

# **EXPANSÃO URBANA, HABITAÇÕES INSALUBRES E A DISSEMINAÇÃO DA TUBERCULOSE DOS FINAIS DO SÉCULO XIX A MEADOS DO SÉCULO XX EM PORTUGAL**

## ***Urban Expansion, Housing Problems And Tuberculosis Dissemination In Portugal Between The Mid Of 19th And 20th Centuries.***

**Ismael Cerqueira Vieira<sup>1</sup>**

CITCEM – Universidade do Porto; CEIS20 – Universidade de Coimbra

ismaelcerqvieira@gmail.com

### **Resumo**

Este artigo visa discutir preliminarmente os problemas urbanos e habitacionais em Portugal, especialmente das cidades do Porto e Lisboa, decorrentes do crescimento demográfico e industrialização a partir dos finais do século XIX, de forma a perceber o seu impacto no estado sanitário da população. O objectivo do texto é cruzar informações referentes às condições de vida e políticas de habitação de modo a perceber a influência que tiveram na disseminação da tuberculose em Portugal.

### **Palavras-chave**

Tuberculose, habitação, condições de vida

### **Abstract**

*This paper discusses preliminary the urban and housing problems in Portugal, especially in the cities of Porto and Lisbon, arising from population growth and industrialization from the late nineteenth century, in order to understand its impact on population health. The aim of the text is to cross the information regarding the living conditions and housing policies in order to realize the influence they had on the spread of tuberculosis in Portugal.*

### **Keywords**

*Tuberculosis, habitation, living conditions*

---

<sup>1</sup> Investigador do Centro de Investigação Transdisciplinar “Cultura, Espaço e Memória” (CITCEM/Universidade do Porto) e colaborador do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20/Universidade de Coimbra), Doutor em História pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

## Introdução

Donnez-moi une grande ville, avec son hygiène dépravée, et je vous rendrai une population de tuberculeux<sup>2</sup>

Desde o início do Período Contemporâneo que os progressos da ciência e da tecnologia promoveram um certo optimismo social. Como tal os homens focaram a sua atenção na aplicação da ciência e dos seus princípios às necessidades humanas e sociais. Sobre a sua influência vários pensadores gizaram diversas reformas sociais de que são exemplo a abolição da escravatura, os direitos das mulheres e a educação. Neste contexto surgiram também planos para o melhoramento da saúde das populações através de reformas sanitárias. Ao longo do século XIX foi-se percebendo que a chave para o controlo de várias doenças se encontrava na prevenção mais do que na cura. A medicina dos séculos XVII e XVIII tinha feito uso de medidas de isolamento (quarentenas) para as doenças mais temidas como a cólera, a peste ou a varíola mas o insucesso de várias medidas e a dúvida sobre a contagiosidade das mesmas canalizou o interesse dos médicos para os meios que lhes davam origem, em especial para os ares e as águas. A prevenção das doenças passava na época pelos melhoramentos no meio em vez do isolamento (SHRYOCK, 1977, p. 42-44).

Na viragem do século XIX para o XX, a tuberculose impôs-se como a doença social de maior extensão e mais mortífera no mundo ocidental, com estatísticas a apontarem para as dezenas de milhares de vítimas anuais. A noção da tuberculose como “doença social” impôs-se sobretudo nos últimos decénios do século XIX, mercê da afirmação duma nova sensibilidade para com a sorte dos pobres e dos humildes, o que esteve na génese da correlação entre condições de vida e tuberculose (GUILLAUME, 1988, p. 162). Por isso, as reformas sanitárias adoptadas nos países ocidentais mostram a preocupação com a higiene pessoal e

---

<sup>2</sup> Prof. Pierre citado in A TUBERCULOSE em Lisboa (1902). Guerra á tuberculose, Lisboa, Vol. 1, n.º 2, p. 1.

colectiva, com a alimentação e com a habitação das camadas populares. É neste sentido que a tuberculose surge associada às condições habitacionais, porque as más condições de habitação eram o “meio” propício para o eclodir da tuberculose. Compreender a tuberculose enquanto doença social implica perceber que a transmissão da doença não se deve somente à actividade bacilar mas também às atitudes e comportamentos dos indivíduos e à organização social nos seus mais diversos domínios. Raul Faria explicou que todos os factores sociais da vida humana ocupavam um lugar de relevo na propagação e desenvolvimento da tuberculose, especialmente as condições higiénicas, alimentares e habitacionais (FARIA, 1936, p. 161). A corrupção destes elementos sociais debilitava os indivíduos, facilitava a expansão do bacilo e por consequência potenciava o contágio, o que dava à tuberculose o sentido de “doença social”.

Abordar o problema médico-social da tuberculose em Portugal entre o final do século XIX até 1945, quando se encontram substâncias capazes de deter o bacilo, implica uma análise multifatorial que deve ter em conta os problemas urbanos, o problema da habitação e as condições de vida da população em geral. Partindo da tuberculose como um problema médico e social pretendemos com este artigo estudar um dos fatores que lhe estava associada, designadamente o problema das habitações sociais, resultante da concentração da população nas grandes cidades, entre os finais do século XIX, quando começa a ser focado pelos médicos, até 1945, ano que marcou novas orientações da medicina e a descoberta duma terapêutica específica para a doença. Recorrendo a alguns dados de cariz estatístico e descritivo sobre a tuberculose, publicados sobretudo em periódicos médicos conceituados, cruzamos essa informação com outras fontes e dados de natureza médica e política sobre condições de vida e habitação das camadas populares, para apurar os efeitos desses factores na expansão da tuberculose.

Se existem bons estudos desta natureza para o caso norte-americano, inglês e francês pelos trabalhos de Richard Shryock, Linda Bryder e David Barnes<sup>3</sup> em Portugal este estudo ainda está por fazer. O que existe resume-se a

---

<sup>3</sup> Veja-se as obras de SHRYOCK, Richard Harrison (1977). National Tuberculosis Association (1904-1954): A Study of the Voluntary Health Movement in the United States. Nova Iorque: Arno Press; BRYDER, Linda (1988). Below the Magic Mountain: A social history of tuberculosis in twentieth-century Britain. Oxford: Clarendon Press; BARNES, David S. (1995). The making of social disease: URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

alguns apontamentos não sistemáticos em obras de síntese ou alguns artigos que aludem de forma residual a esta questão. Entre estes destacam-se os estudos de Ferreira de Mira e Lopo de Carvalho, António de Almeida Garrett e mais recentemente de António Ramalho de Almeida ou João Cúcio Frada<sup>4</sup>. Assim, é com o propósito de conhecer a relação entre tuberculose e condições de habitação em Portugal que desenvolvemos este estudo.

## **1. Crescimento demográfico e expansão urbana**

Como é sabido, o crescimento da população europeia e a industrialização contribuíram para o desenvolvimento das estruturas urbanas, para o aumento da densidade populacional e, conseqüentemente, para a necessidade de prover habitações para os trabalhadores recém-chegados às cidades. Se foi no século XIX que se deu a grande explosão demográfica mundial, foi também no continente europeu que se registou o crescimento populacional mais importante, passando de cerca 190 milhões de habitantes em 1800 para 400 milhões no final do século. A Europa representava um quinto da humanidade, sendo provavelmente a área mais povoada do mundo, com uma densidade de 19 habitantes por quilómetro quadrado enquanto na Ásia rondava os 14 e na África e América cerca de 5 (SOLAR & VILLALBA, 2007, p. 13). No século XIX, o desenvolvimento económico e os progressos das comunicações aumentaram a concentração da população nas cidades. A Revolução Industrial, associada aos novos paradigmas demográficos, sobretudo à diminuição das taxas de mortalidade, às alterações da produção agrícola e ao desenvolvimento dos transportes e comunicações, teve como consequência o crescimento das cidades, que contou com o desenvolvimento de infraestruturas urbanas e com a instalação duma nova população proveniente dos meios rurais. O aumento da população citadina acarretou mudanças nas características morfológicas, funcionais e estruturais das cidades, que foi forçada a redefinir-se e crescer para

---

tuberculosis in Nineteenth-Century France. Berkeley/Los Angeles/Londres: University of California Press.

<sup>4</sup> Veja-se MIRA, Matias Ferreira de e CARVALHO, Lopo de (1936). La lutte contre la tuberculose au Portugal. Lisboa: ANT; GARRETT, António de Almeida (1915). Tuberculose e habitação no Pôrto. In: Anais Científicos da Faculdade de Medicina do Pôrto (1913-1914). Porto, Typ. a vapor da "Enciclopédia Portuguesa", pp. 304-307; FRADA, João Cúcio. The struggle against tuberculosis in Portugal during the first thirty years of the twenty century. In FIGUEIREDO, Maria Rosa; DIAS, João Carvalho; MACEDO, Rita Sousa (2000). Portugal 1900. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 91-100; ALMEIDA, António Ramalho (2007). O Porto e a Tuberculose. História de 100 anos de luta. Porto: Fronteira do Caos.

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

acomodar os novos habitantes, muitas vezes com uma nítida falta de controlo político e social (FERREIRA, 1970, p. 534).

Em Portugal também se verificou um aumento populacional ao longo dos séculos XIX e XX, embora tenha sido inferior ao do conjunto da Europa, sobretudo na primeira metade da centúria, por factores de instabilidade associados às invasões francesas e ao aumento do fluxo emigratório (CASCÃO, 1993, p. 425). A partir de meados do século XIX, o crescimento populacional e o modo de ocupação do território aparecem ligados à emigração, ao desenvolvimento económico e à industrialização. Com o acréscimo demográfico aumentou a pressão em certas zonas rurais, secularmente estruturadas mediante um regime de transmissão de propriedade que dificultava a sobrevivência económica dos filhos segundos. Os baixos rendimentos do trabalho agrícola, o aparecimento de novas actividades e o desejo de libertação dos mais novos do contexto familiar e comunitário fortemente hierarquizado estimularam a procura da cidade como local de fixação, de alternativas e de independência económica e familiar (RODRIGUES, 2008, p. 345).

As políticas do governo da Regeneração também ajudaram a impulsionar as actividades económicas e o desenvolvimento das comunicações, acarretando diversas consequências na distribuição da população no espaço. O desenvolvimento industrial de meados de Oitocentos actuou como catalisador da demografia regional e estimulou a prática da migração individual. O aumento da população privilegiou sobretudo as áreas urbanas na maioria dos distritos. Toda a vitalidade se concentrou nas cidades em detrimento dos espaços rurais e vilas. Até ao final da centúria um quarto da população vivia em apenas três distritos, Porto, Lisboa e Viseu. De acordo com os dados censitários de 1900 só no distrito de Lisboa e do Porto viviam 26,1% dos portugueses, o que se explica pela intensidade do aumento demográfico, sobretudo nas cidades que lhe deram o nome, sendo que metade da população vivia apenas em seis distritos: Lisboa, Porto, Viseu, Braga, Coimbra e Aveiro (VEIGA, 2004, p. 22-26). Apesar do crescimento gradual de várias cidades, Lisboa e Porto destacaram-se pelo aumento exponencial da sua população urbana. Lisboa passou de 164.731 habitantes em 1801 para 357.000 em 1900, crescendo mais do dobro, e o Porto passou de 44.218 habitantes em 1801 para 172.421 em 1900, quase quadruplicando a sua população num século (RODRIGUES, 2008, p. 350).

Até certo ponto a criação local de indústrias funcionou como causa do desenvolvimento urbano, o que explica a bipolarização em torno de Lisboa e Porto e a acentuação progressiva da dicotomia litoral/interior. Apesar das vicissitudes ocorridas nos primeiros decénios do século XIX, que penalizaram a dinâmica demográfica, na segunda metade do século a população continuou a aumentar, ganhando importância percentual no distrito onde se situavam. Actuaram como pólos de atracção sendo responsáveis em grande medida pelo êxodo rural de zonas distantes, embora Lisboa manifestasse maior capacidade atractiva do que o Porto (RODRIGUES, 2008, p. 353-354).

Em Lisboa e Porto concentrava-se o grosso do operariado do país. Alguns cálculos apontam para cerca de 150.000 operários para a capital e 40.000 na "Invicta" em 1917, aumentando para 230.000 proletários em Lisboa e 70.000 para o Porto em 1924 e cerca de 280.000 em Lisboa e 90.000 operários no Porto em 1930 (MARQUES & RODRIGUES, 1991, p. 206-207). No entanto, não se deve esquecer os pequenos focos industriais como a Covilhã, a Marinha Grande, Tomar e parte do Algarve que tiveram um papel relevante ao nível regional. A pobreza, o sobrepopoamento rural e a progressiva industrialização contribuíram para o rápido aumento da população operária e trabalhadora. Por sua vez, o crescimento da população industrial continuou a aumentar ao longo da primeira metade do século XX, sobretudo à custa de gente fugida à miséria dos campos. Contudo, as infra-estruturas urbanas das cidades estavam longe de poder responder ao acréscimo populacional, conduzindo a uma progressiva degradação das condições de habitação (MATOS, 1994, p. 677-678).

Não se pense que esta era uma questão nacional. Desde a década de 1840 que se assistia na Europa, especialmente em Inglaterra e França, à preocupação com as condições de vida do operariado. Em 1842, Chadwick chamou à atenção para a miséria popular no seu "Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population", seguindo-se Engels com "A Situação da Classe Laboriosa na Inglaterra". Publicações fotográficas da época como o "Pictorial Times" ou "The Illustrated London News" mostravam a miséria dos interiores operários e a podridão das ruas populares<sup>5</sup>. Em França, a denúncia destes meios foi amplamente difundida por filantropos e médicos, que evidenciavam a deterioração física da raça. O recurso à antropologia física

---

<sup>5</sup> Para o caso português veja-se as publicações periódicas "Ilustração Portuguesa", "Mundo Gráfico", "O Occidente" e "A Ilustração: periódico universal".  
URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

permitiu evidenciar diferenças de altura de 12 cm entre alunos das "industrial schools", maioritariamente crianças pobres e abandonadas, e os colegiais ricos das "public schools" de meados da época vitoriana. Em 1850, na cidade de Lyon também os recrutas das classes operárias mediam em média menos 10 cm do que os filhos dos negociantes (LÉON, 1982<sup>a</sup>, p. 272-274), o que mostrava a influência das condições materiais no crescimento, saúde e vitalidade dos indivíduos.

Para além do crescimento económico, a industrialização trouxe também as questões sociais. Quando se fala de pauperismo no espaço social não nos referimos somente aos grupos marginais, mal fixados e integrados, conhecidos como indigentes. Por exemplo, os necessitados de Paris em meados do século XIX eram os pequenos operários, os artífices e os lojistas. A causa era a industrialização. Como disse Émile Laurent, "A era industrial inicia-se, e o pauperismo nasce" (LÉON, 1982<sup>a</sup>, p. 275). A industrialização e a economia capitalista implicaram uma nova arrumação social entre os ricos, detentores do capital, e os pobres, detentores da força de trabalho. Se é certo que Karl Marx explorou ao máximo esta ideia no seu "Manifesto Comunista", na verdade antes dele já Adam Smith, David Ricardo e Malthus falavam dos problemas sociais decorrentes dos fenómenos económicos (LÉON, 1982<sup>a</sup>, p. 275).

A questão da habitação no espaço urbano foi justamente uma das questões mais salientes dos críticos da época: "Ao lado da alimentação, da higiene, da educação, o problema da habitação constitue um dos aspectos salientes da questão social" (MATTA, 1909, p. x-xi). O espaço urbano adquiriu uma disposição própria, com o centro como espaço da burguesia - nele estavam as sedes sociais, os bancos, os grandes armazéns, as bolsas de comércio e de valores - ao lado do poder político em edifícios governamentais ou administrativos. À medida que a burguesia foi deixando o centro da urbe para se instalar nos subúrbios, foi deixando espaço para habitação das classes trabalhadoras. Depressa se amontoaram em habitações lúgubres e de pequenas dimensões, aumentando a insalubridade e a degradação. Mas os bairros antigos rapidamente se tornaram insuficientes para absorver o volume dos recém-chegados, começando-se a construir habitações para o operariado com perspectivas de lucro económico e sem qualquer preocupação de conforto ou salubridade (LÉON, 1982<sup>b</sup>, p. 329-331). Estas habitações de condições deficientes eram o viveiro ideal para doenças como a tuberculose.

## 2. As habitações insalubres como focos de tuberculose

Em Portugal, o problema da habitação foi recorrente nas grandes cidades como Porto e Lisboa, devido à acumulação das classes trabalhadoras em bairros sobrepovoados onde faltava a luz, a ventilação, a água potável e os esgotos. No Porto e em Lisboa as estratégias de alojamento das classes trabalhadoras passaram, primeiro, pela ocupação dos velhos edifícios e posteriormente pela construção de novas habitações de baixo custo, entre as quais estavam as “ilhas”<sup>6</sup> e os “pateos”.

Entre 1864 e 1900, 65,5% das habitações construídas no Porto foram deste tipo (TEIXEIRA, 1992, p. 69), chegando-se a um número de 1048 “ilhas” no ano de 1899, com um total de 11.129 habitações para 50.000 habitantes (JORGE, 1899, p. 153). Em Lisboa, apesar da situação não ser tão gravosa registavam-se 233 “pateos” em 1905, com um total de 2278 habitações para alojar 10.487 pessoas (TEIXEIRA, 1992, p. 69). Isto significa que embora o Porto tivesse menos de metade da população de Lisboa, tinha quase cinco vezes mais pessoas vivendo neste tipo de habitações.

As “ilhas” eram uma forma de habitação específica, desenvolvida para satisfazer a procura de habitação barata por parte das classes trabalhadoras. As “ilhas” consistiam em filas de pequenas casas dum único piso, não ultrapassando as vinte casas por “ilha”. Estas tinham geralmente áreas que não ultrapassavam os 16m<sup>2</sup> descendo por vezes a 9m<sup>2</sup>, construídas nos quintais das antigas habitações burguesas em lotes de terreno longos e estreitos (TEIXEIRA, 1992, p. 67). No tipo mais comum a frente era de apenas 4m com uma porta e uma janela. Interiormente a habitação era compartimentada numa sala, de 4mx2,5m, que servia também de quarto, um pequeno quarto ou alcova, e uma cozinha, de 1,5mx1,5m. Casas com mais de três divisões eram raras, improvisando-se por vezes um pequeno quarto no vão do telhado. As casas eram muito baixas e o volume não chegava por vezes a 30m<sup>3</sup>. Uma boa parte das “ilhas” não tinha

---

<sup>6</sup> Não se deve pensar que as “ilhas” do Porto são um tipo de habitação emergente nos finais do século XIX. Segundo o historiador Gaspar Martins Pereira estas tipologias de habitações estão já descritas no recenseamento das casas da cidade de 1832, altura do Cerco do Porto, onde se fala de 200 ilhas que acomodavam cerca de 50 mil pessoas. Contudo, é nos finais do século XIX com a industrialização e aumento da população urbana que se massificam. Cf. PEREIRA, Gaspar Martins (2010). As ilhas no percurso das famílias trabalhadoras no Porto em finais do século XIX. Comunicação apresentada no I Encontro do CITCEM: “Família, espaço e património”, Guimarães, 2010. Disponível em: [http://www.ghp.ics.uminho.pt/programa\\_iencontro.html](http://www.ghp.ics.uminho.pt/programa_iencontro.html)  
URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

abastecimento de água e os sanitários eram comuns a todos os habitantes. Estas condições eram agravadas pela falta de ventilação cruzada e a iluminação fazia-se por pequenas janelas ou por telhas de vidro. Os tectos das habitações eram a maior parte das vezes telha de vã, sem qualquer forro e enegrecidas pelo fumo. A divisão interna fazia-se por cortinas, a construção era geralmente de má qualidade e o clima húmido do Porto levava à degradação das casas em poucos anos (TEIXEIRA, 1994, p. 566-567).

Ricardo Jorge no final do século XIX chamou à atenção para as péssimas condições de habitabilidade nas "ilhas" do Porto, considerando as casas como a "toca lóbrega d'um troglodita" (JORGE, 1899, p. 152-153). Almeida Garrett, professor da Faculdade de Medicina do Porto, ao relacionar a tuberculose com a habitação portuense considerou que as "ilhas" do Porto eram focos insalubres predisponentes às doenças como a tuberculose pelo sobrepovoamento e pela quase inexistência dos agentes naturais de desinfecção dos bacilos da tuberculose: luz solar e ventilação (NASCIMENTO, 2005, p. 50). António de Almeida Garrett descreveu assim a problemática "Ilha da Pedreira" na Rua da Fontainhas:

A Ilha da Pedreira consta de duas fiadas de casas, separadas uma da outra por uma rua mal empedrada, que começa com uma largura aproximada de 4 metros acaba por pouco mais de 2 metros, subindo em acentuado e quase uniforme declive.

As casas não são bem iguais variando a largura de cada chão, de 2 metros e meio a cerca de 3 metros e meio. Tem 2 pavimentos, cada um dos quais é alugado separadamente. Dentro da ilha vem a haver assim 75 habitações.

(...) As casas do começo da viela, que são as maiores, tem todo o rez-do-chão ocupado por uma sala de cerca de 3<sup>m</sup>,2 de largura e 5 metros de fundo, que á frente é depreciada pela escada que dá passagem para o andar e que lhe rouba cerca de 2 metros de fundo, por 1 metro de largo. O pé-direito é de 2 metros.

Uma porta a quase toda a largura, e com 1 metro de largo, dá entrada para esta sala, que não tem janelas, sendo toda a iluminação natural feita por essa porta, quando está aberta. O chão é de soalho já velho, e o tecto de vigas de madeira que sustentam, sem cobertura alguma, o taboado do pavimento do andar. As paredes são de pedra rebocada. Dentro desta sala os inquilinos, em número de 2, na casa inspeccionada, cosinham e habitam. O estado de limpeza é precário, não só pelo desleixo dos inquilinos, como por o cisco do andar cái pelas frinchas do soalho para o rez-do-chão.

(...) As habitações são pois comuns a todos os usos domésticos; não há mesmo chaminé de tiragem para os fogões de cosinha.

(...) Para os inquilinos da ilha há, ocupando um rez-do-chão, uma latrina com pavimento de cimento e caixa de madeira, sem bacia, assente sobre a fossa onde os dejectos caem directamente. Ao lado fica uma fossa semelhante, mas sobre a qual não assenta armação alguma, ficando a larga abertura livre para o lixo ser aí lançado.

(...) O que mais fere como factor de insalubridade nestas miseráveis habitações é a falta de iluminação. Fechada a porta as casas do rez-do-chão ficam em completa obscuridade. Os andares têm apenas a luz que entra pelos poucos vidros e telhas, e pela pequena janela aberta na frontaria, quando o tempo permite que esteja aberta na frontaria, quando o tempo permite que esteja aberta a portada de madeira. Luz directa, só durante uma pequena parte do dia.

A cubagem é pequena, sem que uma ventilação regular corrija a deficiência, avultada nos seus efeitos pela ausência de chaminé que dê saída aos gases das combustões; a falta de separação entre os locais de habitação e os destinados aos diversos usos domésticos, junto ao desleixo habitual em inquilinos de tão sumárias habitações, dá uma conspurcação permanente da atmosfera.

A salubridade geral da ilha corresponde bem á situação sanitária das habitações. No solo mal empedrado empoça a água suja de variados detritos; não há protecção alguma contra a invasão dos fedores das latrinas. (GARRETT, 1915, p. 304-307)

Em 1907, Alfredo de Magalhães apresentou uma estatística de mortalidade por tuberculose no Porto, onde destacava uma maior gravidade do problema nas freguesias da Sé, Victória, S. Nicolau e Massarelos cujas taxas obituárias por 1000 habitantes eram de 5,3 para a Sé, 4,7 para Victória, 4,6 para S. Nicolau e 4,2 para Massarelos. Estas eram as freguesias onde se localizava a parte velha da cidade, com toda a debilidade sanitária que lhe estava associada, ao que se juntava a acumulação da população, fornecendo deste modo um maior contingente à mortalidade. Paranhos e Ramalde, ambos com 3,9 defunções por 1000 habitantes, ficava-se a dever em parte à migração dos tuberculosos de outras freguesias que aí procuravam melhores ares (MAGALHÃES, 1907). Alfredo de Magalhães apontou como problemas principais a insalubridade e falta de higiene, a deficiente iluminação natural e falta de água canalizada, deficiência de saneamento básico e uma rede de esgotos defeituosa ou inexistente e o excesso de acumulação de indivíduos na mesma casa, que tornava as condições de vida dos habitantes "peores que as de vários reptis hibernantes no seio da terra" (MAGALHÃES, 1907). Às péssimas condições higiénicas juntava-se uma alimentação deficiente ou falsificada, o analfabetismo e desprezo pelos preceitos higiénicos elementares, a promiscuidade e depravação de costumes.

Ao grave problema das “ilhas” e das casas antigas do Porto juntava-se as características da existência da população nestes “cemitério dos vivos” (MENDES, 1930a) como lhe chamou o jornalista Adelino Mendes. Este fez uma cobertura especial para o jornal “O Século” acerca do problema da habitação e da vivência do operariado portuense nas “ilhas”. Na série de artigos publicados entre Outubro e Novembro de 1930, o autor chamou à atenção para todo o tipo de problemas e questões de saúde pública. O problema sanitário não se resumia aos problemas físicos das casas. O sobrepovoamento das ilhas gerava fenómenos de promiscuidade plena pela coabitação simultânea de raparigas púberes, de rapazes em plena mocidade, de crianças, de velhos e de adultos sem qualquer pudor. Aí reinavam as doenças e a morte perante a resignação dos habitantes e o desprezo dos proprietários e dos poderes municipais. O lixo, os dejectos, os cadáveres de animais, os detritos de peixe, o cheiro nauseabundo, enfim uma verdadeira cloaca de resíduos e de humanos habitavam estas “ilhas”:

As “ilhas” são a pústula gangrenada, que chega para empestar, moralmente o País inteiro. São o foco da infecção, onde se intoxicam e se depravam e se corrompem, no corpo e na alma, mais de cinquenta mil criaturas humanas! São o campo maravilhoso, onde, por entre fedores, que jamais se apagam e imundices, que nunca secam, germinam todas as doenças, todos os vícios, toda a crápula que pode chagar, por dentro e por fora, o meu semelhante (MENDES, 1930b, p. 1-2).

Almeida Garrett conduzindo um inquérito às habitações mais atacadas pela tuberculose, concluiu que era nos locais onde se amontoavam as velhas casas alugadas nas ruelas do burgo antigo e nas “ilhas”, disseminadas por toda a cidade, que existia um avultado obituário por tuberculose. Segundo ele as freguesias que registaram maior mortalidade entre 1903 e 1912 foram o Bonfim (1303 óbitos), Cedofeita (1133 óbitos), S. Ildefonso (1125 óbitos), Sé (722 óbitos) e Paranhos (620 óbitos). Abaixo do meio milhar encontravam-se Campanhã (466 óbitos), Victória (357 óbitos), Massarelos (341 óbitos), Miragaia (322), Ramalde (328 óbitos), Lordelo (272 óbitos), S. Nicolau (244 óbitos) e Foz (221 óbitos). As freguesias menos afetadas foram Aldoar (42 óbitos) e Nevogilde (31 óbitos) sendo estas as mais afastadas do centro da cidade (GARRETT, 1915, p. 234-248). Os números são bastante elucidativos do problema da mortalidade

nas freguesias com maior acumulação populacional, sobretudo entre as classes trabalhadoras.

A somar aos problemas das casas em si estavam as condições em que viviam as famílias nessas mesmas casas. Os salários dos trabalhadores eram bastante baixos, consequência do fraco desenvolvimento do sector industrial, e nesta situação os trabalhadores apenas podiam ter acesso a formas de habitação de baixa qualidade e baixo custo (ROSAS, 1994, p. 94-96). Embora os trabalhadores industriais e artesãos constituíssem a maioria da população das "ilhas", existia gente empregada no comércio e serviços como os caixeiros, polícias, militares de baixa patente, bombeiros, lavadeiras, vendedores ambulantes, carregadores, serralheiros, carpinteiros, etc.

Em 1936, a situação das "ilhas" do Porto pouco tinha melhorado. Numa conferência proferida à Liga Portuguesa de Profilaxia Social por D. Maria Augusta de Matos Ferreira, então aluna do 6.º Ano do Liceu Central Feminino Carolina Michaelis, deixou-nos um testemunho do atavismo e continuidade do passado, agravado pela situação difícil do país. Da descrição feita saltam à vista os problemas já apontados da sujidade, insalubridade, falta de higiene, associado à pobreza material, casas com pouco mobiliário, sem adornos, as crianças desnutridas. Associada à pobreza material estava a falta de moral, que predisponha as crianças e os jovens ao desequilíbrio, à indisciplina e ao crime.

As casas dos bairros antigos também não tinham condições higiénicas de alojamento. O núcleo antigo da cidade, especialmente o burgo medieval, caracterizava-se pela degradação dos edifícios, pelas ruas e ruelas estreitas e tortuosas, com pouca ou nenhuma insolação, que se abriam em longos corredores estreitos com detritos de toda a natureza espalhados pelo chão. Os proprietários na ânsia de maximização do lucro subdividiam as casas em pequenos habitáculos onde se amontoavam famílias de cinco e seis pessoas. Nos quartos, de poucos metros cúbicos, faziam-se todas as actividades: cozinhava-se, comia-se, dormia-se, etc. "É ahi também que os nossos tuberculosos tosem, escarram, emagrecem e morrem, cercados pelos seus, que ignorantes dos mais elementares preceitos hygienicos, se tornam preciosos instrumentos de contágio" (BARBOSA, 1906, p. 53-54).

As condições miseráveis das casas eram degradantes ao ponto de serem verdadeiros viveiros de doenças, como a tuberculose, que dependia tanto da actividade do bacilo, como das condições do meio ambiente. As "ilhas" e as casas

envelhecidas não representavam somente um perigo para os moradores considerados individualmente, como também para a própria salubridade municipal. Como disse Charles Picot, o problema da habitação era o nó da questão social, pela pequenez, sujidade, falta de ar e falta de luminosidade.

Em Lisboa, apesar das semelhanças com o Porto existiam alguns factores atenuantes. O maior desenvolvimento industrial e um nível de salários mais elevado na capital levaram à estruturação de um mercado de habitação operária mais sofisticado. As classes trabalhadoras ocuparam velhos edifícios nos bairros populares da cidade, próximos das implantações industriais. Próximo destas zonas estabeleceram-se igualmente velhas formas de habitação de origem rural que serviram de modelo aos "pateos" (TEIXEIRA, 1992, p. 69).

À semelhança das "ilhas", os "pateos" de Lisboa eram um tipo de habitação adequando às reduzidas capacidades de investimento dos seus promotores, geralmente pequenos comerciantes que faziam investimentos seguros e lucrativos. Mas, enquanto no Porto as "ilhas" foram a forma predominante de habitação popular durante as primeiras décadas do século XX, os "pateos" ou evoluíram ou foram substituídos por outras formas de habitação. Segundo Manuel Teixeira os salários mais altos das classes trabalhadoras da capital permitiam ter acesso a habitações de melhor qualidade do que as do Porto, dando origem a uma oferta mais diversificada (TEIXEIRA, 1992, p. 70). Os "pateos" lisboetas, ao contrário das "ilhas" portuenses tinham sistemas de esgotos canalizados, nomeadamente ligação entre o sifão e as pias ao esgoto, bem como água canalizada.

Analisando a questão da habitação em Lisboa, Correia Guedes referiu que dos duzentos e trinta e três "pateos" inspecionados em Lisboa só sessenta e três estava em bom estado e oitenta e oito em condições razoáveis de habitação se fossem efectuadas reparações<sup>7</sup>. As casas dos restantes oitenta e dois "pateos" encontravam-se em condições higiénicas deploráveis com os interiores degradados, um espaço diminuto, insuficiente entrada de luz e ar e uma cubagem diminuta (GUEDES, 1908, p. 24-26; MATTA, 1909, p. 82-83). O entorno destas habitações, nomeadamente as ruas estreitas, a existência de pias

---

<sup>7</sup> Veja-se os inquéritos realizados para esta altura: CONSELHO dos Melhoramentos Sanitários/Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria (1903). Inquerito aos Pateos de Lisboa, 1.ª parte. Lisboa: Imprensa Nacional e CONSELHO dos Melhoramentos Sanitários/Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria (1905). Inquerito aos Pateos de Lisboa, 2.ª parte. Lisboa: Imprensa Nacional.

dentro das casas ou debaixo de escadas, o lixo e a falta de escoantes para os líquidos assemelhavam-se aos problemas sanitários das “ilhas”, que, não obstante, continuavam a render proventos chorudos aos proprietários:

Num pátio há 18 casas construídas com madeiras velhas, cheias de fendas; o seu pavimento é térreo e muito húmido; vivem ali 72 pessoas, correspondendo apenas à capacidade de 4 metros a cada pessoa.

Outro pátio abre por um compartimento de entrada comum a todos os moradores, que ali fazem a comida, lavagens e os despejos em duas pias. Há em volta deste compartimento 5 lojas subterrâneas com 14 moradores, apenas arejados e iluminados por intermédio do referido compartimento de entrada comum, único onde entra luz e ar pela porta da rua.

Um terceiro pátio começa por um longo corredor, que tem no princípio a única porta de rua, com comunicação directa com o exterior. Ao longo deste corredor há 5 lojas subterrâneas que só recebem luz e ar pela mencionada porta, são inteiramente escuras, cobertas com abóboda e as paredes ressumam água por toda a superfície. (GUEDES, 1926, p. 19-20)

A edificação de casas em terrenos pouco enxutos, os lugares escuros e pouco ventilados, a má utilização das pias, retretes e sifões, os canos e fossas não estanques e a permanência de matérias impuras, tanto sólidas como líquidas, no espaço da habitação constituíam os maiores perigos para a conservação da saúde. Um dos maiores defensores do higienismo e da luta contra a tuberculose nos inícios do século passado, Miguel Bombarda, denunciava nos inícios do século XX as deficientes condições habitacionais, a privação de luz e ar, e a acumulação de imundícies (BOMBARDA, 1903, p. 69-70).

As condições essenciais que os higienistas consideravam necessárias para a salubridade de habitação, isto é, terrenos sólidos e enxutos, boa ventilação e iluminação solar, eram aí totalmente desprezadas. Mais de vinte anos depois e após várias modificações na política habitacional, os bairros insalubres de Lisboa continuavam a ser verdadeiros atentados de lesa-higiene, acarretando problemas patológicos como a infeção tuberculosa (AZEVEDO, 1927, p. 217-220). O acréscimo da mortalidade em Lisboa, nos anos a seguir à I Guerra Mundial, foi atribuído em parte à decadência da higiene citadina, ao êxodo rural e sobretudo à “crise da habitação” (NEVES, 1926, p. 78).

Neste contexto a habitação tornou-se uma questão política premente no início do XX, quando às taxas de mortalidade alarmantes e a prevalência de doenças epidémicas e endémicas forçaram as autoridades municipais a reconhecer abertamente os graves problemas habitacionais. O dr. Silva Carvalho fez uma comparação da mortalidade por tuberculose nas diferentes freguesias de Lisboa entre 1891 e 1903, época em que se construíram novos bairros, alargaram-se ruas e provendo-se mais e melhor arejamento e iluminação. Chegou à conclusão de que na freguesia de S. Vicente a mortalidade por tuberculose passou de 7,1% em 1891 para 3% em 1902 e em S. Nicolau passou de 5,2% para 1,7%, sendo estas percentagens relativas à mortalidade geral na cidade. Concluiu por isso que as percentagens atribuídas à tuberculose eram proporcionais à densidade da população e inversamente proporcionais à cubagem e à luminosidade das habitações (GUEDES, 1926, 16-17). Silva Carvalho tinha chegado à mesma conclusão apontando o obituário da tuberculose como um aferidor da salubridade das habitações, afirmando que sempre que o estado sanitário duma cidade ou país piorava, aumentava a mortalidade por tuberculose e vice-versa<sup>8</sup>. A preocupação com a luz solar era evidente não só pelo aspecto higiénicos mas porque no caso da tuberculose o bacilo de Koch morria quando exposto ao sol durante algum tempo.

No II Congresso Nacional de Tuberculose (Viana do Castelo, 1902) foi discutida a comunicação do professor Daniel de Mattos e do engenheiro João Ramos acerca do rasgamento dos bairros acumulados (MATTOS, 1902, p. 352-353; RAMOS, 1902, p. 353-354). Nela advogaram a necessidade de abrir ruas nos bairros acumulados, melhorar a rede e o sistema de esgotos e o saneamento do subsolo, atender à orientação das novas ruas, à sua largura e altura. Aconselhavam ainda a construção de escolas, ginásios ao ar livre, balneários públicos, latrinas e urinóis. As casas sem higiene, localizadas em ruas estreitas ou becos, deviam ser expropriadas e demolidas. João Ramos defendeu mesmo que o único sistema radical de saneamento dos bairros acumulados era o seu arrasamento e subsequente reconstrução (VIEIRA, 2011, p. 272-274).

---

<sup>8</sup> O número calculado de morte por tuberculose nas freguesias de Lisboa mostraram que na Madalena, onde não havia "pateos" variava de 25 a 30 por 10.000 habitantes, na freguesia do Socorro, onde se situava a Mouraria e cinco "pateos" variava de 60 a 70 óbitos por 10.000 habitantes e nas freguesias de S. Miguel e Santo Estevão, onde se localizava o bairro de Alfama e oito "pátios" o número de óbitos subia a 85 (MATTA, 1909, p. 88 e 94).

As Câmaras Municipais de Lisboa e Porto tomaram medidas tendentes a corrigir as condições sanitárias. O Porto, por exemplo adoptou várias posturas destinadas a regulamentar o licenciamento, construção de casas e infra-estruturas sanitárias e sua fiscalização (TEIXEIRA, 1992, p. 73). Medidas semelhantes foram tomadas no concelho de Lisboa.

Em 1903, o ministério presidido por Hintze Ribeiro fez aprovar um regulamento de salubridade das edificações urbanas, primeiro sinal de preocupação do governo central nestas matérias. Pelo Decreto n.º 53 de 9 de Março de 1903 ficaram estabelecidas as normas para a construção de novos edifícios de habitação que impediam a construção de prédios em terrenos alagadiços ou húmidos. Definiram-se dimensões para a altura das fachadas, que deviam ser proporcionais à largura das ruas, por exemplo quando as ruas tivessem uma largura inferior a 7 metros a altura da fachada não podia exceder os 8 metros. Cada andar da casa deveria ter uma altura mínima: 3,25m para o rés-do-chão e primeiro andar, 3m para o segundo andar e 2,75m para os subsequentes. Os quartos de dormir deviam ter uma capacidade mínima de 25m<sup>3</sup> e com janela para o exterior. Houve também a preocupação com a evacuação dos dejectos, com a ventilação e luminosidade das casas, determinando-se a existência de latrinas, sifões, urinóis, tubos de ventilação, etc. Atendendo à situação especial das cidades de Lisboa e Porto, o regulamento proibia toda e qualquer construção de prédios, bairros os grupos de casas, ainda que dentro de propriedades particulares, e reconstruções ou modificações dos prédios sem licença camarária com parecer prévio dos conselhos de melhoramento sanitário. A própria habitação/arrendamento de casas novas ou reconstruídas carecia de licença da Câmara. Pela sua natureza este regulamento pretendia atenuar o problema das habitações insalubres embora não tenha conseguido conter a construção ilegal dos anos seguintes.

Apesar da regulamentação acerca da construção de habitações, a construção ilegal de "ilhas" no Porto não cessou, muito por falta de alternativas. Segundo os cálculos de Ricardo Jorge existiam, como dissemos, 1048 "ilhas" em 1899 e trinta anos mais tarde em 1929 existiam 1301 "ilhas", num total de 14.676 casas. Em Lisboa, os construtores conceberam novos modelos de habitação seguindo a nova legislação, incentivados por propostas de isenção fiscal para a construção de edifícios residenciais até um determinado valor,

facilidade no acesso a terrenos urbanizados, a materiais de construção e a créditos bonificados (TEIXEIRA, 1992, p. 74).

A intensificação da industrialização conduziu a uma cada vez maior carência de habitações, que foi solucionada por uma nova modalidade de alojamento que tomara o nome de “vilas”. As “vilas” eram conjuntos de edificações destinadas a uma ou mais moradias construídas em recintos que tinham comunicação, directa ou indirecta, com a via pública por meio de serventia. Mas o conceito recobria outra realidade, que era o essencial da “vilas”: a “edificação multifamiliar intensiva, construída pela iniciativa privada e destinada a famílias de baixos rendimentos”<sup>9</sup>. Mais tarde iniciaram-se a construção de bairros de habitações em bloco multifamiliares, integradas nas zonas centrais da cidade. Apesar do seu carácter especializado para as camadas de baixos rendimentos, do ponto de vista social recobriam realidades muito diferentes, existindo casos em que o nível das habitações ultrapassava o quadro de miséria.

A preocupante insalubridade das habitações como factor da expansão da tuberculose constituía objecto de estudo um pouco por toda a Europa. Os higienistas insistiam nas condições higiénicas da habitação como meio de profilaxia contra a “peste branca”. Em 1914, os Ministros das Finanças e do Fomento portugueses apresentaram uma proposta de lei para regulamentar a construção e gestão de casas económicas que incluíam numerosos benefícios fiscais para construtores e compradores, nomeadamente a isenção de contribuição predial nos primeiros vinte anos, isenção de imposto de selo nos trâmites legais, isenção de imposto de transmissão nos primeiros vinte anos, etc. Mas, a preocupação não era somente a de atrair investidores e potenciais compradores. Passava igualmente pela construção de casas que seguissem um conjunto de regras de salubridade e higiene, e por isso pretendiam a constituição de comissões de estudo e salubridade, onde se incluíam professores de medicina e arquitectos camarários, no caso do Porto, a fim de se seguirem planos de construção de acordo com cânones higiénicos estritos que enfatizavam a ausência de humidade, a intensa exposição aos raios solares, uma cubagem adequada, ventilação contínua e facilidade de limpeza e desinfeção.

---

<sup>9</sup> PEREIRA, Nuno Teotónio (1994). Pátios e vilas de Lisboa, 1870-1930: a promoção privada do alojamento operário. *Análise Social*, Lisboa, Vol. 29, n.º 127, pp. 512-513. URBANA, V.6, n.º 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

### **3. A procura de soluções entre a Primeira República e o Estado Novo**

A mudança de regime político em Portugal em 1910 e a subsequente entrada de Portugal na I Guerra Mundial em 1916 não beneficiaram em nada os intentos de erradicar a tuberculose em Portugal. O caos político aliado ao dirigismo económico inábil, às perturbações sociais e aos problemas financeiros, como os desequilíbrios orçamentais, o elevado montante de dívida pública e a desvalorização da moeda, desarticularam a vida pública portuguesa (MARQUES, 1980, p. 33-34).

A Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) que na altura dirigia com as suas filiais o combate à tuberculose em Portugal foi inevitavelmente afetada. Entre 1910 e 1931 a ANT passou por um período de letargia, do qual resultou a interrupção da publicação do seu periódico, o decréscimo da atividade científica e intervenção profilática, bem como a diminuição dos apoios assistenciais prestados nos sanatórios que dirigia (VIEIRA, 2012, p. 389-399). Associada à questão da tuberculose e à higiene pública em geral estava, como temos vindo a dizer, a questão da habitação social.

Esta época foi do ponto de vista da mortalidade a mais gravosa de sempre. Em termos nacionais a mortalidade por tuberculose acentuou-se gravosamente a partir da implantação da república em 1910. Em 1913 a mortalidade por tuberculose sob todas as formas rondava os sete mil óbitos anuais subindo progressivamente até atingir os dez mil óbitos em 1924 e as treze mil mortes em 1930 (VIEIRA, 2012, p. 264). Neste período conturbado entre o início da Primeira República Portuguesa em 1911 e o início do Estado Novo português em 1933 o problema da tuberculose foi ofuscado por outro tipo de problemas com as sucessivas crises económico-financeiras, a entrada de Portugal na I Guerra Mundial e o período de Ditadura Militar entre 1926-1932. O descuido para com o problema social da tuberculose levou naturalmente ao seu recrudescimento e manutenção, já que até bem perto dos anos 50 os óbitos devidos à tuberculose andaram sempre entre os dez e os doze mil por ano. A manutenção dos problemas sociais como a pobreza e miséria, a falta de alimentos em quantidade e qualidade e os problemas de higiene urbana e individual foram sem dúvida os responsáveis.

No período da Primeira República Portuguesa com a ascensão duma classe média urbana ao poder ocorreram as primeiras intervenções públicas diretas na questão da habitação, que no entanto redundaram num fracasso

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

porque não passaram da esfera legislativa: surgiu uma Lei do Inquilinato<sup>10</sup> que não teve os efeitos desejados e um projeto de habitações sociais ou bairros sociais que só na década de 30 foram concluídos (SILVA, 1994, p. 657-658). O problema da habitação social agravou-se com a rutura entre a oferta e a procura sobretudo desde a entrada de Portugal na Grande Guerra em 1916. Para isso concorreram três fatores: a) a maior concentração de população devido ao êxodo rural; b) a inflação; c) a desvalorização do escudo. O parque habitacional manteve-se praticamente o mesmo do período anterior e com os mesmos problemas sanitários e epidémicos. O agravar da vida nacional com a grave crise interna do Estado, o caos financeiro mais acentuado com a crise dos anos 20 e o descontentamento da população foram apoios imprescindíveis para a revolta de 28 de Maio de 1926 que instituiu uma ditadura militar (1926-1932).

O governo de ditadura militar optou por um modelo político liberal, o que teve as suas repercussões nas políticas de habitação. Para permitir uma compensação aos proprietários penalizados pela Lei do Inquilinato de 1910 permitiu a atualização de rendas de casa e a livre contratação de novos arrendamentos, ao mesmo tempo que criava subsídios para os inquilinos. Na verdade o Estado nunca implementou os subsídios aos inquilinos e os proprietários aplicaram o regime de livre contratação. O resultado prático destas políticas foi um acréscimo na construção de prédios de rendimento para venda inacessível aos agregados familiares de baixos rendimentos e a proliferação de bairros de lata e bairros clandestinos como o da Liberdade em Campolide e o das Minhocas no Rego (SILVA, 1994, p. 659-660).

No Porto dado o desinteresse de investimento dos privados foi a Câmara Municipal que promoveu a construção de quatro colónias operárias entre 1914 e 1917. No entanto os estratos insolventes continuaram a ocupar as "ilhas" e os velhos edifícios do centro, sendo que nas freguesias centrais da Porto faziam-se sentir os mesmos problemas de Lisboa, isto é a sobrelotação, a locação de pisos e a subdivisão dos edifícios. Atendendo à falta de soluções para o problema habitacional nas freguesias periféricas as "ilhas" não pararam de aumentar: em 1909 existiam de 1200 "ilhas" com cerca de 12000 casas; em 1929 o número aumentou para 1301 "ilhas" com 14.676 casas (MATOS, 1994, p. 685).

---

<sup>10</sup> Decreto de 12 de Novembro de 1910.

Com o constante afluxo de população a Lisboa e Porto durante o período da Primeira República e Ditadura Militar ficou comprometida a relação oferta-procura. Ao problema das "ilhas" e dos "pateos", que remontavam ao século XIX, veio somar-se nas primeiras décadas do século XX novos problemas como os bairros clandestinos, as barracas, a sublocação e as construções sem qualidade e segurança. Neste contexto os problemas higiénicos e patológicos mantiveram-se inalterados. Cassiano Neves, presidente da direção da ANT, dizia em 1926 que os aumentos da mortalidade por tuberculose na década de 20 deviam-se sobretudo à habitação, decadência da higiene citadina e êxodo rural, criticando duramente o governo pela ataraxia perante o problema (NEVES, 1926, p. 78-79).

Os dados que temos a partir dum estudo de Hernâni Barrosa para o Porto entre os anos de 1920 a 1922 mostram no geral a tendência para uma maior mortalidade na parte velha do burgo. A freguesia da Sé liderava com taxas de mortalidade por tuberculose entre 4,17 a 6,12 mortes por mil habitantes para os anos referidos, muito devido as condições medievais com ruas estreitas e tortuosas onde o sol não chegava e o meio estava inquinado por todo o tipo de lixos e dejetos. Também com taxas de mortalidade por tuberculose entre os 4 e as 5 mortes por mil habitantes estavam as freguesias de Santo Ildefonso, S. Nicolau, Vitória e Bonfim, Massarelos e Miragaia. O autor destaca a prevalência duma elevada mortalidade quando comparada com grandes cidades europeias: em Paris a mortalidade por tuberculose e por mil habitantes rondava os 3,13 em 1924; Londres 1,25; Madrid 3,17; Moscovo 1,78; Milão 1,95 (BARROSA, 1926: 269-271). Seguindo uma escala ascendente, a mortalidade por todas as formas de tuberculose atingiu o pico mais elevado do século XX em 1930 com 13.013 defunções, mantendo-se depois com ligeiras variações sempre acima das 11 a 12 mil mortes por ano ao longo da década de 30 e 40 (CORREIA, 1938, p. 264; VIEIRA, 2012, p. 264).

Com o advento do Estado Novo a preocupação com as habitações sociais são novamente tema de reflexão. Em 1933, o governo do Estado Novo com o apoio dos municípios, corpos administrativos e organismos corporativos, criou um programa habitacional de casas económicas (Decreto n.º 23052/1933) com o objetivo de melhorar as condições de habitação da população, sobretudo dos trabalhadores afectos ao regime, como os membros do sindicato nacional, funcionários públicos e operários de quadros permanentes dos serviços do Estado

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

ou dos municípios. Este programa de casas económicas foi uma síntese dos programas anteriores e tinha como referência o modelo britânico da cidade-jardim, fazendo-se a apologia da casa unifamiliar com um espaço ajardinado: "A intimidade da vida familiar – disse Salazar – reclama aconchêgo, pede isolamento, numa palavra, exige a casa, a casa independente, a casa própria, a nossa casa."<sup>11</sup>

Todavia, atendendo aos requisitos profissionais e os respeitantes à idade, saúde e capacidade de pagamento das rendas ficavam excluídos muitos potenciais candidatos às casas económicas, que eram especialmente direcionadas à classe média. Ficaram de fora uma franja assinalável da população e sobretudo os mais débeis, aqueles passíveis de serem mais facilmente tuberculizáveis. Neste contexto surge no final dos anos 20 e especialmente reforçados nos anos 30 programas de isolamento temporário e assistência às crianças desfavorecidas como meio alternativo de mitigar o problema.

São disso exemplo a Colónia Sanatorial Marítima da Foz na cidade do Porto e a Obra de Grancher em Coimbra. A Colónia Sanatorial Marítima da Foz, impulsionada por Joaquim Ferreira Alves com o auxílio de Eduardo Santos Silva, estava destinada à prevenção da tuberculose em crianças cujo ambiente familiar as predispuessem à contração da doença. Ali eram tratados além dos tuberculosos e escrofulosos, os anémicos e raquíticos, bem como patologias oftalmológicas. Funcionava como preventório e como centro de tratamentos. A Colónia, sob direção clínica de Joaquim Ferreira Alves, funcionava durante cinco meses do ano, de Junho a Outubro, recebendo turmas de crianças durante um mês, ao fim do qual entrava uma turma nova. As crianças beneficiavam do contacto com o mar e o sol, tinham direito a quatro refeições diárias e a tratamentos específicos.

Outra experiência semelhante foi feita em Coimbra pela Junta de Província da Beira Litoral, presidida por Bissaya-Barreto, a Obra de Grancher. Esta era um programa de profilaxia da tuberculose que passava por retirar as crianças aos pais tuberculosos e encaminhá-los para famílias do campo ou instituições de acolhimento como o Ninhos dos Pequenitos ou o Preventório de Penacova, com a finalidade de afastar as crianças dos meios conspurcados: "Não

---

<sup>11</sup> SECRETARIADO da Propaganda Nacional. Casas económicas. Lisboa: Secretariado da Propaganda Nacional, [s.d.].

há nenhum meio de defesa das crianças mais eficaz, mais certo, mais económico, repetimos. Eis a base de toda a profilaxia anti-tuberculosa” (BISSAYA-BARRETO, 1930, p.4).

Quanto aos adultos tuberculosos ou predispostos à tuberculose pelo estilo e nível de vida existiam duas soluções possíveis: a assistência em ambulatório através duma rede de dispensários ou o internamento nos poucos sanatórios existentes, caso houvesse vagas disponíveis e somente quando se justificasse o internamento, ou seja só eram internados os doentes considerados curáveis. Em 1934 o armamento de luta antituberculose na cidade do Porto consistia apenas em dois dispensários e um sanatório com 120 camas, para uma estimativa de 900 mortes anuais devido à tuberculose e um número muito maior, e impreciso, de infetados (ARAÚJO, 1934, p. 43-44).

Contudo, nas grandes cidades o dispensário era o dispositivo mais importante e mais próximo da população. Apesar de existirem dispensários antituberculosos desde 1901 o seu número só cresce e abrange as principais cidades do país entre 1931 e 1936. O dispensário tornou-se o mecanismo número um da luta antituberculose pela sua natureza e funções. Além das consultas, vacinação e educação higiénica levam a cabo numerosas ações desde a distribuição de alimentos e roupas, às desinfecções domiciliárias e aos inquéritos das condições de higiene das habitações. Foi a partir dos relatórios executados pelos dispensários da ANT e de outros organismos que o problema da tuberculose associada às más condições de habitação foi novamente reavivado durante o Estado Novo.

Como vimos ao nível habitacional, a habitação social de baixo custo continuou a ser um problema para o Estado e municípios, sobretudo em Lisboa e Porto. Não obstante, as estratégias de combate ao problema foi ligeiramente diferente nas duas cidades. Em Lisboa o governo e o município implementaram em conjunto programas específicos de realojamento das famílias residentes em bairros de barracas. A primeira solução, embora transitória, foi a construção de casas provisórias a partir de 1938, que no entanto não resultou e foi substituído em 1945 pelo programa de casas para famílias pobres e pelo programa de casas de renda económica e em 1947 pelo programa de casas de rendas limitadas (SILVA, 1994, p. 663-665). Todos estes programas destinavam-se às famílias que não tinham acesso às “casas económicas” da classe média. Apesar da maior intervenção dos poderes públicos uma vasta franja da população ficou arredada

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

destes programas, continuando a recorrer por isso às habitações clandestinas, bairros de lata e sublocações.

No Porto as condições habitacionais dos agregados familiares insolventes eram terríveis. A partir de 1933, com o Decreto-Lei n.º 23.052 o Estado passou a ter uma intervenção direta no programa habitacional facilitando a aquisição de terrenos, isenção de impostos e empréstimos com taxas de juros baixas. Todavia com o Decreto-Lei n.º 28.912 de 1938 o Estado limitou a sua intervenção na construção de casas económicas, criando as modalidades necessárias para captar o investimento privado e de outros organismos. Deste modo constroem-se entre os anos de 1935 e 1950, 1662 habitações económicas (MATOS, 1994, p.687).

Entre as primeiras habitações construídas pelo Estado a partir de 1933 e o Plano de Melhoramentos de 1956, de que não trataremos neste artigo por ultrapassar a cronologia proposta, a Câmara Municipal do Porto realizou algumas medidas destinadas a melhorar as condições de habitabilidade das “ilhas”. As primeiras concretizações do programa habitacional do Porto só surgem na década de 40. Em 1940 fica pronto o bloco Duque de Saldanha com 115 habitações, o de Rebordões com 45 habitações e em 1944 ficam prontas as primeiras habitações (144) do Bairro São João de Deus. Até 1956, quando surge o Plano de Melhoramento, foram construídas 1094 habitações, melhoraram-se 285 casas nas “ilhas” e 360 foram demolidas. Evidentemente que estas soluções não eram suficientes para solucionar o problema habitacional nem para mitigar a disseminação da tuberculose nas cidades com maior densidade populacional (MATOS, 1994, p. 691-693).

Ainda no plano médico deve dizer-se que apesar do vivo interesse pela relação entre meio ambiente e expansão da tuberculose na sociedade portuguesa, nos anos 30 e 40 a classe médica – através do seu periodismo – privilegiou outros temas. A necessidade de construir uma rede organizada de rastreio e assistência aos doentes através dos sanatórios e dispensários, a prevenção pela vacinação BCG, e os tratamentos cirúrgicos e químicos dominou os interesses médicos dessas décadas. O armamento de luta antituberculosa que era de um preventório, dois dispensários e um sanatório em 1931 foi significativamente aumentado. Em 1936 fruto das reformas empreendidas pela ANT, mas também de iniciativas particulares, a população tuberculosa do Porto era servida por oito dispensários (6 da ANT), dois sanatórios – Hospital-Sanatório Rodrigues Semide (Porto) e Sanatório Marítimo do Norte (V.N. de URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

Gaia) – mais dois preventórios - a Colónia Sanatorial da Foz e a Estância do Seixoso em Felgueiras. Ao nível nacional no início da década de 30 Portugal tinha apenas sete dispensários, três hospitais e quatro sanatórios, a maior parte dos quais servia a região de Lisboa. Após as reformas da ANT o número subiu consideravelmente, sendo que em 1936 existiam já 67 dispensários antituberculose e mais cinco sanatórios em construção, que ajudaram sem dúvida a refrear o problema da tuberculose nas grandes cidades do país.

Quando se verificaram as primeiras intervenções e concretizações sérias no campo habitacional, a partir da década de 1940, surgiu também na área da tisiologia uma nova terapêutica capaz de deter o processo de tuberculização baseada na combinação da estreptomina com o ácido para-aminosalicílico e a isoniazida. Encontrada a cura, a medicina preocupou-se muito mais em ampliá-la e melhorá-la do que com as condições de vida da população. Isto não significa que a medicina social abandonasse os seus projetos de melhoria das condições de vida dos mais pobres. Mas se antes do segundo conflito mundial a medicina estava preocupada com as doenças infecciosas e parasitárias, doenças por carência alimentar e com as faltas de higienização do meio ambiente (água de consumo, saneamento, habitação) e locais de trabalho, após a II Guerra Mundial entra-se num período designado de “segunda era da saúde pública” onde outras doenças outrora raras e algumas quase inexistentes tiveram maior destaque social do que a tuberculose – obesidade, diabetes, afeções cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças metabólicas e reumatismais, afeções músculo-esqueléticas, neoplasias, etc. (FERREIRA, 1990, p. 299-300).

#### **4. Conclusões**

Atendendo à natureza infecciosa e social da tuberculose é possível afirmar que a disseminação da doença se deveu a vários factores onde pesaram a alimentação infetada e de baixa qualidade, as deficientes práticas higiénicas, o sobrepovoamento e as condições habitacionais, entre outras. Desde meados do século XIX que Portugal conheceu um crescimento da população citadina impulsionada pela fuga dos campos e desenvolvimento de actividades industriais, o que implicou um problema de alojamento dessa população trabalhadora, sobretudo em Lisboa e no Porto. Numa primeira fase, as estratégias encontradas para alojar a nova população urbana passaram pela ocupação das casas antigas no centro da cidade e a construção de pequenas habitações insalubre como as

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

“ilhas”. Era nestes meios física e socialmente pouco higiénicos que a tuberculose fazia mais vítimas. Os sucessivos governos, instigados por higienistas e figuras destacadas da sociedade, só paulatinamente estabeleceram regras de construção e ocupação de habitações. Apesar da morosidade do progresso em matéria habitacional existiu uma preocupação manifesta em edificar casas que cumprissem com as regras básicas de higiene, em relação às dimensões, cubagem, sanitários, ventilação e insolação.

Numa segunda fase sobretudo a partir da Primeira Republica esboçaram-se projetos de habitação social, que no entanto não passaram do papel. Em 1933 cria-se o Estado Novo que implementou novos programas habitacionais, para tentar suprir as necessidades sobretudo da classe média que se identificava com o regime. Para a população mais desfavorecida e mais exposta ao problema da tuberculose as soluções encontradas foram manifestamente insuficientes.

Todavia, quando a construção e requalificação de habitações – em Lisboa e no Porto - começavam a materializar-se e a crescer na década de 1930-1940, a questão da tuberculose entrava num novo período, primeiro com o incremento de organismos de profilaxia e assistência – preventórios, dispensários e sanatórios – e depois com a descoberta de novas terapêuticas, que relegaram para segundo plano quase todas as medidas profiláticas, sendo que a preocupação com a alimentação, a habitação e os costumes enfraqueceram dando lugar a outras preocupações de ordem clínica e farmacêutica.

## 5. Referências

ARAÚJO, António de (1934). Subsídios para o estudo dum plano de luta anti-tuberculosa na cidade do Porto. **Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital Rodrigues Semide**, Vol. 1, n.º 1, pp. 37-47.

A TUBERCULOSE em Lisboa (1902). Guerra á tuberculose, Lisboa, Vol. 1, n.º 2.

AZEVEDO, António de (1927). Bairros insalubres. **A Medicina Contemporânea (2.ª série)**. Lisboa: Vol. 30, n.º 28, pp. 217-220.

BARBOSA, António Pereira (1906). **Da tuberculose no Porto**: breve estudo sobre a sua etiologia e prophylaxia. Porto: Typographia da Empreza “Artes & Letras”, Tese Inaugural.

BARROSA, Hernâni (1926). O problema da tuberculose no Pôrto. **Portugal Médico**, Vol. 10, N.º 6, p. 258-275.

URBANA, V.6, nº 9, ago-dez, 2014 - Dossiê: Dimensões Simbólicas das Intervenções Urbanas - CIEC/UNICAMP

- BISSAYA-BARRETO, Fernando (1931). **A criança e a profilaxia da tuberculose**: preventório de Penacova. A Saúde. Coimbra, Vol. 1, n.º 12, p. 4.
- BOMBARDA, Miguel (1903). O bairro de Alfama. **A Medicina Contemporânea** (2.ª série). Lisboa, Vol. 6, n.º 9, pp. 69-70.
- BRYDER, Linda (1988). **Below the Magic Mountain**: A social history of tuberculosis in twentieth-century Britain. Oxford: Clarendon Press.
- CASCÃO, Rui (1993). O crescimento demográfico: ritmos e factores. In: MATTOSO, José (dir.). **História de Portugal**, vol. 5. Lisboa: Círculo de Leitores.
- CASCÃO, Rui (2011). Modos de habitar. In: MATTOSO, José (dir.). **História da Vida Privada em Portugal**: A Época Contemporânea. Lisboa: Círculo de Leitores/Temas e Debates.
- CORREIA, Fernando da Silva (1938). **Portugal Sanitário**: subsídios para o seu estudo. Lisboa: Ministério do Interior/Direcção Geral de Saúde Pública.
- DECRETO do Governo n.º 53/1903 (09-03-1903) pp. 45-49. In: **Colecção da legislação portuguesa**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1903.
- DECRETO n.º 23052/1933. D.G. 217 (23-09-1933) pp. 233-240. In: **Colecção oficial de legislação portuguesa**, segundo semestre. Lisboa: Imprensa Nacional, 1941.
- FARIA, Raul (1936). Tuberculose, doença social. In: **Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social**, 3.ª série. Porto: Imprensa Portuguesa.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990). **História da Saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, Maria Augusta de Matos (1947). As alunas da secção perante as "ilhas" do Porto. In: **Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social**, 6.ª série. Porto: Imprensa Portuguesa.
- FERREIRA, Vítor Matias (1970). Industrialização capitalista e desenvolvimento urbano. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 8, n.º 30-31, pp. 527-537.
- GARRETT, António de Almeida (1915). Tuberculose e habitação no Pôrto. In: **Anais Científicos da Faculdade de Medicina do Pôrto (1913-1914)**. Porto, Typ. a vapor da "Enciclopédia Portuguesa", pp. 304-307.
- GUEDES, Amilcar José de Miranda (1926). **O Estado português e a tuberculose**. Lisboa: [s.n.], Tese de doutoramento.
- GUEDES, F. Corrêa (1908). **Um aspecto da questão social da etiologia da tuberculose**. Lisboa: Ateliers Graphicos B. Nogueira, Sucessor, Tese Inaugural.

- GUILLAUME, Pierre (1988). Histoire d'un mal, histoire globale: du mythique à l'économique. In: Jean-Pierre Bardet [et al.]. **Peurs et terreurs face à la contagion**: choléra, tuberculose, syphilis (XIX<sup>e</sup> – XX<sup>e</sup> siècles). Paris: Fayard.
- JORGE, Ricardo (1899). **Demographia e Hygiene da Cidade do Porto**: Clima, População, Mortalidade. Porto: Serviço Municipal de Saude e Hygiene da Camara do Porto.
- LÉON, Pierre (dir.) (1982a). **História económica do mundo**, vol. 4, tomo I. Lisboa: Sá da Costa Editora.
- LÉON, Pierre (dir.) (1982b). **História económica do mundo**, vol. 4, tomo II. Lisboa: Sá da Costa Editora.
- MAGALHÃES, Alfredo de (1907). Tuberculose e miséria no Porto. **Porto Médico**. Porto, Vol. 4, n.º 1, pp. 10-17.
- MARQUES, A. H. de Oliveira (1980). **A 1.ª República Portuguesa**: alguns aspectos estruturais, 3.ª ed. Lisboa: Livros Horizonte.
- MARQUES, A. H. de Oliveira e RODRIGUES, Luís Nuno (1991). A sociedade e as instituições sociais. In: SERRÃO, Joel e MARQUES, A. H. de Oliveira (dir.). **Nova História de Portugal**, vol. 11. Lisboa: Editorial Presença.
- MATOS, Fátima Loureiro de (1994). Os bairros sociais no espaço urbano do Porto: 1901-1956. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 29, n.º 127, pp. 677-695.
- MATTA, José Caeiro da (1909). **Habitações populares**. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- MATTOS, Daniel de (1902). Rasgamento de bairros acumulados. **A Medicina Moderna**. Porto, Vol. 3, n.º 106, pp. 352-353
- MENDES, Adelino (1930a). Focos de tuberculose. **O Século**. Porto, Ano 50, n.º 17.470, pp. 1-2.
- MENDES, Adelino (1930b). O que tem feito a Camara do Porto, no que respeita a bairros económicos. **O Século**, Porto, Ano 50, n.º 17.494, pp. 1-2.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo (2005). **As pestes do século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- NEVES, Cassiano (1926). Mortalidade por tuberculose. Tuberculose: **Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos** (3.ª série). Lisboa, Vol. 7, n.º 2, p. 73-79.
- PEREIRA, Gaspar Martins (2010). **As ilhas no percurso das famílias trabalhadoras no Porto em finais do século XIX**. Comunicação apresentada

no I Encontro do CITCEM: "Família, espaço e património", Guimarães, 2010. Disponível em: [http://www.ghp.ics.uminho.pt/programa\\_iencontro.html](http://www.ghp.ics.uminho.pt/programa_iencontro.html).

PEREIRA, Nuno Teotónio (1994). Pátios e vilas de Lisboa, 1870-1930: a promoção privada do alojamento operário. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 29, n.º 127, pp. 509-524.

PEREIRA, Raul da Silva (1983). A habitação própria – solução do problema habitacional? **Análise Social**, Lisboa, Vol. XIX, nºs 77-78-79, pp. 737-741.

RAMOS, João (1902). Rasgamento de bairros acumulados. **A Medicina Moderna**. Porto, Vol. 3, n.º 106, pp. 353-354.

RODRIGUES, Teresa Ferreira (2008). O Século XIX. In: RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.). **História da população portuguesa: das longas permanências à conquista da modernidade**. Porto: CEPESE/Edições Afrontamento.

ROSAS, Fernando [et al.] (1994). A "indústria nacional". In: MATTOSO, José (dir.). **História de Portugal**, vol. 7. Lisboa, Círculo de Leitores, pp. 61-99.

SECRETARIADO da Propaganda Nacional [s.d.]. **Casas económicas**. Lisboa: Secretariado da Propaganda Nacional.

SHRYOCK, Richard Harrison (1977). **National Tuberculosis Association (1904-1954): A Study of the Voluntary Health Movement in the United States**. Nova Iorque: Arno Press.

SILVA, Carlos Nunes (1994). **Mercado e políticas públicas em Portugal: a questão da habitação na primeira metade do século XX**. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 29, n.º 127, pp. 655-676.

SOLAR, David e VILLALBA, Javier (dir.) (2007). **História da Humanidade: O mundo contemporâneo**. Lisboa: Círculo de Leitores.

TEIXEIRA, Manuel C. (1992). As estratégias de habitação em Portugal. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 27, n.º 115, pp. 65-89.

TEIXEIRA, Manuel C. (1994). A habitação popular no século XIX – características morfológicas, a transmissão de modelos: as ilhas do Porto e os cortiços do Rio de Janeiro. **Análise Social**, Lisboa, Vol. 29, n.º 127, pp. 555-579.

VEIGA, Teresa Rodrigues (2004). As realidades demográficas. In: SERRÃO, Joel e MARQUES, A. H. de Oliveira (dir.). **Nova História de Portugal**, vol. 5, Lisboa: Editorial Presença.

VIEIRA, Ismael Cerqueira (2012). **Conhecer, tratar e combater a “peste branca”**: a tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal. Porto: FLUP. Tese de Doutoramento.

VIEIRA, Ismael Cerqueira (2011). Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal: os Congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose (1901-1907). **CEM – Cultura, Espaço e Memória**. N.º 2 (2011), pp. 267-281.