alternativa ao turismo balnear estival. A queda de neve nas zonas mais altas da Serra da Estrela permitia, durante o inverno, a prática de desportos, mobilizando turistas, que estimulavam a economia local (Monteiro, 2009).

*À semelhança doutros países, o climatismo surge como forma de turismo de Verão em áreas acessíveis e de paisagens apreciados, mas complica-se em seguida, ao associar a terapêutica climática na montanha média ou em sítios particularmente soalheiros e abrigados durante o Inverno (por exemplo S. Brás de Alportel), o gosto pelas altitudes elevadas (turismo de montanha) e por último, o dos desportos da neve (Cavaco, 1979 *in* Monteiro, 2009: 24).*

Apesar de pouco expressivo devido ao afastamento dos centros urbanos e a falta de acessos, distinguem-se a Serra da Estrela, a Guarda, a Covilhã e Manteigas, como localidades associadas a zonas climáticas e a Serra do Caramulo e o Louredo da Serra como zonas elevadas (Monteiro, 2009).

Associadas à vilegiatura surgem as cidades terapêuticas, compostas por estâncias climáticas. Estas cidades afastadas do espaço urbano seriam pequenas colónias situadas em áreas florestais isoladas, em altitude ou próximas do mar (Monteiro, 2009). Cidades dedicadas ao turismo, em locais de características higiénicas reconhecidas, que se afirmavam como modelo de saúde e mais-valia no processo terapêutico (Tavares, 2005).

Sant Moritz e o Lago Léman são exemplos de construções hoteleiras associadas à vilegiatura e ao movimento sanatorial e que beneficiaram do desenvolvimento dos caminhos-de-ferro, cruciais na aceitação das viagens terapêuticas (Rauch, 2001 *in* Monteiro, 2009).

Em Leysin, assiste-se precisamente a este desenvolvimento da indústria turística, promovendo o turismo de saúde que terá sido interrompido com o início da Grande Guerra em 1914 (Rauch, 2001 *in* Monteiro, 2009).

*Com o fim da primeira Grande Guerra, assiste-se à criação de programas de Estado e à tentativa de configuração de um sistema de saúde pública, que fez com que estas cidades ganhassem o carácter de espaços de apoio social, afastadas do luxo da hotelaria da época anterior (Vigarelho, 2001 *in* Monteiro, 2009: 23).*

O PROGRAMA SANATORIAL

O sanatório surge então para responder à necessidade da criação de serviços que permitissem a estadia de doentes em locais com as melhores condições climáticas e geográficas, permitindo o acompanhamento terapêutico, mas também para responder a um programa médico-social. Inicialmente variavam na sua tipologia entre Sanatórios de Cura Marítima, situados em zonas costeiras, e Sanatórios de Altitude, em zonas de montanha, apresentando programas terapêuticos específicos, consoante o tipo de tuberculose (Monteiro, 2009). Mais tarde é também apresentado o Sanatório de Planície, afastado da cidade, envolvido pela natureza.

Tavares fala de uma *geografia de cura* associada ao movimento sanatorial, já que a definição de territórios adequados à construção de sanatórios dependeria de factores como o regime dos ventos, o clima, a topografia e a qualidade da terra (Tavares, 2005), mas também de outros elementos como o ar e a água.

O reencontro do Homem racional e inteligente com a Natureza redefiniu o mapa da Europa nas suas qualidades ambientais, configurando-se como programa para o desenvolvimento do sector terciário do turismo e dos serviços de saúde. Se a altitude era aconselhada para a tuberculose pulmonar e o clima marítimo para as outras formas de tuberculose, a helioterapia constituiu-se não apenas como uma ramificação dos métodos de cura para tuberculose óssea mas também como um instrumento de regeneração social (Tavares, 2005: 23-24).

Antes de se iniciar a construção de um sanatório eram realizadas viagens a outras estâncias terapêuticas, com o objectivo de encontrar o melhor local para a fixação do edifício, bem como o tipo de construção mais adequado. Era necessário pensar o programa arquitectónico segundo o programa médico-social. O local deveria obedecer aos preceitos higienistas, longe dos centros urbanos e com características ambientais específicas.

Para que o sanatório sobrevivesse era essencial instalar acessibilidades e fixar investidores que dariam impulso comercial e valorizavam os terrenos, fazendo parte do discurso de promoção do sanatório, bem como da propaganda médica. Deveria ser consolidado um sistema administrativo autónomo, que desenvolveria uma economia de carácter próprio com base no turismo de saúde, que também agia sobre a regulamentação urbana e o controlo higiénico. Era ainda importante a criação de uma comunidade científica que analisaria, testaria e propunha práticas terapêuticas consoante as características do local (Monteiro, 2009; Tavares, 2005).

Um exemplo destes procedimentos era Davos que, situado nos Alpes suíços, representava a maior e mais conhecida estância sanatorial, assumindo destaque na luta antituberculose como cidade-sanatório modelo a seguir, sendo muitas vezes reproduzida pela Europa.

Quintus Miller organiza em 1992 a exposição *Le Sanatorium, architecture d'un isolement sublime*, onde é demonstrado o desenvolvimento nas formas das construções sanatoriais e nas suas transformações ao longo do tempo. Miller defendia portanto a existência de uma arquitetura sanatorial específica que teria como ponto de partida a instituição termal e que resultaria num processo articulado entre a cultura médica e as práticas arquitectónicas. Para Miller, o movimento terá tido origem, no final do século XIX e início do século XX, nas experiências alemãs de Brehmer e Döttwiller, de Spengler e Davos (Tavares, 2005).

Na segunda metade do século XIX, Alexandre Spengler terá sido o impulsionador da ideia de identificar um local específico e caracterizar as suas capacidades terapêuticas, que conduziam à urbanização do lugar. Com a construção de uma estrada de acesso e da publicidade em torno das curas motivadas pelo clima estão criadas as condições para Davos se tornar num centro terapêutico único. Aliada a estes factores, a construção do acesso por caminhos-de-ferro acrescenta valor ao local e começam a ser produzidos e vendidos por catálogo os chalés pitorescos (Hendersom-Affolter, 1979; Desarnaulds, 1999 in Tavares, 2005).

Nesta altura, a administração urbana sente necessidade de intervir neste fenómeno de crescimento urbano, já que corria o risco de se perderem as qualidades ambientais que caracterizavam o local, mas no senso comum já estava enraizada a noção de Davos como cidade saudável, afectando a aplicabilidade da proposta de restrição de construção (Tavares, 2005).

A forma urbana de Davos construiu no imaginário colectivo, a ideia de uma “cidade higiénica” onde o ar corre livremente, os jardins são abundantes, que se localiza numa região com paisagem de forte carácter, de fácil acessibilidade por caminho-de-ferro, com autonomia administrativa e capacidade económica (Tavares, 2005: 197).

Esta autonomia administrativa permitia que fossem produzidas infraestruturas colectivas que misturavam interesses privados de hoteleiros com o interesse público da cidade, através de uma coordenação de esforços na promoção local e inclusão da estância nos guias turísticos internacionais.

A publicidade também era feita internamente, de forma a contribuir para a construção do imaginário colectivo dos habitantes, inspirando confiança no discurso sobre o local. Desta forma, o investimento privado relacionado com a terapia antituberculosa era defendido (Tavares, 2005).

A avaliação do sucesso do investimento era avaliado pela comunidade médica instalada em Davos, que daria credibilidade às possibilidades terapêuticas e se responsabilizava pelo seu modo de aplicação e vigilância. A avaliação da qualidade das características do local e análise do clima contribuía para a interpretação desses factores para proveito da higiene pública (Dorno, 1911 *in* Tavares, 2005).

O programa terapêutico de Spengler praticado em Davos não incluía nenhuma rotina diária específica, para além das refeições e dos passeios, estando centrado sobretudo no clima e na alimentação. Por essa razão, existia em torno de Davos a ideia de que no seu quotidiano haveria a tendência para os vícios mundanos e a libertinagem, justificando a dúvida se esses comportamentos levariam a um agravamento do estado de saúde. O médico Karl Turban apresenta então um novo modelo de comportamento social na estância sanatorial, defendendo que o cumprimento da conduta sanatorial, que passaria por rejeitar o ócio, não jogar, não se divertir e não se encontrar com doentes do sexo oposto, conduziria à cura do tuberculoso, passando a incluir o repouso na terapêutica (Tavares, 2005).

As exigências provocadas pela medicina e a política urbana resultam na construção de novas formas de construção e de habitar, que passam a ter em conta a permeabilidade interior/externo, através da ventilação, a utilização de materiais

higiênicos, o combate ao pó e a isolamento dos espaços de habitação. A interação entre medicina e arquitetura, que já era evidente nas práticas de turismo de saúde, torna-se obrigatória e necessária e dá liberdade para a experimentação de soluções que correspondam à prescrição médica de clima, ar puro e repouso, inventando alterações na gestão do espaço, que passa a trabalhar mais a relação do edifício com a paisagem (Tavares, 2005).

O fim da soleira, tal como o proclamou Rollier quando construiu as galerias de cura no Chalet Cullaz nos primeiros anos de 1900, contaminou o imaginário moderno com a hipótese de anular a contradição ambiental entre interior e o exterior da habitação. O acetismo dos espaços interiores, sem bichos nem fungos, nem micróbios ou bactérias, coincide com uma ideia idílica da Natureza, espaço puro, de alegria, diferente de uma Natureza incontrolável, violenta e mortal (Tavares, 2005: 225).

Assim, Natureza e Homem, corpo e espírito passam a ser vistos como um só, reforçando a corrente terapêutica de relação com a natureza e tornando cada vez mais necessários os edifícios permeáveis entre o interior e o exterior. É iniciado um movimento de renovação do espírito através da prática naturista, associado também a uma renovação social, política e artística.

Neste contexto surgem os sanatórios-colônia, adeptos da terapia naturista, que não se limitavam a curar as doenças do corpo, mas também as da mente. A terapêutica incluía uma alimentação com base vegetariana, um ritmo disciplinado e a separação entre homens e mulheres nas várias atividades terapêuticas, constituídas por passeios, jogos, ginástica, hidroterapia, massagens e exercícios respiratórios.

O regime naturista terá servido também de base para a constituição e aplicação de um programa terapêutico sanatorial modelo, combinando a cura naturista com as técnicas biomédicas de cirurgia, vacinação e medicamentos (Tavares, 2005).

A tríade terapêutica composta por uma boa alimentação, cura de ar e repouso estava assim estabelecida como programa médico sanatorial.

Era então necessário garantir um programa arquitectónico que correspondesse ao programa médico-social do sanatório. O aumento da quantidade de sanitários e de banhos e a criação das galerias de cura permitiam a execução das práticas terapêuticas segundo os preceitos higiênicos defendidos. O sanatório permitiu assim a alteração da consciência da projeção, novas formas de composição, de traçado e de organização de ferramentas, com recurso a novos materiais de construção como o betão armado ou as tintas laváveis. Giedion, terá sido um

protagonista na história da exploração dos temas propostos pela medicina antituberculosa, tendo defendido a utilização de sanatórios e da helioterapia, segundo a ideologia da Arquitetura Moderna (Tavares, 2005).

Schatzalp é o mais emblemático sanatório de Davos. Elevado sobre a cidade, protagoniza a passagem arquitectónica de uma matriz clássica e monumental para uma construção de base inglesa, com espaços mais pequenos e articulações mais ricas e complexas. Karl Turban introduziu a disciplina rigorosa nas práticas de cura, com especial destaque ao repouso, transformando o sanatório num espaço fechado, com contacto limitado entre os pacientes. Schatzalp surge na sequência do aumento de prestígio da estratégia de cura de Turban (Tavares, 2005).

Os sanatórios populares ganham força com esta nova estratégia de cura em regime fechado, tornando-os rentáveis. De carácter de apoio social, estes sanatórios serviriam os doentes que não teriam possibilidade de custear a cura da tuberculose, contrapondo à cura de luxo, em destinos dispendiosos, protagonizada pela classe alta. No entanto, o regime terapêutico permanecia semelhante, diferenciando na qualidade e requinte da forma e acima de tudo na severidade da vigilância disciplinar (Tavares, 2005).

O sanatório de Turban, em Davos, terá sido construído entre 1888 e 1889, seguindo os modelos sanatoriais habituais, destacando-se por se encontrar dentro de um parque, numa posição elevada, abrigada dos ventos e longe do espaço urbano. Na mesma altura, Turban terá conduzido a organização de um caderno que daria instruções relativas à construção de estâncias curativas para tísicos na Suíça, publicado em 1894.

As normas fundamentais para a criação de sanatórios propostas por Turban, concentravam-se na escolha do lugar, na construção e manutenção do edifício e na organização do serviço. Aconselhava-se a construção do sanatório em locais de elevada altitude, a sua apresentação como grandes estabelecimentos, respondendo a exigências higiénicas modernas, direção por médicos especializados, com métodos próprios e condicionamento da admissão a doentes curáveis (Tavares 2005).

Para a escolha do lugar deveria ser considerada a aplicação dos critérios de acessibilidade e relação com centros urbanos, sendo distante das cidades para ter ar puro, mas próximo o suficiente para permitir ao pessoal médico viver na cidade, no entanto, aconselhava-se também a formação de comunidade isolada relacionada com o sanatório. Os solos deveriam ser secos e com água de nascente, com espaço

suficiente para a construção de jardins e caminhos de passeio, junto a florestas de pinheiros. Devia ter uma boa exposição solar, em vales abertos a sul, abrigados dos ventos e sem nevoeiros ou neblinas (Tavares, 2005).

Relativamente à construção, deveria apresentar-se com um edifício central, com a fachada principal orientada a sul, e duas alas laterais, que formariam um ângulo obtuso, unidos por uma galeria de cura. Apesar de ser preferida a separação de sexos por estabelecimentos, era frequente a separação simétrica dentro do mesmo edifício, sendo a sala de refeições o único espaço de uso comum, à parte das zonas de administração e serviços.

De forma a prevenir o contágio entre convalescentes e para que houvesse menos perturbações no repouso noturno, os quartos dos doentes tinham até quatro camas, tendo sido calculado o volume de ar ideal por pessoa ou cama.

As instalações higiénicas compreendiam as casas de banho e duche, os escarradores, o aparelho de desinfecção a vapor e as galerias de cura (Tavares, 2005).

As galerias de cura, importante zona de aplicação terapêutica no sanatório, eram alvo de descrições detalhadas. Deveriam medir cerca de 2,5m de largura, para permitir a colocação de uma *chaise-longue*, mantendo a circulação das pessoas, estar fechada dos lados e coberta. Sendo uma galeria que se encontrasse orientada para norte, deveria estar totalmente fechada, enquanto que a sul deveria permanecer totalmente aberta (Tavares, 2005).

Turban descreve ainda que tipo de materiais de acabamento seriam os ideais para a manutenção da higiene do edifício, como o uso de linóleo para os pavimentos e tintas de óleo e vernizes para permitir uma boa lavagem das superfícies e janelas com bandeiras de ventilação para permitir a circulação de ar (Tavares, 2005).

Tal como nos sanatórios, nos hospitais desenvolvem-se dispositivos de aberturas e modelos de ventilação complexos, sendo frequente a opção de transportar os doentes para fora do edifício insalubre, para tendas, barracas ou cabanas, que estando menos contaminadas representam saúde junto da natureza (Tavares, 2005).

Em 1902, Turban candidata-se a um concurso para a construção de um sanatório, promovido em Inglaterra. Nesse concurso apresenta um projeto desenhado por Jacques Gros, um arquiteto de Zurique. Gros teria já bastante experiência na construção de hotéis, mantendo o traço hoteleiro identificado nos

sanatórios de Davos, na projeção do *Sanatório Ideal*, que acompanha também a tendência hospitalar da época, com materiais de revestimento laváveis, cantos arredondados, sistemas de ventilação nas portas, etc. Assim combinaria de forma híbrida ambas as práticas, surgindo novos espaços específicos para o tratamento da tuberculose, com as seguintes características (Tavares, 2005):

- *abertura unidireccional a sul dos quartos servidos por um corredor aberto a norte, abandonando-se o corredor fechado com quartos em ambos os lados;*
- *permeabilidade ambiental entre o exterior e interior;*
- *concentração de espaços de serviços e áreas colectivas comuns nos pisos inferiores;*
- *as galerias de cura, espaços de repouso colectivo, abertas, expostas a sul e abrigadas do Sol, independentes dos quartos;*
- *especificidade dos materiais de construção e acabamento, incluindo mobiliário reduzido ao mínimo e facilmente lavável (Tavares, 2005: 243).*

Apesar de Turban apresentar o projeto como *Sanatório Ideal*, não teve consequência na adopção do modelo único de sanatório. Antes, acompanhado pela distinção de terapêuticas de altitude e marítimas, assim como da tuberculose pulmonar e extrapulmonar, as duas principais formas de tuberculose, resultaria num conjunto de modelos reprodutíveis, que corresponderiam ao local onde seria implantando o sanatório e o fim a que se destinaria. Com o sucesso da helioterapia, a dificuldade de adopção do modelo único de arquitetura antituberculose acentuou-se. No entanto, apesar do modelo arquitectónico não ser único, as normas de construção mantinham-se, assim como as práticas terapêuticas (Tavares, 2005).

Oskar Bernhard apresenta em 1914, no manual clínico de Bernhard, a sua clínica de Saint Moritz, uma explicação de como deveria ser construída uma clínica para a cura pela irradiação solar. A proposta tinha um edifício com terraços e Bernhard destacava o interesse da incidência dos raios solares no edifício, mantendo no entanto a intimidade de cada piso, proporcionando privacidade aos pacientes, que poderiam usufruir da vista sem que o seu descanso fosse perturbado.

O corredor, elemento organizador das funções e circulações interiores do edifício, encontrava-se orientado a nascente-poente e separava as funções complementares que se encontravam a norte e os quartos, que estariam a sul. Por funções complementares entendia o elevador utilizado para transportar os doentes e espaços de função clínica independentes, que incluíam a farmácia, esterilização, operações, gessos e fisioterapia, raios x, hidroterapia, terapia de luz artificial e cura eléctrica. Na cave deveriam ser instalados os laboratórios físico-químico e

bacteriológico, onde seria feita investigação. Assim como uma câmara escura para fotografia e a morgue.

O material técnico para a manutenção higiénica do edifício é também tido em conta. O betão armado nos pavimentos e linóleo aplicado como revestimento são novamente referidos.

Com esta descrição, torna-se evidente a manipulação arquitectónica dos dispositivos higiénicos por parte do médico, tendo em conta o seu programa e a sua relação com a forma do edifício, a orientação geográfica e o cuidado em apropriar os sistemas e os materiais construtivos à função terapêutica (Tavares, 2005).

II. BISSAYA BARRETO E A LUTA ANTITUBERCULOSE DE COIMBRA

*O tuberculoso não disciplinado não cura; ao médico convém
e compete fazer a sua educação*

in A saúde, 1931

Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa (1886-1974), médico cirurgião, formado pela Universidade de Coimbra, assume em 1927 a presidência da Junta Geral do Distrito de Coimbra (JGDC) e é nesse contexto que desenvolve a política assistencialista onde se enquadra o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil.

A política de Bissaya Barreto incidia na assistência médica, sanitária, educativa e social, tendo desenvolvido um programa de prevenção, profilaxia e tratamento contra a tuberculose fundamentado no evolucionismo e na ideologia da medicina social, inserido na política institucional das Juntas, no processo de reorganização administrativa do território durante o regime do Estado Novo (Paiva e Nascimento, 2013).

Já durante o seu percurso académico, como estudante de medicina, defendia para grávidas pobres a organização de consulta de maternidade gratuitas. Em 1906, enquanto republicano convicto, Bissaya Barreto discutia no jornal *Pátria* problemas como a tuberculose e a sífilis. Mais tarde, enquanto deputado da Assembleia Nacional Constituinte, promovia o direito à assistência pública (Sousa, 1999 *in* Paiva e Nascimento, 2013; Paiva e Nascimento, 2013).

Provavelmente por orientação de Bissaya Barreto enquanto militante, o Partido Evolucionista (PE) terá apresentado um programa político assistencial e médico-sanitário na província da Beira Litoral, reclamando a atenção à mulher, à criança e ao inválido, com a criação de maternidades, creches, lactários, cantinas, dispensários, asilos, internatos, colónias agrícolas, casas de trabalho, escolas de anormais, sanatórios, hospitais, etc. (Marques, 1991 *in* Paiva e Nascimento, 2013; Paiva e Nascimento, 2013).

Ao olhar para a Obra Assistencial da JGDC e mais tarde Junta de Província da Beira Litoral (JPBL), como o Dispensário de Protecção à Grávida e Defesa da Criança, o Parque Infantil, o Ninho dos Pequenos, o Preventório de Penacova, Asilo de Cegos e Aleijados de Semide, Escola Agrícola de Semide, Hospital-Sanatório de Celas, Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, os postos de profilaxia

antivenérea e os Asilos Distritais de Leiria e Aveiro, podemos ver o reflexo do programa do PE, o que leva a crer que Bissaya Barreto terá contribuído fortemente para a construção do mesmo, estando fortemente comprometido.

A maçonaria, o positivismo científico-naturalista e o republicanismo são as três principais influências determinantes para a ideologia de Bissaya Barreto identificadas por Pais de Sousa (Sousa, 1999 *in* Cruz, 2008).

O médico defendia que o valor social dos assistidos deveria estar sempre no pensamento do médico social, que deveria exercer como educador.

É necessário, pois, fazer a assistência física, intelectual e moral, isto é, assistir-educando, educar-tratando (...) É necessário, enfim, criar o apostolado da Medicina Social (Barreto, 1936 *in* Cruz, 2008: 99).

O modelo médico-social declarava então a doença como problema social, sendo necessária uma intervenção na comunidade alicerçada em critérios científicos e não apenas no indivíduo. A medicina exercia assim influência sobre o corpo doente, mas também sobre o corpo social (Cruz, 2008).

O programa médico-social de Bissaya Barreto seria inspirado na filosofia naturalista de Rousseau, aproximando-se do higienismo modernista, em vez da tendência caritativo-religiosa do Regime do Estado Novo. No entanto, deve ser referido o constante recurso ao apoio das ordens religiosas na execução do programa aplicado por Bissaya Barreto, o que reforça a ideia de uma conjugação de elementos do Regime com o modernismo (Sousa, 1999 *in* Cruz, 2008; Cruz, 2008).

Em Portugal, o movimento de transformação das políticas sanitárias era substituído por uma ideologia paternalista, evidente na singularidade da obra assistencialista de Bissaya Barreto, característica pela regeneração social dentro da família nuclear, dando especial importância ao papel da mulher e mãe, adaptando o projeto disciplinar europeu à realidade nacional (Cruz, 2008).

A MEDICINA SOCIAL

Michel Foucault (1998) defendia que a medicina social terá nascido de três etapas: a medicina do Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

Em primeiro lugar a medicalização do Estado, depois da cidade e por último dos pobres e trabalhadores.

A medicina do estado, desenvolvida na Alemanha, consistia no conjunto de atuações de acumulação de conhecimento para um melhor funcionamento do estado. Inicia-se um desenvolvimento de uma polícia médica, que tinha como obrigação estabelecer estatísticas de natalidade e de mortalidade, mas também de morbidade, registando a observação de diferentes fenómenos epidémicos e endémicos nos hospitais. Na mesma altura, avança-se com uma normalização da prática e do ensino médico, tornando o médico no primeiro indivíduo normalizado pelo estado. Há então a necessidade de criar uma organização administrativa capaz de controlar os médicos, levando a que os médicos estivessem sob a alçada de um poder administrativo superior e onde surge a figura do médico como administrador de saúde, em que os oficiais médicos seriam responsáveis por gerir uma área com uma população de cerca 35-50 mil habitantes, que estariam divididos por distritos com médicos distritais responsáveis por cerca de 6-10 mil habitantes (Foucault, 1998).

A medicina urbana, característica de França, consistia em analisar no espaço urbano tudo o que poderia provocar doença nos locais de amontoamento, focos de desenvolvimento de fenómenos epidémicos ou endémicos, como os cemitérios. Surge nesta altura uma maior preocupação com o culto dos mortos, através da utilização do caixão ou das campas individualizantes e familiares, etc. Foucault (1998) defende que, ao contrário do que se pensa, esta preocupação não surgiu por razões teológico-religiosas, mas por questões político-sanitárias, de modo a conservar a saúde dos vivos. Havia por isso o cuidado de os colocar em regimento, numa esquadria alinhada e definida, identificada e fora das cidades.

Esta necessidade de organizar o espaço urbano vinha da urgência em controlar as revoltas urbanas que surgiam na plebe no século XVIII, como evolução das revoltas camponesas do século XVII. Gera-se medo e angústia perante a cidade, a que Foucault (1998) chama de *medo urbano*.

(...) medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo também das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar (Foucault, 1998: 87).

A medicina urbana tinha também o objectivo de estabelecer e controlar a circulação dos elementos naturais, como o ar e a água. Por essa razão defendia-se a

construção das grandes avenidas e a destruição das casas das pontes, que roubavam a livre circulação do ar e eram húmidas. A organização das distribuições e sequências era outra das preocupações da medicina urbana, já que a desordem entre fontes de água e esgotos tinha sido considerada a grande causa para as doenças epidémicas das cidades no fim do século XVIII. A medicina urbana não era então uma medicina do indivíduo, mas sim das coisas e das condições de vida e associada a ela surge a noção de salubridade e mais tarde a noção de saúde pública, que tem como objectivo controlar os elementos materiais do meio que podem prejudicar ou favorecer a saúde (Foucault, 1998).

No século XVIII medicina urbana não tinha influência no privado, permitindo que o povo não fosse considerado um elemento perigoso para a saúde da população. Para além de o amontoamento não ser significativo, os pobres faziam parte da instrumentalização da vida urbana, realizando incumbências, como levar cartas ou despejar o lixo, transportar água ou eliminar os dejetos, sendo por isso bastante úteis para a organização da cidade.

No século XIX, um conjunto de razões, como a Revolução Francesa e as grandes agitações sociais de Inglaterra que tornaram o pobre numa força política capaz de se revoltar, a criação de um sistema postal que dispensava os serviços dos pobres ou a cólera, fez crescer ao redor da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários. Foi a partir deste momento que se iniciou a segregação urbana entre ricos e pobres, criando habitações ricas e pobres ou mesmo bairros separados (Foucault, 1998).

Com o desenvolvimento industrial inglês e o conseqüente desenvolvimento do proletariado, surge a medicina da força de trabalho, a terceira etapa da medicina social.

A medicina inglesa inicia o seu carácter social ainda no século XVIII, com a criação da *Lei dos Pobres*, derivado do medo constante do contágio. Para beneficiar da assistência, o pobre deveria submeter-se a um conjunto de controlos médicos, permitindo a aplicação de políticas sociais de controlo da população. Foucault (1998) salienta a ambigüidade ideológica desta assistência social que, para além de ser uma forma de auxiliar os mais pobres, satisfazendo as suas necessidades de saúde, é ao mesmo tempo uma protecção das classes mais ricas. Esta acção filantrópica consistia na inspecção e recolha dos mendigos nas ruas que, ao serem levados para asilos religiosos, eram alimentados, vestidos, cuidados e transformados em

indivíduos aptos para o trabalho, obedientes e fiéis ao sistema político (Vieira, 2011; Montaña 2012).

Durante os dois séculos de vigência dessa legislação, a Inglaterra cuidou do pauperismo através da “beneficência” pelo caminho burocrático (Duayer e Medeiros, 2003 in Montaña, 2012: 273).

Em 1875 é instituído o *Serviço de Saúde*, um serviço autoritário de controlo da população que funcionaria enquanto prolongamento da *Lei dos Pobres*. Estes Gabinetes de Saúde eram constituídos por médicos que dispensavam os cuidados médicos que não seriam individuais, com o intuito de alcançar toda a população, tomando medidas preventivas, inspecionando as coisas, os locais, o espaço social, verificando as vacinas e os registos dos doentes, etc. (Foucault, 1998).

Pode dizer-se que os Dispensários, que no século XX, integrados numa rede de assistência médico-social, se revelaram essenciais no combate às doenças infecto-contagiosas, provêm dos Gabinetes de Saúde, já que apresentam semelhanças de carácter funcional como as enumeradas por Foucault (1998): o controlo da vacinação da população; a organização dos registos médicos das epidemias e doenças com potencial epidémico, havendo declaração obrigatória de doenças perigosas; a identificação de focos insalubres e a sua eventual destruição.

(...) a medicina social inglesa (...) permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo (Foucault, 1998: 97-98).

Em Portugal, na primeira metade do século XX, quando as doenças contagiosas atingiam o seu auge em número de casos, não existia um programa assistencial que permitisse pôr em prática o controlo da população e das suas doenças. A necessidade de criar um plano de educação e saúde pública refletia-se no discurso da classe médica da época e Bissaya Barreto era um dos protagonistas. No I Congresso da União Nacional, realizado em maio de 1934 em Lisboa, a propósito da necessidade e urgência da organização da Medicina Social, o médico dizia:

Aproveito esta reunião, em que tomam parte médicos e não médicos, em que se encontram muitos representantes de instituições distritais, municipais e paroquiais, para lhes dizer

que é indispensável a organização dum armamento completo médico-higiênico, que coordene e dê método aos esforços dos poderes públicos, dos médicos, das obras particulares e doutras entidades, no sentido de se conseguir uma melhor realização dos preceitos da Higiene, um melhor rendimento da Medicina Preventiva e um maior aproveitamento do dispêndio enorme que a Assistência oficial e a Assistência privada estão fazendo em Portugal.

Só assim se conseguirá diminuir a morbilidade, reduzir a mortalidade, melhorar as condições sociais e fazer assim a defesa integral da saúde da nossa população.

Faremos assim Medicina Social, base de toda a organização sanitária, que assente em bases científicas e cujo progresso, na linguagem de Ch. Richet, está estritamente ligado aos progressos do estado social, ao desenvolvimento moral e científico dos Povos e não representa mais do que uma das manifestações da luta do homem pela felicidade, um dos elementos de defesa contra as forças hostis, que assediam o homem de toda a parte e em todos os momentos – forças meteorológicas, parasitas variados, êrros alimentares, vícios hereditários ou adquiridos, individuais ou nacionais (Barreto, 1935a: 137-138).

O discurso de carácter moralista de Bissaya Barreto (1935a) não fugia do discurso da medicina social inglesa, apontando o grande e rápido desenvolvimento industrial como potenciador da desigualdade social e o desequilíbrio entre operários e patrões e, por consequência, piora das condições de vida, que conduziriam a atitudes de revolta permanente.

Com efeito, vive-se hoje uma época de instabilidade; as forças sociais não estão arrumadas convenientemente e, nesta fase de transição, que se atravessa, aspira-se por uma Sociedade nova, moldada em diferentes bases (Barreto, 1935a: 135).

O desenvolvimento dos grandes flagelos na sociedade, graças às exigências da vida moderna e à precariedade das condições de trabalho, que consistiam em trabalhos exaustivos e violentos, más condições higiénicas sem ar, sem luz e sem conforto, em espaço reduzido e em grande aglomeração, estava potenciado e para os combater Bissaya Barreto defendia que o médico deveria procurar em alguns dos seus doentes a cura da doença, o restabelecimento da saúde ou mesmo a preservação da doença (Barreto, 1935a). Assim, no âmbito da Assistência Pública, o médico deveria prevenir e impedir a doença, exigindo que o indivíduo vivesse subjugado às regras da higiene, durante toda a sua vida (Spencer, *s.d.* in Barreto, 1935a).

A Medicina Preventiva surge então como a disciplina da medicina social que congregava todas as medidas positivas que contribuíssem para a defesa direta da saúde dos indivíduos ao evitar o aparecimento da doença ou detendo o seu desenvolvimento. É através da medicina preventiva que se torna possível a pesquisa

sistemática das lesões causadas pela doença, permitindo um diagnóstico precoce (Barreto, 1935a).

Para Bissaya Barreto (1935a) a organização da medicina social portuguesa deveria promover no seu programa:

- 1) *A despistagem do doente;*
- 2) *Medidas de saneamento, que defendam o indivíduo são do contagioso, que dêem habitações salubres e higiénicas, que promovam desinfecções, etc.*
- 3) *A educação das famílias;*
- 4) *A assistência sob tódos os aspectos aos doentes, às famílias e aos filhos* (Barreto, 1935a: 138).

Bissaya Barreto chega a assumir o seu idealismo impregnado no programa da medicina social que pretendia pôr em prática, mas reforça a ideia de que sem este programa o bem colectivo não estaria assegurado, ainda que a visibilidade dos seus resultados não fosse imediata (Barreto, 1935a).

Bem sabemos que não basta estabelecer os centros de Profilaxia e tratamento, que não basta estimular a caridade pública, desviando para os desherdados da sorte o bem que os privilegiados dela possam dar; é necessário traçar um plano de realizações, é necessário impô-lo, é necessário com mão forte de forte ditadura executá-lo com ordem, com método, com disciplina, é necessário criar a opinião de que êstes assuntos, depois de discutidos, já se não discutem e que, em assuntos de tal magnitude só deve haver obediência; é necessário criar a religião da Higiene e da Profilaxia e da mesma maneira que nas primeiras idades se faz nascer a crença religiosa, também é nas crianças e principalmente na idade escolar que se deve dispendir o maior esforço para tornar estruturais e inconscientes até, a prática dos princípios basilares duma boa higiene. Sem êsse trabalho de instrução e educação, tódos os esforços serão perdidos (Barreto, 1935a: 138-139).

A educação profiláctica serviria então de base para todo o seu programa e Bissaya Barreto apelava à atenção dos educadores e dos legisladores para este problema, do qual dependia o futuro da Nação.

Conhecem V. Ex.^{as} o valor das demonstrações da profiláctica educativa, feitas em diversos países no post-guerra; elas representam a prova mais brilhante das afirmações, que deixo ditas, e são uma prova notável da cooperação e auxílio mútuo de diferentes povos na busca do bem-estar do Mundo, sob o ponto de vista médico-social, e para essa aspiração se internacionalizavam os meios de combate contra os flagelos que dizimam a Humanidade, se procuram unificar as estatísticas, os ensinamentos, os métodos profiláticos e de educação! (Barreto, 1935a: 139).

Bissaya Barreto reivindicava para Portugal um programa de medicina social, assente na educação profiláctica e na criação de uma rede de estruturas de suporte interligadas entre si, argumentando-o como necessário para atingir um estado

moderno de civilização e de potência imperial, equiparando-se a outros países europeus. De qualquer modo, esse programa social já estaria a ser posto em prática por si a uma escala menor em Coimbra, enquanto presidente da Junta Geral do Distrito de Coimbra.

A OBRA DE ASSISTÊNCIA DA JUNTA GERAL DO DISTRITO DE COIMBRA

A ADMINISTRAÇÃO DISTRITAL E PROVINCIAL

Entre 1927 e 1974, Bissaya Barreto, médico e professor, foi o principal promotor na construção de todo um arsenal de combate aos flagelos sociais, no âmbito da assistência médica e social. Inicia a presidência da Junta Geral do Distrito de Coimbra (JGDC) em 1927 e termina em 1974, no pós Revolução de Abril, com a Junta Distrital de Coimbra (JDC), instituída em 1959, passando pela Junta de Província da Beira Litoral (JPBL), instituída em 1936 (Amaral, 2006; Paiva e Nascimento, 2013).

As Juntas Gerais de Distrito seriam desde 1836 órgãos de administração regional do território. Na Constituição de 1933, as províncias passam a ter o estatuto de autarquia e delegam para os distritos as funções unicamente políticas e policiais. Com o Código Administrativo de 1936 foram criadas onze Juntas de Província, tendo sido extintas as Juntas Gerais de Distrito. Coimbra, Leiria e Aveiro formavam a JPBL (Paiva e Nascimento, 2013).

A Junta de Província e o Conselho Provincial compunham os órgãos autárquicos do Estado Novo, que demonstravam a política corporativa do regime. Segundo o artigo 234^o do Código Administrativo de 1936, a Junta de Província era composta pelo presidente e o vice-presidente do Conselho Provincial, juntamente com três vogais por eles eleitos (Paiva e Nascimento, 2013).

À Junta de Província eram atribuídas competências nas áreas económica, cultural e assistencial. Assim, era sua designação manter os hospitais regionais, dispensários centrais, preventórios e sanatórios, usando apenas o que estivesse acessível ao seu orçamento ou com o auxílio do Estado. Com a revisão do Código

Administrativo, em 1940, passam também a estudar e a apresentar, para aprovação superior, o plano de assistência social adaptado às necessidades da respectiva província, subsidiar a realização desses planos ou a ampliação a novas formas de assistência pelas organizações que existiam na província (Paiva e Nascimento, 2013).

Em 1959, os distritos substituem as províncias e passam a existir o Conselho de Distrito e a Junta Distrital, eleita pelo Conselho (Oliveira, 1995 *in* Paiva e Nascimento, 2013).

No Conselho Provincial de dezembro de 1937, Bissaya Barreto apresenta as obras iniciadas enquanto JGDC e a direção do caminho a seguir para o desenvolvimento e continuação desse trabalho enquanto JPBL, um importante resumo que permite entender qual o ponto de situação da obra assistencial (fig. 2) promovida pelo médico:

a) para a iniciativa da antituberculose apontava a necessidade da realização de obras para melhor comodidade, conforto e tratamento aos doentes; a emissão de selos de assistência a distribuir pelos dispensários para aquisição de verbas; o apoio ao Dispensário Central Antituberculoso de Coimbra – para tratamento dos tuberculosos pobres do concelho e distrito, cuja instalação radiográfica era utilizada pelos doentes tratados nos dispensários concelhios;

b) para a defesa da criança era importante o “Dispensário de Higiene Social, onde as enfermeiras visitadoras fazem a educação profiláctica das mães, percorrem os bairros pobres, visitam as instalações mais humildes onde levam o seu auxilio moral e material e donde trazem as grávidas ao Dispensário para serem observadas por médicos especializados, receber gratuitamente as prescrições para o bom desenvolvimento da criança na vida intrauterina e para o nascimento em boas condições para mãe e filho. Com esse fim fundou-se o Ninho dos Pequenos, uma pequena maternidade onde as grávidas muito pobres vão ter o seu parto e se dá aos recém-nascidos o bem material, higiene, profilaxia e tratamento, BCG, e afastamento da mãe infectada”. A maternidade dispunha de uma secção de isolamento;

c) na política de puericultura, “a única verdadeira política nacionalista da Junta de Província da Beira Litoral” pretendia conferir maior atividade ao Dispensário da OPGDC, levar as crianças à praia na Figueira da Foz e criar nessa cidade, um Jardim de Infância;

d) no âmbito do programa de medicina social, para as crianças no período pré escolar (3-7 anos), pretendia vulgarizar os Parques Infantis. “É justo marcar a nossa prioridade nestes assuntos e registar, com satisfação, que procuramos dar à Junta de Província da Beira Litoral o lugar de destaque que ela merece em tudo quanto diga respeito à higiene e saúde das crianças pobres”;

e) neste sentido, deu início à construção de dois parques infantis no Bairro Industrial de Santa Clara e no Bairro do Operário. Foram situados propositadamente na periferia da cidade para que pudessem ser frequentados por filhos de trabalhadores rurais que vinham de manhã para a cidade e regressavam à noite;

f) Apoiou ainda o Lactário de Santo António, que funcionava junto ao Dispensário da OPGDC, criado pelas alunas da Escola Normal Social de Coimbra (AUC-AD/Livro nº1, 1937 in Paiva e Nascimento, 2013: 52-53).

No seu conjunto, a JPBL possibilitava a assistência a 800 internados em onze estabelecimentos e a 7000 doentes no Dispensário Central Antituberculoso do Pátio da Inquisição. Disponha-se ainda a desenvolver a obra e a construir mais edifícios ou a melhorar os já existentes (Paiva e Nascimento, 2013).

A ação de Bissaya Barreto enquanto presidente desta Junta incidia sobretudo na medicina social e na sua visão assistencialista, para combater os maiores problemas sociais (Sousa, 1998 *in* Amaral, 2006).

PELOS TUBERCULOSOS CONTRA A TUBERCULOSE!

Quando em 1927 Bissaya Barreto foi eleito Presidente da Comissão Administrativa da JGDC (Paiva e Nascimento, 2013) iniciava uma viagem sem regresso no campo da assistência social, já que poderia finalmente pôr em prática um conjunto de ideias que considerava essenciais para melhorar as condições de vida da população e que vinha a reivindicar desde os tempos de estudante de medicina (Amaral, 2006).

Quando o médico assumiu a presidência da JGDC, das cinco chagas que atingiam a população – a Tuberculose, a Loucura, a Lepra, a Sífilis e o Cancro – a tuberculose era a que mais matava, tornando urgente traçar um plano estratégico de combate à doença (Goemaere, 1942; Bandeirinha, 1996). Coimbra e os Hospitais da Universidade (HUC) não dispunham de um plano estruturado de combate ou de tratamento à tuberculose e só em 1928 foi instalado um dispensário antituberculoso no Hospital do Castelo (Campos, 1934 *in* Amaral, 2006).

A inexistência de qualquer serviço especializado, bem como de hospitais-sanatório consentiram que esta instituição tratasse os seus tuberculosos depositando-os numa enfermaria do Hospital dos Lázaros, conhecido posteriormente como Hospital do Castelo (Pessoa, 1931 in Amaral, 2006).

Com um discurso de crítica em relação à pouca atividade dos HUC e da ANT, Bissaya Barreto inicia a sua luta, formulando então um conjunto estruturado de ações, que consistiam na prevenção em vez da cura (Amaral, 2006).

Iniciámos a nossa vida na Medicina Social organizando a Luta contra a Tuberculose no distrito de Coimbra, através da sua Junta Geral (Barreto, 1970 in Amaral, 2006: 88)

No âmbito da Comemoração dos Centenários da Restauração da Independência de Portugal, realizou-se no Porto, em 1940, o Congresso Nacional de Ciências da População, onde José dos Santos Bessa, representando a JPBL, apresenta um resumo do trabalho desenvolvido na campanha da Obra Antituberculosa de Coimbra (OAT).

Segundo o discurso de Santos Bessa (1940), a OAT nasce pela JGDC como resultado da necessidade de resposta à nula atividade profiláctica da ANT, com o carácter principal de protecção da criança e combate à tuberculose.

Era sabido que no geral as taxas de morbilidade e de mortalidade infantis eram elevadas, assim como o abandono da grávida e da criança. Com o acréscimo de casos de tuberculose esses valores elevavam-se ainda mais e pensava-se que poderiam comprometer a continuidade da população. Por essa razão, a luta contra a tuberculose deveria encontrar-se unida à assistência à infância, à campanha contra a fome, à miséria e à ignorância, de forma a não comprometer o bom desenvolvimento orgânico das crianças. Era ainda vantajoso o encargo simultâneo, para além da tuberculose infantil e da sua profilaxia, dos que cuidam da alimentação da criança, do plano de combate às más condições higiénicas de habitação e da profilaxia dos factores que contribuem para o desenvolvimento anormal da criança e que impedem uma boa resistência orgânica e uma saúde perfeita (Bessa, 1940).

A higiene não seria a única condição importante para a erradicação da tuberculose. Era necessário controlar a população, de modo a evitar o contágio das doenças infecciosas e a promiscuidade dos atos. Parte do combate à doença deveria ocupar-se da opinião pública, em todas as frentes. Sem a compreensão popular, sem a assimilação das partes a beneficiar de um certo número de leis e preceitos, toda a campanha seria ineficaz. Era necessário que certas noções de higiene e de profilaxia entrassem no subconsciente das pessoas, afim que, transformadas em leis, fossem aceites sem discussão. A população tinha de ser educada, desde os seus hábitos diários. Numa altura em que seriam poucas as habitações que possuíam retretes ou mesmo casas de banho e as lavagens com sabão, apesar de recomendadas, não serem efectuadas, de nada valia ter medidas profilácticas higienistas se era a população pobre e insalubre quem mais precisaria delas e quem não as praticava (Barreto, 1956).

A particularidade desta obra assistencialista residia na possibilidade de prestação de auxílio em todos os momentos da vida do indivíduo, tuberculoso ou

são, operando numa vasta rede de ação social, com grande foco na educação profilática, estabelecida na Província da Beira Litoral, com maior foco no Distrito de Coimbra (fig. 1).

A educação profilática estaria subjacente a cada frente de ação, iniciando-se desde tenra idade, com a institucionalização das crianças assinaladas pelas assistentes sociais, tornando-se tanto mais eficaz, quanto maior fosse o tempo de exposição à obra de assistência, convertendo as noções de higiene e profilaxia em leis, cravadas no subconsciente do indivíduo.

A assistência à população era então constituída pela Obra Antituberculosa de Coimbra (OAT) e pela Obra de Proteção à Grávida e Defesa da Criança (OPGDC), que exerciam ação através de órgãos de previdência e assistência na província da Beira Litoral como Instituto Maternal, Jardins de Infância, Parques Infantis, Casas de Criança, Colónias Balneares, Preventórios, Dispensários, Sanatórios, Casas de Educação e Trabalho, Asilos de Velhos, etc. (Rumo..., 1950).

O primeiro passo foi dado com a criação de um Dispensário Antituberculoso no Pátio da Inquisição, juntamente com uma rede de dispensários concelhios, que permitia rastrear e triar a tuberculose, em regime ambulatorio, através de exames e análises. Quando confirmado o diagnóstico de tuberculose, os doentes seriam posteriormente encaminhados para hospitais-sanatórios de forma a proceder ao tratamento (Barreto, 1956 *in* Amaral, 2006; Paiva e Nascimento, 2013). Estes dispensários serviam também para educar os médicos e aperfeiçoar os conhecimentos em tisiologia (Barreto, 1970 *in* Amaral, 2006). Aqui é apresentada outra particularidade da obra assistencialista, que consistia na preocupação de uma educação prática dos profissionais de saúde e de assistência.

Inaugurado em 1928, sob a direção do médico Armando Gonsalves, o Dispensário Central de Coimbra teve nesse ano registados 1028 casos de confirmação ou suspeitas de tuberculose (Carvalheira, 2012). A profilaxia era promovida através das consultas, ao mesmo tempo que se esclareciam dúvidas e apresentavam as regras higiénicas, bem como à administração de vacinas antituberculosas, tendo sido o primeiro a aplicar esta medida (Barreto, 1956 *in* Amaral, 2006; Paiva e Nascimento, 2013). Anexados à rede deste dispensário estavam ainda os Dispensários Concelhios de Góis, Arganil, Lousã, Penela, Condeixa-a-Nova, Montemor-o-Velho e Figueira da Foz. Mais tarde juntaram-se a estes Cantanhede, Penacova e poiães, cobrindo assim todo o Distrito de Coimbra (Carvalheira, 2012).

Ao Dispensário Central, foram sendo associados ao longo do tempo todos os restantes dispositivos médico-sociais de assistência, como os sanatórios, funcionando em comunicação constante no seu conjunto.

Em 1931, com a entrada de Bissaya Barreto na União Nacional, fundada no ano anterior e presidida por António de Oliveira Salazar, Bissaya Barreto toma posse como vogal da Comissão Central e é nomeado para a Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, reafirmando a sua Luta *Pelos Tuberculosos Contra a Tuberculose* e mantendo-se fiel ao seu republicanismo (Amaral, 2006).

Em janeiro de 1931 sai o primeiro número do periódico *A Saúde*, um jornal popular gratuito, bimensal, de higiene e profilaxia sociais, que tinha como grupo alvo a população coimbrã e circundante.

Os primeiros temas abordados neste periódico eram precisamente a tuberculose e a grávida. No primeiro, são referidas questões como a forma de contágio, o mau ar, o álcool e uma má alimentação, como potenciadores da tuberculose, associando a doença à miséria. No segundo são apresentados conselhos gerais às mulheres, que teriam como principal função ser mães, de carácter moralizante, como a consideração do uso de saltos altos inadequado ou das ligas apertadas, mas também de escolhas alimentares ou da profissão, sendo a melhor opção a vida doméstica, por se considerar trabalho leve e que, por essa razão, evitaria interrupções involuntárias da gravidez.

Era também divulgado o Sanatório de Meia Altitude do Caramulo, como uma estância climatérica antituberculosa de excelência em Portugal, alguns edifícios da JGDC como o Dispensário Central, mas também era apresentada a adaptação dos edifícios da Quinta dos Vales e do Convento de Celas a Hospitais-Sanatórios prestes a abrir portas.

No campo da luta antituberculosa, existiu ainda o periódico *O Bom Combate*, que não pertencia à OAT da JGDC e que teria como objectivo a produção de hábitos que prevenissem o contágio da tuberculose por parte da população, e entre as suas actividades o apoio funcional para os pobres, a distribuição gratuita de medicamentos e a divulgação gratuita das consultas do Dispensário Antituberculoso dos HUC (Carvalheira, 2012). O seu primeiro número terá saído em Maio de 1931 e o último em Setembro do mesmo ano, devido a falta de verba por parte das autoridades competentes (Santos, 2000 *in* Carvalheira, 2012). Intitulava-se Órgão de Propaganda da Obra da Tuberculose de Coimbra e do Dispensário Antituberculoso dos Hospitais

da Universidade e teria como presidente da Comissão Executiva o Professor Rocha Brito.

Bissaya Barreto terá sido um grande crítico das condições hospitalares em Coimbra e o seu cargo de Presidente da JGDC dar-lhe-ia legitimidade para apresentar críticas, argumentos e soluções que motivassem a transformação dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Sonhou a junta fazer do Distrito de Coimbra um Centro piloto, procurando resolver os problemas fundamentais e de maior urgência que assolavam o nosso País (Barreto, 1970 in Amaral, 2006: 88).

Bissaya Barreto defendia a criação de um sanatório, um hospital específico para tuberculosos mas só após alguns conflitos entre o médico e a Faculdade de Medicina, foi criado o Hospital-Sanatório de Celas, destinado a acolher mulheres tuberculosas de todas as categorias (100) e mais tarde também a crianças, com o Sanatório Infantil. Para os homens (400) foi criado o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (Amaral, 2006; Paiva e Nascimento, 2013). Foi ainda edificado na Figueira da Foz o Sanatório Hélio-marítimo para tuberculosos, que nunca chegou a funcionar como tal (Paiva e Nascimento, 2013).

Inserida na OPGDC, inerente à OAT, como já referido, estavam serviços como o Dispensário Materno-Infantil, o Ninho dos Pequenitos, a Maternidade do Ninho dos Pequenitos, o Lactário de Santo António, fundado pelas alunas da Escola Normal Social, onde eram guardadas as reservas de leite materno saudável, permitindo aos recém-nascidos serem alimentados com o leite apropriado, a Roupinha do Pequenito, onde recebiam a roupa que serviria para vestir as crianças pobres, a Consulta Externa para Grávidas, a Consulta Externa de Pediatria, Parques Infantis e Casas da Criança (Bessa, 1940).

O Ninho dos Pequenitos acolheria quase cem crianças com idade inferior a 3 anos de idade. Poderiam ser acolhidas as crianças em eminência de contágio tuberculoso ou em risco de vida de qualquer outra índole. A segurança e a saúde das crianças estaria assegurada pelo apertado regime de observações, pela quarentena antes da sua admissão, pelas observações clínicas e radiológicas ao pessoal e pelo regulamento de visitas. Após atingirem os 3 anos de idade, as crianças seriam acolhidas no Preventório de Penacova, onde frequentariam a preparação para a escola primária (Bessa, 1940).

Os Parques Infantis e as Casas da Criança, criados para acolher os filhos dos operários e de gente pobre, seriam importantes dispositivos na educação infantil.

Teriam uma creche, até aos 18 meses, outra dos 18 meses aos 3 anos de idade e outra dos 3 aos 7 anos. Destaca-se em Coimbra o Parque Infantil Dr. Oliveira Salazar e a Casa da Criança de Santa Clara, conhecida por Portugal dos Pequenitos, com representações de casas e monumentos portugueses que seriam o deleite nas brincadeiras das crianças. Estava prestes a abrir a Casa da Criança Joana de Avelar, no Bairro das Casas Económicas, junto à Estação Velha de Coimbra. Em processo de construção encontrava-se a Casa da Criança de Santo António dos Olivais (Bessa, 1940).

Outro dispositivo seria o Jardim de Infância D. Maria do Resgate Salazar, destinado às crianças provenientes de famílias ricas, mediante o pagamento de uma mensalidade. É de referir também que as Colónias Balneares e de Montanha permitiriam usufruir dos benefícios dos climas marítimo e montanhoso, contribuindo para a saúde das crianças (Bessa, 1940).

Foram também criados dois preventórios: o do *Ar Alto*, em Macieira de Cambra, para crianças com primoinfeção tuberculosa, onde era posta em prática a tríade higieno-dietética e o de Penacova, para crianças que não tivessem tuberculose pulmonar ou outra doença infecciosa (Paiva e Nascimento, 2013).

A Escola Profissional de Agricultura de Semide, para rapazes dos 10 aos 16 anos, e a Quinta do Linheiro em Sever do Vouga, para raparigas dos 10 aos 18 anos, eram os institutos que garantiam o ensino focado para a profissão e para o trabalho doméstico (Bessa, 1940).

Todas as pessoas que se dirigissem a estes serviços tinham a obrigatoriedade de preencher um inquérito médico-social, passando a constar nas estatísticas e no sistema assistencialista da JGDC. Assim era permitido o acompanhamento da família e dos indivíduos ao longo da vida, como garantia de que o sistema assistencialista estaria a funcionar. Para o auxílio na velhice, existia o Asilo de Velhos de Semide (Bessa, 1940).

A ideologia defendida por Bissaya Barreto encontrava-se assente em algumas premissas disciplinares da peste branca, apesar de uma forma atenuada e a favor do participação voluntária do doente. Pretendia assim dar a oportunidade ao doente de tomar a iniciativa de se deslocar aos dispensários antituberculosos. No entanto, dispunha do apoio das assistentes sociais formadas na Escola Normal Social, que inquiriam a população e averiguavam possíveis casos de tuberculose em famílias desfavorecidas, deslocando-se ao local.

A Escola Normal Social foi criada em 1936, com o auxílio da Congregação Franciscanas Missionárias de Maria e tinha como objectivo formar assistentes sociais e enfermeiras visitadoras (Martins, 1993 *in* Sousa, 1999).

Em 1944 foi criado um serviço privativo que prestava assistência aos funcionários públicos, onde faziam exames e eram encaminhados para o tratamento sanatorial ou administrado o tratamento aos que não necessitariam de o efetuar em regime de internato (AUC-AD, Correspondência, 25/07 – 26/09/1944 *in* Paiva e Nascimento, 2013).

Bissaya Barreto reclamou também a criação de serviços que apoiassem a readaptação à vida do tuberculoso restabelecido, apesar de existirem também nos sanatórios condições para a criação desse serviço, que promoveria a readaptação profissional do indivíduo (Paiva e Nascimento, 2013).

*De que serve fazer um diagnóstico precoce, de que serve ter feito um bom tratamento, de que serve ter conseguido uma cura clínica, de que serve tê-lo mantido sanatorizado durante 6 meses, se ao fim deste tempo lhe dizemos: 'tem alta, vá para casa e vá trabalhar na sua arte'. Como se as más condições de higiene e trabalho que determinaram o aparecimento da sua tuberculose, não fossem agora capazes de provocar uma recaída da sua antiga doença (AUC-AD, Livro de Actas, 2/12/1952 *in* Paiva e Nascimento, 2013).*

Em *Rumo à Vida: A Obra de Assistência na Beira Litoral*, documentário de João Mendes filmado em 1950, com texto literário de Henrique Galvão, é possível ver como funcionaria a cadeia de assistência da então Junta de Província da Beira Litoral. O documentário seria uma importante ferramenta de propaganda, característica do Estado Novo, de forma a promover a OAT, bem como incentivar a população a recorrer a ela, de livre e espontânea vontade.

No documentário é relatado a história de uma família que representaria a realidade em maioria do país: uma família de classe baixa, com pouca ou nenhuma escolaridade, a viver em más condições habitacionais na periferia da Cidade de Coimbra. A família era composta por um casal, com uma filha, um menino prestes a nascer e um idoso, avô das crianças. O chefe de família é apresentado como suspeito de tuberculose, assim como os restantes membros e são visitados por uma assistente social da JPBL, que os inquirir e encaminha e insere na Obra Assistencialista da mesma Junta (Rumo..., 1950).

A primeira observação é realizada num dispensário antituberculoso. Após o diagnóstico, o avô é reencaminhado para o Asilo de Velhos de Semide. A mãe, que se encontra grávida, é entregue à Obra de Protecção à Grávida e Defesa da Criança,

sendo observada no Dispensário Materno-Infantil. Por ser diagnosticada com tuberculose é levada para a enfermaria para as grávidas tuberculosas, no Instituto Maternal. O pai é enviado para o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, enaltecido e descrito como sendo um dos mais notáveis em toda a Europa, para indigentes. A filha, que não se encontraria doente, descrita como uma criança desamparada, em perigo, é reencaminhada para o Preventório de Penacova. Após o nascimento do rapaz, a mãe é levada para o Sanatório de Celas. O recém-nascido é imediatamente vacinado com a BCG, separado da mãe, porque, mesmo sendo filho de uma tuberculosa, não nascera tuberculoso, já que a doença não se transmitiria por via intrauterina. É levado para o Preventório para vacinados pelo BCG, alguns dias depois é encaminhado para o Ninho dos Pequenitos e aos 4 anos, é levado para o Preventório de Penacova, onde se encontra a sua irmã (Rumo..., 1950).

Quando curado, o casal vai morar com o avô para o Bairro Económico do Loreto, um bairro social para pobres. O rapaz, depois do Preventório entra na Escola Profissional de Semide, onde aprenderia um ofício, enquanto que a sua irmã iria para uma Casa de Educação e Trabalho, onde aprenderia a ser uma dona de casa ou a executar um ofício (Rumo..., 1950).

Desta forma se fazia um conciso resumo de como a OAT assistia todos os elementos da família, atuando em todas as frentes, através de dispositivos médico-sociais de carácter educativo, preservando a saúde pública de forma mais eficaz.

A EDUCAÇÃO E SAÚDE NA OBRA ANTITUBERCULOSA DE BISSAYA BARRETO

Influenciado por uma nova burguesia empresarial, o carácter corporativo do Estado Novo reconhecia a importância da educação, segundo uma nova perspectiva de relação entre educação e desenvolvimento económico, tal como a relação entre saúde e trabalho (Silva, 2013), ou seja, definindo a população como capital humano, passível de atribuir lucro e desenvolvimento ao país. No entanto, foi durante esse período, em 1937, que foi extinto o ensino oficial pré-primário e o ensino oficial infantil, por não se considerarem compensatórios, na relação custo-benefício (Martins, 2006 *in* Silva, 2013).

Até certo ponto, Bissaya Barreto desafiava as doutrinas do Estado Novo, sendo-o evidente na sua obra assistencialista. A sua influência republicana forçava-o a seguir um caminho no sentido do progresso social, mas o seu sentido de compromisso político conduzia-o para o reformismo autoritário de carácter moralizante (Cruz, 2008).

A ideologia política do Estado Novo – *Deus, Pátria e a Família*, incutia na sociedade civil grande parte dos encargos assistencialistas, em particular nas instituições católicas (Rosas e Brito, 1996 *in* Cruz, 2008), dando origem à, designada por Sousa Santos (1993 *in* Cruz, 2008), sociedade-previdência.

Tal como no século XVIII, em que os hospitais eram organizados num único bloco, onde o objectivo principal era o alívio espiritual, através da caridade e da misericórdia, também no Estado Novo, a política assistencialista incluía elementos caritativos. Aqui, para além da Igreja Católica, também a Polícia de Segurança Pública figurava, com teor repressivo, gerando um modelo idiossincrático (Bastos, 1997 *in* Cruz, 2008).

Sendo um republicano laico, Bissaya Barreto pretendia afastar-se do assistencialismo caritativo e aproximar-se do modelo higienista europeu, determinando a doença como um problema social passível de combate através da alteração das condições de vida da população (Sousa, 1999 *in* Cruz, 2008). Assim, defendia que a responsabilidade de assistência social estava no Estado e o Ministério do Interior começa então a tratar das questões assistencialistas, bem como da segurança interna, de forma a garantir a ordem social (Rosas e Brito, 1996 *in* Cruz, 2008).

Bissaya Barreto argumenta também que o médico social não poderia ignorar o valor social dos assistidos, agindo como educador dos mesmos, sendo necessário fazer uma assistência física, intelectual e moral – *assistir-educando, educar-tratando*, evidenciando a figura do médico como educador e demonstrando que a medicina exercia na verdade uma dupla ação sobre o corpo: a cura do corpo doente e a educação do corpo social (Cruz, 2008).

O médico acreditava que a educação da população resolveria os problemas de ordem social. Essa ação deveria começar pelas crianças, já que seriam estas os futuros homens e mulheres do país. Através de um bom programa educacional, seria então possível gravar no subconsciente das crianças alguns pressupostos relativos à higiene e bom gosto (Barreto, 1970 *in* Silva, 2013).

Ávidos de ar, de luz e do espaço que lhes falta, rebeldes contra as ordens da irmã mais velha ou da avó impotente a quem os pais os confiaram antes de irem para o trabalho, estas crianças fogem para a rua e juntam-se aos bandos em que são, evidentemente, os mais turbulentos indisciplinados quem manda (...) quantas desgraças poderiam ser evitadas se esta infância vagabunda fosse recolhida durante as horas de trabalho dos pais (A Saúde, 1932 in Carvalheira, 2012: 45-46).

É reforçado por Bissaya Barreto, através do discurso de Santos Bessa (1940) no Congresso Nacional de Ciências da População, que os gastos na educação destas crianças seriam compensados em capital humano que criaria riqueza ao país, devolvida com juros.

Durante o regime, Bissaya Barreto executou um projeto educacional para as classes etárias mais novas. No entanto, incluiria a sua visão mais pessoal, segundo a sua influência republicana assistencialista, expressa no programa político do Partido Evolucionista, dando relevo aos problemas da instrução e educação do país, assim como à assistência pública. Na sua proposta, incluiria a criação de uma série de dispositivos que estariam diretamente relacionados com a educação das crianças, como lactários, creches, dispensários, sanatórios, escolas para alienados, colónias agrícolas, etc. (Sousa, 1999 in Silva, 2013).

Assim, o médico prontificou-se a instituir várias Casas da Criança por toda a província, como por exemplo a Casa da Criança de Arganil, proferindo no seu discurso de inauguração, em 1950:

Não nos preocupa instruir a criança, ensiná-la a ler, sobrecarregar o seu cérebro infantil com muitos conhecimentos. Não, a Casa da Criança é uma casa de pré-educação; queremos abrir o espírito e o coração das crianças. Educa mais do que instrui; o fazer saber não é o seu fim; é antes um meio. Embora a Casa da Criança tenha por vezes de reprimir e corrigir, é sobretudo sua finalidade criar nas crianças um élan, que lhes permita desejar e conquistar por si o seu próprio progresso e funcionamento (Barreto, 1970 in Silva, 2013: 41)

A educação familiar era para Bissaya Barreto a base de instrução e formação da personalidade da criança e por essa razão as Casas da Criança funcionariam apenas em regime de externato, evitando omitir os deveres das mães aos filhos, alegando ainda que nada poderia substituir a ação da mãe nos primeiros meses de vida de uma criança (Barreto, 1970 in Silva, 2013; Silva, 2013).

A Maternidade do Ninho dos Pequenos tinha também a função de instrução de preceitos higiénicos para executar durante a gravidez e após o nascimento da criança. No entanto, segundo uma justificação pelo superior interesse da criança,

tinha também mecanismos, que obrigavam o afastamento da criança e da sua mãe, caso a primeira apresentasse ao nascer lesões evolutivas provocadas pelas doenças contagiosas ou vivesse em ambientes insalubres que comprometeriam o seu crescimento (Carvalheira, 2012). Este afastamento seria considerado por alguns especialistas prejudicial, já que não permitiria a criação do vínculo maternal e familiar, que poderiam afectar o desenvolvimento harmonioso da criança (Ferreira, 2005 *in* Carvalheira, 2012).

A mulher era então, segundo Bissaya Barreto, um importante meio de educação em assuntos de higiene e profilaxia, seja nas escolas ou em instituições de assistência médica e social, podendo estar presente em consultas, dispensários, hospitais e em organizações de medicina preventiva (Sousa, 1999). Admitia assim a integração profissional de não-médicos na sua obra assistencial e apesar de defender uma assistência social estatal, não ignorava os benefícios que adquiria da relação com as congregações religiosas, como as Irmãs de S. José de Cluny, as religiosas de S. Vicente Paulo ou as Franciscanas Missionárias de Maria.

Bissaya Barreto reconhecia a falta de pessoal especializado no âmbito assistencial e por isso pede à Congregação Franciscanas Missionárias de Maria para que assumissem a gestão da OPGDC, já que estas religiosas possuíam habilitações para a prestação de serviços no âmbito da assistência social (Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012).

Estas religiosas, eram também as responsáveis pela formação das mulheres grávidas na Maternidade do Ninho dos Pequenitos, bem como das alunas frequentadoras do curso de assistente social, na Escola Normal Social, onde para além de formarem as profissionais que iriam fazer os inquéritos e averiguar onde estariam os focos de doenças nos bairros pobres de Coimbra, formavam também as suas sucessoras religiosas, as enfermeiras visitadoras (Martins, 1993 *in* Sousa, 1999).

Após a conclusão do curso, as alunas formadas eram encaminhadas para os dispositivos da JPBL, havendo por isso interesse de Bissaya Barreto em acompanhar a criação da Escola (Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012).

Outro mecanismo de carácter educativo seria o periódico *A Saúde* (fig. 3), um jornal popular bimensal de higiene e profilaxia. Propriedade da então JGDC e do Dispensário Antituberculoso do Pátio da Inquisição, foi editado de 1931 a 1942,

tendo iniciado como diretor o Dr. Armando Gonsalves e o editor o chefe da secretaria JGDC.

A sua principal missão era chegar junto de toda a população, em especial a desfavorecida e iletrada, promovendo uma educação sanitária e a alteração dos hábitos, com base profiláctica, divulgando uma série de regras que contribuiriam para o combate aos flagelos sociais (Barreto, 1970 *in* Amaral, 2006).

Na primeira edição, com uma tiragem de vinte mil exemplares, em Janeiro de 1931, poderia ler-se:

A SAUDE vem tomar parte também nessa revolução; vem contribuir com o seu esforço para a remodelação dos usos e costumes do nosso Povo, de molde a facilitar a obra de valor incalculavel que é a profilaxia da tuberculose.

Pretende levar a todos os lares da sociedade o ensinamento dos principios fundamentais da higiene, pretende crear nessas mesmas classes o habito de higiene.

Para isso é fundamental fazer a educação conveniente dos nossos trabalhadores; nela está a principal arma a manobrar na luta contra a tuberculose (...)

A SAUDE procurará pois entrar em todas as casas, grandes e pequenas, visitar pobres e ricos no propósito humanitário de lhes levar, em linguagem simples, os conhecimentos indispensaveis que lhes permitam a defeza do organismos contra a doença para não terem de a curar.

É que na verdade vale mais "prevenir do que remediar", e nesta frase está todo o programa.

Pode aqui constatar-se que a missão d'*A Saúde*, passava pela remodelação dos usos e costumes do povo, erradicando a tuberculose, mas também outros males sociais da população em geral (Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012).

A higiene era um tema defendido pelos republicanos, demonstrada pelas discussões acerca da construção de edifícios salubres e avenidas arejadas. Já era também defendida pelos republicanos a educação das crianças total e optimista, que incidia sobre o cuidado com o corpo, através da prática da higiene e também da ginástica (Sousa, 1999 *in* Carvalheira, 2012). No entanto, nas Sessões da Assembleia Nacional Constituinte (1911 *in* Sousa, 1999), Bissaya Barreto acrescenta a importância dos hábitos de higiene nas classes operárias e da assistência pública em geral. Ia mais longe ao defender a prática médica em casa, dando conselhos às grávidas, que n'*A Saúde* aprenderiam como tratar as suas crianças recém-nascidas e durante a primeira infância, preparando-as intelectual, moral e fisicamente (Carvalheira, 2012). Bissaya Barreto mostra importância dada à puericultura, numa tentativa de combater a morbilidade e a mortalidade infantis.

É também n'*A Saúde* que divulga tratados da Declaração dos Direitos das Crianças, da Organização das Nações Unidas, salientando a sua tendência de proteção e defesa segundo o superior interesse da criança ao criar *A Saúdinha*, um suplemento do jornal *A Saúde*.

A educação profiláctica antituberculose estava também presente nos Dispensários e Sanatórios (Santos, 2000 in Carvalheira, 2012).

(...) era necessário portanto fundar Sanatórios; obras sociais, absolutamente necessárias à profilaxia antibacilar, já que pelas ideias que espalham no público por meio dos seus antigos doentes, outros tantos missionários nos princípios de higiene, já que disciplinam os tuberculosos a respeito das regras da profilaxia (...) (Barreto, 1934: 159)

III. DE ESCOLA PRÓ-PÁTRIA A HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL

O tuberculoso deve encontrar nos hospitais e sanatórios um bem estar e um carinho que o leve a preferir a hospitalização ao casebre em que reside

in A saúde, 1931

A GRANDE COMISSÃO PRÓ-PÁTRIA E A BENEMÉRITA ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA

Brasil, Rio de Janeiro, 1916, noventa e quatro anos depois do Grito do Ipiranga, em que D. Pedro de Alcântara de Bragança terá aclamado *Independência ou Morte!*, que ditara a Independência do Brasil do Reino Unido de Portugal e dos Algarves e a sua emancipação política; seis anos depois da Implantação da República em Portugal e da divisão entre monárquicos e republicanos por opiniões de ordem política.

A Europa encontrava-se em plena I Guerra Mundial e a Alemanha declarava guerra a Portugal em março de 1916. Tal acontecimento uniu monárquicos, republicanos e alguns ilustres portugueses no dia 16 do mesmo mês, no Salão Nobre do edifício do Jornal do Comércio, na Câmara Portuguesa do Comércio e Indústria, no Rio de Janeiro, com o objectivo de auxiliar a Pátria Portuguesa.

Cinco dias depois, numa reunião com presidentes de todas as associações portuguesas do Rio de Janeiro e segundo a proposta de Justino de Montalvão, encarregado dos Negócios de Portugal no Brasil, nasce a *Grande Comissão Portuguesa Pró-Pátria*, tendo como Presidente de Honra o Embaixador de Portugal no Brasil e Vice-Presidente de Honra o Cônsul do Rio de Janeiro (CDB/DT/SCOV/D.1/ Relatório 1918-1920).

Um ano depois, em reunião da Grande Comissão Portuguesa Pró-Pátria, é instituída uma associação denominada *Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Orfãos da Guerra* (fig. 4). Na sessão presidida pelo atual Embaixador de Portugal estiveram presentes os Exmos. Srs. Dr. Alberto d'Oliveira (cônsul Geral de Portugal no Rio de Janeiro), Dr. Justino de Montalvão (1º Secretário da Embaixada), Visconde de Moraes e Conde de Avellar (1º e 2º Presidentes da Grande Comissão Portuguesa Pró-Pátria), Comendador José António da Silva (Vice-Presidente em

exercício do Real Gabinete Português de Leitura), A. J. Gomes Barbosa (1º Secretário da Câmara Portuguesa de Comércio e Indústria do Rio de Janeiro), Antonio Ribeiro Seabra (Tesoureiro Geral da *Pró-Pátria*) e Humberto Taborda (Secretário Geral da Comissão).

Foram aprovados os estatutos segundo o projeto de *Obra de Protecção aos Orphãos da Guerra* e eleita por aclamação a primeira direção da Assistência, constituída por: Visconde de Moraes (Presidente), Albino Sousa Cruz (Vice-Presidente), Humberto Taborda (1º Secretário), Paulino Correia da Rocha (2º Secretário), Antonio Ribeiro Seabra (1º Tesoureiro) e José Rainho da Silva Carneiro (2º Tesoureiro). Com a publicação dos seus estatutos foi oficialmente reconhecida em 1918 (CDB/DT/SCOV/D.1/ Relatório 1918-1920).

Em Portugal, os estatutos aprovados foram publicados em 1919 no Diário do Governo, por Decreto nº 5:772:

Atendendo aos elevados e patrióticos intuitos que determinaram a sempre benemérita colónia portuguesa do Brasil a fundar uma obra de altíssima filantropia sob a denominação "Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra" e tendo como objectivo: amparar os órfãos pobres, filhos de soldados e marinheiros portugueses mortos em combate, ou em consequência de ferimentos recebidos, ou de enfermidades contraídas em campanha (Decreto nº 5:772, 1919).

Ainda não estavam os estatutos publicados e já a Grande Comissão Pró-Pátria teria nomeado uma delegação em Portugal, que executaria as deliberações tomadas no Rio de Janeiro. A Delegação em Lisboa deveria ser constituída por três membros escolhidos pela direção da Comissão, devendo estes ser pessoas conceituadas e que tivessem residido no Brasil e desempenhariam as funções de Presidente, Secretário e Tesoureiro, segundo o art.º. 37º dos Estatutos da Comissão. A primeira delegação foi composta por Cândido Sotto Maior, António Maria da Costa e Bento da Rocha Cabral e uma das suas tarefas, entre outras, seria a de registrar todas as baixas de soldados que deixavam filhos menores, capacitando os órfãos a receber uma pensão mensal que esta delegação pagaria (CDB/DT/SCOV/D.1/ Relatório 1918-1920).

O INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA

O programa elaborado e publicado em 1919 pelo Conde de Avellar, por Carlos Malheiro Dias e por Humberto Taborda manifestava a intenção da Assistência, em instalar em Portugal um Instituto de Asilo e Educação de ensino maternal, primário e profissional, para os órfãos de ambos os sexos (raparigas até aos 18 anos e rapazes até aos 15 anos), filhos de soldados e marinheiros mortos pela pátria. Pretendia-se que se procedesse à sua edificação numa cidade no centro de Portugal, tanto quanto possível, equidistante de Lisboa e Porto e dotada de ligações ferroviárias. Por essa razão elegem Coimbra como a melhor cidade candidata (Assistência... , 1919; Decreto nº 5:772, 1919).

No documento é possível encontrar uma pormenorizada descrição do programa arquitectónico dos edifícios do Instituto, que a Assistência pretendia instalar e das condições do terreno a ter em conta. O Instituto (fig. 5) seria composto por dois edifícios principais independentes, com lotação para 200 asilados e teria como construções anexas pavilhões-oficinas destinadas ao ensino profissional. Para uma exploração agrícola modelo, que fazia parte do programa de ensino do instituto, pretendia-se que fosse instalado numa propriedade rural, com área suficiente para as culturas agrícolas e água de nascente e de rega. Pretendia-se ainda que fossem instaladas oficinas de carpintaria, marcenaria, alfaiataria, sapataria, tipografia e de encadernação, para o ensino profissional masculino. Posteriormente, seriam instaladas oficinas destinadas ao ensino de serralharia mecânica e eletricidade, se necessário (Assistência... , 1919).

Uma capela e uma casa de residência para o Diretor do Instituto, com capacidade para a secretaria e a administração, reuniões da direção e de professores, bem como hospedagem da Delegação de Lisboa da Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra deveriam ser também edificadas (Assistência..., 1919).

No asilo feminino seria instalada uma Creche e uma Escola Infantil tipo *Montessori* dos 5 aos 8 anos de idade, para ambos os sexos. No entanto, a coabitação não deveria ultrapassar os 5 anos de idade. Provisoriamente, nos primeiros tempos

de funcionamento, seria instalada uma creche de maior capacidade para alojar todos os órfãos registados abaixo dos 5 anos de idade (Assistência..., 1919).

Seria também estabelecida no asilo feminino uma lavandaria com estufa para desinfecção, já que a lavagem da roupa estaria a cargo das asiladas e do pessoal desse mesmo asilo, bem como o concerto das roupas. Surge como nota de que todo o trabalho desempenhado em ambos os asilos para fora do Instituto deveria ser remunerado, de forma a incutir no asilado a noção de que o esforço mereceria um prémio, ganhando assim amor ao trabalho (Assistência..., 1919).

Cada edifício principal teria também dormitórios e refeitórios para 200 asilados cada um e enfermaria com 10 camas, balneários, ginásio e salas de aula que corresponderiam a requisitos higiénicos. No caso do asilo feminino, os dormitórios seriam três: até aos 10 anos, dos 10 aos 15 e dos 15 aos 18 anos. No caso dos rapazes, dois: até aos 10 anos e dos 10 aos 15 anos. O regime de internato deveria aproximar-se da comunidade familiar e o ensino profissional e secundário da *École Nouvelle*. Os asilados teriam uma farda de trabalho e outra de descanso (Assistência..., 1919).

A arquitetura dos edifícios deveria atender ao estilo português, de casas solarengas do século XVII e XVIII, com varanda alpendrada e anexos de estilo semelhante aos edifícios principais (Assistência..., 1919).

Assim, a Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra procurava a aquisição de uma propriedade rústica em boas condições de ser adaptada à obra de proteção dos órfãos. Após ter sido encontrada, a 27 de Abril de 1920 é comprada, pela quantia de setenta mil escudos a propriedade *Quinta dos Valles*, na localidade de Covões, nas imediações de Coimbra, a cidade pretendida (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Após a aprovação do programa, seguiu-se com a elaboração do projeto e da respetiva memória justificativa. O trabalho foi encomendado pela Delegação de Lisboa, ao arquiteto José Coelho e ao engenheiro Alberto Villaça, de Lisboa, contando com a consultadoria do Engenheiro Luiz Moraes Júnior, que terá feito algumas alterações ao anteprojecto enviado em 1921 (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...; CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...). Luiz Moraes Júnior seria um engenheiro sanitarista experiente na projeção de edifícios de preceitos higiénicos, tendo mesmo projetado, entre outros, a Faculdade de Medicina da Praia Vermelha, a sede da

Direção Geral de Saúde Pública no Rio de Janeiro e o Sanatório para tuberculosos de Mendes em 1914 (Oliveira, 2007).

Através da análise da correspondência que consta do espólio do Real Gabinete Português de Leitura, enviado ao Centro de Documentação da Fundação Bissaya Barreto, entre a Assistência da Colônia Portuguesa do Brasil, a delegação em Portugal e o gabinete de engenharia e arquitetura de Lisboa, é possível analisar cronologicamente os factos descritos nas conversações entre o Eng. Alberto Villaça e Cândido Sotto Mayor, que começaram logo após a aprovação do programa em 1920. Em 1921, Villaça terá contratado o levantamento topográfico do terreno da Quinta dos Vales, de forma a poder ser desenhado o projeto. No ano seguinte terá enviado o anteprojeto e após a consultadoria de Luiz Moraes, enviado também o projeto definitivo (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

O projeto definitivo foi apresentado à Assistência em 1922, do qual apenas foi possível encontrar a memória justificativa, onde é explicada a toma de opções, relativamente ao tipo de arquitetura e feitas algumas descrições e alguns desenhos, que foram encontrados no espólio de Luís Benavente, arquiteto, que terá ficado com eles em sua posse aquando da reconversão do Instituto em Sanatório, no entanto só terão sido encontrados os desenhos de alguns edifícios, sendo muito provavelmente, os únicos construídos à data da reconversão. Nestes desenhos é possível ver também o nome de António Couto Martins, arquiteto (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...; ANTT-LB-Pasta9-CX7).

Em geral, foi escolhido como modelo a antiga casa portuguesa, já que segundo o arquiteto seria o que melhor assentaria à região do país onde se edificaria o Instituto (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Para a capela foi adotada uma disposição em planta e tipologia semelhante às igrejas da região beirão, de campanários de pirâmide de granito e átrios alpendrados assentes em colunas de pedra tosca (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

O edifício da direção (fig. 6) apresentava dois pavimentos, sendo um destinado à secretaria e direção e outro a quartos para a Delegação da Assistência em Portugal. Sendo um único edifício, economizaria recursos e aumentaria a comodidade de ambos os serviços, para além de que daria o aspecto de maior imponência e prestígio, estando à frente dos dormitórios, que constituíam o volume principal (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Respeitando regulamentos específicos de construção, sob pena do projeto não ser aprovado em Portugal, os edifícios escolares (figs. 7 e 8) sofreram alterações por parte do Arquiteto Coelho e do Engenheiro Villaça, tendo sido estudados os preceitos da lei portuguesa, segundo a máxima *mens sana in corpora sana* (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Cada pavilhão, apresentaria seis salas de aula de trinta e seis alunos, que seria o limite máximo por professor. Segundo a memória justificativa, terá havido consideração em relação à luz, à acústica e à ventilação adequadas e as janelas teriam 1,70 metros de vão, por 2,5 metros de altura, com uma bandeira de báscula que permitiria a entrada de ar sem fazer corrente (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

O edifício teria ainda seis gabinetes, um para cada professor, e dois museus que auxiliariam no ensino. As retretes e mictórios apresentavam-se afastadas das salas de aula, sendo a sua comunicação feita por galerias envidraçadas, de forma a suportar as baixas temperaturas de inverno (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Os dormitórios (fig. 9) situavam-se no edifício principal, dispostos simetricamente. De forma a evitar problemas nas saídas rápidas, em caso de alarme, foram dispostas duas escadas de acesso aos segundos pavimentos de cada pavilhão. Foram também dispostos dois vestíbulos independentes para cada dormitório, de forma a evitar correntes de ar, entrada de poeiras, etc. (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Cada dormitório apresentava ligação aos respectivos sanitários com balneários e lavabos. Em anexo, com ligação próxima, estava ainda um quarto por dormitório destinado aos vigilantes de forma a poder ser feita a supervisão dos pupilos (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

O ginásio teria um palco para apresentações escolares, conferências ou distribuição de prémios onde teria também um écran cinematográfico para a projeção de filmes, que auxiliariam no ensino (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Os refeitórios e cozinhas teriam um vestíbulo para que a entrada não fosse direta e os seus corredores teriam cabides, para que os alunos pudessem guardar os chapéus e agasalhos. As respectivas retretes encontravam-se destacadas para um pequeno pavilhão entre os dois refeitórios (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

O hospital ficaria afastado das cozinhas, de forma a ficar salvaguardado de cheiros e fumos. Ambas as enfermarias propostas no programa do Instituto se

situariam aqui, de forma a poupar recursos económicos e médicos, já que não seria necessário duplicar material nem pessoal (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

A lavandaria e desinfetaria manter-se-iam como proposto no programa do instituto. Estariam ainda incluídos no projeto, alguns edifícios diversos, como oficinas e habitação do pessoal docente (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

Após a aprovação do projeto definitivo dos edifícios do Instituto, iniciam-se os trabalhos. A Exploração Agrícola, controlada pelo Eng. Villaça, é instaurada como fonte de receitas a aplicar na edificação dos asilos e a 25 de Agosto de 1923 Joaquim Fernandes dos Santos, residente em Coimbra, é nomeado pela Assistência para fazer parte da comissão especial de fiscalização dos trabalhos na Quinta dos Vales (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Durante cerca de dois anos seguem-se os trabalhos de edificação, com a Assistência a enviar para Portugal as receitas provenientes das cotas dos seus sócios, controladas por Cândido Sotto Mayor, de forma a dar continuidade às obras. No entanto a 13 de abril de 1925, a presidência da Assistência envia um memorando dando a ordem de suspensão imediata das obras. Villaça terá contestado a decisão, respondendo ao memorando, alegando a insensatez da decisão, já que antes seria necessário terminar alguns pormenores que impedissem a degradação do que já havia sido construído (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Notava-se alguma tensão e impaciência por parte da Assistência, já que começava a deixar de fazer sentido a construção do Instituto se a finalização do edifício tardasse muito mais. A Guerra teria terminado sete anos antes, alguns dos órfãos seriam já adolescentes e pouco dos que restavam seriam ainda apoiados em idade escolar.

Numa carta enviada em maio de 1925 a Cândido Sotto Mayor, o Eng. Vilaça afirma que, caso os fundos não tivessem sido suspensos, seria possível terminar a obra em março de 1926, quatro anos depois de terem iniciados os trabalhos (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

É tomada a decisão de continuar as obras e em novembro de 1925 é nomeada uma Comissão Fiscalizadora em Coimbra, com plenos poderes de administração e conclusão das obras, passando a Comissão de Lisboa apenas a fornecer os fundos. A referida comissão seria composta por Joaquim Fernandes dos Santos, José Luciano Correia do Amaral e João de Campos Mendes, que não tardou em pôr mãos à obra, deslocando-se ao local e tomando a decisão de efetuar empreitadas parceladas, de

modo a terminar mais rapidamente os edifícios principais e de maior utilidade (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Em agosto de 1926, após discussão entre as partes, o Eng. Villaça passa apenas a fiscalizar a obra, já que deixa de ser o responsável administrativo, passando João Gaspar Marques Neves a ser o novo empreiteiro da mesma e que, caso não houvesse contratemos, pensava terminar a obra em março de 1927 (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Em fevereiro de 1927 Alberto Ceppas é convidado para fazer parte da Comissão Fiscalizadora de Coimbra, a propósito de uma viagem ao Brasil de Joaquim Campos Mendes, sendo alegada a necessidade de ter constantemente três membros para fiscalizar as obras (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

A correspondência disponível termina com esta última carta, não dando conta do progresso das obras até ao contacto com Bissaya Barreto.

BISSAYA BARRETO E A ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA

Bissaya Barreto inicia a sua luta contra a tuberculose em 1927, enquanto presidente da JGDC. Em *Uma Obra Social Realizada em Coimbra*, o médico descreve sem grandes pormenores a forma como foi impelido para o problema da tuberculose em Coimbra.

Eu era cirurgião...; vivia para a cirurgia...; nela ocupava toda a minha vida...; vida de encantamento!

Um dia, sou empurrado para o problema da tuberculose em Coimbra, empurrado e empurrado com violência...; nunca ninguém chamou por mim que eu não diga Presente...; tive de dizer Presente e de estar mesmo Presente (Barreto, 1971: 540).

Naquela época, estava a ser mantida uma campanha sobre a luta antituberculose no jornal *Gazeta de Coimbra*, por um professor de Clínica Médica. Num dos seus artigos, em que falava sobre a possível instalação de um sanatório para tuberculosos no Convento de Santa Teresa, junto ao Penedo da Saudade, lança a questão ao Presidente da Junta Distrital, perguntando-lhe qual a sua opinião. Após

esta pergunta, Bissaya Barreto sentiu que deveria manifestar a sua opinião, que seria contra a adaptação, a que apelida de monstruosa e de antecâmara da Câmara Mortuária dos Tuberculosos, pelas condições climáticas desfavoráveis que o local apresentava (Barreto, 1970; Barreto, 1971; Bessa, 1987).

Em março de 1928, em entrevista ao bi-semanário republicano *A Voz de Coimbra*, o médico fala sobre a assistência aos tuberculosos de Coimbra. Aí afirma que seria necessário criar na cidade um arsenal inspirado no sistema de Edimburgo: dispensário antituberculoso, sanatórios, colónias agrícolas, etc. Os sanatórios seriam então escolas de educação, onde seria possível aprender novos costumes e noções de higiene, juntando o facto de serem óptimas escolas de tisiólogos.

É nesta entrevista que é encontrada a primeira referência pública de Bissaya Barreto ao edifício destinado à Escola Pró-Pátria como sendo ideal para instaurar um sanatório de planície. A designação de *sanatório de planície* surge aqui para nomear um sanatório que não seria de montanha, nem marítimo, mas que teria um clima ideal à terapêutica antituberculose. Assim, para além do edifício se encontrar de alguma forma próximo da natureza, com a densa mata que o rodeava e sendo afastado da cidade, o que poderia permitir a respiração de ar não poluído, não havia uma clara evidência de vantagem das características locais.

La encontrar ali um magnífico Sanatório de Planície.

E de facto assim é; em Portugal não há nada que se assemelhe; edificação moderna, em pavilhões, de excelente construção, com todos os pavimentos em cimento armado, apresenta dormitórios para 350 a 400 doentes, esplendidos refeitórios, cêrca de 30 casas de banho, lavandaria, cosinha a vapor, rouparia, casas de aulas, gabinetes de professores, casas para oficinas e pessoal, casa isolada para Director, etc. Expostos os pavilhões ao nascente sul e poente, banhados de sol de todos os lados estão rodeados de 20 hectares de pinheiros e 2 hectares de terreno arável que fazem parte da mesma propriedade. Água a jorres, em abundância, distribuída por todos os pavimentos, pátios lavados pelo sol, muita luz, muito ar e bom por toda a parte, eis em esquema o que se pretende adquirir para os tuberculosos (A assistência..., 1928: 5).

Após afirmar publicamente a sua intenção de transformar o edifício destinado à Escola Pró-Pátria em hospital-sanatório para tuberculosos, Bissaya Barreto inicia um conjunto de procedimentos que conduzem à cedência do edifício para esse fim.

Nesta entrevista conta ainda que já teria conferenciado com Candido Sotto Mayor acerca da possibilidade de aquisição da propriedade da Quinta dos Vales e que, em visita à propriedade conduzida pelo próprio Eng. Villaça, este lhe terá afirmado que quando idealizou o colégio, terá tido em mente que o edifício deveria

responder às características dos sanatórios, o que reforçaria e daria força à sua ideia de transformação (A assistência..., 1928: 5).

Pela mesma altura, Alberto Ceppas, então presidente da Comissão Administrativa e Fiscalizadora das obras do Instituto Pró-Pátria, também terá sido contactado por Bissaya Barreto e também ele manifestou a sua aprovação em transformar o edifício em sanatório. Os restantes membros da Comissão Administrativa, Golegã e Monteiro, ter-se-ão então encontrado com Ceppas e com o médico para delinear uma estratégia e forma de agir, de modo a que a Assistência acesse à cedência da propriedade (CDB/DT/SCOV/D1/ A assistência...).

De facto, com a maioria das crianças já crescidas e longe de imaginar a chegada da II Guerra Mundial, a Comissão Administrativa viu na Obra Antituberculose de Coimbra a possibilidade de dar às instalações e à sua propriedade um destino que considerava digno e benemérito, e que fizesse bom proveito da construção.

Em junho seguinte, em nome das *Forças Vivas da Cidade de Coimbra*, Bissaya Barreto contacta a Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil, pedindo a cedência do edifício destinado aos órfãos da guerra a fim de instalar um sanatório de planície, justificando que alguns dos órfãos já estariam em idade avançada para o internato e poucas seriam as mães que acederiam ao internamento dos filhos. Insiste, dizendo que seria possível no imediato internar 400 doentes, sendo que seria dada a preferência aos repatriados tuberculosos e aos filhos de portugueses residentes no Brasil. Em resultado deste contacto, a Assistência nomeia em outubro uma Comissão, composta por Albino Sousa Cruz, Carlos Malheiro Dias e António Augusto d'Almeida Carvalhaes, para averiguar a proposta da JGDC e emitir um parecer (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Enquanto o parecer não era emitido, Bissaya Barreto entra em contacto com o governo, no sentido de encontrar uma solução para o destino das crianças órfãs da guerra, já que para que aceitasse ceder a Quinta dos Vales e ver o seu edifício reconvertido em hospital-sanatório para tuberculosos, a Assistência tinha de ver assegurado o futuro das crianças.

Consegue então a garantia de ser o Estado Português o responsável pela educação das crianças, internando os rapazes na Casa Pia de Lisboa e as raparigas no Instituto de Educação e Trabalho de Odivelas, recebendo assim agasalho e educação, tal como esta se propunha, sem qualquer encargo extra para a Assistência. Envia então uma carta à Assistência, reforçando que o sanatório seria destinado a crianças,

com prioridade para os órfãos da guerra e filhos de portugueses residentes no Brasil, bem como tuberculosos portugueses repatriados do Brasil (CDB/DT/SCOV/D.1/Correspondência...).

Apesar de Bissaya Barreto afirmar que teria intenção de ali instituir um sanatório infantil, tal não aconteceu, justificando-o mais tarde, após a sua viagem pela Europa em missão de estudo, onde decide que as mulheres e crianças iriam para o Sanatório de Celas e que os homens ficariam no Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, evitando assim os comportamentos imorais que uma sanatorização conjunta de ambos os sexos poderia causar, mesmo que isso implicasse um maior esforço e trabalho (Barreto, 1971).

Evidencia assim o seu forte pensamento médico de controlo dos doentes, evitando a imoralidade da promiscuidade e reforçando o desejo de uma cura moral, de educação dos sentidos e da mente.

Em dezembro de 1928, a comissão nomeada pela Assistência, composta por Albino Sousa Cruz, Carlos Malheiro Dias e António Augusto d'Almeida Carvalhaes para o estudo da proposta feita pela JGDC emite o seu parecer. Nesse documento é referida a proposta de aceitar a concessão de internamento, manutenção e educação dos órfãos da guerra, como contrapartida do consentimento da aplicação do edifício e propriedade rural da Quinta dos Vales a Hospital para Tuberculosos, sem mais encargos e despesas para a Assistência pelo prazo de 10 anos, prorrogáveis antes de esgotado o prazo, segundo decisão da Direção da Assistência. Acrescenta ainda que a cedência deveria ser efectuada a título precário e que a entidade a quem for concessionada deveria restituir todos os imóveis em perfeito estado, sem quaisquer despesas extra para a Assistência. A Delegação de Coimbra seria responsável por tratar da cedência, mas também por dar conhecimento à JGDC e acompanhar a reconversão dos edifícios da Quinta dos Vales (CDB/DT/SCOV/D.1/Correspondência...).

Pouco tempo depois, em fevereiro de 1929, surgem protestos de alguns elementos da Liga dos Combatentes contra a cedência da Quinta dos Vales à JGDC, o que terá provocado demora no processo de negociação. A iniciativa terá partido da Delegação de Portalegre da Liga dos Combatentes, alegando ser uma ofensa para os portugueses residentes no Brasil que tomaram a iniciativa de cuidar dos órfãos dos combatentes, agravando o facto de retirarem aos órfãos o edifício destinado a abrigar e a educá-los (FBB/BB/CORR/cx2).

Consta que terá sido enviada uma carta ao Presidente da República, ao Ministro da Guerra, a Bissaya Barreto e ao Presidente da Direção da Liga dos Combatentes, assinada por Gaudêncio Trindade, Luís de Sousa e Manuel dos Reis (FBB/BB/CORR/cx2). A propósito desta discussão, terão sido ainda fundados dois jornais, a *Voz dos Combatentes* e *Marte* que, segundo Bissaya Barreto, serviriam o propósito de combater a ideia da cedência da Quinta dos Vales para a criação do sanatório e que nem com a oferta da preferência de entrada dos combatentes gaseados e tuberculosos, assim como de suas mulheres e filhos, no Sanatório, terão cessado os protestos (Barreto, 1970).

Em abril de 1929 a Direção da Assistência reúne-se em Conselho Deliberativo para discutir a doação da propriedade e dos respectivos edifícios para a criação do sanatório para tuberculosos, onde resolve delegar poderes em Albino Souza Cruz para a solução do caso, seguindo para Portugal (CDB/DT/SCOV/D.1). Pouco depois, a Delegação de Coimbra escreve à Assistência, reforçando o parecer anteriormente emitido e explicando o porquê da demora no processo. Com os protestos de alguns elementos da Liga dos Combatentes gera-se uma tensão dentro do governo, já que uma das instituições para onde iriam os órfãos estaria dependente do Ministério da Guerra que, não tendo sido consultado sobre o caso, terá impugnado todo o processo (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Um ano depois era anunciada pela revista *O Cruzeiro*, no Brasil, para breve a inauguração do Instituto, com um programa pedagógico e organização escolar desenhados pelo Professor Dr. Agostinho de Campos, baseando-se na boa saúde moral e física, no trabalho manual, na convivência com a natureza e a terra, evitando as tendências sedentária, livresca e teórica (A Escola..., 1930: 41).

Por motivo dos dispêndios que acarretou a vasta construção que lhe oppuzeram algumas circunstancias imprevistas, que sempre se levantam na frente dos maiores designios, os edificios construidos na Quinta dos Vales, nos formosos subúrbios de Coimbra, só agora se encontram em condições de funcionar e de inaugurar a sua alta missão pedagógica e patriótica.

(...) permanecerá como uma especie de laboratório onde a educação transformará, através dos tempos, as crianças pobres em trabalhadores modelos, em cidadãos exemplares. Após os orphãos da Guerra, serão admittidos a beneficiar dos ensinamentos das Escolas Pró-Patria os filhos pobres de soldados ou marinheiros inválidos ou mutilados e dos que, por actos de heroísmo ou desastre em serviço se tenham tornado credores da gratidão e protecção nacional; os orphãos pobres de portuguezes fallecidos no Brasil; e, de um modo geral, quaesquer outros orphãos dignos de amparo, de acordo com os estatutos da Assistencia (...)

As escolas da Quinta dos Vales abrirão com uma turma de transição, constituída com os actuaes orphãos da Guerra, e com outra inicial, do curso geral e normal da Escola, nivelada já pelos 6 annos de idade, e destinada a ser o primeiro campo de ensaio pedagógico, dentro dos principios estabelecidos no programma, que prevê para o curso integral de educação e instrucção o período de dez annos: dos 6 aos 16 (CDB/DT/SCOV/D.1/ A Escola..., 1930: 41).

Esta notícia surge já depois de decorridas algumas negociações entre o Governo Português e a Assistência para a adaptação da Escola Pró Pátria a Sanatório para tuberculosos, tendo mesmo sido emitido o parecer favorável da Delegação de Coimbra. No entanto, parece demonstrar alguma resistência por parte da Assistência em ceder o edifício, mantendo-se fiel ao plano inicial, garantindo assim a utilidade da obra.

Através da análise da sua correspondência é possível constatar que a Delegação em Portugal ia mantendo Bissaya Barreto a par destes desenvolvimentos, já que este recebera uma carta, datada de agosto de 1929, dando conta da elaboração do programa pedagógico e dos passos futuros rumo à reforma nos estatutos (CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência...).

Para que a propriedade fosse doada era necessário alterar os estatutos da Assistência, já que a possibilidade de doação não estaria neles contemplada. É então apenas em dezembro de 1930, após o regresso de Souza Cruz ao Brasil que é convocado um Conselho Deliberativo Extraordinário para efetuar a aguardada reforma dos estatutos, permitindo a doação da propriedade da Quinta dos Vales para a criação do sanatório, destinar os fundos existentes aos órfãos da Guerra, nomear uma comissão responsável pelo cumprimento das deliberações com poder para vender títulos, retirar dinheiro das contas, assinar escrituras, etc. e dar por findos os trabalhos da Assistência. Neste Conselho foi também deliberado que, caso o Governo Português quisesse usar os edifícios para aplicação diversa, os mesmos bens reverteriam a favor da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, atualmente conhecida por Real Gabinete Português de Leitura (CDB/DT/SCOV/D.1).

A 31 de dezembro de 1930 teve lugar a última Assembleia Geral de Sócios, aprovando sem discussão tudo o que havia sido decidido em Conselho Deliberativo (CDB/DT/SCOV/D.1).

Dois anos passaram desde o primeiro contacto e apenas a 5 de fevereiro de 1931 é publicado em Diário do Governo o decreto 19:310, autorizando o governo a aceitar a doação da propriedade na Quinta dos Vales e dos móveis e imóveis nela

existentes, para a criação do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, para indivíduos do sexo masculino, sustentado pelo Estado. Teriam preferência de admissão os antigos combatentes da Grande Guerra, do exército e da marinha, os filhos dos ex-combatentes órfãos de pai ou mãe, os portugueses residentes no Brasil que regressassem a Portugal ou os seus filhos se residentes. Esta doação seria nula caso não fossem respeitados os critérios descritos no decreto (Decreto nº 19:310, 1931).

Pouco depois é nomeada, em portaria de 14 de fevereiro, a comissão responsável pela adaptação do Instituto a Hospital-Sanatório, composta por Bissaya Barreto, Eduardo Miranda de Vasconcelos, Francisco Vilaça da Fonseca e Alberto Cepas, tendo as obras iniciado uma semana depois (AUC-AD/Livro Nº3). Mantendo a Assistência a par de tudo, Bissaya Barreto ia acompanhando rigorosamente as obras de adaptação.

A 3 de junho de 1931 é doada oficialmente a propriedade da Quinta dos Vales assim como os fundos ao Estado Português, segundo as condições descritas no Decreto 19:310, de 5 de Fevereiro de 1931, referido anteriormente e criado o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (CDB/DT/SCOV/D.1).

ADAPTAÇÃO DE ESCOLA PRÓ-PÁTRIA A HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL

De instalações para tuberculosos e de luta contra a tuberculose, como flagelo social, eu não sabia e, aqui para nós, em Portugal pouco se sabia e muitíssimo menos se ia fazendo (Barreto, 1971: 540).

Para recolher informação de como era efectuado o combate à tuberculose noutros países e de observar como funcionariam os sanatórios, em março de 1930, Bissaya Barreto pede permissão para sair do país a fim de visitar França, Alemanha, Suíça e Itália (Barreto, 1970; FBB/BB/ Documentos pessoais).

Sem bolsas de estudo nem qualquer subsídio ou auxílio, abandonei a minha vida; percorri a França, Alemanha, Norte de Itália e Suíça, em busca de uma orientação, das mais modernas diretrizes das construções sanatoriais a adoptar nos Sanatórios de Coimbra (Barreto, 1970: 45).

Através do seu passaporte diplomático (fig. 10), concedido pelo Ministério do Interior e autorizado a 4 de abril de 1930, é possível determinar o seu trajeto. Aí se observa que a sua viagem terá durado cerca de 20 dias, de 8 a 27 de abril e que o seu itinerário terá sido Portugal – Espanha – França – Suíça – Itália – Suíça – França – Espanha – Portugal (FBB/BB/ Documentos pessoais).

Vi sanatórios – os melhores e os piores – tomei notas, apontamentos, recebi ensinamentos, instruções, conselhos e sugestões. Enfim, vi, li, ouvi, aprendi... (Barreto, 1971: 540).

Tudo trouxe em plantas, notas, apontamentos, desenhos e croquis, fotos, etc., que me serviram para fazer o Sanatório da Quinta dos Vales, ainda hoje o melhor e o mais bonito deste País (Barreto, 1971: 540).

Apesar de requerido, não foi possível efetuar a consulta às notas da viagem, por se pensar já não existirem. Esta hipótese é confirmada no III volume de *Uma Obra Social Realizada em Coimbra* (1971), através da transcrição de uma publicação do *Diário de Coimbra* (1969) intitulada *Coimbra e a sua organização hospitalar*, falando sobre a adaptação do Asilo de Órfãos a Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil e do início da sua Luta Antituberculose em Coimbra.

Por um lado, a imprevidência, e por outro a lufa-lufa intensiva em que se vivia não deixaram guardar documentos, registar posições de maior interesse, e nisso tenho, também, a maior pena...; impossível hoje reconstituir nos seus pormenores a luta travada; cartazes, affiches, panfletos, que fariam agora o meu encanto, se pudesse reaver ou reproduzir o seu texto... (Barreto, 1971: 539).

Outra possibilidade de ter acesso ao relatório da sua missão de estudo seria através do *Boletim dos Hospitais Universidade de Coimbra* (1921-1947) onde, ao longo dos seus vários volumes, é possível encontrar relatórios de missões de estudo de outros médicos, no entanto não consta de nenhum dos volumes próximos à data da viagem. Foi ainda feita uma pesquisa na Torre do Tombo, junto do Arquivo Salazar, relativo à Junta de Educação Nacional, a qual seria na altura a autoridade adjacente ao Ministério da Instrução Pública que regularia a investigação científica a nível nacional e que teria competência para decretar a relevância da missão de estudo proposta e posteriormente autorizar a saída do país com a atribuição de Passaporte Diplomático que seria concedido pelo Ministério do Interior. No entanto, a extensão de vinte caixas da Subsecção de Educação não permitiu a sua consulta total, não tendo sido possível encontrar o relatório.

A referência a esta viagem de missão de estudo e a consulta das suas notas seria importante para uma melhor compreensão do envolvimento e contributo do médico na adaptação do Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, bem como quais

as referências utilizadas. É evidente, ao longo do seu discurso, que Bissaya Barreto não foi um mero espectador e que dava indicações arquitectónicas como se de um arquiteto se tratasse, afirmando mesmo naquela altura que os arquitetos pouca importância teriam.

Convém lembrar que, no tempo em que nos estamos a situar, os arquitectos quase não existiam...; tão poucos e tão raros (...) Praticamente, os arquitectos atingiram a maioria só mais tarde com a legislação do Ministro Duarte Pacheco; aproximaram-se dos Engenheiros, tomaram balanço para os ultrapassar e tomaram conta de toda a construção, de todo o urbanismo, de todo o paisagismo, de todo o turismo e, a meu ver, até do antiturismo, tais as surpresas estranhas com que por vezes nos fustigam a sensibilidade... (Barreto, 1971: 540-541).

Enquanto Presidente Comissão Administrativa das Obras de Adaptação e Instalação do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, Bissaya Barreto e o mestre de obras Ferreira de Araújo ficaram responsáveis pela finalização das obras, que iniciaram logo após a constituição da Comissão. Acompanhando todo o processo de adaptação, o médico fazia questão de saber de tudo, deslocando-se constantemente ao local e mantendo a Assistência a par das ocorrências (Silva, 2013; Barreto, 1971).

Para Bissaya Barreto, os materiais de construção, escolhidos por ambos, permitiram uma boa conservação do espaço que, segundo este, não foi obra de arquiteto nem de técnicos especializados (Barreto, 1971).

Fui arquitecto, fui engenheiro, fui decorador, fui mestre de obras... (Barreto, s.d. in Bessa, 1987: 13).

Consta que o Arq. Luiz Benavente, autor de muitos projetos em Coimbra durante o Estado Novo, como é o caso da Alta Universitária, tenha sido um dos responsáveis pela adaptação dos edifícios da Quinta dos Vales a hospital-sanatório (Amaral, 2006).

Tal facto é suportado pelos arquivos presentes no Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT) e no Forte de Sacavém (SIPA). No primeiro encontram-se os desenhos da Escola Pró-Pátria e da sua conseqüente adaptação assinados por Luís Benavente, bem como desenhos do portão de entrada, construído mais tarde e da entrada do edifício principal, no espólio com o nome do arquiteto. No segundo, entre os documentos da antiga Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais (DGEMN) encontram-se memórias descritivas enviadas para aprovação por parte daquela direcção, de trabalhos realizados após a abertura como Hospital-Sanatório da

Colónia Portuguesa do Brasil (ANTT-AOS/CO/IN-9-1/cx304/pt9; PT-DGEMN/DSARH-013/079-0029/07/Projecto...).

Nunes (2015) acrescenta a este facto a possível imposição da adaptação dos edifícios a Vasco de Moraes Palmeiro, comumente conhecido como Vasco Regaleira, que terá sido o arquiteto responsável pela elaboração dos projetos-tipo para os edifícios de apoio à luta nacional contra a tuberculose, como hospitais, preventórios e sanatórios, incluídos no *Plano de luta contra a tuberculose* de 1935, desenvolvido pela Assistência Nacional aos Tuberculosos, da qual Bissaya Barreto fazia parte, como vogal da Comissão Administrativa (fig. 11) (ANTT-AOS/CO/IN-9-1/cx304/pt9; Carvalho, 1935; Moniz, 2005; PT-DGEMN/DSARH-013/0029704 in Nunes, 2015).

Bissaya Barreto ter-se-á valido da sua posição e apesar de imposta, a colaboração de Vasco Regaleira não se terá efectivado no caso do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (PT-DGEMN/DSARH-013/0029704).

Provavelmente, o médico não terá achado necessária a contribuição do arquiteto, já que ele próprio se considerava capaz de fazer esse trabalho, mas também pelo facto de não ser necessária grande contribuição arquitectónica, por os edifícios já se encontrarem concluídos e apenas necessitarem de algumas alterações funcionais.

No início da década de 30 o Eng. Duarte Pacheco, Ministro das Obras Públicas e Comunicações (MOPC), envia o Arq. Luiz Benavente, juntamente com o Eng. Pedro Cavalleri, para integrarem as Comissões de Obras que diziam respeito aos vários estabelecimentos dos Hospitais da Universidade. É o caso das obras do Manicómio de Sena, em 1933, que estariam à responsabilidade de Elísio de Moura, médico e professor na Faculdade de Medicina. Na mesma Comissão de Obras nomeia Bissaya Barreto como Presidente (Barreto, 1970; Amaral, 2006).

Através desta relação, é possível que Bissaya Barreto tenha aproveitado esta proximidade para encomendar ao arquiteto a execução de alguns trabalhos na adaptação dos edifícios da Quinta dos Vales a hospital-sanatório. Alia-se ainda a referência do trabalho do arquiteto no Sanatório de Celas, que estaria em obras na mesma altura (Amaral, 2006).

A hipótese de uma integração posterior de Luiz Benavente nas obras de adaptação da Escola Pró-Pátria é também sustentada pela sucessão cronológica dos acontecimentos, justificando o facto de apenas existirem alguns desenhos no seu espólio da ANTT, aliado à parca referência do arquiteto em detrimento do

envolvimento de Bissaya Barreto nos seus discursos relativos ao Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil.

Bissaya Barreto apresenta-se muito mais participativo na idealização do projeto de adaptação do que seria de esperar para um médico, evidenciando-o no seu discurso relativamente à obra.

Então eu com as minhas notas, o meu material de estudo e o mestre de obras, Ferreira de Araújo, congeminámos, pensámos architectámos e, sem destruir uma parede, abrir uma janela ou tapar uma porta, conseguimos fugir à fúria demolidora a que o edifício seria necessariamente condenado, se por ventura tivéssemos chamado um architecto dos de hoje, que começa sempre por mutilar, destruir, arrasar (Barreto, 1971: 541).

Este facto remete para as questões levantadas por Sandra Xavier no artigo *Em Diferentes Escalas*, publicado pela revista *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* em 2013, onde a autora reflete sobre as diferentes escalas do complexo hospitalar da Leprosaria Rovisco Pais segundo o projeto político-científico de Bissaya Barreto, que também terá presidido a Comissão de Obras e a Comissão Instaladora dessa instituição no final da década de 1930 (Xavier, 2013).

Durante a década de 1930, a gestão das obras públicas encontrava-se centralizada no MOPC que, não conseguindo executar todos os programas elaborados pelos restantes ministérios, delegava alguns trabalhos em juntas e comissões administrativas dependentes do MOPC criadas para o efeito, dando-lhes alguma autonomia. É através da criação destas comissões que Bissaya Barreto, ao presidi-las, poderia delimitar os contornos específicos da sua obra, tornando-a particular em relação ao resto do país, quer através da modernidade dos equipamentos, quer através da expressão do seu gosto pessoal nos edifícios e na ornamentação (Moniz, 2005, Cruz, 2009, Bandeirinha, 1996 in Xavier, 2013).

Bissaya Barreto promovia, em Coimbra, uma rede contínua e hierarquizada de equipamentos hospitalares, assistenciais e educativos, baseada em “separações múltiplas” e “distribuições individualizantes”, em uma “organização aprofundada das vigilâncias e dos controles”, em uma “intensificação e ramificação do poder” (Foucault, 1997 in Xavier, 2013: 986).

Rede esta que permitia a observação, a vigilância, o inquérito e o registo de cada indivíduo bem como das suas famílias, ao mesmo tempo que difundia um conjunto de prescrições e medidas habitacionais, higiénicas, alimentares, de vestuário e de sexualidade, contribuindo para a conservação da saúde pública da população (Barreto, 1935a; 1935c in Xavier, 2013). A profilaxia surge como meio

para alcançar a comunidade pura e a sociedade disciplinar, que refere Foucault (1997 *in* Xavier, 2013) e que Bissaya Barreto procurava.

Bem sabemos que não basta estabelecer centros de Profilaxia e tratamento, que não basta estimular a caridade pública, desviando para os deserdados da sorte o bem que os privilegiados dela possam dar; é necessário traçar um plano de realizações, é necessário impô-lo, é necessário com mão forte de forte ditadura executá-lo com ordem, com método, com disciplina, é necessário criar a opinião de que estes assuntos, depois de discutidos, já não se discutem e que em assuntos de tal magnitude só deve haver obediência (Barreto, 1935a: 138).

Com a sua Obra Social, Bissaya Barreto pretendia exercer a disciplina sem que o indivíduo se apercebesse do controlo. O importante seria transmitir que a saúde de todos estaria acima da saúde individual e que a saúde individual seria um meio para alcançar a saúde de todos. A medicina social e medicina privada suportavam-se na reciprocidade da sua ação (Foucault, 1997b *in* Xavier, 2013). O seu *Arsenal Antituberculoso* (fig. 1), operando em rede permitia o exercício da profilaxia de uma forma eficaz, ao educar a moral do indivíduo.

É preciso, portanto, educar o público, insistindo suficientemente para que conhecimentos, hoje já tão espalhados, se projectem no plano sentimental e determinem automaticamente atitudes convenientes em doentes e em sãos. É uma educação que principalmente se faz com proveito em certos estabelecimentos denominados dispensários (Gonsalves, 1935a: 3).

Quando visitou Schatzalp, saiu com a certeza de que o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil não seria uma empresa e que acolheria apenas homens e que em Celas sanatorizaria as mulheres dos combatentes e as crianças. Pretendia assim que o espaço do sanatório fosse um local de cura moral e evitar as festas, excessos e imoralidades que vira em Schatzalp (Barreto, 1971).

Bissaya Barreto centrava-se na ideia do sanatório como arma profiláctica antibacial, parte integrante de uma rede de dispensários municipais, dispensário central e sanatórios, enquadrado na sua obra de medicina social, onde se disciplinavam os tuberculosos segundo as regras higiénicas preventivas da doença e, através do seu internamento, era possível defender os sãos (Barreto, 1935b).

É necessário que nos sanatórios haja uma alegre vida moral, é necessário que entre os sanatoriados nunca desapareça a esperança duma certa e breve cura; (...) Os sanatórios são escolas utilíssimas de educação, onde se desenvolvem altos sentimentos, como o da caridade, compaixão, solidariedade, morigeração de costumes etc.; são escolas de educação anti-tuberculosa onde o doente adquire noções de higiene geral e especial que passa a usar e de que se faz depois um propagandista nos centros para onde vai viver (A Voz de Coimbra, 1928, nº18).

Reforçava assim a sua ideia de que o sanatório deveria ser tão agradável quanto possível, de forma a que os indivíduos o considerassem um direito adquirido e se sentissem motivados a ingressarem no mesmo sem que fosse necessário obrigá-los, tratando a doença e cuidando dos seus maus hábitos e moral.

Houve, na verdade, o propósito de romper com a rotina, de dar aos doentes conforto, cor, alegria, rodeando-os de simpático ambiente que alivie o seu espírito das negras preocupações da sua cruel doença (Barreto, 1935b: 160).

Falando sobre o Hospital-Sanatório da Covilhã no periódico *A Saúde* são reafirmados mais alguns princípios relacionados com o que Bissaya Barreto acreditava ser um bom sanatório:

Um Hospital-Sanatório moderno e com a função que actualmente se lhe atribue: será um centro de tratamento para todas as categorias de tuberculosos, onde possam receber por consequência terapêutica adequada e apropriada ao seu estado.

Não será um asilo de doentes, onde se isolem os supostos incuráveis, mas sim um estabelecimento onde ao lado da cura higiêno-dietética se fará terapêutica química e os tratamentos cirúrgicos por vezes indicados (Gonsalves, 1933b: 1).

O médico pretendia que o sanatório evocasse o aspecto de hotel, um espaço agradável, acolhedor, amplo luminoso, salubre, onde fosse possível o convívio entre os pacientes, fazendo-os esquecer a doença por momentos, o local para onde todos quissem fugir (Amaral, 2006).

Não nos pertence a traça, nem fomos ouvidos sobre as dimensões; a nossa intervenção limitou-se a conquistá-la, possuí-la e a torná-la funcional para o destino que lhe demos, adoptando a concepção que tínhamos, e temos, de Hospitais – Hotéis em que os hóspedes são doentes – com as mesmas exigências de Corpo e Espírito, de comodidade, de conforto, de beleza (Barreto, 1971: 538).

Bissaya Barreto, assume que o seu sanatório de referência era Schatzalp em Davos, Suíça, e descreve-o como um modelo sanatorial que estaria a ser reproduzido por toda a Europa. Terá sido um dos sanatórios visitados na sua missão de estudo e que refere mais tarde com frequência, em comparação com os de Coimbra. Schatzalp era considerado o melhor sanatório do mundo, onde vedetas e americanos ingressavam, e onde o médico terá aprendido noções que considerou bastante úteis para a vida do Sanatório da Quinta dos Vales (Amaral, 2006; Barreto, 1971).

A escolha da propriedade refletiu as suas concepções médicas relativamente à cura da tuberculose, pelas suas características particulares, correspondendo às recomendações fundamentais para a construção de sanatórios propostas por Turban. A Quinta dos Vales apresentava um terreno de dez hectares, com água de

nascente, boa exposição solar, por se encontrar num planalto, que ocupava uma área construída de 6000 m², composta por uma rica mata de pinheiros, encontrava-se fora da área urbana de Coimbra, perto o suficiente para permitir uma deslocação pouco demorada, reunindo as melhores condições para uma boa cura da tuberculose e para o isolamento necessário que evitaria o contágio (Tavares, 2005; Amaral, 2006; Silva, 2013).

A proximidade com a cidade de Coimbra justifica a designação de Hospital-Sanatório, que explicada no jornal *A Saúde*:

Os Hospitais-Sanatórios são estabelecimentos na proximidade das cidades, organizados para o tratamento higiénico-dietético dos tuberculosos e destinados a receber toda a espécie de tuberculosos. Devem apresentar todas as condições exigidas pelos Sanatórios: situação, instalação, alimentação, disciplina, direcção (Gonsalves, 1932: 3).

As principais vantagens apresentadas pelo médico seriam o facto do doente manter-se próximo da família, economizando os seus recursos; a possibilidade de recolha de numerosas fontes de contágio, protegendo a sociedade; o isolamento de todas as categorias de tuberculose, tratando e educando todos os doentes. São exemplo os Hospitais-Sanatórios de Celas e da Colónia Portuguesa do Brasil (Gonsalves, 1932).

O complexo sanatorial (fig. 12), de arquitetura moderna e modelo pavilhonar, seria constituído por um corpo principal em H, transversal ao percurso de entrada do perímetro da Quinta dos Vales, que corresponderia ao edifício já existente (Amaral, 2006). Neste edifício foram instaladas quatro enfermarias no piso térreo e quatro no primeiro piso, onde estariam previstos os dormitórios, contando já com instalações sanitárias, rouparia, área destinada ao pessoal e quatro quartos de isolamento que corresponderiam aos quartos previamente destinados ao pessoal do Instituto. No terceiro piso estariam instaladas as Salas de Jantar e de Estar, sendo a última uma adaptação de refeitório destinado a um dos géneros frequentadores do Instituto (Silva, 2013).

À direita do volume principal pré-existia o edifício previsto para a Escola do Instituto, com salas de aula, adaptado agora a quartos particulares de quatro camas, quatro lavatórios e uma banheira. As retretes estariam no centro do edifício, num corpo semiautónomo. Na ala sul do edifício estariam instaladas pequenas saletas que dariam acesso à galeria de cura comum (fig. 13) (Silva, 2013).

Existia ainda o Edifício da Casa do Diretor, destinado anteriormente à Diretoria do Instituto da Assistência da Colônia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra (CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória...).

No Centro de Documentação Bissaya Barreto, é possível consultar a Memória Descritiva e Justificativa das alterações a efetuar na adaptação para Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa do Brasil, um manuscrito do médico Bissaya Barreto, apresentado como fruto da discussão das suas ideias com a restante Comissão de Obras, onde estão descritas as mais importantes alterações a fazer ao edifício já existente (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

A construção das galerias de cura de ar e de repouso seria sem qualquer dúvida a alteração mais importante e urgente a fazer, já que teriam grande destaque no programa sanatorial para a execução da tríade terapêutica de cura de ar, repouso e prática de uma alimentação saudável. Um sanatório não o seria sem estas características. A arquitetura adoptada por Bissaya Barreto seria a do Edifício Fontenay A., no Sanatório de Bligny (figs. 14 a 17), observada aquando da sua viagem em missão de estudo.

Por nenhuma das fachadas do edifício principal se encontrar orientado para sul, teria de ser construído um novo volume perpendicular ao edifício das enfermarias, com ligação através da transformação de janelas em portas, mantendo o mesmo número de andares, de forma a que a cada piso destas correspondesse o mesmo nas galerias. Este volume (figs. 18 a 20) terá sido adicionado em 1932, apresentando cinco pisos, em oposição aos três do edifício principal, possíveis pelas características do terreno que apresentava acentuado declive, manifestando a imponência de todo o conjunto sanatorial e executando um prolongamento visual do eixo transversal ao edifício (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...; Amaral, 2006; Silva, 2013).

Propõe ainda que as galerias sejam duplas (fig. 21), para permitir a utilização sazonal de inverno e de verão, tenham 4,35m de profundidade, de forma a proteger da chuva, e 40m de comprimento, mas que sejam divididas por biombos de vidro em compartimentos mais pequenos (fig. 22), de modo a proteger dos ventos e permitir a distribuição de doentes segundo o seu estado de saúde, afinidades, educação, etc. (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...; Amaral, 2006). Mesmo se tratando de um Sanatório Popular, Bissaya Barreto permitia desta forma a segregação de classes entre doentes, no entanto, ao contrário do que era feito em Davos, a qualidade terapêutica não diminuía nas classes mais baixas, apenas eram oferecidas regalias a

quem pudesse custear os seus tratamentos, como quartos com menos camas, galerias de cura mais privadas, separação de refeitórios por classes, etc.

A Galeria de Inverno, ao estar voltada para sul, ousava o máximo partido dos benefícios do sol invernal, devido a persianas que controlariam a entrada solar, estando os doentes abrigados dos ventos. A Galeria de Verão, de orientação oposta, permite a exposição mediada, evitando o calor do sol estival e usufruindo do ar puro (Amaral, 2006).

E, a propósito, só perto de Milão encontrei um Sanatório com galerias duplas – de Verão e de Inverno – como as que unicamente existem no Sanatório da Quinta dos Vales (Barreto, 1970: 45).

No cimo do edifício das galerias de cura, no terraço, é ainda instalada uma esplanada com mesas, cadeiras e chapéus de sol, o que permitiria aos doentes uma intensiva cura de ar e sol (fig. 23).

Para a sala de reunião dos doentes, Bissaya Barreto sugere a adaptação de uma das duas salas de jantar a uma sala vasta, bem orientada e arejada, onde fosse possível reunir em dias de mau tempo e que pudesse ser transformada em salão de festas, concertos e conferências. É novamente referido o exemplo de Bligny (figs. 24 e 25), que apresentava salas de reunião de 35 metros de comprimento ou que cobriam áreas de 700 a 900 m² (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

Junto à sala de jantar (fig. 26 e 27), seria construída uma sala com lavatórios onde os doentes lavariam as mãos e recolheriam o seu guardanapo e copo, guardados num armário que teriam divisórias numeradas (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...). Aqui é evidenciado mais uma vez o grande cuidado com a higiene, estimulando também a prática de lavagem das mãos antes das refeições por parte dos doentes.

Para a cozinha (fig. 28) e anexos seria necessário adquirir uma máquina de esterilização de loiças, investindo na desinfecção e cuidados higiénicos específicos que evitariam possíveis contágios a não doentes (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

A dispensa seria instalada na anterior lavandaria, passando esta para um barracão da cerca construído para o efeito. Assim, a dispensa ficaria próxima da cozinha e longe dos quartos e galerias evitando o incómodo dos doentes (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

Para as instalações médicas (fig. 29) Bissaya Barreto reforça a sua vontade de fazer do Sanatório um centro de estudo e de investigação na área da tisiologia.

Para isso a instalação médica deve compreender: uma sala de espera, uma sala de observação, uma aparelhagem de radioscopia e radiografia, uma sala de pensos e de exames, uma sala de quiroterapia, uma sala para laringologia, uma sala de tratamento de doentes, um laboratório de análises clínicas e bacteriológicas; uma sala de anestesia e esterilização e uma sala de operações. É necessário agrupar estes serviços pelas suas afinidades no desejo de os isolar, tanto quanto possível, dos outros serviços para que os ruídos que deles surjam não cheguem, sobretudo à ala de auscultação.

O mobiliário preciso: secretárias, cadeiras, balança de pesagem médica, classificados para histórias clínicas, estantes para livros e armário, mesa de operações e de anestesia, lavatórios, estufas de esterilização de pensos, de roupas e de instrumentos cirúrgicos, instrumentos de oto-rino-laringologia, instrumentos de dentista, mobiliário de laboratório de análises, microscópio, corantes e reagentes, os apetrechos de sala de exames e observação, instrumento cirúrgico para a cirurgia torácica e pulmonar, mobiliário de farmácia, etc. (FBB/BB/MD/M36: 9-10).

Numa parte das caves, seria adaptado um quarto de repouso para os tuberculosos agonizantes, poupando os outros doentes ao barulho que estes provocariam (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...). Aqui evidencia-se a forma como Bissaya Barreto pensava no espaço com todo o pormenor, subtraindo possíveis perturbações ao ambiente sanatorial que tinha idealizado.

Nos dormitórios do Instituto seriam instaladas as enfermarias (figs. 30 e 31) que, segundo Bissaya Barreto, já não se queriam amplas. Dessa forma recomendava a divisão em compartimentos, através da colocação de biombos de vidro fosco, formando uma box onde seriam agrupados os doentes segundo o seu estado de saúde.

O pavimento das enfermarias, sendo de cimento, teria de ser revestido a linóleo, que evitaria fendas e infiltração de águas. Seria mais fácil de limpar, dando um maior aspecto de limpeza, o que seria de desejar para um estabelecimento daquela natureza. Recomendava ainda a repintura das paredes, portas e janelas de forma a permitir repetidas lavagens, mas dada a urgência em abrir o sanatório, seria recomendável deixar esse trabalho para mais tarde.

Teria também de ser instalado o aquecimento central de alta ou baixa pressão, consoante a eficiência e economia.

Era também necessário instalar o serviço de desinfecção de forma a promover a higiene e profilaxia do Sanatório. Para isso seria construído um pavilhão que seria dividido em três partes: desinfecção de escarradores, marmitas e armários;

desinfecção de material com estufa a vapor, estufa de formolização e câmara de sulfuração, dividido em zona suja e zona limpa; colchoaria, onde seriam arranjados e desinfectados os colchões (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

Ainda sobre a higiene, Bissaya Barreto fala sobre os azulejos e pavimentos de mármore colocados no Sanatório. Seria comum a utilização do branco nos edifícios que estavam relacionado com a assistência médica, mas o médico inicia a utilização da cor como elemento decorativo, deixando a nota de que não foi nenhuma ideia retirada das suas viagens em missão de estudo pela Europa e que apenas terá visto um arranjo floral na Casa de Saúde dos Americanos em Paris, insinuando-a como exclusivamente sua.

Hoje prefiro uma harmónica policromia...

Veio pois o culto da cor, a cor como expressão de beleza... E então cada quarto, cada dormitório ficou com a sua cor, - até mesmo como meio de sinalização - tem os seus móveis primitivos, tem as suas roupas, tudo assorti... e tudo se faz dentro deste princípio orientador; os hospitais são hotéis em que os hóspedes são doentes (...)

E aparecem então, pela primeira vez, quadros a óleo nas paredes, bibelots, esculturas, enfim os motivos de decoração, que se encontram em todas as casas, bem cuidadas, de mais ou menos valor ou apurado gosto, conforme o ambiente ou a classe (...)

Confesso que foi ousadia atrevida, marcar nessa altura - há mais de 30 anos! - certas notas gritantes, que fizeram arrepiar a sensibilidade do homem sereno e calmo, habituado à moleza monótona de motivos, que se repetem interminavelmente e sem alteração (Barreto, 1959: 161).

Aqui, Bissaya Barreto evidencia a sua preocupação com o público alvo da sua assistência social. A grande maioria dos doentes que frequentariam o sanatório seriam analfabetos, tornando difícil a leitura da sinalização alfanumérica e por isso, a identificação dos seus espaços. Através da cor, facilitaria a adaptação dos doentes, que facilmente saberiam de que serviço se trataria, aliando assim o embelezamento do espaço à aplicação prática do dia-a-dia. Reforça ainda a ideia como sendo sua e que até surgir em um hospital francês era fortemente criticada.

Anos depois - 4 ou 5 - apareceu em Paris o Hospital Bonjon, o mais moderno hospital de França nessa época; (...) os andares foram marcados por cores diferentes; a sinalização fez-se pois pela cor!

Toda a gente delirou então; ideia genial, em vez dum número ou duma letra, uma cor; mais belo, mais original, identificação mais fácil dos serviços, dizia-se! (Barreto, 1959: 162).

Bissaya Barreto declara ainda o seu pensamento médico em relação à terapêutica, vendo a doença do indivíduo não como meramente física, mas também moral, sendo necessária a educação e tratamento de ambas as dimensões.

Que estímulo para prosseguir, que auxílio para apurar mais e mais esta orientação e este pensamento acerca da organização das casas para doentes! Como, já nessa altura, eu senti e percebi, o que hoje é banal e corrente, que a doença não atinge apenas a matéria, que há mais alguma coisa de que é preciso cuidar e cuidar com delicado carinho... É preciso pois tratar o Homem integral (Barreto, 1959: 162).

Por essa razão, o médico recomenda ainda a arborização do terreno em volta do sanatório que se encontrava sem nada (figs. 32 e 33) e a construção de telheiros para cura onde os doentes poderiam fazer as curas de verão e de inverno, dando longos passeios ao ar livre (FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória...).

A memória descritiva e justificativa das obras de adaptação a Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil evidencia a importância da arquitetura na terapêutica antituberculosa. Apesar de não ter sido um espaço pensado de raiz, por razões económicas, Bissaya Barreto não esquecia preceitos higiénicos e terapêuticos, adicionando-os ao espaço existente, dando sempre relevo à medicina preventiva sobre a curativa.

Houve, pois, a necessidade de dotar Coimbra com um estabelecimento que marcasse pela sua orgânica e pela sua fisiologia, e ainda pela sua beleza interior e exterior (Barreto, 1971: 570).

O Presidente da Comissão de Obras reforça então a sua intenção de investir no aproveitamento do clima e da paisagem natural envolvente (figs. 34 e 35), que convidaria à sua contemplação, ao estar rodeada por jardins e lagos, sendo estes muito evidenciados nos discursos sobre o sanatório. Assim, o médico contratou o horticultor paisagista portuense Jacintho de Mattos para desenhar os jardins do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (figs. 36 a 39), tendo desenhado anteriormente os jardins do Sanatório de Celas (AUC-AD/Livro Nº3; Barreto, 1971).

Enquanto paisagista, Jacintho de Mattos já teria trabalhado em Coimbra, tendo desenvolvido projetos em meados da década de 1920 como a Mata de Vale de Canas, o Cais das Ameias, o Pateo do Castilho ou o Penedo da Saudade (Correia, 2009). Em 1927, terá ainda trabalhado com Fiel Viterbo, o arquiteto responsável pelo projeto da residência dos Arcos do Jardim, propriedade de Bissaya Barreto, na execução do jardim e exteriores, tendo continuado a ser recomendado pelo médico para a realização de projetos de ajardinamento de terrenos do Estado (FBB/BB/Documentos pessoais; FBB/OBRS/JUNT/cx 5/ Correspondência).

Para além de embelezar o espaço envolvente, os jardins eram apresentados como óptimos espaços para dar agradáveis passeios, com uma pérgula (figs. 40 e 41) que permitia não tomar demasiado sol, sendo também bons para receber visitas.

A capela (figs 42 e 43), situada entre o bloco traseiro do corpo em H e o edifício dos quartos particulares, era também um elemento importante do programa sanatorial, aliado ao programa médico de Bissaya Barreto. O altar, cedido pela Direção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais (DGEMN) em março de 1935, antes da sua inauguração, provinha de uma das capelas da Igreja do Mosteiro de Santa Maria da Vitória, situado na Batalha, e encontrava-se arrecadada na adega do referido Mosteiro, representando um estorvo. A cedência do respectivo altar foi o resultado de um ofício enviado pela Comissão Administrativa da Colónia Portuguesa do Brasil (Sanatório dos Covões, em Coimbra) dirigido ao então Diretor Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, A. Luiz Gomes, em dezembro de 1934, solicitando a cedência de três capelas, já que teria conhecimento da retirada de alguns altares em talha das igrejas que se encontravam em restauração por parte daquela direção (PT-DGEMN/DRARH-013/079-0029/07/Processo nº823).

O cinema (figs 44 e 45) foi instalado no lado norte do edifício principal e funcionaria como sala de leitura no primeiro piso e sala de conferências e cinema no rés-do-chão.

Em *Uma Obra Social Realizada em Coimbra* (1971) Bissaya Barreto refere ainda a influência da Casa de Saúde dos Americanos em Paris relativamente à sinalização luminosa dos quartos, auscultadores individuais para telefonia, telecomunicações, telefones internos, etc.

Terminados os trabalhos de adaptação e construção, de que se incumbiu a comissão nomeada por portaria de 14 de fevereiro de 1931 e composta pelo Professor Fernando Bissaya Barreto Rosa, seu presidente, Alberto Cepas, bacharel Eduardo de Miranda Vasconcelos e Francisco Vilaça da Fonseca, assim se inicia hoje a vida desta instituição portuguesa de luta anti-tuberculosa, aonde terão preferência legar para nela serem admitidos: os antigos combatentes da grande guerra, do exército e da armada; os filhos dos que, em defesa da Pátria, combateram na França ou na África, órfãos de pai ou de mãe; os filhos dos portugueses residentes no Brasil que voltem a Portugal e os filhos destes quando em Portugal residam (Auto..., 1935: 1).

O HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL

A 6 de Julho de 1935, o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (fig. 46) foi inaugurado com um vasto programa festivo. Estiveram presentes o Ministro do Interior Tenente Coronel Linhares de Lima, que presidiu à cerimónia, o Diretor Geral dos Museus e Edifícios Nacionais, o Magnífico Reitor da Universidade de Coimbra, o Comandante Militar da Região, o Presidente da Câmara Municipal de Coimbra e, em representação da Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra, o Comendador Sousa Cruz.

No seu discurso de inauguração, Bissaya Barreto explica o porquê da existência dos eventos associados (fig. 47). Pretendia dar a conhecer a obra antituberculosa, adquirir visibilidade perante todas as classes, fazendo o Baile do Romantismo, realizado na mesma noite nos jardins da Quinta dos Vales, o Cortejo Histórico da Corte de D. João I que percorreu as ruas da cidade e o Torneio Medieval realizado num dos parques do Sanatório e dirigido por Leitão Barros, ambos realizados no Domingo da semana seguinte, a 14 de Julho (Barreto *in* Gonsalves, 1935b; Bessa, 1987).

Bissaya Barreto não perdia assim a oportunidade de mostrar a todos a sua grande Obra Social em Coimbra, tendo mesmo recebido visitas de Alfred Krause, o tisiólogo de Davos com quem manteria contacto e que terá conhecido aquando a sua visita a Schatzalp. Tal como Bissaya Barreto fez em Davos, Krause terá também visitado os Sanatórios de Coimbra, sobre os quais teceu largos elogios, reproduzidos nas publicações do médico de Coimbra (FBB/BB/CORR; Barreto 1970).

O Sanatório da Colónia Portuguesa deixou-me maravilhado. Digo que no género nada vi tão bom, como julgo que nada existe tão bom! (Krause *in* Barreto, 1970: 38).

Também João Paulo Freire (1950), jornalista e escritor, terá visitado os edifícios da Obra Social de Coimbra acompanhado por Bissaya Barreto, tendo publicado o seu relato em livro. Sobre o Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil escreveu:

Percorri todo o Sanatório. E perguntava constantemente a mim próprio se estava num Sanatório-Hospital, ou num confortável Hotel de categoria? Amplos corredores. Um asseio requintado. Ausência completa de cheiros, principalmente daquele cheiro desagradável dos hospitais. Visitei a cozinha, um modelo de assepcia -, o cinema, alegre e gracioso -, a capela, encantadora de simplicidade -, os serviços de cirurgia, as galerias de cura, as suas

lindíssimas salas de estar, as suas enfermarias estuantes de claridade e de conforto, os seus terraços de Verão, de ilimitados horizontes, as salas de jantar (e tomariam muitos hotéis de 1ª ordem possuí-las assim!), e de tudo o que ia vendo compreendia a razão por que este Sanatório era considerado o primeiro Sanatório de Portugal para tuberculosos. (Freire, 1950: 96)

Na verdade, dificilmente se podia conseguir instalação mais cuidada, mais de harmonia com a doença e com os doentes, mais expressiva nos seus requintes de bem estar e de conforto. (Freire, 1950: 97)

Freire (1950) refere-se à obra de Bissaya Barreto como poesia, que se prolongava em todo o complexo, apresentando cores garridas e muita luz, sem lugar para os tons cinza, o pardo ou o baço. Reforça o facto de os dormitórios não terem nomes nem números a designá-los, mas sim cores, nas paredes, nos azulejos e nas camas, nomeando o azul, o verde, o amarelo, etc.

O escritor acrescenta ainda o seu espanto ao observar as ementas, achando extraordinário o facto de o doente só repetir o mesmo prato 15 dias depois. Não esquece a referência às galerias de cura e de repouso duplas por oposição, usadas consoante a necessidade da estação (Freire, 1950).

Fala ainda dos jardins de Jacintho de Mattos e de toda a envolvimento natural do Sanatório:

A estrada que nos conduz até lá, em parte privativa do Sanatório, é pitoresca e interessante. A posição do Sanatório admirável. Largos e rasgados horizontes. Pinhais e eucaliptais em toda a volta. Todo o edifício é rodeado de jardins. Grinaldas e festões decorativos, encantam-nos a vista. Pérgulas e pilares que trepadeiras e roseiras abraçam. Pequenos lagos onde as sombras das árvores se debruçam. Por toda a parte um silêncio de meditação e de prece. Ali não chega a perturbação dos ruídos do Mundo (Freire, 1950: 96)

Quando questionado sobre o número de doentes internados no Sanatório, Bissaya Barreto responde a Freire que seriam cerca de 300, sendo o tratamento absolutamente gratuito durante seis meses para os indigentes. Para os pagantes, que não iriam além dos 10%, existiam três categorias: 1ª, 2ª e 3ª classe, sendo o ambiente geral o mesmo para todos (Freire, 1950).

A categorização dos doentes por classes, sendo a 1ª a mais alta e a 3ª a mais baixa, era feita através da possibilidade económica do indivíduo, pagando um determinado valor pela diária correspondendo à classe. Os que teriam direito a uma pensão, por atestada pobreza, não pagariam qualquer valor, no entanto, a vigilância era feita de uma forma mais rigorosa e, caso falhassem no cumprimento das regras do sanatório, a penalização poderia chegar à expulsão do sanatório.

Durante o período de internamento, era também possível a aprendizagem de um ofício no sanatório e a realização de trabalho remunerado para fora do mesmo, se a saúde o permitisse. Desta forma, Bissaya Barreto conseguia manter o interesse dos pensionistas em cumprir com as suas obrigações, mantendo-os ocupados e garantindo que saiam do sanatório homens capazes de trabalhar para sustentar a sua família.

Num documento intitulado *A Obra Antituberculosa de Coimbra (s.d.)*, disponível no Centro de Documentação Bissaya Barreto e que terá sido produzido pela Junta de Província de Beira Litoral (JPBL) que terá existido enquanto órgão de gestão entre 1936 e 1959, para uma Feira de Amostras realizada no Parque da Cidade de Coimbra por altura das Festas da Rainha Santa que se realizam em Julho, é possível ver a forma como era apresentado este Hospital-Sanatório na sua divulgação:

As suas actuais instalações, as mais completas que se conhecem, dispõem de duzentos e cinquenta leitos, sendo dêles dois terços destinados aos enfermos pobres, com oito esplendidas enfermarias dispostas em dois pavimentos, um pavilhão de quartos particulares e um outro de luxo, ocupando a importante área de seis mil e quatrocentos metros quadrados cercados de lindíssimos e bem cuidados jardins, densos pinhais e milhares de eucaliptos, numa extensão que conta mais de cem mil metros quadrados de terreno de superfície.

Para se avaliar dos serviços prestados por êste Sanatório basta enunciar que já por ali passaram novecentos e cinquenta doentes e que até final do mês de Junho passado se fizeram perto de cento e trinte e tres mil dias de tratamento.

Possue ainda salas de operações e esterilizações das mais completas na sua utilização, laboratório apto a tôdas as análises, gabinetes de octo-rino-laringologia, estomatologia e raio X, todos eles equipados com a mais completa e moderna aparelhagem.

Se o tratamento médico dos enfermos, tanto os que ocupam os pavilhões particulares, como os das enfermarias dos pobres é igualmente perfeito, os serviços da sua alimentação são também cuidados com o mesmo carinho.

Para sua comodidade e necessária distracção há terraços de verão com os seus guardas-sol, como se vê na gravura que acompanha êste artigo, uma boa biblioteca, com alguns milhares de volumes, salas de estar e de leitura, jogos de vasa, mesa de bilhar e ainda um vasto salão com cinema sonoro, fâcilmente adaptável a funções teatrais e concertos (CDB-DT-SCOV, D.1/A Obra..., s.d.: 1).

Bissaya Barreto e a sua JPBL pretendiam assim convencer os doentes e seus familiares que este seria o melhor local a estar, diminuindo assim o perigo de contágio.

No entanto, contrastando com a forma como era divulgado, uma vez ingressados no Hospital-Sanatório, os doentes recebiam o *Regulamento do Hospital-*

Sanatório de Celas e Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa do Brasil, onde constavam as regras de funcionamento dos vários espaços e serviços, bem como os princípios a seguir para uma boa aplicação da tríade terapêutica de combate à tuberculose.

Neste Regulamento evidenciam-se os traços do carácter disciplinar da prática terapêutica da medicina social no caminho para a conservação da saúde da população. Assim, era necessário obedecer de forma disciplinada ao regulamento, respeitando o regime higieno-dietético e um conjunto de considerações básicas, sob pena de sofrimento de punições, alegando-o como segurança para evitar a proliferação da doença.

Até ao surgimento da quimioterapia que viria a ser praticada mais tarde em regime ambulatorio e à aplicação de algumas técnicas cirúrgicas em desenvolvimento, o combate antituberculose compreendia apenas a vacinação das crianças pelo BCG e o isolamento em regime sanatorial, onde era aplicada a tríade terapêutica. Nessa altura, a terapêutica não passava de um tratamento sintomático, baseando-se no combate à febre, redução de suores, alívio da tosse e expectoração, estímulo do apetite, repouso e muito ar puro, o que reforçava a necessidade de uma cura de hábitos morais e de higiene (Barreto, 1970).

Acrescenta-se então a intenção de não só existir uma cura física efetiva, como também uma cura moral, uma educação dos hábitos e da moral que, por um lado evitasse a recidiva, mas por outro estimulasse a construção de uma nova sociedade, moldada em diferentes bases, como descreve Bissaya Barreto no seu discurso sobre a Medicina Social no I Congresso da União Nacional em 1935 (Junta..., 1932; Barreto, 1935a).

Seria uma nova sociedade assente em princípios básicos de higiene e saúde, produzidos e determinados pelas classes médica e política que no caso de Bissaya Barreto eram coincidentes, que a população deveria ser obrigada a seguir, tornando-os hábitos comuns.

A única preocupação do doente sanatorizado deve ser a cura. Ora dela depende sobretudo do próprio doente e principalmente do escrúpulo e do rigôr com que cumprir as disposições regulamentares e os conselhos médicos, que lhe fôrem dados (Junta..., 1932: 3)

Todo o discurso está construído segundo a forma de recomendações e conselhos, abordando tópicos como: *higiene da tosse*, onde se descreve a forma correta de tossir para um lenço de pano, sendo necessário disciplinar a tosse, resistindo-lhe quando não houvesse a necessidade de escarrar; *higiene da pele*, onde

se refere as várias forma de limpeza da pele adaptadas a cada situação do doente; *cuidados de toilete*, onde se diz que os doentes devem lavar a cara, o peito, a cabeça e as costas ao levantar, vestindo-se em seguida; *higiene da cara e das mãos*, onde se recomenda o uso do sabão, dando especial atenção ao nariz e à boca, com lavagem dos dentes antes e depois das refeições, e proibição do uso da barba e do bigode; *higiene gastro-intestinal*, onde se refere a importância de uma boa mastigação, para uma boa digestão e conseqüente educação do intestino; *higiene do vestuário*, onde é recomendada a aquisição do hábito de não usar nada na cabeça, como boinas e chapéus; *higiene da casa*, recomendando a limpeza húmida e com formol; *higiene do quarto*, que obrigava a manutenção da janela aberta para potenciar o completo arejamento da divisão; *exercícios respiratórios*, realizados apenas com a indicação do médico (Junta..., 1932).

É destacado o tópico referente à *higiene do espirito*, onde o sofrimento moral, o estado de angústia e a tristeza são apresentados como obstáculos incompatíveis com a cura (Junta..., 1932).

Por mais grave que se apresente o seu estado, ele é susceptível de cura se o doente fôr disciplinado, obediente, tiver coragem e fôr optimista (Junta..., 1932: 9)

É neste tópico que se constata de forma mais evidente qual a influência pretendida no indivíduo da prática de uma boa educação higiénica popular, associando a miséria social à causa da tuberculose e apresentando a disciplina como o segredo para a conservação da saúde.

Não esquecer que as misérias morais, misérias físicas, misérias familiares e as misérias sociais conduzem à tuberculose.

Não basta que o doente diga que se quer curar, é preciso sobretudo que empregue todos os esforços necessários para o conseguir.

O doente, mesmo depois da sua cura aparente, precisa de ser obediente, disciplinado, verdadeiro escravo das regras da higiene para que a cicatrização das lesões se mantenha (Junta..., 1932: 9)

Na *higiene geral* é apresentado um conjunto de conselhos gerais, com práticas a não executar, como colocar saliva nos envelopes, e locais a evitar, como teatros, cinemas, cafés, clubes, etc. É também desaconselhada a ingestão de álcool ou o tabaco. O tratamento deveria ser acompanhado de repouso e os passeios faziam parte dessa indicação, segundo a prescrição médica, determinando de quanto tempo e de que espécie seriam os mesmos. Existia ainda a indicação para registar a temperatura várias vezes ao dia, mesmo quando não existiam sintomas de febre (Junta..., 1932).

A disciplina é a base do tratamento do tuberculoso.

A obediência é condição fundamental para a sua cura (Junta..., 1932: 14).

Aliado à disciplina do doente era evidente o rigor da prática médica, bem como o envolvimento do médico em todas as decisões que se afastassem das regras, como autorizações de saída, passeios, mudança de lugar ou de hábitos, criando uma resistência ao desvio, burocratizando todo o processo.

As licenças de muitos dias, concedidas por motivo grave ou de força maior, não dão lugar a vagas e o doente portanto continuará a pagar a sua diária.

Os doentes devem convencer-se pois, que estas licenças são sempre muito prejudiciais á sua saude (Junta..., 1932: 20).

Esta era também uma forma de garantir uma maior eficácia de resultados na educação social e na terapêutica, que implicariam grandes investimentos económicos.

Os meios indispensáveis ao triunfo da luta anti-tuberculosa, meios complexos e caros, que teem de ser empregados com energia e escrupulo, por homens de leis e homens de ciência, por funcionários honestos e médicos competentes, sem disfarce nem mentiras, ensinando e amparando o doente, criando uma moral nova e novos costumes, com a tranquila ideia de que cumpre um dever de pai, educando e preparando uma geração melhor e menos digna de lastima (Araújo, s.d. in Gonsalves, 1933a: 2).

Relativamente ao *Regulamento Interno dos Doentes*, todo o discurso se faz acompanhar do modo imperativo, enumerando obrigações, permissões e proibições que, não sendo cumpridas, poderiam ser motivo de expulsão.

A falta de moralidade, limpeza, delicadeza, docilidade, obediência ás prescrições medicas e a infração grave das disposições dos regulamentos é motivo suficiente para a expulsão do doente do Sanatorio (Junta..., 1932: 16).

Nas galerias de cura reinava o silêncio e estavam proibidos os gritos, o canto, o riso, sendo permitida a conversa moderada. Depois das refeições o silêncio deveria ser absoluto, estando proibidos os trabalhos, os jogos, a conversa, a leitura e as sestras (Junta..., 1932).

Inicialmente sob a chefia da Irmã Sousa, as enfermeiras da Ordem S. Vicente Paulo eram responsáveis por garantir que todas as regras seriam cumpridas, mantendo a ordem no Hospital-Sanatório (Barreto, 1971).

A Igreja Católica funcionaria nesta altura com interlocutora entre o Estado e a sociedade civil, desempenhando um importante papel de educação social. A Acção Católica Portuguesa, criada em 1933, surge neste contexto, para recristianizar a sociedade portuguesa, assegurando a ideologia *Deus, Pátria e Família* característica

do Estado Novo (Carvalho e Mouro, 1987; Rosas e Brito, 1996; Bastos, 1997; Pereira, 1999 in Cruz, 2008).

É na sequência deste movimento, que a medicina social, cuja primeira exigência se prende na necessidade de formação de pessoal técnico com funções de colaboração na medicina preventiva (enfermeiras visitadoras, enfermeiras escolares, etc.), se alia ao objectivo de evangelização da sociedade e, sobretudo, das classes trabalhadoras, como postula a filosofia social da Igreja (Carvalho e Mouro, 1987 in Cruz, 2008: 97).

A Ordem Religiosa de S. Vicente Paulo seria conhecida pela sua tradição na dedicada ação assistencialista, de carácter caritativo, com seu conhecimento prático. Terá sido por esta razão que Bissaya Barreto escolheu esta Ordem, assim como outras, para a execução do seu programa assistencialista, já que, apesar de ser um republicano convicto, reconhecia a importância do papel da igreja na renovação da moral da sociedade.

ARQUITETURA SANATORIAL COMO INSTRUMENTO MÉDICO DE COMBATE À TUBERCULOSE

Com a chegada do iluminismo no século XVIII, inicia-se um processo de mudança de paradigma no que diz respeito ao hospital e ao edifício de saúde em geral, baseado numa discussão entre médicos e arquitetos, que privilegiava o contacto com os elementos da natureza, como forma de manter a higiene e salubridade dos edifícios, contribuindo para a saúde do indivíduo.

Esta corrente de pensamento higienista que potenciava a relação corpo-mente como regeneração física e moral e consequente renovação social, contribuindo para a construção do ideal do Homem Novo, bem como para as políticas de saúde pública emergentes, terão conduzido também a uma alteração na forma de pensar a cidade e a habitação, passando a privilegiar os espaços amplos e a natureza como envolvente.

A construção sanatorial surge na linha de pensamento iluminista e encontra-se enquadrada entre dois momentos históricos: a descoberta do bacilo de Koch em 1882 e a identificação do agente produtor de estreptomicina em 1944, mas também remete para a era da vilegiatura e da prática termal como fim terapêutico.

No final do século XIX e início do século XX, o sanatório é apresentado como arma terapêutica de combate à tuberculose, ostentando um programa arquitectónico específico, que seguia modelos reconhecidos internacionalmente e que eram considerados ideais à cura da tuberculose.

O aumento do número de casos da tuberculose, terá conduzido à grande procura de soluções arquitectónicas e práticas médicas semelhantes às já existentes, levando à criação de modelos prontos a reproduzir. Estes modelos eram acompanhados por um conjunto de recomendações relativas às características do local e de quais as infraestruturas a instalar no local.

Aliado ao modelo arquitectónico surge o modelo médico e a assimilação da tríade terapêutica, que incluía a prática do repouso, da boa alimentação e dos hábitos de higiene individual, baseada na prática naturista, como a fórmula ideal para uma cura efetiva da tuberculose.

A vontade de corresponder ao programa médico-social do sanatório e à tríade terapêutica, conduziu à criação das galerias de cura, privilegiando o contacto com a natureza, e ao aumento da quantidade de sanitários e de banhos.

O sanatório permitia assim a alteração da consciência da projeção, a prática de novas formas de composição, de traçado e de organização de ferramentas, com recurso a novos materiais de construção como o betão armado ou as tintas laváveis (Tavares, 2005).

Em torno dos sanatórios surge também publicidade e a construção de um imaginário colectivo que descrevesse o local como o melhor para a prática terapêutica antituberculosa, articulado entre a comunidade médica e o poder local, levando a crer que o papel do sanatório transpunha os limites terapêuticos ao entranhar-se na rede económica local, reivindicando a qualidade dos seus serviços, do ar que o rodeava, do sol que nele incidia e a salubridade dos seus edifícios, tal como um hotel termal reclamava a qualidade da sua água.

O ócio e a relação com o sexo oposto era rejeitada pela comunidade médica, mas permitida quando o sanatório era gerido por privados, reforçando a ideia de sanatório como local de recreio

Pode concluir-se que a arquitetura sanatorial foi utilizada como instrumento terapêutico no combate à tuberculose por parte da medicina, mas também como meio para a experimentação de novas soluções arquitectónicas, onde era possível aos arquitetos ousar pensar o edifício de saúde de forma diferente, levando à mudança programática na arquitetura de edifícios de saúde, transportando elementos já existentes no sanatório para os hospitais.

O Sanatório era por isso princípio, meio e fim. Princípio porque motivou o início de novas concepções arquitectónicas, meio pela sua utilização como instrumento terapêutico que pretendia alcançar um fim, a cura antituberculosa.

A NATUREZA E O EDIFÍCIO SANATORIAL CONCEBIDO POR BISSAYA BARRETO E A IMPORTÂNCIA DO SEU CONTRIBUTO

Apesar de a Escola Pró-Pátria não ter sido edificada para ser usada como um hospital, foi construída segundo os preceitos higiénicos emergentes no início do século XX, característicos do pensamento republicano, dando pretexto a Bissaya Barreto para usá-la como hospital-sanatório.

Enquanto presidente da Comissão de Obras de Adaptação dos edifícios da Quinta dos Vales a Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, Bissaya Barreto terá influenciado de forma direta a reestruturação arquitectónica, bem como a concepção dos Jardins e da restante envolvente natural.

Nos seus discursos sobre as obras de adaptação e a intervenção de vários agentes para além de ele próprio, quase não há referência ao arquiteto, levando a crer que a contribuição deste não seria considerada relevante pelo médico. No entanto, esta contribuição existiu, dado que existem provas disso, mas numa fase mais tardia, quando já decorriam as obras de adaptação a hospital-sanatório.

Apesar de ser médico, Bissaya Barreto teria frequentado o curso de matemática na Universidade de Coimbra e previamente teria tido disciplinas de desenho técnico na Escola Comercial Avelar Brotero, o que lhe daria competências para executar ele próprio certas tarefas que cabiam ao engenheiro ou arquiteto, que na altura também não era obrigatório.

Aliado a este facto está o manifestado interesse pela estética e pelo que ele considerava de bom gosto, em relação à arte, decoração e arquitetura. Exemplo disso é a policromia praticada no Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, que utilizava como combate à neurastenia, mas também como identificador de serviços hospitalares e que afirma não ter visto em mais lado nenhum.

A preocupação com a imagem dos jardins do Hospital-Sanatório, revelam em Bissaya Barreto a preocupação da envolvente do edifício, a estética e a natureza, também ela presente nos caminhos desenhados da mata da Quinta dos Vales.

É também evidente o interesse pela arquitetura através análise do catálogo das obras presentes na sua biblioteca, como a importante revista *Architecture d'Aujourd'hui*, nomeadamente um número dedicado exclusivamente à arquitetura sanatorial e ao seu programa, funcionando certamente como catálogo de ideias, dando também a entender nos seus discursos ser conhecedor do estado da arte relativamente à construção sanatorial.

A sua vincada influência nas obras de adaptação é também justificada pela sua viagem de estudo ao estrangeiro, que terá tido o objectivo de conhecer as práticas efectuadas nos maiores e melhores centros terapêuticos, de onde afirma ter trazido plantas, croquis, desenhos, fotos, notas e apontamentos, que terão servido de modelo.

Ao ler as descrições de Davos, apresentadas por André Tavares, fica a sensação de que o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil poderia ser um dos sanatórios de arquitetura moderna descritos. Apesar de ser um sanatório popular,

Bissaya Barreto procurou afastar-se da oferta terapêutica de baixa qualidade e antes procurou um regime de luxo, numa tentativa de dar qualidade à estadia e de educação do indivíduo.

O Hospital-Sanatório representava o papel de destaque numa rede de dispositivos médicos assistencialistas promovidos por Bissaya Barreto, onde o modernismo do equipamento médico, ferramentas ou mobiliário, contrastava com o nacionalismo reflectido na arquitetura do Regime de Salazar, na escolha de materiais ou na decoração do interior.

A rede de dispositivos médicos promovida pelo médico davam grande destaque à educação popular, existente em todos os dispositivos, sendo relativamente aos hábitos de higiene individual, como forma de evitar o contágio de doenças transmissíveis, mas também a educação vocacionada para a vida profissional do indivíduo, que lhe permitisse tornar-se num elemento ativo na sua comunidade, capaz de contribuir para a vida familiar e sem precisar de assistência social, o *Homem Novo*.

Na sua rede de contactos ter-lhe-á valido a confiança e aval dos dirigentes do Regime, como Duarte Pacheco ou o próprio Salazar, seu contemporâneo em Coimbra, para a execução das ideias, reivindicando-as de forma enérgica e sem cessar, até conseguir realizar os seus desejos. Exemplo disso foi a luta obstinada pela conquista da Quinta dos Vales.

Pode concluir-se que Bissaya Barreto terá influenciado de forma direta na adaptação da Quinta dos Vales a Hospital-Sanatório, usando-se das suas relações pessoais para incluir quem o médico achasse cumprir com bom gosto e acatar as suas decisões, como Jacintho de Mattos e Luiz Benavente, ou excluir quem o médico não considerasse apto para o trabalho que pretendia executar, como Vasco Regaleira.

O programa arquitectónico sanatorial executado por Bissaya Barreto representava um conjunto de várias referências programáticas já existentes. Algumas destas referências eram assumidas pelo médico, no caso do Sanatório de Fontayne ou de Milão, outras apresentavam-se de forma subtil nos seus discursos, mas evidente, como é o caso de Davos. Esta facto, permite identificar certa contradição no seu discurso relativamente ao trabalho do arquiteto, já que estes modelos tinham sido previamente pensados por arquitetos. Portanto, é possível assumir que o trabalho do arquiteto esteve sempre presente no edifício promovido por Bissaya Barreto, de forma indireta numa primeira fase e de forma direta numa fase posterior.

ARTICULAÇÃO ENTRE ARQUITETURA E MEDICINA

No que respeita à construção de edifícios de saúde, arquitetura e medicina não poderiam trabalhar em linhas de pensamento opostas. É lógico pensar que esta interação forçada terá levado ao diálogo e, por isso, à permuta de ideias e de soluções arquitectónicas.

Se na altura em que os médicos começam a exigir certas características funcionais no edifício de saúde que seriam essenciais à prática médica, os arquitetos são obrigados a apresentar novas soluções, também os médicos construíram o ideal de edifício salubre segundo várias concepções arquitectónicas.

Esta construção de ideal arquitectónico era perpetuada com as viagens de estudo pela Europa realizadas pelos médicos. No entanto, sendo os arquitetos, por excelência, ligados às artes e à persecução da estética e do belo, terão também eles naturalmente praticado a vilegiatura, procurando uma cura do espírito, o que poderá ter certamente conduzido para uma contribuição na aquisição de conhecimento de novas soluções arquitectónicas.

Os sanatórios são exemplo da interação entre a arquitetura e a medicina, surgindo numa altura em que tanto as concepções médicas de doença como o entendimento arquitectónico estariam em mudança.

No entanto, os arquitetos também foram capazes de reivindicar soluções construtivas, ao apresentarem projetos de sanatórios como se de um verdadeiro hotel se tratasse, o que terá levado a uma mudança de paradigma no ideal de construção destes dispositivos terapêuticos. Através da ventilação, do isolamento, da escolha de materiais higiénicos, do combate às poeiras e do desenho arquitectónico, estas novas formas de construção passam a ter em conta a permeabilidade interior/exterior, relacionando o edifício com a paisagem de forma diferente. É nesta fase que a interação entre medicina e arquitetura se torna obrigatória, motivando o diálogo constante.

Outro importante contributo para a difusão de ideias e para a troca de soluções arquitectónicas seriam os concursos públicos para a construção de edifícios de saúde, onde era permitido aos arquitetos ousar sair do que era comum, de forma a destacar-se entre os restantes candidatos.

As revistas de arquitetura terão contribuído para a disseminação de ideias, aproveitadas pelos médicos para a construção do ideal arquitectónico sanatorial no seu imaginário.

Pode então concluir-se que, no que diz respeito aos sanatórios, os médicos representaram um papel fundamental, na utilização de premissas médicas essenciais no programa arquitectónico. No entanto, não menos importante foi o papel do arquiteto, que soube acompanhar a mudança do paradigma médico, apresentando soluções inovadoras, como a utilização de elementos hoteleiros em edifícios de saúde, tornando harmoniosa a relação entre programa médico e programa arquitectónico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A assistência aos tuberculosos em Coimbra (cont.) in *A Voz de Coimbra*, 31 de Março de 1928, 1 (18): 5 [cópia disponível em CDB/DT/SCOV/D.1]

A Escola Pró-Pátria: Notável fundação da Assistencia da Colonia Portuguesa do Brasil aos Orphãos da Guerra in *O Cuzeiro*. 19 de Abril de 1930: 41-42 [cópia disponível em CDB/DT/SCOV/D.1]

Amaral, A.R.M. 2006. *Hospital-Cidade ou Cidade Hospitalar*. Prova Final de Arquitectura, Departamento de Arquitectura, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.

Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra. 1919. *Programma dos Institutos de Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, de Rodrigues & C.

Bandeirinha, J. A. O. 1996. *Quinas Vivas : Memórias Descritivas de alguns episódios significativos do conflito entre fazer moderno e fazer nacional na arquitectura portuguesa dos anos 40*. 2ª edição. Porto, FAUP Publicações.

Barreto, F. B. 1935a. Medicina Social: necessidade e urgência da sua organização em Portugal. In: *I Congresso da União Nacional: discursos, teses e comunicações*. Vol. II. Lisboa, Edição da União Nacional: 135-142.

Barreto, F. B. 1935b. Medicina Social: A Obra Da Assistência da Junta Geral de Coimbra. In: *I Congresso da União Nacional: discursos, teses e comunicações*. Vol. II. Lisboa, Edição da União Nacional: 153- 165.

- Barreto, F. B. 1956. *Subsídios para a história*. Vol. II. Coimbra, Junta de Província da Beira Litoral.
- Barreto, F. B. 1959. *Subsídios para a história*. Vol. VI. Coimbra, Junta de Província da Beira Litoral.
- Barreto, F. B. 1970. *Uma Obra Social Realizada em Coimbra*. Vol. I. Coimbra, Coimbra Editora Limitada.
- Barreto, F. B. 1971. *Uma Obra Social Realizada em Coimbra*. Vol. III. Coimbra, Coimbra Editora Limitada.
- Bessa, J. S. 1940. A Obra Antituberculosa da Junta de Província da Beira Litoral. *In: Extrato das actas do Congresso Nacional de Ciências da População*. Imprensa Portuguesa. Lisboa. Vol I: 1 – 20.
- Bessa, J. S. O Centro Hospitalar de Coimbra e a Acção do Professor Doutor Bissaya-Barreto. *Revista da Fundação Bissaya-Barreto*, 2 (3): 7-31.
- Carvalheira, D. 2012. *Preventório de Penacova: “O significado dentro de um conceito médico e social, até à sua reconversão turística contemporânea”*. Dissertação de Mestrado de Antropologia Médica, Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Carvalho, L. 1935. *A luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa, Assistência Nacional aos Tuberculosos.
- Companhia das Filhas da Caridade de S. Vicente Paulo. 2014. *Hospício Princesa Maria Dona Amélia – Funchal* [Online] [Acedido em 7 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.portal.ecclesia.pt/instituicao/pub/63/funchal.html>

Correia, S. 2009. *Inventário da Documentação de Turismo do AHMC*. Departamento de Cultura – Arquivo Histórico Municipal de Coimbra. Câmara Municipal de Coimbra.

Costa, L. 2013. A Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil, 1918-1973. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Online], 21 (2): 727-748. [Consultado em 5 de setembro de 2014]. DOI: 10.1590/S0104-59702014000200014

Cruz, A. 2008. *A lepra entre a opacidade do véu e a transparência do toque – interstícios de sentido da última leprosaria portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Sociologia – Programa de Pós Colonialismos e Cidadania Global, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Cruz, A. 2009. O Hospital-Colônia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Online], 16 (2): 407-431. [Consultado em 30 de junho de 2014]. DOI: 10.1590/S0104-59702009000200008

Decreto nº 5:772 in *Diário do Governo*, 10 de Maio de 1919 [Cópia disponível em CDB/DT/SCOV/D.1]

Decreto nº 19:310 in *Diário do Governo*, 5 de Fevereiro de 1931 [Cópia disponível em CDB/DT/SCOV/D.1]

Duarte, A. 1930. *Luta Patriótica contra a tuberculose: leitura para os sãos, para os fracos e para os doentes*. Porto, Tipografia Sequeira, Limitada.

Forty, A. 1980, The modern hospital in England and France: the social and medical uses of architecture. In: King, A. (ed.), *Building and Society*. London, Routledge: 61-93.

- Foucault, M. 1998 [1979]. *Microfísica do Poder*. 13ª edição. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Freire, J. P. 1950. *Férias dum Jornalista - Crónicas publicadas no "Diário do Norte", em Setembro de 1949*. Semide, Tipografia da Escola Profissional de Agricultura.
- Goemaere, P. 1942. *Os grandes contemporâneos: Bissaya Barreto*. 2ª edição. Semide Casa das Beiras.
- Gonsalves, A. (ed.). 1932. Hospitais-Sanatórios de Celas e da Colónia Portuguesa do Brasil. *A Saúde*, 34:1-4.
- Gonsalves, A. (ed.). 1933a. Aspectos sociais da luta anti-tuberculosa. *A Saúde*, 3 (53):1-2.
- Gonsalves, A. (ed.). 1933b. Uma ideia em marcha: a obra anti-tuberculosa do distrito de Coimbra. *A Saúde*, 54: 1-4.
- Gonsalves, A. (ed.). 1935a. A Tuberculose in *A Saúde*, 5 (101 e 102): 1-8.
- Gonsalves, A. (ed.). 1935b. Inauguração do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (Quinta dos Vales) in *A Saúde*, 5 (109 e 110): 1-8.
- Green, N. 1990. *The Spectacle of Nature: landscape and bourgeois culture in nineteenth century*. Manchester, Manchester University Press.
- Junta Geral do Distrito de Coimbra. 1932. *Regulamento do Hospital-Sanatório de Celas e Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brazil*. Coimbra, Tipografia da Gráfica de Coimbra.

- Mira, M. F. 1947. *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa, Edição da Empresa Nacional de publicidade.
- Moniz, G. C. 2005. Arquitectos e Políticos: A arquitectura institucional em Portugal nos anos 30 *In: DC Papeleles - V congresso docomomo - arquitectos e políticos* [Online], 13-14, Barcelona, Departament de Composició Arquitectónica UPC, Outubro 2005: 68-79. [Consultado em 8 de janeiro de 2015]
Disponível em: https://upcommons.upc.edu/revistes/bitstream/.../68_79_canto_moniz.pdf
- Montaño, C. 2012. Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.* [Online], 110: 270-287. [Consultado em 20 de fevereiro de 2015]
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n110/a04n110.pdf>
- Monteiro, A. H. 2009. *O sanatório da Covilhã: arquitectura, turismo e saúde*. Dissertação de Mestrado de Arquitectura, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Nunes, J. C. A. 2011. O(s) berço(s) da arquitectura branca em Portugal. O surgimento dos primeiros Sanatórios de Tuberculose. *In: Livro de actas do Congresso Luso-Brasileiro de História da Ciência* [Online]. Coimbra. [acedido em 20 de março de 2014]
Disponível em: http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao_3b/jc_avelas_nunes_paper.pdf
- Nunes, J. C. A. 2015. Sanatórios – A tuberculose em Portugal: quando o mobiliário é terapêutica e o espaço profilaxia. *In: Martins, J. P. (ed.) Mobiliário para Edifícios públicos em Portugal 1934-1974*. Lisboa, Caleidoscópio - Edição e Artes Gráficas, SA.: 114-119.

- Oliveira, B.T. 2007. Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional do Câncer (Inca). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Online], 14 (1): 325-346. [Consultado em 5 de junho de 2014]. DOI: 10.1590/S0104-59702007000100015
- Paiva, J. P.; Nascimento, P. V. (eds.). 2013. *Bissaya Barreto (1886-1974): percorrer uma vida e obra*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Patrício, L. 1945. *O Bacilo de Koch e o Homem: Questões médico-sociais da Tuberculose Pulmonar*. Lisboa: Biblioteca Cosmos
- Quintela, M. M. 2001. Turismo e Reumatismo: Etnografia de Prática Terapêutica nas termas de S. Pedro do Sul. *Etnográfica: Revista do Centro de Estudos Sociais*, 5 (2): 359-375.
- Ribeiro, A. M. R. 1963-1980. Tuberculose. *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Roberts, C. A.; Buikstra, J. E. 2003. *The Bioarchaeology of Tuberculosis: A Global View on a Reemerging Disease*. Florida, University Press of Florida
- Rocheta, J. 1944. *O estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal*. Lisboa, Livraria Luso-Espanhola L.da.
- Rodrigues, M. A. (ed.) 1992. *Memoria professorvm vniversitatis conimbrigensis: 1772 – 1937*. Vol. II. Coimbra, Arquivo da Universidade de Coimbra.
- Roguin, A. 2015. René-Théophile-Hyacinthe Laënnec. *Encyclopædia Britannica. Encyclopædia Britannica Online* [Online]. Encyclopædia Britannica Inc. [Acedido em 7 de junho de 2015]
- Disponível em: <http://www.britannica.com/biography/Rene-Theophile-Hyacinthe-Laennec>

- Santos, A. L. 2000. *A skeletal picture of tuberculosis: macroscopic, radiological, biomolecular, and historical evidence from the Coimbra Identified Collection*. Dissertação de Doutoramento em Antropologia, Departamento de Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Silva, R. J. 2013. *Arquitectura Hospitalar e Assistencial promovida por Bissaya Barreto*. Volume I. Dissertação de Doutoramento em Arquitectura, Departamento de Arquitectura, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Sousa, J. P. 1999. *Bissaya Barreto: Ordem e Progresso*. Coimbra, Livraria Minerva Editora.
- Tavares, A. 2005. *Arquitectura Antituberculose: trocas e tráficos na construção terapêutica entre Portugal e Suíça*. Porto, FAUP publicações.
- Teixeira, B. S. 1902. *A Tuberculose – Relatório-Estudo*. Lisboa, Typographia Adolpho de Mendonça.
- Vieira, I. C. 2011. Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal: os congressos da Liga Nacional Contra a Tuberculose (1901-1907). *Cultura, Espaço & Memória* [Online], 2: 265-279 [Acedido em 4 de Abril de 2014]
Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/63952>
- Villar, T. 1963-1980a. Sanatório. *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Villar, T. 1963-1980b. Tuberculosos (Assistência Nacional aos). *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa, Editorial Verbo.

World Health Organization. 2014. *Tuberculosis* [Online]. [Geneva], World Health Organization. [accedido a 2 de abril de 2014] Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

Xavier, S. 2013. Em diferentes escalas: a arquitetura do Hospital-Colônia Rovisco Pais sob o olhar do médico Fernando Bissaya Barreto. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Online], 20(3): 983-1006. [accedido em 12 de setembro de 2014]
DOI: 10.1590/S0104-597020130003000013

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA-BARRETO – FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO (CDBB-FBB)

Auto da Abertura e da Inauguração do Hospital Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil. 1935

CDB/DT/SCOV/D.1 – Dossier Covões

CDB-DT-SCOV, D.1/A Obra Antituberculosa de Coimbra, s.d.: s.p.).

CDB/DT/SCOV/D.1/ Correspondência expedida e recebida da Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra

CDB/DT/SCOV/D.1/ Memória justificativa do projecto definitivo do Instituto da Assistência da Colónia Portuguesa do Brasil aos Órfãos da Guerra (Cópia)

CDB/DT/SCOV/D.1/ Relatório 1918-1920 (Cópia)

FBB/BB/CORR/cx 2 – Correspondência particular do Professor Dr. Bissaya Barreto

FBB/BB/Documentos pessoais – Pasta com documentos sobre obras nas casas do Prof. Bissaya Barreto e aquisição de obras artísticas; Pasta com Passaporte Diplomático de 1930 – Passaporte de missão especial nº43; Pasta com Passaporte Diplomático de 1933- Passaporte nº 54, Registado a pág. 60 do livro 10º de passaportes

FBB/BB/MD/M36/cx 2/ Memória Descritiva do Sanatório dos Covões

FBB/OBRS/JUNT/cx 5/ Correspondência, 1929 - 1973

FBB/OBRS/SCOV/cx 2/*Do Hospital Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil a Hospital Central*

Rumo à Vida: A Obra de Assistência na Beira Litoral. 1950. João Mendes.
Documentário.

ARQUIVO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – ARQUIVO DISTRITAL (AUC-AD)

AUC-AD/Livro Nº2 [PT/AUC/AD/35] – Livro de Actas da Comissão Executiva da Junta Geral de Distrito (12 Janeiro 1922 – 6 Fevereiro 1930)

AUC-AD/Livro Nº3 [PT/AUC/AD/36] – Livro de Actas da Comissão Executiva da Junta Geral de Distrito (13 Fevereiro 1930 – 4 Agosto 1932)

AUC-AD/Livro nº1 [PT/AUC/AD/40] – Livro de Actas do Conselho Provincial/Conselho Distrital (22 Março 1937 – 15 Setembro 1954)

ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO (ANTT)

ANTT-AOS/CO/IN-9-1/cx304/pt9 – Arquivo Salazar

ANTT-LB-Pasta9-CX7 - Pasta Luiz Benavente

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (ARSC)

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA O PATRIMÓNIO ARQUITECTÓNICO – FORTE DE SACAÉM
(SIPA)**

PT-DGEMN/DSARH-013/0029704

PT-DGEMN/DSARH-013/079-0029/07/Processo nº823

PT-DGEMN/DSARH-013/079-0029/07/Projecto para a vedação e entrada do
Hospital Sanatorio da Colonia Portuguesa do Brasil – Memória, 1936

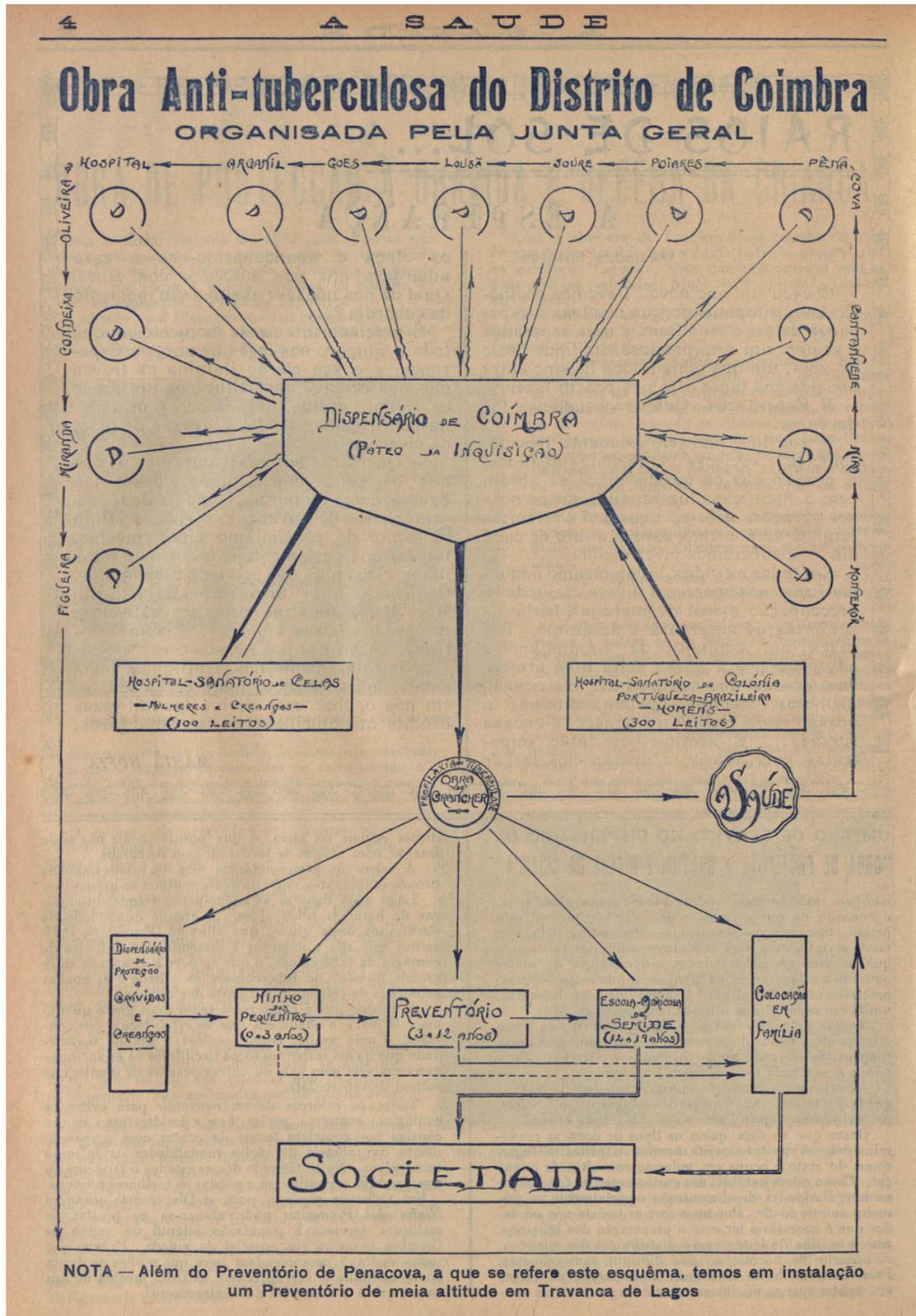
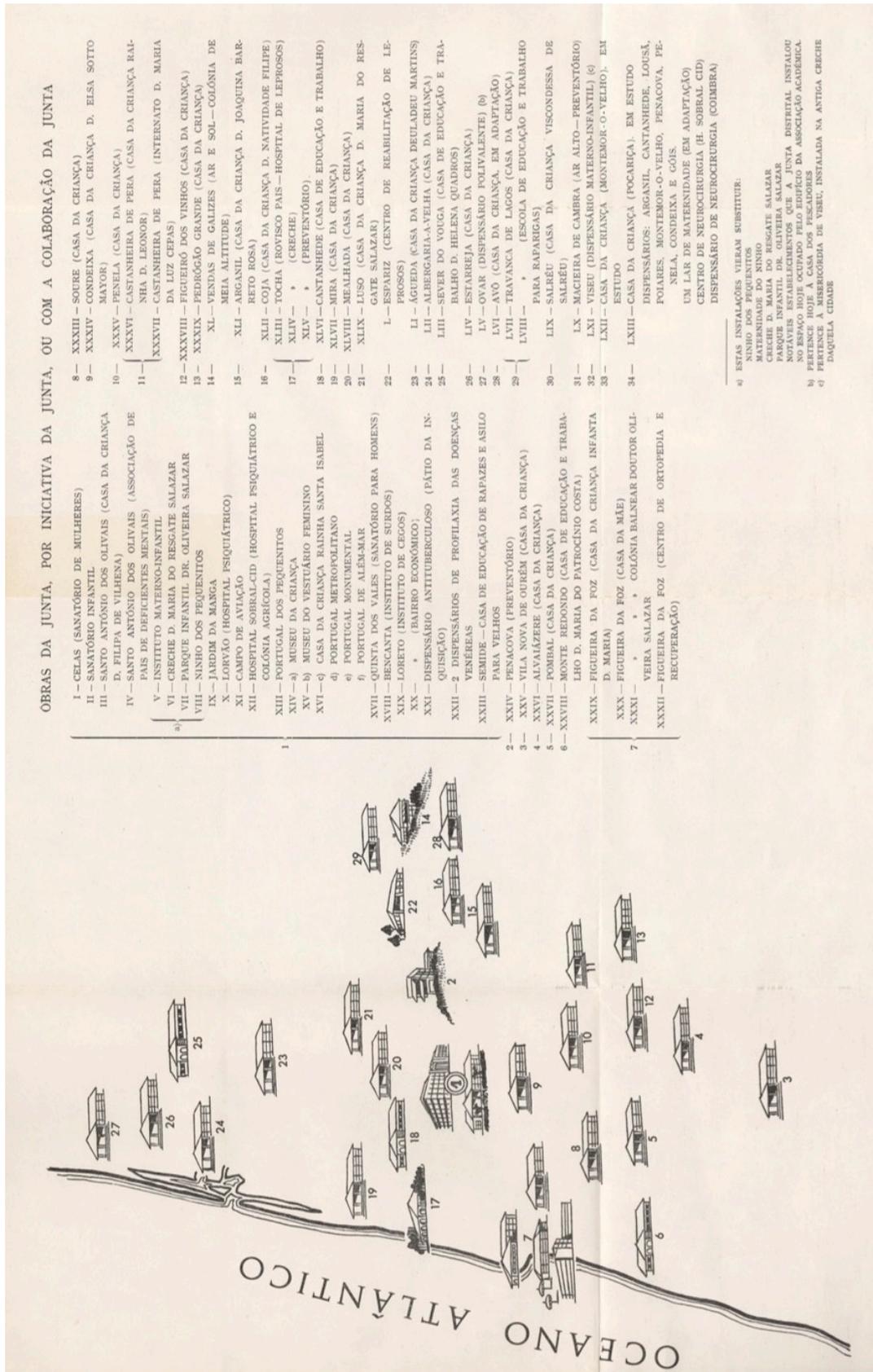


FIG. 1 | OBRA ANTITUBERCULOSA DO DISTRITO DE COIMBRA, 1933

GONSALVES, A. (ED.). 1933. OBRA ANTI-TUBERCULOSA DO DISTRITO DE COIMBRA – ORGANIZADA PELA JUNTA GERAL. *A Saúde*, 50:1-4.



1 OBRAS DA JUNTA, POR INICIATIVA DA JUNTA, OU COM A COLABORAÇÃO DA JUNTA

- 1 - CELAS (SANATÓRIO DE MULHERES)
- 2 - SANATÓRIO INFANTIL
- 3 - SANTO ANTÓNIO DOS OLIVEIS (CASA DA CRIANÇA D. FILIPA DE VILHENA)
- 4 - SANTO ANTÓNIO DOS OLIVEIS (ASSOCIAÇÃO DE PAIS DE DEFICIENTES MENTAIS)
- 5 - INSTITUTO MATERNO-INFANTIL
- 6 - CRECHE D. MARIA DO ROSGATE SALAZAR
- 7 - PARQUE INFANTIL DR. OLIVEIRA SALAZAR
- 8 - JARDIM DOS PEQUENITOS
- 9 - JARDIM DA MANGA
- 10 - LORVÃO (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO)
- 11 - CAMPO DE AVIAÇÃO
- 12 - HOSPITAL SOBREL-CID (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E COLÓNIA AGRÍCOLA)
- 13 - PORTUGAL DOS PEQUENITOS
- 14 - MUSEU DA CRIANÇA
- 15 - MUSEU DO VESTUÁRIO FEMININO
- 16 - CASA DA CRIANÇA RAINHA SANTA ISABEL
- 17 - PORTUGAL METROPOLITANO
- 18 - PORTUGAL DE ALÉM-MAR
- 19 - QUINTA DOS VALES (SANATÓRIO PARA HOMENS)
- 20 - BENCANTA (INSTITUTO DE SURDOS)
- 21 - LORETO (INSTITUTO DE CEGOS)
- 22 - DISPENSÁRIO (BAIRRO ECONÓMICO)
- 23 - DISPENSÁRIOS DE PROFILAXIA DAS DOENÇAS VENERÉAS
- 24 - SEMEAS - CASA DE EDUCAÇÃO DE RAPAZES E ASILO PARA VELHOS
- 25 - PENACOVA (PREVENTÓRIO)
- 26 - VILA NOVA DE OURÉM (CASA DA CRIANÇA)
- 27 - ALVAZERE (CASA DA CRIANÇA)
- 28 - FOMBAL (CASA DA CRIANÇA)
- 29 - MONTE REDONDO (CASA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO D. MARIA DO PATROCÍNIO COSTA)
- 30 - FIGUEIRA DA FOZ (CASA DA CRIANÇA INFANTA D. MARIA)
- 31 - FIGUEIRA DA FOZ (CASA DA MÃE)
- 32 - FIGUEIRA DA FOZ (COLÓNIA BALNEAR DOUTOR OLIVEIRA SALAZAR)
- 33 - FIGUEIRA DA FOZ (CENTRO DE ORTOPEDIA E RECUPERAÇÃO)
- 34 - SOURE (CASA DA CRIANÇA)
- 35 - CONDEIXA (CASA DA CRIANÇA D. ELSA SOTTO MAIOR)
- 36 - PENELA (CASA DA CRIANÇA)
- 37 - CASTANHEIRA DE PERA (CASA DA CRIANÇA RAÍNEA D. LEONOR)
- 38 - CASTANHEIRA DE PERA (INTERNATO D. MARIA DA LUZ CEPAS)
- 39 - FIGUEIRÓ DOS VINHOS (CASA DA CRIANÇA)
- 40 - PEDRÓGÃO GRANDE (CASA DA CRIANÇA)
- 41 - VENDAS DE GALIZES (AR E SOL - COLÓNIA DE MEIA ALTITUDE)
- 42 - ARGANIL (CASA DA CRIANÇA D. JOAQUINA BARRETO ROSA)
- 43 - COJA (CASA DA CRIANÇA D. NATIVIDADE FILIPE)
- 44 - ROVISCO PAIS - HOSPITAL DE LEPROSOS
- 45 - TOCHA (CRECHE)
- 46 - CANTANHEDE (CASA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO)
- 47 - MIRA (CASA DA CRIANÇA)
- 48 - MEALHADA (CASA DA CRIANÇA)
- 49 - LUSO (CASA DA CRIANÇA D. MARIA DO RESGATE SALAZAR)
- 50 - ESPARIZ (CENTRO DE REABILITAÇÃO DE LEPROSOS)
- 51 - ÁGUEDA (CASA DA CRIANÇA DEULADEU MARTINS)
- 52 - ALBERGARIA-AVELHA (CASA DA CRIANÇA)
- 53 - SEVER DO VOUGA (CASA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO D. HELENA QUADROS)
- 54 - ESTARREJA (CASA DA CRIANÇA)
- 55 - OVAR (DISPENSÁRIO POLIVALENTE) (b)
- 56 - AVÓ (CASA DA CRIANÇA EM ADAPTAÇÃO)
- 57 - TRAVANCA DE LAGOS (CASA DA CRIANÇA)
- 58 - ESCOLA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO PARA RAPAZAS
- 59 - SALREU (CASA DA CRIANÇA VISCONDESSA DE SALREU)
- 60 - MACIEIRA DE CAMBRA (AR ALTO - PREVENTÓRIO)
- 61 - VISEU (DISPENSÁRIO MATERNO-INFANTIL) (c)
- 62 - CASA DA CRIANÇA (MONTE-MOR-O-VELHO), EM ESTUDO
- 63 - CASA DA CRIANÇA (POCARIÇA), EM ESTUDO
- 64 - ARGANIL, CANTANHEDE, LOUSÁ, FOIARES, MONTEMOR-O-VELHO, PENACOVA, PENELA, CONDEIXA E GÓIS.
- 65 - LAR DE MATERNIDADE (EM ADAPTAÇÃO)
- 66 - CENTRO DE NEUROCIURGIA (H. SOBRAL CID)
- 67 - DISPENSÁRIO DE NEUROCIURGIA (COIMBRA)

a) ESTAS INSTALAÇÕES VIERAM SUBSTITUÍDAS PELO NINHO DOS PEQUENITOS MATERNAIDADE DO NINHO DO ROSGATE SALAZAR PARQUE INFANTIL DR. OLIVEIRA SALAZAR NOTÁVEIS ESTABELECIMENTOS QUE A JUNTA DISTRICTAL INSTALOU NO ESPAÇO HOJE OCUPADO PELO EDIFÍCIO DA ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DE DEFICIENTES MENTAIS (ANTIGAMENTE OCUPADO PELO INSTITUTO DE NEUROCIURGIA DE VISEU, INSTALADA NA ANTIGA CRECHE DAQUELA CIDADE)

FIG. 2 | OBRA SOCIAL DA JUNTA, 1970
 BARRETO, F. B. 1970. *UMA OBRA SOCIAL REALIZADA EM COIMBRA*. VOL. I. COIMBRA, COIMBRA EDITORA LIMITADA.



MAIS VALE PREVENIR DO QUE REMEDIAR

A SAÚDE

Jornal popular, bi-mensal, de Hygiene e Profilaxia Sociais

Director: Dr. Armando Gonsalves

Propriedade da
Junta Geral do Distrito de Coimbra
e do Dispensário anti-tuberculoso
(Pateo da Inquisição)
Editor: Chefe da Secretaria da Junta Geral

Redacção: Secretaria da Junta Geral
do Distrito de Coimbra

Composição e impressão
Tipografia da Gráfica de Coimbra
Largo da Feira — Coimbra

DEFENDAMOS AS CRIANÇAS!

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO GRATUITA



A tuberculose — o grande flagelo — faz mais victimas do que a Peste, a Fome e a Guerra de todos os tempos. Ajudemos a Assistencia aos Tuberculosos a vencer tão perigoso inimigo.

FIG. 3 | JORNAL A SAÚDE, 1931

GONSALVES, A. (ED.). 1931. A TUBERCULOSE. A SAÚDE, 12:1-4.



FIG. 4 | ASSISTÊNCIA DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, 1930
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO: JORNAL *O CRUZEIRO*, 1930, 19 ABRIL



FIG. 5 | INSTITUTO DA ASSISTÊNCIA DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA, EM FASE DE CONCLUSÃO DOS TRABALHOS, S.D.
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP/B

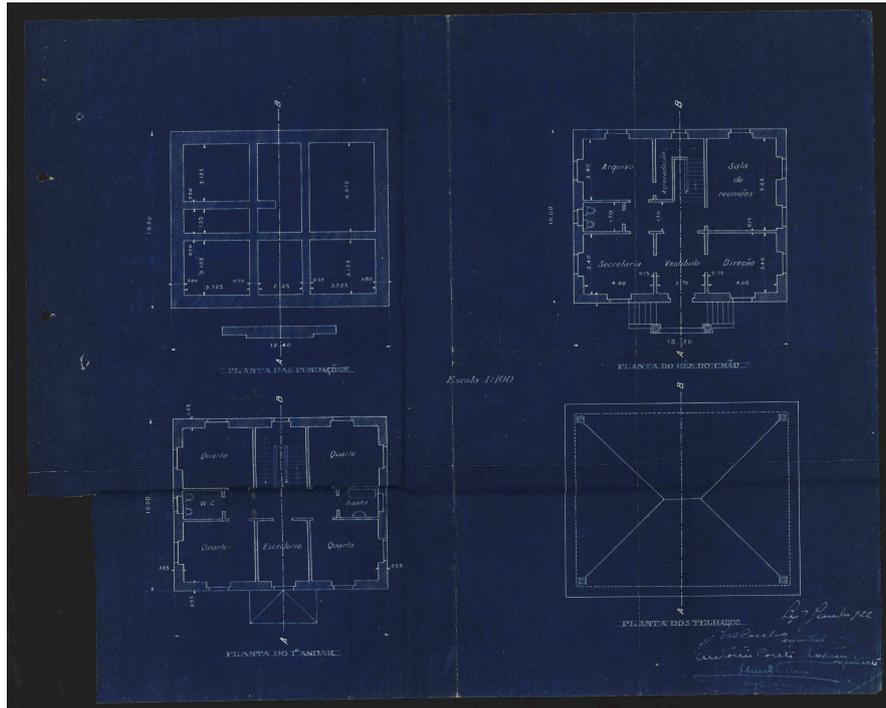


FIG. 6 | DIRETORIA DO INSTITUTO DA ASSISTÊNCIA DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA, PLANTA, S.D.

ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC7

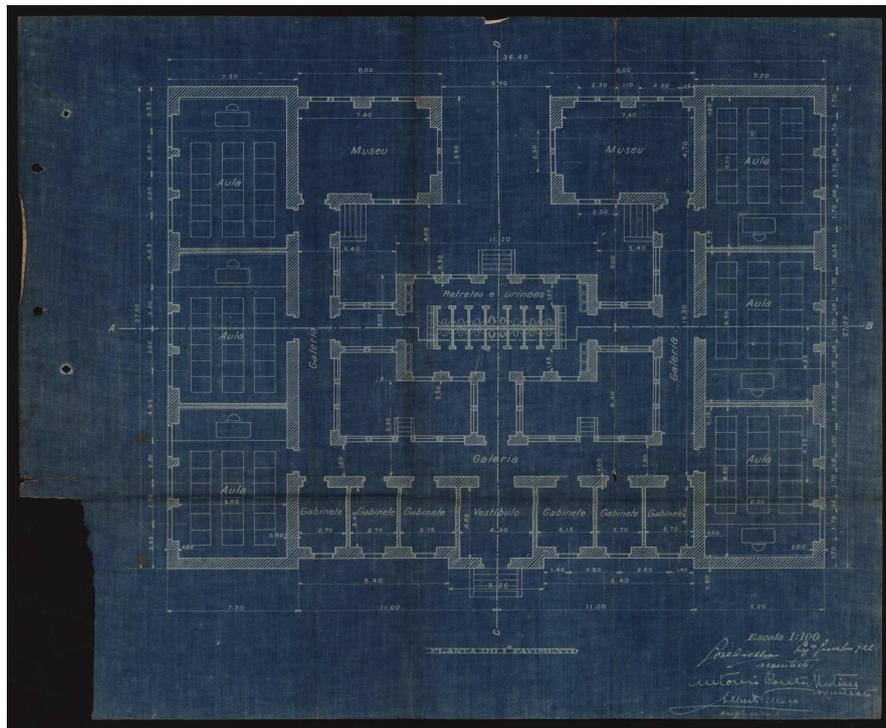


FIG. 7 | EDIFÍCIO DA ESCOLA DO INSTITUTO DA ASSISTÊNCIA DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA, PLANTA, S.D.

ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC6

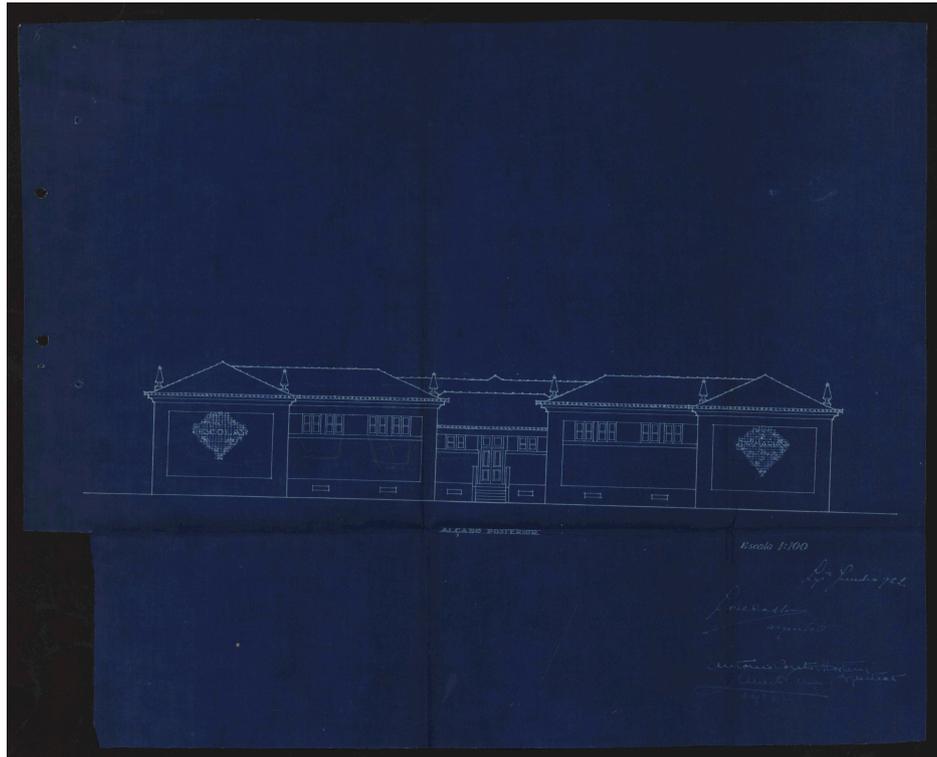


FIG. 8 | EDIFÍCIO ESCOLAR DO INSTITUTO DA ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA, ALÇADO POSTERIOR, S.D.
 ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC5

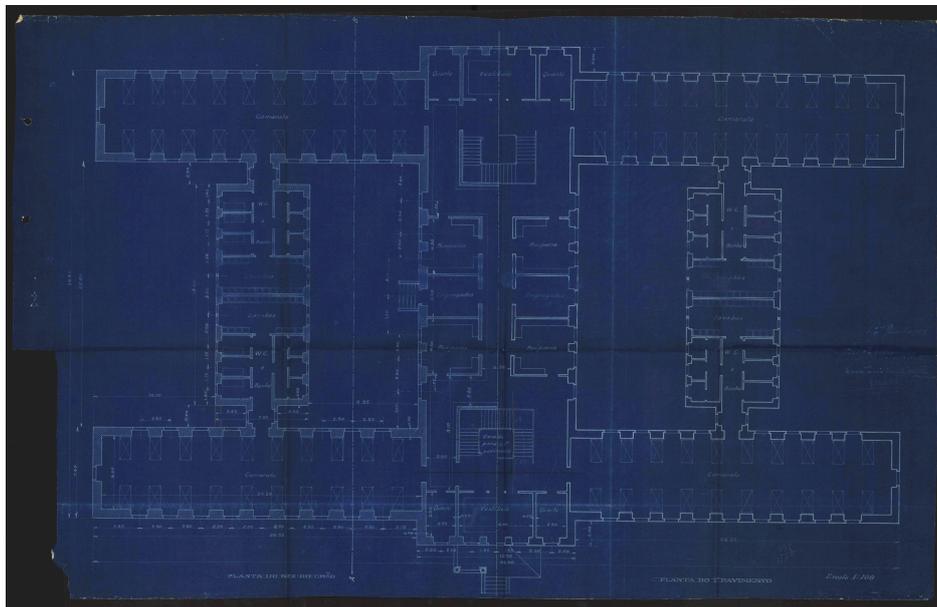


FIG. 9 | DORMITÓRIOS DO INSTITUTO DA ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA, PLANTA DO 1º PAVIMENTO, S.D.
 ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC4



REPÚBLICA
(RÉPUBLIQUE)



PORTUGUESA
PORTUGAISE)

MINISTÉRIO DO INTERIOR
(MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR)

INTENDÊNCIA GERAL DA SEGURANÇA PÚBLICA
(DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SURETÉ PUBLIQUE)

Passaporte de missão especial } n.º 43
(Passeport de mission spéciale)

O Ministro do Interior da República Portuguesa
Le Ministre de l'Intérieur de la République Portugaise

roga a tôdas as autoridades civis e militares dos Estados
prié les autorités civiles et militaires des États

estrangeiros amigos ou aliados de Portugal que deixem
étrangers amis ou alliés du Portugal de laisser

passar livremente o Sr. } *Dr. Fernando Baeta Bis-*
librement passer Mr.

saia Barreto Rosa, prof. de Med. da Univ. de Coimbra
que se dirige a } *Espanha, França, Alemanha,*
allant } *Suissa e Inglaterra.*

em missão de estudo.

e que lhe prestem todo o auxilio e protecção em caso de
et de lui prêter aide et protection en cas de

necessidade.
besoin.

Térmo da validade } *30 de Junho de 1930*
Valable jusqu'au

O presente passaporte foi concedido em Lisboa, aos } *29*
Ce passeport a été délivré à Lisbonne, le

de Maio de 1930

O Ministro do Interior,
Le Ministre de l'Intérieur,

António Lopes

Assinatura do portador,
Signature du porteur,

Bissaya Barreto

Observação. — Este passaporte é válido para sair do País somente por uma vez, e logo que o portador regressar a Portugal deverá ser entregue na Intendência Geral da Segurança Pública, onde ficará arquivado. (Decreto n.º 11.552, de 1 de Abril de 1920).

FIG. 10 | PASSAPORTE DIPLOMÁTICO DE BISSAYA BARRETO, PARA A REALIZAÇÃO DE MISSÃO DE ESTUDO, 1930
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO: FBB/BB/DOCUMENTOS PESSOAIS



FIG. 11 | COMISSÃO ADMINISTRATIVA DA ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, 1931
ESPÓLIO ANT – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: PT-TT-EPJS-SF-001-001-0019-0057F_DERIVADA

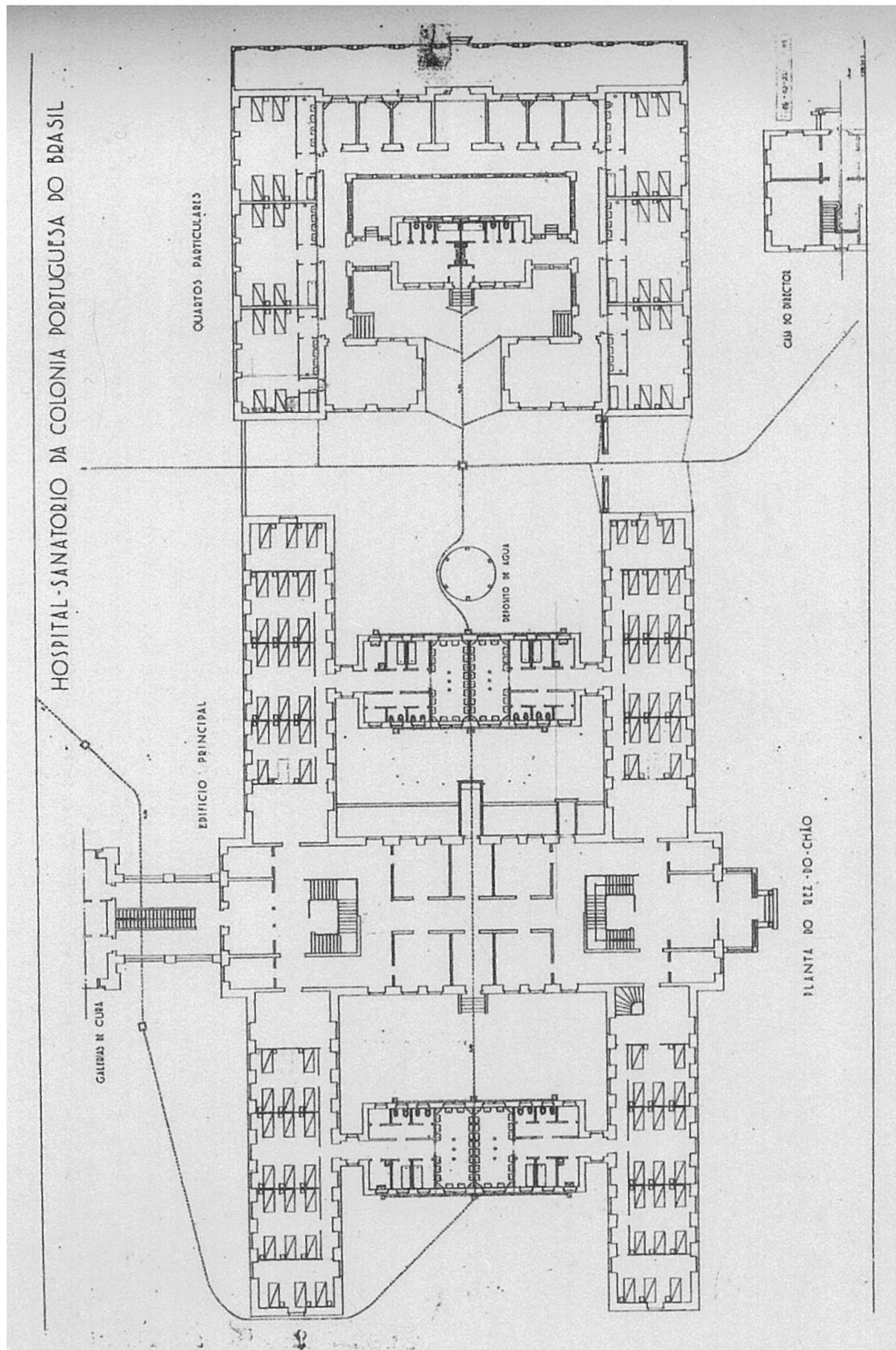


FIG. 12 | PLANTA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
 AMARAL, A. R. M. 2006. *HOSPITAL-CIDADE OU CIDADE HOSPITALAR*. PROVA FINAL DE ARQUITECTURA, DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA, FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, UNIVERSIDADE DE COIMBRA.



FIG. 13 – GALERIA DE CURA COMUM DO EDIFÍCIO DOS QUARTOS PARTICULARES, S.D.
[ONLINE] [HTTP://RESTOSDECOLECCAO.BLOGSPOT.PT/SEARCH?Q=SANAT%C3%B3RIO+COV%C3%B5ES](http://restosdecoleccion.blogspot.pt/search?q=sanat%C3%B3rio+cov%C3%B5es) [ACEDIDO EM 7 DE JULHO DE 2014]



FIG. 14 | GALERIAS DE CURA DE FONTENAY A., SANATÓRIO DE BLIGNY S.D.
[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]

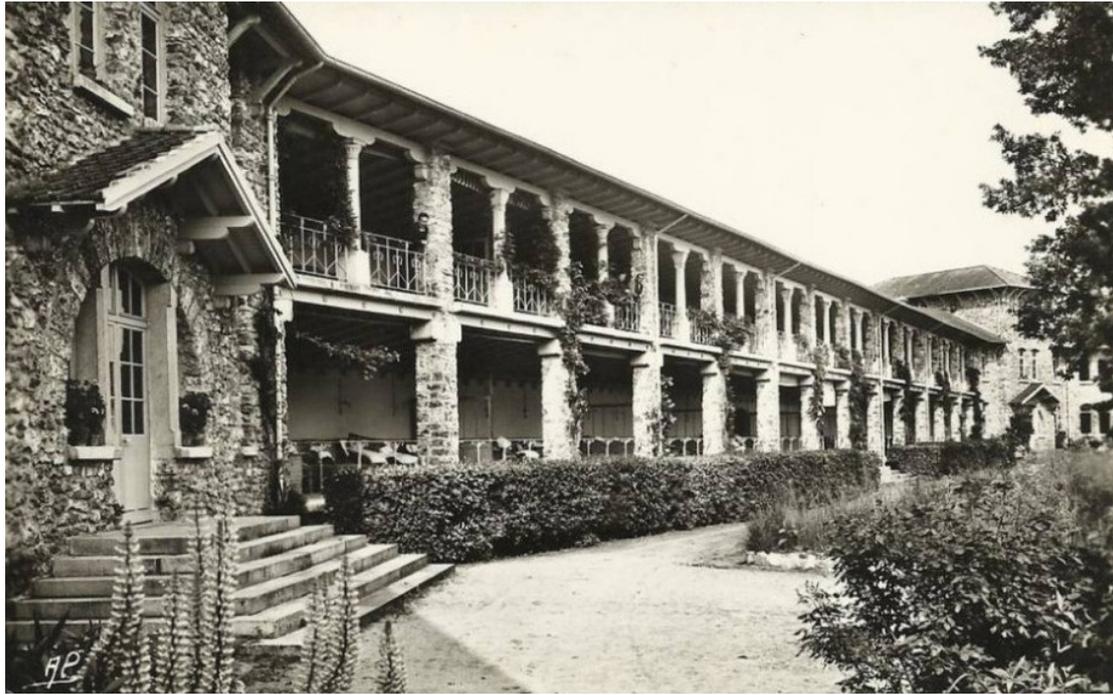


FIG. 15 | GALERIAS DE CURA DE DEPEAUX-RUBOD, SANATÓRIO DE BLIGNY S.D.
[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



Sanatorium de BLIGNY par Brûis-sous-Forges (S.-et-O.). — Galerie de Cure et Pavillon Ouest.
FIG. 16 | GALERIAS DE CURA PAVILHÃO OESTE DE DEPEAUX-RUBOD, SANATÓRIO DE BLIGNY, S.D.
[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]

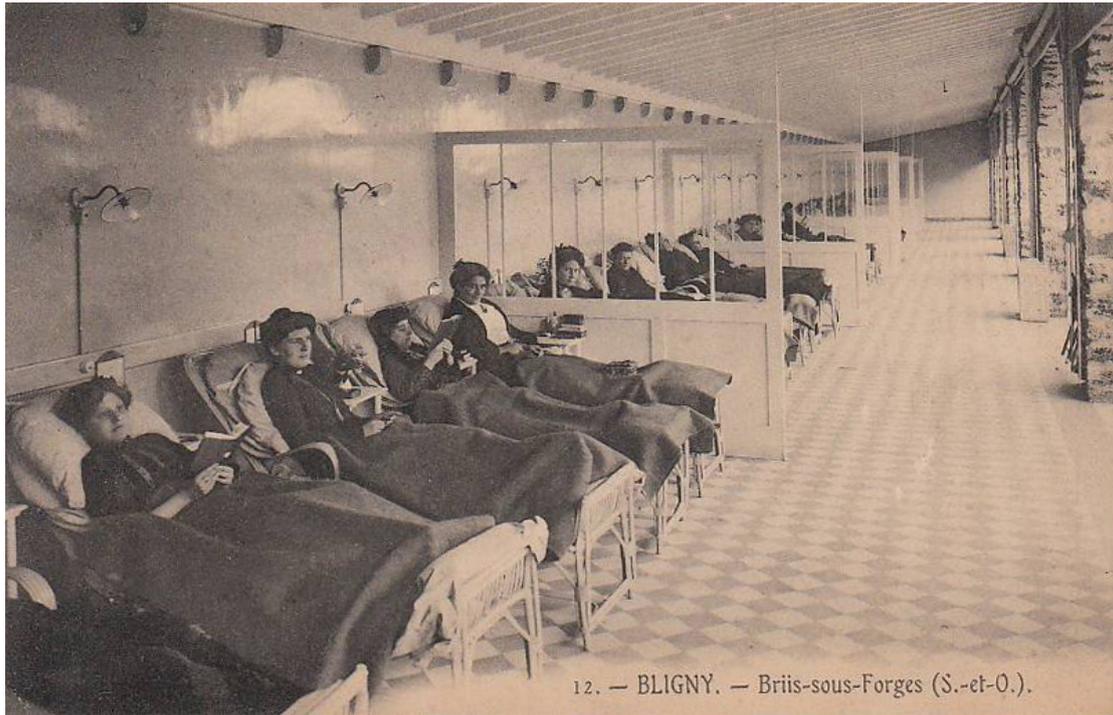


FIG. 17 | CURA DE AR, SANATÓRIO DE BLIGNY, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]

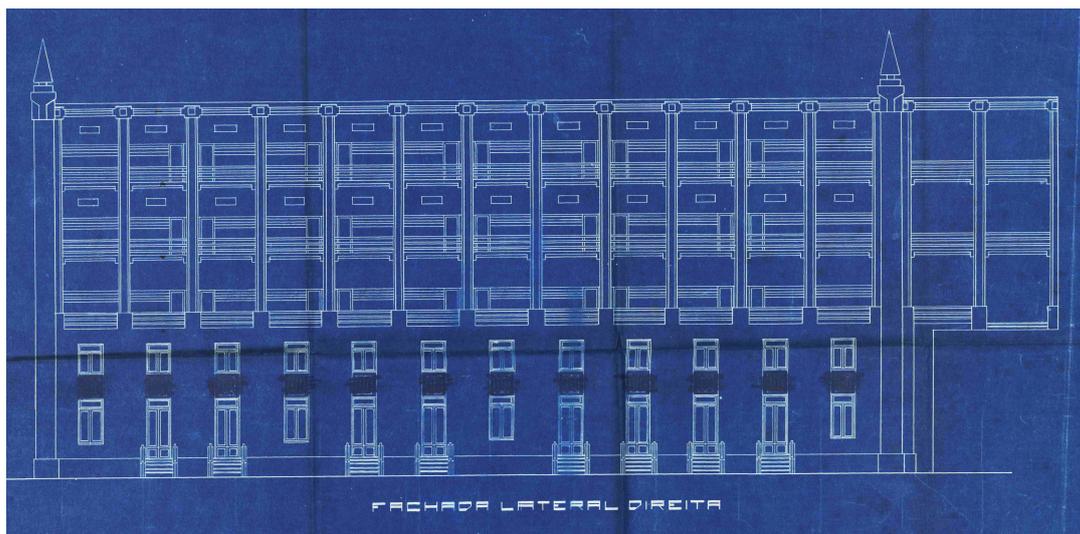


FIG. 18 | EDIFÍCIO DAS GALERIAS DE CURA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, ALÇADO LATERAL DIREITO, S.D.

ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC8

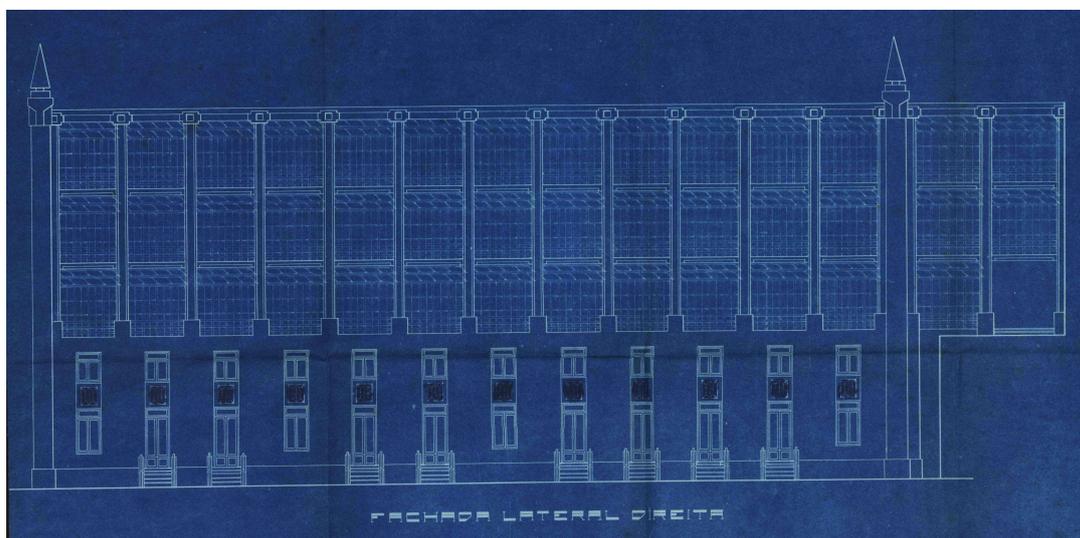


FIG. 19 | EDIFÍCIO DAS GALERIAS DE CURA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, ALÇADO LATERAL DIREITO, S.D.

ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC3

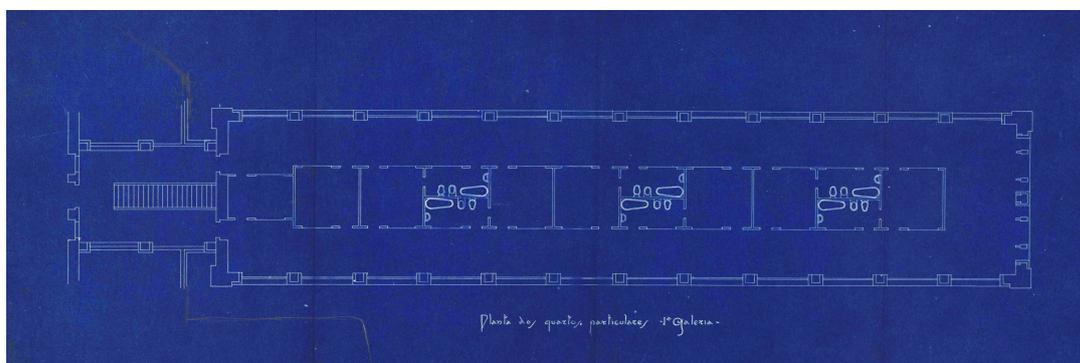


FIG. 20 | EDIFÍCIO DAS GALERIAS DE CURA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, PLANTA, S.D.

ESPÓLIO LUIZ BENAVENTE – ARQUIVO NACIONAL DA TORRE DO TOMBO: ANTT-LB-PASTA9-CX7-DOC1



FIG. 21 | GALERIAS DE CURA, DUPLAS DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP



Hospital-Sanatório da Colônia Portuguesa do Brasil

FIG. 22 | GALERIAS DE CURA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, FACHADA LATERAL ESQUERDA, INAUGURAÇÃO, 1934
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP



FIG. 23 | TERRAÇO E ESPLANADA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]

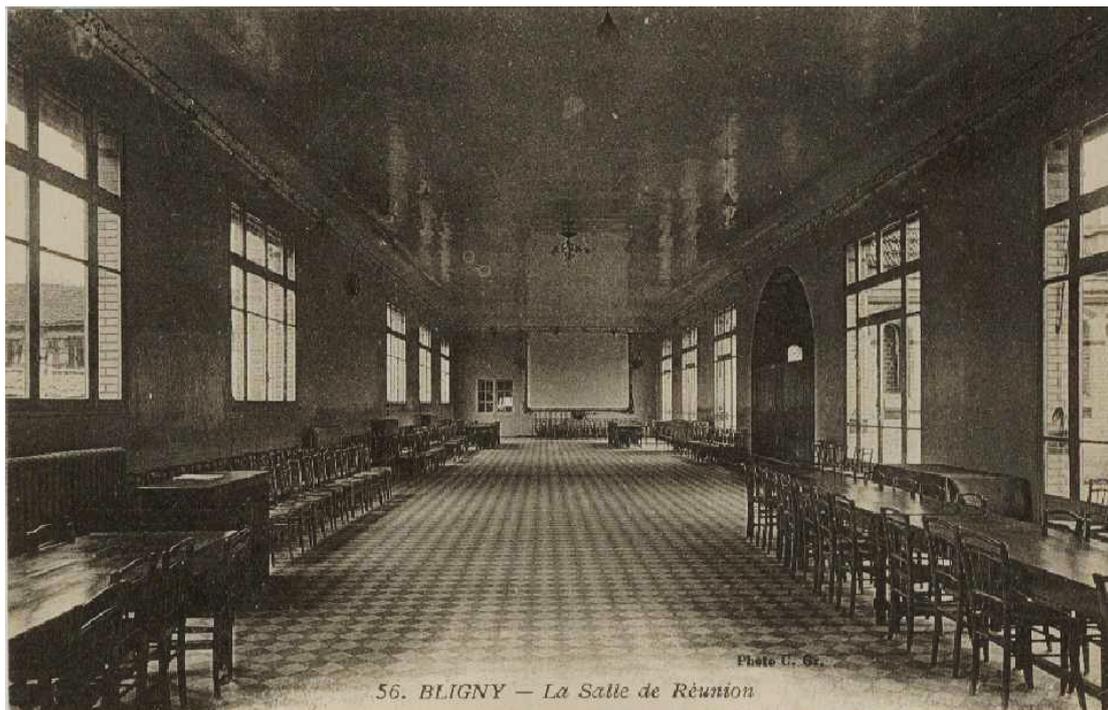


FIG. 24 | SALA DE REUNIÕES, SANATÓRIO DE BLIGNY, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 25 | SALA DE REUNIÕES DA ALA FEMININA, SANATÓRIO DE BLIGNY, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.COM/ITEMS?CATLISTS%5B0%5D=16330&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTLD COUNTRY%5D=FR&LANGUAGE=E](http://www.delcampe.com/items?catLists%5B0%5D=16330&searchOptionForm%5BsearchTldCountry%5D=FR&language=E) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 26 | SALA DE JANTAR DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 27 | SALA DE JANTAR DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]

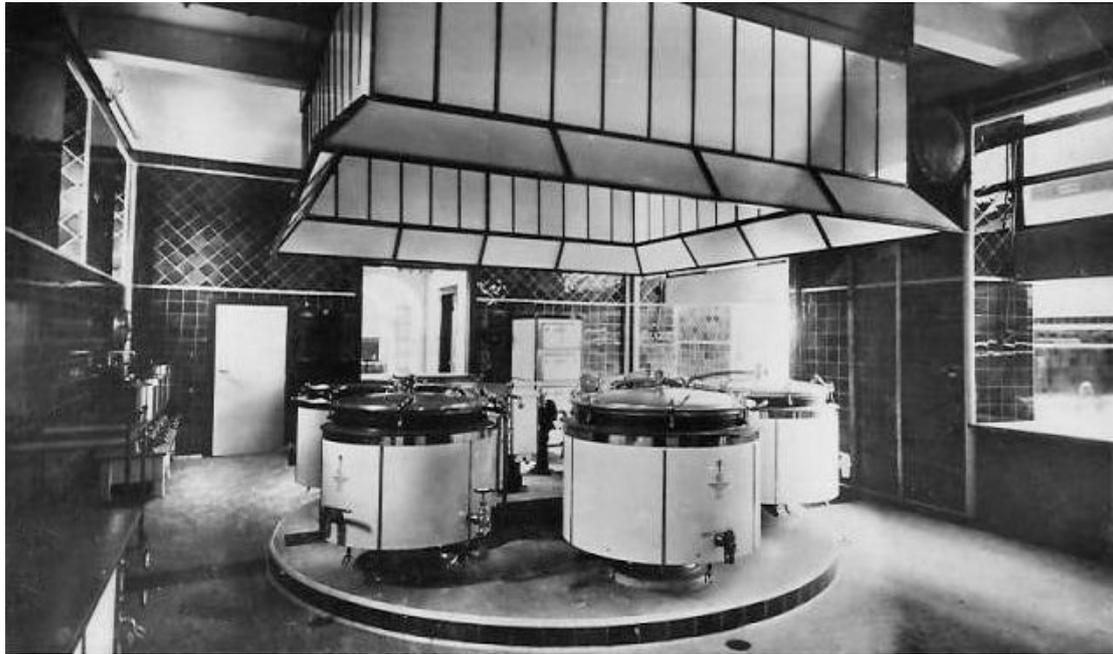


FIG. 28 | COZINHA DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 29 | SALA DE OPERAÇÕES DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 30 | ENFERMIARIAS DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 31 | LAVATÓRIOS E ESCARRADORES ANEXOS ÀS ENFERMIARIAS DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 32 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, VISTA GERAL, S.D.
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP/B



FIG. 33 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, VISTA GERAL DO ESPAÇO ENVOLVENTE, S.D.
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP/B



FIG. 34 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, VISTA AÉREA, S.D.

[ONLINE] [HTTP://DESTREZADASDUVIDAS.BLOGSPOT.PT/2015/02/RE-UMA-DISTINCAO-EM-DESUSO.HTML](http://destrezadasduvidas.blogspot.pt/2015/02/re-uma-distincao-em-desuso.html) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 35 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, VISTA GERAL, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.NET/ITEMS?LANGUAGE=E&SEARCHSTRING=HOSPITAL+SANATORIO&CAT=0&CATLISTS%5B%5D=18197&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHMODE%5D=EXTENDED&SEARCHOPTIONFORM%5BTERMSToEXCLUDE%5D=&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTldCOUNTRY%5D=NET&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHINDSCRIPTION%5D=N&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTRANSLATE%5D=N](http://www.delcampe.net/items?language=E&searchstring=hospital+sanatorio&cat=0&catlists%5B%5D=18197&searchoptionform%5Bsearchmode%5D=extended&searchoptionform%5BtermsToExclude%5D=&searchoptionform%5BsearchTldCountry%5D=net&searchoptionform%5BsearchIndescription%5D=N&searchoptionform%5BsearchTranslate%5D=N) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 36 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, JARDINS, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.NET/ITEMS?LANGUAGE=E&SEARCHSTRING=HOSPITAL+SANATORIO&CAT=0&CATLISTS%5B%5D=18197&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHMODE%5D=EXTENDED&SEARCHOPTIONFORM%5BTERMSToEXCLUDE%5D=&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTldCOUNTRY%5D=NET&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHINDESCRIPTION%5D=N&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTRANSLATE%5D=N](http://www.delcampe.net/items?language=E&searchstring=hospital+sanatorio&cat=0&catlists%5B%5D=18197&searchoptionform%5Bsearchmode%5D=extended&searchoptionform%5BtermsToExclude%5D=&searchoptionform%5BsearchTldCountry%5D=net&searchoptionform%5BsearchIndescription%5D=N&searchoptionform%5BsearchTranslate%5D=N) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 37 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, JARDINS, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.NET/ITEMS?LANGUAGE=E&SEARCHSTRING=HOSPITAL+SANATORIO&CAT=0&CATLISTS%5B%5D=18197&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHMODE%5D=EXTENDED&SEARCHOPTIONFORM%5BTERMSToEXCLUDE%5D=&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTldCOUNTRY%5D=NET&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHINDESCRIPTION%5D=N&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTRANSLATE%5D=N](http://www.delcampe.net/items?language=E&searchstring=hospital+sanatorio&cat=0&catlists%5B%5D=18197&searchoptionform%5Bsearchmode%5D=extended&searchoptionform%5BtermsToExclude%5D=&searchoptionform%5BsearchTldCountry%5D=net&searchoptionform%5BsearchIndescription%5D=N&searchoptionform%5BsearchTranslate%5D=N) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



Sanatório da Quinta dos Vales – Fachada principal

FIG. 38 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, JARDINS, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 39 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÔNIA PORTUGUESA DO BRASIL, JARDINS, S.D.

[ONLINE] [HTTP://WWW.DELCAMPE.NET/ITEMS?LANGUAGE=E&SEARCHSTRING=HOSPITAL+SANATORIO&CAT=0&CATLISTS%5B%5D=18197&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHMODE%5D=EXTENDED&SEARCHOPTIONFORM%5BTERMSToEXCLUDE%5D=&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTldCOUNTRY%5D=NET&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHINDescription%5D=N&SEARCHOPTIONFORM%5BSEARCHTRANSLATE%5D=N](http://www.delcampe.net/items?language=E&searchstring=hospital+sanatorio&cat=0&catlists%5B%5D=18197&searchoptionform%5Bsearchmode%5D=extended&searchoptionform%5BtermsToExclude%5D=&searchoptionform%5BsearchTldCountry%5D=net&searchoptionform%5BsearchInDescription%5D=N&searchoptionform%5BsearchTranslate%5D=N) [ACEDIDO EM 21 DE SETEMBRO DE 2014]



FIG. 40 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, PÉRGULA E JARDINS, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 41 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, PÉRGULA, S.D.
[ONLINE] [HTTP://OLD.CHC.MIN-SAUDE.PT/HG/HGAPRES.HTM](http://old.chc.min-saude.pt/hg/hgapres.htm) [ACEDIDO EM 23 DE OUTUBRO DE 2014]

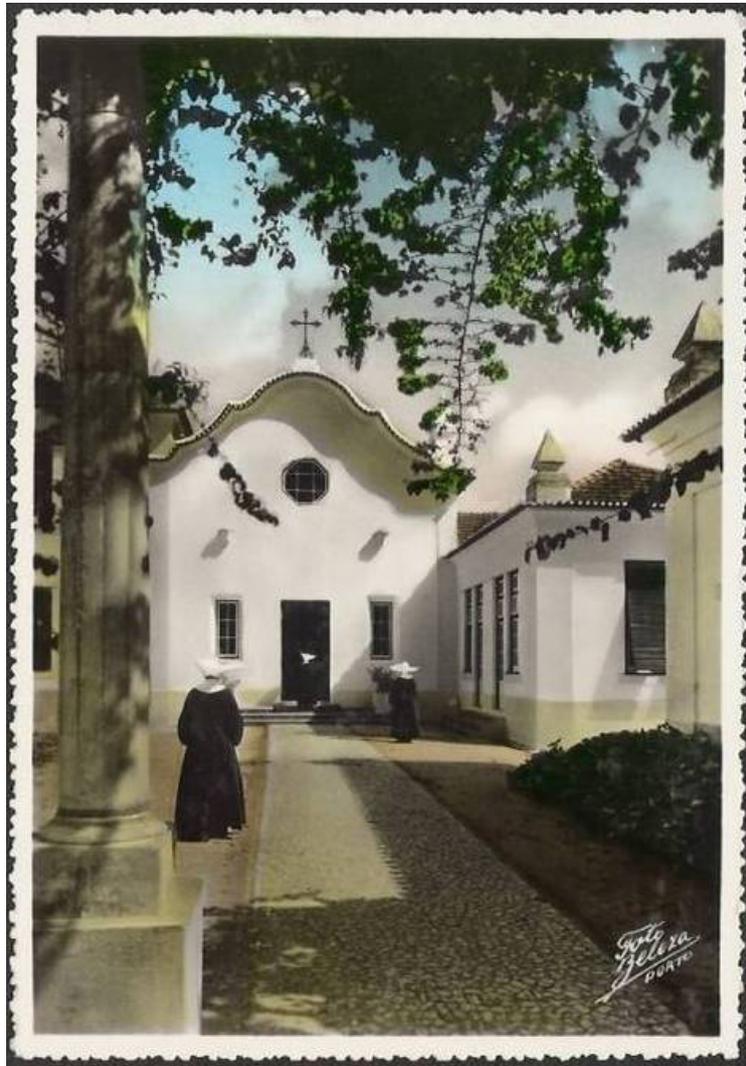


FIG. 42 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, EXTERIOR DA CAPELA, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 43 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, INTERIOR DA CAPELA, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 44 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, RÉS-DO-CHÃO BIBLIOTECA E CINENA, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



FIG. 45 | HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, 1º PISO BIBLIOTECA, S.D.
EM LINHA: [HTTP://OLD.CHC.MIN-SAUDE.PT/HG/HGAPRES.HTM](http://old.chc.min-saude.pt/hg/hgapres.htm) [ACEDIDO EM 23 DE OUTUBRO DE 2014]



FIG. 46 | ALGUNS ELEMENTOS DA ASSISTÊNCIA DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL AOS ÓRFÃOS DA GUERRA COM BISSAYA BARRETO NO HOSPITAL SANATÓRIO EM SETEMBRO, 1937.
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO BISSAYA BARRETO – IMAGENS DO HSCP B



DEFENDAMOS AS CRIANÇAS!

MAIS VALE PREVENIR DO QUE REMEDIAR

A SAÚDE

Jornal popular, bi-mensal, de Higiene e Profilaxia Sociais

DIRECTOR: DR. ARMANDO GONSALVES

Propriedade da
Junta Geral do Distrito de Coimbra
e da Dispensária Anti-tuberculosa
(Pátio da Iniquição)
Editor: Chefe da Secretaria da Junta Geral

Redacção: Secretaria da Junta Geral
do Distrito de Coimbra
Composição e Impressão
Tipografia da Gráfica de Coimbra
Largo da Feira — Coimbra

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

INAUGURAÇÃO DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL (QUINTA DOS VALES)

SOB a Presidência de S. Ex.ª o Sr. Ministro do Interior, Linhares de Lima, realizou-se no dia 6 de Julho a sessão de inauguração do Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil (Quinta dos Vales).

Transcrevemos hoje as palavras com que o Presidente da Comissão Administrativa das Obras daquele estabelecimento, Sr. Dr. Bissoga Barreto, houve por bem abrir o referido acto solene.

Senhor Ministro do Interior;
Senhor General da Divisão;
Senhor Rector da Universidade;
Senhor Governador Civil;
Senhor Presidente da Câmara;
Minhas Senhoras e Meus Senhores:

As minhas primeiras palavras são de saudação para o Venerando Chefe do Estado, que, pelas suas altas qualidades, bem representa a República glorificada e ressurgida



por essa valorosa pleiade de nacionalistas, que à vida portuguesa conseguiu dar um novo ritmo.

Cumprime-me saudar em seguida — e faço-o com profunda emoção — o Senhor Presidente do Ministério, Professor dos mais ilustres da nossa Universidade, Estadista dos de maior e mais justa nomeada nos tempos que passam, que, com a sua profunda inteligência, com o seu saber, com o seu senso politico, tem sabido conquistar para o nosso País uma invejável situação internacional e tem tornado possível, com tranquillidade e socêgo, a realização das festas como as que vamos iniciar.

A Sua Ex.ª ficamos devendo, em grande parte, a organização do Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, e a sua inauguração, no dia de hoje, ficará comemorando o



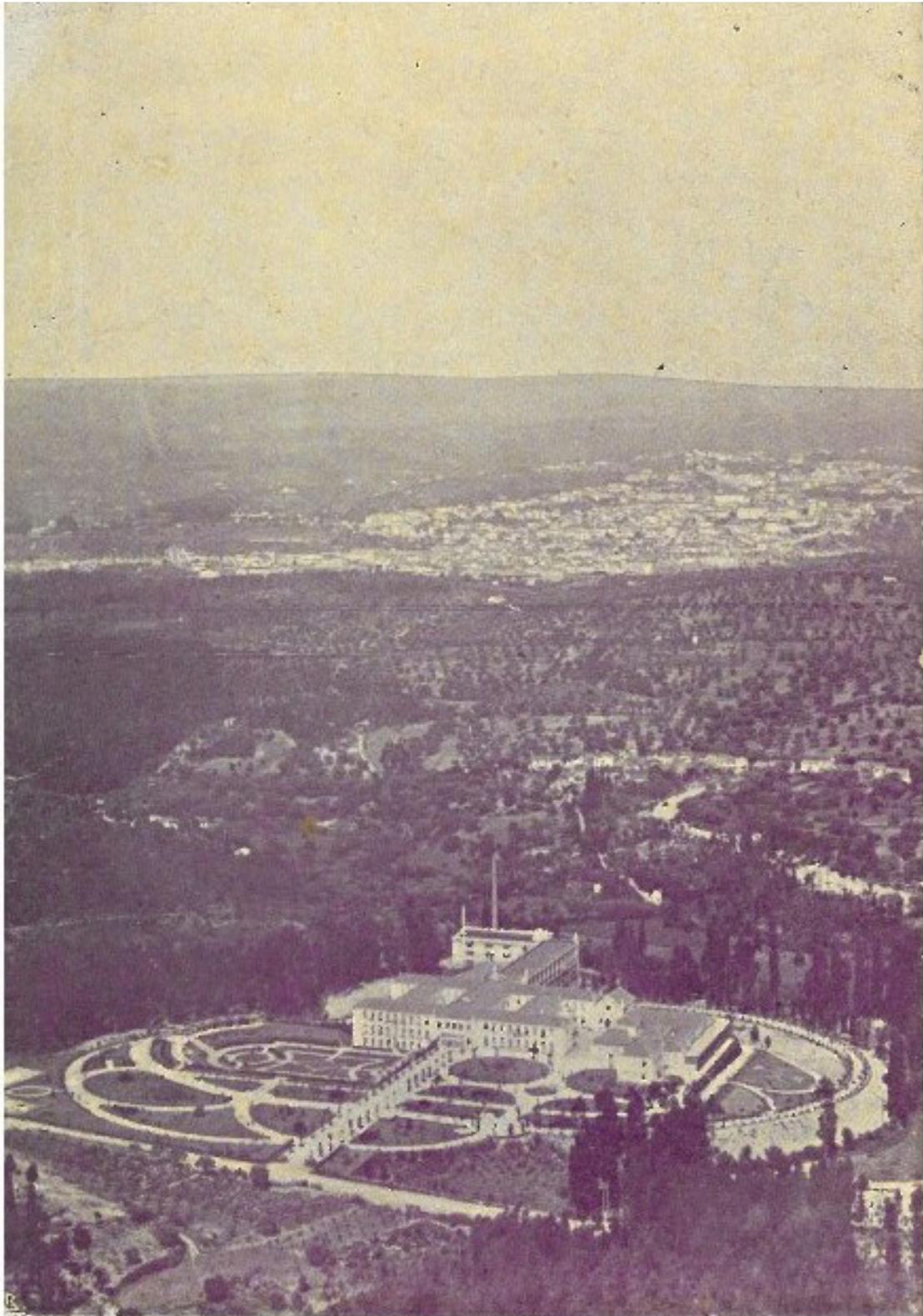
SANATÓRIO — Fachada principal

FIG. 47 | INAUGURAÇÃO HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, 1935

GONSALVES, A. (ED.). 1935. INAUGURAÇÃO DO HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL. *A SAÚDE*, 5(109 e 110):1-8.



FIG. 48 | ESCADARIA DO ÁTRIO DE ENTRADA DO HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]



COIMBRA E HOSPITAL-SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL

FIG. 49 | COIMBRA E HOSPITAL SANATÓRIO DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL, S.D.
HOSPITAL GERAL DA COLÓNIA PORTUGUESA DO BRASIL [CEDIDO]