

A Pandemia Esquecida

Olhares comparados sobre a pneumónica
1918-1919

José Manuel Sobral
Maria Luísa Lima
Paula Castro
Paulo Silveira e Sousa
(organizadores)

ICS

A Pandemia Esquecida

**Olhares comparados
sobre a pneumónica
1918-1919**

**José Manuel Sobral
Maria Luísa Lima
Paula Castro
Paulo Silveira e Sousa
(organizadores)**

ICS

**Imprensa
de Ciências
Sociais**

Imprensa de Ciências Sociais



**Instituto de Ciências Sociais
da Universidade de Lisboa**

Av. Prof. Aníbal de Bettencourt, 9
1600-189 Lisboa – Portugal
Telef. 21 780 47 00 – Fax 21 794 02 74

www.ics.ul.pt/imprensa
E-mail: imprensa@ics.ul.pt

Instituto de Ciências Sociais – Catalogação na Publicação
A pandemia esquecida : olhares comparados sobre a pneumónica,
1918-1919 / organizadores José Manuel Sobral ... [et al.].
– Lisboa : ICS. Imprensa de Ciências Sociais, 2009
ISBN 978-972-671-258-9
CDU 616



Capa e concepção gráfica: João Segurado
Revisão: Manuel Coelho
Índices remissivo e geográfico: Vasco Rosa
Impressão e acabamento: Tipografia Guerra – Viseu
Depósito legal: 302955/09
1.ª edição: Dezembro de 2009

Índice

Os autores	13
Prefácio	17
<i>Cristiana Bastos</i>	
Introdução	
A pandemia esquecida	21
<i>José Manuel Sobral, Maria Luísa Lima, Paulo Silveira e Sousa e Paula Castro</i>	
Parte I	
A pandemia no seu tempo	
Capítulo 1	
A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências	41
<i>David Killingley</i>	
Capítulo 2	
Perante a pneumónica: a pandemia e as respostas das autoridades de saúde pública e dos agentes políticos em Portugal (1918-1919)	63
<i>José Manuel Sobral, Paulo Silveira e Sousa, Maria Luísa Lima e Paula Castro</i>	
Capítulo 3	
Uma crónica da influenza espanhola no Brasil	93
<i>Anny Jackeline Torres Silveira</i>	
Capítulo 4	
A gripe pneumónica no Algarve (1918)	107
<i>Paulo Jorge Marques Girão</i>	

Capítulo 5	
A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica . .	131
<i>Mário Leston Bandeira</i>	

Capítulo 6	
A gripe pneumónica de 1918 em Portugal Continental: estudo sócioeconómico e epidemiológico, com particular análise do concelho de Leiria	155
<i>João Cúcio Frada</i>	

Parte II
A pandemia e os saberes médicos

Capítulo 7	
Lições de uma pandemia: análise comparativa das medidas sanitárias tomadas durante a gripe de 1918 e a SRA de 2003 . .	165
<i>Beatriz Echeverri Dávila</i>	

Capítulo 8	
Gripe pneumónica em Portugal: tensões, controvérsias e incertezas de uma época de transições	179
<i>Paula Castro, Maria Luísa Lima, José Manuel Sobral e Paulo Silveira e Sousa</i>	

Capítulo 9	
Bacilo <i>versus</i> vírus: olhares de médicos brasileiros sobre a gripe de 1918	197
<i>Liane Maria Bertucci</i>	

Capítulo 10	
Uma vacina «específica» para combater a gripe de 1918-1919 em Espanha	209
<i>Maria Isabel Porras Gallo</i>	

Parte III

Imagens, representações e atitudes face à pandemia

Capítulo 11

Morte e memória da pneumónica de 1918 221

Maria Rita Lino Garnel

Capítulo 12

A gripe pneumónica no Portugal republicano: o olhar dos escritores e dos fotógrafos 237

Daniel Melo

Capítulo 13

A febre da gripe nos jornais: processos de amplificação social do risco 255

Maria Luísa Lima, Paula Castro, Paulo Silveira e Sousa e José Manuel Sobral

Capítulo 14

A epidemia antes da pandemia: o tifo exantemático no Porto (1917-1919) 279

Paulo Silveira e Sousa, José Manuel Sobral, Maria Luísa Lima e Paula Castro

Capítulo 15

A Igreja e a pneumónica: auto-retrato e interpretações do flagelo 291

José Manuel Sobral, Paulo Silveira e Sousa, Paula Castro e Maria Luísa Lima

Bibliografia 313

Índice remissivo 333

Índice geográfico 343

Índice de quadros e figuras

Quadros

2.1	Estruturas hierárquicas do Estado português em matéria sanitária em 1918	67
5.1	Taxas brutas de mortalidade (‰) em 1918 por distritos, por ordem decrescente.	135
5.2	Relações de sobremortalidade em 1918 por distritos, por ordem decrescente.	135
5.3	Óbitos classificados como gripe e como «doenças desconhecidas», entre 1915 e 1919. Percentagens em relação ao total anual de óbitos	137
5.4	«Doenças desconhecidas» (%) em 1918 por distrito, por ordem decrescente.	137
5.5	Gripe e «doenças desconhecidas», distribuição mensal (%), 1917 a 1919	137
5.6	Óbitos presumidos por pneumónica no Continente e em Ponta Delgada em 1918 (diferença entre 1918 e 1917), por sexos	139
5.7	Óbitos presumidos por pneumónica em 1919	139
5.8	Esperança de vida à nascença, por sexos no distrito de Coimbra e no Continente em 1917 e em 1918 (em anos).	145
5.9	Distritos por ordem decrescente segundo a sobremortalidade determinada em função das taxas brutas de mortalidade e da esperança de vida à nascença.	146
5.10	Diferenças entre a esperança de vida no nascimento em 1917 e em 1918, por sexos, por distritos, por ordem decrescente	146
5.11	Diferença entre o número de óbitos em 1919 e em 1917, em todos os distritos	148
5.12	Índices do risco de sobremortalidade, entre 1917 e 1918, por distritos	149
5.13	Esperança de vida no nascimento em 1917 e em 1918, por sexos, por distritos. Diferenças entre 1917 e 1918	154

8.1	Tratamentos utilizados na influenza	183
8.2	Classificação das peças sobre gripe publicadas na imprensa entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919	188
8.3	Exemplos de subscrições abertas pela sociedade civil para ajuda às vítimas da epidemia e suas famílias.	191
8.4	Exemplos de acções de ajuda individuais e de sociedades comerciais	192

Figuras

5.1	Taxas de mortalidade infantil, Portugal, 1915-1920	132
5.2	Taxas brutas de natalidade, de mortalidade e de nupcialidade, Portugal, 1900-1925	133
5.3	Quocientes comparativos de mortalidade em ambos os sexos, Continente, 1917 e 1918	141
5.4	Quocientes comparativos de mortalidade em ambos os sexos, distrito de Coimbra, 1917 e 1918	142
5.5	Índices do risco de sobremortalidade, Continente, sexos masculino e feminino	144
5.6	Índices do risco de sobremortalidade entre 1918 e 1917, distrito de Coimbra, sexos masculino e feminino	144
7.1	Taxa de mortalidade por gripe em Espanha, 1918-1919	168
13.1	Representação do modelo da amplificação social do risco.	259
13.2	Exemplos de capas de revistas sobre a gripe das aves	264
13.3	Frequência de notícias em 1918, em função dos meses	266
13.4	Referências na primeira página, em função dos meses.	266
13.5	Representação da pneumónica na <i>Ilustração Portuguesa</i>	268
13.6	Exemplo de banalização da gripe na publicidade (<i>O Século</i> , 13 de Outubro de 1918)	269
13.7	Exemplo de utilização da gripe na promoção de produtos (<i>O Século</i> , 27 de Outubro de 1918)	270

Os autores

Anny Jackeline Torres Silveira é professora adjunta do Colégio Técnico e do Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense, mestra e bacharel em História pela Universidade Federal de Minas Gerais. Integra o grupo de pesquisa Scientia/UFMG, na área de História das Ciências da Saúde. É autora do livro *A Influenza Espanhola e a Cidade Planejada: Belo Horizonte, 1918* (Belo Horizonte, Argvmentvm, 2007).

Beatriz Echeverri Dávila é doutorada em Sociologia, investigadora independente no Grupo de Estudios «Población y Sociedad» (GEPS) da Universidad Complutense de Madrid. A sua principal área de interesse tem sido a demografia histórica, com especial ênfase na «gripe espanhola» e na evolução da mortalidade infantil em Espanha. Participou recentemente no projecto de investigação Therapeutic Decisions in Menopause e na análise do inquérito sobre imigração em Espanha, dirigida pelo GEPS e pelo Instituto Nacional de Estadística (INE).

Daniel Melo é investigador no Centro de História da Cultura da Universidade Nova de Lisboa (Faculdade de Ciências Sociais e Humanas). Doutorou-se em História Moderna e Contemporânea pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). É autor dos livros *Salazarismo e Cultura Popular* e *A Leitura Pública no Portugal Contemporâneo* (ambos de Lisboa, ICS, 2001 e 2004), distinguidos com o Prémio de História Contemporânea Victor de Sá. As suas principais áreas de pesquisa são o associativismo, a cultura popular, as políticas públicas e as migrações.

David Killingray é *professor emeritus* de História Moderna no Goldsmiths College da Universidade de Londres. Os seus interesses de investigação incluem a história de África, do colonialismo inglês e da Primeira Guerra Mundial. Em Setembro de 1998 organizou, com Howard Phillips, a Conferência Internacional «The Spanish Flu 1918-1998: Reflections on the Influenza Pandemic of 1918-19 after 80 Years», na Cidade do Cabo, e foi depois co-editor do livro a que este encontro deu origem (*The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, Londres, Routledge, 2003), que marcou decisivamente o renascer do interesse pelo estudo da pandemia de gripe de 1918-1919.

João Cúcio Frada é licenciado em Medicina (FML), em Ciências Antropológicas e Etnológicas (ISCSP) e em História (FLL), doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, clínico e professor universitário, leccionando na Faculdade de Medicina de Lisboa e na Universidade Atlântica, em Lisboa. É autor do livro *A Gripe Pneumónica em Portugal Continental – 1918* (Lisboa, Sete Caminhos, 2005).

José Manuel Sobral, licenciado em História e doutor em Antropologia, é investigador principal do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Tem investigado temas em Antropologia e História, com relevo para os domínios da família e do parentesco, da estrutura social, do poder e do conflito, do nacionalismo e do racismo, da memória social e da história da etnografia em Portugal. Ultimamente dedicou-se também ao estudo da gripe pneumónica e da antropologia histórica da alimentação e da cozinha. A sua obra principal é o livro *Trajectos: o Presente e o Passado na Vida de uma Freguesia da Beira* (Lisboa, ICS, 1999).

Liane Maria Bertucci é doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora de História da Educação na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Desenvolve estudos sobre história da saúde e do trabalho relacionados com a educação, ciência da saúde, práticas de cura, saúde pública. É autora dos livros *Saúde: Arma Revolucionária* (Campinas, Publicações CMU/Unicamp, 1997), *Influenza, a Medicina Enferma* (Campinas, Ed. Unicamp, 2004) e *Múltiplas Faces do Educar* (co-organização N. F. Dinis; Curitiba, UFPR, 2007).

María Isabel Porras Gallo é professora titular de História da Ciência da Faculdade de Medicina de Albacete, na Universidade de Castilla-La Mancha. A sua principal linha de investigação é a história da doença, especial-

mente a da gripe de 1918-1919 e da poliomielite em Espanha. Autora do livro *Un Reto para la Sociedad Madrileña: La Epidemia de Gripe de 1918-1919* (Madrid, Ed. Complutense-CAM, 1997) e co-editora de *De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima: El Papel del Paciente en la Prevención de la Enfermedad* (Aranjuez-Madrid, Edit. Doce Calles, 1998).

Maria Luísa Lima é professora associada com agregação no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL e investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-IUL, em Lisboa. É presidente da Associação Portuguesa de Psicologia. Tem desenvolvido pesquisa no domínio da percepção de riscos ambientais e de saúde, centrando-se nos processos psicossociais que os modelam. Nos últimos anos, tem-se dedicado a este tema na perspectiva da Psicologia Social da Saúde.

Maria Rita Lino Garnel é doutorada em História Contemporânea, pela Universidade de Coimbra. É membro do CesNova – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. Tem em curso um projecto de investigação de pós-doutoramento intitulado «Médicos e políticas de saúde no Parlamento da I República». Entre outras publicou a obra *Vítimas e Violências na Lisboa da I República* (Coimbra, Imprensa da Universidade, 2007).

Mário Leston Bandeira é professor catedrático do Departamento de Sociologia do ISCTE-IUL. Trabalha nas áreas da Demografia, Sociologia da População e Sociologia da Família. Entre outras obras, publicou *Demografia e Modernidade: Família e Transição Demográfica em Portugal* (Lisboa, Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1996)

Paula Castro é professora associada do Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE-IUL e investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-IUL. Tem investigado os processos psicossociais e os formatos comunicativos mobilizados pelos indivíduos e os grupos para a aceitação ou a resistência a inovações legislativas e científico-tecnológicas. Tem publicado em revistas como: *Análise Social, Journal of Community and Applied Social Psychology, Journal for the Theory of Social Behaviour* e *Journal of Environmental Psychology*.

Paulo Jorge Marques Girão licenciou-se em História pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa em 1989.

A Pandemia Esquecida

Concluiu o mestrado em História Regional e Local em 2002 com a apresentação da tese de dissertação sobre a gripe pneumónica no Algarve. É professor efectivo da Escola EB 2,3 de Monchique e investigador no Instituto de Cultura Ibero-Atlântica de Portimão.

Paulo Silveira e Sousa é investigador e doutorando do Instituto Universitário Europeu de Florença. Mestre em Ciências Sociais pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Autor de vários artigos sobre História das Instituições, História Social das Elites, História dos Açores e História da Saúde Pública (séculos XIX e XX).

Prefácio

Epidemia esquecida, apagada, silenciada... o propósito deste volume, e da conferência que o originou, bem como do projecto de investigação que lhe esteve na base, foi o de resgatar do esquecimento/apagamento/silêncio um fenómeno que teve consequências demográficas, sociais, económicas, culturais e sanitárias de vasta magnitude: a epidemia de gripe de 1918-1919, também conhecida por influenza, pneumónica, ou ainda gripe espanhola. Ou «plémónica», na transcrição vernácula de lugares – como o interior do Algarve não muito remoto – onde a memória se distende por intervalos mais amplos e onde ainda ocorre aos mais idosos a lembrança da devastação que se conjugou com a guerra, as intempéries e a fome no mundo rural.

Identificado o paradoxo entre a intensidade dessa epidemia e a escassa contrapartida que tem em termos historiográficos, os colaboradores deste volume propõem análises, descrições e interpretações que no seu conjunto ajudam a repor o que poderíamos chamar «défice de reconhecimento». Obviamente, fazem mais que reconhecimento: permitem-nos, com as suas contribuições, conhecer melhor o que era este país, o que era a Europa e o mundo no período que corresponde ao final da Grande Guerra – final esse que, como sugere Crosby e debate Killingray, poderá ter sido precipitado pela pandemia. Alguns dos textos aproximam-nos de microcosmos regionais, outros de contextos internacionais, outros traçam aspectos particulares da conjuntura nacional à época e do impacto que a gripe teve na sociedade, na demografia, na economia, nas representações.

Ficamos a conhecer melhor a cultura material em que a epidemia eclodiu, os instrumentos disponíveis para intervenção sanitária, para prevenção, terapêutica, difusão de informação. Mas não se trata apenas de recuperar do passado um conjunto de narrativas: está em causa

confrontá-las, também, com alguns dos instrumentos contemporâneos de investigação biológica. Ficamos mais perto de conhecer como se sovia, como se temia, como se ultrapassava o temor, como se sobrevivia e convivia; mas ficamos também mais perto de identificar os trajectos da infecção pela sociedade, pelo espaço e pelos corpos. Se antes tínhamos, mesmo que esquecidas, ou silenciadas, narrativas da febre, das dores, da cianose, da pneumonia, da morte, do luto, hoje temos também retratos microscópicos e mapas genéticos do agente infeccioso e dos processos biológicos que desencadeava.

Não podemos deixar de concordar com Charles Rosenberg, cuja pioneira abordagem das epidemias de cólera nos Estados Unidos do século XIX mostrou o quanto as epidemias e as crises de saúde são uma plataforma de observação das sociedades e momentos históricos que as produzem – e que, também, por elas são produzidos. Assim acontece, como os autores deste volume exemplarmente demonstram, com a pandemia de influenza.

Tudo isso, certamente, sabiam estes autores que, através da *pneumónica*, nos aproximam das complexidades e nuances da sociedade de 1918-1919. O que não podiam adivinhar era quão perto estávamos da eclosão de um novo surto de gripe cujo vírus tem bastantes semelhanças genéticas com aquele e que de novo aparece com dimensões globais. Embora tal possibilidade estivesse contemplada e fosse mesmo anunciada algumas vezes, nas últimas décadas do século XX, a mais ruidosa das quais com a síndrome respiratória aguda, ou SRA, ou SARS, ou «gripe aviária», em 2003, ninguém previu a quase exacta coincidência temporal entre a produção deste volume e a declaração de um surto de gripe A (H1N1), conhecida ainda, nalguns países, como «gripe suína». Tal coincidência foi ainda captada na Introdução do presente volume, escrita pelos seus coordenadores entre o surto que eclodiu em Junho-Julho e o que se anuncia para o Outono. Este faz-se já presente pelo avolumar de informação e disponibilidade de meios preventivos. Trazendo consigo toda a paleta de elementos que os estudiosos de epidemias têm vindo a conceptualizar – a fronteira, a mobilidade, a quarentena, a separação, o medo –, esta antecipação da epidemia mostra que afinal o «esquecimento» é ténue, o apagamento é sectorial e a memória tem cicatrizes que se ritualizaram em comportamentos padronizados e «espontâneos», que oscilam entre a solidariedade de um «santinho!», ou «saúde», a cada espirro, e o temor do contágio que ora leva à fuga, ora se apresenta em desproporcionada parafernália protectora.

E, se os cientistas biomédicos nos mostram que muita coisa é diferente entre a pandemia de 1918-1919 e a que se anuncia agora, nomeadamente

quanto ao arsenal terapêutico disponível, também os cientistas sociais nos elucidam sobre outros contrastes. Se algo podemos generalizar é que invertemos a discrepância apontada para 1918-1919 entre o carácter mundial da pandemia e o carácter local, mesmo provincial, das abordagens de que foi alvo. Hoje temos dispositivos de grande escala para acompanhamento e podemos contar, quase à unidade, os casos que vão sendo identificados em todo o mundo, as curvas de incidência da epidemia, o mapa genético do vírus, os pormenores clínicos de cada caso. Temos informação que à escala global antecipa eventos – mas não os pode prever. Perante o avolumar de informação com que fintamos a incerteza, propomos aqui um recuo táctico e reflexivo: analisando criticamente o passado, melhor podemos decifrar o presente.

Cristiana Bastos
Lisboa, Outubro de 2009

José Manuel Sobral
Maria Luísa Lima
Paulo Silveira e Sousa
Paula Castro

Introdução

A pandemia esquecida *

1

Depois de ter sido detectado no México em Abril um vírus de gripe, a Organização Mundial de Saúde declarou – a 11 de Junho de 2009 – estar-se diante de uma pandemia. É a primeira vez que tal sucede nas últimas quatro décadas – desde a pandemia de gripe de Hong-Kong de 1968 – apesar de termos passado por vários alertas, em particular os resistentes à gripe aviária, nos últimos anos.

A actual pandemia deve-se ao vírus de influenza A (H1N1), o agente causador da gripe de 1918-1919, um dos piores flagelos epidémicos da história humana.¹ E o alarme que suscita radica no conhecimento do que significa como um perigo potencial, que pode atingir milhões. Em 1918, a situação em termos de conhecimento médico era bem diferente da de hoje. O vírus era então desconhecido: só em 1933 foi possível demonstrar que ele era a causa da influenza, e só nos anos 40 os investigadores o puderam observar, graças ao microscópio electrónico. Não se sabia como operava e não havia medicamentos eficazes para lidar com ele. Hoje em dia o modo de operar do vírus é conhecido, sabe-se que

* O título deste livro constitui uma homenagem à obra pioneira do historiador norte-americano Alfred W. Crosby, intitulada *Epidemic and Peace, 1918*, de 1976, em que tratou das questões da memória e do esquecimento da pandemia. A uma edição posterior chamou-lhe *America's Forgotten Pandemic*.

¹ Há outros dois tipos de vírus de influenza, o B e o C. Os vírus C raras vezes causam doenças entre os humanos e o B corresponde à gripe clássica do Inverno (Honigsbaum 2009, 11). O tipo A infecta porcos, cavalos, focas, baleias, muitos tipos de aves e os humanos; o B só os humanos. A letra H designa uma proteína, a hemaglutinina, que liga o vírus à célula hospedeira, e a N uma outra – neuraminidase – que promove a libertação dos vírus das células infectadas e a sua propagação no tracto respiratório (Laver, Bischofberger e Webster 2000, 175).

não é estável mas sujeito a mutações, que pode ser comunicado entre animais, passar destes aos humanos e ser transmitido entre estes últimos. Também se possuem outras armas para lutar contra ele: vacinas, como profilaxia, antibióticos, para tratar as infecções secundárias que precipita, e antivíricos. No entanto, o alarme subsiste. Em certas doenças provocadas por vírus, como a varíola e o sarampo, o facto de se ter sido infectado ou vacinado pode garantir a imunidade para toda a vida. Não assim com o vírus da gripe, que está sempre a mudar (Laver, Bischofberger e Webster 2000, 175). Sabe-se que não se pode evitar a sua acção, conhece-se o seu carácter altamente contagioso e reconhece-se que a sociedade globalizada dos nossos dias, assente em particular num tráfego aéreo permanente que unifica os continentes, é um terreno mais propício à pandemia do que a sociedade da segunda década do século XX, quando o tráfego de pessoas e mercadorias por via marítima envolvia contingentes humanos muitíssimo menores e se demorava dias e semanas a colocar os continentes em contacto.

2

Todavia, há um contraste enorme entre o alarme suscitado pela eventualidade de uma repetição – mesmo que haja cepticismo quanto a efeitos mortíferos equiparáveis (Honigsbaum 2009, 168-170) – e a memória colectiva da pandemia de 1918. De facto, a não ser os alarmes e a reiteração de algumas notícias, aquela pandemia parece ter-se sumido da recordação. Até às últimas duas décadas, poucas obras lhe foram dedicadas, o que talvez possa ser explicável pelo facto de a generalização do interesse pelo estudo histórico das doenças ser relativamente recente.² Também não foi tema relevante de memórias ou autobiografias, ou de obras literárias em sociedades onde a influenza de 1918-1919 tem vindo a ser mais estudada. Nos Estados Unidos, mesmo uma órfã da influenza, como a escritora Mary McCarthy, quase nada disse da epidemia, o mesmo acontecendo com alguns dos maiores escritores desse tempo, como John dos Passos – que adoeceu com a gripe –, Hemingway, Faulkner, Scott Fitzgerald.³ Os testemunhos mais relevantes serão os de Thomas Wolfe, de

² Numa das obras pioneiras que introduziu a influenza como objecto de estudo, refere-se a sua ausência dos livros de história mais importantes utilizados nas universidades norte-americanas (Crosby 2003 [1989]: 314-315).

³ Referimos estes escritores, citados por Crosby, por grande parte da sua obra estar traduzida em português e serem familiares aos organizadores deste livro.

Katherine Anne Porter (Crosby 2003 [1989], 314-317), ou de Steinbeck, atingido pela doença (Johnson 2006, 176). Na Grã-Bretanha, a pandemia raramente é mencionada na ficção, em memórias ou autobiografias (Johnson 2006, 172-179).

Em Portugal, à data do lançamento deste projecto, havia apenas dois livros de história da pandemia, recentes, referentes a dois contextos regionais – os de Frada (2005) e Girão (2003) –, embora obras sobre o período já lhe fizessem referência (Oliveira Marques, 1978), se bem que sem desenvolver a investigação a seu respeito.⁴ Também entre nós são muito escassas as referências à pandemia em autobiografias e livros de memórias. Embora não possamos reivindicar um conhecimento exaustivo da bibliografia da época – e aceitemos as lacunas da nossa pesquisa –, a sondagem que efectuámos para a literatura revela-nos a mesma elisão. Aparentemente, nomes destacados da literatura da época, hoje quase desconhecidos, como João Grave, Augusto Casimiro, Manuel Ribeiro ou Joaquim Paço d'Arcos não parecem ter dedicado qualquer romance, conto ou sequer passagem à epidemia de gripe. Do mesmo modo, não conseguimos localizar trechos que se lhe reportem nas obras de Aquilino Ribeiro, Raul Brandão ou José Rodrigues Miguéis. A enorme produção literária e de memórias surgida na sequência da participação portuguesa na I Guerra Mundial quase não lhe faz menção. Numa outra amostra de treze livros de memórias e histórias profissionais publicados por médicos entre 1918 e a actualidade, também deparamos com um idêntico e expressivo silêncio.⁵ Uma das descrições mais importantes da pneumónica encontra-se no conto «Renovo», inserto nos *Novos Contos da Montanha* (1944), do médico e escritor Miguel Torga.

Torga, que teria uns 11 anos aquando da epidemia, descreve os efeitos da mesma numa aldeia. Uma mulher, cujo marido, as três filhas e dois netos haviam morrido, procura manter vivo e com esperança o filho doente – com ela, o único membro sobrevivente da família – que se inquieta a cada dobre a finados do sino da igreja. Procura convencê-lo de que quem morre são os mais velhos, como seria de esperar, e não o grupo jovem – precisamente o mais atingido pela pandemia – a que o filho per-

⁴ V. capítulo 11 de Maria Rita Lino Garnel neste volume.

⁵ V. neste mesmo volume os resultados da investigação de Daniel Melo, independente da que levámos a cabo – à época já havíamos terminado a nossa pesquisa e ele não utilizou estes dados, nem nós os por ele angariados – mas que coincide connosco na conclusão geral da sua pesquisa, o que não deixa de ser elucidativo, abordando ainda outros autores e importantes espólios fotográficos.

tence e em quem reside a esperança da continuidade e da renovação da vida. Oculta-lhe a morte da namorada, dizendo que é ela quem a impede de o visitar, para evitar o contágio. Com o filho restabelecido, já não lhe pode esconder a situação. Ao ver da janela os campos em pousio, as casas fechadas, a aldeia deserta, este descobre o que aconteceu e que também a namorada pereceu. Mas enquanto o sino, que havia cessado de dobrar a finados, para não levar o pânico aos doentes, toca agora para assinalar a vida representada por um baptizado, a mãe aponta-lhe o caminho da continuidade, representado pela existência de mais mulheres e pelos campos, que exigiam «fé e coragem». Pelo meio deste pequeno conto ficamos a descrição do flagelo em meios rurais e o recurso à religiosidade católica, representado pela invocação do padroeiro, o mártir S. Sebastião – protector da peste –, do Senhor dos Passos, do Arcanjo S. Miguel, pela descrição da reunião de homens e mulheres em atitudes de expiação ritual perante a divindade. Ora, dessa concentração religiosa terá resultado precisamente uma intensificação da epidemia pelo contágio, a que o médico não pudera valer. As pessoas morriam rapidamente. Detalhes deste tipo, que são concordes com o descrito em outras fontes da época, denotam um conhecimento preciso do modo como a pandemia operou, revelador do conhecimento do médico já adulto que porventura reconstrói reminiscências da infância.⁶

Mais tarde, já na década de 1970, o escritor Alves Redol, na sua obra publicada postumamente *Os Reineiros*, iria construir uma belíssima saga familiar passada entre os operários e a população mais pobre e marginal de Lisboa. Iniciando-se ainda no final da Monarquia Constitucional, a acção deste romance terminaria com a revolta monárquica de Monsanto, entre 22 e 24 de Janeiro de 1919. Nela, o povo, novamente em armas, salvaria uma República que o havia quase sempre esquecido desde 1910. As descrições da pobreza, da fome, da carestia, das más condições de trabalho e de alojamento são muito frequentes no texto, tal como as referências a greves, lutas políticas, acidentes de trabalho ou pequenas situações de conflito com a polícia e a comunidade, envolvendo roubos, desordens, violência e prostituição. Porém, apenas se menciona de passagem a pneumónica, como se esta fosse apenas mais uma entre as várias provações a que os desafortunados da cidade estavam sujeitos numa República pequeno-burguesa, sempre do lado dos exploradores. O capítulo XXVIII começaria da seguinte forma:

⁶ Agradecemos esta indicação a Margarida Goulão.

As greves parciais não cessavam e o povo começava a cansar-se. Entre os salários e o custo de vida, aumentava o abismo [...] A pneumónica alastrava, numa ceifa aterradora. Os cadáveres ficavam à porta dos cemitérios, esperando vez. Famílias inteiras desapareciam, aldeias despovoavam-se. Não bastavam os transportes usuais para carregar os mortos. (Redol 1972, 364)

Depois desta curta descrição a pandemia só será novamente referida num diálogo em que uma das personagens pretende vincar que as provações dos desafortunados ainda não tinham terminado:

- Mas que festa é que havia?
- Como a guerra acabou...
- Tu já sentiste que ela acabou? Pois eu, não. Ainda hoje no conto vi bem. E as prisões cheias... e a pneumónica... e a fome que por aí vai. Se não é dia de luto, também não é dia de festa. A nossa guerra ainda não acabou. Parece-me que vai agora começar.
- Cruzes, homem!...
- Vais ver o que está para vir... (Redol 1972, 370)

A literatura portuguesa raras vezes tomaria a gripe pneumónica como matéria-prima, apesar de ela permanecer na memória individual, como pudemos constatar à medida que dávamos conta da nossa pesquisa.⁷ Familiares mais velhos, colegas e amigos contaram histórias que ouviram narrar do modo como a «gripe» afectou a sua própria família ou as localidades em que viviam.

No seu livro de memórias familiares, um exemplo invulgar deste tipo de literatura em Portugal, o arquitecto Francisco Keil do Amaral descreve, detendo-se em particular no destino de uma família de comediantes pobres, como a gripe pneumónica chegou à sua freguesia de Santar, na Beira Alta.

Chegou. E devastou a vila. A Nazaré escapou... E nós também. Gargarejávamos com desinfetantes e tomávamos pastilhas de manhã à noite...

Raros dias transcorriam sem os sinos tocarem a finados. Desapareceram famílias inteiras, ou ficaram dramaticamente reduzidas. Duma delas nunca mais me esqueço, apesar dos meus verdes anos de então, e nunca a rememoro sem emoção e enternecimento. Os Vargas – pai, mãe, cinco filhos, três ou

⁷ V. capítulo 12 de Daniel Melo neste mesmo volume. Tivemos acesso a essa memória ao falar do projecto com familiares e colegas e durante o colóquio por nós organizado através do testemunho do historiador António Reis.

quatro cães e pombas (os cães e as pombas faziam parte do agregado familiar) – não eram da vila mas tinham por ela um certo fraco e ali se atardavam nas suas *tournées* artísticas. Constituíam um «grupo dramático» como então se intitulavam algumas «troupes de comediantes» que percorriam a região, dando espectáculos nos teatrinhos pobres daquelas terras pouco fartas, alguns deles improvisando em adegas ou armazéns. Disso comiam, nem sempre até saciar a fome. Disso e da poesia. Na vila, sentavam-se, à noite, nos degraus do cruzeiro erguido em frente da nossa casa e o Vargas propunha aos seus numa voz enfática, deformada pelo palco: «façam versos à Lua, versos bonitos... Se ficarem bem feitos amanhã comem bacalhau com batatas». E aí desatavam todos a improvisar quadras singelas e claudicantes, que o Vargas criticava, retocava e seleccionava para as ir oferecer no dia seguinte, escritas em floreados papéis numa floreada caligrafia, às donas das casas abastadas, na esperança de que a gentileza fosse retribuída em dinheiro ou géneros. A «pneumónica» levou-lhe a mulher e os cinco filhos. As pombas comeu-as, com lágrimas nos olhos. E os cães abandonou-os, miseravelmente... (Amaral 1970, 222-223)

Entre os trechos relevantes referentes a recordações da época, contam-se as memórias do dirigente anarco-sindicalista Emídio Santana, que referiremos em outro capítulo e, num registo muito dramático, as do poeta, médico e militante comunista Armindo Rodrigues. De uma forma muito clara e sentida, dá-nos o retrato conciso de um sofrimento pessoal intenso, numa época de acontecimentos excepcionais e de forte aceleração do movimento político e social. Atacado com a pneumónica, o padecimento do seu pai seria contemporâneo do funeral de Sidónio Pais:

Eu estava em férias, na minha casa paterna, porque era o dia 21 de Dezembro. O meu pai adoecera com a terrível gripe pneumónica, que em dois anos, e em duas voltas que deu ao mundo, em dois surtos sucessivos, mataria o dobro das pessoas que a Grande Guerra matara em quatro. Naquela manhã o meu pai sentira-se pior, e em dado momento teve uma hemoptise aparatosa. Foi chamado o médico, que tinha o consultório do lado oposto do quarteirão e acudiu logo que pôde. Urgia aviar a receita. Corri ao Rossio. De sul para norte, com extrema lentidão, uma força de cavalaria da Guarda Republicana avançava. Suponho que seria a testa do cortejo. É de acreditar que eu estivesse nervosíssimo. Tinha catorze anos e meio de idade. Escoando-me por entre os cavalos, cortei, rápido, a formação militar. Apenas parei na farmácia. Quando voltei atrás, já a cavalaria iria no Largo das Duas Igrejas ou mais adiante. Na Rua Augusta havia uma confusa vozeria e tiros. Vinha de lá uma onda de gente que fugia. Ouvi de raspão que uma janela carregada de gente aluía e que havia mortos. Nunca apurei se caiu ou não qualquer sacada. Mortos sei que os houve, pelos tiros de um ou outro soldado que se tomou de pânico. Ao cruzar a Rua da Betesga, ultrapassou-me um homem com uma

volumosa braçada de chapéus encaixados uns dos outros, que fora apanhando pelo chão. O meu pai não morreu nesse dia. Morreria no dia de Natal. Teve uma agonia demorada e penosa. A um mês de se completarem, pois que estamos em Novembro de 1984, sessenta e seis anos da morte dele, cuido sentir-lhe o arquejo aflito e ver-lhe os olhos ternos e baços, fitos nos meus, atónitos e impotentes. (Rodrigues 1998, 82-83)

3

A que se deve então o silêncio *público* sobre a gripe? ⁸ Haverá múltiplas razões para esse facto. Crosby, um dos primeiros historiadores da pandemia, preocupou-se com o esquecimento que a rodearia e dedicou mesmo a última parte da sua obra à inquirição das razões para o mesmo. Segundo ele, há várias razões que explicam este esquecimento. Em primeiro lugar, deve ter-se em conta que as epidemias não eram algo de inesperado como o seriam hoje, ao menos em sociedades «avançadas». Havia uma memória viva de outras epidemias, como a febre tifóide, a febre amarela, a difteria, a cólera. Embora a pandemia se processasse a uma escala de que não havia uma experiência prévia, não era algo completamente distinto (Crosby 2003 [1989], 319). Poderemos acrescentar que esta familiaridade com o facto epidémico existia naturalmente também no caso de Portugal, onde menos de duas décadas antes houvera um surto de peste bubónica e a pneumónica ocorre num contexto sanitário marcado pela recorrência de epidemias como as da varíola e do tifo enxatématico, que grassavam no momento em que ela se fez sentir.

Depois, o historiador norte-americano sublinha ser a guerra, que incidia sobre o mesmo grupo etário que a pandemia, provavelmente a causa mais importante da indiferença relativamente à gripe. O conflito bélico era a principal preocupação mesmo entre os médicos militares, que tiveram de enfrentar a pandemia nos exércitos. Esta posição é partilhada por historiadores da gripe na Grã-Bretanha, para quem também a Grande Guerra teve um impacto muito maior na memória colectiva, ficando a pandemia como uma componente ou comparsa menor da história maior

⁸ Referimo-nos a esquecimento público, pois pouco sabemos em termos da transmissão desta memória em âmbitos mais delimitados, como o da família, para além de constatar a sua existência. Para o historiador norte-americano Alfred Crosby há uma enorme diferença entre o que se passa a nível público, e a que temos acesso pelo material impresso, e o que se passa a nível privado, onde a pandemia deixou memórias de uma enorme influência (Crosby 2003 [1989], 323).

representada por um conflito armado igualmente de uma amplitude sem precedentes (Johnson 2006, 180).

Segundo Crosby, o próprio facto de haver uma forte disparidade entre a morbidade, elevadíssima, e a mortalidade, bastante menor, retiraria impacto à gripe. Uma doença como a raiva, que atingia poucos, mas conduzia a uma mortalidade elevadíssima, seria mais aterrorizadora do que a influenza, onde sucedia precisamente o inverso. Além disso, esta última não estava inserida em termos atemorizantes na memória popular (ao contrário de outras epidemias, como a cólera ou febre amarela), dela irradiando, até bem avançado o surto do Outono de 1918, uma imagem geral de carácter benigno. A pandemia também não teria atingido mortalmente as figuras mais importantes da nação (americana), o que contribuiu para o seu esquecimento. Finalmente, ela teve um impacto reduzido ao nível das organizações e das instituições, quer dizer dos colectivos. Não terá desencadeado grandes mudanças no campo político, nos governos, nos exércitos, nas grandes empresas ou nas universidades. Como observou com agudeza: «[...] A influenza espanhola teve uma influência duradoura não ao nível das colectividades, mas ao nível dos *átomos* da sociedade humana – os indivíduos» (Crosby 2003 [1989], 319-323).

Podemos partir destas últimas observações sobre a diferente incidência e efeitos de eventos como a guerra e a pandemia, para explicar o esquecimento de que a gripe de 1918-1919 foi objecto ao nível dos colectivos públicos, como o representado pelo Estado-nação, em contraste com o conflito bélico de que foi coetânea.

Devemos ter em conta desde logo que a memória não é uma mera persistência do passado no presente, mas um produto do presente (Halbwachs, 1950), moldado selectivamente pelas circunstâncias do ambiente social que determinam o que é ou não memorável e o que pode – ou mesmo deve – ser esquecido (Zerubavel 1997, 84). Desse ponto de vista, aquilo que determina o memorizado são os «quadros sociais da memória», como referiu Maurice Halbwachs na sua obra pioneira (1994 [1925]), os «ambientes da recordação» – como a família, o local de trabalho, a profissão, o clube, o grupo étnico, a comunidade religiosa e a nação – de que fala o sociólogo cognitivo Eviatar Zerubavel (1997, 81), as «comunidades da memória» de que trata Misztal (2003, 19). Para o Estado, e nomeadamente para aquele que se apresenta identificado com um colectivo etnocultural, a nação, os acontecimentos mais relevantes são os que se prendem com a história desta entidade. Ora, do ponto de vista do Estado, ou do Estado-nação, o facto mais relevante da época foi a Grande Guerra, que envolveu profundamente os Estados europeus, e não a gripe.

A guerra determinou, para muitos, o ganho ou a perda de territórios, a vitória ou a humilhação, a mudança de posição em termos de poder ou o quase desaparecimento. Mudou o mapa da Europa e esteve na base de revoluções sociais e da ascensão de nacionalismos autoritários que conduziram a um segundo conflito em 1939-1945. Foi em nome da nação – da pátria – que se matou e morreu.

As guerras têm estado ligadas à trajectória no tempo – fundação, afirmação, ampliação do território, perdas e recuperação da independência – dos colectivos pensados como nacionais. Basta atentar na história portuguesa, pontuada pelas lutas do primeiro rei pela autonomia, pela conquista, pela defesa de um Estado português, pela guerra pela preservação da independência (a última destas no século XIX, contra os invasores napoleónicos). Por isso as guerras, como a mudança política em geral, são factos importantes do que é memorizado como história nacional. Essa construção da memória opera a níveis distintos: através das narrativas, como as dos manuais escolares, da história popular ou académica; também através de rituais ou comemorações apropriadas (Connerton 1989) e por meio do que poderíamos chamar, na esteira de Pierre Nora (1984), «lugares da memória»: monumentos como o Cenotaph, em Whitehall, Londres, centro das comemorações do fim da Grande Guerra de 1914-1918, elucidativamente designadas como Remembrance Sunday e que têm lugar no domingo mais próximo do dia do Armistício (11 de Novembro).

Como assinalou Tom Quinn (2008, 123), quase sem excepção todas as aldeias e cidades na Grã-Bretanha possuem um memorial dedicado aos mortos na Grande Guerra. Em Portugal, muitas sedes dos concelhos ostentam os seus monumentos aos mortos da Grande Guerra e há cemitérios com os talhões das sepulturas de combatentes nesse conflito. Na casa do capítulo do Mosteiro da Batalha existe um túmulo ao soldado desconhecido morto na Grande Guerra de 1914-1918, com uma guarda de honra de militares e onde se mantém acesa uma chama – a também significativamente chamada «chama da pátria». Este local não foi escolhido ao acaso, mas de modo a produzir uma continuidade entre o passado e o presente do colectivo nacional, procedendo a uma *colagem mnemónica*⁹ entre eventos separados por mais de cinco séculos, pois o mosteiro foi erguido para comemorar a vitória do exército de D. João I

⁹ Por colagem mnemónica entende-se, à semelhança da montagem cinematográfica, a transformação de «pontos não contíguos no tempo [como os eventos de 1383-1385 e a Grande Guerra] numa continuidade histórica aparentemente ininterrupta» [a continuidade do colectivo nacional] (Zerubavel 2003, 40).

sobre o rei de Castela, que permitiu a persistência de um Reino independente de Portugal, matriz do Estado-nação. Detecta-se aqui claramente a ligação entre guerras e facto nacional a que aludimos acima, e que fez da Grande Guerra um elemento de uma importância *pública* não comparável com a pneumónica.

Nos anos 20 fundou-se, como em outros países, uma Liga dos Combatentes da Grande Guerra – que ainda hoje existe, com uma filiação alargada –, colectivo que complementava a acção do Estado na manutenção das recordações da guerra e movido por preocupações nacionalistas. Ainda este ano se comemorou, de modo modesto quando comparado com o Remembrance Sunday, em Richebourg, onde há um cemitério militar português, e La Couture, onde há desde 1928 um monumento aos mortos portugueses no conflito, o aniversário da batalha de La Lys, onde a 9 de Abril de 1918 o corpo de exército português que combatia ao lado dos aliados sofreu pesadas baixas. Como dizia a fonte onde foi colhida a informação, trata-se de um acontecimento que «jamais deverá ser esquecido pela memória colectiva de Portugal». ¹⁰

Nada disto se passa com a pneumónica, da qual haverá escassíssimas referências a nível monumental ¹¹ e que nunca é objecto de qualquer comemoração. Não entra, por isso, na estruturação do tempo *nacional* – o tempo construído do Estado-nação – através do calendário, como entram feriados como o 1.º de Dezembro, o 10 de Junho, o 25 de Abril, ou os feriados ligados à crença religiosa dominante no espaço português. Não é algo que envolva o colectivo que se mobiliza e socializa mnemonicamente como *nacional* (Zerubavel 2003, 46-47). Por isso, a pandemia não foi considerada, em toda a parte, como um evento de significado histórico comparável ao do conflito bélico; aliás, há escassos livros dedicados à pandemia, em contraste com os milhares devotados à Grande Guerra (Quinn 2008, 124). Sem a intervenção das instituições que moldam na actualidade a memória colectiva – como as escolas, os museus, os meios de comunicação de massa (Misztal 2003, 19) – a recordação da pneumónica ficou afastada da esfera pública e relegada à comunidade mnemónica privada que é a família. E embora algumas famílias sejam suficientemente

¹⁰ <http://www.operacional.pt/91%C2%BA-aniversario-da-batalha-de-la-lys/>, último acesso a 14-6-2009.

¹¹ Só conhecemos uma, uma lápide a um médico de Sesimbra, que morreu a combater o flagelo, no antigo hospital da Misericórdia de Sesimbra, hoje o SAP local. Não excluímos de modo algum a existência de outras. Há placas e monumentos alusivos a eventos epidémicos como o tifo exantemático: placas no Hospital de Santo António no Porto, e um monumento em Seia, por exemplo.

poderosas para investir na produção de memória – através de narrativas escritas, árvores genealógicas e «lugares de memória», como casas, propriedades, sepulturas ou objectos –, a maioria esmagadora nem possui meios para o fazer, nem encara a memória familiar como um bem, um capital a preservar (Sobral 2004). Como tal as memórias familiares são incomparavelmente mais débeis – as mais das vezes tendo apenas como suporte a transmissão oral – do que as produzidas e reproduzidas publicamente e com intervenção do Estado.

Haverá um outro aspecto a reter para explicar este silenciamento pelo desinteresse no investimento através da recordação pública. É que a doença e a morte, ao contrário da guerra, são uma parte inevitável da vida, e a pandemia pode ser equiparada a um tremor de terra, um tsunami ou qualquer outro desastre natural (Quinn 2008, 124). A guerra não. Nessa *naturalização* do evento epidémico encontraremos também uma via de explicação possível para o seu silenciamento.

4

A consciência do esquecimento de que a pneumónica foi objecto esteve sempre presente entre os organizadores deste livro, responsáveis pelo projecto, financiado pela FCT, que está na sua origem (POCI/HCT/60718/2004).¹² Sendo investigadores com formação científica diversa, procuraram examinar a pandemia em Portugal à luz de distintas perspectivas disciplinares. No intuito de alargar o seu estudo, promoveram um seminário internacional,¹³ para o qual foram convidados colegas portugueses que se mostraram disponíveis para colaborar, bem como alguns especialistas estrangeiros que fornecessem uma panorâmica mais global da pandemia e permitissem estabelecer uma comparação entre o ocorrido em Portugal e em outros locais. Esta obra é o produto desenvolvido dos trabalhos primeiro apresentados nessa reunião.

¹² Não temos notícia de outras iniciativas académicas ou de carácter público que fossem dedicadas à gripe de 1918-1919, para além do nosso colóquio, em contraste com o sucedido com a Grande Guerra e com o que se prepara para comemorar o advento da República. Tudo isto reforça alguns dos argumentos que avançámos quanto ao seu esquecimento.

¹³ Tratou-se do Colóquio Internacional «Olhares sobre a Pneumónica», organizado pelo Centro de Investigação e de Intervenção Social e que decorreu no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa nos dias 15 e 16 de Novembro de 2007.

O livro encontra-se dividido em três partes. A primeira, «A Pandemia no seu tempo», abre com um capítulo do historiador e investigador pioneiro da pandemia, David Killingray. Este oferece-nos uma visão de síntese da doença, que abrange diversos aspectos, desde os relativos à identificação do vírus que a causou, à geografia da sua possível origem e dispersão, bem como ao seu impacto em termos demográficos, sociais e políticos. A pandemia é situada no seu contexto histórico, prestando uma atenção particular à conjuntura da Grande Guerra de 1914-1918, bem como às estruturas de saúde pública então existentes. Nesta panorâmica global chama-se a atenção para a situação fora da Europa, nomeadamente em África, na Ásia e no Pacífico, e para o impacto diferenciado da mortalidade, mais forte sobretudo entre populações não europeias. Killingray aborda igualmente na sua reflexão questões relativas à memória da pandemia e à ausência de relevo que lhe tem sido dado por contemporâneos e historiadores, em contraste com o sucedido com um evento como a Grande Guerra.

Também José Manuel Sobral, Paulo Silveira e Sousa, Maria Luísa Lima e Paula Castro começam, no primeiro dos capítulos de que são co-autores, por fornecer uma visão da pandemia em Portugal, recorrendo à comparação com o ocorrido em outros locais. Depois de uma breve análise da situação existente neste país em matéria de saúde e assistência, procuram situar o impacto da doença na conjuntura económica, política, social e ideológica que marcava o país no tempo em que o seu impacto se fez sentir. Debruçam-se, por fim, sobre as respostas dadas à pandemia pelos agentes políticos e pelas autoridades sanitárias, procurando mostrar como ela surge como um indicador das carências estruturais que condicionavam a acção face ao flagelo.

Anny Silveira oferece-nos em seguida uma crónica detalhada da epidemia no Brasil, um país que se tem destacado em termos internacionais pela investigação sobre este fenómeno. A sua narrativa, na esteira de Charles Rosenberg, trata a epidemia como incidente dramático. Ao longo do desenrolar do drama aborda a reacção das autoridades sanitárias e políticas, as atitudes dos médicos perante o flagelo, que se revelam nos debates em torno da sua natureza e da sua causa, a crítica e polémica que acompanham o aumento da mortalidade, as alterações radicais introduzidas no quotidiano, a luta política associada à pandemia, a alteração de práticas rituais relativas aos mortos. Finalmente defende que a gripe, que em sua opinião atingiu mais as classes pobres, é um evento revelador de uma exclusão social, que ainda hoje não cessou.

Paulo Girão, um dos primeiros investigadores a debruçar-se de um modo exaustivo sobre a gripe pneumónica em Portugal, apresenta no seu

texto um quadro do desenrolar da epidemia no Algarve, inserindo a análise da sua incidência no contexto económico, demográfico, social e institucional da região, e procedendo à comparação entre o ocorrido no plano local e o que teve lugar a um nível mais global. O seu estudo mostra-nos uma região predominantemente rural, submetida a carências alimentares agravadas pela conjuntura de guerra, habituada à presença ubíqua de doenças epidémicas e sem recursos suficientes em termos de assistência médica, medicamentosa e hospitalar para lidar com a doença. Este retrato detalhado, que permite discernir a articulação entre as autoridades centrais, regionais e municipais face ao flagelo, revela-nos um cenário de terror entre a população e uma enorme aflição por parte do poder regional, que se sente sem meios para fazer face à crise.

No seu ensaio sobre a sobremortalidade provocada pela gripe pneumónica em 1918 e 1919, o demógrafo Mário Leston Bandeira atribuiu-lhe um quantitativo mais elevado do que aquele que tem sido habitualmente atribuído até agora, situando-o bem acima dos 100 000 indivíduos. Consta que em Portugal a mortalidade pela gripe pneumónica afectou sobretudo o grupo dos jovens adultos, o que insere o país nos padrões globais da mortalidade provocada pela doença. Analisa igualmente a sua incidência por sexo, mostrando que em Portugal as mulheres foram as principais vítimas da pandemia, o que esteve longe de ser uma tendência geral. O seu estudo proporciona-nos igualmente uma geografia da mortalidade pandémica, que faz luz sobre a sua incidência social: nas cidades de Lisboa e Porto a mortalidade é menor. Para o autor, tal facto dever-se-á a uma maior presença dos serviços de saúde aí e a um maior controlo sanitário.

O médico e investigador João Cúcio Frada, autor do primeiro trabalho científico dedicado ao estudo da gripe pneumónica em Portugal, proporciona-nos uma síntese dos resultados da sua pesquisa, em que combina a análise do que se passa ao nível do território continental português com o sucedido no concelho de Leiria, articulando a componente epidemiológica com a socioeconómica. Aborda a cronologia da gripe e produz um retrato da sua geografia, assinalando que a maior mortalidade parece ter-se observado em zonas mais carenciadas de recursos médicos. No quadro traçado ressaltam-se as carências alimentares da população, a ausência de diagnóstico preciso da morte fora da área de influência dos grandes centros, a possível articulação entre a gripe pneumónica e outras doenças, a situação de temor associada à busca de uma intervenção sobrenatural. Por fim, defende que a pandemia legou uma importante inovação científica em termos terapêuticos, representada pelas vacinas polivalentes.

A segunda parte tem como elemento unificador as atitudes face à pandemia no seio da comunidade médica e das autoridades de saúde pública. Inicia-se com um texto da historiadora Beatriz Echeverri Dávila, autora de uma das primeiras abordagens historiográficas da pandemia de 1918-1919. Beatriz Dávila compara as atitudes das autoridades sanitárias espanholas, durante a gripe, com as tomadas por outras autoridades, como as canadianas e as chinesas, diante da SRA (síndrome respiratória aguda) de 2003. Conquanto a sua análise revele as carências e lacunas da resposta das autoridades sanitárias – e mesmo a ocultação da doença – e uma im-preparação geral que recorda a situação de 1918-1919, afirma haver razões para ter esperança, devido aos avanços do conhecimento médico, aos progressos nos medicamentos e ao facto de existirem actualmente organismos internacionais encarregados da vigilância epidemiológica. Apesar disso, assegura que, tal como em 1918, a pandemia futura, que tem com inevitável, provocará mais sofrimento nos países pobres do que naqueles que possuem melhores condições sanitárias.

As autoridades médicas e sanitárias são igualmente abordadas no trabalho seguinte de Paula Castro e dos seus colaboradores. Debruçam-se sobre as incertezas quanto ao diagnóstico e à etiologia da doença, que transparecem das publicações médicas, relatórios e teses académicas, procurando inseri-las no contexto do conhecimento científico da época. Depois abordam também o comportamento das autoridades sanitárias, igualmente marcado pela polémica quanto à melhor estratégia a seguir, bem como a mobilização das autoridades e da sociedade civil, organizada ou individualmente. Mostra-se como prevaleceu então da parte das autoridades um modelo assente na centralização da assistência e na hospitalização das vítimas. Finalmente, defende-se que a epidemia constitui um excelente revelador de atitudes em matéria de saúde pública e de mentalidades, que mostra que está em curso na época uma recomposição dos domínios do público e do privado relativamente à saúde e à doença.

A historiadora brasileira Liane Bertucci aborda alguns temas também tratados em relação a Portugal no capítulo anterior. Tomando como ponto de partida textos relativos à investigação sobre a gripe, e nomeadamente as memórias de um médico envolvido nessa pesquisa, aborda no seu capítulo a problemática da identificação do agente causador da pandemia de 1918. Evoca o confronto de opiniões em torno das explicações para a doença na comunidade médica brasileira: febre dos três dias, microrganismos de diversas doenças que atingiam indivíduos debilitados pela guerra, e mesmo (no caso de médicos e soldados brasileiros em viagem) a insolação, combinada com factores psicológicos e deficiências alimen-

tares e de alojamento, e a gripe. Mostra como o debate sobre a etiologia da gripe se dividiu entre quem a via como o resultado da acção do bacilo de Pfeiffer e quem a concebia como a consequência de um vírus. Uns e outros, todavia, acreditavam na capacidade da ciência, de que eram agentes, para interpretar a doença e assim contribuir para o seu controlo e prevenção.

A historiadora da gripe María Isabel Porras Gallo debruça-se no seu ensaio sobre o facto de em Espanha – como, de resto, em Portugal – alguns renomados investigadores pensarem que o único meio de prevenção eficaz contra a pandemia residia na produção de uma vacina específica. Este propósito obrigava a um conhecimento aprofundado da etiologia da doença segundo o paradigma bacteriológico dominante, e tal motivou a pesquisa de investigadores e laboratórios em Espanha. Ao abordar essa busca, a autora ilumina os debates que então tiveram lugar em Espanha, e que mostram não existir aí, como em outros locais, um consenso sobre o agente causador da gripe, para uns o bacilo de Pfeiffer, ou uma outra bactéria, uma associação bacteriana, um «vírus filtrável», um germen desconhecido até então. Depois aborda algumas das diferentes vacinas aplicadas, a maioria delas mista, por não haver um conhecimento preciso da causa da doença, deixando-nos um retrato de uma actividade científica médica marcada pela urgência imposta por circunstâncias dramáticas.

Na terceira e última parte do livro, trata-se das imagens, representações e atitudes face à pneumónica. A abrir esta secção, a historiadora Rita Garnel debruça-se sobre questões relacionadas com o papel da sociedade civil, a morte e a memória no contexto da gripe pneumónica. Mostra como agentes da sociedade civil, como médicos e organizações de saúde e assistência, com particular destaque para a Cruz Vermelha, prestaram os auxílios que o Estado não podia assegurar na conjuntura. Em seguida trata do significado simbólico dos enterramentos, evocando a esse respeito o contraste entre as atitudes laicas perante a morte e o enterro, e as atitudes religiosas, que considera serem as prevaletentes, mesmo depois de decorridos oito anos desde a instauração de um regime militantemente empenhado na laicização. Finalmente, interroga-se sobre o silêncio público relativo a um evento da dimensão desta pandemia, em contraste com a memória privada existente no seio da família, proporcionando-nos pistas para o interpretarmos, tanto no que respeita às práticas comemorativas, como no que se refere à historiografia.

O ensaio seguinte, de Daniel Melo, tem como objecto as referências à gripe pneumónica no campo da literatura de ficção e de memórias e na fotografia. Interroga-se igualmente sobre o relativo pouco interesse

suscitado pela gripe de 1918-1919. Consta que o episódio pandémico é objecto de uma atenção incomparavelmente inferior à que incide sobre a vida política, que no ano da gripe era dominada pela figura do presidente Sidónio Pais. Em sua opinião, só a partir dos anos 70 do século passado a gripe pneumónica passou a ser uma referência nas obras de ficção. Na literatura de memórias encontra igualmente escassas referências à doença, conquanto estas sejam um precioso testemunho sobre o seu impacto. Mas também aqui se constata o relevo dado a Sidónio, que surge amplamente representado nas imagens fotográficas relacionadas com a doença, e defende que a doença é mais pressentida do que propriamente dada a ver. Finalmente, afirma que, num contexto marcado por múltiplas carências, a pneumónica reforçou um sentimento de insegurança colectiva que encontrou respostas em quadros salvíficos.

O estudo seguinte, da autoria de Maria Luísa Lima e colaboradores, trata do modo como os meios de comunicação social constroem formas de amplificação social do risco da gripe pneumónica, que se traduzem ora em atenuação, ora em intensificação. O interesse actual pela gripe pneumónica prende-se não com o enorme impacto demográfico e social que ela teve na história do século XX, mas com o receio de uma nova pandemia desse tipo, como o associado ao surto recente de gripe das aves. Os meios de comunicação social actuais relembram a gripe pneumónica como um acontecimento catastrófico para validar a preocupação com a gripe aviária, intensificando a percepção de ameaça. A análise do tratamento jornalístico da gripe pneumónica pela imprensa portuguesa da época mostra que ela é também descrita como um perigo aterrorizador mas, ao contrário da imagem que hoje temos da doença, não aparece na imprensa de então como a notícia mais destacada. Este aparente paradoxo é interpretado quer em função da riqueza dos acontecimentos políticos de então, quer também devido ao carácter banal que as doenças contagiosas tinham então em Portugal, como principal causa de morte. Esta pesquisa ilustra ainda a importância da comunicação do risco nos média, por ela contribuir para determinar o significado dos acontecimentos socialmente construídos.

Em «A epidemia antes da pandemia...», Paulo Silveira e Sousa e colaboradores abordam uma epidemia recorrente em Portugal na época em que ocorre a gripe pneumónica: o tifo enxatémico. Este aparecia vinculado a situações de falta de higiene – o seu agente de propagação era o piolho – que caracterizam os bairros mais pobres do Porto – as chamadas «ilhas» –, cidade particularmente afectada, onde se concentrava a população trabalhadora mais mal paga, e zonas agropastoris e industriais,

como Manteigas e Loriga, na Serra da Estrela, onde se acumulava uma população trabalhadora pobre. A crónica desta epidemia, que ilustra a ocorrência habitual de doenças infecto-contagiosas em Portugal ao tempo da gripe, serve também para estabelecer os pontos em comum existentes no modo como os agentes sanitários lidaram com ambos os flagelos e para mostrar as diferenças existentes entre eles no que se reporta à amplitude das suas manifestações e ao seu desenlace.

No texto com que encerra esta parte e o volume, Sobral e os outros co-autores examinam o comportamento da Igreja face à gripe pneumónica. Começam por proceder a uma breve genealogia das relações entre Estado e Igreja, que recua ao século XIX, para mostrar como o regime instituído por Sidónio Pais alterara as relações de confronto que haviam vigorado nos primeiros anos da República, cujas forças dominantes eram hostis ideológica e politicamente à instituição eclesiástica. Partindo da leitura de fontes vinculadas à Igreja, debruçam-se em seguida sobre a auto-imagem que ela difunde da sua acção e da rede de organizações que controla no combate à pandemia. Em seguida, a partir do exame do discurso dos agentes eclesiásticos, debruçam-se sobre a coexistência no mesmo de duas imagens da doença: como produto de causas naturais e como «castigo de Deus», por ele enviado para castigar a humanidade e pôr à prova os seus fiéis. Finalmente, debruçam-se sobre os rituais activados para pôr fim ao flagelo, bem como sobre os intermediários a que se recorreu para obter o favor divino e pôr um fim ao mal.

Parte I
A pandemia
no seu tempo

David Killingray

Capítulo 1

A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências *

Em menos de um ano, entre Abril de 1918 e Fevereiro de 1919, o mundo foi atingido por uma grave pandemia de influenza. Em três vagas, o vírus da gripe infectou centenas de milhões de pessoas e matou, directa ou indirectamente, um número desconhecido, actualmente estimado entre os 50 e os 100 milhões (Johnson e Mueller 2002). Em termos de mortalidade, foi o maior desastre demográfico do século XX e, na opinião de alguns, a mais grave pandemia a atingir o mundo desde a Peste Negra de meados do século XIV. A pandemia de gripe surgiu num período em que o mundo estava mergulhado numa guerra terrível. Enormes exércitos defrontavam-se na Europa e na Ásia ocidental; as amplas movimentações de homens e provisões funcionavam como condutas para a disseminação da doença. E enquanto a segunda e mais feroz vaga de gripe se espalhava pelo mundo, em finais de 1918, a guerra mundial chegava ao fim, acompanhada pela revolução e o colapso de grandes impérios.

O presente capítulo investiga as possíveis origens do vírus, o seu curso pelo mundo, os esforços empreendidos com vista a reprimir e a controlar a sua evolução, e as consequências da pandemia. Porém, antes de analisarmos estas questões, talvez seja útil referir alguns aspectos do vírus da gripe.

O vírus da gripe

A gripe é um tipo de doença e uma causa de morte comum, sobretudo para os mais fracos e vulneráveis. É uma doença respiratória facilmente transmissível por meio de tosse e espirros, podendo conduzir a complicações broncopneumónicas potencialmente graves ou mesmo fatais, em particular para os muito jovens e os mais idosos. Como referido num re-

* Tradução de Rui Cabral

latório da Organização Mundial de Saúde de 1953, «Mesmo na sua actual forma moderada, [a gripe] pode causar grandes prejuízos económicos e afectar serviços essenciais, particularmente porque os seus efeitos perniciosos se concentram geralmente no espaço de algumas semanas. Pode também ser responsável por muitas mortes [...]» (OMS, 1953). Por exemplo, em 1951, a taxa de mortalidade semanal da gripe em Liverpool, sobretudo entre os idosos, foi superior ao mais elevado número de vítimas mortais registado nessa cidade durante a pandemia de 1918; nos Estados Unidos, em 2001, mais de 36 000 indivíduos (uma vez mais, predominantemente idosos) morreram devido aos efeitos da gripe. Durante a maior parte do século XX, a influenza endémica foi aceite como um dos factos da vida e, por vezes, da morte, se bem que no início do século, nas sociedades industriais, onde as mortes eram oficialmente registadas, os médicos se revelassem muitas vezes incapazes de identificar a gripe como a causa da morte. Assim, os números de vítimas mortais da gripe eram indubitavelmente superiores aos dos registos oficiais.

Todavia, a gripe é também uma doença imprevisível e sujeita a mutações que, com frequência, dão origem a estirpes mais mortíferas – como foi o caso, por exemplo, das pandemias de 1889-1890 e de 1918-1919, e dos surtos de 1947, 1957 e 1968. Alguns autores têm sustentado que estes surtos têm a sua origem em massas continentais, como a chamada «gripe russa» de 1889-1890, que teria provindo da Sibéria oriental. Esse surto em particular desenvolvia-se por períodos de algumas semanas de cada vez, apresentando elevadas taxas de morbidade mas níveis relativamente baixos de mortalidade (Patterson 1986). Foi um surto suficientemente letal para ser registado e recordado, mas não teve a ferocidade da pandemia que ocorreria trinta anos mais tarde. Muitos dos subseqüentes surtos de gripe do século XX tiveram a sua origem no interior da Ásia oriental, em locais onde as pessoas viviam em grande proximidade com suínos e aves, animais estes capazes de transmitir o vírus.

Em finais do século XIX a ciência médica tinha feito grandes progressos. A teoria dos germens e a bacteriologia, associadas a nomes de investigadores pioneiros como Koch e Pasteur, eram agora os principais pilares do conhecimento médico; as causas da tuberculose e da difteria eram conhecidas e começavam a desenvolver-se novas curas; os vectores das principais epidemias parasitárias do mundo tropical, a malária e a febre amarela, tinham sido descobertos; a investigação laboratorial progredia lentamente; a formação médica registava melhorias e, em alguns países industrializados, tinha sofrido grandes transformações (Barry 2004; Porter 1999). Estes progressos continuaram a um ritmo acelerado durante as

duas primeiras décadas do século XX. A I Guerra Mundial interrompeu alguns projectos de investigação, mas resultou em grandes avanços em termos de técnica e prática cirúrgicas.

Apesar de causar a morte aos mais fracos e vulneráveis, a gripe não era, de um modo geral, uma doença temida. Muitas pessoas contraíam regularmente gripe e recuperavam da doença, sem sofrerem grandes consequências desses poucos dias de desconforto. De facto, a gripe era (e continua a ser) uma doença ubíqua, raramente grave nos seus efeitos. Na Grã-Bretanha de finais do século XIX, a palavra «gripe» tornara-se um termo popular para designar a constipação comum, um termo que continua a ser correntemente utilizado. Em acentuado contraste, as doenças temidas eram a tuberculose, que era bastante comum, e as ocasionais epidemias de cólera, varíola, febre tifóide e peste bubónica, que registavam elevadas taxas de mortalidade. Ao longo do século XIX tinham ocorrido surtos graves destas doenças à escala global, e todas elas se haviam tornado doenças de participação obrigatória às autoridades competentes. Inicialmente, nem mesmo a primeira vaga do grave surto de gripe de 1918-1919 parece ter inspirado grande receio popular, já que, apesar do grande número de vítimas mortais, a maioria dos doentes conseguia recuperar e sobreviver à infecção.

Quais as origens do surto de 1918?

É geralmente aceite que a pandemia de gripe de 1918-1919 teve origem na região Centro-Oeste da América do Norte, no estado do Kansas, em Março de 1918, alastrando primeiro à costa oriental e atravessando depois os oceanos Atlântico e Pacífico para infectar o resto do mundo. Recentemente, a origem norte-americana da gripe foi posta em questão por John Oxford e outros autores, com base em registos médicos que atestam a presença de um vírus de tipo gripal nos enormes acampamentos militares em Aldershot, no Sul da Inglaterra, e em Etaples, no Norte de França, em meados de 1916. Para estes autores, portanto, tais acampamentos militares devem ser considerados como uma fonte possível da pandemia (Oxford 2001).¹ Uma outra perspectiva recente, desta feita de

¹ A identificação da gripe a partir de registos contemporâneos levanta certos problemas; em 1918, os médicos militares tiveram dificuldades em reconhecer o surto e inicialmente classificaram as vítimas como sofrendo de uma febre de origem desconhecida («PVO» – *pyrexia of unknown origin*): v. McIntosh (1922, 6).

um demógrafo, é que o vírus da gripe poderá ter sido introduzido em França por grupos de trabalhadores chineses e transmitido aos soldados europeus por via de aves domésticas (Langford 2005). Ambas estas hipóteses ajudam a ressuscitar uma ideia corrente à época da pandemia, segundo a qual a gripe estava directamente relacionada com a guerra (ainda que, na altura, a tese mais generalizada fosse que a doença era um miasma causado pelas massas de cadáveres putrefactos de homens e animais).

Em 1918, quando a pandemia atacou, os profissionais de saúde dos países beligerantes estavam ocupados com a guerra. Os médicos de família estavam pois sobrecarregados de trabalho, o que os tornava menos rigorosos na identificação exacta das causas de morte. Assim, em 1918-1919, as estatísticas das vítimas mortais da pandemia incluíam também aqueles que morriam de doenças gripais e respiratórias «normais». A epidemia de gripe veio pôr em causa a reputação e a competência profissional dos médicos, até então em alta graças aos recentes avanços científicos da profissão. De facto, apesar dos seus muitos progressos, a medicina estava cientificamente mal preparada para combater a pandemia (Tomkins 1992a). Não havia recursos profilácticos nem vacinas e, apesar de todos os seus esforços, a ciência médica revelou-se incapaz de controlar a doença ou de avançar com uma cura para a mesma.

O surto de gripe de 1918-1919 foi o mais mortífero jamais registado. O vírus da gripe é conhecido pela sua instabilidade e imprevisibilidade. De tempos a tempos, sofre mutações para produzir pequenas variações antigénicas e, menos regularmente, grandes mudanças, assumindo deste modo uma forma mais letal que resiste aos anticorpos adquiridos com a anterior infecção. Foi precisamente isto que se verificou em 1918. O vírus – o H1N1 – era altamente contagioso e propagou-se com grande rapidez, particularmente nos locais onde existiam grandes concentrações humanas – casernas, fábricas, transportes públicos, navios e edifícios sobrelotados. Embora determinados grupos estivessem mais expostos e fossem mais vulneráveis, o vírus era essencialmente democrático, atingindo ricos e pobres, habitantes urbanos e rurais. O período de incubação era curto e havia muitos relatos de pessoas que caíam de cama e morriam em poucos dias, e de outras que caíam mortas em plena rua. Nos casos mais graves, os indivíduos infectados sofriam de cefaleias violentas, dores no corpo e febre; a pele assumia uma tonalidade negro-azulada, um sinal de cianose, e as vítimas tossiam sangue e sofriam hemorragias nasais. A maioria das mortes resultava de uma pneumonia superveniente, que ocorria quando as bactérias invadiam os pulmões, transformando esses órgãos vitais em sacos de fluido e afogando literalmente os doentes.

As investigações desenvolvidas desde a anterior pandemia de 1889-1890, principalmente por parte do eminente cientista alemão Richard Pfeiffer, conduziram à identificação errónea do agente causador da gripe: um bacilo ao qual Pfeiffer chamou *Bacillus influenzae*. Pouco se sabia então sobre os vírus, e a maior parte da pesquisa sobre a gripe foi dirigida na direcção errada.² Além disso, a guerra tinha obrigado à transferência de muitos médicos e enfermeiros do sector civil para o sector militar, e os poucos que atendiam à população civil estavam sobrecarregados de doentes com gripe. Os médicos e os hospitais, que se debatiam com uma grave falta de pessoal, não conseguiam dar resposta ao problema. O melhor tratamento para a gripe era o repouso na cama, doses regulares de aspirina e cuidados de enfermagem, recursos que só estavam ao alcance de uma minoria (Jeffreys 2005). Apesar das tentativas desesperadas para se descobrir uma cura, o vírus da gripe só seria isolado em 1933, com o desenvolvimento, ao longo das décadas de 1920 e 1930, de microscópios suficientemente potentes para a detecção de vírus mais pequenos. Na verdade, o verdadeiro progresso no campo da virologia só ocorreria na década de 1940, com o desenvolvimento do microscópio electrónico.

A disseminação da doença e as respostas contemporâneas

A gripe atacou em três vagas. A primeira destas ocorreu em Março e Abril de 1918. Independentemente da sua origem – no centro dos Estados Unidos ou na Frente Ocidental –, o vírus propagou-se rapidamente através da Europa devastada pela guerra, alastrando à África do Norte e à Ásia, e alcançando a Austrália em Julho. As taxas de mortalidade foram relativamente baixas, de modo que a epidemia pouco se distinguiu de um surto particularmente violento de gripe sazonal. A segunda vaga surgiu em Agosto com uma ferocidade assustadora, revelando-se altamente mortífera. Disseminou-se com grande rapidez, transportada por navios e comboios e viajando ao longo das redes viárias, propagando-se sobretudo nos locais onde havia grandes concentrações de pessoas. Numa única semana, em meados de Agosto, verificaram-se grandes surtos da doença em três importantes portos atlânticos: Boston, Brest e Freetown. As tro-

² A 11.ª edição da *Encyclopaedia Britannica*, de 1910-1911, não contém qualquer entrada ou referência sobre «vírus». V. Tyrrell (1998).

pas norte-americanas transportadas do Norte de África para a França disseminaram a infecção virulenta; as redes comerciais e a circulação de pessoas entre a Europa e a África ocidental ajudaram à rápida evolução da doença, que se estendeu da costa africana até ao interior do continente. Em Setembro, a infecção tinha já alcançado a África do Sul; em Novembro e Dezembro, tinha-se disseminado por toda a Europa, invadido a Ásia, devastado o Pacífico e contaminado o resto das Américas. Só os locais mais isolados do planeta – como, por exemplo, a remota colónia insular de Santa Helena, que não era visitada por navios – puderam escapar à pandemia mortífera. A terceira vaga, que se fez sentir nos inícios de 1919, foi menos virulenta, talvez porque a exposição aos dois surtos anteriores tenha conferido à população um certo grau de imunidade (v. Phillips e Killingley 2003b, em particular Müller 2003).

A guerra total ajudou à transmissão da doença, já que o vírus acompanhou os movimentos de grande escala de homens e provisões ao longo das numerosas linhas de abastecimento aos Estados beligerantes e frentes militares. A África do Sul constitui um bom exemplo da rapidez e efeitos letais da gripe. Os principais portos do país eram pontos centrais do tráfico marítimo e estavam ligados a uma rede ferroviária bastante desenvolvida. Além disso, havia um bem estabelecido sistema de trabalho migrante africano e, em finais de 1918, as tropas e os trabalhadores regressaram a casa vindos da Europa. Estavam assim reunidas as condições necessárias para que a gripe alastrasse a todo o país, o que veio de facto a acontecer, com consequências devastadoras, no espaço de apenas algumas semanas (Phillips 1990). Similarmente, os portos e a rede ferroviária da Índia permitiram também a rápida propagação do vírus através de todo o subcontinente (Mills 1986). Mesmo em colónias com poucas infra-estruturas modernas, o vírus seguiu o seu curso, avançando de porto em porto, ao longo dos rios, dos caminhos-de-ferro e das estradas, transportado por viajantes e comerciantes e infectando mercados e aldeias do interior.³

Fizeram-se algumas tentativas oficiais para isolar e colocar sob quarentena determinadas regiões, mas a maioria desses esforços surgiu demasiado tarde e revelou-se ineficaz. As medidas de quarentena australianas poderão ter ajudado a retardar a chegada da gripe ao continente, mas, não obstante, o vírus matou 12 000 pessoas no espaço de alguns meses.

³ V., por exemplo, os mapas e relatos incluídos em Patterson (1983), Patterson e Pyle (1983) e Killingley (1994).

Como estado insular, a Tasmânia parecia em melhor situação para impor medidas de quarentena mais rigorosas. Porém, a única quarentena eficaz foi aquela que as autoridades navais dos Estados Unidos impuseram em torno das suas ilhas no arquipélago de Samoa. De facto, estas medidas parecem ter funcionado, ao contrário do que se verificou nas ilhas adjacentes da Samoa Ocidental, recentemente tomadas à Alemanha pela Nova Zelândia, as quais perderam 22% da sua população total (30% de homens adultos, 22% de mulheres adultas e 10% de crianças de ambos os sexos) (Tomkins 1992b).

No Outono de 1918, as reacções oficiais ao mais grave surto da pandemia de gripe oscilaram entre o pragmatismo e a indiferença. Nos países industrializados, a saúde pública era, cada vez mais, uma preocupação prioritária; mas a maior parte do mundo não possuía as estruturas ou recursos necessários ao estabelecimento de um sistema de saúde. Embora a guerra tivesse incentivado o desenvolvimento da intervenção do Estado na vida pública, as infra-estruturas continuavam a ser limitadas, e a ideia de que o Governo deveria assumir um papel de liderança na regulação do comportamento social era vista com desconfiança pela maioria da população. As medidas de emergência promulgadas em 1918 limitavam as actividades públicas. Escolas, cinemas e outros edifícios públicos foram encerrados (mas não os bares e as igrejas, ou só muito raramente); os transportes públicos e os bens importados eram submetidos a fumigações; em algumas cidades, as máscaras faciais tornaram-se acessórios de primeira necessidade para aqueles que trabalhavam em espaços públicos, incluindo os agentes da polícia e os empregados bancários. O combate à pandemia obrigava à adopção de medidas que passavam pelo controlo da circulação de pessoas e bens, o que afectou negativamente o comércio, a distribuição de produtos comerciais e a vida quotidiana das pessoas.

Fizeram-se algumas tentativas a nível internacional com vista ao estabelecimento de um sistema de partilha de informações sobre os surtos de gripe. Tanto a Nova Zelândia como a África do Sul queixaram-se de que Londres não as informara da severidade da pandemia; em resultado destes protestos, a gripe foi declarada uma doença de participação obrigatória em todos os territórios do Império Britânico, e Londres passou a distribuir informação regular sobre a evolução da doença. Todavia, lidar com a gripe envolvia problemas tão ubíquos quanto a própria doença. Um sistema adequado de monitorização internacional requeria o reconhecimento imediato da presença da doença, algo que nem sempre era fácil, bem como pessoal qualificado no campo, capaz de identificar os sintomas da gripe e com acesso a um sistema de comunicações. Assim, ao longo das décadas

de 1920 e de 1930, o novo sistema internacional de partilha de informações manteve um funcionamento irregular, e só depois da II Guerra Mundial se tornaria mais bem organizado e mais eficiente.

Muitos Estados industriais produziram relatórios oficiais pormenorizados sobre a pandemia e os seus efeitos e, conseqüentemente, possuímos bastante informação sobre o modo como a doença se terá disseminado, os números estimados de vítimas mortais e os esforços desesperados de combate à doença. Certos territórios do Império Britânico publicaram também relatórios oficiais – por exemplo, a Índia, a África do Sul, a Jamaica e a Guiana Britânica – e surgiram numerosos artigos sobre a gripe em revistas médicas e outras publicações durante a pandemia e no período imediatamente a seguir à mesma.

As taxas de mortalidade em termos comparativos

Não deverá surpreender-nos que as estimativas das vítimas mortais da pandemia variem de modo tão acentuado entre os frequentemente citados 20 milhões e os mais recentemente avançados 50 a 100 milhões. Estas discrepâncias reflectem-se também nos números apresentados para cada um dos países afectados. As estimativas oficiais, normalmente apresentadas pouco depois da ocorrência da pandemia, têm sido em muitos casos corrigidas pelos investigadores subsequentes, que propõem números de vítimas mais elevados. Por exemplo, na Índia, o número oficial era de 12 milhões de mortos; porém, Mills (1986) defende que as condições generalizadas de subalimentação exacerbaram a crise e que o número de vítimas mortais da pandemia rondou os 17-18 milhões. Wakimura (1996) concorda que o número de mortos foi superior ao das estimativas oficiais, mas defende que as taxas de mortalidade da gripe no Norte da Índia estavam estreitamente ligadas à fome, à malária epidémica, à inflação causada pela guerra e à falta de serviços de saúde pública, factores que tornam difícil calcular de modo fiável o verdadeiro número de vítimas mortais da gripe. Na África do Sul, o relatório oficial sobre a gripe refere 123 000 vítimas mortais; mas Phillips (1990) mostra que esta estimativa não tomou em linha de conta as elevadas taxas de mortalidade africanas e que o verdadeiro total se aproxima de um quarto de milhão. Mais recentemente, Johnson (2003) recalculou o número de vítimas mortais da gripe na Inglaterra e no País de Gales, bem como na Escócia, sugerindo que, tomando em consideração causas específicas e «outras», o

número de mortos no Reino Unido deverá ser aumentado de 169 000 para 225 000. Um problema óbvio, que continua a embaraçar os investigadores modernos, é a falta de dados fiáveis. Nos Estados industrializados modernos, as estimativas demográficas eram razoavelmente sofisticadas, mas verificou-se uma certa negligência durante o período de guerra, já que os serviços de registo oficiais estavam sobrecarregados. Também os médicos estavam assoberbados de trabalho e, em muitos casos, não tinham tempo para investigar a fundo a verdadeira causa de morte. No mundo não industrializado, onde se concentrava a maior parte da população, os dados demográficos eram inexistentes ou rudimentares. Nestes países havia poucos médicos, de modo que as pessoas adoeciam, morriam e eram sepultadas sem que ninguém o soubesse além dos membros da família e dos vizinhos. Tendo em conta estas limitações, as estimativas de morbidade e mortalidade adiantadas pelos estudiosos actuais são inevitavelmente aproximativas e inexactas.

Nas anteriores pandemias de gripe – em 1847-1848 e em 1889-1890, por exemplo – as vítimas mortais da doença tinham sido sobretudo os muito jovens, os doentes, os subalimentados e os idosos. Esses surtos estavam em conformidade com o padrão de mortalidade tradicional da gripe. Os padrões de mortalidade do vírus de 1918-1919 (se é que se tratou, de facto, de um único vírus) foram bastante diferentes, já que a doença dizimou um grande número de jovens, particularmente do sexo masculino, com idades entre os 15 e os 40 anos. Os perfis de mortalidade de todas as regiões do mundo mostram um acentuado aumento de mortes entre os homens jovens em idade activa, ou seja, precisamente o grupo etário do qual se esperaria uma maior resistência à doença. Este padrão etário e de género, que se verificou em todos os países, independentemente de estarem ou não envolvidos na guerra, continua a ser em grande medida um mistério. Uma explicação possível é que o sistema imunitário dos indivíduos jovens e saudáveis pode reagir vigorosamente à infecção, entrando em *overdrive* e por fim em colapso súbito, resultando na morte do doente. Esta hipótese parece ser mais plausível do que aquelas que sugerem razões genéticas, psicológicas ou de género. Evidentemente, não é improvável que alguns homens ignorassem ou negligenciassem uma doença que poderiam confundir com uma «simples constipação», e que, como principais responsáveis pelo sustento da família, continuassem a trabalhar em vez de recolherem imediatamente ao leito. Além disso, os homens das sociedades industrializadas tendem a trabalhar fora de casa e em contacto ou proximidade com muitos outros, o que os coloca em maior risco de infecção. Contudo, isto não explica os padrões de morta-

lidade similares entre os jovens do sexo masculino nas sociedades não industriais, onde as práticas culturais são muito diferentes. Em 1918-1919, as taxas de mortalidade entre os idosos tenderam a ser inferiores, talvez devido à imunidade adquirida por essa faixa etária em resultado da sua exposição à pandemia de 1889-1890. Por outro lado, muitos daqueles normalmente em risco sucumbiram à doença em grande número, como foi o caso das mulheres grávidas e das mães neonatais.

Outra característica dos padrões de mortalidade da pandemia de 1918-1919 é a ocorrência de taxas de mortalidade mais elevadas entre as populações não europeias. Em África, na Ásia, entre os nativos americanos, os maoris e os indígenas das ilhas do Pacífico, o número de vítimas mortais da gripe foi mais elevado do que na Europa, rondando os 2-5% da população total. Uma razão possível, mas não a única, é que uma parte significativa da população dessas sociedades não industriais estava regularmente exposta a crises alimentares e a doenças endémicas, o que a tornava mais fraca e menos capaz de resistir a mais uma doença. Foi certamente isto que aconteceu na África oriental, onde a pandemia de gripe atingiu uma população já enfraquecida pela guerra, a fome e outras doenças. No Quênia, a pandemia causou a morte a cerca de 5,5% da população total.

Entre os não europeus, os mais vulneráveis eram os nativos americanos e os indígenas das ilhas do Pacífico. Uma vez mais, as razões para esta elevada taxa de mortalidade não são inteiramente claras, mas é muito possível que o reduzido grau de contacto com determinadas doenças globais tornasse essas populações menos imunes às mesmas. O certo é que a mortalidade foi de facto elevada. Em muitas regiões das Américas há casos de populações inteiras dizimadas pela pandemia; nestas sociedades isoladas, quando os elementos em idade activa sucumbiam à gripe, as crianças e os idosos morriam à fome. No Labrador, um terço da população morreu com gripe ou devido às suas consequências. Não obstante este elevado número, Herring e Sattenspiel (2003) defendem que a taxa de mortalidade da gripe entre os inuit do Canadá subártico deve ser examinada à luz dos padrões locais de ecologia e organização social. Entre os nativos americanos, os padrões de mortalidade da gripe parecem ser similares às taxas de mortalidade de outras doenças externas, como por exemplo o sarampo. Em algumas ilhas do Pacífico, as taxas de mortalidade da gripe foram muito altas. Tonga perdeu 5% da população devido à doença; nas Fiji, as vítimas mortais ascenderam aos 10%; e na Samoa Ocidental, como já referido, a pandemia causou a morte a uns horripilantes 22%. As ilhas da orla do Pacífico sofreram também pesadas baixas

devido à gripe. Na Nova Zelândia, a taxa de mortalidade entre os maoris foi sete vezes mais elevada do que entre os *Pakeha* – ou seja, os brancos (Rice 1988 e 2005 [1988]). Na Indonésia estima-se que 1,5 milhões de pessoas morreram devido à gripe em 1918 (Brown 1987).

O impacto da pandemia na China é ainda mal conhecido. Tendo em conta a devastação causada pelo vírus na Ásia, é pouco provável que a China tenha escapado às suas graves consequências. No Japão, a taxa de mortalidade da pandemia é relativamente baixa em comparação com o que se verificou no resto do mundo – uns meros 4,5 indivíduos por cada mil –, mas as razões para tal permanecem desconhecidas (Rice e Palmer 1993). Tem sido realizada pouca investigação sobre a gripe na China. Uma hipótese recente, proposta por Wataru Iijima, é que a gripe tenha atingido fortemente os portos costeiros mas, devido à escassa mobilidade populacional, não tenha alastrado às regiões do interior. Com base nesta ideia, Iijima (2003) sugere uma taxa de mortalidade na ordem de 1%, o que nos parece muito pouco para uma região com todas as condições para o desenvolvimento da gripe das aves, mas é claramente necessário investigar mais a fundo a história epidemiológica deste país enorme e densamente povoado. Se, como sugere Langford, o vírus H1N1 teve origem na China, é pois provável que a população apresente um mais elevado grau de imunidade a essa estirpe particular de gripe. E é também possível que a presença generalizada de gripe animal e doméstica tenha conferido às populações alguma imunidade.

Impacto e respostas

Que impacto teve a pandemia de gripe de 1918-1919? Tendo em conta que a doença pode ter dizimado entre 50 a 100 milhões de indivíduos em todo o mundo no espaço de alguns meses, muitos dos quais chefes de família ou jovens adultos, as consequências para as famílias foram certamente trágicas e devastadoras. De um modo repentino, a pandemia deixou órfãs milhões de crianças em todo o mundo, um acontecimento sem precedentes na história em termos de magnitude e rapidez. O consequente trauma psicológico e social é difícil de imaginar ou de analisar. O romancista norte-americano William Maxwell escreveu:

Quando a minha mãe morreu, eu compreendi, pela primeira vez e para sempre, que não estávamos a salvo, que não estávamos livres de perigo. O meu pai fez o que pôde. Manteve a família unida, mas, a partir dessa altura,

passou a haver uma tristeza que não existia antes, uma tristeza profunda que nunca mais nos deixou. Não estamos a salvo. Ninguém está a salvo. Coisas terríveis podem acontecer a qualquer pessoa em qualquer momento.

O rasto de dor, de luto e de angústia pode ser detectado em muitos outros romances e autobiografias de autores de língua inglesa, como Katherine Anne Porter (1939) ou Mary McCarthy,⁴ bem como nas cartas incluídas por Collier (1974) no seu livro sobre a pandemia. William H. McNeill (2004, 6), baseado no contacto dos seus pais com a gripe em Dezembro de 1918, argumenta que prevaleceu a memória selectiva, reprimindo as experiências terríveis mas recordando prontamente os acontecimentos positivos.⁵ Se bem que a morte tenha afectado tragicamente quase todas as famílias de todos os países envolvidos no conflito, em tais circunstâncias ela estava associada a uma ideia de sacrifício nacional que era publicamente proclamada. Assim, por muito difícil que fosse suportar a morte de um ente querido na guerra, a ideia de um «sacrifício» em prol de uma causa nacional, e até nobre, era colectivamente partilhada e nacionalmente comemorada e homenageada com monumentos «aos mortos gloriosos», o que ajudava a mitigar o sofrimento das famílias e a dar sentido a essas mortes. Não era este o caso das causadas pela gripe, que não eram evocadas num «Dia do Armistício» ou em qualquer feriado nacional destinado ao luto colectivo. Era um sofrimento que tinha de ser suportado em privado. Os sobreviventes estropiados (mental e fisicamente) da Grande Guerra não deixavam cair no esquecimento a terrível carnificina de 1914-1918; mas a pandemia de gripe, apesar das suas muitas vítimas mortais, permanecia para lá do olhar do público. De facto, contrair uma gripe dificilmente se poderá considerar uma experiência memorável. O que há a dizer sobre o assunto? Contudo, para os historiadores, levanta-se o problema de como escrever sobre o sofrimento. Como poderão eles transmitir uma ideia fiel da enormidade da tragédia, ou dar sentido a toda a dor e angústia causadas pela pandemia? Como escrever «empaticamente» a história da tragédia, quando é tão mais fácil reduzir a morte e o sofrimento a uma mera estatística? É claro

⁴ Os romances do norte-americano William Maxwell são marcados pela experiência traumática da perda da mãe, vitimada pela gripe em 1918, durante a infância do autor (McCarthy, 1957).

⁵ Como defende Anne Hardy (2001, 75-76) para o caso britânico: «a reacção imediata das comunidades afectadas foi tentar pôr a experiência para trás das costas e apagá-la da memória».

que os piores efeitos da pandemia foram sentidos no mundo não europeu, o que explica a razão pela qual têm sido negligenciados, já que a maior parte da história do século XX tem sido escrita sobretudo por europeus e por aqueles que vivem no mundo «setentrional».

As estatísticas da mortalidade são importantes para a avaliação do significado demográfico da pandemia de gripe. Sugeriu-se recentemente que, nos Estados Unidos, a elevada taxa de mortalidade entre as grávidas influenciou os rácios mulheres/homens ao longo das duas décadas seguintes (Noymer e Garenne 2003). Mas o significado social e cultural reveste-se de maior importância. Na Europa, na América do Norte e no Japão, dir-se-ia que a gripe teve pouco ou nenhum impacto demográfico sobre a população global. De um ponto de vista europeu, portanto, não basta dizer que a gripe de 1918 foi a pior pandemia desde a Peste Negra. Em termos proporcionais, a peste Justiniana e a Peste Negra mataram e deixaram órfãs muitas mais pessoas, tendo tido por isso um efeito mais duradouro na população humana, bem como na vida social e económica, do que a pandemia de gripe de 1918-1919. Porém, em muitas partes do mundo não europeu, o quadro foi diferente e as consequências demográficas fizeram-se sentir de um modo muito mais agudo. No Sudoeste do Tanganica, a gripe surgiu durante a época de sementeira e matou provavelmente 10% da população, do que resultou a pior crise alimentar de que há memória (Ellison 2003). Em determinadas regiões da África, da Ásia e das ilhas do Pacífico, a perda de um número considerável de homens em idade produtiva afectou claramente os perfis populacionais ao longo das duas ou três décadas seguintes. Este facto é atestado pelo elevado número de mulheres solteiras e pelo declínio da natalidade. Menos fáceis de calcular são os efeitos económicos da produtividade perdida (Brainerd e Siegler 2003). Certas regiões da Ásia, em particular a Índia e a China, estavam acostumadas a catástrofes que reclamavam milhões de vidas. As vítimas das sucessivas fomes e pestes que grassaram na Índia durante os finais do século XIX e uma boa parte do século seguinte são exemplos expressivos de alta mortalidade e não ficam muito aquém do número de mortes causado pela gripe de 1918-1919 (Davis 2001).

A gripe surgiu no final de uma guerra total, uma guerra de dimensão e organização sem paralelo até ao momento. Este tipo de conflito envolvia a mobilização de todos os recursos do Estado, o recrutamento em massa e grandes concentrações e movimentações, predominantemente de homens jovens. Assim, até que ponto a mortalidade da gripe entre a população civil esteve ligada à guerra? A investigação minuciosa

de Winter (2003) sobre a Europa ocidental mostra claramente que as mortes causadas pela pandemia de gripe não podem ser atribuídas às privações ou à escassez de alimentos de uma população devastada pela guerra, uma vez que se verificam taxas de mortalidade similares entre as populações civis de países neutrais relativamente intocados pelo conflito. Se bem que apenas cerca de 10 000 soldados britânicos tenham morrido de gripe, estudos mais recentes sugerem que a pandemia pode ter tido origem em grandes acampamentos militares do Norte de França, pelos quais, em 1916, passavam centenas de milhares de homens. Se assim for, como argumenta John Oxford, a relação entre a guerra e a origem e disseminação da doença entre a população civil é, pois, muito mais estreita.

Neste ponto, podemos levantar uma questão contrafactual. Se o mundo não estivesse em guerra no período de 1914-1918, a pandemia de gripe teria ainda assim ocorrido? E, em caso afirmativo, ter-se-ia disseminado tão rapidamente? Ou será que a reacção oficial teria sido mais rápida e eficaz nos seus esforços para conter a propagação da doença? Evidentemente, os esforços e os recursos oficiais estavam a ser canalizados para a crise mais premente – a guerra, que estava então no seu quarto ano –, e tudo indica que as infra-estruturas da guerra tenham facilitado a transmissão do vírus. Nos países beligerantes da Europa, milhares de médicos e enfermeiras tinham sido chamados a servir nas forças militares. Obviamente, jamais obteremos uma resposta segura a estas questões. Na Grã-Bretanha verificou-se aquilo a que Winter chama «o paradoxo da Grande Guerra» (1988); ou seja, a guerra teve um impacto reduzido na saúde da população civil; na verdade, a saúde das classes mais desfavorecidas melhorou durante o período da guerra, e a falta de médicos numa grande parte do país não teve consequências significativas na saúde da população. No caso da Alemanha, de acordo com o mesmo autor, verificou-se a situação inversa (OMS 1958, 22).

Os graves efeitos da pandemia conduziram ao estabelecimento de redes globais de alerta antigripe; uma delas, que operava dentro dos limites do Império Britânico, estava também ligada ao Office International d'Hygiène Publique, sediado em Paris. A Sociedade das Nações começou a desempenhar um papel proeminente dentro deste sistema. Embora os «relatórios publicados» por esta não nos forneçam «uma razão específica» para este interesse pela gripe, tal preocupação era indubitavelmente alimentada pela ruptura das condições sanitárias que se verificou em muitos países no período do pós-guerra, bem como pela incidência generalizada de outras doenças – particularmente do tifo, que assolou a

Europa de Leste em 1919-1920 – e pela gravidade da própria pandemia de gripe. Este crescente interesse internacional pelas questões da saúde e das doenças, incluindo a gripe, resultaria, depois de 1947, no estabelecimento por parte da OMS de uma rede de monitorização muito mais abrangente. Em finais do século xx, a Organização Mundial de Saúde contava já com a colaboração de cento e dez laboratórios dispersos por oitenta e dois países, e tinha também quatro centros de observação para o controlo de doenças, situados em Atlanta, Londres, Melbourne e Tóquio.

A gripe foi fatal para um número relativamente reduzido de pessoas infectadas pelo vírus, mas alguns dos sobreviventes sofreriam efeitos de longo prazo. A pandemia abalou a saúde de muitos indivíduos em todo o mundo, alguns dos quais acabariam por morrer em consequência directa da gripe virulenta, que tinha deixado sequelas ao nível do cérebro e do sistema nervoso. Ao longo da década de 1920, e talvez até nas décadas seguintes, diversos milhões de pessoas sofreram de encefalite letárgica, um problema que parece ter estado intimamente relacionado com a gripe de 1918-1919 (Ravenholt 1993). Diversos tipos de parkinsonismo foram igualmente atribuídas à gripe, bem como outras doenças do sistema nervoso central. Os investigadores detectaram também ligações entre a gripe e a esquizofrenia e até o suicídio (Barry 2004).

A pandemia estimulou a investigação com vista ao tratamento da doença e à descoberta de uma cura para a mesma. Desenvolveram-se rapidamente algumas vacinas, que se revelaram ineficazes, já que os investigadores estavam erroneamente convencidos de que o inimigo a combater era o bacilo de Pfeiffer. Porém, a criação de uma vacina teria sido em todo o caso um processo complicado, dadas as profundas alterações que o vírus sofre a cada 5-10 anos ao nível da sua estrutura química. Logo que as diferentes vagas da pandemia foram claramente identificadas como gripe, muitos cientistas reconheceram a alta probabilidade da recorrência futura de um surto virulento similar. Esta convicção encorajou novas pesquisas laboratoriais em todo o mundo, num esforço para identificar o elemento patogénico. O processo não se revelaria fácil e, mesmo em 1929, alguns cientistas continuavam convencidos, tal como o idoso Pfeiffer, de que o causador da doença era o *Bacillus influenzae*. Porém, outros acreditavam que o agente etiológico podia ser um vírus. À época, a virologia era ainda um campo de estudo relativamente novo e uma das suas principais áreas da investigação era a pneumonia, a principal causa de morte durante a pandemia. Na década de 1930, a gripe foi finalmente

identificada como virose, e o vírus como capaz de se transmitir aos porcos e às aves (Barry 2004).⁶

Muitos virologistas e epidemiologistas têm advertido para o alto risco da recorrência de uma estirpe letal de gripe semelhante à de 1918-1919. As respostas internacionais e nacionais aos surtos de gripe de 1957, 1968, 1997 – e, mais recentemente, de SARS ou síndrome respiratória aguda grave – dão ênfase a essa séria preocupação (Morens, Folkers e Fauci 2004). Edwin Kilbourne escreveu em 2003 sobre a «crescente preocupação com a perspectiva de uma nova pandemia e com a sua potencial gravidade». Na era da máquina a vapor de 1918, a pandemia disseminou-se rapidamente pelo mundo; no século XXI, com a banalização das viagens aéreas, um vírus pode ser inadvertidamente transmitido a todos os cantos do mundo numa questão de algumas horas. A investigação com vista ao isolamento do vírus e à produção de uma vacina eficaz é, pois, imperativa. Hultin, Duncan e Oxford têm procurado traços existentes do vírus de 1918 em tecidos preservados em laboratórios e em cadáveres de vítimas da pandemia sepultados no *permafrost* ártico do Alasca e de Svalbard ou em caixões selados com chumbo (Taubenberger *et al.* 1997; Taubenberger 2003; Reid e Taubenberger 2003; Kolata 2005 [1999]; Davies 1999). Mas foi a equipa de Taubenberger que, em 2006, utilizando amostras preservadas obtidas de vítimas da pandemia de gripe, conseguiu estabelecer a sequência do genoma do vírus H1N1 (Ghedi *et al.* 2006).

Investigações recentes

A pandemia de 1918-1919 afectou profundamente o funcionamento do Governo. Os funcionários públicos adoeciam e faltavam ao trabalho; os serviços do Governo central e as administrações municipais não tinham gente suficiente para desempenharem as suas funções. Esta é talvez uma das razões pelas quais, ao menos na Grã-Bretanha, existem tão poucos documentos sobre a pandemia nos Arquivos Nacionais em Kew. Temos um relatório oficial publicado em 1920, mas pouca coisa existe nos departamentos onde seria expectável encontrar dados sobre as medidas políticas implementadas para lidar com a pandemia. Os registos militares são mais promissores, e os estudiosos começaram recentemente a examiná-los. Os historiadores vêem-se assim forçados a utilizar fontes que

⁶ O último capítulo aborda esta investigação de um modo acessível aos não especialistas.

não as do Governo central: relatórios dos delegados médicos locais, relatórios das prisões e das leis de assistência pública, artigos da imprensa local e provincial, registos das companhias de seguros, das igrejas, dos cemitérios e das instituições de beneficência. (Ao contrário do que se tem verificado em África, os estudiosos europeus e norte-americanos têm em grande medida ignorado as reacções religiosas à pandemia.) Na Grã-Bretanha, a pandemia não deu azo a qualquer resposta oficial, e muito menos a quaisquer planos ou medidas para lidar com uma possível repetição da crise. Os países que reagiram à pandemia por meio da promulgação de leis de saúde pública – a Nova Zelândia, por exemplo – parecem ser a excepção (Rice, 1988). Decididamente, 1918-1919 não foi um período caracterizado pelo aumento da intervenção do Governo na vida pública; na verdade, verificou-se o contrário, à medida que os países industrializados punham de lado o *dirigismo* que marcara o período de guerra.

Os estudos publicados sobre a evolução da epidemia de gripe são lacunares, como ilustrado pela detalhada bibliografia recentemente publicada por Müller (2003). Além dos principais países industrializados, sobre os quais existe uma bibliografia bastante extensa, a África subsariana tem sido razoavelmente bem estudada. Porém, sabe-se relativamente pouco sobre a evolução da doença em partes do mundo como a China, a Rússia e a América Latina. Não há dúvida de que existem dificuldades particulares na localização de fontes adequadas para a investigação da doença na Rússia assolada pela Revolução, mas são menos claras as razões pelas quais a China e a América do Sul (que demograficamente correspondem a um quarto da humanidade) têm inspirado tão pouco interesse entre os especialistas da história epidemiológica. As conferências realizadas na Cidade do Cabo, em 1998, e em Londres, em 2002, juntaram estudiosos de uma ampla variedade de disciplinas com o propósito comum de examinarem criticamente a pandemia de gripe, o que ajudou a renovar o interesse pelo assunto.

Alguns estudiosos, dos quais se destaca Alfred Crosby, defendem que a pandemia de gripe teve um efeito profundo sobre as campanhas militares de 1918 e também sobre a condução e o resultado das negociações de paz (Crosby 1989, caps. 9 e 10; Brown 2003, 5-7).⁷ Os exércitos beligerantes foram atingidos pela gripe que incapacitou temporariamente muitos homens, mas matou um número relativamente reduzido. De facto, a gripe foi apenas uma entre as muitas doenças e moléstias que afectaram os soldados, fossem eles combatentes ou não, durante o pe-

⁷ Este artigo enfatiza também os efeitos da gripe sobre o curso e a condução da guerra.

ríodo de 1914-1918. Além das pesadas baixas causadas pelo conflito, as doenças eram uma presença comum que matava ou tornava muitos soldados inaptos para o serviço militar continuado. Na maioria das guerras anteriores, o número de soldados que sucumbiam a doenças era superior às baixas resultantes dos combates propriamente ditos. Se a gripe for incluída como uma das causas de morte dos militares norte-americanos em 1917-1918, então podemos concluir que, também nessa guerra, as doenças fizeram mais vítimas mortais do que a acção inimiga. Porém, isto não deverá levar-nos a exagerar os efeitos da gripe. A ofensiva de Outono de Ludendorff pode ter sido interrompida pela gripe (assim como a capacidade de resposta dos Aliados), mas a determinação da Alemanha de continuar a lutar começava já a dar sinais de fraqueza, enquanto o crescente descontentamento da população civil alimentava a agitação política do país. É interessante notar que, na maior parte das histórias oficiais da guerra, a pandemia de gripe raramente é referida que não apenas de passagem. O volume dedicado às baixas da *History of the Great War*, a obra oficial sobre o assunto na Grã-Bretanha, publicada em 1931, afirma a propósito da gripe «que pouco há a dizer sobre esta doença» (Mitchell e Smith 1931, 85). A tese de Crosby, de que Wilson sofria de gripe em 1920 e de que esta circunstância limitara a sua capacidade para negociar eficazmente com Clemenceau e Lloyd George em Paris, obteve pouco apoio por parte dos outros estudiosos, que se têm concentrado mais amplamente nos aspectos militares ou políticos das conversações de paz.

Se nos debruçarmos sobre determinadas regiões de África, poderemos verificar que a disseminação da pandemia esteve intimamente relacionada com a guerra. Os trabalhadores africanos desmobilizados da Europa levaram a doença no regresso à África do Sul, onde se propagou rapidamente por todo o país. As tropas oriundas da África ocidental que regressaram à Costa do Ouro em Setembro contribuíram para a disseminação do vírus ao longo da rede ferroviária; um mês mais tarde, este trilho de infecção convergiria com outro que tinha penetrado na colónia através das rotas comerciais com o Norte. A taxa de mortalidade é estimada em 4 a 5% da população total de cerca de dois milhões. Como já referimos, a pandemia teve um impacto mais grave em África do que na Europa. A imprensa europeia ajudou a baptizar a pandemia com um nome falso – gripe «espanhola», porque os jornais espanhóis, dada a neutralidade do país, podiam noticiar livremente a doença, sem estarem sujeitos a qualquer censura. Em certas partes de África, e também na Ásia, surgiram denominações locais para a gripe, que reflectiam a espantosa capacidade da doença para abater os jovens e saudáveis. Na região Eketi

da Nigéria meridional, a gripe era conhecida como *Lululuku* («morte de um golpe súbito») e, posteriormente, como *Ajukale-Arun* («a doença que se espalha por toda a parte») (Oguntuyi 1979, 123-125). Os tswana da Bechuanalândia chamavam-lhe *leroborobo* ou *semagamaga*, isto é, «a doença que mata muita gente».

Na África central, bem como noutras partes do continente, a pandemia criou entre os africanos algo a que Ranger chama uma «crise de compreensão», se bem que a reacção de muitas pessoas tenha sido a de agir de formas que elas próprias consideravam racionais e eficazes (Ranger 1988). O súbito e devastador aparecimento da gripe, logo a seguir aos efeitos da guerra, deu azo a crenças escatológicas e ao aparecimento de profetas religiosos. Muitas pessoas viam na doença portentos cósmicos e um sinal da ira divina. A Igreja Aladura surgiu da «memória indelével» da pandemia e resultou numa perda de fé nas medicinas, rituais e símbolos tradicionais (Peel 1968); enquanto isso, no Congo Belga, Simon Kimbangu atendia um chamamento divino para salvar a Igreja (Martin 1975, 44).⁸ Numa parte significativa da África tropical verificaram-se reacções religiosas populares caracterizadas pela recuperação de cultos tradicionais, pela veneração de novos deuses ou pela transferência da fé para outras divindades consideradas mais eficazes. Algumas destas expressões religiosas eram milenárias e de natureza anticolonial, sendo por isso olhadas com grande desconfiança pelas autoridades europeias. Um sentimento similar de anticolonialismo contra o domínio neozelandês emergiu na Samoa Ocidental, onde a população indígena culpava o novo regime colonial pelas numerosas vidas ceifadas pela pandemia.

O silêncio da história

Em 1924, a *Encyclopaedia Britannica* publicou um estudo intitulado *These Eventful Years: The Twentieth Century in the Making*, o qual se propunha relatar «tudo o que aconteceu no mundo durante o mais importante período da história». Esta obra ignora a pandemia de gripe (Hooper 1924). Dos 208 volumes de *Economic and Social History of the World War* publicados pelo Carnegie Endowment nos anos que se seguiram à Grande Guerra, apenas algumas páginas são dedicadas à *grippe* e referem sobretudo aspectos médicos ou estatísticos. A gripe pode ter deixado uma ci-

⁸ O «kimbanguismo» disseminou-se entre os povos falantes de Kikongo no Congo francês, no Norte de Angola e em Cabinda.

catriz na memória popular mas, surpreendentemente, a história moderna tem permanecido em grande medida silenciosa em relação ao assunto.⁹ A que se deve, pois, este silêncio da história?

A pandemia de gripe surgiu no final de uma guerra terrível, marcada por uma indiferença brutal para com o valor da vida humana. Poucos foram os europeus que não sofreram de um modo ou de outro os efeitos desse turbilhão de quatro anos e meio, que resultou em grande perda de vidas e grandes sofrimentos. A Grande Guerra, como em breve passaria a ser chamada, eclipsou a maioria dos outros acontecimentos, incluindo a pandemia de gripe. A guerra era o resultado de acções humanas, ao passo que a gripe era uma calamidade natural. A guerra envolvia movimentos nacionalistas e questões políticas, alimentando o ódio contra os adversários. A morte na guerra, mesmo à escala de 1914-1918, era entendida por alguns como uma morte com sentido, e os familiares enlutados podiam até retirar algum consolo do reconhecimento público do «sacrifício» dos seus entes queridos. As mortes na guerra davam direito a pensões do Estado e, logo após o fim do conflito, ergueram-se monumentos públicos e ocorreram cerimónias colectivas em memória dos mortos. Mas como homenagear aqueles que morrem arbitrariamente, ainda que em grande número, devido a uma doença? Não existem muitos monumentos deste tipo, já que as vítimas não constituem um grupo ou sector específico da população.¹⁰ De facto, essas vítimas não deram a vida por uma causa nacional; limitaram-se a morrer de uma doença, como sempre aconteceu na história da humanidade. Se a doença dizimasse uma grande parte da população de uma vila ou aldeia, a tragédia talvez viesse a ser evocada por meio de um monumento local. E, se tivesse dado azo a uma reacção altruísta, como a dos aldeões ingleses de Eyam, no Derbyshire, no ano da peste de 1665-1666, o facto mereceria certamente um monumento e uma referência constante nos livros de história.¹¹ A pandemia de gripe foi uma catástrofe. Mas não ao ponto de não poder ser suportada

⁹ De facto, são muitas as obras de história mundial em língua inglesa produzidas no final do milénio que não fazem qualquer referência à pandemia de gripe. É o caso, por exemplo, de Hobsbawm (1994), Overy (1997), Grenville (1994), Roberts (1999) e Keylor (1997). O tema merece algumas linhas em Howard e Louis (1998, 70), e em Ponting (1998, 38).

¹⁰ Refiro-me aqui a monumentos que tenham sido erigidos logo após a pandemia, e não em datas muito posteriores – como, por exemplo, o monumento em calcário recentemente inaugurado em Castlebar, no condado de Mayo, na Irlanda.

¹¹ Eyam foi infectada com a peste devido a uma caixa com peças de roupa enviada de Londres. Os aldeões impuseram um cordão sanitário em redor da aldeia para evitar que a doença se propagasse às comunidades vizinhas.

pela maioria daqueles que, de uma forma ou de outra, sofreram os seus efeitos. Representou sem dúvida um fracasso da medicina moderna, e é talvez por isso que a classe médica tem evitado aprofundar a história da causa e da evolução da pandemia.

Já não me deixo surpreender por aquilo que os historiadores do passado preferiram ignorar ou negligenciar: as classes trabalhadoras, as mulheres, os pobres, os negros, os colonizados, os subalternos, entre muitos outros, tiveram de ser resgatados de algo a que Thompson chamou a «enorme condescendência da posteridade». O facto levanta uma questão provocadora: o que estaremos nós actualmente a ignorar ou a marginalizar? Para os historiadores, a lição a retirar daqui é a necessidade de permanecer alerta e de alimentar uma curiosidade perpétua por áreas do passado que continuam a ser ignoradas. Na época da pandemia, e ao longo de muitos anos após a mesma, a pesquisa e a escrita históricas seguiam um determinado programa que raramente incluía o estudo da história da medicina. Esta só se tornaria uma área de estudo na segunda metade do século, sobretudo durante os últimos trinta anos. A partir da década de 1980, a história da medicina e da doença tornou-se um importante e relativamente bem estabelecido ramo da história, com consequências felizes para aqueles de nós que têm o privilégio de se reunirem aqui em Lisboa em tão estimulante companhia para esta conferência sobre a pandemia de 1918-1919.

José Manuel Sobral
Paulo Silveira e Sousa
Maria Luísa Lima
Paula Castro

Capítulo 2

Perante a pneumónica: a pandemia e as respostas das autoridades de saúde pública e dos agentes políticos em Portugal (1918-1919)

Introdução

Nas primeiras décadas do século XX, apesar de a sociedade portuguesa atravessar um processo de transformação marcado pelo crescimento da população, pela industrialização e pelo desenvolvimento urbano, o país continuava a ser maioritariamente rural. No início da década em que tem lugar o surto epidémico conhecido internacionalmente como «influenza espanhola», quase 80% da população estaria ligada à agricultura, mesmo que esporadicamente exercessem outra ocupação, fabril ou artesanal: eram na sua esmagadora maioria pequeníssimos proprietários camponeses e proletários rurais pobres (Oliveira Marques 1978). A emigração era a via mais seguida pelos que procuravam fugir à pobreza. Entre 1900 e 1918 emigram cerca de 670 000 pessoas, a maioria para o Brasil (Oliveira Marques 1978), uma enorme proporção se tivermos em conta que a população de Portugal era em 1920, ano do censo mais próximo da pandemia, de 6 032 991 habitantes. Destes só 676 107 viviam nas cidades de Lisboa e Porto, as maiores do país, enquanto 4 929 365 viviam nas chamadas zonas rurais (em que se incluíam as cidades de pequena dimensão) (Sampaio 1959, 127).

Se quisermos reconstituir com rigor o contexto de ocorrência da epidemia e as reacções que esta suscitou, teremos de acrescentar a estes dados brevíssimos relativos à estrutura económica e social, alguns outros elementos, mesmo que sumários, relativos aos campos político, ideológico

e da saúde e assistência. A instauração de um regime republicano em 1910 através de uma revolução alienara uma parte da população que se identificava com a Monarquia. Além disso, a separação radical levada a cabo entre o Estado e a Igreja, seguindo os moldes da III República francesa, afrontou os meios católicos. De facto, ao procurar impor uma cultura oficial laica, de inspiração positivista, ao retirar à Igreja meios e influência (como os relativos ao registo civil), ao submeter a actividade religiosa e de corporações de inspiração religiosa (como as Misericórdias) a um controlo estreito, ao expropriar-lhe propriedade, o novo regime afrontou frontalmente esta instituição, especialmente forte nas áreas rurais do Norte e do Centro do país (as mais populosas). Entretanto, o regime republicano, que havia sido acolhido com toda a simpatia pelo universo operário maioritariamente urbano, reagiu frequentemente com dureza a movimentos sociais grevistas. Criaram-se assim focos de descontentamento contra os partidos mais influentes da República, em particular o mais importante, o Partido Democrático. A participação na I Grande Guerra ao lado dos Aliados, em cuja promoção este partido teve papel destacado, feita sob a invocação da necessidade de protecção do império colonial,¹ dividiu ainda mais os portugueses. Estes não eram confrontados há cerca de quase um século – desde os tempos das guerras civis da primeira metade de Oitocentos – com uma mobilização militar de massas. E, em vários meios sociais, em especial entre os monárquicos, era notória a simpatia pela causa dos impérios contra os quais Portugal combatia.

As circunstâncias da guerra agravaram também situações de fome, carência alimentar e de carestia de vida e os conflitos sociais – com assaltos a armazéns e estabelecimentos de artigos de primeira necessidade, em Maio de 1917 – e políticos agudizaram-se. Em 1917, o golpe de 5 de Dezembro, liderado por um militar republicano conservador, Sidónio Pais, inicia uma tentativa de mudança de regime a que o seu assassinato pôs cobro no ano seguinte. Este golpe, que acabou com um Governo de uma coligação partidária dominada pelo Partido Democrático, que promovera a intervenção na Grande Guerra, pôs momentaneamente fim à hegemonia desse partido. Em seu lugar, instala-se um regime presidencialista cada vez mais autoritário, apoiado por republicanos conservadores, católicos, pela aristocracia, pela alta burguesia e por fracções abastadas da classe média urbana e rural e do campesinato proprietário. A construção deste

¹ Angola e Moçambique possuíam fronteiras com colónias alemãs e britânicas e receava-se a sua partilha entre estas potências beligerantes.

bloco foi facilitada pelas expectativas, de tipo messiânico ou quase, colocadas na intervenção autoritária deste líder, e que ele e os seus cultivaram, e na aproximação entre o presidente e a Igreja Católica, com a qual o novo regime restabeleceu relações (Ferreira 1990a e b).

A pandemia de gripe pneumónica, ou simplesmente pneumónica, a designação mais vulgarizada da influenza espanhola em Portugal, vem portanto ocorrer neste contexto socioeconómico, político e ideológico específico.²

A saúde e a assistência em Portugal no tempo da pneumónica

Com a entrada de Portugal na guerra em 1916 e o agravamento das condições de vida da população, a sua situação sanitária deteriorou-se. Já antes da ocorrência da pandemia havia uma mortalidade elevada no seio da população portuguesa. As autoridades sanitárias nacionais encarregadas da luta antituberculosa, a maior causa de mortalidade no Portugal da época, atribuíam à crise da habitação, défice de fogos e má qualidade do alojamento existente uma grave responsabilidade nos altos níveis de mortalidade registados por esta doença em Lisboa, por exemplo, onde, como no Porto, estes eram o triplo da percentagem nacional.³ Em 1905, o médico Augusto da Silva Carvalho adicionava a este factor a má e escassa alimentação das classes mais pobres. O pão em Portugal era caro, o peixe e o açúcar onerados com impostos e taxas alfandegárias elevadas, a carne também tinha um preço alto, bem como a manteiga (Carvalho 1905). O português de meios modestos não só vivia mal alojado, como também comia pouco e mal. Esta situação estrutural foi agravada pela conjuntura da guerra. Num breve espaço de tempo surgiram recorrentes surtos epidémicos. Estes últimos tomariam uma enorme amplitude e incidência durante o ano de 1918, que assistiu, além da pneumónica, a surtos epidémicos de varíola, febre tifóide, tifo exantemático e disenteria.⁴

Como lembrou a mais importante autoridade sanitária portuguesa, director-geral de saúde e comissário-geral do Governo para dirigir o com-

² Fala-se em *pandemia* para denotar uma doença infecciosa propagada a uma escala global e em *epidemia* para denotar uma doença infecciosa a uma escala local ou mais pequena (Johnson 2006). Temos em conta esta distinção, sem esquecer que a palavra usada para denotar a doença no Portugal de então era epidemia.

³ ANT (1928, 13-14); Oliveira Marques (1978, 9).

⁴ «Epidemias», in *O Século*, 24-9-1918; Oliveira Marques (1978, 10-12).

bate à epidemia, o professor Ricardo Jorge, esta ocorria num tempo de escassez generalizada: de alimentos, de medicamentos, de transportes e de médicos (Jorge 1919b, 35).

O conjunto de instituições da área da saúde e assistência no Portugal de início do século XX, conquanto já submetido a uma direcção centralizada sob a tutela do Estado, estava ainda muito longe de corresponder à universalização de cuidados que viria a ser característica dos modernos serviços sociais e de saúde do Estado-providência.⁵ Acompanhando o desenvolvimento mais global do aparelho de Estado desde a segunda metade do século XIX, os serviços dependentes do Estado começaram a complementar as antigas redes de assistência tradicionalmente assentes em corporações religiosas, com particular destaque para as Misericórdias, que se haviam desenvolvido a partir século XVI e que estavam dispersas pelo país, ou em instituições filantrópicas instituídas em Oitocentos. A partir de então aparecem hospitais civis especializados, como o do Rego, para doenças infecto-contagiosas, o Real Hospital de Crianças (1882), ambos em Lisboa, sanatórios para a luta contra a tuberculose (1901) ou a primeira maternidade (em Lisboa, em 1911). Ao mesmo tempo, alarga-se a intervenção sobre a mendicidade e a infância e começam a construir-se as primeiras redes de controlo sanitário (Neto 1990).⁶ A um outro nível, desde finais do século XIX, desenvolviam-se esforços para profissionalizar os serviços de enfermagem, juntando-se a colaboração destes profissionais à dos médicos que se formavam em três escolas, no Porto, Lisboa e Coimbra. Em Setembro de 1901 seria por fim criada e organizada uma Escola de Enfermeiros em Portugal, depois de algumas tentativas anteriores (decreto de 10-9-1901; v. também Alves 1919).

Segundo os dados de 1915, parcialmente publicados em 1919, só no que respeitava à assistência hospitalar do Continente, 63% dos doentes

⁵ A preocupação com a saúde pública emerge internacionalmente ao longo do século XIX, ligada à percepção da influência do ambiente – pobreza, falta de higiene... – na doença e nas epidemias em particular (Porter 1993). Note-se, a título comparativo, que no Reino Unido só foi criado um Ministério da Saúde em 1919 no contexto específico do pós-guerra, marcado pela pobreza, pela doença e pelo desemprego (Porter 1999, 642). Em Portugal, em 1958, quase 40 anos depois (Campos 2000).

⁶ Ainda em termos comparativos, atente-se que o Serviço Nacional de Saúde britânico, peça essencial do Estado-providência, só viria a aparecer em 1948, e em Portugal seria nas décadas de 1960 e 1970 que o envolvimento do Estado viria a crescer (Campos 2000). Para uma perspectiva comparada do papel do Estado em matéria de saúde em vários países, em que se assinala que as suas actividades tinham ainda um carácter *ad-hoc* em inícios do século XX, estando a saúde da maioria, como em Portugal, a cargo de associações voluntárias religiosas ou não, v. Porter (1999).

Quadro 2.1 – Estruturas hierárquicas do Estado português em matéria sanitária em 1918

Nível	Autoridades políticas	Autoridades de saúde
Nacional	Presidente da República, Governo (Secretaria de Estado do Trabalho)	Director-geral de saúde
Distrital	Governador civil	Delegado de saúde
Municipal	Administrador do concelho/ Câmaras Municipais	Subdelegado de saúde/ Médico municipal

tratados no referido ano de 1915 foram-no por estabelecimentos de assistência privada, que possuíam então 70% do total dos leitos em serviço nos hospitais. Dos 251 hospitais portugueses, 241, ou seja 96%, estavam a cargo de instituições daquela natureza, na esmagadora maioria dos casos Santas Casas da Misericórdia. O principal hospital do Porto, a segunda cidade do país, utilizado para o ensino da Medicina, pertencia à Misericórdia local (Azevedo 1919).⁷ Os estabelecimentos modernos e de carácter laico – como o importante Instituto Bacteriológico – concentravam-se em Lisboa, onde se operara uma centralização da organização hospitalar, com a instituição dos Hospitais Cívicos de Lisboa (1913).

Fora de Lisboa e, em grau menor, do Porto e de Coimbra, onde havia para lidar com a saúde pública Faculdades de Medicina com hospitais anexos, nas sedes de distrito – a maior das unidades político-administrativas em que se subdividia o país – havia delegados de saúde (a quem cabia o cuidado da saúde pública e nomeadamente das doenças infecto-contagiosas e que reportavam ao director-geral em Lisboa), e nos municípios (ou concelhos) havia subdelegados de saúde na dependência dos anteriores, bem como médicos municipais (muitos deles acumulavam o cargo com o de subdelegados). Além dos médicos, eram autoridades sanitárias os governadores civis dos distritos e os administradores do concelho nos municípios (ambas figuras de nomeação governamental; v. quadro 2.1 para uma clarificação da organização hierárquica das estruturas do Estado português relevantes em questões sanitárias).

Em teoria, os delegados de saúde deveriam ter um curso de especialização em Medicina Sanitária, mas a medida levaria décadas a tornar-se efectiva. Em muitos locais acumulavam este lugar com a prática da clínica

⁷ Já antes de 1911 se fez inquérito análogo ao que se encontra em conclusão (*Medicina Contemporânea*, n.º 9 de 1910). Relatório da 2.ª Repartição da Direcção-Geral de Assistência, no *Diário do Governo*, II série, n.º 10, de 13-1-1919, 124.

privada, sendo ainda o seu consultório simultaneamente a sede da delegação local, sem mais meios que a letra da lei e uma caneta para escrever ofícios, pedidos e conselhos às restantes autoridades (Correia 1938). Em termos de princípios de assistência médica, na época e ainda depois, esta «mantinha-se caritativa para os pobres, e comercial, de clínica livre, para o resto da população» (Campos 2000, 406). Ao Estado competia a coordenação do conjunto de instituições do sector e assegurar «a luta contra as doenças evitáveis por meio de imunizações, polícia sanitária do comércio de alimentos, vigilância dos factores de risco do meio ambiente e, sob a forma de assistência pública na doença, uma protecção mínima a indigentes» (Campos 1983; 2000).⁸

Em 1920 havia em todo o país um efectivo de 2580 médicos, o que dava um médico para cada 2338 habitantes. Havia igualmente 1577 farmácias, dando uma relação de 3825 habitantes por cada uma. Mas estas médias são enganadoras, pois médicos e farmácias estavam concentrados nas cidades, sobretudo nas maiores, Lisboa e Porto (Correia 1934a e b).⁹ No mundo rural as carências eram enormes. Em 2848 freguesias da província – a freguesia é a unidade político-administrativa mais pequena –, abrangendo uma população de 2 613 332 habitantes, não havia nem assistência médica nem farmácia (Correia 1934a, 219-274).

Se a Direcção-Geral de Saúde era o órgão de cúpula que dirigia e fiscalizava todos os outros serviços, na realidade, muitos melhoramentos na área da saúde e higiene públicas – recolha de lixos, saneamento... – continuavam dependentes da boa vontade e dos recursos escassíssimos das Câmaras Municipais, constantemente acusadas de pouco ou nada fazerem na matéria. Este tipo de comportamento era apenas alterado em períodos de surtos epidémicos, quando a escala da mortalidade pedia a intervenção dos especialistas.¹⁰

Na década em que ocorre o surto da pneumónica, e em particular com o impacto das descobertas da bacteriologia, havia uma consciência forte da importância das medidas de higiene, de salubridade e de profilaxia de carácter básico para evitar o surgimento e propagação de epidemias (Vigarello 1999: 240-243 e 260-265; Kolata 2005 [1999], 47), que também são acolhidas em Portugal. Porém, as consequências políticas e o impacto

⁸ Eram objectivos comuns a outros Estados (Fox 1993).

⁹ No Algarve (que em termos político-administrativos era o distrito de Faro), havia 34 médicos para perto de 270 000 habitantes, o que dá uma média de um médico para cerca de 7900 indivíduos. Ainda assim, concentravam-se na capital, com 6 e pouco menos de 25 000 residentes (Girão 2003, 30-31 e 102-103).

¹⁰ Mesmo referindo-se a um período posterior, v. Correia (1932).

em termos de medidas concretas seriam, por então, muito limitados. A construção de infra-estruturas e de equipamentos de distribuição de água e de esgotos, a melhoria das condições de habitabilidade e o desenvolvimento da salubridade urbana, bem como a criação de serviços de prevenção e de fiscalização pouco se terão desenvolvido e, quando ocorreram, limitaram-se a Lisboa, Porto e uma ou outra capital de distrito (Correia 1938, 499-507). Do lado da saúde pública e da profilaxia o retrato não era melhor. Processos como a divulgação dos princípios de higiene pessoal entre a população, ou a organização em redes acessíveis e coordenadas dos serviços médicos e de enfermagem, com capacidade para o diagnóstico e o tratamento precoce da doença, eram realidades circunscritas ao discurso dos médicos e de alguns funcionários públicos. Neste cenário, doenças como o paludismo (ou malária), a febre tifóide, o tifo exantemático, o carbúnculo, a varíola e a difteria eram comuns. A tuberculose continuaria a ceifar a vida de milhares de adultos jovens nas principais áreas urbanas, sobretudo entre a população mais pobre, mal alojada e pior alimentada – e só em 1918, a mortalidade que ela provocava foi excedida pela «pneumónica» (Correia 1938, 197). A epidemia de gripe de 1918-1919 ocorre num contexto marcado por epidemias múltiplas e recorrentes. Uns vinte anos depois, e este é um indicador importante em termos comparativos, Portugal era ainda o país da Europa em que a mortalidade por varíola, difteria e tifo exantemático era mais alta (Correia 1938, 192). Embora a gripe não fosse uma desconhecida, pois entre 1902 e 1910 ocupou o quinto lugar no quadro da mortalidade por doenças contagiosas, as formas de que se revestiu o surto de 1918-1919 tiveram um carácter violento imprevisível (Correia 1938, 233). Em Portugal como no resto do mundo.

Medidas de combate às epidemias

Apesar do recurso crescente a todo um novo arsenal teórico e prático, nomeadamente o decorrente das descobertas da Bacteriologia e em geral da «medicina de laboratório» em finais do século anterior (Porter 1999, 428 e segs.; 2002, 75-98; Souria 2007 [1992], 222-254; Ujvari 2003, 157-229), muitas das epidemias continuavam a ser combatidas através dos velhos esquemas.¹¹ Se havia a percepção da necessidade de promover

¹¹ Em Portugal, a Bacteriologia era ensinada desde a última década do século XIX (Correia 1938, 443).

medidas de prevenção e de incremento da salubridade, notoriamente desde o século XIX (Correia 1938, 499-507), o facto é que a actuação dos médicos e das redes de polícia sanitária e de prestação de cuidados se caracterizava por uma atitude passiva ou menos reactiva face à doença, actuando-se, muitas vezes, somente após a sua manifestação. Se agora se recorria às pesquisas nos laboratórios para os diagnósticos, o facto é que, no tratamento, se continuavam a aplicar as clássicas medidas de quarentena. Logo que se desencadeavam os surtos a máquina administrativa era posta em funcionamento sob o comando de médicos especialistas. As cartas de saúde tornavam-se obrigatórias, sendo necessários os respectivos vistos, visitas de saúde, inspecções e, se necessário, impedimentos de comunicação e desinfecções coercivas (*e. g.*, Enes 1901; e Freire 1890).

O Instituto Central de Higiene, inspirado em modelos alemães, fundado em Lisboa em 1899 pelo higienista e epidemiologista Ricardo Jorge no contexto do combate à epidemia de peste bubónica deflagrada na cidade do Porto no mesmo ano, procurava desenvolver o estudo da higiene e da salubridade pública, a estatística das epidemias e formas de vigilância epidemiológica.¹² Tentava-se, assim, esclarecer o obituário, implementar a notificação obrigatória de doenças perigosas, registar eventuais surtos epidémicos, acompanhar a evolução das principais causas de mortalidade, procedendo ainda ao estudo monográfico de algumas moléstias infecciosas, como seria o caso conhecido da malária. Neste instituto ministrava-se o curso de Medicina Sanitária – e o de Engenharia Sanitária – onde se ensinavam higiene pública, controlo de factores de risco (como os ligados à alimentação e à habitação), assistência às classes pobres e práticas de combate às epidemias e de profilaxia, por exemplo (Graça 2000). À época, como se constata, e se sublinha, a doença era entendida tanto em termos biológicos como sociais (Porter 1999, 634). Havia, portanto, já um importante *corpus* de reflexão e de conhecimento, e instituições específicas de combate às epidemias desde os fins do século XIX – mais dois cursos de higiene para ensinar saúde pública seriam criados em Coimbra e no Porto na primeira década do século XX –, quando o ensino da hi-

¹² Ricardo Jorge foi a principal figura da epidemiologia portuguesa e um contemporâneo da ascensão dos epidemiologistas no plano médico internacional. Com a sua obra *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa* (1884) estabeleceu os alicerces da saúde pública em Portugal. Foi director-geral da saúde em três regimes políticos distintos – Monarquia, República (1910-1926), Ditadura Militar (1926-1929), continuando, depois de aposentado, a exercer grande influência. Quando se aposentou, o Instituto Central de Higiene veio posteriormente a ser chamado Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Correia 1957; Fernandes 1959).

giene e o ensino e a investigação bacteriológicos se difundem em Portugal. Mas o país não era só Lisboa e os limites da inovação nestas matérias eram ainda flagrantes 20 anos depois da epidemia de gripe (Correia 1938, 433-446).

O surto de pneumónica de 1918-1919

A gripe pneumónica revestiu-se em Portugal de características similares e de uma temporalidade análoga à registada a nível mundial (Phillips e Killingray 2003a, 5-7). Desenrolou-se, igualmente, em três vagas. A primeira terá penetrado em Portugal em fins de Maio com os trabalhadores agrícolas regressados de Espanha, onde esta já se haveria declarado. O contágio ter-se-ia dado a partir de focos em Badajoz e Olivença, sendo os primeiros casos diagnosticados em Vila Viçosa, de onde se expandiu para outras povoações alentejanas e para o resto do país (Sampaio 1959, 121).¹³ Afectando as cidades de Lisboa e Porto, teve o seu ponto culminante no final do mês de Junho de 1918, declinando depois subitamente. Se bem que fugaz e relativamente benigna, ela faria, mesmo assim, subir a mortalidade geral citadina, tal como sucedera no surto de gripe 1896.¹⁴ A segunda vaga começou por se manifestar na zona do Porto (Gaia), no Norte do país, em Agosto, e daí irradiou imediatamente para o Noroeste e por ambas as margens do vale do Douro até à fronteira de Espanha, havendo outros focos no Centro do país; o Litoral, o Centro e o Sul estavam ainda indemnes em meados de Setembro, mas nos começos de Outubro atingia o Algarve, a província situada no extremo Sul do país (Jorge 1919b, 14-15).¹⁵

Este surto teria uma incidência bem maior junto da população, sendo a mortalidade e virulência superiores a quaisquer outras graves epidemias

¹³ De facto, a Extremadura espanhola, que faz fronteira com a Beira Baixa e o Alto Alentejo, foi das zonas de maior mortalidade no decurso desta primeira vaga (Echeverri Dávila 2003, 178). Para se ter uma ideia da velocidade do contágio, assinala-se que as primeiras notícias sobre a gripe em Madrid datam de 20 de Maio (Porras Gallo 1997a, 41).

¹⁴ Referências ao seu carácter benigno, embora colocando reservas a esta qualificação, encontram-se em Jorge (1919b, 8). A mesma opinião, sobre os Estados Unidos em Crosby (2003 [1989], 17); sobre a Grã-Bretanha em Honigsbaum (2009, 16); em Espanha refere também a sua relativa moderação Echeverri Dávila (1993, 27). É a opinião que recolhe Porter (1999, 483).

¹⁵ Para um dos seus primeiros estudiosos, a pandemia teve duas ondas epidémicas, com o respectivo acme em Julho e Outubro; a diferença em termos de mortalidade é computada pelo mesmo numa taxa de 6,6 por 100 000 para a primeira e numa de 561,4 para a segunda, o que documenta a distância dramática entre ambas (Sampaio 1959, 121).

registadas anteriormente, como por exemplo as de febre-amarela (1856) e cólera (1857) ocorridas em Lisboa, e sem qualquer comparação com surtos anteriores de influenza, como o de 1889-1890 (Jorge 1919b, 15). Ocorreria ainda uma terceira vaga, em Abril e Maio de 1919 (Jorge 1919b, 18), mas já sem as características especialmente mortíferas da anterior.¹⁶ Os fluxos da população – cuja importância a nível mundial na propagação desta epidemia foi destacada (Porter 1999, 483) – foram apontados como responsáveis pelo contágio entre as diversas regiões do país: a *migração militar*, ligada à deslocação das tropas num país em guerra; a *migração agrícola*, devido à deslocação em grandes efectivos de trabalhadores para a colheita das uvas (vindimas), no Douro e no Sul no mês de Setembro; a *migração popular*, ligada às feiras e às peregrinações que conhecem a sua maior intensidade em Julho, Agosto e Setembro; a *migração balnear*, com a deslocação e concentração de pessoas em praias e estâncias termais; a *migração marítima*, devido aos transportes por mar, teria igualmente propiciado o contágio (Jorge 1919b, 21-23).

Para a incerteza quanto à mortalidade efectiva que a pandemia provocou, tanto a nível global como no caso português. Recentemente Phillips e Killingray (2003a, 4), admitindo embora que a falta de dados e de fontes precisas fizesse com que tal número não passasse de uma estimativa informada, apontaram para o número de 30 milhões de mortes, muito mais do que as provocadas pela Grande Guerra. Este é o número indicado como mínimo por Crosby (2003 [1989], XII). Há quem refira mais de 25 milhões (Porter 1999, 483). Há quem fale numa estimativa entre 40 a 50 milhões, incluindo estimativas sobre populações, em particular na África e na Ásia, relativamente às quais não há dados fiáveis (Oldstone 2000, 173-175). Outros autores, também ainda há pouco, reviam os números em alta para 50 milhões de mortos à escala global, admitindo que o número pudesse subir para o dobro, dado o facto de haver défices de registo. Quanto a Portugal, referia-se uma mortalidade de 59 000 pessoas, com uma taxa de mortalidade de 9,8 (por 1000), só ultrapassada na Europa pela Espanha, pela Itália – compa-

¹⁶ Reportando-se a Madrid, uma historiadora da influenza diz que este terceiro surto recebeu escassa atenção da literatura médica contemporânea e da imprensa médica e generalista, pelo que não se pode dizer muito sobre ele (Porras Gallo 1997a, 46). Sucede o mesmo em Portugal, pelo que também não o desenvolvemos aqui. Há uma simples menção no relatório de Ricardo Jorge de 1919, e nenhuma nos de importantes autoridades médicas de Lisboa, como o director dos Hospitais Civis de Lisboa, Lobo Alves, e o inspector de higiene dos mesmos hospitais, Arruda Furtado, ambos de 1919 e impressos em 1920.

nheiras habituais de Portugal em outras epidemias – e pela Hungria, e em marcado contraste com o Norte da Europa (na Noruega e Suécia a taxa era de pouco mais de cinco por mil) (Johnson e Mueller 2002).¹⁷ De acordo com as estatísticas oficiais morreram 55 780 pessoas vitimadas pela gripe em 1918 (em 1919, 3097) – recorde-se que o país tinha então em torno de 6 000 000 de habitantes (Correia 1938, 479; v. *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal: Ano de 1918*). A taxa de mortalidade em Portugal seria superior à de países como a Espanha e a Itália (Machado 1959, 185). Mas um autor afirmaria que o número de mortos por gripe poderia ter chegado a uma cifra um pouco superior aos 100 000 se acrescentássemos os casos dos que morreram em 1918 em excesso do habitual por infecções do aparelho respiratório e o acréscimo dos efectivos registados no mesmo ano por doença de causa não averiguada (Correia 1938, 479-480 e 233). Na actualidade, o demógrafo Leston Bandeira (v. o capítulo 5 neste volume) estima que a gripe terá ocasionado hipoteticamente (para o Continente e o distrito de Ponta Delgada), em 1918 e 1919, uma sobremortalidade de 135 257 óbitos. Para Espanha, país muito mais populoso, propôs-se recentemente um total de 257 082 mortes (Echeverri Dávila 2003, 183). Independentemente do número exacto, a brutalidade do evento é notória. Foi uma verdadeira hecatombe, responsável por uma forte ascensão da mortalidade em Portugal no quinquénio de 1916-1920 (Machado 1959, 185), e que se revestiu de contornos humanos dramáticos.

A maior parte dos óbitos verifica-se nos meses de Outubro e Novembro, tal como sucedeu de um modo geral a nível internacional. Os grupos etários mais atingidos em termos de mortalidade, tal como a nível mais global, foram os adultos jovens e não as vítimas habituais da influenza sazonal (Inverno) normal: os muito jovens e os mais velhos, ou quem tenha problemas no tórax ou no coração (Honigsbaum 2009, 5). Atingiu precisamente os que se pensaria estarem mais aptos a resistir (Jorge 1919b, 25; Alves 1920; Crosby 2003 [1989], 322; Echeverri Dávila 1993, 122-123; Porras Gallo 1997a, 65-67; Bandeira, neste volume, capítulo 5; Phillips e Killingray 2003a, 8-9; Silveira 2007, 24; Taubenberger e Morens 2006, 19; Honigsbaum 2009, 19),¹⁸

¹⁷ Admite-se o número de 100 milhões de mortos e mil milhões de atingidos em Johnson (2006, 37).

¹⁸ Há quem aponte a nível geral para o grupo situado entre os 20 e os 40 anos como o mais atingido (Phillips e Killingray, 2003a, 8); em Portugal, um estudo situou-o entre os 20 e os 45 anos (Sampaio 1959, 92), mas entre os 15 e os 20 também era elevado. Ver neste mesmo livro o capítulo 5 de Leston Bandeira.

e o seu impacto era fulminante.¹⁹ A nível de sexo, e ao contrário do que se afirma para a pandemia em sínteses globais – uma maior mortalidade masculina (Phillips e Killingley 2003a, 8-9) – cálculos recentes apontam para uma sobremortalidade feminina devido à gripe em Portugal.²⁰

Não possuímos uma imagem clara da incidência diferenciada da morbidade e da mortalidade nas diferentes classes da sociedade, todas atingidas pela epidemia. Não parece haver consenso internacional a este respeito. Phillips e Killingley (2003a, 9) afirmaram que os pobres, os que viviam aglomerados em habitações insalubres, tinham habitualmente uma nutrição deficiente e uma saúde fraca em geral, foram os mais vulneráveis à doença, o que, entre outros casos, Killingley (1994) também constatou para as Caraíbas. Na opinião de Barry (2004, 408), embora a influenza a todos afectasse, os pobres, que viviam em condições de maior concentração em matéria de habitação, morreram mais do que os ricos. Para esta conclusão aponta, no caso espanhol, que interessa particularmente a Portugal, uma pesquisa de âmbito nacional que assevera que, embora a gripe afectasse todas as classes sociais, o desenlace (maior ou menor mortalidade) não era o mesmo; localiza a diferença em ter-se ou não um corpo são e bem alimentado e acesso a práticas de higiene e cuidados elementares adequados (Echeverri Dávila 1993, 103-107; 2003). Mas há quem afirme, embora restringindo essa análise à cidade de Madrid, ser difícil falar, para a gripe, em mortalidade diferenciada entre distritos, embora tal sucedesse no caso da tuberculose (Porras Gallo 1997a, 57-60). Os estudos de McCracken e Curson (2003) sobre Sidney concluíram que a epidemia atingiu todos, mas que as taxas mais elevadas de mortalidade se registaram entre os trabalhadores, e Mamelund (2006), num estudo recente sobre Oslo (Kristiania em 1918), contestou a percepção de que a epidemia se comportaria de modo igualitário, concluindo pela inferior mortalidade dos mais abastados, que viviam em alo-

¹⁹ Embora não tenhamos legitimidade para avaliar qualquer explicação médica para as razões do impacto mortífero da influenza de 1918, pode-se referir que têm sido avançadas razões como assentando largamente em infecções secundárias, como as pneumonias (Johnson 2006, 29), ou uma resposta maciça do sistema imunitário, que levava os pulmões das vítimas a encher-se de fluidos, provocando uma sensação que deveria ser similar ao afogamento, e células danificadas (Honigsbaum 2009, XIII). Agradecemos a Cristiana Bastos a indicação desta última obra, bem como a de Tom Quinn (2008).

²⁰ Ver neste mesmo livro o capítulo 5 Leston Bandeira, que dá como particularmente expressiva a sobremortalidade feminina no Portugal Continental entre os 10 e os 35 anos. Talvez este dado possa ser interpretado se tivermos em conta afirmações de que a influenza foi particularmente mortífera para as mulheres grávidas (Quinn 2008, 152), a maioria das quais se situa precisamente no âmbito deste grupo.

jamentos melhores, face aos menos abastados. No Brasil, Bertucci (2004, 118-119) afirma sobre São Paulo serem os mais pobres quem mais sofria; Silveira cita aprovadamente o estudo de Bertolli Filho sobre São Paulo, o qual refere que a influenza nada teve de democrático, e a partir do seu estudo sobre Belo Horizonte reafirma ser «a visão democrática da epidemia uma ilusão» (Silveira 2007, 188-196), opinião que é partilhada em estudo sobre Salvador da Baía (Souza, 2005). Analisando dados da Grã-Bretanha, Johnson (2006, 105) assevera parecer existir um elemento de diferenciação de classe na mortalidade pandémica – os mais abastados seriam menos afectados –, conquanto sublinhe que essa associação não é muito forte.

Não concordando com esta correlação entre efeitos da epidemia e posição social, encontramos autores que defendem que a gripe ignorou as diferenças, nomeadamente as de classe; e admitem que, no máximo, os ricos tiveram uma ligeira vantagem e em muitos casos nem isso (Crosby 2003 [1989], 323). Insiste-se em que ela agia de forma indiscriminada, atingindo os primeiros-ministros da Alemanha, França e Inglaterra, o presidente dos EUA, Woodrow Wilson (Oldstone 2000, 174-175), o presidente eleito do Brasil, o primeiro-ministro da África do Sul ou o marajá de Jaipur (Quinn 2008, 145).²¹ Como se escreveu recentemente, «[...] embora a tensão e os constrangimentos da guerra possam ter contribuído para a elevada morbidade da gripe, particularmente entre os pobres, esta doença não respeitava classes sociais e revelava-se democrática na escolha de vítimas» (Honigsbaum 2009, 63).

Em Portugal não há propriamente consenso nesta matéria; como em outras relativamente à pandemia, será necessário proceder a investigação mais detalhada. Houve vítimas nas classes altas e nas fracções mais elevadas da classe média e no meio artístico, como o conde de Almeida Araújo (*O Século*, 2-10-1918), o neto do visconde de Alvalade, José Roquete, um dos fundadores do clube de futebol Sporting Clube de Portugal, os compositores Pedro Blanco e António Frago, os pintores modernistas Amadeo de Souza-Cardoso e Santa-Rita Pintor. A mais alta autoridade em matéria de epidemiologia e saúde pública, o director-geral da saúde, Ricardo Jorge, escreveu: «se todas as classes pagaram o seu tributo, ele pesou mais pesadamente sobre os mais humildes; os horrores da epidemia juntaram-se uma vez mais aos da miséria» (Jorge 1919b, 25). Ele próprio narra um facto em que a mortalidade surge estratificada por

²¹ No mesmo local, o autor afirma que «[...] a influenza espanhola não respeitava posição ou *status*».

classe – classe no transporte e correspondentemente classe social – na viagem do vapor *Moçambique* entre a colónia portuguesa de Moçambique e Lisboa em Setembro de 1918. Trazia 952 passageiros e a mortalidade geral foi de 22%. Porém, a mortalidade de 558 soldados acumulados na 4.^a classe foi de 180 indivíduos, mais de 30%; na 3.^a, 2.^a e 1.^a classes, onde viajavam 261 oficiais, sargentos e civis, morreram apenas 7,2%. Nenhum oficial morreu (Jorge 1919b, 23-24). Um médico, leitor do *The Lancet*, a quem o surto, que combateu, apanhou em férias de Verão numa zona rural e industrial do Norte de Portugal, o vale do Ave, escreveu o que podemos designar como uma pequena etnografia da epidemia. Trouxe mais de meio milhar de doentes, achando que as manifestações mais graves da epidemia se deram entre os que tinham piores condições de vida em matéria de habitação (Lima 1918b).²²

Posição distinta da de Ricardo Jorge teve o seu subordinado Almeida Garrett, encarregado da direcção do combate à epidemia em finais de Setembro (a segunda vaga) em Vila Real, na região do Douro, onde ela grassava com particular intensidade, e que exerceu funções de superintendência sobre o Norte do país. Referindo-se à incidência da segunda vaga na segunda cidade do país, o Porto, onde residia, ele afirma textualmente: «Como eu, diversos colegas tiveram a impressão de não serem as classes pobres mais castigadas do que as ricas» (Garrett 1919). Mas não vai além da impressão... Entretanto, uma análise demográfica muito recente concluiu que os efeitos mortíferos da pneumónica foram menores nas cidades do Porto e de Lisboa, do que em todos os outros distritos do Continente, apontando para o facto de onde havia maior presença dos serviços de saúde e maior eficácia dos controlos administrativos o combate à epidemia poder ter sido mais eficaz (Leston Bandeira, capítulo 5 neste volume), o que também teria sucedido em Espanha (Echeverri Dávila 1993, 170). O país rural, mais pobre, foi o que mais sofreu, por comparação.

O militante anarco-sindicalista Emídio Santana, particularmente atento ao sucedido com as classes trabalhadoras, escreveu sobre a epidemia e o contexto em que ela ocorreu:

Às calamidades económicas e políticas da época, com as polícias políticas levando para as prisões trabalhadores militantes ou revoltados, ao luto das famílias que perdiam os seus familiares na guerra lá longe, acresceram ainda as epidemias.

²² A respeito de uma epidemia de gripe dos anos 50 em Lisboa, dois especialistas do seu combate afirmam esta mais grave para os mais desfavorecidos (Sampaio e Caeiro 1958).

No final de 1918 «a pneumónica» grassava intensamente criando um estado de pânico colectivo.

Era frequente ver-se nas ruas grupos de pessoas consternadas que comentavam a morte recente deste ou daquele vizinho, e os funerais às vezes sucediam-se, a caminho dos cemitérios. Como as carretas funerárias não acudiam a tantos funerais, algumas vezes se via os caixões serem transportados «a pau e corda», vulgar meio de transporte de mobílias ou mercadorias, pelos chamados moços de fretes, e que consistia num tabuleiro de madeira suspenso por duas cordas e duas varas grossas que se apoiavam nos ombros de quatro homens, acompanhados do préstito fúnebre. (Santana 1987, 33)

A resposta das autoridades de saúde pública

Segundo uma nota publicada nos jornais em 28 Maio de 1918, o director-geral da saúde, Ricardo Jorge, comunicou ao Conselho Superior de Higiene que a doença tinha alastrado rapidamente por toda a Espanha. Reiterou o diagnóstico de influenza ou gripe, causada por um vírus, em relatório apresentado ao mesmo Conselho Central de Higiene em 18 de Junho. Referiu-se aí a sua extrema contagiosidade e apontou para o facto de o seu carácter benigno ser apenas aparente, pois se tratava de uma epidemia mortífera. Apesar de se reconhecer a ineficácia do isolamento perante a propagação do vírus, não deixava de se recomendar a aplicação dessa medida aos atingidos pela epidemia, para evitar o contágio, bem como outras com idêntica finalidade, desde deixar de visitar doentes a cumprimentar pessoas com as mãos ou dar beijos. Não haveria práticas imunizantes, nem drogas preventivas para a pandemia.²³ Recomendava: lavar as vias respiratórias com água salgada ou água oxigenada diluída; manter a higiene interna e externa; tomar ar livre e ventilar habitações. E, por fim, quando alguém era atacado pelo mal, o caminho a seguir seria «cama, dieta, tizanas e médico» (Jorge 1918b).²⁴ A 31 de Agosto divulgava na imprensa tratar-se de «influenza pneumónica».²⁵

Durante o Verão as autoridades sanitárias pouco terão actuado. Mas a situação iria mudar diante das características da segunda vaga da gripe. A 29 de Setembro o director-geral de saúde fazia sair as primeiras instruções

²³ Esta foi uma atitude generalizada entre as principais autoridades médicas. A título de exemplo, atente-se no sucedido em Madrid (Porrás Gallo 1997a, 75).

²⁴ Eram também as medidas preconizadas, após muito debate em torno da influenza, pelo Royal College of Physicians do Reino Unido (Loeb 2005).

²⁵ *Portugal Médico*, vol. IV, n.º 8.

oficiais que explicitamente pretendiam coordenar o combate à epidemia. A 2 de Outubro elas eram transformadas em portaria da Secretaria de Estado do Trabalho publicada a 4 no *Diário do Governo*.²⁶ As instruções dividiam-se em seis pontos e iam recomendadas às autoridades sanitárias.

As disposições constantes do primeiro ponto visariam construir um sistema de recolha de informação e determinavam que todos os médicos deveriam participar às Subdelegações de Saúde respectivas a aparição na sua clínica de casos epidémicos de gripe. O subdelegado, ou um seu representante, deveria depois transmitir telegraficamente a súmula destes dados à delegação competente, que os enviaria pela mesma via à Direcção-Geral de Saúde, prestando as informações necessárias para que a extensão e intensidade da epidemia pudessem ser avaliadas.

No segundo ponto dizia-se não haver «profilaxia específica contra o contágio», mas que subsistiam «as normas da higiene geral – a beneficiação e a desinfecção». A limpeza das povoações e das casas deveria, por isso, continuar a merecer cuidados. Perante o pouco conhecimento da etiologia e das formas de contágio, continuava-se a aconselhar a desinfecção, o isolamento, devendo evitar-se, se possível, aglomerações e contactos. Como profilaxia individual, não deixa de se lembrar o uso de gargarejos, «mentolados ou salgados». Num segundo parágrafo deste ponto o director-geral de saúde tentaria chamar a atenção das autoridades em relação às movimentações de populações, para as evitar e vigiar.

O terceiro ponto tratava da organização dos hospitais e postulava que para os casos graves estava indicada a hospitalização, com tratamento e isolamento, a arma mais eficaz contra a epidemia. Devia-se aproveitar os hospitais existentes e improvisar outros, requisitando prédios onde não os houvesse, bem como camas e roupas. Devia obter-se a colaboração das corporações locais. Onde não existissem bombeiros e Cruz Vermelha para o transporte de doentes, a autoridade administrativa devia providenciá-los.

Em quarto lugar pedia-se que se organizassem e utilizassem todos os médicos disponíveis, incluindo os militares e os aposentados ainda em estado de servir.

A quinta instrução pretendia estabelecer regras para a boa organização territorial das estruturas médicas e farmacêuticas. A área dos concelhos (municípios) deveria ser dividida em zonas, correspondendo a cada uma, para assistência dos mais pobres – em quem normalmente se pensava como mais atreitos ao contágio –, um médico e uma farmácia. As receitas

²⁶ *Diário do Governo*, II série, n.º 233 de 4-10-1918, 3255-3256.

passadas aos mais necessitados seriam gratuitas para estes, ficando a sua liquidação a cargo das autoridades. Às autoridades sanitárias era também requerido que tomassem as necessárias providências, de modo a que as farmácias estivessem providas dos medicamentos mais utilizados, devendo intimar estas a não aumentarem os preços dos medicamentos.

O sexto preceito indicava a necessidade de organizar localmente a assistência e a caridade, sob o impulso, tutela e direcção das autoridades distritais e concelhias, assim como das Câmaras Municipais. As corporações locais tinham como tarefa chamar a atenção dos beneméritos, preparar reuniões e criar «comissões de socorro», cuja falta a portaria afirmava sentir-se.²⁷

A 4 de Outubro promulgava-se novo decreto, com a chancela da Direcção-Geral de Saúde. Em atenção ao «estado sanitário» proibia-se «a saída do país, tanto pela fronteira terrestre como via marítima de todas as drogas medicamentosas».²⁸ A 6 de Outubro de 1918 no decreto n.º 4872, vindo da Direcção-Geral de Saúde, falava-se claramente da «actual epidemia de gripe que se encontra disseminada por todo o País», e procurava-se estabelecer um claro programa de resposta baseado na resposta epidemiológica tradicional.²⁹ Por este diploma era nomeado um comissário-geral do Governo com poderes excepcionais, entre os quais os de requisição de serviços públicos, e o de solicitar auxílios e a ajuda de colectividades públicas e particulares, que não podia ser recusada: foi Ricardo Jorge.³⁰

As epidemias de 1918 obrigaram a um enorme esforço financeiro. A verba total de créditos extraordinários levantados desde Janeiro de 1918 até meio de Novembro subiu a pouco menos de 2142 contos.³¹ Mas estes recursos seriam sempre escassos. A Direcção-Geral de Saúde procurou tomar, num curto espaço de tempo, diversas medidas para enfrentar o flagelo. Entre estas contaram-se: a devolução à clínica civil de médicos afectos ao serviço militar e o regresso ao serviço de médicos que já se haviam reformado; a mobilização dos estudantes finalistas das Faculdades

²⁷ Portaria de 2-10-1918 publicada no *Diário do Governo*, II série, n.º 233 de 4-10-1918, 3255-3256.

²⁸ Dec. n.º 4871 de 4-10-1918, in *Diário do Governo*, I série, n.º 217 de 5-10-1918, 1754.

²⁹ Dec. n.º 4872 de 6-10-1918, in *Diário do Governo*, I série, n.º 218 de 7-10-1918, 1755.

³⁰ Sobre Ricardo Jorge e o modo como lidou com a informação e o risco durante a gripe, ver capítulo 13, de Maria Luísa Lima e colaboradores, neste volume.

³¹ Para se ter uma ideia em termos comparativos, lembre-se que, para 1918-1919, a Secretaria de Estado do Trabalho, que tutelava a Direcção-Geral de Saúde, tinha orçamentado cerca de 390 contos para a Assistência Pública e menos de 300 para os hospitais civis (*Diário do Governo*, II série, n.º 55, 11-3-1919, 800, 802).

de Medicina; a requisição de veículos automóveis particulares para o serviço médico-sanitário. Distribuíram-se géneros alimentares, como o pão e açúcar, e remédios recomendados, como o quinino e outras drogas. Deram-se subsídios em dinheiro a indigentes e instituíram-se «comissões de socorro» para recolher dádivas e exercer a beneficência (Jorge 1919b). Também se tratou de fazer com que as farmácias estivessem providas dos medicamentos mais usados, de controlar os seus preços, distribuíram-se subsídios pelos distritos afectados pela epidemia, etc.³²

Fiquemos por aqui no que se reporta a créditos atribuídos e normas instituídas. Como seria o cumprimento efectivo destas normas? O alto-comissário que o Governo tinha no Norte deslocou-se do Porto para o concelho (município) de Vila Real de Trás-os-Montes e, a fazer fé no seu relatório, o figurino oficial terá sido seguido aí. Mobilizou-se o único automóvel que então havia na capital do distrito para transporte de médicos, bem como o hospital da Misericórdia, estruturou-se a divisão de trabalho entre médicos e farmácias, despenderam-se verbas em subsídios vários, estabeleceu-se um receituário básico (Garrett 1919).

Mas o panorama afigura-se ser, no entanto, o de uma enorme carência de recursos, e de uma ultrapassagem das autoridades, sanitárias e outras, perante a rapidez e violência da epidemia. Um estudo detalhado feito sobre o Algarve concluiu pelo pouco efeito das medidas tomadas pela administração central, e nomeadamente as da Direcção-Geral de Saúde. Diante de um cenário de carência generalizada – de alguns alimentos, de médicos, farmacêuticos e medicamentos – terá existido uma ruptura dos serviços administrativos e sanitários, impotentes diante da epidemia, enquanto a população estava presa de pânico (Girão 2003). Um outro estudo, sobre o município de Leiria, cuja sede era uma cidade capital de distrito, e onde houve mortalidade elevada, detectou aí toda a série de carências. Desde as deficiências da população em matéria alimentar, às condições sanitárias deploráveis, sem água canalizada na cidade e com muito lixo acumulado. Não havia médicos suficientes, faltavam farmacêuticos, vítimas da doença, bem como medicamentos essenciais. Houve necessidade de requisitar espaços para improvisar leitos, pois os dois hospitais da cidade, o civil e o militar, não eram suficientes para obviar às necessidades de internamento dos doentes, e recorrer ao serviço cívico de estudantes finalistas de Medicina. Tomaram-se medidas para acalmar a população, proibindo o toque dos sinos – ou o das campainhas nos

³² V. as instruções do director-geral de saúde in *O Comércio do Porto*, 1-10-1918, 1.

acompanhamentos dos enterros – para não provocar alarme. Mas não houve desinfecções. As autoridades políticas, sanitárias, militares e religiosas – tanto pela via da oração propiciatória, como pela da difusão de instruções em matéria de saúde – cooperaram no combate ao flagelo. E, sob a égide da principal autoridade política, o governador civil, constituiu-se uma Comissão de Assistência às Vítimas da Epidemia, já em inícios de Novembro, destinada a apoiar os órfãos e os mais pobres. Algumas associações que actuavam nas maiores cidades, como Lisboa e Porto – Cruz, Vermelha, Cruz Verde, Cruz de Malta... – não tinham aqui qualquer actividade. Nem açúcar havia para xaropes. Em conclusão, as autoridades não conseguiram responder minimamente à epidemia (Frada 2005; Girão 2003, 140-141).³³

Diante da violência da segunda vaga, a capacidade da rede hospitalar existente foi rapidamente excedida, como sucedeu sintomaticamente com o Hospital do Rego, em Lisboa, onde se fazia o internamento, isolamento e tratamento dos portadores de doenças infecto-contagiosas. Na cidade de Lisboa, por exemplo, no dizer do director dos Hospitais Cívicos de Lisboa, «[...] uma cidade suja e infecta, sem higiene e quase sem água, rica de toda a casta de espécies mórbidas», houve que recorrer de novo a hospitais desafectados ao serviço, como o de Arroios, e transformar em hospitais grandes e modernos estabelecimentos públicos, como o Liceu Camões, ou requisitar edifícios a outros ministérios, como sucedeu com parte de um convento (o das Trinas), também adaptado a hospital (Alves 1920, 6-7). O panorama descrito pelo inspector de higiene dos Hospitais Cívicos de Lisboa – a rede hospitalar mais moderna do país – traça um panorama de carência de meios e desorientação da parte de muitos agentes envolvidos no combate à doença, e de alarme por parte das autoridades e do público. Assim, narra-se o facto «inacreditável e marroquino» – uma expressão reveladora – de ao Hospital Militar de Campolide afluírem soldados vindos de províncias como Trás-os-Montes, que eram focos de contágio – quando precisamente a hospitalização se destinava não só a tratar, mas a isolar os contagiados. Refere a perturbação dos clínicos, «sem recordações da gripe de 1889-1890» – a pandemia gripal grave anterior –, que tanto enviariam para os hospitais casos gravíssimos, como outros de menor importância, as deficientes condições de transporte, traçando um cenário de uma cidade a ser atravessada a toda a velocidade por automóveis, «businando ruidosamente, ostentando as suas bandeiras, como se

³³ Embora se saliente o papel positivo desempenhado por algumas autoridades, o diagnóstico para o Algarve é o da incapacidade destas para enfrentar a epidemia.

uma revolução pusesse em perigo a sua perigosidade» e mesmo em motos com *side-car*. Automóveis da Cruz Vermelha, em primeiro lugar, reforçados por camiões do exército e outros da Cruz Verde, da Cruz Branca, da Cruz Roxa, da Cruz de Malta, que iam recolhendo os doentes pelas várias zonas da cidade, só depois os levando ao hospital, onde muitos teriam apenas como destino o que designa como «cruz de pau». Os transportes assim feitos seriam um dos aspectos do pânico sentido na segunda vaga (Furtado 1920b, 24-27).³⁴

No entanto, a incapacidade das estruturas sanitárias para lidarem com o flagelo não se limitou a um país com carências reconhecidas como Portugal, mas foi geral. Vejam-se os casos de Espanha, onde as autoridades se referiram à falta de meios, de pessoal e de laboratórios (Echeverri Dávila 1993, 140; Porras Gallo 1997a, 90-96), dos Estados Unidos da América, onde o Serviço Público de Saúde encarregado da defesa contra as doenças contagiosas não estava preparado para enfrentar um problema de tamanha magnitude (Crosby 2003 [1989], 49), o mesmo acontecendo em geral com outras autoridades encarregues de lidar com a doença e os enterramentos (Quinn 2008, 143); do Brasil, onde se reportou a incapacidade dos poderes públicos para fazer face à doença (Goulart 2005; Silveira 2007, 65). A própria Grã-Bretanha, que possuiria uma das mais sofisticadas «máquinas de saúde pública» da época, teria dado uma das respostas mais fracas à epidemia, na opinião de uma investigadora (Tomkins 1992a). Fosse como fosse, também aí as autoridades teriam sido ultrapassadas pela dimensão sem precedente do flagelo, num tempo em que os recursos disponíveis estavam orientados para o esforço militar (Honigsbaum 2009, 119).

Encontramos muito poucas referências, nas orientações oficiais, ao fecho de escolas, locais de culto, fábricas, grandes armazéns, transportes públicos, teatros ou cinemas. Sabemos, entretanto, que foram tomadas medidas nesta área, que escolas, públicas e particulares, liceus, universidades e escolas superiores fecharam. Em Lisboa a Escola Naval e a Escola de Guerra estiveram fechadas.³⁵ Em Coimbra a sala de leitura da Biblio-

³⁴ Apesar da autoridade incontestável de Ricardo Jorge, o inspector de higiene dos Hospitais Cívicos de Lisboa revela existirem porventura opiniões divergentes quanto aos meios de combate à epidemia. Mostra-se partidário de que uma assistência domiciliária bem organizada teria sido mais eficaz do que a hospitalização, mas que tal não teria sido possível devido alarme do público e das autoridades, e que, aliás, a hospitalização operava também como uma medida tranquilizadora (Furtado 1920b, 24-25). Ver capítulo 8 de Paula Castro e colaboradores neste volume.

³⁵ Sobre a Escola Naval ver o dec. n.º 5033 de 3-12-1918, in *Diário do Governo*, I série, n.º 264, 2116. A Escola de Guerra esteve fechada entre 3-10-1918 e 21-12-1918, levando a um complicado processo de reavaliação dos estudantes no ano seguinte (1919).

teca da Universidade também encerrara devido à «epidemia bronco-pneumónica que então grassava com uma certa intensidade». ³⁶ Na sessão de 7-11-1918 o próprio Parlamento sidonista, do qual estava excluídos os antigos partidos republicanos, votaria o seu encerramento até 3 de Dezembro, por causa da epidemia de gripe. ³⁷

Porém, os eléctricos continuaram a circular. O encerramento das estações do caminho-de-ferro deveu-se ao estado de doença dos seus funcionários, mais do que a quaisquer orientações de quarentena ou cordão sanitário; as estações foram submetidas a desinfecção, sem que se saiba em que extensão.

O director-geral de saúde defendeu a adopção de medidas que restringissem o contágio, como em relação a grandes feiras e peregrinações, ou escolas, mas mostrou-se contrário a um alargamento de proibições que incluíssem o fecho de teatros e cinemas e, na sequência destes, presumivelmente cafés, igrejas, transportes colectivos, mercados, repartições, armazéns, fábricas (Jorge 1919b, 32). Não acreditava, nas suas palavras, que o isolamento nas cidades, ou em hospitais, pudesse conter o contágio de um vírus tão violento quanto o de 1918, que nem mesmo pouparia os países mais avançados do ponto de vista sanitário, e entendia que a vida económica e social devia continuar «[...] em todas as suas modalidades, incluindo as distrações, para não alimentar o isolamento e o pânico» (Jorge 1919b, 31-32). ³⁸ Recomendava a assistência médica e social – e nomeadamente alimentar – e achava que desinfecções excessivas, como as feitas com creolina e queimar barricas de alcatrão, eram um desperdício inútil.

Pode-se acrescentar que a proibição total de todos os grandes ajuntamentos contrariava a prática política do regime, que recorria à mobilização pública de massas em torno do líder como meio de propaganda. Porém, o não acatamento de medidas como o encerramento de lugares públicos ou a proibição de ajuntamentos, ou disposições contraditórias que autorizavam um determinado tipo de reuniões e interditavam ou-

³⁶ Sobre a Biblioteca da Universidade de Coimbra ver *Boletim da Biblioteca da Universidade de Coimbra*, vol. v, 1920, p. 221.

³⁷ Fontes: *Actas da Câmara dos Deputados*, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>; *Actas do Senado da República*, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>.

³⁸ No entanto, a quarentena parece ter tido algum efeito na Austrália e foi eficaz nas ilhas do arquipélago de Samoa controladas pelas autoridades norte-americanas. Ver capítulo 1 de David Killingray neste mesmo volume, um estudo que, além de oferecer uma síntese detalhadíssima da pandemia, proporciona materiais riquíssimos para o enquadramento comparativo do caso português.

tras, não se limitou de modo algum a Portugal. Em Espanha, se houve cordões sanitários, e se foi decretado o fecho de escolas e universidades públicas, não houve unanimidade no fecho de salas públicas como teatros e cinemas e houve mesmo festas de touros (Echeverri Dávila 1993, 143-145; Porras Gallo 1997a, 80). Na maioria das cidades norte-americanas, os locais públicos permaneceram abertos e o presidente Wilson recusou-se a impedir o movimento de tropas no país – um factor de contágio –, pois tal redundaria em prejuízo para o esforço de guerra (Quinn 2008, 136-137). No Reino Unido não houve quarentena nacional, nomeadamente porque tal prejudicaria a actividade bélica, deixando-se a imposição de medidas desse teor ao critério das autoridades locais. Embora estas últimas – que não as de Londres – tivessem recorrido amplamente ao fecho de escolas, todavia, teatros, cinemas e outros locais de entretenimento continuaram abertos, embora submetidos a algumas restrições em matéria de horário (Johnson 2006, 122-130). No Brasil, em São Paulo, as escolas particulares ainda continuaram activas depois das públicas terem sido encerradas (Bertucci 2004, 106-113); em Belo Horizonte as escolas públicas e as faculdades fecharam, mas nem todos os estabelecimentos de lazer estariam encerrados (Silveira 2007, 146-148). Os responsáveis brasileiros também achavam, na sua maioria (Silveira 2007, 250), como Ricardo Jorge ou como os espanhóis (Echeverri Dávila 1993, 140; Porras Gallo 1997a, 75), ou mesmo como importantes autoridades médicas britânicas (Johnson 2006, 124), que era impossível impedir a propagação de uma epidemia como aquela. De um modo geral, as medidas de quarentena teriam sido impostas, «mas apenas em alguns lugares, em alguns países, a meio-gás e com pouco sucesso» (Quinn 2008, 137).

Mas a rapidez e violência do segundo surto de gripe pneumónica não foram os únicos factores que dificultaram a montagem de uma estrutura capaz de fornecer uma resposta concertada das instituições. Havia muitos médicos ausentes, adstritos ao serviço militar fora do país. O saber e capacidade médicos eram agora questionados, depois dos êxitos registados pela bacteriologia, que detectara a origem das doenças na actividade de microrganismos em finais do século XIX (Porter 1999, 428-461). Em Portugal, como em toda a parte, debateu-se a origem do agente infeccioso, se era causado pelo bacilo de Pfeiffer, se pela febre dos três dias, se pela febre dos papatazes (Jorge 1918b, 437-438; 1919b, 8-10; ver capítulo 8 de Paula Castro e colaboradores neste volume), havendo mesmo quem falasse em «peste pneumónica», como aliás em Itália (Tognotti 2003, 100), confundindo a influenza com uma manifestação antiga da peste bubó-

nica, que afectava em particular o aparelho respiratório.³⁹ Porém, a autoridade sanitária máxima portuguesa, prestigiadíssima, e que mesmo assim foi alvo de crítica, situava-se entre os que correctamente – pois muitos na comunidade científica na época e mesmo depois continuavam a apoiar a hipótese de Pfeiffer – achavam que a causa da gripe era um vírus por identificar⁴⁰ e que o único remédio seria a descoberta de uma vacina específica, como acontecera para a varíola (Jorge 1919b, 34). Também assim pensava a maioria dos médicos espanhóis, entre outros (Porrás Gallo 1997a, 106). Não fez, no entanto, tábua rasa dos procedimentos clássicos da desinfecção – dos transportes públicos, dos estabelecimentos –, recomendou a limpeza de casas e povoações, o isolamento dos doentes fosse nas suas casas, em hospitais, quartéis, colégios, prisões, hospícios (Jorge 1919b, 33-434). Porventura os isolamentos e quarentenas foram, como sugere Silveira (2007, 251 e 257), um ritual simbólico, uma cedência ao temor popular, apesar de o saber médico achar que eram ineficazes quaisquer medidas de profilaxia. Entretanto, podemos discernir nas explicações e medidas aventadas a coexistência entre dois tipos de explicações das epidemias: enquanto produto de uma *configuração*, definida pelo ambiente e pelas condições de vida (lembre-se o relevo dado ao papel da higiene e da alimentação, em particular dos pobres, por ser reconhecida-mente deficientíssima), e enquanto resultado da *contaminação*, do *contágio* (Rosenberg 1992b, 292-304).⁴¹

A resposta dos agentes políticos

O combate à epidemia foi dirigido de cima de forma hierárquica, através de um circuito que combinava os canais burocráticos e os serviços sanitários. A base – subdelegados de saúde – e os níveis intermédios – delegados – deviam reportar à Direcção-Geral a existência de epidemia.⁴²

³⁹ Na sua comunicação ao Conselho Superior de Higiene, em finais de Setembro, R. Jorge revela que a segunda vaga de «influenza pneumónica» seria mais perigosa que a primeira. In *O Século*, 25-9-1918.

⁴⁰ Apenas viria ser a ser identificado em 1933 (Oldstone 2000). Todavia, embora se usasse o termo vírus, ele não possuía o sentido que hoje se lhe atribui, pois não se sabia como é que os vírus operam para se replicarem e fazerem múltiplas cópias de si (Honigsbaum 2009, 109).

⁴¹ Havia uma terceira, «predisposição», que não se afigura ter sido relevante. Os itálicos na referência a Rosenberg são da nossa responsabilidade.

⁴² Um exemplo da comunicação entre autoridades centrais e locais encontra-se em Girão (2003).

A opinião pública era informada por notas divulgadas pela Direcção-Geral de Saúde ou pelas notícias de correspondentes locais.

As iniciativas locais, unindo autoridades à Igreja, beneméritos e outros notáveis, e associações locais, como os bombeiros e a Cruz Vermelha, onde existiam (v. capítulo 8 de Paula Castro e colaboradores neste volume), obedeciam a apelos dimanados do centro político, mas sem que se montasse propriamente um esquema coerente de enquadramento geral a nível nacional, ou houvesse tempo para o fazer. Não cabe aqui a análise das motivações em que assentou a mobilização destes diferentes actores sociais. Mas deve referir-se que não podemos dar como assente que se assistiu exclusivamente a um movimento generalizado de altruísmo perante o flagelo. No Algarve, onde tal foi investigado, constatou-se existir a mobilização e o voluntariado de alguns, incluindo importantes industriais locais, mas também se concluiu haver inércia de personalidade influentes e indicou-se ter havido importantes agentes económicos do comércio e da indústria que aproveitaram o momento para a especulação económica (Girão 2003, 150).

Podemos tentar entender o que se passou na esfera local, atentando na acção da Câmara Municipal de Lisboa, de qualquer maneira uma câmara atípica por se tratar da capital do país. Aos olhos da documentação oficial e após uma leitura atenta das actas das sessões, a sua actividade parece ter sido diminuta, incidindo na manutenção da higiene dos espaços públicos, na atribuição de uma pequena verba para socorro aos doentes sem recursos, no fornecimento de caixões a preço de custo, no providenciar de medidas expeditas de enterramento dos cadáveres.⁴³ E esta autarquia dispunha de meios incomparavelmente superiores aos de qualquer outra. Mas não podemos generalizar.

A análise da resposta dos agentes políticos e administrativos do Estado exige que se tenha em conta, por um lado, circunstâncias estruturais, como o estado da saúde e da assistência em Portugal, que já foi anteriormente referido, e conjunturais, por outro. Nestas incluem-se o tipo de regime fortemente personalizado e autoritário da época e suas alianças, a conflituosidade política e social, os recursos financeiros e os meios disponíveis para combater a doença. Os recursos económicos e humanos eram escassos, num país que se endividava para combater os alemães na Europa e nas colónias de Angola e de Moçambique, para onde partiram

⁴³ *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lisboa, Comissão Executiva e Comissão Administrativa*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 1940. Sobre a questão dos enterramentos, v. capítulo 11 de Rita Garnel neste volume.

não só muitos médicos como um amplo contingente de jovens adultos seleccionados entre os mais saudáveis. O próprio carácter dramático da irrupção da pneumónica, que representava um fenómeno que vinha revelar os limites da ciência médica, tem de ser tido em conta.

Não podemos proceder a uma reconstituição do contexto de um modo completo no espaço deste texto, limitando-nos a fornecer elementos de síntese da nossa interpretação, centrados agora na política específica do sidonismo, o regime que apenas duraria um ano, precisamente o das manifestações mais graves da gripe pneumónica.

A especificidade do regime, que controlava o legislativo de onde estavam afastados os partidos da oposição, deve ser tida em conta para explicar o facto de as alusões à pneumónica serem esporádicas e elípticas nos debates parlamentares e no Senado. Não houve qualquer discussão em que a gripe constituísse o tema nuclear.⁴⁴

Apesar das alterações políticas introduzidas pelo golpe de Estado que levou Sidónio Pais ao poder em 1917, as políticas de saúde pública e assistência mantiveram-se dentro de um figurino já conhecido e com a figura tutelar de Ricardo Jorge na chefia. Não se pôs em causa o modelo laico republicano, nem se fizeram grandes alterações na legislação existente.

As iniciativas estatais e de pendor claramente laico passaram apenas a ser complementadas com o regresso de algumas ordens religiosas e com o desenvolvimento de obras de caridade de pendor mais tradicional.⁴⁵ Encabeçadas por figuras importantes da burguesia e dos meios católicos, estas obras tiveram o apoio directo de Sidónio Pais e permitiram-lhe constituir uma rede de clientela centralizada e personalizada. Foi este o caso da Obra de Assistência 5 de Dezembro, assim designada em homenagem ao golpe de Estado que levava ao poder o presidente Sidónio Pais.⁴⁶ No contexto da epidemia, presidiu a uma comissão central de socorros en-

⁴⁴ Fontes: *Actas da Câmara dos Deputados*, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>; *Actas do Senado da República*, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>; *Actas do Congresso da República*, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>.

⁴⁵ As Doroteias, por exemplo, regressariam ao sector do ensino.

⁴⁶ A Obra de Assistência 5 de Dezembro seria criada em finais de Março de 1918 e a 10 de Julho de 1918 ampliaria a todas as capitais de distrito do Continente e Ilhas a sua actividade. Nos seus objectivos ficava clara a sua acção beneficente e complementar da do Estado na assistência em creches, maternidades, asilos, hospitais e estabelecimentos de educação (decreto n.º 4609 de 10 de Julho de 1918). Esta espécie de comissões de benevolência ficava assim com o desígnio claro de congregar esforços e de criar redes de notáveis próximas do regime e ligadas à sua figura máxima, com funções de intervenção social identificadas com o sidonismo.

cabeçada pelos indivíduos mais abastados do país – banqueiros, industriais, grandes comerciantes, grandes proprietários fundiários, plantadores coloniais, membros da alta aristocracia, monárquicos – coadjuvados pelas suas «senhoras». Muitos deles eram conhecidos pela hostilidade à República ou por defenderem posições conservadoras no seio desta. Durante a primeira reunião desta organização no palácio presidencial fez-se um peditório entre os presentes, que rendeu uma soma avultada, o que constitui prova de como o poder se consubstanciava não só nas estruturas formais, mas na rede de relações informais em torno do presidente.⁴⁷

A Igreja – ela própria um agente político – uniu-se aos esforços deste poder, que não a afrontava como o anterior e que rompia com o anticlericalismo notório que caracterizara até então a República instituída em 1910. A 5 de Novembro de 1918 é publicada uma provisão do cardeal patriarca de Lisboa, a figura mais importante da Igreja católica portuguesa, acerca da epidemia. Nela o cardeal cobre de elogios a acção do Chefe de Estado (Cardeal Patriarca 1918: 129), delinea três dimensões a seguir pelas autoridades eclesiásticas face à epidemia: a) promoção de orações públicas para obter a misericórdia divina face ao flagelo; b) mobilização dos crentes para actividades de carácter beneficente; c) difusão das instruções sanitárias dimanadas das autoridades (pp. 130-131). Com efeito, a Igreja – com as suas organizações, como as associações de S. Vicente de Paulo – parece ter tido um papel importante na difusão das orientações da autoridade sanitária – a maioria, por certo, através da via oral, nas missas – ao mesmo tempo que recorria ao arsenal tradicional da explicação religiosa, em que a epidemia era explicada como castigo de Deus pelos pecados dos homens, e se propunha o recurso à expiação pela via da oração.⁴⁸

O Presidente da República, entretanto, construía a sua imagem de homem providencial. Deslocando-se de comboio e de automóvel, fazendo da velocidade da sua intervenção uma arma política, viajava pelo país, tomando a iniciativa de distribuir subsídios ou deixando-os mesmo nos locais afectados que visitava.⁴⁹

Uma notícia de finais de Setembro mostra bem como a especificidade deste regime presidencialista se revelava no combate à epidemia. Intitu-

⁴⁷ *O Século*, de 22 a 31 de Outubro de 1918 e 6 de Novembro de 1918. Uma vez que estes auxílios se destinavam explicitamente aos mais desfavorecidos, estas actividades implicariam o reconhecimento de que as situações de pobreza estavam ligadas ao aparecimento e propagação de doenças (Silveira, 2007: 59).

⁴⁸ V. capítulo 15 de Sobral e colaboradores neste volume.

⁴⁹ Cf. *O Comércio do Porto*, 1-10-1918, 1.

lada «Em socorro dos doentes: o presidente da República no Norte», ela dava conta da partida inesperada de madrugada de Sidónio Pais para Trás-os-Montes, «a fim de visitar e socorrer os enfermos pobres da ‘influenza’ que ali grassa». Levava com ele vinte sacas de açúcar – em grande medida provavelmente para a confecção de xaropes – trinta com arroz e cinquenta cobertores. O regime, efémero, e o bloco social e ideológico que o sustentava, viviam em torno da personalidade de Sidónio Pais. Mas esta viagem pode ser lida tanto como sintoma do protagonismo do presidente, como das carências da organização formal da assistência. Note-se, por fim, a escassez de socorros materiais que o comboio presidencial transportava, sinal iniludível das carências de abastecimento com que o Governo se confrontava no contexto da pandemia.⁵⁰ O poder de um presidente que se queria forte enfrentava limites que a vontade pessoal não podia suprir. Os constrangimentos enfrentados pelo próprio Estado em proporcionar alimentos ou conforto, afinal algumas das poucas medidas recomendadas para enfrentar o flagelo pelo seu director-geral de saúde, revelam-se flagrantemente nesta notícia.

Entretanto, num contexto de forte conflituosidade, a pandemia transformou-se inevitavelmente num móbil do combate político. *O Mundo*, jornal do Partido Democrático na oposição, e que estava, como todos os outros, submetido à censura, criticou o Governo, «um governo de ricos para explorar o pobre», e chamou a atenção, no que não foi o único, para a necessidade de promover o isolamento dos doentes e medidas profiláticas, criticando as autoridades por o não fazerem, insistindo na insuficiência de recursos em pessoal médico, em medicamentos e alimentação. Acusou o Governo do republicano Sidónio de ter cancelado as comemorações oficiais do 5 de Outubro – data da proclamação da República – para ganhar o apoio dos monárquicos, que lhe era necessário, e não para evitar o contágio pela epidemia, como invocara, pois permitira as sessões de comemoração populares e deixara abertos teatros e cinematógrafos.⁵¹ Podia-se acrescentar que a 26 de Outubro, em plena força da epidemia, o Governo permitiu a realização de um evento mundano-económico em Lisboa, no Teatro Nacional, «a grande exposição de crisântemos».⁵²

⁵⁰ Cf. *O Século*, 24-9-1918.

⁵¹ «Por causa da epidemia – o governo não festeja a República», *O Mundo*, n.º 6438, 8-10-1918.

⁵² In *O Século*, 27-10-1918.

Conclusão

A epidemia de pneumónica ocorreu num país que enfrentava enormes dificuldades de natureza económica, política e sanitária. Não vale a pena repisar as primeiras, conhecidas de todos os historiadores do período, e agravadas pelas circunstâncias de penúria do abastecimento e de açambarcamento de géneros para especular com a subida de preços. Politicamente, o regime de Sidónio Pais está a caminho do estertor. O próprio fim vitorioso da guerra – o Armistício é de 11 de Novembro de 1918 – promovida em Portugal pelos seus principais opositores, pressagiava a mudança. O mesmo Outono da pneumónica assistiu a uma greve geral (em Novembro) e a uma tentativa de insurreição militar promovida pelos seus adversários (em Outubro). Sidónio seria morto a tiro a 14 de Dezembro de 1918.

As respostas do Governo e dos agentes encarregues da saúde pública estão estritamente determinadas pelo carácter imprevisível da pandemia. Perante este factor exógeno, a resposta dos agentes políticos e das autoridades ligadas à saúde pública foi marcada por factores ligados ao evento, à conjuntura e de tipo estrutural.

O evento que a pandemia representa revelou a impotência do conhecimento científico para debelar o flagelo, o que se reflectiu, em Portugal como em toda a parte, nos efeitos limitadíssimos da acção de médicos e autoridades de saúde pública. A própria rapidez com que a epidemia se propagou contribuiu para acentuar a fragilidade das suas respostas e a sua ultrapassagem pelo flagelo.

Mas este evento tem lugar num conjuntura específica, no plano da política e no da economia. Este é um regime que depende da figura idiossincrática de um presidente, que desenvolve o seu carisma na intervenção pessoal, e que conseguiu congraçar em seu torno sectores sociais poderosos descontentes com a governação que apeara do poder. Mas é um regime assente num bloco que não era política e ideologicamente homogéneo, cuja coesão será destruída com a morte do presidente. Governa um país profundamente dividido, política e ideologicamente, e os adversários do regime aproveitarão a epidemia para o combate a quem estava no poder. Entretanto, o peso da conjuntura económica, agravada pelas circunstâncias da guerra, de carência de recursos de todo o tipo – financeiros, alimentares, medicamentosos, humanos (pessoal médico) –, fez-se sentir poderosamente.

Entretanto, para além dos factores conjunturais, a gripe pneumónica revelava em toda a sua crueza as estruturas de longa duração de um país

pobre, onde a existência de algumas figuras e instituições relevantes no campo higienista e médico, que surgem em primeiro plano no combate à pandemia, punha por contraste em relevo as carências de todo o tipo que se continuavam a fazer sentir.

Fontes

Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lisboa, Comissão Executiva e Comissão Administrativa. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 1940.

Actas da Câmara dos Deputados, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>.

Actas do Senado da República, 1918, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>.

Actas do Congresso da República, acessíveis em: <http://debates.parlamento.pt/>.

Censo da População de Portugal de 1920. Lisboa: Imprensa Nacional.

Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal no Ano de 1918. Lisboa: Imprensa Nacional, 1922, 110.

O Comércio do Porto.

O Século.

O Mundo.

Diário do Governo.

Portugal Médico.

Capítulo 3

Uma crónica da influenza espanhola no Brasil

O historiador que, no futuro, procurar descrever as principais epidemias que assolaram o Brasil, com muita dificuldade poderá fazer idéia da formidável calamidade que foi a gripe epidémica (Arthur Neiva 1920).

Se, como apontou Asa Briggs no início da década de 1960, as epidemias foram eventos negligenciados pelos historiadores durante longo período, nas últimas décadas elas tornaram-se objecto de um crescente número de estudos, revelando-se instrumentos capazes de iluminar aspectos diversos da vida das sociedades (Briggs 1961). Segundo Paul Slack (1999), com fronteiras bem estabelecidas no tempo e no espaço, as epidemias são eventos de existência breve, porém intensa e arrebatadora, e é esse carácter de crise, de ruptura com determinada estrutura, que tem chamado atenção dos pesquisadores. Os estudos sobre a peste no período medieval ou as epidemias de cólera durante o século XIX mostraram quão proficuo o evento epidémico se revela em descortinar a organização dos serviços de saúde, os conflitos de natureza política, as condições de existência dos grupos sociais, as interações entre ecologia, sociedades e doenças, as representações, crenças, valores, normas e estereótipos partilhados por uma sociedade (*e. g.*, Bardet *et al.* 1988; Bourdelais e Raulot 1987; Chevalier 1958; Evans 1987; Gottfried 1983; Rosenberg 1987 [1962]; Slack 2005 [1985]).

Observação semelhante pode ser feita em relação à pandemia de influenza que varreu o mundo no segundo semestre de 1918. Esquecida durante várias décadas, só recentemente passou a mobilizar a atenção dos investigadores. Hoje, é possível mapear um considerável número de livros e artigos dedicados à influenza de 1918, abordando o seu impacto em cam-

pos diversos: demográfico, político, económico, cultural (Beveridge 1977; Crosby 2003 [1989]; Echeverri Dávila 1993; Kolata 2005 [1999]; Palmer e Rice 1992a e b; Patterson 1986; Patterson e Pyle 1991; Philips e Killingray 2003b; Porras Gallo 1997a; Pyle 1986). Esses estudos muito têm contribuído para uma avaliação ampla dos significados assumidos por esse evento em diferentes sociedades, revelando-se um campo aberto ao diálogo interdisciplinar.

O efeito de choque e o carácter colectivo – uma vez que vivenciado em público – determinam uma grande visibilidade do evento epidémico, imprimindo-lhe um sentido de espectáculo. Segundo Rosenberg, como incidentes dramáticos, as epidemias apresentariam um padrão narrativo recorrente, um enredo no qual eventos sucessivos vão compondo uma sequência previsível de actos (Rosenberg 1992b). O primeiro seria a negação e a progressiva revelação – a recusa inicial de reconhecer a presença de uma epidemia, justificada pelo medo e pelos interesses ameaçados, e a inevitável aceitação da sua presença. O segundo refere-se à elaboração de esquemas explicativos, envolvendo elementos morais, religiosos e racionais. O terceiro acto consistiria nas repostas públicas, ou na negociação de acções colectivas para fazer frente à enfermidade, impondo a tomada de medidas que são percebidas como rituais, nos quais crenças e valores são reafirmados. O último acto compor-se-ia do olhar retrospectivo lançado sobre o evento, das reflexões produzidas no interior da sociedade.

Nas páginas seguintes, a partir da contribuição da historiografia brasileira sobre o tema,¹ elaboramos uma pequena crónica da influenza no Brasil, mostrando como a doença se expandiu em diferentes cidades do país e os impactos que teve sobre a existência diária dos seus habitantes. Expomos, ainda, as reacções verificadas diante da moléstia e as explicações levantadas para o flagelo. No final apresentamos algumas considerações sobre a experiência da influenza de 1918 no país, sugeridas a partir das análises académicas brasileiras sobre a pandemia.

Uma crónica da influenza no Brasil

As primeiras informações sobre a pandemia de 1918 chegaram ao Brasil através da imprensa, dominada pelas notícias da guerra. As referências à influenza surgiram no mês de Setembro, alcançando maior destaque

¹ Livros, artigos e pesquisas de pós-graduação: Abrão (1998); Bertolli Filho (2003); Bertucci (2004); Brito (1997); Ferreira (2001); Goulart (2003); Marques (1997); Olinto (1995); Santos (2004); Silveira (2004b); Souza (2007).

quando os membros da esquadra brasileira estacionada no porto de Dacar foram atacados pela moléstia. As notícias divulgadas pelos jornais de diversas cidades do país afirmavam que o «terrível *morbus*» era originário de Espanha, e informavam sobre o falecimento de alguns membros da missão médica brasileira que seguia para os campos de guerra. Enfatizavam também as dificuldades da medicina diante do flagelo: «[...] por mais esforço que faça a ciência médica, ainda não foi descoberto um remédio bastante eficaz para combatê-la, mesmo para evitá-la» (*Diário de Minas*, 24 de Setembro de 1918, 1).

A pandemia desembarcou em território brasileiro ainda em Setembro, por meio de embarcações que ancoraram nos portos do Nordeste e do Rio de Janeiro. Apesar da divergência entre os dados divulgados pela imprensa e as autoridades responsáveis pelo serviço de higiene, o Recife (Pernambuco) foi, provavelmente, o primeiro porto infectado, com a chegada, em 15 de Setembro, do navio *Demerara*, procedente de Liverpool e com escalas em Lisboa e Dacar. Dias depois, a mesma embarcação atracava no Rio de Janeiro. As informações divulgadas pelos responsáveis pela inspecção dos portos nas duas cidades davam conta de não haver qualquer registo anormal com a embarcação. Apesar de todas as condições adversas da viagem, entre os 562 passageiros de terceira classe poucos tinham adoecido e somente cinco haviam falecido, sendo apenas um com o diagnóstico de influenza. «Desta vez nada houve» – afirmou o director de saúde do Rio de Janeiro, Carlos Seidl (Meyer e Teixeira 1920, 405).

Na primeira quinzena de Outubro, quando os primeiros casos da moléstia se começaram a disseminar nos quartéis do Rio de Janeiro, um oficial do Corpo de Saúde do Exército tentou tranquilizar a população, lembrando uma ocasião em que a moléstia atacou a fortaleza de Santa Cruz, infectando todos os soldados, assim como presos e famílias inteiras de oficiais. Naquela época, disse ele, a doença passara despercebida, uma vez que não havia o temor da gripe que varria a Europa:

Já vê, portanto, que se não fosse essa única circunstância da preocupação do público e dos jornais com a *influenza espanhola*, a nada seria levado ao alarme que se está fazendo infundadamente. São simples casos de gripe, muito naturais no atual período do ano, os que agora se manifestam. (*Minas Gerais*, 11 de Outubro de 1918, 3)

Reacções semelhantes, enfatizando a benignidade dos casos, foram observadas noutras cidades brasileiras. Em 9 de Outubro, o inspector de saúde do Porto de Rio Grande (Rio Grande do Sul) informou que o paquete *Itajubá*, que trazia trinta e oito tripulantes atacados pela influenza,

continuava de quarentena. Acrescentava ter sido o navio desinfectado, achando-se os enfermos «em condições satisfatórias», e prevendo serem os mesmos removidos para o lazareto no dia seguinte, «quando aquele estabelecimento que há muito não funciona, ficar de todo preparado para recebê-los» (Abrão 1998, 62). Enfatizava que a influenza então verificada «era de carácter benigno, não tendo contaminado nenhum dos demais passageiros» (Abrão 1998, 62). Na capital de Minas Gerais (Belo Horizonte) a doença chegou pelo comboio, numa composição proveniente do Rio de Janeiro. A reacção das autoridades reduziu-se à imposição do isolamento e ao expurgo do foco. O estado dos enfermos era considerado lisonjeiro e a doença de carácter benigno. Além da repetida benignidade da gripe, ganhou destaque na capital mineira a ideia de que a cidade, recém-edificada segundo os preceitos da engenharia sanitária, apresentava condições privilegiadas para resistir à invasão da epidemia.² Para alguns, a influenza faria na cidade apenas «uma ampla provisão de encatarrados e pouca coisa mais» (Pena 1918, 3).

O insólito da pandemia perturbou médicos e autoridades, que chegaram a duvidar da natureza da moléstia. Dengue, tifo, cólera, influenza maligna, peste de Dacar foram algumas das alternativas usadas para referir a doença. Muitos questionavam se os casos então observados no Brasil podiam ser da mesma moléstia que dizimava o outro lado do Atlântico: «Não creio [...] que a epidemia que atacou a nossa esquadra em Dakar seja de modo algum a influenza que reina entre nós [...]. Não pode ser a gripe que nós conhecemos porque não mata desta maneira» (*Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, xxvi (11), 480).

Era opinião difundida que a influenza era uma doença benigna, de frequência anual e contra a qual pouco havia a ser feito. Essa noção da doença ajuda a explicar o esforço de médicos e autoridades no sentido de distinguir a moléstia que se expandia pelo país daquela que tanto horror imprimia no cenário da guerra.

É pura e simplesmente a *gripe* ou *influenza* [...]. Cumpre não confundi-la, portanto, com a *gripe pneumônica*, de Dakar, que, esta sim, é gravíssima ameaça à vida, de prognósticos muito sérios [...]. Não há, pois, razão para nos enchermos de terror, como vai acontecendo por aí, confundindo uma coisa com outra, pondo em sobressalto toda a gente. (*Diário de Minas*, 18 de Outubro de 1918, 1)

² A capital mineira fora edificada entre os anos de 1894-1897, segundo um planeamento pautado pelos ensinamentos da engenharia sanitária de meados do século XIX. Cf. Silveira (2004b).

Havia quem acreditasse que os abalos provocados pela guerra no Velho Continente fossem responsáveis pela letalidade assumida pela doença na Europa, enquanto no Brasil prevaleciam outras condições de salubridade e resistência orgânica (Abrão 1998, 77; Bertolli Filho 2003, 124). Muitos apoiavam-se na noção configuracionista das doenças, diferenciando a gripe aqui observada – influenza *nostras*, de carácter mais brando – daquela que varria o Velho Continente – influenza *vera*.³ Essa postura também era justificada pelo facto de aquela manifestação da doença apresentar certas particularidades que estavam em franco conflito com todos os ensinamentos clássicos, sendo o «espírito clínico levado a concluir em favor do dualismo das moléstias em questão».⁴

Enquanto as autoridades públicas e científicas se ocupavam em discutir a natureza da doença, a influenza começou a mostrar a sua face trágica. Mal se instalava, e em pouco tempo, a moléstia colocava meia cidade de cama. A cada dia o número de doentes dobrava, triplicava, criando situações inesperadas com impacto na vida da população. À medida que os doentes e a desordem urbana se iam avolumando, a imprensa começava a exigir um posicionamento mais efectivo e a culpar as autoridades pela expansão do mal. Essa crítica recrudescera quando apareceram os primeiros mortos.

Em Rio Grande, o jornal *Echo do Sul* condenava o inspector de saúde do porto por permitir o desembarque dos passageiros chegados num vapor com notificação de casos de influenza a bordo (o *Itajubá*), além de não ter procedido à desinfecção da embarcação, nem recolhido os enfermos ao lazareto, vaticinando que «se surgirem casos da doença na cidade o inspector de saúde será o responsável» (Olinto 1995, 43). Na imprensa carioca o médico Plácido Barbosa criticava a inércia das autoridades sanitárias: «A empresa seria difícil, atendendo aos interesses

³ O recurso aos termos *gripe nostras* e *gripe* (ou *influenza vera*) é um exemplo dessa forma de percepção. O primeiro referia-se ao que muitos médicos acreditavam ser uma simples e corriqueira constipação, enquanto o segundo remetia para episódios epidémicos e pandémicos, quando a influenza parecia revestir-se de um carácter mais sério. Segundo Moncorvo Filho (1924, 20), era essa distinção que explicava o nome *influenza espanhola* – «como se pretendendo diferenciá-la da gripe, por muitos denominada *nostras* e desde tempos idos já aclimada em nosso meio e com a qual tão familiarizados se mostravam os médicos».

⁴ Entre as particularidades arroladas por Ribeiro da Silva (1919, 44) estavam: o facto de a epidemia de 1918 atingir de forma intensa as pessoas jovens, a curiosa benignidade com que acometia os velhos, a presença na expectoração dos doentes de uma variada flora de estafilococos, estreptococos e outros germes de natureza indeterminada, e a raridade de diplococos, geralmente os únicos organismos encontrados em abundância nos doentes de gripe «tipo *nostras*».

do comércio marítimo e dos passageiros, mas se a doença era julgada temerosa, as medidas necessárias deveriam ser aplicadas. Fora horrível que as organizações humanas só se atrevessem às coisas fáceis.» (*apud Minas Gerais*, 19 de Outubro de 1918, 3)

Quem mais sofreu com as críticas dos jornais foi o director-geral de saúde pública do Rio de Janeiro, Carlos Seidl, exonerado do cargo em meados de Outubro:

[...] há muitos dias o mal lavra e a população [...] é afrontada pela inércia deste funcionário estranho (Brito 1997, 20).

[...] a gripe irrompeu encontrando as sentinelas da defesa sanitária a dormir a sono solto, e quando o clamor público as despertou desse sono criminoso, a estremunhar, não se lembraram nem de dar o alarme, nem de bradar as armas, só abrindo a boca para enganar o público, com publicações e reptos pueris, como as do Sr. Seidl [...] (Moncorvo Filho 1924, 32).

Em São Paulo, a imprensa dividia-se entre o apoio e as críticas a Arthur Neiva, responsável pelo Serviço Sanitário do Estado, que acabaria por ser «discretamente» destituído das funções de comando no combate à pandemia (Bertucci 2004, 256, 117-118 e 135-136). Em Minas Gerais, onde a imprensa era dominada pelo partido que ocupava o poder, praticamente não há registos de críticas (Silveira 2004b, 178). É provável que as houvesse nos jornais independentes, mas não restou memória deles nos arquivos da capital.

Na Baía, a acirrada disputa das facções políticas estaduais transformou a pandemia em verdadeiro objecto de disputa política, como mostra Christiane Souza. Sob o título «A influenza na Bahia é ... política!», um jornal da oposição culpava o Governo pela invasão da moléstia, afirmando que «as autoridades baianas preferiam negar veementemente a existência de uma epidemia» a correr o risco de ver a capital considerada um porto sujo ou de uma ameaça de uma intervenção federal (Souza 2007, 105-106). A imprensa pró-governamental respondia com a manchete «Campanha amaldiçoada», acusando a oposição de falta de patriotismo e de comprometer a imagem do estado, afirmando que «o grande mal da Bahia era ter o descrédito feito pelos seus próprios filhos, numa ânsia desesperada e doentia de malsiná-la em tudo – na sua cultura no seu governo na sua honra e até no seu clima» (Souza 2007, 108 e 115-116).

Nas semanas que se seguiram, a população brasileira pereceu sob o reinado da moléstia. Na primeira quinzena de Outubro, a influenza havia alterado o quotidiano em diversas cidades: ausência de empregados no comércio e nas repartições públicas, encerramento de escolas, cinemas e outros

lugares de aglomeração, paralisação no movimento de comboios e carros eléctricos, aumento de preços, carestia de géneros, ataques súbitos da doença nas vias públicas, centenas de mortos, pilhas de cadáveres insepultos.

Na *urbs*, como que varrida pela morte, quase que não se via viva alma, e os poucos transeuntes passavam por esses domínios da epidemia como fugitivos que quisessem evitar um contágio que parecia existir por toda a parte (Rio de Janeiro) (Moncorvo Filho 1924).

A cidade tem durante o dia um aspecto doloroso e à noite este aumenta, tornando-se fúnebre. [...] os cafés, os bares, tudo escuro, dando à capital a forma de uma cidade morta e sem vida (Porto Alegre) (Abrão 1998, 67).

Belo Horizonte perdeu nestes dias de epidemia a sua vida agitada. As ruas estão desertas [...] Todos fugiram dos lugares mais frequentados e os cafés e restaurantes estão inteiramente abandonados. Todos se retraem, receosos do contágio do mal (*Minas Gerais*, 9 de Novembro de 1912, 1).

Em São Paulo, foram fechados parques e museus, além de fábricas, lojas e escritórios. Os jogos de futebol, assim como outros eventos foram suspensos à medida que a crise sanitária se intensificava (Bertolli Filho 2003, 213). Na capital do país, um cronista escrevia sobre o impacto da influenza:

Operou-se uma profunda modificação nos barulhos da cidade [...] O Rio, tinha o segredo dos ruídos. Todos os rumores encontravam aqui o seu paraíso. O bonde, o automóvel, o mascate, o moderno camelô do centro da cidade [...]. O baile funesto abafou todas essas vozes [...] apenas a tosse quebra o silêncio circunstante. (Brito 1997, 23)

Agitação só era vista nas farmácias, com uma multidão em busca de purgativos e receitas prescritas. Também não paravam os hospitais e postos de socorro, procurados a todo o momento pelas novas vítimas da influenza. A permanência da pandemia só fazia aumentar a sensação de desolação. As consequências eram partilhadas por doentes e sãos. Problemas enfrentados por toda a sociedade foram a carestia e a especulação. Um dos principais objectos de reclamação era o quinino – medicamento heróico, indicado para o tratamento da influenza e de praticamente todas as outras moléstias. As dificuldades de abastecimento e o valor cobrado pelo produto levaram à intervenção federal, que fixou o seu preço na venda ao consumidor e requisitou ser entregue às autoridades públicas qualquer quantidade dele encontrada. «[...] quinino! Não adiantava procurar que não tinha, sumiu da praça [...]. Quando aparecia, o preço do infalível quinino era um absurdo!» (Goulart 2003, 43)

Notícias dando conta do abuso no preço de alimentos invadiam os jornais: «O povo sofre as aperturas desse aflitíssimo momento – tudo fechado! Não há pão, não há remédio, não existem os gêneros de primeira necessidade [...]» (*A Razão*, Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 1918) Leite, carne e galinhas desapareceram das mesas, especialmente das camadas mais pobres da população. No dia 8 de Novembro, o *Diário de Minas* fazia eco dos receios expressos pelas folhas cariocas, que precavam os seus leitores para um aumento ainda maior dos preços. O temor era que a propagação da gripe pelo interior do país determinasse a interrupção das relações comerciais entre produtores e consumidores. Por isso, aconselhava à população «toda a economia no gasto dos gêneros e produtos indispensáveis à sobrevivência da cidade» (*Diário de Minas*, 8 de Novembro de 1918, 1).⁵ Segundo Bertolli Filho, no início de Novembro, São Paulo registou saques das carroças de distribuidores de leite e pão. Para contornar o problema da carestia de gêneros, o prefeito da cidade chegou a estipular prémios em dinheiro para quem vendesse mais galinhas à população (Bertucci 2004, 118).

A desordem instalada pela pandemia infiltrava todas as dimensões da vida humana. Um dos aspectos que mais chama a atenção foi a suspensão dos ritos fúnebres. A reverência para com a morte foi quebrada pela multiplicação dos mortos. A proibição do acompanhamento de enterros aos cemitérios foi medida comum em diversas cidades, assim como a sugestão para que se evitassem as romarias aos mesmos no dia de finados (2 de Novembro). Situação mais caótica parece ter ocorrido nas cidades mais populosas, nas quais a quantidade de mortos excedeu em muito a capacidade de acção das autoridades e da própria comunidade. Segundo Bertolli Filho (2003, 147), um novo cemitério foi inaugurado em São Paulo e outros tiveram as suas instalações ampliadas durante o reinado da pandemia. Apesar dessas medidas, a imprensa denunciava os sepultamentos sobrepostos e o recurso à vala comum. A cidade também viveu uma crise no abastecimento de caixões, fazendo com que muitos fossem sepultados tendo apenas um lençol como mortalha.

Ninguém escapava da moléstia, e também os coveiros caíam doentes, ampliando os transtornos nos serviços de enterramento. Como os cadáveres eram vistos como foco de infecção, muitos recusavam o trabalho de os enterrar. Em São Paulo, a prefeitura precisou quintuplicar o salário de coveiros (Bertolli Filho 2003, 146). No Rio de Janeiro, o Cemitério do Caju viu-se na contingência de substituir os seus coveiros pelos presos

⁵ V. ainda Souza (2007, 220 e 246); Bertucci (2004, 117); Bertolli Filho (2003, 234-241).

da Casa de Correção (Brito 1997, 25). Boatos circulavam pela cidade, dando conta que os cadáveres tinham dedos e orelhas cortados para se furtar anéis e brincos, outros afirmavam o defloramento de virgens mortas e o enterro de mortos-vivos (Goulart 2003, 52). A morte banalizava-se.

Na minha rua, da janela, se via um oceano de cadáveres. As pessoas escravavam os pés dos defuntos nas janelas das casas para que a assistência pública viesse recolher. Mas o serviço era lento [...] era um cenário mefistofélico – cães e urubus roendo os corpos das pessoas jogadas nas ruas. (Goulart 2003, 50-51)

[...] quando o serviço de transporte dos cadáveres deparava com um morto que já há bastante tempo esperava sepultamento, fazia um acordo com a família enlutada, deixando na residência um cadáver que expirara há poucas horas, levando aquele que falecera há mais tempo (Bertolli Filho 2003, 309).

Diante da desorganização da vida quotidiana e da impotência das autoridades face a tantas necessidades, coube à própria sociedade organizar-se, instituindo uma ampla rede de solidariedade. A mobilização social no socorro às vítimas é aspecto marcante em todos os relatos sobre a pandemia no Brasil. Por todos os lugares, o envolvimento de associações de caridade, sociedades de imigrantes, comerciantes, profissionais da saúde e mesmo os cidadãos comuns, constituiu-se como apoio fundamental para que as cidades atendessem às necessidades dos seus doentes, na tentativa de se evitar a ampliação do caos. As acções abarcavam doações de alimentos, remédios, dinheiro, organização de postos para distribuição de alimentos e medicamentos, enfermarias provisórias, assistência domiciliar, fundos para os órfãos, entre outros.

Confrontadas com tragédia tão assustadora, as pessoas esforçavam-se por entender o que acontecia e porquê. As explicações construídas sobre a pandemia mobilizaram um eclético arsenal de crenças – religiosas, morais, científicas. Entre as diversas conjecturas levantadas destaca-se a afirmação de que se vivia o verdadeiro apocalipse, sendo a gripe um castigo pelos erros, a falta de religião e o materialismo da sociedade. Havia quem justificasse as desgraças vividas como conseqüências de mudanças ambientais: a guerra, com seus milhões de mortos e toneladas de explosivos, teria levado a uma alteração da atmosfera, propiciando o surgimento de «germes mortíferos» (Bertolli Filho 2003, 124-125). Em Minas Gerais, um artigo relacionava o triplice flagelo – guerra, fome e peste – com a passagem, naquele ano, de três cometas periódicos (*Diário de Minas*, 22 de Dezembro de 1918, 2). A medicina académica lançava mão

de diferentes teorias, da configuração epidémica reinante, até aos debates bacteriológicos sobre o bacilo de Pfeiffer e os vírus filtráveis. Nos periódicos científicos e na imprensa diária abundavam artigos discutindo a natureza da doença, seus aspectos clínicos, a terapêutica mais indicada e as sugestões para os que convalesciam e os que queriam evitar a moléstia.

Enquanto a sociedade ainda se assustava frente ao atropelo da influenza, a epidemia começou a mostrar sinais de esgotamento. Apesar dos óbitos continuarem altos, a notificação de novos casos decrescia. Em boa parte das cidades brasileiras o declínio da gripe coincidiu com o Armistício que pôs fim à guerra. No interior do país ainda se verificaram surtos da doença nas primeiras semanas de 1919. Entretanto, as consequências da gripe nesses sertões não alcançaram a mesma publicidade que nas capitais. Parte da sociedade queria apenas esquecer o flagelo de que havia sido vítima. O impacto da influenza foi sendo diluído com o retomar da vida quotidiana.

O fim do tormento tomou cores diversas nas cidades que foram objecto de estudos sobre a influenza. Preces e procissões em agradecimento pela cessação da epidemia foram feitas em praticamente todas as cidades. Em Minas Gerais, os jornais sepultavam a pandemia com as manchetes mais recentes: um horrível acidente no caminho-de-ferro – «desde sábado nossa cidade não fala de outra coisa, de manhã à noite» (*Diário de Minas*, 10 de Dezembro de 1918, 1). Dias depois, era Olavo Bilac, «o grande morto de ontem», que mobilizava as atenções (*Minas Gerais*, 29 de Dezembro de 1918, 1).

Em São Paulo, o mês de Março trouxe de volta o temor de uma nova manifestação da doença que, porém, logo esmoreceu (Bertolli Filho 2003, 344-345; Bertollucci 2004, 352-353). No Rio de Janeiro, apesar de algum receio, o Carnaval de 1919 brincou com a gripe do ano anterior. O bloco dos Fenianos representou a influenza «como uma linda ventarola rodeada por diversas caveiras, cercada por uma parafernália preventiva contra a influenza: limões, garrafas de parati, frascos de canela etc.» (Brito 1997, 26). O bloco da Parcimônia entoou pela cidade as consequências da «espanhola» nos seguintes versos:

Durante o ano passado / ninguém do bloco comia / tudo era bem guardado / pra fazer economia / até que veio a espanhola / vestida de epidemia / de facão e castanhola / fazendo sua arrelia / [...] Com as migalhas do povo / muita gente entrou na linha / levando só por um ovo / o valor de uma galinha / [...] Se é para frente é que se anda / vou seguir caminho reto / Vou pedir a Dona Gripe / que me forme por decreto / Avante menino, /avante rapaz / quem toma quinino / não anda para traz. (Santos 2004, 143-144)

Considerações finais

Examinadas no seu conjunto as histórias escritas sobre a pandemia de 1918 no Brasil revelam diversas recorrências que, a nosso ver, podem ser explicadas tanto em função da estrutura narrativa assumida pelos eventos epidémicos, como também por um determinado contexto que caracterizava o país no início do século XX.

A negação inicial da moléstia pelas autoridades, a constante afirmação da sua benignidade e o aturdimento dos médicos diante de uma doença tão familiar, mas com consequências tão contrastantes com o que ensinavam a experiência e os manuais, são retomados em cada um desses relatos. A doença serviu para expor as divergências no interior da própria profissão médica, e desta em relação a um alargado universo da cura presente naquele período, evidenciando os conflitos que compuseram o longo processo da profissionalização médica no Brasil. Além disso, a pandemia contribuiu para pôr em questão a imagem triunfante trilhada pela bacteriologia, que desde o último quartel do século XIX revolucionava o conhecimento e a prática médica com a proposição de que a determinação causal das doenças representava a solução dos problemas relativos à saúde colectiva.

A alteração promovida no quotidiano, a carestia, o aumento do custo de vida, a suspensão imposta aos contactos sociais e aos ritos fúnebres, a solidariedade estabelecida diante do flagelo são outros elementos caracterizadores da vivência colectiva da pandemia no país. O eclético aparato de explicações e das práticas e rituais usadas para entender e controlar a moléstia – as transformações ambientais, a ira dos céus, as revoluções celestes, assim como as desinfecções, o isolamento, a profusão de remédios, os amuletos – também compuseram a experiência brasileira diante da influenza.

No que se refere à rota da pandemia pelo país, os dados apontam para a existência de um modelo inicial de expansão: a doença chegava através dos portos, pelos vapores que ligavam de norte a sul o litoral brasileiro; em seguida alastrava pelas cidades e ia invadindo os sertões, seguindo os caminhos-de-ferro e estradas. Os momentos da expansão da «espanhola» pelo interior do país são menos claros, uma vez que ainda pouco estudados.⁶ Quanto à ameaça do retorno da influenza em 1919, pode dizer-se que ela foi mais evidente em algumas regiões, e havia lugares, no

⁶ Excepção feita ao trabalho de Souza (2007).

imenso território brasileiro, que experimentavam nesse momento o seu primeiro contacto com a gripe pandémica.

As considerações levantadas sobre a incidência da doença entre as classes sociais conformam outro elemento que aproxima as experiências da gripe no país. A «ilusão democrática», denunciada por Bertolli Filho – isto é, a opinião corrente de que a influenza teria vitimado ricos e pobres de forma indistinta, tendo como exemplo paradigmático no país o falecimento, no início de 1919, do presidente eleito, Rodrigues Alves – é ponto convergente entre os outros historiadores da pandemia, que mostram como o impacto da doença foi extensamente mais expressivo entre as camadas mais carentes da sociedade, denunciando assim a realidade miserável das classes pobres.

A esse respeito, ainda é interessante observar que as péssimas condições de existência das camadas populares, evidenciadas durante o evento, contribuem para desmistificar um discurso de modernização disseminado na sociedade daquele período. As histórias das cidades examinadas repetem a construção de um imaginário moderno, criado em torno de acções higienizadoras e embelezadoras dos espaços urbanos desde fins do século XIX – do qual, a construção da nova capital mineira, erigida segundo os preceitos da ciência da higiene, é o maior exemplo. A própria instauração do regime republicano, acompanhada por toda uma simbologia que associava o passado ao atraso, reforçava a incorporação desse imaginário. Assim, a chamada «ilusão democrática» descortina um dos elementos caracterizados do contexto brasileiro naquele momento – e, por que não dizer, que persiste ainda hoje –, o da exclusão social.

No campo político, ainda que alguns estudos sugiram não serem pertinentes reformas nos serviços sanitários municipais ou estaduais, não há como negar certa ressonância provocada pela pandemia. Em Janeiro de 1920, o poder legislativo brasileiro aprovava a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Como revela Gilberto Hochman (1998, 131-132), a experiência da gripe «teve impacto significativo sobre a percepção colectiva das relações entre doença e sociedade e sobre o papel da autoridade pública... produzindo um consenso mínimo sobre a necessidade urgente de mudanças na área de saúde pública», até então marcada pela autonomia e a descentralização. Inserida num contexto mais amplo, caracterizado pelo movimento pelo saneamento do Brasil, a influenza de 1918 é percebida como uma peça de uma ampla engrenagem que procurava constituir uma nova agenda de saúde para o país.

Apesar das semelhanças identificadas ao cotejarmos esses estudos, é possível perceber também singularidades. Contextos particulares são ca-

pazes de imprimir especificidades à experiência vivenciada em cada cidade. Se na Baía a gripe deu publicidade a uma forte dissensão entre facções das elites políticas, o mesmo não pôde ser observado em Minas Gerais. Do mesmo modo, a desorganização dos serviços de enterramentos foi certamente muito mais expressiva nas grandes cidades, onde a proporção de vítimas era maior. Ao apontar essas singularidades, queremos dizer que afirmar a existência de uma dramaturgia não significa nivelar as experiências vivenciadas por essas comunidades, ou, em outros termos, que essa dramaturgia não esgota a história da(s) epidemia(s).

Um balanço da produção brasileira aqui exposta revela que a pandemia tem sido tema especialmente no que se refere às reações e representações sociais construídas em torno desse evento, e que os espaços privilegiados têm sido as cidades mais importantes (econômica e administrativamente). São escassas as referências sobre a moléstia nas pequenas cidades, nas regiões Norte e Centro-Oeste, ou sobre a experiência da gripe entre as populações indígenas. Por outro lado, há um vasto campo a ser explorado por estudos comparativos sobre as consequências demográficas daquela manifestação da influenza. Assim, considerando a diversidade característica da sua sociedade, acreditamos que muitas outras histórias ainda podem ser contatadas sobre a pandemia de 1918 no Brasil.

Fontes

Diário de Minas.
Revista Médico-Cirúrgica do Brasil.
Minas Gerais.
A Razão.

Capítulo 4

A gripe pneumónica no Algarve (1918)

O funeral de Gladys tinha sido o meu último funeral. Enquanto adormecia, pensei que se cada um dos recentemente enlutados erguesse uma vela em direcção do céu, vista da Lua, a Terra inteira estaria a arder. (James 2006, 336-337)

No Outono de 1918 o mundo assistiu ao aparecimento dum fenómeno epidémico sem precedentes na história da humanidade, uma pandemia de gripe responsável pela morte de mais de trinta milhões de seres humanos. Pode mesmo ser equacionada a hipótese de esta doença ter contagiado metade da população mundial, ou seja, na altura estaríamos a falar de cerca de mil milhões de pessoas (Johnson 2003, 132). Em todos os continentes viveram-se momentos dramáticos. Nas ilhas ocidentais do arquipélago de Samoa cerca de 22% da população terá sucumbido aos efeitos mortais da epidemia, enquanto que no Canadá comunidades inteiras de inuit desapareceram.¹ Na Europa, a pandemia terá causado mais de dois milhões de mortos (Zylberman 2003, 192). Na Índia, terão sido mortalmente afectadas pela epidemia de gripe entre dezassete a dezoito milhões de pessoas, ultrapassando só neste território a totalidade das baixas mortais causadas pela guerra mundial que estava naquela altura a terminar (Ramanna 2003, 86).

Em Portugal a epidemia ficou conhecida pelo termo de *gripe pneumónica* (Jorge 1919a, 21). Analisar o seu impacto no território algarvio im-

¹ Segundo Ann Herring e Lisa Sattenspiel (2003, 156 e 159), uma em cada seis pessoas terá sido contagiada pela doença em território canadiano em pleno Inverno, numa altura em que era impossível enterrar todas as vítimas mortais dado a terra estar congelada.

plica entender algumas dificuldades prévias que foram sentidas, em maior ou menor grau, por outros estudiosos noutras regiões. De facto, os dados das estatísticas oficiais não coincidem com as informações recolhidas nos livros de registos de óbitos dos diversos concelhos. Os boletins oficiais apresentam 3128 vítimas de mortalidade gripal para o distrito de Faro no ano de 1918, mas apenas foram compilados 1884 casos nos referidos registos. A falta de informação sobre a causa de morte era uma situação comum; em 1918, 52% das causas de morte registadas nos livros de óbitos algarvios eram com a rubrica n.º 38 da nomenclatura internacional da época para o efeito, ou seja, *doença desconhecida* ou *doença ignorada* (em muitos casos, os espaços estavam mesmo trancados); num terço das freguesias algarvias não foram registados quaisquer dados sobre causas de morte nesse ano.

A incerteza no diagnóstico da doença, as dificuldades de acesso às localidades, a falta de assistência médica e de meios de prevenção e outros obstáculos de natureza financeira e logística foram situações que dificultaram a obtenção de dados actualizados na altura. Na realidade, a mortalidade gripal na época da gripe pneumónica está subavaliada. Tal como noutros países, a previsível associação da gripe com a pneumonia na época terá confundido médicos e autoridades sanitárias e administrativas (Witte 2003, 53). Por outro lado, a gripe terá sido certamente responsável pelo aumento da incidência de certas doenças, tais como a bronquite, a tuberculose, as doenças do coração ou a septicemia, no caso das mulheres grávidas (Echeverri Dávila, 2003: 183).

Estas questões, entre outras, condicionaram a abordagem feita ao estudo da gripe pneumónica no Algarve em 1918.² Apesar de tudo, é possível perceber alguns indicadores relacionados com o percurso da doença na região, desde os primeiros indícios até aos resquícios finais, podendo-se destacar algumas medidas de combate implementadas pelo Estado e pelas entidades locais, sem esquecer o papel da Igreja e da sociedade civil. As consequências provocadas pela epidemia na região podem ser analisadas, ainda que de forma parcial e incompleta, a nível demográfico e socioeconómico. Para entender tudo isto, é forçoso conhecer previamente, de forma resumida, o território e a população algarvia nas primeiras décadas do século XX, para melhor perceber o impacto

² O progressivo desaparecimento da gripe pneumónica do território algarvio durante o mês de Dezembro de 1918 e os escassos casos de mortalidade gripal recolhidos nos livros de registos de óbitos dos concelhos algarvios para o ano de 1919 inviabilizam o estudo de um eventual surto gripal nesse ano.

da gripe pneumónica nas povoações da região. Sobre os assuntos a tratar, usaremos como referência um concelho em particular, Albufeira, servindo de exemplo e de fio condutor para a história que se segue.

O Algarve nos começos do século xx: o território e as pessoas

Geograficamente, caracterizar uma região implica conhecer alguns aspectos comuns a toda ela, desde os aspectos físicos, como o clima, a fauna e a flora, até ao factor humano, ou seja, as comunidades e populações que nela vivem (Ribeiro 1963, 159). Dotado de uma identidade regional própria, o Algarve esteve sempre separado do resto do território continental português (a expressão *Reino de Portugal e dos Algarves* ainda era usada no século XVIII nos meios políticos e administrativos). A cadeia montanhosa que atravessa o território provocou durante séculos o isolamento a que a região foi votada, situação que ainda se fazia notar no início do século XX, com as dificuldades de ligação com o resto do país (por exemplo, só em 1922 o comboio chegou a Lagos, completando a linha do Barlavento).

Uma análise territorial mais profunda leva a afirmar que, por detrás da especificidade própria do Algarve relativamente às restantes regiões do território continental português, é possível individualizar uma diversidade interna, de acordo com características geomorfológicas e humanas, que distinguem relativamente bem o Barlavento do Sotavento, ou o Barrocal do Litoral, sem esquecer as particularidades próprias das gentes e das paisagens serranas que constituem a maior percentagem territorial da região. As dificuldades de acesso às zonas montanhosas contribuíram em parte para criar obstáculos ao apoio das populações carenciadas na época da gripe pneumónica, um pouco como aconteceu a outras zonas isoladas do globo.³

Nos princípios do século XX, a esmagadora maioria da população algarvia vivia no campo. Em 1920, 77% dos algarvios residiam em zonas rurais, valor superior em relação à média nacional (64%) (Marques da Silva 1970, anexos). Esta situação reflectia o peso da agricultura na organização socioeconómica das populações.⁴ A existência de centros pesqueiros e de algumas zonas industriais ligadas aos sectores da cortiça e das conservas

³ Situação semelhante aconteceu na Índia (Ramanna 2003) e no Norte do Canadá (Herring e Sattenspiel 2003).

⁴ De acordo com o censo de 1911, a população activa algarvia dedicada aos trabalhos agrícolas correspondia a 166 298 indivíduos, uma taxa de 605,8‰ (superior à média nacional que era na ordem dos 573‰) (Cabreira 1918, 46-47).

não esconde o fraco dinamismo urbano do território na altura. A então vila de Albufeira atingia na altura cerca de 5000 habitantes, podendo ser considerada uma vila de média dimensão para a região, à semelhança de Loulé, Lagoa, Monchique e Vila Real de Santo António.⁵

A estrutura demográfica das famílias algarvias apresentava características de uma sociedade tradicionalista e pouco desenvolvida na época da gripe pneumónica. O modelo típico dos agregados familiares era composto por famílias centradas em quatro elementos, pela existência de poucos divórcios⁶ e pelas altas taxas de natalidade e de nupcialidade,⁷ o que revela uma população jovem e que casa cedo, fortemente condicionada por comportamentos sociais ancestrais. Por outro lado, a generalização do trabalho infantil e os elevados índices de analfabetismo evidenciados⁸ reforçam a ideia de um modelo de organização socioeconómico e cultural afastado do mundo da tecnologia e da ciência e do capitalismo financeiro e económico. A ignorância das populações teve no Algarve, um pouco como noutras regiões do planeta,⁹ efeitos perversos na pouca atenção dada pelas populações doentes aos tratamentos profilácticos aconselhados no combate à gripe pneumónica na região.¹⁰

Esta situação reflectia-se na existência de graves problemas de saúde pública existentes no Algarve nas vésperas da entrada da gripe pneumónica na região. A população algarvia possuía poucos hábitos higiénicos. A maioria dos municípios não tinha sequer posturas ou regulamentos de saúde pública. A imprensa regional constatava o péssimo estado sanitário das localidades algarvias em 1918,¹¹ tendo algumas vezes as au-

⁵ As principais cidades e vilas algarvias (Faro, Lagos, Vila Nova de Portimão, Olhão, Silves e Tavira) andavam à volta dos 10 000 habitantes em 1920 (Marques da Silva 1970, anexos).

⁶ No *Censo da População de Portugal de 1920* (p. 288), apenas 392 pessoas estavam separadas judicialmente no Algarve.

⁷ Em 1910, a taxa de natalidade no Algarve atingia 33,5‰, valor superior à média nacional (31,3‰) e as taxas de nupcialidade no Algarve eram também superiores às do restante território nacional (Montalvão Machado 1957, 44-45, 84-85).

⁸ Em 1920, os valores de população analfabeta no Algarve chegavam aos 77%, bem acima da média nacional que já de si era alta (64%) (*Censo*, 292).

⁹ A este propósito, é interessante consultar os estudos sobre o combate à epidemia de gripe de 1918-1919 na Tanzânia (Ellison 2003), Senegal (Echenberg 2003) e Índia (Ramma 2003).

¹⁰ Em telegrama enviado pelo delegado de saúde de Faro ao subdelegado de saúde do mesmo concelho na época da gripe pneumónica, era enviada uma directiva que proibia os curandeiros de St^a Bárbara de Nexe de tratarem doentes nessa freguesia «porque assim contribuíam ocultar do médico de quem receíam», in Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, cx. 140).

¹¹ Na sua edição de 13 de Outubro de 1918, *O Algarve* noticiava a insatisfação dos habitantes de S. Brás de Alportel pelo facto de o delegado de saúde não ter tomado as ne-

toridades de intervir para solucionar alguns problemas de ordem higiénica, situação que se tornou preocupante durante o surto da epidemia na região.¹²

Por outro lado, a falta de hospitais era uma realidade no Algarve naquela época. Com efeito, em 1918 apenas 10% do território algarvio era coberto pela rede hospitalar, o que significava uma média de um hospital para cada 20 000 habitantes, ou seja, uma área média de 400 km² por cada unidade hospitalar (Guinote 1990, 313). A escassez de médicos era uma realidade constante verificada em praticamente todos os concelhos algarvios, situação que era já preocupante no Verão de 1918, antes da entrada da gripe pneumónica na região, tal como era constatado pelo delegado de saúde de Faro,¹³ tendo-se agravado naturalmente o problema quando a epidemia chegou ao território algarvio.

Nestas circunstâncias, o aparecimento regular de epidemias no Algarve era uma realidade endémica na região, sendo frequente o surgimento de doenças como a cólera,¹⁴ a varíola, a diarreia e a enterite, contribuindo de forma decisiva para a manutenção de elevadas taxas de mortalidade infantil. Em 1918, Faro encontrava-se entre os cinco distritos nacionais com taxas de mortalidade infantil mais elevadas, logo atrás de Viseu, Braga, Santarém e Guarda.¹⁵

O mau estado de nutrição da população algarvia nas vésperas da entrada da gripe pneumónica no Algarve influenciava a qualidade de vida das populações. Na realidade, numa época de crise de subsistências provocada pela conjuntura inflacionista da guerra, as gentes algarvias apresentavam claros indícios de pobreza e miséria. Analisando os salários mé-

cessárias medidas de precaução que tivessem impedido a elevada mortalidade gripal que se estava a fazer sentir na altura: «As ruas estão sujas, estrumeiras e pocilgas contam-se pelo número de casas, sendo isto mais que o suficiente para que o mal progrida.»

¹² Em Lagos, o aparecimento da gripe pneumónica levou à adopção de medidas sanitárias por parte da administração concelhia, entre as quais a contratação de um indivíduo para recolher estrume e o apelo ao comandante da Guarda Fiscal para fazer as diligências necessárias para que as muralhas da cidade deixassem de ser usadas como mictório público, in Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lagos*, 1918 (registo n.º 23).

¹³ Em Julho de 1918, o delegado de saúde de Faro enviava à Direcção-Geral de Saúde um mapa indicativo dos médicos em serviço no distrito de Faro, salientando a escassez de recursos humanos em quase todos os concelhos, in Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138).

¹⁴ Entre 1855 e 1856 uma epidemia de cólera provocou a morte de 2770 pessoas, segundo os registos oficiais, in Conselho de Saúde Pública do Reino, *Relatório da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Anos de 1885 e 1856*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858.

¹⁵ *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal no Ano de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1922.

dios dos trabalhadores rurais algarvios em 1917, verifica-se que em todas as actividades agrícolas registadas (arroteia, lavoura, sementeira e cava, amontoa, enxertia, vindima, fabrico de vinho e de azeite) estes recebiam menos que a média nacional.¹⁶ Ao estudar o orçamento das famílias operárias em Portugal para o quadriénio de 1916-1920, é possível constatar o saldo negativo entre receitas e despesas médias semanais das famílias operárias no Algarve, verificando-se um agravamento das despesas muito acentuado (Oliveira Marques 1991a, 216). Constituindo a alimentação a mais importante fonte de despesas das famílias mais carenciadas, e tendo aumentado o preço dos géneros alimentares mais consumidos na época da guerra, é fácil concluir que a qualidade da alimentação da maioria dos algarvios piorou, diminuindo a resistência física e imunitária das populações, terreno propício para o alastramento de uma epidemia com as características da gripe pneumónica.¹⁷

O baixo nível de vida das populações algarvias em 1918, associado às dificuldades de distribuição e circulação de produtos, produziu situações de tensão social bem descritas na correspondência enviada pelas autoridades locais aos serviços governamentais. Em Março desse ano, o presidente da Comissão de Abastecimentos do Algarve enviava um telegrama ao ministro das Subsistências, datado de dia 18, onde se podia ler o seguinte: «Cumpr-me dizer a V. Ex.^a que o povo deste concelho [Faro] ainda se conserva dentro da ordem porque lhe tenho sugerido a esperança dia-a-dia da chegada de farinhas. Se não fora isso, o povo ter-se-ia levantado porque tem fome. Falta-lhe batata, falta-lhe agora o pão e todos os géneros alimentares custam preços exagerados. A vida no Algarve é impossível.»¹⁸ Em plena incursão da epidemia, estas situações multiplicavam-se. Em telegrama enviado pelo administrador de Lagos ao ministro das Subsistências, datado de 27 de Outubro, lia-se o seguinte: «Não há farinha neste concelho. Ânimos muito exaltados. Peço V.^a Ex.^a providências urgentes. Receio alterações de ordem.»¹⁹

¹⁶ *Anuário Estatístico e Portugal, Ano de 1919*, 36.

¹⁷ Há que salientar que o regime alimentar da maioria da população portuguesa naquela época consistia em alimentos com fraco teor proteico, como o arroz, a batata e o pão, como o demonstrou o estudo de João Frada (1998) sobre os alimentos consumidos em Portugal pelas famílias operárias na altura da gripe pneumónica.

¹⁸ Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 312 A).

¹⁹ Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Copiador de Telegramas*, 1918 (registro n.º 293).

A marcha da morte

O Algarve foi a última região do território continental português a sofrer os efeitos devastadores da epidemia de gripe pneumónica em 1918. O estudo da trajectória da doença no território insere-se, naturalmente, numa conjuntura mais vasta, a nível mundial, relativamente a uma pandemia que não poupou Portugal. Aos efeitos devastadores provocados na região algarvia no Outono de 1918 precedeu uma primeira vaga epidémica surgida na Primavera desse ano que, à semelhança do ocorrido no restante território nacional, poucos estragos fez. De facto, os serviços de vigilância sanitária e as autoridades administrativas locais acompanharam as notícias vindas de Ayamonte, onde foram registados vários casos de gripe no mês de Junho²⁰ (o termo *gripe espanhola* era então usado com alguma propriedade em Portugal durante esta primeira vaga). A situação parecia controlada e não houve registos de mortalidade gripal na região durante o Verão.

A situação iria mudar entre o final do mês de Setembro e inícios do mês seguinte. Ricardo Jorge, director-geral de saúde e simultaneamente comissário-geral do Governo para o combate duma nova vaga de gripe mais mortífera que assolava na altura grande parte do país – a *gripe pneumónica* –, percebia que a chegada da epidemia ao Algarve estava eminente, tendo enviado a 22 de Setembro um telegrama ao delegado de saúde de Faro para que este informasse imediatamente a Direcção-Geral de Saúde caso se registassem situações de infecção na sua área de jurisdição.²¹ Entre 22 e 23 de Setembro, os subdelegados de saúde dos concelhos algarvios contactaram a Delegação de Saúde de Faro confirmando a não existência de casos registados da nova vaga gripal.²²

Os primeiros indícios reveladores da entrada da epidemia no Algarve reportam-se aos primeiros dias de Outubro. Entre 4 e 6 desse mês, o sub-

²⁰ Em carta enviada a 23 de Junho de 1918 ao director-geral de saúde, o delegado de saúde de Faro escrevia o seguinte: «Ainda nada mais comuniquei a V. Ex.^a sobre tal [referia-se à epidemia de gripe], a não ser a informação do subdelegado de saúde de Vila Real de St.^o António noticiando alguns casos na vizinha cidade espanhola de Ayamonte, de que até agora mais comunicação alguma recebi de todo o distrito. Efectivamente, parece que a forma epidémica da doença ainda não apareceu no Algarve», in Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138).

²¹ Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil de Faro*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 13, cx. 930).

²² *Idem*, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 12, cx. 151).

delegado de saúde de Loulé comunicava ao delegado de saúde de Faro a existência de quatro casos suspeitos de gripe no concelho.²³ Tratava-se de indivíduos vindos de comboio de Coruche e do Vale do Sado, zonas de forte impacto epidémico na altura. A epidemia rapidamente se espalhou pela vila e pelas freguesias rurais de Querença, Boliqueime, Alte e Almancil, com o conseqüente aparecimento das primeiras vítimas mortais.²⁴ Pela mesma altura, começaram a surgir informações sobre o aparecimento de indivíduos contaminados pela gripe pneumónica no reduzido concelho de S. Brás de Alportel. O delegado de saúde de Faro recomendava a aplicação de medidas imediatas para evitar a disseminação da epidemia na área concelhia e proceder ao tratamento eficaz dos doentes em telegrama enviado a 6 de Outubro.²⁵

Na primeira quinzena de Outubro, os problemas mais graves de incidência mortal epidémica registaram-se precisamente nos concelhos de Loulé e de S. Brás de Alportel. A partir destes concelhos centrais do Algarve, a epidemia disseminou-se de forma incontrollável, seguindo uma trajectória difusa pelos restantes concelhos algarvios entre a segunda e a terceira semana de Outubro. As últimas áreas concelhias a terem sido afectadas pela gripe pneumónica foram Alcoutim, Aljezur e Albufeira já no final da terceira semana desse mês, zonas geograficamente dispersas e afastadas umas das outras. Neste último concelho que nos servirá de referência, o primeiro caso de mortalidade gripal foi registado no dia 19

²³ *Idem*, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138).

²⁴ A primeira vítima oficial de mortalidade gripal registada no concelho de Loulé foi um indivíduo do sexo masculino, trabalhador, de 28 anos de idade, falecido na freguesia de Boliqueime no dia 9 de Outubro, *in* Conservatória do Registo Civil de Loulé, *Livro de Registo de Óbitos do Concelho de Loulé*, vol. II, 1918.

²⁵ «Sr.º Subdelegado de Saúde Interino do concelho de S. Brás de Alportel. Acabo de receber o seu telegrama dando-me notícias do aparecimento nesse concelho de alguns casos suspeitos de gripe pneumónica com um falecimento, comunicação que transmiti logo para a Direcção Geral de Saúde como está ordenado. Rogo a V. Ex.ª a informação detalhada do aparecimento da doença [...]. O sr.º Governador Civil já tinha ordenado o encerramento das escolas e V. Ex.ª promova proibição de qualquer ajuntamento [...] A Direcção Geral de Saúde tem recomendado [...] a hospitalização e como aí não tem V. Ex.ª hospital seria de máxima conveniência fazer o isolamento de doentes quanto possível em tais casos. Recomendo [...] a formação de comissões de pessoas de categoria da localidade para angariar donativos para acudir os necessitados, visto ser impossível aos poderes centrais acudir aos estragos da doença em todo o País», *in* Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138). O primeiro caso de mortalidade gripal verificado no concelho de S. Brás de Alportel ocorreu no dia 11 de Outubro; tratava-se de um indivíduo do sexo masculino, comerciante, de 24 anos de idade, falecido na vila sede de concelho, Conservatória do Registo Civil de S. Brás de Alportel, *Livro de Registo de Óbitos do Concelho de S. Brás de Alportel*, vol. I, 1918.

de Outubro, tratando-se de um indivíduo do sexo masculino, marítimo de profissão, falecido na vila sede de concelho.²⁶

A evolução da epidemia na transição do mês de Outubro para o mês de Novembro, numa altura em que se registaram os maiores picos de intensidade gripal em termos de mortalidade, provocou um autêntico cataclismo demográfico. A análise da imprensa algarvia nestes dias reflecte um quadro geral caracterizado pelo terror e pelo pânico generalizado entre as populações algarvias.²⁷ *O Provinciano*, semanário olhanense, na sua edição de 27 de Outubro noticiava o seguinte: «Tem-se alastrado em todo o concelho com uma rapidez espantosa [a gripe pneumónica]. Tem quase evadido todas as casas, onde tem chegado a estar de cama toda a família. Há grande número de óbitos, lutando-se com dificuldade para impedir a marcha de tão terrível mal, porque os médicos não podem assistir a tantos enfermos.»

À Direcção-Geral de Saúde, em Lisboa, chegavam notícias alarmantes da Delegação de Saúde de Faro. A título de exemplo, no dia 1 de Novembro, Ricardo Jorge tomava conhecimento via telegrama do falecimento nesse dia de quarenta e nove pessoas na vila de Loulé, cinco pessoas em Alte, sete em Salir, oito em Almancil e sete em Boliqueime.²⁸ Em jeito de desespero, o governador civil de Faro enviou ao Presidente da República, Sidónio Pais, o seguinte telegrama datado de 23 de Outubro: «Exm.º Senhor Presidente da República, Belém, Lisboa. Gravemente doente, solicito a V. Ex.ª protecção para o Algarve. Epidemia varre povoações inteiras havendo já cemitérios completamente cheios, fazendo-se enterramentos em campa rasa. Faltam medicamentos, arroz, açúcar, velas, petróleo, massas, manteigas, batatas e há três dias que não há pão [...]. Povo ordeiramente vem pedir-me pão e crianças vagueiam nas ruas chorando com fome. Director Geral de Abastecimentos mandou requisitar toda batata de Monchique, único concelho produtor e que já não tem batata para metade do distrito. Rogo protecção V.ª Ex.ª acudindo a tanta miséria. A todo o momento cai gente na rua com doença e fome. Barcos de pesca param serviço por falta de gente. Não há peixe.»²⁹

²⁶ Conservatória do Registo Civil de Albufeira, *Livro de Registo de Óbitos do Concelho de Albufeira*, 1918.

²⁷ *A Folha de Domingo*, na sua edição de 17 de Outubro, registava médias diárias de mortalidade gripal nalguns concelhos, casos de Vila Nova de Portimão (média de trinta casos), Faro (vinte e cinco) e Silves (vinte).

²⁸ Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138).

²⁹ *Ibidem* (cota 191 A).

Durante este período, viviam-se nalguns concelhos situações de anarquia, tendo sido afectada a própria vida local e administrativa. Em Lagos, as sessões de vereação, de periodicidade semanal, foram interrompidas entre 14 de Outubro e 13 de Novembro,³⁰ precisamente durante as semanas de maior violência epidémica no concelho.

No concelho de Albufeira, os sinais de alastramento da epidemia foram-se tornando mais nítidos precisamente na transição para o mês de Novembro. No dia 31 de Outubro, o delegado de saúde de Faro comunicava à Direcção-Geral de Saúde a existência de numerosos casos de gripe no concelho.³¹ 68% da mortalidade gripal observada em 1918 neste concelho reporta-se a este mês (trinta e nove indivíduos do sexo masculino e trinta e três do sexo feminino).

A epidemia entrou em declínio no Algarve no final do mês de Novembro. «É necessário que se liquidem as contas da epidemia», escrevia Ricardo Jorge ao delegado de saúde de Faro em telegrama datado de 22 de Novembro.³² Entrava-se em fase de rescaldo.³³ Por essa altura, eram reabertas escolas, mercados e feiras. No concelho de Albufeira, o último caso de mortalidade gripal verificou-se no dia 29 de Novembro; tratou-se de um indivíduo de sexo masculino, marítimo de profissão, falecido na vila sede de concelho.³⁴ No entanto, as autoridades administrativas e sanitárias algarvias ficaram em situação de prevenção durante o mês de Dezembro, onde ainda se registaram pontualmente casos de mortalidade gripal, nomeadamente em Alcoutim e em Aljezur. Nalguns concelhos mantiveram-se serviços médicos extraordinários (farmácias com horários alargados, manutenção de médicos requisitados pela Direcção-Geral de Saúde e prestação de serviços por outras pessoas com formação médica).³⁵ Terminava assim,

³⁰ Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Actas das Sessões de Vereação da Câmara Municipal de Lagos*, 1918 (registro n.º 23). Johnson (2003, 149) refere que a actividade parlamentar em Londres durante a epidemia foi drasticamente reduzida e em Sunderland os candidatos às eleições locais cessaram de fazer campanha porta a porta durante a prevalência da doença.

³¹ Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 13).

³² Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 13, cx. 930).

³³ Já a 20 de Novembro, Ricardo Jorge comunicava ao delegado de saúde de Faro a necessidade de serem retirados médicos em serviço extraordinário onde já não fossem necessários, *in ibidem*.

³⁴ Conservatória do Registo Civil de Albufeira, *Livro de Registo de Óbitos do Concelho de Albufeira*, 1918.

³⁵ Em Dezembro, permaneceu um quintanista em Vila Nova de Portimão para fazer serviço de vacinação e em Ferragudo, no mesmo mês, continuou a exercer funções uma

de forma dramática, o ano de 1918 no Algarve. O ano de 1919 iria revelar valores de mortalidade gripal normais, com taxas de mortalidade reduzidas.³⁶ Depois da tempestade, veio a bonança.

O combate à epidemia

«There was just nothing you could do», reconhecia um médico inglês na época (Bristow 2003, 61). No Algarve, um pouco como por todas as regiões do planeta, foi visível o sentimento de impotência perante a devastadora epidemia de gripe que assolou o mundo no Outono de 1918. A ineficácia das medidas tomadas constituiu uma característica marcante no combate à pandemia um pouco por todo o lado. A própria imposição da quarentena, mesmo ao nível dos transportes marítimos, teve efeitos duvidosos, na maior parte dos casos.³⁷ O desconhecimento da etiologia da doença e a dificuldade na formulação de diagnósticos precisos e consequentes processos de tratamento adequados determinaram, em grande medida, o insucesso no combate à doença. A comunidade médica estava dividida quanto à adopção das melhores estratégias terapêuticas.³⁸ A própria confiança na medicina começava a vacilar.³⁹ Era um rude golpe na credibilidade da ciência e na figura do médico, tradicionalmente conceituado em termos sociais pela sua infalibilidade.⁴⁰

aluna finalista de Medicina, como consta do telegrama enviado pelo delegado de saúde de Faro à Direcção-Geral de Saúde em 26 de Dezembro, in Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 138).

³⁶ A gripe aparece como causa de morte apenas para 1% do total de mortes registadas em 1919 no Algarve, como se pôde verificar após consulta dos registos de óbitos nas conservatórias dos registos civis dos concelhos algarvios para esse ano.

³⁷ Como constataram McCracken e Curson (2003, 110), a quarentena foi instalada nos portos australianos em Outubro de 1918, o que não impediu que mais de 12 000 pessoas fossem vitimadas pela gripe.

³⁸ Nalguns países, os medicamentos e as soluções químicas não eram muito utilizados, preferindo-se o recurso à medicina tradicional, com no caso japonês, como constatou Rice (2003, 83). Noutros locais, abusava-se do uso do álcool, como aconteceu em Inglaterra (Johnson 2003, 151) ou no Senegal (Echenberg 2003, 235).

³⁹ Bristow (2003, 66) referiu que muitos americanos recorreram a curandeiros e à oração, conscientes da incapacidade da medicina para encontrar a solução para os males causados pela gripe. Em África, a importância da feitiçaria e de ritos mágicos para atacar a epidemia eram práticas correntes (Echenberg 2003; Ellison 2003).

⁴⁰ O aumento do prestígio da profissão de enfermeira nos Estados Unidos da América consolidou-se graças ao seu papel no acompanhamento dos doentes vitimados pela gripe pneumónica, em detrimento da perda de prestígio dos médicos, impotentes para travar a doença (Bristow 2003, 64).

Sendo certo que nas primeiras décadas do século XX já existia por parte de alguns governos europeus uma certa consciência da importância da construção de políticas de saúde pública⁴¹ e noções como «higiene pública» ou «medicina social» (Ferreira Gonçalves 1990, 269) eram utilizadas por alguns governos, preocupados em organizar modernos serviços de saúde pública, a verdade é que nenhum país estava preparado para solucionar de forma eficaz o impacto demográfico causado pelo aparecimento da gripe pneumónica.⁴²

Em Portugal, nas vésperas do aparecimento da gripe pneumónica, a Secretaria de Estado do Trabalho era o organismo estatal que tutelava os serviços de saúde, actuando em consonância com a Direcção-Geral de Saúde e com as autoridades sanitárias e administrativas distritais e locais. Com o aparecimento da epidemia, o Estado procurou disponibilizar linhas de crédito e suporte logístico para as populações vitimadas. As Secretarias de Estado da Guerra e das Finanças contribuíram para este apoio, mas ficou no imaginário popular a presença física do presidente Sidónio Pais, no acompanhamento no terreno⁴³ e na tomada de medidas de combate, como a criação da Comissão Central de Apoio às Vítimas da Epidemia, que contava com a participação de gente influente em Lisboa, a atribuição de um escudo e uma refeição quente para os doentes de gripe com alta hospitalar e dois escudos para as famílias das vítimas mortais, sendo igualmente determinante a sua influência na distribuição gratuita de senhas de racionamento e cartões de consumo, no apelo à mobilização da sociedade civil para a organização de comissões locais de combate à doença e na concessão de poderes às autarquias para a requisição de gasolina e de automóveis.

⁴¹ Em França, por exemplo, nas vésperas da I Guerra Mundial, existia um serviço de saúde pública bem estruturado, com intervenção das comunas em matéria de higiene pública, regulamentação das profissões de médico e de farmacêutico, imposição de vacinação obrigatória para certas doenças, vigilância médica nas empresas, entre outras medidas (Sournier 1995, 308).

⁴² Na Alemanha, a epidemia de gripe de 1918 encontrou um país praticamente sem uma política nacional de saúde (Witte 2003), enquanto que do outro lado do globo, países como a Nova Zelândia ou o Japão (Rice, 2003) dispunham de serviços sanitários centrais pouco preparados em termos logísticos e humanos, deixando praticamente às autoridades locais a adopção de medidas de combate à epidemia. Em situações mais graves, como na Índia, a inexistência de uma rede sanitária e médica nas áreas rurais deixou muitas populações praticamente indefesas perante a epidemia (Ramanna 2003, 96).

⁴³ No final de Setembro de 1918, Sidónio deslocou-se ao Minho e a Trás-os-Montes, contactando com doentes e populares, e na capital, o presidente visitava regularmente creches, hospitais e orfanatos, in *Diário de Notícias*, respectivamente edições de 24 e 26 de Setembro e de 31 de Outubro de 1918.

Apesar do voluntarismo de Sidónio e dos esforços governamentais, o apoio estatal às populações locais, à semelhança de outros países,⁴⁴ teve pouco impacto. No Algarve, poucos concelhos foram dotados de verbas ou de medicamentos recebidos da Secretaria de Estado do Trabalho,⁴⁵ que, para além do mais, eram enviados em quantidades irrisórias. Em telegrama enviado ao governador civil de Faro em 25 de Outubro de 1918,⁴⁶ Sidónio Pais comunicava a concessão de um subsídio de 2000\$00 para ajudar a cobrir as despesas resultantes da epidemia no Algarve, tendo ainda avisado que tinha efectuado as diligências necessárias para que o director-geral de saúde e o secretário de Estado dos Abastecimentos se apressassem a enviar medicamentos e açúcar para a região. Mas os entraves burocráticos e as dificuldades de transporte e de comunicação não ajudavam a resolver os urgentes problemas vividos na região.

A Direcção-Geral de Saúde centralizou sobre si a coordenação nacional do combate à gripe pneumónica. À sua frente encontrava-se Ricardo Jorge, profundo conhecedor de questões epidemiológicas e de assuntos ligados à higiene pública. Nomeado comissário-geral do Governo na luta contra a epidemia, e com poderes alargados,⁴⁷ o director-geral de saúde foi o *pivot* na ligação entre o Governo e as autoridades administrativas, sanitárias e militares do país.

As primeiras medidas de prevenção contra a gripe pneumónica adoptadas pela Direcção-Geral de Saúde para o Algarve surgiram em meados de Setembro de 1918. Médicos municipais e subdelegados de saúde da região deviam apresentar-se imediatamente ao serviço, e eram canceladas

⁴⁴ Dos países com serviços sanitários mais evoluídos até a outras regiões menos desenvolvidas, o padrão de actuação estatal na adopção de medidas eficazes na luta contra a gripe pneumónica traduz uma situação de impotência quase total. Johnson (2003, 150) refere que a resposta governamental britânica no combate à epidemia de gripe de 1918 foi um fracasso total. Echenberg (2003, 231-235) salienta a passividade quase absoluta das autoridades coloniais francesas no combate à epidemia no Senegal, aqui com a agravante da ausência de uma política de saúde pública básica ou de hábitos de higiene incorporados no quotidiano das populações.

⁴⁵ Mapa explicativo da aplicação dada às importâncias recebidas pelo delegado de saúde de Faro directamente da Secretaria de Estado do Trabalho, Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, cx. 140).

⁴⁶ Idem, *Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 13, cx. 930).

⁴⁷ Pelo decreto nº 4871 de 4 de Outubro de 1918, o comissário-geral do Governo podia, entre outras competências, requisitar de todas as entidades ministeriais serviços, pessoal e material necessários e adoptar medidas extraordinárias que julgasse necessário tomar, in Direcção-Geral de Saúde, *Boletim dos Serviços Sanitários*, n.ºs 6 e 7, 188.

férias ao pessoal médico.⁴⁸ Por essa altura, o delegado de saúde de Faro recebia de Ricardo Jorge um telegrama em que este pedia uma actualização dos médicos disponíveis para fazer serviço clínico face à previsível invasão da gripe pneumónica na região.⁴⁹ A 22 de Setembro, o director-geral de saúde pedia ao delegado de saúde de Faro informações sobre casos suspeitos de gripe pneumónica no distrito.⁵⁰ A 29 do mesmo mês, Ricardo Jorge aconselhava a hospitalização dos casos de contágio gripal.⁵¹ Nos princípios de Outubro, a imprensa algarvia publicava instruções profilácticas para as populações adoptarem quando aparecesse a epidemia⁵² e recomendava-se aos médicos algarvios que se simplificassem os formulários usualmente utilizados na prescrição de receitas médicas para que o atendimento nas farmácias fosse mais rápido.⁵³

Entre os meses de Outubro e Novembro, a Direcção-Geral de Saúde disponibilizou dinheiro às entidades locais que directamente combatiam a epidemia no Algarve para a cobertura de despesas, tendo igualmente sido requisitados serviços médicos extraordinários, transportes, gasolina e açúcar. Para Albufeira foi disponibilizada uma verba de 3\$40 para o pagamento do serviço de aluguer de um automóvel pela Câmara Municipal para a prestação de apoio médico no concelho.⁵⁴ No entanto, já em meados de Outubro a Direcção-Geral de Saúde reconhecia a falta de meios e ineficácia das medidas adoptadas para auxiliar convenientemente as populações algarvias. «Desinfectantes são inúteis, gasolina e petróleo não há», desabafava Ricardo Jorge em telegrama enviado ao delegado de saúde de Faro a 16 de Outubro.⁵⁵

A intervenção das autarquias algarvias no combate à epidemia de gripe pneumónica caracterizou-se pela falta de recursos humanos, materiais e financeiros e pela inexistência de tradição de práticas de saúde públicas

⁴⁸ Circular de 16 de Setembro, in Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 1, cx. 115).

⁴⁹ Telegrama de 20 de Setembro de 1918, in Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 13, cx. 930).

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *O Algarve*, edição de 6 de Outubro de 1918, e *A Província do Algarve*, edição de 13 do mesmo mês.

⁵³ Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 13, cx. 930).

⁵⁴ Mapa explicativo da aplicação dada às importâncias recebidas pelo delegado de saúde de Faro directamente da Secretaria de Estado do Trabalho, Arquivo Distrital de Faro, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, cx. 140).

⁵⁵ *Ibidem* (mç. 1, cx. 115).

ao nível local, situação agravada pela falta de hábitos de higiene na generalidade das famílias da região. Algumas Câmaras Municipais procederam à desinfecção de casas⁵⁶ e aprovaram orçamentos suplementares para auxiliar as vítimas.⁵⁷ No entanto, a análise da correspondência trocada entre as autarquias e as outras entidades (Delegação de Saúde de Faro, Governo Civil de Faro, Direcção-Geral de Saúde) centrava-se essencialmente em pedidos de médicos, de dinheiro, de medicamentos e de alimentos.

Neste contexto, destacou-se a acção do governador civil de Faro, Godofredo Barreira (e do seu secretário-geral, Fiadeiro, que o substituiu após doença daquele até à nomeação do novo governador em Fevereiro de 1919), nomeadamente na tentativa de implementação das directrizes emitidas pelo Governo e pela Direcção-Geral de Saúde.

Era através do Governo Civil que se passavam as autorizações necessárias para a requisição de gasolina, alimentos e medicamentos. A fixação de preços e a passagem de guias de trânsito, necessárias para a circulação de géneros entre os concelhos, eram outras das atribuições do representante do poder central, responsável também pela atribuição de cotas de cereais panificáveis aos celeiros municipais da região. Em telegrama datado de 9 de Outubro de 1918 enviado pelo secretário Fiadeiro para a Delegação de Saúde de Faro aconselhava-se ao administrador do concelho de Faro a adopção de um conjunto de medidas urgentes a tomar para combater o surto de gripe: isolamento de doentes, organização de brigadas sanitárias e comissões de socorro, vigilância de estações e caminhos-de-ferro, publicação de editais proibindo feiras, mercados, festas, romarias, cortejos fúnebres ou outras aglomerações de pessoas, encerramento de escolas e de teatros, limpeza de ruas e remoção de estrumes, rápido aviamento de receitas farmacêuticas, vigilância dos preços dos medicamentos.⁵⁸

Apesar de tudo, a aplicação prática destas medidas não surtiu grandes efeitos. Muitos pedidos de medicamentos enviados à Direcção-Geral de

⁵⁶ Em Olhão, a administração camarária procedeu à desinfecção de casas onde tinham falecido pessoas vitimadas pela gripe pneumónica, com alcatrão e cloreto de cal, in *O Provinciano*, edição de 27 de Outubro de 1918. Em Lagos, em reunião de vereação foi aprovada a requisição de seis barricas de cloreto de sódio e duas de sulfato de ferro à Direcção-Geral de Saúde, in Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lagos*, 1918 (registo n.º 23).

⁵⁷ Como aconteceu em Lagos, *idem* em Vila Nova de Portimão, onde foi disponibilizado um orçamento suplementar de 25 000\$00 para o combate à epidemia, in Arquivo da Câmara Municipal de Portimão, *Actas das Sessões da Comissão Executiva da Câmara Municipal de Vila Nova de Portimão*, 1918 (livro 50, cx. 392).

⁵⁸ Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 150 A).

Saúde e a outras instâncias governamentais não foram atendidos ou vi-
nham em quantidades inferiores ao que era solicitado. A vigilância na
circulação de produtos alimentares entre concelhos teve falhas impor-
tantes mesmo antes da chegada da epidemia à região.⁵⁹

No Algarve, à semelhança de outras regiões, não havia unanimidade
por parte das entidades médicas na adopção das melhores estratégias de
combate à gripe pneumónica. A imprensa regional divulgava opiniões
de alguns médicos quanto à forma mais eficaz de tratar a doença, opi-
niões essas divergentes umas das outras.⁶⁰ Era através dos jornais locais
que as pessoas tinham conhecimento de produtos químicos à venda em
farmácias e drogarias para tratamentos e higiene pessoal e para desinfec-
ção de casas e mobiliário.

Francisco Vaz, o delegado de saúde de Faro, tomou as primeiras me-
didas de prevenção em meados de Setembro de 1918, em consonância
com as instruções enviadas pela Direcção-Geral de Saúde.

As férias dos médicos municipais foram suspensas e solicitava-se aos
subdelegados de saúde uma actualização dos recursos médicos disponí-
veis em cada concelho da região,⁶¹ uma preocupação que era agravada
pela mobilização de muitos médicos na frente ocidental do conflito bé-
lico europeu. Nas vésperas da entrada da epidemia no Algarve, prestavam
serviço clínico em Albufeira dois médicos (o subdelegado José Corte de
Meneses e um clínico privado, José Bernardino de Carvalho),⁶² número

⁵⁹ Vendia-se trigo e farinha do Alentejo de forma clandestina e eram vendidos ilícita-
mente alimentos por negociantes munidos de guias de trânsito falsificadas, como consta
do telegrama enviado pelo governador civil de Faro ao secretário de Estado das Subsistências
a 2 de Julho de 1918 (*idem, ibidem*, cota 191 A). Inclusivamente, chegavam às esta-
ções de caminho-de-ferro do Algarve sacas de farinha consignadas ao governador civil
de Faro que eram levantadas por particulares, sem conhecimento das instâncias oficiais,
sacas essas que eram vendidas em mercado paralelo, como consta do telegrama enviado
pelo governador civil de Faro ao ministro das Subsistências em 2 de Maio de 1918 (*ibi-
dem*).

⁶⁰ Na edição de 27 de Outubro de 1918, *A Província do Algarve* publicava alguns con-
selhos terapêuticos de um médico lisboeta, Castro de Barros, em que se insistia na apli-
cação de substâncias químicas como sulfato de soda juntamente com uma alimentação
à base de leite, água e caldo de carne e um descanso obrigatório de vários dias. No mesmo
dia, na *Folha de Domingo*, um outro clínico, Ferreira Alves, apenas aconselhava medidas
menos rígidas, tais como evitar mudanças bruscas de temperatura ou evitar entrar em si-
tuações de pânico.

⁶¹ Telegrama enviado à Direcção-Geral de Saúde em 21 de Setembro de 1918, Arquivo
Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo
Civil, 1918 (cota 191 A).

⁶² Mapa indicativo dos médicos indispensáveis para o serviço clínico no Algarve, *in
ibidem* (cota 138).

que se iria revelar insuficiente para lidar com os problemas causados pela doença

O delegado de saúde procurava fazer um acompanhamento diário da situação clínica dos concelhos sob sua jurisdição, procurando convencer os subdelegados a procederem ao isolamento e, se possível, à hospitalização dos casos suspeitos. A partir de meados de Outubro, com a disseminação da gripe pneumónica na região, multiplicaram-se os pedidos de ajuda dos subdelegados, tendo o delegado de saúde recebido diariamente pedidos de auxílio de géneros alimentares, medicamentos, açúcar, petróleo e recursos humanos, bem como a actualização do obituário gripal em cada concelho. Apenas a partir de meados de Novembro, se tomaram as primeiras medidas de normalização, com a abertura de escolas, mercados e feiras e com a retirada de alguns médicos extraordinários, como já anteriormente foi referido.

Os subdelegados de saúde foram o rosto visível do sofrimento das populações. Sem meios nem recursos suficientes, os telegramas enviados ao delegado de saúde mostram a situação de impotência perante a dimensão dos estragos causados pela gripe nos seus concelhos. José Corte de Meneses, o subdelegado de saúde de Albufeira, já se mostrava preocupado com a falta de médicos no concelho em meados de Setembro.⁶³

A incapacidade dos serviços médicos algarvios na luta contra a gripe pneumónica passou também pelas deficientes condições de funcionamento das farmácias e dos hospitais.

Faltavam medicamentos nas farmácias e a falta e açúcar para a composição de remédios era sentida praticamente em todas as farmácias da região.⁶⁴ Em meados de Outubro, o delegado de saúde de Faro viu-se forçado a ordenar que os farmacêuticos despachassem receitas grátis aos mais necessitados.⁶⁵ A falta de pessoal especializado terá forçosamente afectado o serviço e os pedidos de requisição de farmacêuticos eram uma situação comum. Após insistência do delegado de saúde de Faro, a Direcção-Geral de Saúde enviou dois farmacêuticos para prestar serviço em Albufeira.⁶⁶

⁶³ Telegrama enviado ao delegado de saúde de Faro a 21 de Setembro de 1918, *in idem*, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, cx. 140).

⁶⁴ Com base numa lista enviada no dia 1 de Julho de 1918 pelo governador civil de Faro ao director-geral das subsistências existiam farmácias em todos os concelhos algarvios (três delas a funcionar em Albufeira), *in idem*, *Livros Copiadores de Telegramas do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil 1918 (cota 191 A).

⁶⁵ Telegrama enviado ao director-geral de saúde a 17 de Outubro de 1918, *in ibidem*.

⁶⁶ Telegrama de princípios de Novembro (sem data definida), *in ibidem*.

Por outro lado, a maioria dos hospitais da região funcionava em deficientes condições,⁶⁷ o que obrigava, em algumas localidades, à ocupação de edifícios públicos e à sua transformação em hospitais temporários,⁶⁸ como aconteceu com o Liceu Central João de Deus, em Faro, onde foram instaladas camas e internados doentes, funcionando como hospital epidémico até meados de Novembro, altura em que começou a ser preparado para retomar as suas funções normais. De qualquer modo, o recurso aos hospitais não era uma prática comum no Algarve. A falta de cultura sanitária das populações, a prática de velhas tradições curativas, o medo de recorrer aos médicos e as dificuldades no transporte e deslocação para os centros urbanos motivaram em grande medida esta situação. As pessoas curavam-se ou morriam em casa, normalmente com a presença e o apoio de familiares e amigos. Os hospitais eram para mendigos e indigentes. De facto, a análise do movimento nosográfico dos hospitais algarvios em 1918 mostra baixas taxas de ocupação e verificando a entrada de novos pacientes nos meses de Outubro e de Novembro, em plena fase de incidência gripal, tudo indica que não houve uma corrida aos hospitais algarvios nesse período. De facto, no Hospital Municipal de Albufeira, apenas uma pessoa deu entrada no mês de Outubro, entrando cinco novos pacientes no mês seguinte, não se registando óbitos nesse período.⁶⁹

A sociedade civil e a Igreja tiveram um papel importante no combate à epidemia de gripe pneumónica, substituindo, nalgumas ocasiões, as autoridades administrativas e sanitárias da região.

Por iniciativa de personalidades importantes de algumas localidades, foram criadas organizações locais de socorro e brigadas sanitárias de voluntários, como aconteceu em Faro e em Vila Real de Santo António com a criação de associações de caridade organizadas por senhoras respeitáveis das respectivas áreas.⁷⁰ Alguns jornais locais realizaram subs-

⁶⁷ Em telegrama enviado pelo administrador de Vila Nova de Portimão ao governador civil de Faro, este queixava-se de não saber para onde mandar doentes epidemiados, pois o hospital municipal não tinha recursos suficientes para o seu internamento e tratamento, *in idem*, *Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, cx. 140).

⁶⁸ Esta situação ocorreu um pouco por todo o mundo, como aconteceu na Nova Zelândia (Rice 2003) ou na Índia (Ramanna 2003).

⁶⁹ Arquivo Distrital de Faro, *Movimento dos Hospitais do Algarve em 1918*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 3, c. 995).

⁷⁰ A Associação de Senhoras da Caridade de Faro destacou-se pela angariação de fundos para as famílias das vítimas da epidemia, tendo procedido à divisão da cidade em oito zonas de assistência, por onde eram organizadas visitas domiciliárias para entrega de roupas, alimentos e medicamentos, in *O Algarve*, edição de 10 de Novembro de 1918.

crições,⁷¹ empresas locais fizeram donativos⁷² e algumas figuras públicas tiveram papel de destaque, como o industrial João Júdice Fialho, que durante a epidemia manteve nas suas fábricas um sistema de organização de serviços de apoio aos seus empregados e respectivas famílias.⁷³ Bombeiros, militares, forças policiais e funcionários camarários tiveram também uma acção de relevo em determinadas localidades.⁷⁴

A Igreja teve papel importante na organização e no apoio às comissões locais de socorro e na assistência domiciliária. Aliás, o bispo do Algarve incentivava os párocos da região a prestar todo o apoio possível aos paroquianos, apelando à oração e à caridade.⁷⁵ Sendo muitas vezes o último recurso dos doentes, a presença dos párocos foi um sinal da impotência da Medicina e da força da fé entre populações carenciadas. O sacrifício de alguns padres teve um preço. Na edição de 17 de Novembro de 1918, *A Folha de Domingo* noticiava a morte de dois padres vitimados pela gripe pneumónica depois de terem prestado auxílio a famílias contaminadas.

Consequências e repercussões

A gripe pneumónica foi em grande parte responsável pela estagnação do crescimento populacional da população algarvia na segunda década do século XX, à semelhança do ocorrido nas outras regiões do território continental.⁷⁶ Entre 1911 e 1920, o Algarve perdeu gente, conforme se pode confirmar na análise dos censos populacionais. A maioria dos con-

⁷¹ Caso do *Primeiro de Maio*, jornal de Loulé (edição de 12 de Dezembro de 1918).

⁷² Foi o caso da Companhia de Seguros A Latina, que doou 200\$00 repartidos pelos municípios de Silves e de Vila Nova de Portimão, in *A Voz do Sul*, edição de 8 de Dezembro de 1918.

⁷³ *O Algarve*, edição de 8 de Dezembro de 1918.

⁷⁴ A 6 de Janeiro de 1919, a Câmara Municipal de Lagos gratificava alguns empregados camarários pelos importantes serviços prestados à população do município durante a epidemia de gripe, in Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lagos*, 1918 (registo n.º 23). Na reunião de vereação de 27 de Novembro de 1918, a administração de Vila Nova de Portimão agradecia publicamente os serviços prestados pelos militares destacados para o concelho durante a vigência da doença, in Arquivo da Câmara Municipal de Portimão, *Actas das Sessões da Comissão Executiva da Câmara Municipal de Vila Nova de Portimão*, 1918 (livro 50, cx. 392).

⁷⁵ *A Folha de Domingo*, edição de 27 de Outubro de 1918.

⁷⁶ A taxa de mortalidade em Portugal subiu de 20,4‰ no quinquénio de 1910-1914 para 25,3‰ no quinquénio seguinte (Garrett 1940, 18). No Algarve, as estatísticas oficiais registaram um aumento de mais 6345 óbitos entre 1917 e 1918, in *Anuário Estatístico de Portugal: Ano de 1919*, 64.

celhos assistiu a um decréscimo populacional neste período. Albufeira foi uma das poucas exceções,⁷⁷ pois teve um pequeno aumento populacional entre 1911 e 1920.⁷⁸

A análise da mortalidade gripal verificada no Algarve em 1918 sugere uma maior incidência nas zonas de maior aglomeração populacional, ou seja, nas sedes de concelho. 92% dos casos de óbitos por gripe no concelho de Albufeira em 1918 foram registados na vila sede de concelho, havendo poucos na Guia e nenhum na freguesia de Paderne. Ainda que existam poucos dados registados para a maioria das freguesias rurais, e não estando provado um padrão demográfico comum que associe áreas de maior densidade demográfica a maiores taxas de mortalidade gripal, é legítimo supor que as sedes de concelho, zonas mais populosas e de melhor acesso ao exterior, tenham facilitado o contágio das populações e, conseqüentemente, mais rapidamente tenham possibilitado a disseminação pelas áreas urbanas. Esta constatação poderá explicar, ainda que com reservas, os fracos valores de mortalidade gripal – ou a ausência deles – em muitas localidades rurais algarvias, vilas e aldeias isoladas e afastadas dos centros de comércio e das principais vias de comunicação.⁷⁹ Caso contrário, estaremos apenas na presença de falhas no diagnóstico das causas de morte em localidades sem meios médicos nem pessoal habilitado para comprovar os registos de óbitos. É preciso não esquecer que a doença atacava com muita rapidez, tendo naturalmente surgido complicações nos limitados serviços sanitários e administrativos locais – quando os havia –, tornando assim omissa muita da informação do obituário de muitas freguesias nos terríveis meses de Outubro e Novembro de 1918.⁸⁰

A nível mundial, parece ter sido regra uma maior incidência de mortalidade durante a pandemia gripal de 1918-1919 entre indivíduos do sexo masculino (Phillips e Killingray 2003a, 8). Durante a segunda década do século XX, verificou-se uma situação demográfica de perda de efectivos do sexo masculino em Portugal, provocando um excedente do sexo fe-

⁷⁷ A par de Albufeira, apenas nos concelhos de Aljezur, Silves e Vila do Bispo houve ganhos populacionais entre 1911 e 1920, in *Censo da População de Portugal de 1920*, 266.

⁷⁸ Mais precisamente um aumento de 763 habitantes, in *ibidem*.

⁷⁹ De qualquer modo, é uma hipótese discutível, pois alguns investigadores concluíram que as zonas rurais foram atingidas com a mesma gravidade que os centros urbanos, não ficando provada a ligação que favoreça o aumento da mortalidade gripal em zonas de maior densidade populacional. A este propósito, ver os estudos de McCracken e Curson (2003) sobre a epidemia na Austrália, e de Johnson (2003) sobre o caso inglês.

⁸⁰ Semelhante situação foi referenciada no distrito de Leiria, originando um grande número de causas de morte desconhecidas (Frada 1998, 199).

minino. Esta situação também aconteceu no Algarve. A análise da mortalidade gripal nos concelhos algarvios em 1918 não é conclusiva. Com efeito, houve uma situação de equilíbrio, com um pequeno ascendente de vítimas mortais do sexo feminino. Não havendo uma explicação médica que determine que elementos de um sexo estivessem mais sujeitos a contrair o vírus que os do outro sexo,⁸¹ nem que os seus efeitos sobre os homens sejam tendencialmente mais mortíferos que sobre as mulheres, é forçoso concluir que a relação sexo/mortalidade gripal ou é aleatória, ou estará sujeita a outras questões, nomeadamente de carácter cultural, o que poderá explicar a diversidade de situações ocorrida no planeta durante a incursão do flagelo epidémico entre 1918 e 1919.⁸² No concelho de Albufeira, morreram de gripe, em 1918, 55 indivíduos do sexo masculino, mais 4 que do sexo oposto.

Situação mais clarificada parece ser a composição etária das vítimas de mortalidade gripal no Algarve em 1918. A faixa etária entre os 20 e os 35 anos foi a mais atingida, aspecto comum na maior parte dos casos estudados pelos investigadores. Em todos os concelhos algarvios, os jovens adultos foram a camada populacional mais violentamente atacada pela epidemia de gripe pneumónica. No concelho de Albufeira, 57% dos casos de mortalidade gripal em 1918 ocorreram em pessoas entre as faixas etárias dos 15 aos 34 anos. Analisando a evolução da estrutura etária da população algarvia entre os censos populacionais de 1911 e 1920, constata-se que não houve ganhos nas faixas intermédias da população, situação aliás comum ao resto do país, ou seja, a realidade mostra uma situação de estagnação demográfica entre os adultos com menos de 45 anos.

A diminuição das taxas de natalidade e de nupcialidade no Algarve no censo populacional de 1920 poderá estar directamente relacionada com a gripe pneumónica. De facto, quase metade da população algarvia vitimada pela doença era casada (42,6%); na maior parte dos casos, tratava-se de jovens adultos, ou seja, indivíduos potencialmente aptos para gerar filhos e constituir família. Em Albufeira, 48% do total das vítimas de mortalidade gripal em 1918 eram casadas. No Algarve, um pouco à semelhança do ocorrido no resto do país, só durante a terceira década

⁸¹ Com excepção das mulheres grávidas, mais fragilizadas, como constataram Echeverri Dávila (2003, 187) e Johnson (2003, 141).

⁸² Na Índia, na China e em Espanha, morreram mais indivíduos do sexo feminino, mas em França e na Austrália faleceram mais indivíduos do sexo oposto. A este propósito consultar estudos de Ramanna (2003, 88), Iijima (2003, 105), Echeverri Dávila (2003, 185), Zylberman (2003, 197), McCracken e Curson (2003, 120).

do século XX se começará a assistir a um processo de crescimento demográfico sustentado e equilibrado, pelo menos até à década de 1950.

Através da análise da situação profissional e ocupacional das vítimas mortais causadas pela gripe pneumónica, salienta-se a violência doméstica com que a doença fustigou os lares algarvios. 42% das pessoas vitimadas eram indivíduos do sexo feminino com mais de 10 anos de idade que trabalhavam em casa, ou seja, domésticas (39%, no caso de Albufeira). O peso da agricultura na região reflecte-se no segundo grupo socioeconómico mais afectado: trabalhadores agrícolas e jornaleiros (18,7%, 17% em Albufeira) e proprietários e lavradores (7,4%, 14% em Albufeira). Artesãos (6,6%, 6,5% em Albufeira) e marítimos (5,6%, 11,9% em Albufeira) foram também grupos sensíveis aos efeitos da epidemia. A doença parece ter influenciado gente de todas as profissões e de meios socioeconómicos diferentes. No entanto é credível supor que os mais necessitados terão sofrido mais com a doença, quer seja por falta de meios alimentares e financeiros ou por falta de hábitos de higiene e cuidados médicos,⁸³ apesar de ser difícil estabelecer uma correlação correcta entre pobreza e mortalidade gripal.⁸⁴

A gripe pneumónica condicionou a vida económica no Algarve, pelo menos nalguns sectores e em algumas actividades.⁸⁵ A diminuição da produção agrícola verificada na região em 1919, em comparação com o ano anterior, poderá estar de alguma maneira relacionada com a mortalidade gripal que vitimou muitos trabalhadores e proprietários rurais em 1918. A redução nas plantações de milho, cevada, aveia, fava, feijão e grão-de-bico continuou pelo ano de 1920.⁸⁶ À diminuição da mão-de-obra nos campos, podem ser associados outros factores, como a desorganização laboral ou a falta de confiança e de capitais para investir.

Apesar de a mortalidade gripal ter afectado alguns centros industriais no Algarve, com destaque para os operários falecidos em Silves e Vila

⁸³ No concelho de Leiria, Frada (1998, 225) constatou que as pessoas mais afectadas pela gripe pneumónica foram indivíduos de baixa condição socioeconómica, ligados às actividades domésticas e aos trabalhos agrícolas. Na Austrália e em França esta parece ter sido uma realidade dominante (McCracken e Curson 2003, 125; Zylberman 2003, 198).

⁸⁴ Para Johnson (2003, 142) todas as classes sociais em Inglaterra terão sofrido indiscriminadamente com a pandemia de gripe, e Echeverri Dávila (2003, 187) considera que a pobreza não parece ter tido grande influência na mortalidade gripal na altura.

⁸⁵ Relativamente às consequências trazidas pela pandemia gripal de 1918-1919 em Inglaterra, Johnson escreveu o seguinte: «Undoubtedly influenza severely disrupted commercial activities and social life; the levels of morbidity, the lack of staff in businesses, the impairment of services, the sheer number of bodies could not be ignored.» (2003, 149)

⁸⁶ *Anuário Estatístico de Portugal: Ano de 1921*, 188-189.

Nova de Portimão, zonas de alguma dimensão fabril na região, não parece ter havido uma forte relação causal entre a mortalidade gripal e a evolução da actividade industrial no Algarve do pós-guerra. Razões de procura externa ou de ordem organizacional e tecnológica parecem explicar de forma mais clara situações conjunturais, como a crise que condicionou a indústria corticeira com forte implantação no triângulo Silves/Faro/S. Brás de Alportel. De qualquer modo, o encerramento de estações e apeadeiros do caminho-de-ferro na região por falta de pessoal dificultou a circulação de pessoas e produtos, agravando problemas de abastecimento de produtos às populações.⁸⁷

A nível local, a gripe pneumónica provocou a paralisação de algumas actividades artesanais e oficinais de pequena dimensão e condicionou o funcionamento da vida económica concelhia. De facto, a epidemia provocou a morte de sapateiros, ferreiros, carpinteiros, serralheiros e outros trabalhadores ligados ao ramo da indústria,⁸⁸ sem esquecer outras áreas ligadas ao comércio, às profissões liberais e à prestação de serviços.

«Quando chegará a nossa vez?», escrevia um médico de Lagos a um colega em Outubro de 1918.⁸⁹ Esta frase traduz o clima de pânico sentido pelas populações algarvias naquela época, estando a gripe pneumónica ainda presente na memória popular de algumas pessoas mais idosas na região.

Fontes

Jornais

A Folha de Domingo.
A Província do Algarve.
A Voz do Sul.
Diário de Notícias.
O Algarve.
Primeiro de Maio.

⁸⁷ Remessas de cortiça vindas do Alentejo para as fábricas algarvias ficavam retidas com frequência nas estações de caminho-de-ferro, in Arquivo Distrital de Faro, *Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil*, Fundo do Governo Civil, 1918 (cota 191 A).

⁸⁸ Unidades moageiras de Lagos foram encerradas devido ao contágio gripal, in Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos, *Livro Copiador de Telegramas*, 1918 (registro n.º 23).

⁸⁹ Arquivo Distrital de Faro, *Documentos Relativos à Saúde Pública*, Fundo do Governo Civil, 1918 (mç. 9, cx. 874).

Informação demográfica

Censo da População de Portugal de 1920.
Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal no Ano de 1918.
Anuário Estatístico de Portugal, Ano de 1919.

Outra informação

Actas das Sessões da Vereação da Câmara Municipal de Lagos, 1918.
Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lagos, 1918, Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos.
Actas das Sessões da Comissão Executiva da Câmara Municipal de Vila Nova de Portimão, 1918, Arquivo da Câmara Municipal de Portimão.
Actas das Sessões de Vereação da Câmara Municipal de Lagos, 1918, Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos.
Boletim dos Serviços Sanitários, Direcção-Geral de Saúde.
Copiador de Telegramas, 1918, Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Lagos.
Livro de Registo de Óbitos do Concelho de Albufeira, 1918, Conservatória do Registo Civil de Albufeira.
Livro de Registo de Óbitos do Concelho de Loulé, 1918, Conservatória do Registo Civil de Loulé.
Livro de Registo de Óbitos do Concelho de S. Brás de Alportel, 1918, Conservatória do Registo Civil de S. Brás de Alportel
Livros Copiadores de Correspondência do Governo Civil, Fundo do Governo Civil, 1918, Arquivo Distrital de Faro.
Movimento dos Hospitais do Algarve em 1918, Fundo do Governo Civil, 1918, Arquivo Distrital de Faro.
Registo de Correspondência Recebida pelo Governo Civil de Faro, Fundo do Governo Civil, 1918, Arquivo Distrital de Faro.
Registo de Documentos Relativos à Saúde Pública, Fundo do Governo Civil, 1918.
Relatório da Epidemia de Cholera-Morbus em Portugal nos Anos de 1855 e 1856, Conselho de Saúde Pública do Reino, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858.

Capítulo 5

A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica

A sobremortalidade, provocada pela gripe pneumónica que vitimou a população de Portugal em 1918, é aqui objecto duma análise demográfica, construída a partir dos dados estatísticos disponíveis.

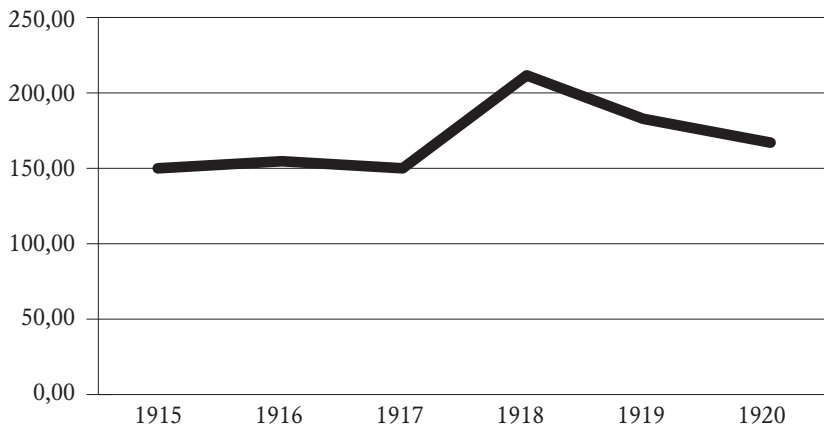
As estatísticas sobre a mortalidade na época da epidemia eram razoavelmente extensas, com informações, por distritos, sobre as idades e o sexo das pessoas falecidas, mas os dados sobre as causas de óbito suscitam fundadas dúvidas.

Efeitos demográficos globais da crise de 1918

Na história das populações europeias – *grosso modo* até ao final do século XVIII – as crises demográficas eram frequentes e constituíam de certo modo uma variável-chave dos regimes demográficos de «antigo regime». Estas crises apresentavam três caracteres: brusquidão, intensidade, duração relativamente curta. «Para explicar a sua origem foram avançadas três causas «susceptíveis de agir isoladamente ou em conjunto: a guerra, a fome, a epidemia» (Guillaume e Poussou 1970). Na sobremortalidade de 1918, as repercussões pandémicas do surto de gripe, a nível mundial, terão sido acentuadas pela acção difusora de circuitos de contágio activados através de movimentos de tropas, no final da I Guerra Mundial. Houve, assim, no caso desta crise, uma convergência mortal entre duas das causas mais frequentes das crises de mortalidade, a epidemia e a guerra.

De acordo com o estado actual dos nossos conhecimentos acerca da história da população portuguesa antes da era estatística, presume-se que a mortalidade começou a descer em Portugal a partir do século XVIII, tendo

Figura 5.1 – Taxas de mortalidade infantil, Portugal, 1915-1920



esse movimento prosseguido ao longo do século XIX, de maneira a que a taxa bruta de mortalidade atingiu no início do século XX o valor de 20 óbitos por cada mil habitantes – tanto quanto se sabe, cerca de metade dos valores vigentes antes do início da descida. Esta situação manteve-se até 1915, tendo-se verificado, no entanto, uma ligeira aceleração em 1916 e em 1917. Subitamente, a taxa de mortalidade subiu em 1918 para 41,4 por mil, o que representa uma sobremortalidade de mais 85,4%.¹

A situação de crise prolongou-se em 1919, mas de maneira mais atenuada, com uma taxa de mortalidade de 25,4 ‰.

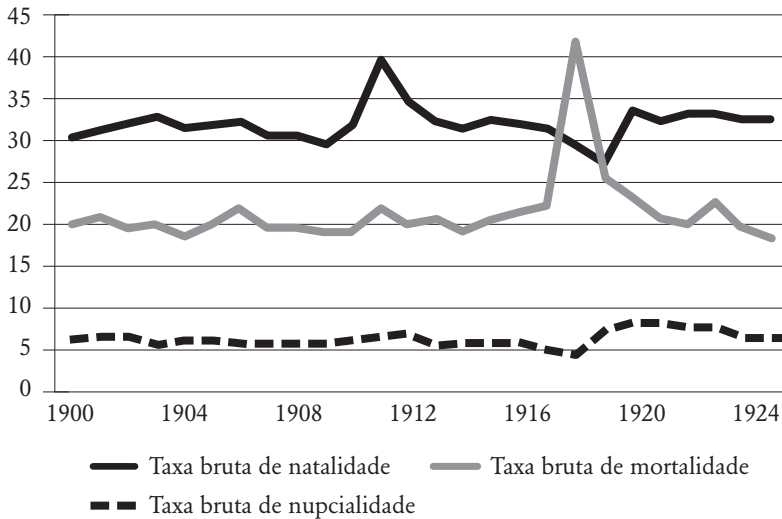
A sobremortalidade de 1918 é também evidenciada pela subida da taxa de mortalidade infantil – que se refere aos óbitos ocorridos entre o nascimento e o primeiro aniversário – a qual, de resto, era nesta época ainda muito elevada:

- sobe de 148,4‰ em 1917 para 209,1‰ em 1918;
- nos dois anos seguintes, a taxa de mortalidade infantil desce, mas mantém-se ainda mais alta do que durante o período anterior à crise: 181,7‰ em 1919 e 161,1‰ em 1920 (figura 5.1).

No «antigo regime», as crises de mortalidade provocavam automaticamente a descida da natalidade e também da nupcialidade. Mas, graças

¹ Valor que resulta da comparação entre a taxa de 1918 e a de 1917 (22,3‰). A sobremortalidade sobe para 93%, se compararmos a taxa de 1918 com a taxa média do período entre 1915 e 1917, durante o qual a mortalidade estava mais próxima do valor médio de 20‰.

Figura 5.2 – Taxas brutas de natalidade, de mortalidade e de nupcialidade, Portugal, 1900-1925



a «um sistema homeostático de auto-regulação assente no controlo da nupcialidade» (Dupâquier 1972),² essencial à reprodução das populações europeias de «antigo regime», os efeitos negativos da sobremortalidade eram ultrapassados. No imediato período subsequente ao fim da crise, a intensificação da nupcialidade levava a uma recuperação da natalidade e os equilíbrios pré-existentes à crise eram repostos.

Os efeitos da sobremortalidade sobre a natalidade e a nupcialidade, assim como o processo subsequente de recuperação demográfica são evidentes na crise da pneumónica em Portugal (figura 5.2).

As repercussões sobre a natalidade foram mais fortes em 1919.³ Num primeiro momento, a natalidade passa de 31,37‰ em 1917 para 29,71‰ em 1918. Em 1919, a baixa acentua-se, descendo para 27,59 por cada mil habitantes. Nos anos seguintes, a natalidade recupera, subindo para 33‰, valor ligeiramente superior aos valores anteriores a 1918. O processo de recuperação da natalidade termina em 1926, quando a taxa de natalidade chega aos 33,48‰. A partir de 1927, inicia-se uma descida para menos de 30‰.

² Cit. por Bandeira (1996, 97).

³ O que se explica pelo facto de a sobremortalidade ter sido mais intensa no último trimestre de 1918.

O papel auto-regulador da nupcialidade após a crise neste caso é incontestável.

Em 1917, a nupcialidade tinha atingido o valor mais baixo desde 1886,⁴ ano em que começam a ser publicadas em Portugal, de maneira regular e com frequência anual, estatísticas demográficas oficiais. Havendo uma crise da nupcialidade no período imediatamente anterior à epidemia, isso explica que a descida em 1918 não tenha sido muito expressiva: de 5,52‰ em 1917, a nupcialidade desce para 5,03‰ em 1918.

A partir de 1919, ainda na ocorrência do processo epidémico, concretiza-se um tremendo sobressalto no mercado matrimonial, que recebe um expressivo aumento do número de casamentos. A taxa de nupcialidade sobe para um patamar excepcionalmente elevado: 8,3‰ em 1919, 9,2‰ em 1920 e 8,1‰ em 1921.⁵

Perfis regionais da sobremortalidade: aspectos globais

Numa primeira aproximação aos efeitos e consequências da epidemia, a comparação das taxas brutas de mortalidade de 1918 com as de 1917 mostra que eles se manifestaram em 1918 em todo o território do Continente e também no distrito de Ponta Delgada (quadro 5.1).

Na maior parte dos distritos, as taxas de mortalidade ultrapassaram, em 1918, o valor de 40‰, que era o dobro da média nacional durante o período anterior, e em três distritos do interior Norte e Centro (Bragança, Vila Real e Guarda) elas foram mesmo superiores a 50‰. Na cidade do Porto, a mortalidade subiu até 47,7‰, mas na cidade de Lisboa, o valor da taxa foi bastante mais moderado (36,1‰). As taxas de mortalidade relativamente baixas do distrito do Funchal e também dos distritos açorianos da Horta e de Angra do Heroísmo indicam que, aparentemente, estas populações terão escapado, em 1918, aos efeitos da pandemia.

Mas a análise destas taxas de mortalidade não é conclusiva acerca da sobremortalidade provocada pela pneumónica. Mostra-nos apenas as assimetrias regionais da mortalidade em 1918. Para se determinar as incidências regionais da gripe, devemos recorrer a relações de sobremortali-

⁴ A conjugação da baixa nupcialidade com a subida da mortalidade em 1917 sugere que este ano terá sido, do ponto de vista demográfico, também um ano problemático.

⁵ Patamar que se repetirá apenas nas décadas de 1960 e de 1970, sendo de assinalar que, na história da população portuguesa, a taxa de nupcialidade mais alta se verificou em 1975 (10,9‰).

Quadro 5.1 – Taxas brutas de mortalidade (‰) em 1918 por distritos, por ordem decrescente

54,82	Bragança	41,36	Coimbra
54,17	Vila Real	40,55	Santarém
50,87	Guarda	40,47	Portalegre
47,67	Cidade do Porto	39,55	Leiria
46,43	Beja	37,80	Braga
46,04	Castelo Branco	37,77	Ponta Delgada
46,04	Faro	36,12	Cidade de Lisboa
44,10	Évora	34,49	Aveiro
42,46	Viseu	34,09	Viana do Castelo
41,84	Lisboa	24,74	Angra do Heroísmo
41,48	Porto	22,44	Horta
41,40	Portugal	20,25	Funchal

Quadro 5.2 – Relações de sobremortalidade em 1918 por distritos, por ordem decrescente

221,77	Coimbra	178,65	Lisboa
219,94	Vila Real	177,42	Porto
211,27	Leiria	175,00	Viana do Castelo
204,39	Santarém	174,44	Portalegre
203,18	Faro	173,84	Aveiro
202,67	Viseu	172,29	Braga
201,25	Bragança	170,43	Cidade do Porto
197,49	Beja	161,20	Ponta Delgada
193,13	Guarda	146,35	Cidade de Lisboa
189,93	Castelo Branco	110,69	Angra do Heroísmo
185,40	Portugal	108,67	Horta
180,00	Évora	94,85	Funchal

dade. O quociente, calculado em percentagem, entre as taxas brutas de mortalidade de 1918 e as taxas de 1917 permite-nos determinar essas relações⁶ e, através delas, reconstituir as diferenças territoriais que possam ter existido no ataque do flagelo (quadro 5.2).

Estas relações de sobremortalidade comparam a mortalidade de 1918 com a de 1917. Assim, no caso distrito do Funchal, verifica-se que, a cada

⁶ Um segundo quociente, entre a taxa de 1918 e a taxa média de 1915-1917, foi também calculado. O cálculo deste segundo quociente pode-se justificar pelo facto de, como foi assinalado anteriormente, entre 1915 e 1917, ter havido um aumento das taxas de mortalidade a nível nacional. Segundo os resultados deste segundo quociente, a sobremortalidade em 1918 seria superior aos valores obtidos com o primeiro quociente: a nível nacional, teríamos uma sobremortalidade de 92,8%, em vez de 85,4% (v., em anexo, quadro respectivo).

100 óbitos ocorridos em 1917, correspondem em 1918 menos de 95 pessoas falecidas. Assim, face a este valor, é de presumir que a gripe pneumónica não atingiu o arquipélago da Madeira e muito provavelmente também não terá chegado às ilhas açorianas dos distritos da Horta e de Angra do Heroísmo.

No Continente, todos os distritos foram atingidos, mas com diferentes intensidades. O distrito de Coimbra foi o mais castigado, seguido de Vila Real. Alguns distritos do interior e a cidade do Porto foram menos penalizados do que deixava entender a comparação entre as taxas brutas de 1918. No distrito de Santarém, pelo contrário, a incidência da pneumónica terá sido mais elevada do que sugeriam essas taxas.

Confirma-se também que na cidade do Porto a sobremortalidade foi mais elevada do que na cidade de Lisboa, sendo também verdade que os efeitos da pneumónica foram nestas duas cidades menos devastadores do que na totalidade dos distritos do Continente. O que significa certamente que onde os serviços de saúde estavam presentes e os controlos administrativos funcionavam mais ou menos, o combate à epidemia poderá ter tido alguma eficácia.

Limitações das estatísticas sobre as causas de mortalidade em 1918

Segundo as estatísticas oficiais, 38,8% dos óbitos ocorridos em 1918 seriam devidos a causas «desconhecidas ou mal identificadas», o que é naturalmente excessivo (quadro 5.3) e suscita evidentemente muitas dúvidas acerca da credibilidade dos dados publicados sobre as causas de mortalidade.

Mas estas dúvidas não apontam apenas para a mortalidade em 1918, pois, em anos anteriores, o peso das doenças «desconhecidas» era ainda mais elevado. Será que o surgimento da epidemia poderá ter despertado uma redobrada atenção na identificação das causas de óbito?

Provavelmente, nesta época, o aparelho sanitário fora das principais cidades seria quase inexistente, hipótese que é conforme ao facto de que, enquanto nas principais zonas urbanas – cidades de Lisboa e do Porto e, curiosamente, também no distrito do Funchal – as percentagens de óbitos atribuídos a «doenças desconhecidas» eram praticamente residuais, na maioria das regiões da província, em especial nos distritos de Trás-os-Montes, essas percentagens eram escandalosamente elevadas (quadro 5.4).

Quadro 5.3 – Óbitos classificados como gripe e como «doenças desconhecidas», entre 1915 e 1919. Percentagens em relação ao total anual de óbitos

Ano	Gripe	«Doenças desconhecidas»
1915	0,60	42,33
1916	0,60	41,63
1917	0,90	41,61
1918	22,40	38,78
1919	2,03	41,86

Quadro 5.4 – «Doenças desconhecidas» (%) em 1918 por distrito, por ordem decrescente

74,59	Bragança	39,58	Faro
68,73	Vila Real	39,45	Castelo Branco
59,15	Horta	38,78	Portugal
57,81	Viana do Castelo	30,93	Ponta Delgada
55,81	Braga	25,56	Angra do Heroísmo
55,44	Guarda	24,49	Aveiro
55,18	Viseu	23,72	Porto
50,56	Beja	21,82	Évora
42,77	Santarém	13,33	Lisboa
40,63	Leiria	3,12	Cidade do Porto
40,57	Coimbra	2,61	Cidade de Lisboa
39,94	Portalegre	1,04	Funchal

Quadro 5.5 – Gripe e «doenças desconhecidas», distribuição mensal (%), 1917 a 1919

Mês	Gripe			«Doenças desconhecidas»		
	1917	1918	1919	1917	1918	1919
Janeiro	7,63	0,26	23,25	8,44	5,41	9,14
Fevereiro	8,71	0,16	5,26	7,41	4,48	7,37
Março	11,37	0,20	4,36	7,63	4,86	8,15
Abril	16,68	0,13	12,95	7,49	4,76	8,07
Maiο	10,04	0,13	21,47	6,35	4,16	7,57
Junho	6,14	0,25	8,78	5,88	4,25	6,05
Julho	4,23	0,68	3,87	7,19	5,63	8,16
Agosto	4,40	0,68	3,16	9,29	6,98	10,03
Setembro	4,90	4,07	3,29	9,36	8,55	10,16
Outubro	6,39	56,98	4,07	10,76	24,13	9,33
Novembro	6,89	32,49	4,10	9,63	18,49	8,31
Dezembro	12,61	3,97	5,42	10,57	7,94	7,67
Total	100	100	100	100	100	100

Apesar das suas limitações, as informações relativas às causas de mortalidade têm, no entanto, uma utilidade, a qual é a de permitir acompanhar no tempo o percurso da gripe espanhola. De acordo com essas informações, verifica-se que em Outubro e em Novembro de 1918 houve um aumento brutal da percentagem de óbitos atribuídos à gripe e também a causas «desconhecidas» (quadro 5.5). Naturalmente, isso significa que o ataque da epidemia foi, conforme aos cânones tradicionais, repentino e brutal, concentrando-se principalmente num curto período, entre Outubro e Novembro de 1918. Os efeitos da gripe ter-se-ão prolongado, embora com uma intensidade muito mais baixa, durante uma parte do ano de 1919, com dois prováveis picos, em Janeiro e em Maio.

Estimativa do número de óbitos devidos à pneumónica em 1918 e em 1919

Na impossibilidade de se determinar os óbitos devidos à pneumónica a partir da identificação oficial das causas de mortalidade, resta proceder a um exercício de aproximação. Adoptando a hipótese segundo a qual, se não tivesse havido pneumónica, o número de óbitos verificados em 1918 seria aproximadamente idêntico ao número de óbitos ocorridos em 1917, procedemos ao cálculo da diferença entre os óbitos ocorridos no Continente e em Ponta Delgada, em 1918 e em 1917. O resultado deste cálculo dá-nos uma estimativa da sobremortalidade presumivelmente devida à pneumónica em 1918, em cada distrito, no conjunto formado pelo Continente e o distrito açoriano de Ponta Delgada (quadro 5.6). No total, a estimativa aponta para um total de 114 836 óbitos, sendo 53 038 óbitos masculinos e 61 798 femininos.

Idêntico procedimento foi utilizado em relação ao ano de 1919. A estimativa obtida (quadro 5.7) permite-nos constatar que, durante aquele ano, a pneumónica terá atingido apenas uma parte do território, principalmente o Norte do Continente, sendo, aliás, o distrito do Porto aquele que parece ter sofrido mais. A cidade do Porto terá tido também uma forte incidência. A estimativa coloca-nos também perante a hipótese de que terá ocorrido um possível surto da gripe no distrito do Funchal, cuja população não tinha sido atingida em 1918.

Adicionando o total de óbitos que atribuímos ao conjunto do Continente e distrito de Ponta Delgada em 1918 (114 836 óbitos) ao total dos óbitos verificados no Continente hipoteticamente devidos à pneumónica em 1919 (20 421), teremos que a pneumónica terá ocasionado, entre 1918 e 1919, uma sobremortalidade de 135 257 óbitos.

Quadro 5.6 – Óbitos presumidos por pneumónica no Continente e em Ponta Delgada em 1918 (diferença entre 1918 e 1917), por sexos

Distrito	H	M	HM
Aveiro	2 207	2 820	5 027
Beja	2 249	2 321	4 570
Braga	2 711	3 266	5 977
Bragança	2 255	2 538	4 793
Castelo Branco	2 434	2 787	5 221
Coimbra	3 501	4 542	8 043
Évora	1 509	1 481	2 990
Faro	3 110	3 180	6 290
Guarda	2 714	3 628	6 342
Leiria	2 693	3 062	5 755
Lisboa	8 488	8 523	17 011
Portalegre	1 158	1 376	2 534
Porto	5 684	6 974	12 658
Santarém	3 306	3 551	6 857
Viana do Castelo	1 136	2 170	3 306
Vila Real	3 116	3 894	7 010
Viseu	3 838	4 913	8 751
Ponta Delgada	929	772	1 701
Cidade de Lisboa	2 733	2 810	5 543
Cidade do Porto	1 858	2 123	3 981
Continente (mais Ponta Delgada)	53 038	61 798	114 836

Quadro 5.7 – Óbitos presumidos por pneumónica em 1919

Distritos	Óbitos
Aveiro	1 443
Braga	3 299
Coimbra	1 381
Guarda	1 174
Leiria	560
Lisboa	1 327
Porto	5 207
Viana do Castelo	993
Vila Real	1 718
Viseu	2 529
Funchal	790
Total	20 421
Cidade de Lisboa	669
Cidade do Porto	1 842

Identificação dos grupos mais expostos aos riscos de sobremortalidade

Este estudo demográfico da sobremortalidade de 1918 pôde ser aprofundado mediante a elaboração de tábuas de mortalidade do momento conducentes a uma análise dos riscos de mortalidade com vista à identificação dos grupos vítimas de sobremortalidade e, por conseguinte, vítimas da pneumónica.⁷

A construção das tábuas de mortalidade foi possível porque, felizmente, as estatísticas demográficas da época em análise forneciam informação acerca da idade e do sexo dos falecidos, não apenas a nível nacional, mas também para cada distrito.

A probabilidade ou risco de mortalidade de uma geração, entre dois aniversários, são medidos por um quociente, o qual pode ser calculado a partir de taxas específicas de mortalidade (Bandeira 2004). Para o cálculo destas taxas precisamos de conhecer:

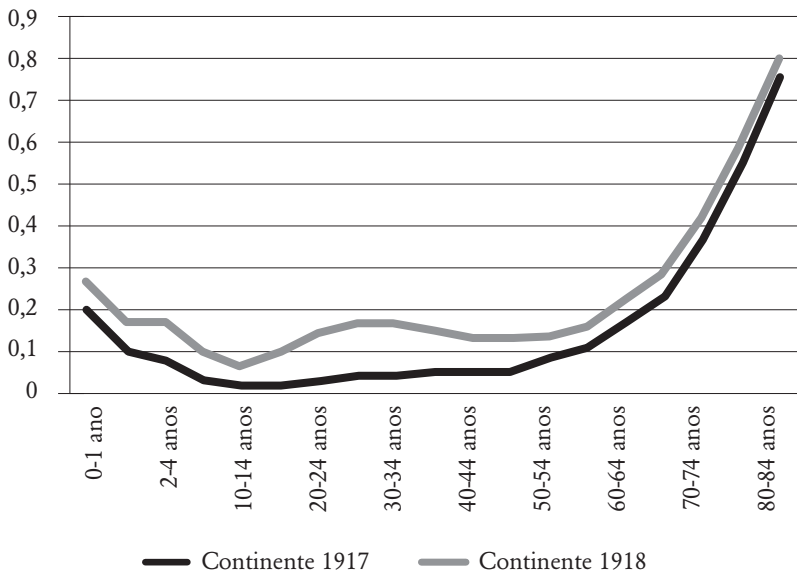
- a distribuição dos óbitos, referentes ao ano em análise, segundo a idade;
- a população de referência, também segundo a idade, presente no meio desse ano, ou seja, a população média.

Neste caso, conhecemos os óbitos segundo a idade, mas não existe informação sobre a população média dos anos que nos interessam. Sendo teoricamente possível proceder a estimativas desta população, no entanto, devido à instabilidade verificada durante o período, as probabilidades de erro seriam sempre muito elevadas.

A análise dos riscos de sobremortalidade passa pela comparação dos quocientes de mortalidade de 1918 com os quocientes do ano anterior. Havendo necessidade desta comparação, para o cálculo das taxas específicas de mortalidade, e não havendo dados sobre as estruturas etárias dos anos de 1917 e de 1918, justifica-se o recurso a uma extrapolação do método da população-tipo, que é um método comparativo e que «consiste em recalcular taxas brutas de mortalidade de duas ou mais populações, utilizando para esse efeito uma estrutura de população comum, designada de *população-tipo*» (Bandeira 2004).

⁷ Uma parte importante dos cálculos para construção das tábuas de mortalidade foi efectuada pela Dr.^a Sónia Cardoso, do Departamento de Sociologia do ISCTE, a quem agradeço a disponibilidade e a cooperação preciosas.

Figura 5.3 – Quocientes comparativos de mortalidade em ambos os sexos, Continente, 1917 e 1918

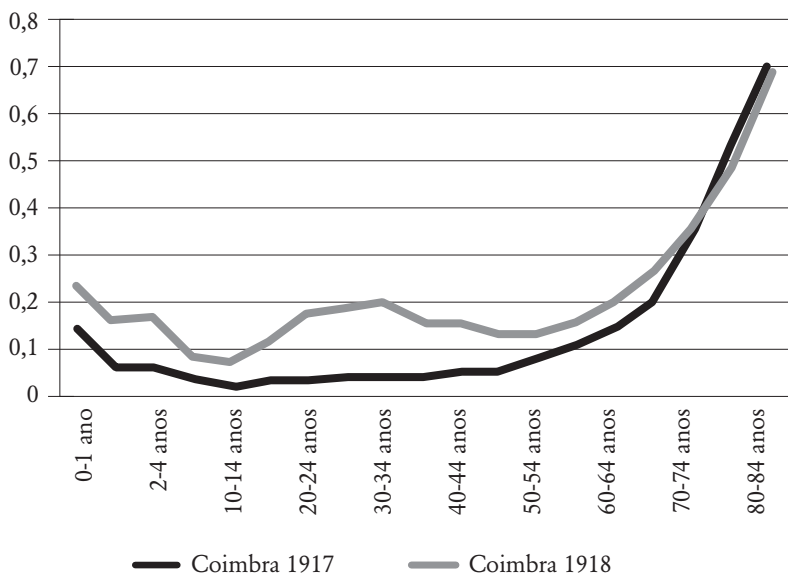


Como populações-tipo para calcular as taxas específicas de mortalidade por sexo – e, a partir delas, os respectivos quocientes –, optei por utilizar as populações masculina, feminina e total, por idades, recenseadas em Portugal em 1920. Esta escolha justifica-se porque estas populações, beneficiando da margem de credibilidade elevada que é dada por uma operação de recenseamento, reproduzem, por outro lado, aproximadamente, as características que teria a população portuguesa em 1917 e em 1918 e, principalmente, adequam-se perfeitamente ao objectivo que foi o de calcular taxas específicas *comparativas* de mortalidade para os anos de 1917 e de 1918 para todos os distritos e, a partir destas taxas, os respectivos quocientes *comparativos*.

A análise dos riscos de mortalidade medidos por estes quocientes na população do Continente e no distrito de Ponta Delgada permite-nos determinar em que medida os diferentes grupos etários foram vítimas da gripe de 1918.

A comparação entre quocientes de mortalidade de 1917 e de 1918, de ambos os sexos, no Continente mostra que, qualquer que fosse a idade, os riscos de mortalidade em 1918 foram sempre superiores aos de 1917. A observação das respectivas curvas indicia, em particular, os seguintes factos (figura 5.3):

Figura 5.4 – Quocientes comparativos de mortalidade em ambos os sexos, distrito de Coimbra, 1917 e 1918



- a sobremortalidade de 1918 entre o nascimento e o primeiro aniversário é inferior à sobremortalidade após o primeiro aniversário e, após esta idade, aumenta de maneira contínua até aos 30 anos;
- entre os adultos activos, a sobremortalidade mantém-se muito elevada, acima de 100%, até aos 50 anos;
- após este aniversário, os efeitos da epidemia atenuam-se continuamente até riscos de mortalidade comparativamente bastante mais baixos.

O tipo de incidência da sobremortalidade sobre as crianças, os jovens, os adultos e os velhos não correspondeu ao que poderiam ser as expectativas fundadas sobre o capital teórico de sobrevivência de cada um desses grupos. Verifica-se, assim, que os que nessa época eram mais vulneráveis – as crianças com menos de 1 ano e os velhos –, na realidade foram os que melhor resistiram à epidemia. Pelo contrário, os adultos, principalmente os mais jovens, que seriam teoricamente os mais resistentes, acabaram por ser as principais vítimas.

O perfil dos grupos de vítimas no distrito de Coimbra é semelhante ao perfil fixado para o Continente. Mas, nesse distrito, a sobremortalidade dos adultos jovens e das crianças até aos 5 anos foi mais intensa do que no Continente e o pico da sobremortalidade verificou-se mais cedo, entre

20 e 25 anos. Por outro lado, entre as pessoas com mais de 70 anos, os quocientes de mortalidade de 1918 são inferiores aos de 1917, o que significa que os grupos de seniores do distrito onde a incidência da gripe foi mais dramática terão escapado «milagrosamente» à epidemia (figura 5.4).

Nos restantes distritos investidos pela epidemia, podem ser assinaladas outras variações em relação ao perfil descrito para o território do Continente:

- o distrito de Portalegre foi o único onde a sobremortalidade no primeiro ano de vida foi superior à sobremortalidade no aniversário seguinte (aumento dos quocientes de mortalidade de 53,6% e de 38%, respectivamente);
- em alguns distritos, como Guarda, Vila Real e Viseu, o pico da sobremortalidade foi mais precoce, entre 15 e 20 anos; pelo contrário, em Évora, Faro e Santarém, ele aconteceu mais tarde, entre 30 e 35 anos;
- a ausência de sobremortalidade nas idades mais avançadas, já assinalada em relação ao distrito de Coimbra, verificou-se também em outros distritos: Aveiro, Beja, Braga, Évora, Guarda, Santarém, Viana, Vila Real e Ponta Delgada. Com a exceção deste último, em todos os distritos foram os homens os beneficiados destas condições excepcionais.

Em função dos valores do aumento de cada quociente de mortalidade, seria possível estabelecer uma hierarquia de todos os riscos de sobremortalidade que vitimaram as populações em 1918.⁸ Limitemo-nos à listagem das cinco maiores sobremortalidades, todas elas referentes a mulheres jovens:

1. Vila Real, 15-19 anos, sexo feminino: sobremortalidade de + 810,6%;
2. Leiria, 20-24 anos, sexo feminino: sobremortalidade de + 735,2%;
3. Leiria, 15-19 anos, sexo feminino: sobremortalidade de + 689,6%;
4. Coimbra, 20-24 anos, sexo feminino: sobremortalidade de + 685,6%;
5. Leiria, 10-14 anos, sexo feminino: sobremortalidade de + 671%.

O único grupo masculino atingido por uma sobremortalidade superior a 600% foi o grupo dos homens entre 35 e 40 anos residentes no distrito de Ponta Delgada.

⁸ A sobremortalidade foi medida, para cada idade, por índices de sobremortalidade ou de crescimento do risco de mortalidade entre 1917 e 1918.

Figura 5.5 – Índices do risco de sobremortalidade, Continente, sexos masculino e feminino

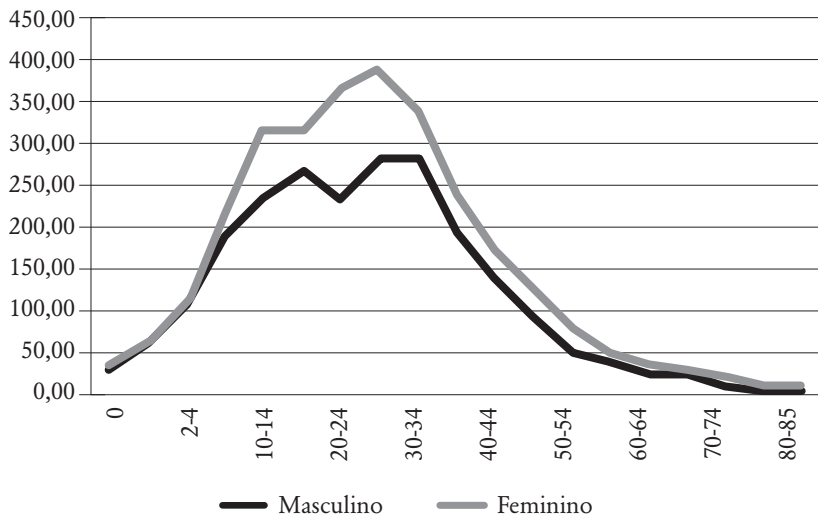
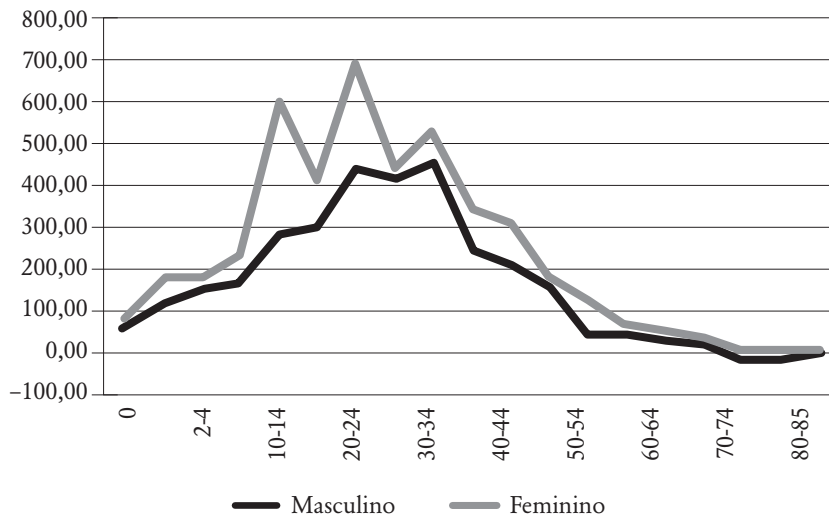


Figura 5.6 – Índices do risco de sobremortalidade entre 1918 e 1917, distrito de Coimbra, sexos masculino e feminino



No conjunto do território do Continente, a sobremortalidade feminina devida à gripe foi sempre superior, em todas as idades, à sobremortalidade masculina, tendo essas diferenças expressão particularmente relevante entre 10 e 35 anos (figura 5.5).

Também em Coimbra, a sobremortalidade das mulheres foi em todas as idades superior à sobremortalidade masculina, com um desnível extremamente pronunciado entre 10-15 anos e entre 20-24 anos (figura 5.6).

Mas, em todos os outros distritos, esta tendência não se verificou.

Em Braga, Beja, Portalegre e Bragança, em metade dos grupos etários, incluindo adultos até aos 40 anos, verificou-se uma sobremortalidade masculina mais elevada.

Em outros distritos, como Castelo Branco, Viana do Castelo e Viseu, a sobremortalidade masculina foi mais elevada do que a feminina nas idades mais jovens e nas mais velhas.

Os anos não vividos

A epidemia de 1918 ceifou a vida de muitos milhares de crianças, de jovens e de adultos jovens. Os efeitos terríveis destas mortes prematuras podem ser aferidos pelos decréscimos do valor da esperança de vida à nascença das populações afectadas. É a contabilidade dos anos não vividos, de que se dá exemplo através da comparação das esperanças de vida à nascença em 1917 e em 1918 no Continente e no distrito de Coimbra (quadro 5.8).

Quadro 5.8 – Esperança de vida à nascença, por sexos no distrito de Coimbra e no Continente em 1917 e em 1918 (em anos)

	SM			SF			HM		
	1917	1918	Diferença	1917	1918	Diferença	1917	1918	Diferença
Coimbra	43,7	20,6	23,1	49,3	21,1	28,2	46,6	21	25,6
Continente	36,9	19,8	17,1	41,2	20,8	20,4	39,2	20,3	18,9

Em 1917, a esperança de vida no distrito de Coimbra era a segunda mais elevada, a seguir à do distrito de Leiria, sendo superior à média continental em cerca de 7 anos. Entre 1917 e 1918, a população coimbrã perdeu mais de 25 anos de vida, sendo as perdas continentais de cerca de 19 anos. Foram as mulheres que perderam mais anos: em Coimbra, 28,2 anos para 23,1 anos perdidos pelos homens; no Continente, 20,4 e 17,1, respectivamente.

As indicações fornecidas por este indicador não coincidem inteiramente com as conclusões acerca do mapa da sobremortalidade, retiradas através da comparação das relações de sobremortalidades calculadas a partir das taxas brutas de mortalidade (quadro 5.9).

Quadro 5.9 – Distritos por ordem decrescente segundo a sobremortalidade determinada em função das taxas brutas de mortalidade e da esperança de vida à nascença

Taxa bruta de mortalidade	Esperança de vida à nascença	Taxa bruta de mortalidade	Esperança de vida à nascença
1. Coimbra	1. Coimbra	10. Castelo Branco	10. Guarda
2. Vila Real	2. Leiria	11. Évora	11. Aveiro
3. Leiria	3. Vila Real	12. Lisboa	12. Braga
4. Santarém	4. Viseu	13. Porto	13. Castelo Branco
5. Faro	5. Santarém	14. Viana do Castelo	14. Portalegre
6. Viseu	6. Faro	15. Portalegre	15. Porto
7. Bragança	7. Viana do Castelo	16. Aveiro	16. Évora
8. Beja	8. Beja	17. Braga	17. Ponta Delgada
9. Guarda	9. Bragança	18. Ponta Delgada	18. Lisboa

Quadro 5.10 – Diferenças entre a esperança de vida no nascimento em 1917 e em 1918, por sexos, por distritos, por ordem decrescente

SM	SF	HM
23,10 Coimbra	28,20 Coimbra	25,60 Coimbra
20,47 Leiria	24,10 Leiria	22,30 Leiria
20,38 Vila Real	23,57 Viseu	21,81 Vila Real
19,70 Faro	23,18 Vila Real	21,66 Viseu
19,61 Viseu	22,81 Santarém	20,66 Santarém
18,67 Santarém	21,28 Faro	20,46 Faro
18,49 Beja	20,64 Viana do Castelo	19,47 Viana do Castelo
18,02 Bragança	20,62 Guarda	19,43 Beja
17,79 Viana do Castelo	20,46 Beja	18,90 Continente
17,10 Continente	20,40 Continente	18,81 Bragança
17,00 Aveiro	19,54 Bragança	18,27 Guarda
16,42 Ponta Delgada	19,08 Aveiro	18,10 Aveiro
15,94 Guarda	17,98 Castelo Branco	16,69 Braga
15,75 Braga	17,92 Lisboa	16,54 Castelo Branco
15,27 Portalegre	17,91 Évora	16,43 Portalegre
15,09 Castelo Branco	17,66 Porto	16,37 Porto
14,97 Porto	17,61 Portalegre	16,29 Évora
14,86 Évora	17,57 Braga	16,06 Ponta Delgada
13,91 Lisboa	15,36 Ponta Delgada	15,78 Lisboa

Mas, qualquer que seja o indicador adoptado, resulta que os seis distritos mais afectados pela epidemia foram: Coimbra, Leiria, Vila Real, Viseu, Santarém e Faro. Considerando, no entanto, que a esperança de vida à nascença é um indicador sintético da mortalidade muito mais fiável do que a taxa bruta de mortalidade, devemos, em relação a todos os outros distritos, cingir-nos às indicações dadas por aquele indicador.

As perdas de anos vividos provocadas pela pneumónica, determinadas pelas diferenças entre as esperanças de vida em 1917 e em 1918, são muito elucidativas quanto à excepcional dimensão da crise de mortalidade provocada pela epidemia de pneumónica (quadro 5.10).

Em 1918, as expectativas de sobrevivência baixaram substancialmente para níveis raramente alcançados no passado. A perda de anos vividos foi mais acentuada no distrito de Coimbra, seguindo-se o distrito de Leiria, e em cerca de metade dos distritos a esperança de vida desceu abaixo dos 20 anos.⁹

Em todos os distritos, as mulheres perderam mais anos de vida do que os homens, o que significa que, em definitivo, é a elas que deve ser atribuído o triste «privilégio» de terem sido as principais vítimas.

⁹ As esperanças de vida à nascença em Bragança e Vila Real foram as mais baixas em 1918 (12,9 e 13,3 anos, respectivamente) – cf. em anexo.

Anexos

Anexo 1

Quadro 5.11 – Diferença entre o número de óbitos em 1919 e em 1917, em todos os distritos

Distritos	Diferença entre 1919 e 1917	Distritos	Diferença entre 1919 e 1917
Aveiro	1 443	Santarém	-77
Beja	-742	Viana do Castelo	993
Braga	3 299	Vila Real	1 718
Bragança	149	Viseu	2 529
Castelo Branco	102	Angra do Heroísmo	117
Coimbra	1 381	Horta	106
Évora	-622	Ponta Delgada	47
Faro	-571	Funchal	790
Guarda	1 174	Cidade de Lisboa	669
Leiria	560	Cidade do Porto	1 842
Lisboa	1 327	Portugal	18 774
Portalegre	-146	Continente	17 714
Porto	5 207		

Anexo 2

Quadro 5.12 – Índices do risco de sobremortalidade, entre 1917 e 1918, por distritos

Aveiro				Beja			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	155,48	144,59	150,39	0	144,92	155,59	149,57
1	134,39	140,09	137,08	1	177,73	181,29	179,39
2-4	229,50	244,09	237,07	2-4	173,81	203,62	187,22
5-9	219,11	276,99	246,61	5-9	327,32	323,78	325,54
10-14	232,36	331,23	281,23	10-14	284,52	338,36	310,98
15-19	340,63	319,46	329,41	15-19	355,43	318,33	335,72
20-24	354,63	394,68	375,41	20-24	441,41	474,87	460,97
25-29	402,31	547,74	474,04	25-29	426,95	407,11	416,01
30-34	326,03	438,85	379,67	30-34	434,13	387,14	407,68
35-39	264,73	240,31	252,47	35-39	458,23	272,75	346,76
40-44	196,17	257,16	224,63	40-44	253,24	266,78	259,66
45-49	138,65	170,40	153,46	45-49	251,24	265,63	257,35
50-54	151,18	146,91	149,16	50-54	157,07	129,34	143,85
55-59	122,43	126,09	124,19	55-59	159,33	173,75	165,48
60-64	107,58	121,08	114,74	60-64	119,16	105,47	113,02
65-69	114,77	101,65	108,09	65-69	125,60	119,71	123,05
70-74	93,69	122,82	109,96	70-74	105,56	120,79	113,16
75-79	96,72	109,08	103,67	75-79	97,27	111,70	103,97
80-85	94,61	108,16	102,60	80-85	111,40	114,87	113,20

Braga				Bragança			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	118,72	115,13	117,13	0	142,86	144,77	143,76
1	178,54	208,62	192,76	1	176,30	172,94	174,61
2-4	179,36	173,17	176,31	2-4	197,29	214,35	205,68
5-9	259,05	254,33	256,60	5-9	307,01	260,22	281,66
10-14	268,13	441,06	347,73	10-14	403,80	295,86	339,30
15-19	373,20	421,89	398,58	15-19	425,26	499,84	461,78
20-24	328,12	448,75	388,77	20-24	310,05	515,60	403,22
25-29	342,23	497,31	416,94	25-29	591,66	494,15	530,18
30-34	375,29	338,13	354,25	30-34	424,45	566,67	491,29
35-39	303,39	297,52	300,29	35-39	331,70	309,55	319,95
40-44	259,40	248,72	253,08	40-44	265,41	230,57	247,32
45-49	193,58	206,95	200,87	45-49	246,35	258,15	252,25
50-54	160,71	154,66	157,35	50-54	121,55	164,98	142,13
55-59	126,28	139,77	133,35	55-59	149,85	155,62	152,59
60-64	135,25	124,24	128,83	60-64	111,46	133,85	121,52
65-69	109,71	110,20	109,99	65-69	140,92	124,35	132,64
70-74	105,01	110,50	108,24	70-74	121,48	136,59	128,96
75-79	100,87	92,33	95,73	75-79	105,78	117,22	110,82
80-85	95,29	98,36	97,26	80-85	120,93	108,59	114,14

Castelo Branco				Coimbra			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	110,81	117,09	113,57	0	156,81	180,55	167,51
1	130,89	114,12	122,54	1	217,24	283,03	249,36
2-4	205,91	180,11	193,16	2-4	251,31	272,77	261,63
5-9	329,67	340,78	335,20	5-9	264,31	337,11	298,87
10-14	325,50	715,43	455,63	10-14	385,01	699,06	512,86
15-19	521,46	595,23	561,79	15-19	408,18	515,26	462,18
20-24	384,05	665,79	509,86	20-24	539,06	785,62	645,03
25-29	431,39	680,31	543,25	25-29	519,58	541,64	531,38
30-34	532,05	612,59	573,13	30-34	550,68	616,03	583,94
35-39	402,85	577,69	476,27	35-39	345,04	437,80	389,29
40-44	321,19	406,27	355,50	40-44	308,67	410,84	354,47
45-49	199,13	293,58	233,05	45-49	252,56	278,91	265,55
50-54	161,84	225,78	187,60	50-54	141,27	222,38	176,23
55-59	137,54	120,25	129,73	55-59	144,19	161,13	152,48
60-64	114,87	150,16	130,99	60-64	132,33	148,31	140,74
65-69	134,38	120,54	127,66	65-69	125,31	138,87	132,49
70-74	110,86	119,30	115,08	70-74	90,78	101,71	96,44
75-79	124,27	126,40	125,34	75-79	88,03	101,10	94,45
80-85	103,26	110,36	107,03	80-85	91,86	102,43	98,05

Évora				Faro			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	126,70	142,14	133,38	0	129,73	124,64	127,46
1	141,81	163,56	151,40	1	154,54	184,19	167,46
2-4	185,51	224,59	201,70	2-4	218,44	213,07	215,86
5-9	263,91	232,55	246,69	5-9	413,82	355,78	384,29
10-14	271,17	307,93	288,54	10-14	327,12	467,24	396,94
15-19	482,91	334,47	390,87	15-19	506,51	419,20	456,64
20-24	313,22	278,11	292,28	20-24	428,75	469,75	449,83
25-29	348,46	376,24	361,76	25-29	495,31	554,75	525,59
30-34	500,59	355,18	423,36	30-34	760,53	500,25	599,68
35-39	329,44	293,39	311,73	35-39	467,06	332,93	390,74
40-44	201,04	233,96	213,82	40-44	379,24	299,50	341,03
45-49	198,03	163,45	182,75	45-49	211,35	294,84	244,98
50-54	181,97	147,92	167,07	50-54	145,98	161,45	152,54
55-59	126,29	143,87	134,16	55-59	127,42	179,73	149,68
60-64	141,76	173,03	152,89	60-64	102,77	103,01	102,88
65-69	106,20	132,10	117,18	65-69	100,44	112,44	105,27
70-74	112,64	115,12	113,77	70-74	94,87	111,76	102,61
75-79	96,09	93,22	94,84	75-79	108,41	110,83	109,53
80-85	112,27	117,86	115,06	80-85	106,13	103,76	104,87

A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica

Guarda				Leiria			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	110,07	122,74	115,71	0	113,21	116,47	114,71
1	127,37	135,03	130,92	1	162,39	188,37	175,02
2-4	181,80	223,44	201,49	2-4	215,01	231,84	223,43
5-9	273,50	375,19	315,79	5-9	328,50	368,12	346,94
10-14	667,12	404,99	518,39	10-14	421,04	771,29	553,08
15-19	579,20	804,45	699,29	15-19	482,83	789,62	612,73
20-24	665,16	716,56	690,51	20-24	552,86	835,22	679,97
25-29	621,17	725,09	681,30	25-29	501,42	621,69	565,28
30-34	405,02	594,27	511,30	30-34	551,83	690,41	619,40
35-39	287,71	474,06	378,21	35-39	422,38	435,62	429,04
40-44	249,26	313,30	277,82	40-44	423,65	314,03	364,14
45-49	215,56	233,67	224,50	45-49	227,08	258,69	241,22
50-54	146,55	152,18	149,30	50-54	170,24	211,04	186,30
55-59	156,59	153,10	155,00	55-59	188,84	178,03	184,16
60-64	116,88	135,00	125,11	60-64	135,26	140,10	137,57
65-69	130,11	125,05	127,54	65-69	144,97	133,47	139,66
70-74	118,50	126,74	122,84	70-74	115,96	119,28	117,59
75-79	103,59	116,45	109,15	75-79	114,24	103,13	108,54
80-85	99,12	107,00	103,36	80-85	100,21	102,99	101,68

Lisboa				Portalegre			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	128,37	137,15	132,31	0	133,71	153,63	142,50
1	146,70	168,94	156,90	1	137,29	138,03	137,68
2-4	212,58	191,64	201,57	2-4	182,42	215,37	197,57
5-9	254,43	282,69	268,64	5-9	248,54	250,37	249,47
10-14	254,29	281,91	267,76	10-14	335,85	272,39	299,25
15-19	250,68	261,47	256,13	15-19	320,03	282,77	301,99
20-24	229,21	342,69	278,32	20-24	269,91	255,81	262,70
25-29	326,65	398,08	358,25	25-29	391,26	526,72	458,07
30-34	281,28	357,00	311,53	30-34	312,88	381,38	347,88
35-39	228,16	268,27	244,24	35-39	353,66	343,47	348,13
40-44	204,44	223,90	211,86	40-44	324,28	208,48	257,84
45-49	165,57	187,35	173,11	45-49	229,08	287,06	250,42
50-54	141,75	159,85	148,39	50-54	164,26	122,06	141,37
55-59	126,30	142,34	132,22	55-59	119,05	123,33	120,57
60-64	124,38	134,73	128,53	60-64	127,37	106,91	117,56
65-69	117,54	132,27	123,70	65-69	138,24	114,31	127,04
70-74	111,13	117,78	114,37	70-74	114,12	121,51	117,63
75-79	105,54	110,32	108,04	75-79	102,78	105,38	104,18
80-85	109,40	105,15	106,73	80-85	105,98	118,06	112,75

Porto				Santarém			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	121,86	121,71	121,80	0	134,40	133,61	134,07
1	181,06	176,48	178,80	1	151,72	164,49	158,16
2-4	216,48	214,45	215,46	2-4	175,06	210,69	191,16
5-9	284,45	306,82	295,58	5-9	251,06	344,84	295,13
10-14	246,22	312,76	277,23	10-14	433,65	545,02	481,37
15-19	249,31	291,69	269,52	15-19	420,57	646,96	515,22
20-24	214,57	323,70	264,13	20-24	330,85	577,48	432,75
25-29	262,35	355,12	307,61	25-29	489,59	601,70	541,28
30-34	282,66	309,18	296,10	30-34	612,45	502,38	558,93
35-39	221,60	266,94	242,92	35-39	401,14	452,71	423,60
40-44	176,47	231,81	200,98	40-44	328,50	367,90	345,25
45-49	172,09	221,16	191,20	45-49	243,50	314,73	267,37
50-54	274,90	191,94	221,79	50-54	174,91	165,12	171,23
55-59	152,27	176,87	163,56	55-59	119,21	219,64	150,35
60-64	118,70	139,52	128,54	60-64	137,85	141,19	139,41
65-69	111,36	136,41	123,84	65-69	116,46	145,38	128,01
70-74	110,98	129,44	121,38	70-74	106,87	136,63	119,62
75-79	100,18	109,93	105,58	75-79	93,71	104,00	98,65
80-85	105,50	107,81	107,01	80-85	102,96	105,09	104,20

Viana do Castelo				Vila Real			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	136,96	138,45	137,66	0	142,27	147,57	144,67
1	215,17	169,72	190,72	1	216,23	197,26	206,56
2-4	324,48	282,26	303,31	2-4	234,48	220,27	227,30
5-9	362,08	453,32	407,95	5-9	353,08	436,59	395,77
10-14	295,50	493,07	376,41	10-14	487,94	709,72	589,41
15-19	408,17	477,92	441,53	15-19	576,00	910,57	730,20
20-24	434,73	661,05	532,79	20-24	377,79	705,23	510,12
25-29	259,60	502,20	376,66	25-29	554,13	722,79	642,58
30-34	256,44	473,23	355,31	30-34	381,69	425,84	404,58
35-39	227,18	358,81	289,88	35-39	390,14	440,76	417,17
40-44	168,48	252,26	208,66	40-44	314,22	280,16	296,81
45-49	126,60	229,90	169,30	45-49	212,52	306,54	252,03
50-54	131,61	208,00	168,94	50-54	151,11	209,05	180,63
55-59	150,39	103,24	122,25	55-59	143,45	159,08	151,35
60-64	114,42	119,66	117,48	60-64	128,72	153,88	141,56
65-69	122,88	113,52	117,37	65-69	132,30	128,59	130,42
70-74	115,50	106,87	110,28	70-74	110,71	114,23	112,68
75-79	96,57	100,53	99,02	75-79	89,49	112,30	101,10
80-85	92,87	95,53	94,32	80-85	99,47	107,04	104,11

A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica

Viseu				Ponta Delgada			
Idades	H	M	HM	Idades	H	M	HM
0	134,12	165,66	147,75	0	122,07	105,39	114,08
1	175,48	171,31	173,40	1	163,28	188,06	174,96
2-4	230,37	246,09	238,12	2-4	224,02	337,40	267,36
5-9	353,69	376,49	365,86	5-9	326,33	347,66	335,92
10-14	462,34	640,76	544,43	10-14	257,71	359,05	306,77
15-19	543,60	550,06	546,90	15-19	403,00	530,61	457,68
20-24	437,55	637,33	534,76	20-24	699,90	474,24	571,96
25-29	351,78	430,66	391,86	25-29	546,29	395,29	481,73
30-34	408,31	514,09	463,58	30-34	400,82	498,07	441,77
35-39	284,17	522,86	380,73	35-39	725,65	237,74	380,34
40-44	286,56	319,23	302,45	40-44	344,57	208,98	272,88
45-49	291,00	177,13	219,39	45-49	179,88	151,85	173,25
50-54	145,65	205,92	173,46	50-54	118,03	168,98	136,25
55-59	159,46	172,05	165,98	55-59	128,85	147,15	136,90
60-64	133,25	148,15	141,39	60-64	118,66	126,87	122,54
65-69	119,33	134,61	127,31	65-69	92,22	129,47	107,50
70-74	111,09	124,97	118,52	70-74	105,82	123,01	114,21
75-79	123,19	121,06	122,18	75-79	116,23	106,47	110,65
80-85	103,17	110,79	107,57	80-85	96,03	105,41	101,35

Contínente

Idades	H	M	HM
0	129,27	136,10	132,16
1	163,04	169,98	173,68
2-4	210,07	216,17	211,41
5-9	289,58	318,64	304,06
10-14	330,46	414,79	370,29
15-19	366,71	415,66	391,35
20-24	332,42	467,00	406,98
25-29	383,22	486,74	434,02
30-34	379,31	434,89	406,55
35-39	295,41	337,49	315,56
40-44	240,45	271,85	254,67
45-49	193,73	225,89	207,34
50-54	151,68	175,84	162,61
55-59	139,18	153,82	145,77
60-64	125,26	134,73	129,86
65-69	126,54	126,04	123,07
70-74	108,35	119,75	114,28
75-79	103,34	108,31	105,92
80-85	102,67	106,24	104,75

Anexo 3

Quadro 5.13 – Esperança de vida no nascimento em 1917 e em 1918, por sexos, por distritos. Diferenças entre 1917 e 1918

Distritos	1917			1918			Diferenças entre 1917 e 1918		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Aveiro	43,33	47,47	45,59	26,33	28,40	27,48	17,00	19,08	18,10
Beja	35,78	38,80	37,22	17,29	18,34	17,79	18,49	20,46	19,43
Braga	39,23	42,45	40,92	23,48	24,87	24,23	15,75	17,57	16,69
Bragança	31,20	32,16	31,70	13,19	12,62	12,89	18,02	19,54	18,81
Castelo Branco	31,98	36,21	34,07	16,89	18,23	17,53	15,09	17,98	16,54
Coimbra	43,70	49,30	46,60	20,60	21,10	21,00	23,10	28,20	25,60
Évora	32,68	37,31	34,86	17,82	19,41	18,57	14,86	17,91	16,29
Faro	37,24	40,53	38,83	17,54	19,25	18,38	19,70	21,28	20,46
Guarda	32,14	36,81	34,44	16,20	16,19	16,17	15,94	20,62	18,27
Leiria	45,55	49,27	47,43	25,07	25,17	25,12	20,47	24,10	22,30
Lisboa	32,23	38,07	34,95	18,32	20,15	19,18	13,91	17,92	15,78
Portalegre	36,84	39,41	38,10	21,57	21,79	21,67	15,27	17,61	16,43
Porto	35,64	39,47	37,64	20,67	21,81	21,27	14,97	17,66	16,37
Santarém	39,61	45,38	42,39	20,94	22,57	21,73	18,67	22,81	20,66
Viana do Castelo	43,39	48,45	46,24	25,61	27,81	26,78	17,79	20,64	19,47
Vila Real	33,71	36,39	35,08	13,32	13,21	13,26	20,38	23,18	21,81
Viseu	40,72	44,93	42,96	21,11	21,36	21,30	19,61	23,57	21,66
Ponta Delgada	38,80	43,32	41,09	22,38	27,96	25,03	16,42	15,36	16,06
Continente	36,90	41,20	39,20	19,80	20,80	20,30	17,10	20,40	18,90

Fontes: *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal*, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925.

Capítulo 6

A gripe pneumónica de 1918 em Portugal Continental: estudo socioeconómico e epidemiológico, com particular análise do concelho de Leiria

Em Medicina, tal como nas demais ciências, a necessidade de aprender e reflectir sobre as lições do passado constitui uma norma, senão mesmo uma exigência, fundamental para a definição das estratégias a aplicar no presente e no futuro.

Oriunda da Ásia, segundo alguns autores, originária dos EUA ou da Europa (Brest ou Bordéus), segundo outros, a gripe de 1918, designada entre nós por «pneumónica», resultou da acção de uma estirpe de mixovírus A, altamente patogénica, a qual, associada a gravíssimas complicações respiratórias bacterianas secundárias, provocou mais de 20 000 000 de mortos em todo o Mundo.

Grassando em Espanha desde Maio de 1918, a gripe pneumónica detecta-se já em Portugal em finais desse mês. Em Leiria, o primeiro caso de morte registado, devido à gripe, data de 4 de Junho de 1918. Da fronteira terá irradiado para o litoral a partir de dois pólos distintos: um, situado mais ao centro, envolvendo concelhos raianos dos distritos da Guarda e Castelo Branco, e o outro, mais a sul, englobando concelhos dos distritos de Beja e Évora. Progredindo rumo ao litoral, a gripe, na sua primeira onda epidémica, entre finais de Maio e meados de Julho, rapidamente atingiria os grandes centros urbanos de Lisboa e Porto. A partir destas áreas metropolitanas, na segunda vaga epidémica, de início de Agosto a finais de Novembro de 1918, estender-se-ia a todo o território continental, provocando uma autêntica razia demográfica, com graves repercussões sociais e económicas.

De acordo com os cálculos por nós efectuados a partir dos dados estatísticos do *Movimento Fisiológico da População Portuguesa de 1918*, a gripe, só em Portugal Continental, faria 60 474 mortos.

Embora a maior mortalidade epidémica se tenha concentrado em Benavente (onde 7 em cada 100 pessoas morreram de gripe) e a Covilhã, numa tabela de 29 concelhos portugueses continentais (cuja sede é uma cidade), assumiu a primeira posição com 2,35% de mortes, Leiria, em segundo lugar da mesma, com uma taxa de mortalidade igual a 1,81%, geograficamente mais acessível a este trabalho de investigação, viria a ser a nossa opção de estudo.

Compreender a gripe de 1918, as suas causas e consequências socioeconómicas e epidemiológicas, através de uma análise, não só «macrocósmica», alargada a todo o Continente português, como numa óptica mais circunscrita, «microcósmica», centrada no concelho de Leiria, incluindo a sua envolvente distrital, constituiu o principal objectivo deste capítulo.

Antes de nos concentrarmos na análise epidemiológica da gripe, importa reflectirmos sobre as condições socioeconómicas da sociedade portuguesa e, em particular, leiriense. Tomámos como elementos caracterizadores dessa realidade o custo de vida, a estrutura da família, o orçamento familiar e o poder de compra, a alimentação e o índice higiénico e sanitário da população.

Mergulhado numa crise económica cujas raízes tocam o início do século, Portugal apresenta em 1918 um custo de vida bastante elevado, cujo índice (292,7) praticamente triplicou em relação a 1914 (100).

As famílias leirienses, compostas por três ou quatro elementos, são tendencialmente mais pequenas do que as famílias lisboetas, todavia, não seria devido a este aparente desafogo residencial que a qualidade de vida higiénica e sanitária da sua população iria ser melhor. Leiria, em 1918, apresentava-se «porta aberta» a todas as doenças e epidemias. Dotadas de orçamentos semanais baixíssimos, as famílias pobres operárias ou rurais, infelizmente em grande número, sobreviviam com grandes dificuldades e os permanentes saldos negativos são a prova disso. Não podendo cortar nas despesas de habitação, de vestuário, de iluminação e combustível, os gastos com a alimentação constituíam a última prioridade. De acordo com os estudos efectuados por Bento Carqueja e Simão de Martel e com as nossas próprias investigações, as rações diárias individuais, entre famílias operárias ou rurais, são efectivamente pouco diversificadas e hipocalóricas, com todos os riscos que daí advêm. A pobreza destas dietas contrasta, curiosamente, com os elevados níveis de produção agrícola

atingidos em 1916, 1917 e 1918 pelo distrito de Leiria, que se coloca assim entre os oito ou nove distritos mais produtivos do país.

Na ausência de censos para 1918, todas as taxas consideradas importantes para o estudo da gripe foram por nós calculadas com base na média obtida entre as taxas relativas aos efectivos populacionais de 1911 e de 1920. Tratada a informação estatística de natureza censitária, fisiológica e demográfica, colhida nos registos do INE e nos Arquivos do Concelho de Leiria, estabelecemos os vários universos a investigar.

Observando a distribuição de mortalidade gripal em 1918 e avaliando a partir desta informação as duas trajectórias do mixovírus, desde a sua entrada em Portugal, parece-nos, claramente, que a gripe convergiu para uma alargada área localizada na bacia do Tejo, entre Lisboa e Santarém, onde veio a desencadear grande mortalidade. Os concelhos de Benavente, Azambuja, Vila Franca de Xira e Salvaterra, entre outros, situados nesta suposta zona de convergência, apresentam, realmente, taxas de mortalidade por gripe elevadíssimas, respectivamente, iguais a 7%, 4%, 3,2% e 2,9%.

A distribuição da mortalidade epidémica ao longo do país, permite-nos ainda tecer duas outras conclusões: 1.^a – todos os concelhos da região Norte, com excepção de Melgaço, onde a mortalidade epidémica em 1918 atingiu os 2,2%, são, de um modo geral, mais poupados pela doença; 2.^a – o facto de as taxas de mortalidade gripal mais elevadas, em 1918, não se localizarem entre os 29 concelhos portugueses continentais de maior expressão demográfica, económica e social, com excepção da Covilhã, sugere-nos que este fenómeno possa ter estado relacionado, entre outros factores, com a capacidade de resposta e o nível de eficácia da assistência médica e sanitária prestada aos epidemiados. Parece-nos, pois, que a mortalidade por gripe se distribuiu na razão inversa do grau de qualidade e eficácia dos recursos médicos, os quais, nesta época, deveriam deixar muito a desejar fora das comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra.

Para um total de 60 474 vítimas de gripe em Portugal Continental, equivalente a uma mortalidade de 1,08%, só o distrito de Leiria contribuiu com 3175 óbitos.

Entre os 16 municípios do mesmo distrito, o concelho de Leiria, com 978 mortos por gripe, em 1918, deteve a maior taxa de mortalidade epidémica – 1,81%, com especial incidência no grupo etário dos 30-39 anos de idade (1,93%). O segundo maior alvo etário da mortalidade gripal neste concelho situou-se no grupo dos 0-11 meses de idade, com uma taxa igual a 1,54%. Relativamente à distribuição de mortalidade por sexo,

as mulheres com idades abaixo dos 30 anos foram, predominantemente, as maiores vítimas da gripe. De notar, no entanto, que esta distribuição etária concelhia e por sexo não deve ser encarada como paradigmática do resto do país. As taxas verificadas em Portugal Continental, considerado como unidade global, essas sim, deverão ser tomadas como indicadores da realidade comum a todo o território.

Definidos os respectivos factores associados à gripe – densidade demográfica, mortalidade infantil, imunidade em anos precedentes, índices de doença desconhecida (d.d.), analfabetismo, enterite e tuberculose, litoralidade e interioridade –, formulámos várias hipóteses que procurámos demonstrar recorrendo, sempre que possível, a estudos de correlação estatística e de análise factorial das correspondências (AFC).

A gripe ocorreu ou não em locais com maior densidade demográfica? A mortalidade infantil acompanhou ou não de perto a mortalidade gripal? Haverá razões para crer que os locais mais atingidos pela gripe em 1916 e 1917 terão sido mais poupados pela pneumónica de 1918 e vice-versa? A gripe foi ou não influenciada por doença desconhecida, analfabetismo, enterite e tuberculose? Haverá ou não alguma relação entre mortalidade epidémica e litoralidade ou interioridade?

Da investigação efectuada (Frada 1998; 2005) pudemos concluir o seguinte:

- As altas densidades demográficas não determinam, necessariamente, taxas de mortalidade gripal elevadas, conforme ficou provado pelo valor negativo da correlação estabelecida entre estas variáveis ($r = -0,385$).
- O nível higiénico e sanitário (identificado pelas taxas de mortalidade infantil) e a mortalidade gripal em 1918, em todos os distritos portugueses continentais, não parecem relacionar-se, minimamente, conforme nos atesta o valor negativo da correlação estabelecida entre as duas variáveis ($r = -0,289$).
- Aplicada a AFC às taxas de mortalidade gripal de 1916, 1917 e 1918 correspondentes aos 269 concelhos continentais, não se verificou qualquer oposição entre estas variáveis, o que nos leva a concluir que a teoria da imunidade adquirida (em anos precedentes) não tem qualquer base de sustentação.
- A mortalidade gripal, em 1918, nos diversos concelhos portugueses continentais, distribuiu-se na razão inversa da mortalidade por doença desconhecida. Nos locais onde a mortalidade por d.d. foi baixa, a mortalidade por gripe revelou-se, tendencialmente, alta e

vice-versa. Mas se desta constante oposição, aparentemente, não se pôde inferir nada de significativo, pudemos, pelo menos, concluir que os maiores índices de mortalidade por gripe e por d.d. não se localizaram, de facto, nos concelhos de maior expressão urbana. Fora das comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra, o diagnóstico de causa de morte, resultante de uma prática médico-forense precisa e eficiente, e a possibilidade de redução da mortalidade por gripe, corolário de uma medicina com qualidade e eficácia, parecem ter sido, em 1918, metas difíceis de atingir. A reforma dos serviços de saúde e, sobretudo, dos serviços médico-forenses, datada de Dezembro de 1918, atesta, claramente, o estado da medicina portuguesa dessa época.

- Depois de seleccionar os concelhos portugueses com taxas de mortalidade por tuberculose superiores a 0,20%, procurámos correlacionar esses valores com as respectivas taxas de mortalidade por d.d. e gripe. Os resultados foram negativos.
- Numa primeira fase de estudo, da AFC aplicada aos diversos universos a tratar (concelhos continentais e do distrito de Leiria, distritos portugueses e freguesias do concelho leiriense) para 1916, 1917 e 1918, pôde concluir-se que a mortalidade gripal ocorreu independentemente da influência de qualquer factor.
- Quanto à distribuição dos valores mais elevados de mortalidade gripal nos concelhos portugueses continentais, em 1918, em termos de litoralidade ou interioridade (central ou raiana), a análise estatística viria comprovar-nos que não se verificaram quaisquer tendências nesse domínio. Contudo, numa apreciação apriorística, baseada na distribuição das maiores taxas de mortalidade epidémica ($\geq 2\%$), diríamos que as taxas mais altas ocorreram, predominantemente, em concelhos do litoral e interior-centro.
- Finalmente, após a elaboração de duas tabelas com dados respeitantes à distribuição de mortalidades por gripe, tuberculose e enterite, relativas a grupo etário e sexo, em Portugal Continental (considerado em termos globais), com base nos efectivos de 1920, sujeitámos todos os dados a AFC. Pudemos provar que algumas das nossas hipóteses ou convicções têm fundamento científico: a mortalidade gripal foi, seguramente, influenciada pela enterite e pela tuberculose.

Da leitura de duas componentes principais desta AFC pudemos concluir que as taxas de mortalidade por gripe e tuberculose aparecem sempre associadas, com especial predominância nos grupos etários dos 20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos.

Reflectindo sobre duas outras componentes principais, verificámos que, independentemente do sexo, as taxas elevadas de enterite se associam sempre aos grupos etários dos 0-11 meses (5,81%) e 12-23 meses (3,75%). Ora, é exactamente nesta faixa etária que vamos encontrar a maior taxa de mortalidade gripal em 1918: no grupo dos 12-23 meses de idade – 2,20%.

Os indivíduos com idades entre os 30-39 anos constituíram o segundo grupo etário mais atingido pela gripe (1,67%), precisamente aquele onde se concentrou a segunda maior taxa de tuberculose (0,24%). O grupo etário dos 20-29 anos deteve a taxa mais elevada de mortalidade por tuberculose (0,27%). Mas se para o segundo grupo etário, a que se associa frequentemente a tuberculose, a tendência para uma grande mortalidade epidémica parece não gerar dúvidas, no que toca ao grupo dos 12-23 meses, é imperativo tecer algumas considerações:

- Com o aleitamento reduzido ou mesmo suprimido, quando atingiam esta idade, estas crianças deixavam de poder contar com os importantes factores biológicos existentes no leite da mãe, ficando por isso mesmo mais susceptíveis a toda a casta de doenças infecciosas. A morbidade e a mortalidade subiam, assim, em flecha neste grupo etário. Minados por enterites, que aqui assumem índices altíssimos, facilmente sucumbiam quando atingidos pela gripe.

Mas as consequências da gripe não podem, nem devem ser apenas perspectivadas em termos epidemiológicos. A compreensão deste fenómeno implica também conhecermos algumas das repercussões sociológicas da epidemia.

Atingindo com grande impacto as faixas etárias adultas e activas, entre os 20 e os 40 anos (especialmente mulheres abaixo dos 30 anos), a gripe teria, naturalmente, que agravar um pouco mais a situação económica e social dos portugueses. As consequências desta profunda crise, despolexada e exacerbada por factores de vária ordem, apesar do final da guerra e da extinção da gripe, iriam reflectir-se muito para além de 1918. Assim, enquanto os saldos fisiológicos populacionais só nos finais de 1919 viam a aproximar-se dos de 1917, Portugal, em Maio de 1921, ocupava a terceira posição numa tabela de custo de vida constituída por 20 países, à frente da qual se colocavam a Finlândia e a Alemanha, respectivamente, no primeiro e no segundo lugares da mesma.

Face à lentidão e incapacidade do Estado em responder às enormes carências sanitárias verificadas durante o surto pandémico de gripe, as orga-

nizações humanitárias e a sociedade civil desenvolveram um serviço de apoio às vítimas e às respectivas famílias, cujos resultados foram de grande expressão no domínio médico assistencial. A Associação Protectora dos Hospitalizados Pobres, por exemplo, nascida deste espírito de solidariedade nacional, iria estender a sua acção filantrópica muito para além do período em que grassou a pneumónica. Em Leiria, a Comissão de Assistência às Vítimas da Epidemia, formada em 4 de Novembro de 1918, também ela teve um papel notável no apoio aos mais necessitados, órfãos e doentes pobres, distribuindo-lhes subsídios obtidos a partir de donativos, garantindo-lhes assim as condições mínimas de sobrevivência.

A nível mental e religioso, as populações, perante o cisma da morte próxima e inevitável gerado pela gripe durante a sua «negra» trajectória, assumiriam alguns comportamentos em tudo idênticos aos que caracterizaram as sociedades medievais e modernas, durante as pestes. Buscando nos Céus o que na Terra e entre os homens parecia impossível, o fim da peste, as populações, por todo o país, congregavam-se em volta dos seus santos de maior devoção. Entregues ao sacrifício da marcha e da oração, desfilavam durante a noite pelas ruas das suas localidades, entoando cânticos e apelos fervorosos, num claro «revivalismo medieval» que, nessa época e ainda hoje, parece fazer parte da consciência colectiva das comunidades.

Outros fenómenos de natureza psicossociológica poderíamos relacionar com o temor da morte. Em Vila Real, por exemplo, a elevação do número de testamentos realizados em Outubro, o mês em que se regista a maior mortalidade epidémica, parece estar directamente associada ao fenómeno gripal. Em Leiria, pelo contrário, não se verificaram aumentos significativos em relação à média anual.

Como grande inovação no domínio terapêutico, foram nessa altura ensaiadas as vacinas polivalentes e os resultados foram tão promissores que ficariam de vez lançados os alicerces da imunobioterapia, hoje em dia usada na prevenção e cura das mais diversas patologias respiratórias de causa bacteriana. A acção destas vacinas é ainda hoje reconhecida com base, não em estudos de natureza experimental e estatística, subordinados a requisitos e parâmetros cientificamente estabelecidos, mas em resultados que se apoiam, fundamentalmente, em evidência clínica e terapêutica.

Perante as actuais limitações das vacinas antigripais, nem sempre eficazes e, de um modo geral, ainda pouco aconselhadas pela classe médica na faixa etária dos 12 aos 23 meses, devido às suas contra-indicações, enquanto a engenharia genética e a indústria farmacêutica não descobrem outros recursos, julgamos que, a par dos fundamentais cuidados higiéni-

João Cúcio Frada

cos de natureza preventiva e dos recentes inibidores específicos de neuraminidase viral, a imunobioterapia, quando aplicada com critério e segurança, constitui mais uma alternativa curativa e profilática e, como no passado, pode vir a ser um importante reforço terapêutico, se um novo surto epidêmico ou pandêmico de gripe vier a declarar-se.

Parte II
A pandemia
e os saberes médicos

Capítulo 7

Lições de uma pandemia: análise comparativa das medidas sanitárias tomadas durante a gripe de 1918 e a SRA de 2003*

Reflexão inicial

O encontro multidisciplinar «Olhares sobre a Pneumónica» foi convocado para que se aprofundasse o conhecimento dos diferentes aspectos da pandemia da gripe de 1918-1919. Trata-se de um objectivo necessário, já que, apesar das terríveis consequências da pandemia – mais de 60 milhões de mortes –, existe um grande desconhecimento sobre a sua deflagração na maior parte do mundo. No entanto, este interesse não se deveria limitar a uma mera análise histórica. É importante que façamos um esforço para aprender com os erros cometidos e com as medidas acertadas tomadas no decurso daquele acontecimento epidemiológico.

Não estamos livres de novas epidemias. Estamos conscientes de que a intervenção do homem sobre o meio ambiente fez emergir doenças como a SIDA, o ébola e a febre de Marburg, entre outras, e na mente de todos está a ameaça de uma nova pandemia de gripe. A globalização, por outro lado, fez aumentar o risco da expansão de doenças infecciosas novas e velhas. O aumento da população, das viagens e das comunicações facilita a expansão mundial dos agentes patogénicos. No séc. XV, a peste demorou três anos para alastrar da Ásia à Europa. Cinco séculos mais tarde, a gripe espanhola alastrou por todo o mundo em poucos meses e, no início do séc. XXI, o vírus da SRA (síndrome respiratória aguda) viajou de Hong Kong a Toronto em 15 horas.¹

* Tradução de Ruy Llera Blanes

¹ *Nota do revisor:* síndrome respiratória aguda (SRA) é a designação dada pelas autoridades de saúde pública em Portugal a SARS (*severe acute respiratory syndrome*).

Mas o que é que nos pode ensinar uma pandemia que teve lugar há quase noventa anos, quando a microbiologia dava os primeiros passos, a virologia era inexistente e não havia sistemas internacionais de vigilância epidemiológica? Será que nos interessa o exemplo de uma pandemia que contagiou um mundo imerso na I Guerra Mundial, sem a tecnologia e os conhecimentos médicos de que dispomos na actualidade?

Tentarei utilizar em particular os dados conhecidos da evolução da pandemia em Espanha² para fazer uma aproximação aos factores que determinaram que certas regiões sofressem menos do que outras e à ineficácia das medidas de controlo da infecção que foram adoptadas nessa altura. As causas deste fracasso foram múltiplas: as características epidemiológicas da doença, a falta de conhecimento científico sobre o vírus, a situação de guerra, a escassez de meios, a demora na declaração de epidemia e na tomada de medidas de controlo, e o caos organizativo.

Tudo isto parece estar muito distante, já que, hoje em dia, contamos com importantes instituições de controlo e vigilância sanitária internacionais que funcionam com bastante êxito. Além disso, contamos com novas drogas e sofisticadas tecnologias de diagnóstico no mundo desenvolvido em que vivemos. No entanto, queremos aqui comparar algumas características, reacções e medidas sanitárias tomadas durante a gripe de 1918 com aspectos da epidemia da síndrome respiratória aguda, conhecida geralmente como SRA, que ocorreu oitenta e quatro anos depois.

Os primeiros casos de SRA apareceram em Novembro de 2002 na China, na província de Guangdong. Daí estendeu-se a 13 países e três continentes. A rápida reacção das autoridades nacionais e internacionais, uma vez conhecida a existência da epidemia, conseguiu reduzir a transmissão da infecção e romper com a cadeia epidemiológica, antes que surtisse uma pandemia (Rodenstein 2004, 141-143). Em Julho de 2003, a epidemia foi dada como controlada. Nessa altura, contabilizou-se um total de 8096 casos e 774 mortes.

Do ponto de vista demográfico, e apesar da sua elevada mortalidade (9,6 por cento dos doentes morreram), a SRA foi uma epidemia pouco importante. O seu interesse reside no facto de ter servido como modelo de ensaio para lidar com uma futura pandemia. Houve um importante esforço de cooperação global e impuseram-se medidas muito rígidas de controlo da infecção. Por isso, e por ser uma infecção de contágio moderado, foi possível travar a sua expansão em poucos meses. Mas, por

² A maior parte da informação sobre a pandemia de 1918 em Espanha provém de duas obras da autora (que não serão citadas de novo): Echeverri Dávila (1993 e 2003).

detrás dessa façanha, veremos que também se cometeram erros muito semelhantes aos que se fizeram durante a gripe espanhola e, quando se trata de doenças, estes erros pagam-se com vidas humanas. Apesar dos avanços médicos e do controlo de doenças próprio do séc. XXI, houve falta de transparência, vigilância e preparação.

A evolução da gripe espanhola em Espanha

A primeira vaga epidémica, na Primavera de 1918, não causou grande alarme entre os organismos sanitários devido à sua relativa benignidade. O Ministério da Governação decretou a notificação obrigatória dos casos de gripe e ordenou o encerramento das escolas públicas. Os cafés, as igrejas e os mercados continuaram abertos. Nas cidades mais afectadas foram instauradas algumas medidas adicionais, sobretudo de desinfecção de locais, igrejas, cafés e escolas. Os outros sítios que encerraram, como alguns teatros de Madrid ou a Casa da Moeda, fizeram-no devido à doença dos artistas ou empregados.

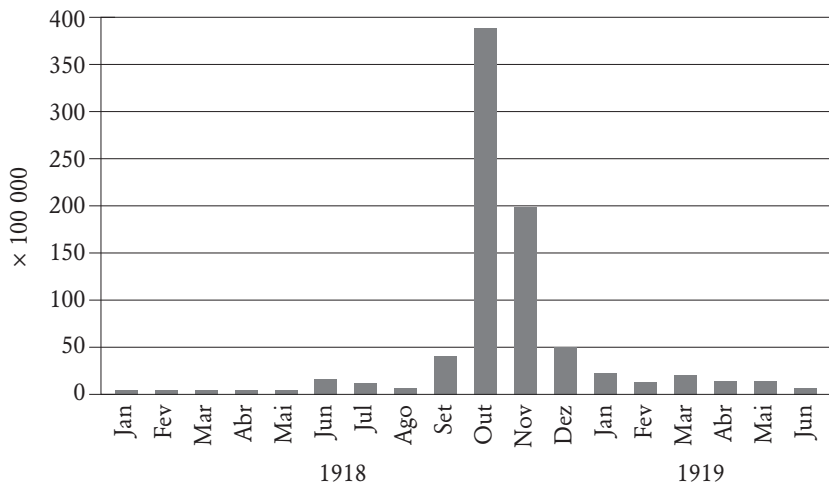
As primeiras notícias sobre a epidemia aparecem em jornais madrilenos em Maio, coincidindo com as festas de Santo Isidro. As províncias centrais de Madrid, Cuenca, Toledo e Salamanca sofreram um aumento da mortalidade gripal durante esse mês. Em Junho, a epidemia afectava já todo o país, excepto a Galiza, a Catalunha e os dois arquipélagos.³ As autoridades sanitárias afirmaram que a origem da epidemia era França, de onde a infecção se transmitira através das rotas ferroviárias.

Na figura 7.1 podemos ver a evolução da mortalidade gripal por meses durante 1918 e como o aumento da mortalidade durante a primeira vaga foi reduzido.⁴ Assim, por exemplo, o impacto da gripe sobre a mortalidade geral durante o mês de Junho causou um aumento de 16 por cento sobre a mortalidade média dos cinco meses anteriores. No entanto, a mortalidade específica por gripe subiu 250 por cento. As zonas mais afectadas foram a Extremadura, Andaluzia, e a metade sul da Meseta Central. Entre as províncias, a mortalidade por gripe oscilou entre 0,65 e 0,04 por mil e a epidemia pareceu concentrar-se sobretudo nas cidades. No início de Agosto, a epidemia parecia ter desaparecido, sem que tivesse causado um grande alarme entre as autoridades sanitárias e a população.

³ *Nota do revisor:* Os dois arquipélagos a que a autora se refere são as Baleares e as Canárias.

⁴ Para delimitar as vagas epidémicas, recorreu-se apenas à mortalidade específica por gripe, apesar de haver um elevado número de mortes registadas por outras causas.

Figura 7. 1 – Taxa de mortalidade por gripe em Espanha, 1918-1919



Fonte: Echeverri Dávila (1993).

Porém, em finais de Agosto, detecta-se um aumento da mortalidade gripal em algumas zonas do Levante espanhol, que coincide com o surgimento da segunda vaga letal em Brest, na Serra Leoa e em Boston. No início de Setembro, o número de casos com complicações mortais ou de morte «fulminante» alarmou as autoridades.⁵ No gráfico anterior podemos visualizar o impacto da segunda vaga em comparação com o da primeira. Setenta e cinco por cento do total de 260 000 mortes por gripe em Espanha durante as três vagas tiveram lugar durante a segunda vaga e 45% em Outubro, o mês de maior mortalidade. O maior número de mortes registou-se entre os jovens adultos, com 20 a 40 anos. Por tudo isto, podemos concluir que a evolução desta vaga em Espanha foi semelhante à da maior parte do mundo.

É mais difícil situar o surgimento da terceira vaga no tempo. O seu pico deu-se em Março, mas a epidemia alastrou lentamente durante vários meses, atacando os núcleos de população que tinham escapado aos primeiros embates. Considera-se que a letalidade desta terceira vaga foi semelhante à anterior; no entanto o número de mortes que provocou foi muito menor.

⁵ A pneumonia primária viral foi muito frequente durante a segunda vaga.

Desigualdades perante a morte

Durante a segunda vaga, a pandemia invadiu toda a Espanha e todas as províncias sofreram uma mortalidade gripal importante. As taxas por província oscilaram entre 0,5 nas Canárias e 14 em cada mil em regiões do Noroeste. A que se deveram tão grandes diferenças regionais?⁶ Em primeiro lugar, à imunidade adquirida durante a primeira vaga. Foi por isso que as províncias andaluzas e extremenhas, que sofreram uma elevada difusão da epidemia na Primavera de 1918, e cujos níveis sanitários e económicos eram inferiores aos do resto do país, registaram taxas de mortalidade relativamente baixas durante a segunda vaga. A imunidade que uma estirpe gripal pode conferir por um tempo não definido foi confirmada por especialistas (Stuart Harris, Schild e Oxford 1985, 166-168; Schulman, 1975) e verificada, na altura, por alguns observadores da pandemia (Lavin 1918; Schoenbaum 2003, 241-251; Vaughan 1921). No entanto, os efeitos da imunidade adquirida durante a primeira vaga da gripe espanhola não puderam ser adequadamente investigados porque carecemos de dados de morbilidade e mortalidade por gripe de grande parte do mundo.⁷ Naquela altura, a gripe não era uma doença de declaração obrigatória em muitos países (entre eles os Estados Unidos) e, para além disso, havia enormes deficiências estruturais na recolha de dados vitais, agravadas pela situação de guerra.

A segunda razão pela qual houve diferenças regionais relativamente à mortalidade gripal em Espanha está relacionada com as variações ao nível sanitário e económico. Em 1910-1911 a esperança de vida de um espanhol ao nascer era de 41 anos. Isto significava um avanço significativo porque, no século anterior, raramente alcançava os 30 anos, mas é também um atraso evidente, se comparado com os países mais avançados, que alcançavam já os 54 anos (Dopico e Reher 1998). A taxa de mortalidade infantil média de 153 por mil nos cinco anos anteriores a 1918 pressupõe que o nível sanitário da população espanhola de então só pode ser comparado, hoje em dia, com o dos países em vias de desintegração social, como o Afeganistão e a Serra Leoa. Também é preciso ter em conta que a neutralidade da Espanha durante a guerra tinha produzido uma grande carência e aumento dos preços. Eram anos de escassez e descontentamento social. Havia, naturalmente, províncias com melhor nível

⁶ No caso das Ilhas Canárias, o isolamento insular pode ter tido influência.

⁷ Outro país onde se detectou o efeito da imunidade adquirida foi o Japão. V. Palmer e Rice (1992a e b).

de vida, como Barcelona e as Baleares, mas aquelas que se situavam no Noroeste e no Sul do país tinham condições de vida muito inferiores.

Ao analisarmos a mortalidade gripal percebemos que aquelas províncias com elevados índices de mortalidade infantil,⁸ que não tiveram uma grande exposição à primeira vaga e, como tal, careciam de imunidade, foram as que mais sofreram durante a segunda vaga. Foi por isso que as províncias de Burgos, Zamora, Orense e Almería tiveram taxas de mortalidade gripal perto de 14-13 por mil, ao passo que a mortalidade das províncias em condições de imunidade semelhantes, mas com melhores níveis sanitários, como as províncias catalãs, não ultrapassou os 4 em cada mil. As associações estabelecidas entre mortalidade gripal e nível sanitário, uma vez descontado o factor imunidade, mostraram resultados significativos.

Ficou comprovado, em todo o mundo, que as que mais sofreram foram as povoações ou regiões mais pobres e com as organizações sociais mais precárias. Afirmou-se muitas vezes que a gripe espanhola atingiu toda a gente sem distinguir classes sociais. Poderá ser assim no que respeita ao contágio, mas não no que respeita à mortalidade. Verificamos que, só na Europa, os países do Sul – com a Espanha à cabeça – e de Leste tiveram uma maior mortalidade por gripe do que outros países mais desenvolvidos, como a Grã-Bretanha e os países escandinavos (Johnson e Mueller 2002). Além disso, existem numerosos indícios de povos marginalizados que tiveram uma mortalidade muito superior ao resto dos seus concidadãos; basta citar a população negra da África do Sul, os inuit do Alaska ou os maori da Nova Zelândia (Crosby 1976, 247; Rice 2003, 74). Embora todos estivessem expostos à doença, aqueles que estavam desnutridos, que viviam amontoados e com más condições de higiene tiveram menos probabilidades de sobreviver.

Por outro lado, seria necessária uma organização social muito eficaz para poder alimentar e cuidar de milhares de doentes quando existe um absentismo laboral evidente que afecta os organismos governamentais, comerciais e sanitários, entre outros. O caos que ocorre inevitavelmente durante a pandemia nas sociedades mais precárias contribuiu para o aumento da mortalidade. Existem testemunhos muito eloquentes sobre o sofrimento destes povos como, por exemplo, o das comunidades indígenas do Norte do Canadá que, no Inverno, vivem espalhados por pequenos núcleos familiares, dependendo deles próprios para irem buscar

⁸ A mortalidade infantil é um bom indicador do nível sanitário, quando carecemos de outros indicadores.

alimentos e lenha para se aquecerem. O reverendo Henry Gordon encontrou «famílias inteiras [que] jaziam inanimadas no chão da cozinha, sem poderem alimentar-se nem tratar do fogo... A impotência daquela pobre gente fazia doer o coração. Era aflitivo ver as pessoas a chorar, crianças a morrer por todo o lado.»⁹

A história da gripe espanhola está repleta de cenas desoladoras. Famílias camponesas que não tinham quem pudesse ganhar a jorna ou tratar do campo e dos animais, doentes que morreram sem cuidados médicos ou por falta de alimentação, corpos por enterrar.

O controlo da infecção

Ainda hoje se discute a origem da gripe espanhola. Para alguns especialistas, a gripe aparece primeiro em locais tão distantes como a França ou a China (Oxford *et al.* 2005). É possível que o vírus circulasse no mundo animal muito antes de 1918 sem ter capacidade para contagiar o homem e produzir uma pandemia. No entanto, as primeiras notícias de uma epidemia gripal em 1918 registaram-se no mês de Março, no Midwest dos Estados Unidos. Consta que dali terá alastrado para a costa leste do país, transmitido pelas tropas que embarcaram rumo à Europa durante os últimos meses da Primeira Guerra Mundial. A 1 de Abril surgiram os primeiros casos entre as forças expedicionárias americanas aquarteladas em Bordéus e Brest. A infecção estendeu-se dali aos países europeus beligerantes e a Espanha e, em Julho, chegou à Ásia e África. Durante a primeira vaga, por causa da guerra, da falta de informação e da própria benignidade clínica da doença, não se tentou controlar a expansão da pandemia.

Em Espanha, a poucos dias de reaparecer a segunda e mais virulenta vaga de gripe, decidiu-se travar a invasão epidémica nas fronteiras. Então, os cordões sanitários e a quarentena eram, desde a Peste, os mecanismos de controlo da expansão de uma epidemia.¹⁰ As primeiras vítimas destas medidas foram os trabalhadores portugueses que regressavam de França. Em Medina del Campo, onde se fazia o transbordo dos passageiros com destino a Portugal, eram colocados em vagões vigiados pela Guardia Civil, de onde não podiam sair durante oito ou nove horas, até ao reinício da viagem. Este tratamento desumano e inútil motivou protestos por

⁹ Tradução própria, cit. *in* Herring e Sattenspiel (2003, 158-159).

¹⁰ *Nota do revisor:* Ao referir-se à Peste, a autora reporta-se à peste bubónica que atingiu a Europa no século XIV provocando dezenas de milhões de vítimas.

parte de Portugal, que acusou a imprensa pró-germânica espanhola de provocar o pânico da gripe para prejudicar os aliados. Em qualquer caso, como afirmou o seu inspector-geral de saúde, a única nação que tinha todo o direito de chamar a gripe «espanhola» era Portugal, que tinha sido contagiado através da sua fronteira (Jorge 1919b). Nas principais estações de caminho-de-ferro espanholas foram impostos cordões sanitários onde os passageiros eram profusamente desinfectados e, se alguém estivesse visivelmente doente, era isolado e colocado em quarentena.

Estas medidas foram pouco eficazes, em primeiro lugar porque a infecção já estava presente no país e, em segundo lugar, porque não detecavam os doentes que estavam a incubar a doença ou que não apresentavam sintomas. Para se conseguir deter uma doença tão contagiosa como a gripe a nível local, teria sido necessário isolar milhares de doentes e colocar em quarentena todas as pessoas que tinham tido contacto com eles. Em 1918, a Espanha estava longe de ter a infra-estrutura sanitária necessária para realizar semelhante façanha. Essa infra-estrutura ainda não existe agora, em 2008, como se pode verificar pelos colapsos hospitalares que se dão por altura da epidemia anual de gripe.

Nos portos marítimos também se estabeleceram cordões sanitários. Toda a gente dos barcos que chegavam com algum doente com gripe era colocada em quarentena. Embora no geral não tivessem conseguido controlar a epidemia, houve excepções significativas.¹¹ É provável que esta tenha sido a causa da baixa mortalidade gripal que se verificou nas Canárias, em 1918.

Enquanto se desperdiçavam recursos em desinfecções inúteis e cordões fronteiriços ineficazes, o vírus percorria a geografia espanhola, transportado pelos movimentos dos trabalhadores que regressavam de França e dos recrutas que se dirigiam aos quartéis. O caminho-de-ferro foi, novamente, o elo principal de transmissão da pandemia.

Como assinala Rosenberg, verificamos que, ao longo da história, a maioria das comunidades demoraram a reconhecer uma epidemia. A população resiste a aceitar que recai sobre ela um perigo eminente que afecta a própria vida e influencia negativamente os interesses económicos e institucionais (Rosenberg 1992a, 280-282). Encontramos este comportamento em Espanha, durante a segunda vaga. Setembro é o mês das festas dos santos padroeiros e da vindima e, apesar de os cadáveres se começarem a acumular, as autoridades locais atrasaram a declaração oficial de

¹¹ O caso mais conhecido é o das ilhas do Pacífico que se salvaram graças às medidas de prevenção tomadas pelas autoridades australianas.

epidemia para que não afectasse as festas – que, por sua vez, serviram para expandir a doença pela região. Outra das razões evocadas pelas autoridades para explicar a demora foi a de que esta se devia à tentativa de evitar semear o pânico entre a população (Porras Gallo 1997a, 71-72).

Actualmente, sabemos que um alerta epidemiológico rápido é essencial perante o surgimento de infecções com potencial epidémico e que, para isso, é necessária a colaboração de todos os países. No entanto, a falta de transparência e a pretensão de evitar o custo económico que as medidas de controlo de infecções acarretam não são algo do passado. Os primeiros casos de SRA na China surgiram em Novembro de 2002, mas as autoridades chinesas esconderam a existência desta nova e grave doença pneumónica até Fevereiro de 2003, quando finalmente informaram a OMS. Por essa altura, a epidemia já tinha alastrado ao Vietname, Singapura, Hong Kong e Tailândia, no Sueste asiático, à Alemanha e à Suíça na Europa, e ao Canadá no continente norte-americano. Como se desconhecia o perigo desta nova infecção, num primeiro momento não se impuseram as medidas de isolamento necessárias nos hospitais. Esta foi uma das razões que levou ao contágio de um grande número de pessoal sanitário. Em finais de Março, uma equipa da OMS viajou para a China para investigar se a epidemia existente era a mesma que tinha surgido noutros países do Sueste asiático e descobriu que se tinha minimizado a gravidade da epidemia. As autoridades chinesas tinham informado que, entre 16 de Novembro de 2002 e 28 de Fevereiro do ano seguinte, tinham sido registados 305 casos e 5 mortes. A verdade era que, durante esse período, houve 792 casos e 31 mortes. A China pediu desculpa pelo encobrimento da epidemia e demitiu vários ministros do Governo. A partir dessa altura colaborou largamente com a OMS (WHO 2004).

Em Fevereiro de 2003, passageiros provenientes da Ásia levaram a SRA para o Canadá. Houve dois focos da infecção, um em Vancouver e outro em Toronto. Em Vancouver estavam informados do surgimento de uma nova doença pneumónica na Ásia e, com o primeiro caso, impuseram-se medidas de isolamento do doente e dos seus contactos. Pelo contrário, no Ontário, devido a um acumular de faltas e erros por parte dos organismos sanitários, entre eles a descentralização do sistema de saúde da província, a doença foi transmitida à comunidade, principalmente a partir dos hospitais e das clínicas de cuidados primários.

Em Abril de 2003, a OMS, finalmente consciente do perigo que se corria, colocou o mundo inteiro em alerta, impondo-se medidas de quarentena rígidas e restrições nas comunicações com os países do Sueste da Ásia, da China e do Canadá. Como a transmissão da SRA é moderada,

foi quase sempre possível conhecer a cadeia epidemiológica e isolar as pessoas que tinham tido contacto com os doentes. Em Toronto foram colocadas 23 103 pessoas em quarentena, um por cento da população da cidade (Lim *et al.* 2004, 702). Isto implica graves problemas logísticos e pode ser muito angustiante para os indivíduos afectados. A medida causou graves perdas económicas para quem se viu obrigado a abandonar os seus trabalhos ou negócios, e um terrível sofrimento para os doentes e moribundos que não contaram com o consolo das suas famílias. Mas serviu para travar a expansão da doença. No entanto, registaram-se múltiplos casos de pessoas que não cumpriram a quarentena e em Singapura, por exemplo, as pessoas que abandonavam a sua quarentena sem autorização foram ameaçadas com a prisão.

Assim, devido ao contágio moderado da SRA,¹² à existência de organismos internacionais de saúde eficazes e a um maior compromisso dos países afectados, foi possível debelar a epidemia, embora ainda surjam casos isolados de SRA.

A protecção do pessoal sanitário

«Na guerra, quem tem a espingarda na mão sabe que tem uma espingarda à sua frente; em contrapartida, nós não sabemos onde está o inimigo. Quando há uma epidemia, o médico tem de fechar os olhos e lutar. Se for contagiado: é esse o seu ofício, tal como o da Irmã da Caridade ou o da enfermeira.»¹³

Em Espanha, cento e quarenta e cinco médicos morreram vítimas da pandemia em 1918, e foram inúmeros os heróis anónimos, enfermeiras, freiras, sacerdotes e simples voluntários que arriscaram as suas vidas para dar assistência aos doentes.

Não havia médicos suficientes para atender o enorme número de casos; foi o que aconteceu, por exemplo, na povoação de Drieves, onde o médico, ao chegar, percebeu que nenhuma das dezoito pessoas que tinham falecido «tinham visto um médico passar pela sua cabeceira».¹⁴ O pessoal sanitário estava esgotado por excesso de trabalho, desprotegido contra a infecção e sem recursos terapêuticos eficazes para a combater.

¹² Ainda não são claras as formas de transmissão da SRA. Parece que não se transmite pelo ar, mas através de expectorações respiratórias significativas e matéria fecal.

¹³ Entrevista com o doutor Galo Leóz, sobrevivente da gripe de 1918, em Madrid, em 1991.

¹⁴ *La Medicina Ibero*, 9 de Novembro de 1918.

O que se poderia esperar no ano de 1918 e num país cujo nível sanitário estava entre os piores da Europa? Mas, em 2003, no Ontário, o pessoal sanitário também se sentiu indefeso perante a SRA. Dos 375 casos registados nessa província, 72% foram infectados nos meios hospitalares ou de cuidados primários e 45% era pessoal sanitário. A epidemia colheu Toronto de surpresa. Os hospitais careciam de equipamentos suficientes, tais como máscaras e luvas para a protecção dos trabalhadores. O pessoal sanitário não tinha sido preparado para o controlo de infecções e houve negligência no contacto com os doentes (Lim *et al.* 2004, 698-699).

A comissão investigadora criada em resultado do fiasco epidémico na província de Ontário concluiu que o elevado número de doentes entre o pessoal médico se deveu ao claro declínio das instituições provinciais de saúde pública. Um exemplo desta descoordenação residiu no facto de se ter aconselhado a população a dirigir-se às clínicas de cuidados primários no caso de detectarem sintomas eventuais de SRA, sem que os médicos fossem informados sobre os procedimentos e protocolos a seguir e sem terem sido distribuídos os meios necessários para proteger o pessoal sanitário, dada a sua escassez.¹⁵

Algumas razões para ter esperança

É indiscutível que o futuro trará novas doenças infecciosas e sobretudo uma pandemia de gripe. Todavia, estaremos melhor apetrechados do que em 1918. Em primeiro lugar, existem poderosos organismos internacionais de vigilância epidemiológica que darão o alerta e informarão sobre os protocolos a seguir. Em segundo lugar, o conhecimento científico avançou muito desde 1918.

Na Primavera de 1918, a Real Academia de Medicina de Espanha teve poucas dúvidas de que a epidemia em causa era de gripe, devido ao enorme poder de difusão e aos sintomas que apresentava. No entanto, quando a segunda vaga começou, a gravidade dos sintomas, os casos de morte fulminante (pneumonia gripal primária) e as complicações bacterianas mortais fizeram com que muitos duvidassem que a gripe fosse a causa da epidemia. Como o inspector de saúde de Orense escreveu, «os sintomas são tão horríveis que se confundem com a peste pneumónica» (Parada Justel 1919, 1).

¹⁵ V. *SARS Commission Executive Summary* (2006a e b).

Além disso, o bacilo de Pfeiffer, então considerado como o agente etiológico da gripe, não estava presente num importante número de casos analisados nos laboratórios, pelo que não se podia afirmar que ele fosse a causa. Os médicos não chegaram a um consenso para atribuir esse papel a nenhum outro germe. Como tal, não houve possibilidade de fabricar uma vacina específica contra a gripe. Por outro lado, não havia, na altura, um microscópio com potência suficiente para ver os vírus.

Só em 1930 foi possível identificar o primeiro vírus da gripe de origem suína A/swine/Iowa/30 (H1N1). Posteriormente, foi comprovado através de análises serológicas feitas a sobreviventes da pandemia, que o vírus de 1918 estava relacionado com este vírus suíno.

Em finais do séc. XX, quando todos pensávamos que o vírus de 1918 seria uma incógnita para sempre, o investigador do Instituto de Patologia das Forças Armadas dos Estados Unidos Jeffrey Taubenberger e os seus colegas conseguiram recuperar partículas víricas de tecidos de soldados e do cadáver congelado de uma mulher inuit que tinham morrido vítimas da pandemia. Investigações posteriores permitiram reconstruir a sequência completa do genoma do vírus.

Oitenta e cinco anos depois da gripe espanhola, graças aos avanços da ciência e à união de recursos e experiências entre cientistas de todo o mundo, foi possível fazer o isolamento do coronavírus causador da SRA, a sua descodificação genética e o desenvolvimento de um exame diagnóstico em apenas um mês.¹⁶ Nas palavras do director da OMS, Heymann: «Estes directores de laboratório puseram de parte o benefício, o prestígio e o orgulho nacional para trabalharem juntos com o objectivo de passarem para o domínio público esta informação tão necessária para conhecermos esta doença. E isso foi feito num tempo recorde.»¹⁷ Isto significou, portanto, uma grande vitória médica. Basta recordar que, na década de 1980, foram necessários dois anos para identificar o vírus da imunodeficiência humana (SIDA).

Outro sinal de esperança é que, actualmente, contamos com antibióticos para combater as infecções bacterianas e antivíricos para prevenir infecções virais em caso de epidemias. Em 1918, a luta foi muito desigual e os médicos ficaram impotentes perante a virulência da pandemia.

¹⁶ *The Lancet Infectious Diseases* (2004, 651).

¹⁷ Cit. in Kay (2003).

Discussão e reflexão final

A aposta dos organismos sanitários mundiais, no caso do aparecimento de qualquer doença infecciosa nova e em especial se se tratar de um novo vírus da gripe com capacidade pandémica, reside na sua detecção cedo. A batalha visará atrasar a sua expansão para haver tempo para fabricar uma vacina.¹⁸

No entanto, existe o perigo de os interesses nacionais se sobreporem aos da saúde mundial. O atraso no reconhecimento do surgimento de uma nova epidemia é um risco grave. Em 1918 fez-se um esforço muito grande para ocultar a presença da doença nos países beligerantes e, em 2002-2003, a China escondeu novamente, durante vários meses, o surgimento da SRA. Se as razões bélicas predominaram em 1918, durante a SRA foram os interesses económicos. É preciso ter em conta que os efeitos socioeconómicos de um alerta epidémico dificilmente serão suportados em países com escassos recursos e devem ser contrabalançados com a ajuda internacional.

O risco agrava-se devido a grande parte do mundo não contar com uma infraestrutura sanitária nem sistemas de comunicação adequados. Na China, por exemplo, depois da SRA fez-se um grande esforço para modernizar o sistema sanitário mas, no meio rural, os centros de saúde continuam a sofrer um atraso tecnológico de séculos, e não existem sistemas de vigilância.¹⁹ A situação noutras regiões (por exemplo, em algumas regiões africanas) é ainda pior.

Por outro lado, a falta de recursos económicos e sanitários tem sido e será um factor determinante para a evolução de uma catástrofe epidemiológica. Estudos feitos com base nas correlações realizadas entre rendimentos e mortalidade durante a pandemia de 1918 indicam que, se aparecesse um vírus de gripe tão agressivo, causaria a morte de sessenta e dois milhões de pessoas no mundo, residindo 95% das vítimas nos países em vias de desenvolvimento (Murray *et al.* 2006, 2211-2218; Ferguson 2006).

O sofrimento em países pobres será terrível. Perante uma pandemia de gripe com as características da de 1918, carecerão de médicos suficientes para atender os inúmeros doentes e de uma infra-estrutura hospitalar capaz de os isolar. Com milhões de pessoas doentes, será difícil manter

¹⁸ Actualmente, demora-se seis meses para fabricar uma vacina contra uma nova estirpe gripal.

¹⁹ *The Lancet Infectious Diseases* (2004, 651).

as comunicações, proteger a segurança dos cidadãos, cuidar, alimentar os doentes e manter uma higiene mínima, mesmo em comunidades muito organizadas.

É verdade que a utilização de antibióticos e antivíricos inibidores da neuraminidase pode ajudar a reduzir a mortalidade. De facto, já está em curso uma triste corrida entre os países mais ricos para controlar as doses milionárias destes medicamentos. O que irá acontecer aos países menos desenvolvidos?

Na sua obra *A Peste*, Camus adverte-nos que os felizes habitantes de Orão «julgavam-se livres e ninguém será livre enquanto existirem epidemias» (Camus 1996, 329). Também nós, cidadãos satisfeitos de países desenvolvidos iremos sofrer. Cálculos realizados pelo Instituto Real El Cano indicam que, no caso de haver uma pandemia de gripe em Espanha, mesmo que seja considerada relativamente «benigna» como a de 1969, a morbidade seria pelo menos de 30%, ou seja, cerca de 13 milhões de espanhóis teriam de se manter acamados, o que poderia paralisar as provisões e as comunicações. Destes, quase metade dirigir-se-iam a algum tipo de centro sanitário, primário ou hospitalar.

É oportuno perguntar como funcionariam os organismos sanitários debilitados pela ausência de 30% do seu pessoal. No mesmo estudo, neste cenário mais optimista, a mortalidade máxima rondaria os 30 000 mortos, mas, no caso do cenário mais grave – de uma pandemia com características de virulência semelhantes às de 1918 –, as mortes oscilariam entre 250 000 e 500 000 (Sandell 2006).

Nos últimos anos temos visto como a OMS e os CDC colocaram o mundo em alerta face ao surgimento da gripe das aves e sua possível mutação para um vírus transmissível ao homem.²⁰ Para alguns, a reacção destes organismos foi exagerada, semeando o pânico e causando perdas de milhares de milhões de dólares nos países envolvidos. É possível que o H5N1 não sofra as mutações necessárias para poder infectar o homem, mas a história ensinou-nos que as pandemias de gripe aparecem com certa regularidade. O público deve estar informado e os organismos sanitários preparados. Talvez não aconteça este ano ou no próximo, e poderá não ser tão agressiva como a de 1918, mas é inevitável.²¹

²⁰ Nota do revisor: CDC significa Centers for Disease Control and Prevention, um organismo governamental norte-americano.

²¹ Nota do revisor: o texto foi escrito em 2008, antes da pandemia de gripe A em 2009.

Paula Castro
Maria Luísa Lima
José Manuel Sobral
Paulo Silveira e Sousa

Capítulo 8

Gripe pneumónica em Portugal: tensões, controvérsias e incertezas de uma época de transições

Objectivos e documentos consultados

A gripe pneumónica foi uma das pandemias mais mortíferas do século XX (Phillips e Killingray 2003b). Durante os anos de 1918 e 1919 as suas assustadoras taxas de mortalidade ensombraram ainda mais um mundo já devastado pela I Guerra Mundial. Em Portugal difundiu-se entre Maio de 1918 e os primeiros meses de 1919. Se nas primeiras semanas o seu impacto foi pouco visível, a mortalidade que provocava cresceu depois sem parar e atingiu o pico no Outono de 1918. Nestes curtos meses a doença marcou presença por todo o país e provocou um número de vítimas esmagador e muito superior ao de outras epidemias que eram, na altura, quase endémicas no nosso país (v. capítulo 14 de Sousa, Sobral, Lima e Castro neste volume). Para se entender a dimensão da mortalidade que provocou, bastará recordar que a pneumónica foi responsável pela única inversão relativa da taxa de mortalidade e natalidade que ocorreu em Portugal no período entre 1886 e 1993. No entanto, paradoxalmente, a gripe pneumónica de 1918-1919, conhecida também como influenza ou gripe espanhola, foi ainda pouco estudada por historiadores e cientistas sociais. Podemos pôr a hipótese de esta relativa escassez de estudos se dever ao facto de nela confluírem e se entrecruzarem diferentes tipos de dificuldades, que fizeram com que as respostas à epidemia se tivessem caracterizado mais pelo fracasso do que pelo sucesso.

Porém, como o interesse da influenza é evidente, quer enquanto observatório de saúde pública, quer enquanto observatório do impacto que podem ter as controvérsias e incertezas científicas sobre a resposta social

às epidemias, neste texto exploraremos precisamente a hipótese de que esta pandemia foi particularmente difícil de entender e de gerir porque nela confluíram várias linhas de transição e de mudança. Do lado da ciência médica, ao desconhecimento do agente infeccioso – testemunho de uma ciência em transição – juntou-se quer a consequente controvérsia entre os médicos portugueses sobre a natureza da doença, quer a notória insipiência dos tratamentos. Por sua vez, do lado da saúde pública, à insipiência do novo modelo de governação da saúde/doença que viria a caracterizar o século XX, e que estava ainda em vias de instalação, juntou-se o facto de também se encontrar apenas em esboço, e muito longe de consolidada, a nova subjectividade com que a saúde viria a ser entendida no quadro de um projecto individual de cuidado de si (*souci de soi*) (Foucault 1982).

A partir destas propostas sobre a particular dificuldade desta pandemia, tentaremos, nas secções que se seguem, enriquecer a discussão com base nos materiais da época que sobre ela recolhemos e consultámos: (1) notícias sobre a gripe nos jornais *O Século*, *A Capital*, *O Comércio do Porto* e *O Mensageiro*, no período compreendido entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919; (2) revistas médicas e teses de doutoramento desses dois anos; (3) os *Relatórios Oficiais* de balanço da pneumónica que recenseámos; (4) os textos que Ricardo Jorge publicou sobre a pneumónica. Com base neste conjunto de fontes, esboçaremos primeiro as dificuldades de natureza médica e depois as que são relativas à gestão da saúde pública e ao menor ou maior apelo que esta faz à intervenção da comunidade e da sociedade civil.

Linhas de dificuldade e transições na pneumónica

O desconhecimento do agente da doença

Como foi dito, a doença coincidiu, antes de mais, com um momento em que o conhecimento científico quanto ao agente infeccioso se encontrava numa fase de transição. Não houve, por isso, nem entre a comunidade médica nem do lado das autoridades sanitárias, uma posição consensual quanto à natureza da doença. Esta situação terá determinado que tanto uns como outros tivessem uma reacção algo retardada no início da epidemia, e que, tal como noutros países (Loeb 2005; Tognotti 2003), também em Portugal tivessem estado em discussão, durante o período

agudo da epidemia, posições muito divergentes quanto ao seu possível agente causador.

Afirmar que o conhecimento científico da época conhecia uma fase de transição significa genericamente apontar para o facto de que atravessava um período em que os instrumentos e conhecimentos estavam prestes a desembocar na capacidade para isolar o vírus, mas ainda não o tinham conseguido. Isso só veio a ocorrer na década de 1930, quando os vírus foram não apenas isolados, mas puderam também ser vistos e fotografados graças ao novo microscópio electrónico (Crosby 1993). Em 1918-1919 havia apenas suspeitas de que se tratava de um vírus. Da existência destas suspeitas, com as quais conviveram as controvérsias reinantes, e do facto de se terem manifestado no período da epidemia, atestam as teses de doutoramento da época. A título de exemplo, veja-se como se expressa uma delas: «há hoje uma grande tendência para acreditar que se trate de um micro-organismo filtrante, que tenha escapado aos nossos meios de investigação» (Campos 1919, 23). Porém, as suspeitas e incertezas científicas têm dificuldade em formatar respostas públicas institucionais, ainda mais quando é necessário que estas sejam rápidas, como acontece nas epidemias. Assim, as suspeitas de que poderia tratar-se de um vírus não deram de facto forma às respostas públicas, que apenas se puderam socorrer da epidemiologia e da bacteriologia.

Porém, nem a epidemiologia, ciência antiga e com créditos bem estabelecidos em outras epidemias, nem a bacteriologia, cujo recente sucesso havia sido fulgurante, podiam realmente ajudar. A epidemiologia, neste caso, apenas era capaz de ajudar pela negativa, ou seja, contribuía apenas para eliminar certas causas como improváveis (por exemplo, mosquito do Dengue, uma causa que foi discutida), mas não tinha capacidade para dizer qual era a causa actuante. Ora, face a uma mortalidade tão rápida e tão fulminante, a eliminação de causas não se mostrava, como é evidente, uma ajuda de grande relevância.

Por sua vez, a bacteriologia, ciência nova e que havia conhecido um sucesso tão recente como notável (Latour 1983; Crosby 1993), também não estava a ser capaz de dar resposta. Este falhanço era particularmente frustrante, pois o fulgurante desenvolvimento dos conhecimentos bacteriológicos da época e a consequente capacidade de produção de vacinas tinham permitido encarar as epidemias com outra confiança na capacidade de sucesso no seu controlo. Em consonância com esta ideia, outros investigadores fizeram notar (v. capítulo 10 de Porras Gallo neste volume) o desejo ardente com que a comunidade médica em alguns países pediu à bacteriologia uma resolução para a epidemia em forma de vacina.

No nosso país, foi já depois de passado o período crítico da mortalidade associada à doença que a comunidade científica assumiu de forma mais consensual que as bactérias seriam agentes associados da influenza, os quais, trazendo embora oportunistamente mais complicações, muitas vezes mortais, não eram porém os agentes causais. No entanto, esta conclusão não se deu sem acesos debates sobre qual seria o agente causador da doença, quais as suas formas de contágio e a sua designação. Foram assim muito discutidos na literatura médica portuguesa possíveis agentes como o bacilo de Pfeiffer, o agente infeccioso da febre papataz e todo o tipo de bactérias: estreptococo, pneumococo, pneumobacilo, estafilococo. De entre todos estes, e tal como noutros países,¹ terá sido o bacilo de Pfeiffer aquele que gerou discussões mais intensas. Como se compreende, estas incertezas e controvérsias nada fizeram para melhorar e apressar a resposta médica nem para sossegar a incipiente opinião pública, tanto mais que chegaram a manifestar-se nos jornais. Nesse período encontramos na imprensa sete artigos acerca das controvérsias científicas e das incertezas quanto ao agente da doença.

Quanto a Ricardo Jorge, na altura director-geral de saúde, bateu-se desde muito cedo pela adopção da designação de *influenza* para a pandemia e a sua posição relativamente ao agente infeccioso foi determinante para o fechamento, ainda que algo tardio, das discussões em torno dos agentes infecciosos. Logo em 1918 Ricardo Jorge foi claro quanto a assumir a insuficiência da bacteriologia para lidar com a epidemia reinante: «Tudo mostra que a bacteriologia da infecção gripal há que estudá-la e refazê-la; neste interim, nenhum elemento característico pode fornecer para o diagnóstico» (Jorge 1918a, 10). Com base nesta posição, as designações de gripe ou influenza impuseram-se, e são as que encontramos na imprensa. No entanto, a grande incerteza quanto à natureza da doença parece de facto ter sido um dos factores que tornou mais lenta a resposta à epidemia.

A insipiência dos tratamentos

A incerteza que perturbou a ciência médica e sua resposta teve uma consequência óbvia: a incipiência dos tratamentos oferecidos. Recenseámos na literatura das revistas da especialidade e nos relatórios oficiais ela-

¹ A amplitude do debate à volta do bacilo de Pfeiffer levou mesmo alguns autores a comentar que o papel deste na epidemia foi o de levar os «os cientistas a desperdiçar muito tempo para descobrir a sua insignificância» (Crosby 1993, 810).

Quadro 8.1 – Tratamentos utilizados na influenza

Acetato de amónio	Adrenalina
Álcool sob a forma de poção de Todd e envoltimentos húmidos de álcool e água	Amoniacais e estimulação difusiva com amoniacaais e álcool
Antiespasmódicos	Antissépticos respiratórios
Antitérmicos: fenacetina, aspirina	Aplicação de ventosas de fixação
Auto-seroterapia	Clister
Cataplasmas sinapizadas	Colargol em injeções e Electrargol
Clisteres com soro de Schiazzi	Injecção de óleo canforado
Inalações mentoladas	Oxigénio
Iodo	Poção de carbonato de amónio
Quinino e medicação quino-amoniacal	Poções alcoólicas
Papas de linhaça	Sangria
Poção de Jacoud	Supurações de abcessos
Soro: glicosado e glicosado isotónico	Terebintina
Tonicardíacos: cafeína, esparteína, estricnina e óleo canforado	

borados na altura da epidemia uma lista dos tratamentos utilizados (v. bibliografia), que não se pretende exaustiva mas apenas representativa, e que apresentamos no quadro 8.1. Como se poderá inferir, o seu tamanho não tem qualquer paralelo com a eficácia dos tratamentos, que eram meros paliativos.

Face a este panorama, é impossível não concordar com o comentário autocrítico que um médico da época, ainda no rescaldo da mortalidade de 1918, viria a fazer: «O tratamento da Grippe – avemos [sic] de concordar – não faz parte dos que enchem de prestígio a medicina.» (Martins 1919, 59) De facto.

A incipiência do novo modelo de governação da saúde

O período que decorre entre a Revolução Francesa e a I Guerra Mundial é determinante para o advento de um grande conjunto de transformações na área da governação da saúde (Porter 1993). Por toda a Europa, os Estados e as instituições médicas irão envolver-se em reformas sem precedentes (Fox 1993), que darão origem a uma larga rede de apoio às acções de saúde pública. Estas transformações estruturais são justificadas por vários pressupostos, muitos deles ligados às ideias sanitárias e higienistas que relacionam a higiene e a sanitização com a saúde (Porter

1993). As reformas irão exigir alterações também nas mentalidades, ou nos modos de cada um entender o que é a saúde e como cuidar dela. Assim, é nesta época que a saúde começa a deixar gradualmente de ser vista como um bem que Deus oferece ou retira de acordo com os seus designios superiores e tornar-se-á cada vez mais claramente «uma tarefa produtiva, um projecto individual» (Beck-Gernshein 2000), que se tem que tomar em mãos de forma continuada. Esta tendência irá acentuar-se de forma crescente, e no final do século XX estará consolidada num entendimento da saúde como projecto de preocupação consigo (*souci de soi*) (Foucault 1982), que irá implicar ao mesmo tempo que a saúde seja cada vez menos uma questão de natureza privada, da responsabilidade de cada um, para passar a ser uma obrigação face a todos os outros (Beck-Gernshein, 2000).

Com a gradual retirada de Deus das questões da saúde dá-se uma reordenação, também muito gradual, das responsabilidades para com ela (Porter 1993), e que irão ser redistribuídas por três vértices: Estado, ciência e população. Esta redistribuição produz uma remodelação nas formas de articulação entre o Estado e os indivíduos (Foucault 1982), e reorganiza as fronteiras do público e do privado no tocante a dois grandes aspectos: (1) por um lado, o facto de a saúde e a higiene passarem a ser assumidas pelo Estado faria perder terreno às instituições e formas de caridade privadas; (2) por outro, a necessidade de os Estados normalizarem as acções e decisões quanto à higiene e sanidade de populações em crescimento pressupõe um tipo de governação que necessita que as leis e obrigações venham, com o tempo, a funcionar mais como normas internalizadas do que como proibições ou imposições vindas do exterior (Rose 1996; Rutherford 1999). Esta «privatização» da lei funda-se em dois aspectos que se articulam: o facto de cada cidadão ter um «estatuto de delegado» da própria lei, ser um seu «agente», e a existência de uma série de conhecimentos especializados que definem e ensinam porque é que é bom e correcto aceitar as leis, as proibições e as obrigações emanadas do direito e como fazê-lo (Foucault 1982; Rutherford 1999), e que concorrem no sentido de dotar estas de um significado concreto.

Na área da saúde e da doença esta lógica significa que a governação não pode ser feita apenas por estruturas oficiais e instituições de peritos, mas que necessita da colaboração da consciência individual: aquela internalização só pode ter pleno sucesso se forem criadas também novas subjectividades, ou novas formas de pensar sobre si e os outros mais compatíveis com as novas leis, obrigações, proibições e saberes (Rose 1996). Estas novas formas de pensar sobre si e sobre os outros, organizadas em torno de novas representações sociais do corpo, da doença, do trata-

mento e das responsabilidades pela saúde, irão fornecer um suporte de significado para as novas práticas. Elas irão também legitimar a penetração das autoridades sanitárias no espaço privado dos indivíduos, para controlar a sua higiene em nome da necessidade de lhes impor certos comportamentos, enquanto os mecanismos de responsabilização pessoal de cada um não sejam interiorizados. Claro que esta legitimação da intromissão das autoridades só pode ter eficácia se houver nas sociedades um consenso mínimo e se alguns dos seus membros reivindicarem já os novos comportamentos – instituídos como deveres no espaço público e no privado – como uma obrigação de cada um, com o argumento de afectarem o direito à saúde de todos.

Ora, na época da pneumónica, o caminho que havia de desembocar neste estado de coisas estava ainda bem longe da consolidação. Com efeito, está associada à governação da saúde a terceira das transições que identificamos como relacionada com a dificuldade em gerir a epidemia de 1918-1919. As questões da saúde neste período ilustram bem os problemas associados a mudanças sociais que implicam a integração de um conjunto normativo novo nas sociedades, modificando a vários níveis e em vários sistemas as representações da sociedade, e evidenciando que a generalização da mudança é um processo que se dá muito lentamente e por etapas que vão atingindo diferentes grupos em diferentes momentos do tempo.

Vejamos então, na altura da pandemia e no que respeita à governação da saúde, em que situação se encontram os três vértices aqui envolvidos – Estado, ciência e população. É inegável que, quanto aos dois primeiros, havia já grandes desenvolvimentos relativamente ao século anterior. Regista-se já uma clara intervenção do Estado, através do recurso à legislação e a uma rede relativamente organizada de estruturas de saúde pública – autoridades sanitárias, hospitais e universidades estatais e um esforço de vacinação. Acresce que, com a reforma da administração da saúde em 1901, o saber médico e especializado passara claramente a presidir a todos estes serviços e estruturas (v. capítulo 2 de Sobral, Sousa, Lima e Castro neste volume). A simples leitura da biografia de Ricardo Jorge, a figura mais central da saúde pública da época, situada entre o final do século XIX e meados do XX, demonstra em si mesma a existência formalizada de médicos municipais (função que desempenhou no Porto), de estatísticas sanitárias mensais (que instituiu), de Institutos Centrais de Higiene, Inspeções-Gerais de Serviços Sanitários e Direcções-Gerais de Saúde (postos que sucessivamente ocupou).

Verifica-se, assim, que os peritos médicos e paramédicos têm lugar nas estruturas do Estado, em corpos estabilizados, cujas funções já ultrapas-

sam em muito a supervisão do poder de Deus. No entanto, não é a mera existência das leis nem a de organismos de peritos com a missão de as fazer cumprir que assegura integralmente o seu cumprimento (Castro e Batel 2008). À época da pandemia a população não interiorizara ainda as novas obrigações sanitárias. Ao mesmo tempo, é também necessário considerar que a própria noção de «população» era um conceito relativamente novo e ainda insuficientemente teorizado. A Revolução Francesa e o surgimento da República, o nascimento dos Estados modernos, o aumento demográfico e a explosão urbana associada à industrialização, são factores que se conciliam a partir de inícios do século XIX (Wallerstein *et al.* 1996) para virem a tornar a noção de população um elemento-chave na compreensão das transformações em curso nas sociedades. No entanto, quem é esta população e como conceptualizá-la? Será composta por indivíduos singulares, por comunidades de proximidade «cara a cara», por grupos de referência? Integrará as elites? Que papéis e responsabilidades lhe estarão reservados? Todas estas são ainda questões em aberto. São, porém, questões que se irão colocar de forma premente e que levarão os Estados a instigar as ciências sociais a desenvolverem-se para os ajudar na governação deste novo grupo (Wallerstein *et al.* 1996).

Como em todas as transições, a governação da saúde e do corpo impunha, naquele período, a necessidade de escolher entre modelos diferentes para a sua implementação prática: (1) um modelo possível era o que supunha a intensificação da relação directa Estado-ciência-indivíduo, passando a saúde a tomar-se em grande parte, ou quase exclusivamente, uma questão de gestão pública estatal sobre os indivíduos, guiada pela ciência; neste caso, a população seria entendida como um somatório de indivíduos; (2) um outro modelo supunha, por sua vez, que a gestão da saúde deveria passar pelo reforço das relações indivíduo-comunidade, e pela intensificação das relações de proximidade e vizinhança e do papel destas relações quer na regulação de comportamentos, quer na ajuda e apoio na doença e na prevenção desta. Este segundo modelo implicaria uma assistência (também) domiciliária e um maior envolvimento da sociedade civil, bem como uma gestão mais descentralizada e um maior investimento em estruturas de apoio com base na proximidade.

Situação na época da pneumónica

Qual era então o quadro que podemos identificar à época em a pandemia se declara? Com clareza, há indícios de que: (1) o debate relativo àqueles dois modelos de governação ainda era incipiente no nosso país, ou es-

tava mesmo por fazer; (2) a resposta à doença foi extremamente centralizada, no formato do primeiro modelo – Estado-ciência-indivíduo – e pouco apoiada nas potencialidades da comunidade; (3) a doença, no entanto, mobilizou a sociedade, que não deixou de se organizar para ajudar, e isso terá mesmo contribuído para reforçar a afirmação de novos tipos de associações da sociedade civil, como a Cruz Vermelha e os bombeiros; (4) a implicação dos indivíduos na auto-regulação para a higiene e para a saúde estava ainda pouco difundida, como seria de esperar numa população analfabeta, pobre e castigada – ainda mais que o costume – pelas dificuldades específicas deste período (como se salienta, por exemplo, nos textos de Sobral e colaboradores, Sousa e colaboradores, Girão e Frada neste volume); (5) no entanto, já existiam vozes que pediam essa regulação, e a intervenção no espaço privado em nome da higiene e da saúde era vista como legítima, legitimidade essa que a pandemia reforçou ainda mais.

Nas secções que se seguem iremos salientar e exemplificar os pontos acima enunciados, recorrendo sobretudo à análise da imprensa e aos relatórios oficiais de balanço da epidemia. Mostraremos como nos jornais da época há já cartas de leitores que apelam à governação da saúde como um direito, exercendo sobre os seus concidadãos uma pressão social indispensável, a longo prazo, para a internalização dos novos comportamentos de higiene. Porém, como estes novos traços são obviamente minoritários, a análise dos documentos procura sobretudo destacar o modo como estes processos de transformação normativa das sociedades ocorrem a longo prazo e como precisam de convocar várias contribuições convergentes. Mostraremos ainda que a sociedade se envolveu em várias frentes e que o modelo centralizado Estado-ciência-indivíduo não ficou isento de críticas.

Por fim, este texto encerrará com uma síntese em que serão discutidas quais as incidências na resposta à epidemia de todas as dificuldades que fomos mencionando – uma ciência em transição, uma governação da saúde em transição e uma nova subjectividade face à saúde ainda por consolidar.

A epidemia na imprensa

Uma nova subjectividade face à saúde e à higiene

Tal como mencionado, a imprensa da época foi analisada entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919, consideradas as duas datas-baliza das vagas mais intensas de mortes devidas à pneumónica. Analisámos a imprensa

Quadro 8.2 – Classificação das peças sobre gripe publicadas na imprensa entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919

Frequência	Percentagem face ao total	
Artigo de opinião de não jornalistas	4	1,2
Artigo de opinião de jornalistas	23	6,7
Notícia	75	21,9
Nota	131	38,2
Publicidade	47	13,7
Nota da Direção-Geral de Saúde	51	14,9
Carta de leitor	9	2,6
Notas com contagem de mortes	3	0,9
Total	343	

generalista e ainda o jornal *O Mensageiro*, um órgão influente da Igreja católica. O quadro 8.2 tipifica as peças que são publicadas e destaca aquelas que se devem a leitores – através das quais é de algum modo concedida voz à opinião pública – e que por isso nos servem para ilustrar o seu tipo de envolvimento durante a pandemia. O quadro mostra que em nove meses de pandemia foram apenas publicadas nove cartas de leitores e quatro artigos de opinião de não jornalistas, o que nos permite concluir, como aliás seria de esperar face à elevada percentagem de analfabetismo (70%), que não foi intensa a participação da sociedade por esta via.

No entanto, é interessante uma análise do que é dito nessas cartas, na medida em que revela que elas são já um factor de pressão social, dando apoio e expressando um desejo de governação da higiene e da saúde consonantes com o que dissemos sobre a existência de alguma penetração social dos novos conjuntos normativos higienistas.

Nestas cartas e artigos de opinião, a governação da saúde é já claramente solicitada como um direito e é já em função deste direito que a penetração dos agentes estatais no espaço privado dos indivíduos é assumida como legítima. Vejamos dois exemplos:

Agora que tanto se trata da limpeza das ruas e da sua lavagem e desinfecção venho pedir a v. para que advogue no seu muito lido e apreciado jornal que a polícia sanitária faça uma rigorosa visita as escadas e saguões da Baixa, para observar que na generalidade as escadas não só não são varridas como se passam meses e meses sem serem lavadas. [...] É mister que a polícia sanitária vá até aos andares superiores observar o que ali se vê [...] (Mathias Beça, *A Capital*, 21 de Outubro 1918).

Escreve-nos o sr. António Pinto para que chamemos a atenção das autoridades sanitárias para os verdadeiros focos de infecção que são algumas casas

de hóspedes e as denominadas «da malta», onde a limpeza é coisa desconhecida. Não é só lavando as ruas e deitando nelas desinfectantes que se consegue atalhar o mal [a epidemia]. É necessário que os subdelegados de saúde façam visitas às escadas e saguões assim como a essas casas, que abundam pela Baixa, por Alfama e pela Mouraria, principalmente. (*A Capital*, 3 de Novembro de 1918)

Como se torna notório, em ambos os extractos há um pedido para que as autoridades sanitárias entrem no espaço privado para que preservem a limpeza, a higiene, e através desta a saúde. A higiene, a limpeza e a saúde são convocadas como direitos de todos, ou públicos, que a epidemia vem evidenciar ainda mais. É pois em função destes direitos que o controlo dos comportamentos daqueles que os violam pode ser reivindicado como legítimo, mesmo no espaço privado. Esta formulação da higiene e da saúde como direitos e a sua reivindicação são, aliás, apresentadas com recurso a um formato retórico recorrente no nosso país, que é o da comparação com «outros países mais civilizados» ou, como se diz no extracto seguinte, outros países onde «a saúde, a vida dos cidadãos, merecem cuidados»:

Não se tem procedido, ao que nos conste, ao que de mais elementar sobre o assunto se põe em acção nos países onde a saúde, a vida dos cidadãos, merecem cuidados. Não se lavam, de modo proficuo, as ruas e as praças da capital; não se procede ao lançamento de desinfectantes nas sarjetas. No centro da Baixa, atrás do Teatro de Dona Maria, existe um verdadeiro foco de infecção. [...] quando faz sol levantam-se ali nuvens compostas de moscas, mosquitos, melgas e outros insectos que [...] constituem, como se sabe, um poderoso elemento de propagação de males epidémicos (*A Capital*, 8 de Outubro 1918).

Como o extracto mostra, a epidemia é também uma forma de argumentar a favor de alterações que conduzam a uma maior higienização e a favor de uma maior vigilância social que a garantisse. Simultaneamente, o extracto também indica a existência de algum consenso sobre as questões da higiene e sobre a sua relação com a saúde e o muito que ainda há a fazer neste domínio. Neste sentido, tal como temos vindo a salientar, realça a incipiência de um novo modelo social – em que a higiene e a saúde deverão ser da responsabilidade de cada um – e permite constatar que tal incipiência é uma dificuldade acrescida na gestão da gripe pneumónica.

A participação e empenho da sociedade civil

No entanto, o facto de a população, na sua maioria, não parecer estar ainda alinhada com o novo modelo em que a higiene e a saúde são uma responsabilidade de cada um, não significa que ela não estava em transformação. Pelo contrário, não só se estava a transformar como apresentava capacidade para se organizar em acções e associações de ajuda e intervenção. De facto, a população envolveu-se. E podemos dizer que a epidemia constituiu um momento em que se assistiu a diversos apelos para que a sociedade civil – compreendendo indivíduos particulares, elites, mas também associações cívicas e comerciais – tomasse sobre si certas responsabilidades. Neste sentido, a epidemia, como outras situações de emergência, foi também uma oportunidade para a própria sociedade se reconfigurar e repensar. Esta é outra das dimensões que a imprensa da época torna evidente e que também ajuda a caracterizar a forma como a população lidou com a gripe. O extracto seguinte mostra mesmo como esse envolvimento pode ser já solicitado como um dever:

Sou um pequeno commerciante [...] Mas dentro das minhas posses, eu vou sempre concorrendo com o que posso a favor dos desgraçados. Mas o que fazem as Associações Comercial, Industrial e dos Lojistas? [...] Porque se não juntam essas três Associações e não pedem a todos os seus associados uma quotização mensal que, estou certo, todos dariam na medida das suas forças, e não se abrem cozinhas onde os pobres, por insignificante quantia, possam obter as suas refeições? [...] Sou sócio da Associação Comercial [...] E se este meu alvitre de alguma coisa servir, a minha quotização mensal de esc. 5\$00 fica desde já estabelecida. (M. N. J., *A Capital*, 22 de Outubro de 1918)

Para além de pedidos, como o que é proposto acima, houve de facto acções e mobilização. Recorrendo uma vez mais à análise da imprensa no período mencionado, podemos ver que no total de 343 notícias referentes à pneumónica existem várias menções a acções, quer individuais quer de membros organizados da sociedade. Apresentam-se, de seguida, alguns exemplos dessas acções e indica-se a frequência com que são mencionadas nos jornais consultados.

A contribuição dos bombeiros é mencionada em 42 notícias. Estas destacam três grandes tipos de missões que são da sua responsabilidade: o transporte de doentes e mortos, área em que se distinguiram, a desinfecção da cidade, a organização de bandos precatórios para recolher doativos a distribuir pelos epidemiados e suas famílias. Também as acções da Cruz Vermelha recebem destaque na imprensa. As 39 referências que

Quadro 8.3 – Exemplos de subscrições abertas pela sociedade civil para ajuda às vítimas da epidemia e suas famílias

Comissão do pessoal dos Correios e Telégrafo abre subscrição para apoio às vítimas da epidemia	Subscrição aberta pelo Banco Ultramarino remete donativos para Cabo Verde
Jornal <i>O Século</i> subscreve para comissão de socorros	Banco de Portugal faz subscrição
Comissão de particulares realiza festa em favor de subscrição nacional	Subscrições da Sociedade de Instrução Militar
Subscrição da Caixa Geral de Depósitos	Subscrição aberta pelo jornal <i>Diário de Notícias</i>
Abertura de subscrição pela Junta de Paróquia de Benfica	Director da Alfândega de Lisboa abre subscrição
Grémio Lafonense abre subscrição	

Ihe são feitas indicam a sua contribuição para os serviços sanitários e de enfermagem, para a prestação de socorros, o albergue de órfãos e para o transporte de epidemiados. Estas duas organizações são as que maior destaque merecem e aquelas que mais se afirmam na epidemia.

Mas na imprensa que consultámos encontramos também 45 menções a subscrições e doações abertas por entidades várias – individuais e colectivas – para a recolha de fundos a distribuir pelos afectados pela epidemia. Estas subscrições tiveram as mais diversas origens e foram um dos meios que mais agilizaram a ajuda monetária na época. No quadro 8.3 oferecemos exemplos dos vários tipos que encontramos referenciados.

Referenciámos ainda 79 menções a acções individuais de ajuda, também de vários tipos. Estas acções são de âmbito muito variado e dão uma perspectiva bastante abrangente sobre o tipo de envolvimento que a sociedade civil teve durante a epidemia. No quadro 8.4 exemplificamos e detalhamos essas acções. No vasto conjunto que assim referenciámos, passa mesmo quase despercebida a existência de 16 menções à realização de procissões de penitência.

Em suma, o exame do material apresentado permite concluir que a inscrição da população na ajuda à epidemia não passa apenas pela ajuda «face a face», de proximidade ou vizinhança, e que, sendo uma ajuda que ocorre sobretudo no seio da comunidade (sobre a qual existem, aliás, poucas informações), passa também por outras formas mais consentâneas com a noção de «sociedade civil», com as associações comerciais e civis a mostrarem alguma contribuição.

Quadro 8.4 – Exemplos de acções de ajuda individuais e de sociedades comerciais

Exemplos de acções das elites	Acções nos bairros, freguesias e paróquias	Exemplos de acções de sociedades comerciais e empresas
Condessa de Burnay concede casa para hospital	Organização de Comissões de Socorros em todas as Freguesias	Associação Comercial envia subscrição a sopa de pobres
Hospital instalado em palacete particular	Comissão de Socorros organiza bando precatório	Donativos de Companhias à Comissão Central de Socorros
Administração da Casa de Bragança oferece casa para hospital e donativo aos pobres	Senhoras de Matosinhos organizam bando precatório	Companhia de Seguros Atlântida faz doação aos doentes pobres
Condessa de Burnay cede palacete à Cruz Vermelha	Indivíduos organizam bando precatório	Banco Pinto & Sotto Mayor envia cheque
Dois beneméritos transformam a sua casa em hospital de epidemiados	Senhoras da Amadora ajudam Comissões de Socorros	Director dos hospitais civis recebe donativos da Companhia Portuguesa de Higiene
Visconde de Guimarães oferece medicamentos	Comissão de senhoras auxilia doentes	Leitarias fornecem hospitais
Proprietário do Ramalhal oferece casa para enfermaria e faz doação	Junta de paróquia de Arroios aberta para informações e atestados médicos	Artistas do teatro Éden angariam donativos no espectáculo
Visconde de Trevões cede 56 leitos	Comissão de Beneficência da Lapa oferece consultas grátis	Fábrica do norte envia cobertores para as enfermarias
	Estabelecimento de postos de socorros pelas paróquias	

Os dois modelos de governação da saúde e a resposta do Estado

A participação e a ajuda da sociedade civil, que acima ilustrámos, coexiste porém com a forte centralização no Estado das formas de resposta à doença e com o modelo de gestão de Ricardo Jorge, inspirado no bem consolidado código de «quarentena e desinfeção» para resposta de primeira linha a epidemias, que conhecia bem de outras doenças com que lidara (v. capítulo 13 de Lima, Castro, Sousa e Sobral neste volume). Este código traduz-se em: (1) prioridade ao internamento e celeridade no internamento; (2) reforço de camas nos hospitais existentes; (3) improvisação temporária de hospitais em edifícios públicos como liceus; (4) reforço de pessoal através de nomeações intensivas de autoridades médicas e sanitárias. Esta resposta centralizada, no formato Estado-ciência-indivíduo, ocorre

com o consequente desinvestimento das potencialidades da «comunidade» e da assistência domiciliária para prestarem o seu contributo, apesar da generalizada organização de comissões de socorros nas freguesias.

Elaborado em 1919, o «Relatório do Inspector de Higiene dos Hospitais Cíveis de Lisboa», o médico Arruda Furtado (1920b), toca precisamente nestes pontos, o que nos indica que a discussão dos dois tipos de modelos de gestão da saúde pública não era inteiramente estranha ao tempo. Este relatório oficial de balanço da pneumónica questiona com clareza a validade – genérica e concreta para a pneumónica – do modelo hospitalização/isolamento. Centrando as suas análises em Lisboa, o inspector de higiene refere que o modelo teve aspectos muito insatisfatórios. Menciona como o isolamento foi pouco satisfatório nos hospitais, pois eram aceites e misturados casos de gravidade variável, tanto «formas fugazes como formas siderantes» da doença (p. 25), ficando-se assim com escassez de camas para os casos realmente graves. Ao mesmo tempo, critica a hospitalização rápida: «talvez por influência da guerra, assemelhou-se a uma evacuação de feridos», feita em carros (sobretudo da Cruz Vermelha) «que atravessavam a cidade na máxima velocidade, buzinando ruidosamente» (p. 25). Destaca ainda como negativas as consequências desta prioridade dada ao internamento a todo o custo e a toda a pressa: «lembramos somente a frequência notável de óbitos nas primeiras horas de hospitalização, só explicável pela admissão de moribundos, cujo transporte não devia fazer-se [...]»

O mesmo relatório propõe com clareza a solução para os problemas identificados. Em primeiro lugar, aponta para a importância da assistência domiciliária: «Teria sido bem preferível para muitos dos transportados uma assistência domiciliária [...]» (p. 25). Com esta assistência, «unicamente dependente da facilidade e da rapidez de transportes e da organização de um serviço de assistência clínica e de enfermagem domiciliárias [...] nas zonas de aglomeração urbana» (p. 26), seria possível impedir contágios desnecessários. Seria, além do mais, possível investir em mais prevenção. Como o relatório assinala ainda: «[...] Quando o papel do médico se tornava mínimo por inutilidade de terapêutica [...] evidente se torna a maior necessidade de uma enfermagem numerosa e competente para acudir a uma epidemia [...]»

Um bom exemplo de uma assistência dirigida por um enfermeiro, mais descentralizada e feita na comunidade é a que é relatada no *Relatório e Contas da Comissão de Socorros em Alcácer do Sal*, que foi publicado em Coimbra, na Imprensa Académica, em 1919. O seu autor, o enfermeiro António Duarte da Silveira, nomeado pelo Governo Civil de Lisboa para

chefiar a Comissão de Socorros, salienta no seu texto a importância de «mostrar lá fora como Alcácer se conduziu em tão aflictiva crise» e, para além das contas da sua presença no cargo (receita = 1.890\$52, despesa = 1.334\$79, saldo = 555\$73), descreve contribuições individuais de muitos habitantes, com o nome de cada um em destaque. Descreve, por exemplo, como por iniciativa conjunta dos habitantes se montaram vários tipos de abastecimento – água, carvão, desinfecção das ruas. Indica como se organizaram hospitais em escolas, e como se impedia que aqueles que vinham de fora vagueassem por Alcácer, sendo encaminhados para os hospitais na periferia da povoação.

Comentários de conclusão

No momento em que a epidemia atinge o país tínhamos uma ciência médica e biológica em transição que, embora tivesse recentemente conhecido grandes sucessos com as doenças de origem bacteriana, ignorava ainda o agente causador da influenza. Assim, tínhamos um conjunto alargado de tratamentos que eram apenas paliativos.

Em simultâneo, a época era caracterizada por um modelo de governação da saúde igualmente em transição, já com estruturas sanitárias e médicas, mas com população ainda sem condições sanitárias e longe da autogovernação da higiene e da saúde, não obstante esta já ser reivindicada por algumas vozes. A governação geral e as estruturas de saúde optaram pela centralização e hospitalização como espinha dorsal da sua estratégia face à epidemia.

No entanto, e apesar de tudo, face ao impacto da pandemia, a responsabilidade foi também assumida com alguns casos de sucesso pela comunidade mais «face a face», a nível de bairro, de paróquia, de comissões de socorros. E foi assumida na medida do possível, uma vez que não se investiu muito a esse nível. Mas a resposta acabou por envolver também associações, agremiações, comissões do comércio, bombeiros, Cruz Vermelha, elites, etc. Obviamente, estes são protagonistas apenas nas acções que permitem acudir às consequências da gripe na população, e quase nunca se podem ligar ao tratamento ou prevenção.

A epidemia torna também evidente a existência de uma nova subjectividade, através da qual começa a gerar-se um juízo negativo, uma condenação dos indivíduos que «abram portas à doença», evidenciada por exemplo por aqueles, poucos, que escrevem cartas ao jornal. Ela mostra também que os mecanismos já institucionalizados de vigilância, como a

polícia sanitária, gozam do apoio pelo menos de alguns sectores da população. Assim, enquanto observatório de saúde pública e de mentalidades, a epidemia revela-nos que está de algum modo em curso uma recomposição do que são e do que virão a ser os domínios do público e do privado em relação à saúde e à doença. No entanto, ela mostra também o muito que ainda falta para que a grande maioria da população venha a partilhar dessa nova subjectividade, em que os sujeitos se definem e se co-definem como agentes responsáveis pela saúde própria e pela alheia, através da assunção de comportamentos de limpeza, higiene e prevenção. Com 70% de analfabetos, a autogovernação da saúde (o cuidado de si – *le souci de soi*) ainda não tinha começado a generalizar-se em Portugal.

Fontes

Jornais *O Século*, *A Capital*, *O Comércio do Porto* e *O Mensageiro*.

Liane Maria Bertucci

Capítulo 9

Bacilo *versus* vírus: olhares de médicos brasileiros sobre a gripe de 1918

Introdução

No início dos anos 1970 foi publicado na cidade de São Paulo o volume VI da coleção *Brasiliensia Documenta*, dedicado ao doutor Oswaldo Cruz e sua obra. O tema do tomo II deste volume era o centro de pesquisas de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro. Nele, numa série de textos curtos, o doutor Olympio da Fonseca Filho descreveu diversos trabalhos realizados por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz em diferentes períodos.¹ Em pouco mais de duas páginas, Fonseca Filho relembrou uma das experiências feitas em Manguinhos no início do século XX: a da filtrabilidade do vírus da gripe (Fonseca Filho 1973).

Experiência realizada em plena epidemia de gripe espanhola do final da década de 1910, a pesquisa feita pelo próprio autor do texto e mais os doutores Aristides Marques da Cunha e Octavio de Magalhães foi descrita de maneira sucinta, depois de introdução breve que informava sobre: os primeiros casos da doença no Rio de Janeiro; a tragédia do grande número de mortes e a cidade paralisada; os esforços e dificuldades dos médicos para tratar os enfermos, e a dúvida de alguns deles sobre a natureza da doença – não dos «médicos mais antigos», que haviam presenciado a epidemia de gripe do final do século XIX, fazia questão de afirmar Fonseca Filho (1973, 37-38). Concluindo esta parte do relato, palavras

¹ Em 1900 foi criado o Instituto Soroterápico Federal, instalado na fazenda Manguinhos no subúrbio do Rio de Janeiro. O instituto recebeu o nome de Oswaldo Cruz em 1908.

dignas de um cientista: «Entretanto, apesar dessa convicção [que era gripe], dos melhores e mais experimentados clínicos, era preciso firmar o diagnóstico, baseá-lo em dados bacteriológicos e anatomopatológicos concretos.» (1973, 38)

Olympio da Fonseca Filho lembrou como atendeu enfermos e trabalhou, com pouquíssimos colegas, para garantir o funcionamento do Instituto Oswaldo Cruz, quase paralisado em função de a gripe ter acometido muitos colaboradores do instituto, e relatou como auxiliou o patologista Bowman C. Crowell (recém-contratado para a divisão de anatomia patológica de Manguinhos) na realização de necrópsias em cadáveres de vítimas da influenza espanhola (Fonseca Filho 1973, 38). Assim, mesmo ao descrever, apenas num parágrafo, as suas actividades para impedir o caos que parecia iminente devido à epidemia, Olympio da Fonseca Filho assinalou, ao informar sobre a realização de necrópsias, aquela que é a acção primordial dos homens de ciência: a pesquisa, a busca pelo conhecimento.

Em seguida, o médico relembrou o encontro, em Novembro de 1918, com Aristides Marques da Cunha, que se manifestou «pela necessidade de se proceder a estudo sobre a verdadeira etiologia da doença, já que o papel representado pelo bacilo de Pfeiffer [*Haemophilus influenzae*], geralmente considerado como seu agente produtor, nos parecia muito duvidoso» (1973, 38). Em poucas frases somos informados do contacto de Fonseca Filho e de Cunha com Octavio de Magalhães, pesquisador da filial de Manguinhos na cidade de Belo Horizonte, que estava no Rio de Janeiro e decidiu colaborar no estudo e, também, da convicção do doutor Ezequiel Dias, director da filial de Belo Horizonte, da tese do bacilo de Pfeiffer como causador da gripe. Ficamos a saber que, enquanto realizavam as suas experiências, os três médicos brasileiros desconheciam pesquisas internacionais idênticas que obteriam resultados semelhantes aos seus;² do pouco reconhecimento imediato das experiências que fizeram; e, finalmente, do reconhecimento mundial do resultado das suas pesquisas, certificado por declaração feita no Instituto Pasteur de Paris em 1950 (1973, 38-39).

Poucas palavras efectivamente relatavam as «primeiras demonstrações da filtrabilidade» do vírus da gripe, como anunciava o título do texto de Fonseca Filho. Somos informados apenas que, por não terem realizado

² Os três médicos ficaram a saber dos trabalhos dos franceses Nicolle e Lebailly e Violle, com procedimentos e resultados semelhantes, quando redigiam as conclusões das suas experiências. Um estudo parecido realizado nos Estados Unidos por Selter é citado pelos doutores brasileiros, além de outras experiências que tinham como hipótese o vírus (cf. Cunha, Magalhães e Fonseca 1918).

as suas pesquisas com o furão (*Mustella furos*), considerado durante anos o animal próprio para o tipo de experiência que fizeram, o resultado dos trabalhos dos três médicos foi posto em dúvida.

Mas, ainda em 1918, Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca Filho³ publicaram no boletim *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* um relato das pesquisas efectuadas durante a epidemia de gripe espanhola. Recuperando a descrição integral desta pesquisa, percebemos como as experiências coincidiam com outras realizadas nas duas maiores cidades brasileiras: Rio de Janeiro e São Paulo. Além disso, é evidente o conhecimento dos três médicos e dos seus colegas brasileiros de grande parte das teses e das pesquisas efetuadas sobre a influenza noutras partes do mundo (Cunha, Magalhães e Fonseca 1918).

Há anos que as questões sobre a gripe, as suas manifestações e o bacilo de Pfeiffer motivavam estudos esporádicos em diferentes países (cf. Galliard 1898; Bezançon e Jong 1912). A virulência descomunal da epidemia (verdadeira pandemia) de gripe espanhola que, com excepção de algumas ilhas da Oceânia, vitimou todo o planeta entre o segundo semestre de 1918 e as primeiras semanas de 1919 (Crosby 1976),⁴ fez com que as questões sobre a influenza e o seu agente causador se multiplicassem ainda no período epidémico.

No Brasil, as primeiras notas sobre uma doença que começava a grassar de forma epidémica em solo europeu apareceram pontualmente nos jornais a partir do fim de Maio de 1918; eram notícias vindas da Espanha, país neutro no conflito mundial que acontecia desde 1914. Em Junho, de Londres, vieram as primeiras definições que indicavam ser gripe ou influenza a moléstia que, sem gravidade, alastrava pelo continente, doença que em algumas semanas muitos chamariam gripe espanhola ou influenza espanhola, inclusive no Brasil. Eram informações vagas, divulgadas num período em que os grandes assuntos nacionais eram, além da guerra mundial, os problemas da carestia dos géneros alimentícios (inclusive devido à guerra, pois eles eram exportados para a Europa) e a iminente partida de brasileiros para os locais de batalha (Bertucci 2004, 90-93, 154-155). Mas tudo mudou em pouco tempo. Depois de praticamente desaparecer, casos extremamente graves da moléstia foram regis-

³No ano de 1918 Olympio da Fonseca não assinava Filho. Neste texto será usado o nome completo, salvo na citação da co-autoria do texto daquele ano.

⁴O ciclo virulento da epidemia mundial de gripe espanhola estendeu-se de Agosto de 1918 a Janeiro de 1919, seguido de outro, bem mais fraco, de Fevereiro a Maio de 1919. Neste trabalho será usado o ano de 1918 como referência, pois foi aquele em que a doença vitimou o Brasil (e a maior parte do mundo) com extrema gravidade.

tados a partir de Agosto, e a doença espalhou-se de forma avassaladora. A descrição da enfermidade, que vitimou soldados americanos, publicada em 1919 no *The American Journal of the Medical Sciences*, dá uma ideia da moléstia: «o número de acometidos era esmagador; a devastação da doença era exposta pelas faces azuladas, a respiração difícil e as mortes súbitas e numerosas» (Edgerly, Manson e Carr 1919, 213).

Os primeiros casos confirmados de gripe epidémica no Brasil foram divulgados em Setembro de 1918, e eram as notícias sobre o Rio de Janeiro que mais aterrorizavam os brasileiros (Brito 1997; Goulart 2003). Em poucos dias a cidade parecia submergir devido à doença devastadora. Desde a passagem pelo país do paquete inglês *Demerara*, que partiu de Liverpool, fez escala em Lisboa e aportou no Recife, Salvador e Rio de Janeiro na primeira quinzena de Setembro, que, pouco a pouco, a doença se espalhou pelo Brasil (cf. Abrão 1998; Bertucci 2004; Silveira 2004a; Souza 2007). Entretanto, a moléstia havia começado a causar medo nas pessoas quando os jornais noticiaram que soldados e membros da Missão Médica Brasileira poderiam ter sido vítimas da gripe espanhola ao fazerem escala em África a caminho da Europa, entre fins de Agosto e inícios de Setembro. Em Dacar (Senegal), local de trânsito de tropas, muitos adoeceram e vários morreram (Bertucci 2004, 92-97).

A partir da segunda quinzena de Setembro, com o número de enfermos a aumentar no Brasil, além do socorro aos engripados, os debates sobre a doença mobilizaram membros da comunidade médico-científica nacional.

A «espanhola» e a busca da causa da gripe

Desde os primeiros informes sobre a propagação epidémica na Europa e, mais ainda, com as notícias chegadas de África, que discussões sobre a moléstia foram realizadas por vários médicos brasileiros. Em São Paulo, na Academia Paulista de Medicina, em reunião do dia 25 de Setembro, tema «palpitante» era investigar a «verdadeira entidade mórbida [que denominavam] influenza espanhola» (Annaes 1918, 34). Considerando diferentes opiniões de estudiosos estrangeiros, os médicos debatiam sobre a doença. Uma das possibilidades era ser a moléstia epidémica a febre de três dias, que grassava na bacia do Mediterrâneo e na Índia. Entre os defensores da tese estava o médico português Carlos França, cujas considerações haviam sido divulgadas pela imprensa paulista. França descrevia a doença que acometia os seus patrícios: início súbito com dores de ca-

beça, febre até 40°C por dois ou três dias, dores musculares, perturbações gastrintestinais e suores na convalescença. O doutor França descartava as hipóteses de epidemia de gripe ou de dengue. A primeira porque poucos eram os doentes que apresentavam catarro nasofaríngeo, lesões broncopulmonares ou temperatura elevada por muitos dias. A impossibilidade de ser dengue estava em não serem observadas erupções na pele do enfermo e a temperatura não sofrer grandes oscilações (*O Estado de S. Paulo*, 24 de Setembro de 1918, 5).

Na Academia Paulista de Medicina muitos discordavam de França. O doutor Cunha da Motta, analisando as recentes informações sobre a enfermidade, descartava a possibilidade de essa nova epidemia ser de febre de três dias, porque o número de mortes e a rapidez com que os doentes faleciam eram características estranhas àquela moléstia. Pedindo a palavra, o doutor Eduardo Monteiro discordava em parte do colega de academia e propunha outra questão: a moléstia que flagelava a Europa em guerra era a mesma que causara a morte dos brasileiros em Dacar ou tratava-se de enfermidade diferente? Para Monteiro a segunda hipótese era mais plausível, pois o conhecimento científico das moléstias indicava que era improvável que gripe, dengue ou febre de três dias (que excepcionalmente poderiam levar ao óbito pessoas previamente debilitadas), vitimassem tantos homens jovens e saudáveis em poucos dias, como havia acontecido com os brasileiros em África (*Annaes* 1918, 34-35).

Continuando a discussão, o doutor Otávio de Carvalho afirmava que os microrganismos de qualquer das doenças mencionadas poderiam tornar-se mais potentes ao passarem, de forma acelerada (devido à proximidade física) entre indivíduos debilitados (devido à situação singular da guerra). Assim, para ele, todas as moléstias citadas poderiam ocorrer de maneira epidêmica eclipsadas sob a denominação gripe espanhola (*Annaes* 1918, 36).

Durante o debate, o doutor Campos Seabra defendeu uma hipótese singular: não acreditava que os médicos e soldados do Brasil tinham sido vítimas de uma doença infecciosa. A insolação tê-los-ia matado ao ser combinada com tensão, melancolia e deficiência alimentar e de alojamento (*Annaes* 1918, 36). Nenhum comentário foi feito sobre a tese de Campos Seabra. Sinal de respeito dos seus pares que, mesmo defendendo hipóteses alicerçadas em princípios diametralmente opostos ao apresentado pelo colega, calaram-se por deferência para com o companheiro de profissão e academia.⁵

⁵ V. reação diversa da Academia Paulista de Medicina no caso do doutor Paula Peruche, em Bertucci-Martins (2005).

E de além-mar chegavam diversas informações que, quando divulgadas entre a população leiga, causavam comoção: a doença epidémica seria resultado de «um germe completamente novo na patologia humana, [o] micróbio da influenza espanhola», afirmava o médico, e autor da suposta descoberta, o italiano Ciauri, que tinha o aval do seu colega doutor Ciancio (*A Capital*, 4 de Outubro de 1918, 3). Cautela entre os médicos brasileiros: o tempo entre as investigações efectuadas pelos doutores da Itália e os resultados anunciados era, no mínimo, pequeno demais para conclusão tão extraordinária. Era preciso aguardar novas declarações baseadas em mais pesquisas e relatos comprovados. Em pouco tempo o suposto «novo micróbio» foi banido das considerações médico-científicas no Brasil, e as notícias sobre a tese de Ciauri, pouco a pouco, desapareceram também dos jornais diários.

Ainda no fim de Setembro, um telegrama do doutor Nabuco de Gouvêa, chefe da Missão Médica Brasileira, concorreria para a centralização progressiva dos debates sobre a epidemia, seguindo a tendência internacional (*O Estado de S.Paulo*, 26 de Setembro de 1918, 1). O médico era categórico: os brasileiros haviam morrido depois de contraírem uma gripe ou influenza extremamente virulenta ao aportarem em África; muitos ainda estavam doentes. A opinião de um médico que estava junto dos enfermos foi decisiva para que hipóteses sobre outras enfermidades ficassem na penumbra.

Assim, a maioria dos debates que ocuparam as (poucas) reuniões médico-científicas que ocorreram a partir de fins de Setembro de 1918 tiveram como tema a gripe: doença cíclica, que em geral causava coriza, dores no corpo e febre durante três ou quatro dias; enfermidade microbiana, endémica e mundial, sem tratamento definido e, na maioria dos casos, benigna (sem grande risco de morte ou lesões graves), com surtos epidémicos regulares, que duravam em média seis semanas a partir dos primeiros casos numa região. A diferença da influenza de 1918 estaria na virulência e incidência de casos fatais.

No início de Outubro, por entre os comentários sobre a existência de «espanholados» no Rio de Janeiro, o doutor Carlos Seidl, que dirigia a Diretoria Geral da Saúde Pública, escreveu ao ministro da Justiça e Negócios do Interior sobre o tema. Segundo o médico, a gripe que afectava vários cariocas não exigia nenhuma medida excepcional, por se tratar da doença que grassava na cidade periodicamente, de forma benigna. Seidl informava que continuava a agir severamente contra os casos importados de Dacar, com os brasileiros repatriados, pois eram de gravidade descomunal devido a complicações (especialmente pulmonares) que apresen-

tavam, mesmo sendo casos de gripe (*O Estado de S. Paulo*, 9 de Outubro de 1918, 4).

Para o médico ocorriam, portanto, duas manifestações distintas da mesma doença, a gripe: uma excepcionalmente virulenta e até mortal e a outra moléstia benigna e corriqueira. A hipótese, com algumas nuances, foi debatida dia 10 de Outubro na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, pelo próprio Seidl e seus colegas. Segundo Seidl, era impossível o efectivo controlo sobre a propagação da influenza (medidas individuais tinham eficácia relativa e eram recomendadas) e a sua perigosidade estaria na associação com outros factores. A relação entre a virulência da epidemia na Europa (local de conflito em 1918) e em África (local de trânsito de soldados) com as terríveis condições impostas aos seres humanos pela guerra estava implícita nas palavras de Seidl. Tese compartilhada por outros doutores da Academia Nacional de Medicina, e de diferentes pontos do Brasil e do mundo, que debatiam a questão epidémica naquele mês (*Boletim* 1918).

Entretanto, essa tese seria condenada pela difusão meteórica da devastadora influenza epidémica. Se as consequências de uma guerra poderiam facilitar a propagação de uma enfermidade, esta certamente não era a causa principal da gripe espanhola, como os brasileiros, doutores e leigos, rapidamente descobriram. Seidl foi demitido em 18 de Outubro no meio de inúmeras críticas da imprensa carioca, que foram reproduzidas em jornais de todo o país. O médico era acusado de «indiferença», devido às poucas acções consistentes que havia implementado para debelar a doença (*A Gazeta*, 19 de Outubro de 1918, 1; *O Estado de S. Paulo*, 16 e 17 de Outubro de 1918, 4 e 4).

Mas, durante uma epidemia de gripe com tamanha letalidade, poucas eram as medidas médico-governamentais com alguma eficácia. Esperar as seis semanas do ciclo epidémico, como noutras epidemias de gripe, e remediar o sofrimento dos enfermos e seus familiares, inclusive com a ajuda da população (com a organização de postos médicos, hospitais e atendimento domiciliar, distribuição de medicamentos, mesmo que paliativos, e comida), pareciam ser as únicas soluções (Bertucci-Martins 2004). Entre o fim de Outubro e o início de Novembro, o número de doentes e mortos era assustador, especialmente no Rio de Janeiro e São Paulo. No fim do período epidémico, o total de óbitos causados pela enfermidade no Rio de Janeiro, que contava com 910 710 moradores, somaria, aproximadamente, 15 000 pessoas (cerca de 60 000 indivíduos teriam contraído a doença) e em São Paulo, dos 523 196 habitantes 5331 morreriam de gripe espanhola (pelo menos 116 777 pessoas teriam adoecido) (Goulart 2003; Bertucci-Martins 2004, 180-181).

No meio das atribuições causadas pela influenza espanhola, as palavras do doutor Eduardo Meirelles, que socorria cariocas com gripe, retratavam as dúvidas dos médicos na epidemia de 1918: «O que há é uma moléstia polimorfa, com quadros clínicos diversos que se não fora a epidemia reinante desorientaria totalmente o médico. [Constato] uma verdadeira balbúrdia em nosologia médica [...]» (*A Platéia*, 31 de Outubro de 1918, 1). A tese que a doença era gripe assegurava um mínimo de coesão para as medidas que doutores e autoridades governamentais estavam a tomar, e quase nada mais.

Mas como agir diante de uma doença cuja virulência e propagação confundia os homens de ciência e desnorreava a população?⁶ Parte da resposta talvez estivesse na comprovação do agente causador da influenza, espanhola ou não, o que poderia concorrer para o balizamento de acções de combate à gripe. Desta forma, as discussões científicas que ocorreram no Brasil e no mundo, durante o período epidémico e nos anos seguintes, foram capitaneadas pelas pesquisas com o bacilo descoberto em 1892 pelo patologista Richard Pfeiffer e pelas pesquisas que buscavam outro agente etiológico, um vírus:⁷ um agente patogénico que não sobreviveria (o que acontecia com bacilos e outras bactérias) fora de células vivas, por ser uma molécula de nucleoproteínas. Células de sangue e do escarro dos doentes com gripe poderiam conter o vírus da influenza. Estes materiais, devidamente filtrados e preparados quimicamente, resultariam em substâncias contendo o vírus que serviriam para estudos e testes.

Entre os que não admitiam a tese de um vírus como agente da influenza estavam os doutores Victor Godinho, director do Hospital de Isolamento de São Paulo em 1918, e Deolindo Galvão, membro da Academia Paulista de Medicina. Para eles a causa da epidemia de gripe espanhola (e de qualquer gripe) era a mesma da epidemia de 1889: o *Haemophilus influenzae* ou bacilo de Pfeiffer, que também poderia contribuir para a propagação de outras enfermidades, como a pneumonia, ao debilitar o organismo dos afectados. Era esta característica do bacilo que tornava a sua detecção impossível em alguns doentes, pois poderiam prevalecer nos seus organismos os agentes das moléstias oportunistas (*O Estado de S. Paulo*, 25 de Outubro de 1918, 3; *Annaes* 1919, 42).⁸

⁶Uma tentativa de descrição sistemática da gripe de 1918, das suas complicações e possíveis tratamentos, foi realizada no fim do período epidémico em São Paulo pelos médicos Galeno de Revoredo, Rubião Meira e Eduardo Monteiro. Cf. Bertucci (2004, 322-327).

⁷Estudos de diversos patologistas que indicavam analogias entre a gripe e outras moléstias humanas (como o sarampo) e de animais reforçavam a hipótese viral da influenza (cf. Cunha, Magalhães e Fonseca 1918, 176).

⁸Alguns médicos, como o doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, afirmavam que estariam a ocorrer duas epidemias: uma de gripe e outra de pneumonia.

Compartilhando a tese do vírus, o doutor Henrique Beaurepaire de Aragão realizou, no Instituto Oswaldo Cruz, experiências com materiais filtrados colhidos de pessoas acometidas pela gripe espanhola. Os resultados foram inconclusos, mas não fizeram o médico descartar a hipótese viral. No Instituto Butantã de São Paulo, como informou o doutor Oscar Rodrigues Alves, secretário do Interior do estado, «algumas tentativas foram feitas de aproveitamento do vírus da gripe, admitindo-se ele filtrável». O filtrado, obtido de escarro dos «espanholados» e tratado com éter e soro fisiológico, foi injectado em vários animais «sem reacção alguma aparente» (Aragão 1918; Alves 1919, 149).⁹

Foi nesse contexto de dúvidas, buscas e perplexidades que Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca Filho realizaram as suas pesquisas. Os três médicos insistiram na hipótese de ser a influenza causada por um vírus filtrável. Assim, na segunda quinzena de Novembro, as semanas finais da epidemia de gripe espanhola no Rio de Janeiro e São Paulo, os três doutores ligados ao Instituto Oswaldo Cruz realizaram as suas pesquisas com macacos e cobaias e, também, com seres humanos. Foram efetuadas inoculações de filtrados de escarro e de sangue nos animais, que apresentaram reacções febris não obtidas com outro material. Foram obtidos resultados positivos com as seis pessoas em que foi empregada a «vacinoterapia» com o filtrado de escarro (aquecido ou tratado com ácido fénico), e com os 49 indivíduos que se submeteram a auto-hemoterapia, ou seja, aqueles que receberam injeção de uma parcela de seu próprio sangue (Cunha, Magalhães e Fonseca 1918, 175-184). Devido ao declínio do período epidémico as pesquisas e testes foram interrompidos, mas os procedimentos utilizados e resultados conseguidos foram publicados com a conclusão: «a gripe é uma infecção produzida por um vírus filtrável» (Cunha, Magalhães e Fonseca 1918, 191). Ressalvas, entretanto, alertavam que novas experiências eram necessárias para comprovação definitiva (Cunha, Magalhães e Fonseca 1918, 180-188).

Nos anos seguintes, com o temor de uma nova epidemia como a de 1918, houve uma multiplicação de estudos sobre a gripe, uma doença que até então despertava pequeno interesse na comunidade científica in-

⁹ No Instituto Oswaldo Cruz, durante as primeiras semanas do período epidémico, estudos bacteriológicos iniciados pelo doutor Carlos Chagas e concluídos pelos doutores Astrogildo Machado e Costa Cruz detectaram na garganta dos doentes com gripe e em hemocultura a presença frequente de um tipo de diplococo, o que fez com que formulassem a hipótese de ser este diplococo o causador da gripe. Hipótese abandonada depois de a inoculação em animais do material colhido de doentes com gripe ter dado resultado negativo (Cunha, Magalhães e Fonseca 1918, 177).

ternacional, mesmo tendo a atenção sobre o tema aumentado relativamente depois do anúncio da descoberta do bacilo de Pfeiffer. Cautela na maioria das conclusões, como explicitava, em 1919, um artigo da revista americana *The Archives of Internal Medicine*: «O bacilo da Pfeiffer é a causa aparente da doença epidémica, mas a sua relação causal não está provada conclusivamente» (MacNeal 1919, 687). No mesmo ano, a revista *Archivos Brasileiros de Medicina*, editada no Rio de Janeiro, publicava um número especial dedicado à gripe espanhola. O volume, de quase duzentas páginas, transcrevia, na secção Trabalhos Originais, descrições sobre várias manifestações clínicas da doença e comentários de casos de gripe espanhola ocorridos de norte a sul do Brasil, com estatística detalhada sobre o Rio de Janeiro. Muitos artigos destacavam as complicações da enfermidade e seus possíveis tratamentos; o debate bacilo de Pfeiffer *versus* vírus filtrável era abordado em vários textos. Os que folheassem a revista poderiam encontrar, também, considerações internacionais sobre a epidemia e informações sobre a gripe ao longo da história. A secção Bibliografia completava o volume, listando as publicações nacionais sobre a influenza (77 trabalhos, de 1830 ao texto de Cunha, Magalhães e Fonseca Filho). Era evidente a tentativa de colaborar com as discussões sobre a gripe, e não apenas a de 1918 (*Archivos* 1919). Os debates e pesquisas continuaram nos anos seguintes.

Segundo declaração do doutor Henrique Beaurepaire de Aragão, os estudos realizados em Manguinhos na década de 1920 partiam da hipótese da causa viral da gripe, considerando que «o bacilo de Pfeiffer não era senão um germe de associação secundária na evolução do mal [...]» (*apud* Fonseca Filho 1973, 39). Corroborando a tese do vírus, o *Boletim do Instituto Oswaldo Cruz* publicou, em 1921, uma resenha do doutor Margarinos Torres sobre estudo do doutor M. Hall, editado no *Archives of Internal Medicine*. Torres afirmava que os resultados obtidos pelas pesquisas de Hall apoiavam de maneira consistente a teoria do vírus filtrável como agente etiológico da influenza (Torres 1921). No mesmo ano, em São Paulo, um artigo da revista *Archivos de Biologia*, escrito pelo doutor Ulysses Paranhos, comentava a tese de ser a gripe «causada por um agente específico, provavelmente, um vírus filtrável» (Paranhos 1921, 933).

Mas a controvérsia continuou. Em Inglaterra, em 1923, a Pathological Section of the Sheffield Medico-Chirurgical Society, de maneira didáctica e categórica, divulgava o resultado de estudos realizados pós-1918: «1. Um agente, e somente um, era o principal responsável pelos casos da pandemia [de 1918]. 2. Este agente foi o bacilo de Pfeiffer. 3. Na maioria dos casos outros organismos atacaram os pulmões e foram responsáveis

por muitas das condições encontradas nos casos fatais» (*The British Medical Journal* 1923, 560). Tese análoga foi defendida pelo doutor Miguel Couto na Academia Brasileira de Medicina, em sessão de 22 de Maio de 1924. O médico afirmava: «realmente parece que os germes da gripe têm por função exaltar a virulência dos outros que já a têm ou emprestar virulência aos que a não possuem habitualmente [...]. Nas epidemias vê-se a gravidade da gripe quase que só depender dessa circunstância, isto é, o micróbio da gripe [o bacilo de Pfeiffer] associado a outros germes [...]» (*Boletim* 1924).

Assim, em terras brasileiras ou não, entre o bacilo de Peiffer e um vírus filtrável, os estudos publicados e as discussões realizadas acabavam por traduzir as dúvidas dos médicos diante de uma moléstia supostamente conhecida e benigna: a gripe. Uma certeza, entretanto, unia todos estes homens: a ciência que praticavam era o meio para decifrar completamente a doença e, assim, realizar o seu controlo e prevenção. A ciência construída a partir de hipóteses, pesquisas e testes, e de debates entre pares que compartilhavam um conhecimento comum. Conhecimento feito e refeito num processo que aplainava divergências, refazendo experiências em nome e com base no saber científico, ao mesmo tempo verdadeiro e provisório, de domínio privilegiado e de manipulação restrita pelos médicos-pesquisadores. Desta maneira é possível entender porque Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca Filho, mesmo declarando ser a gripe resultado de infecção causada por um vírus filtrável, afirmavam a necessidade de mais pesquisas para comprovação das experiências realizadas em 1918. É possível também avaliar a satisfação de Fonseca Filho pelo reconhecimento, certificado pelo Instituto Pasteur de Paris, das pesquisas feitas por ele e seus colegas no período da gripe espanhola, mesmo tendo este reconhecimento ocorrido décadas depois.

Considerações finais

No início do século XXI, a comunidade científica internacional concorda (a partir de experiências realizadas em 1933 durante a primeira epidemia pós-«espanhola») que a gripe é causada por estirpes de um vírus filtrável e mutante, *Myxovirus influenzae*, e as pesquisas desvendam, cada vez mais, o mistério da influenza espanhola, concluindo que a epidemia resultou da mutação desproporcional deste vírus (cf. Gibbs, Armstrong e Gibbs 2001; Taubenberger 2005). Mas algumas questões persistem:

É possível que se repita uma epidemia como a de 1918? O que aconteceria hoje se ocorresse uma gripe como a «espanhola»? A partir de informações fornecidas pela pesquisadora Marilda Mendonça Siqueira, do Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo da Fundação Oswaldo Cruz, podemos ousar responder (Siqueira 2005, 159-168). Para a primeira questão: sim. É possível uma reedição epidémica muito parecida com a influenza espanhola, apesar da monitorização internacional para tentar isolar doentes e possíveis focos de contaminação, e da vacina criada para combater a doença e que deve ser anualmente refeita, pois o vírus transforma-se parcialmente e a imunidade dos vacinados é, portanto, relativa. Quanto à segunda pergunta, sobre as consequências de uma epidemia de gripe semelhante à de influenza espanhola, Marilda Siqueira ofereceu-nos uma pista. Ao responder a uma questão análoga, que se referia ao Rio de Janeiro, a pesquisadora afirma: «É melhor nem imaginar. Seria o caos total!» (Siqueira 2005, 168)

Hoje como ontem, no Brasil e no mundo, o medo continua a pairar entre aqueles que têm informações sobre a gripe de 1918. Desde o fim dos anos 1910, e apesar de todo o conhecimento e das criações científico-tecnológicas dos dias actuais, a busca pela decifração completa da doença, seu controlo e prevenção efectiva ainda desafia pesquisadores, como desafiou Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca Filho e vários dos seus colegas brasileiros, em 1918 e nos anos seguintes.

Fontes

A Capital. São Paulo, Outubro de 1918.

A Gazeta. São Paulo, Outubro de 1918.

A Platéia. São Paulo, Outubro de 1918.

Annaes da Academia Paulista de Medicina. São Paulo, v. 1, n.º 1, sessões Agosto-Dezembro de 1918, 34-36; 1919, 41-43.

Archivos Brasileiros de Medicina. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, número especial, 1919.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio, 590-599, 1918.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio, 119, 1924.

O Estado de São Paulo, Setembro-Outubro de 1918.

Capítulo 10

Uma vacina «específica» para combater a gripe de 1918-1919 em Espanha *

Introdução

Depois de ter sido silenciada pela historiografia durante várias décadas, não obstante a sua viva permanência no imaginário colectivo, a pandemia de gripe de 1918-1919 tem convocado, ao longo dos últimos anos, a atenção de historiadores, sociólogos, demógrafos e profissionais de diversas outras disciplinas. Aos trabalhos que surgiram com o grande desenvolvimento da história das doenças após o aparecimento da SIDA, foram-se somando outros estudos, impulsionados pela comemoração do octogésimo aniversário da pandemia de 1918-1919,¹ o aparecimento da SRA (síndrome respiratória aguda) e da recente «gripe das aves» e o medo de uma nova pandemia semelhante à injustificadamente denominada «gripe espanhola».² Graças a todos estes trabalhos, foi progredindo o conhecimento sobre esta pandemia e o vírus responsável pela mesma (Holmes 2004; Tumpey *et al.* 2005). Todavia, o tema está ainda longe de esgotado, como ficou demonstrado no Colóquio Internacional «Olhares sobre a Pneumónica», realizado em Lisboa no Outono de 2007.

* Tradução de Rui Cabral

¹ Refira-se, a título de exemplo, o magnífico volume de Phillips e Killingray (2003b), que inclui uma extensa bibliografia mundial – ainda que não exaustiva – sobre a pandemia.

² Entre os trabalhos aparecidos no século XXI podemos referir, sem pretensões de exaustividade, os seguintes: Afkhami (2003); Fahrni (2004); Johnson (2006); Johnson e Mueller (2002); Langford (2002); Loeb (2005); MacDougall (2007); Porras Gallo (2004); Rice (2005); Santos (2006); Tognotti (2003).

O objectivo das próximas páginas é pôr em relevo o facto de, em Espanha, alguns profissionais de saúde considerarem ser a vacinação o único recurso profiláctico específico contra a pandemia de 1918-1919. Pretendo também analisar em que medida se podia falar de uma vacina específica contra a referida doença, bem como apontar as principais características das vacinas preparadas e utilizadas em Espanha no combate à pandemia.³

A pandemia de gripe de 1918-1919 no seu contexto geral e científico

Tendo em conta que as características da pandemia de gripe de 1918-1919 são abordadas noutros artigos da presente monografia, desejaria apenas recordar, de um modo muito sucinto, que a gripe evoluiu em três surtos (Primavera e Outono de 1918, e Primavera de 1919), que causou uma elevada mortalidade (entre 20 a 100 milhões de pessoas)⁴ e que, ao contrário do habitual nas epidemias de gripe, foi a faixa etária entre os 20 e os 45 anos que registou um índice de mortalidade mais elevado.⁵ Tal como se verificou na maior parte do mundo, o segundo surto de gripe foi mais grave em quase toda a Espanha, com a excepção de Madrid, onde o primeiro surto alcançou maior intensidade (Echeverri Dávila 1993, 121-122; Porras Gallo 2002, 212-239;⁶ 1997a, 52-65; 1996, 75-116).

Esta pandemia, que abalou profundamente os contemporâneos, teve início num período em que o mundo estava ainda mergulhado na I Guerra Mundial. A Espanha não participava no conflito mas, à semelhança de muitos outros países, encontrava-se numa situação de crise política, económica e social. Por seu turno, a Medicina da época considerava que as doenças infecciosas eram evitáveis, controláveis e podiam ser definitivamente erradicadas. Esta convicção resultava dos avanços da bacterio-

³ Para uma análise mais detalhada do papel desempenhado pelas vacinas na profilaxia da pandemia de gripe de 1918-1919, v. Porras Gallo (2008a, e. p.) e Porras Gallo (2008b, e. p.).

⁴ Ainda que as estimativas iniciais indiquem um número de vítimas mortais na ordem dos 20 milhões (Jordan 1927, 214-218), alguns autores falam de 30, 50 e até mesmo de 100 milhões de mortos (Patterson e Pyle 1991, 5 e 21; Johnson e Mueller 2002, 115). Espanha contribuiu para a referida cifra com cerca de 270 000 vítimas mortais (Echeverri Dávila 1993, 120-121).

⁵ O mesmo aconteceu em Espanha (Echeverri Dávila 1993, 122-127).

⁶ Cita-se a versão publicada em CD-ROM em 2002 da tese defendida em 1994 (Porras Gallo 1994a).

logia e dos novos recursos (soros e vacinas) que a nova ciência começara a introduzir (Phillips e Killingray 2003a, 12-13.) A Medicina espanhola – ou, pelo menos, um importante sector da mesma – partilhava esta convicção (Porras Gallo 1994b), e os seus profissionais, bem como os farmacêuticos, encontravam-se imersos num processo de reorganização e de reivindicações profissionais (Porras Gallo 2002, 373-394 e 440-472; 1997a, 107-114).

No que diz respeito à etiologia da gripe, há que referir que esta seria influenciada pela doutrina geral da bacteriologia a partir de 1883. Desde essa data, foram vários os investigadores que acreditaram ter descoberto o gérmen específico da gripe. Micrococos, diplococos, estreptococos, etc., foram algumas das bactérias apresentadas como agentes da influenza (Martínez 1909, 54-56; Piga e Lamas 1919, 125-128, t. 1). Contudo, o paradigma bacteriano da gripe só seria estabelecido com a pandemia de 1889-1890; só então a *influenza* passou a ser considerada uma doença específica produzida por um organismo microscópico que devia estar necessariamente presente em todos os casos da doença. Não obstante, a pandemia de 1889-1890 terminou sem que os investigadores pudessem identificar o gérmen específico da gripe, mas apenas uma associação bacteriana (Piga e Lamas 1919, 125, t. 1). Posteriormente, a busca do referido gérmen prosseguiu e, em 1892, Richard Pfeiffer (1858-1945) descobriu o bacilo *Hemophilus influenza* (ou bacilo de Pfeiffer), que passaria então a ser considerado o agente da gripe (Théodorides 1974, 188). Embora os estudos realizados durante as primeiras epidemias de gripe que se sucederam à descoberta de Pfeiffer parecessem confirmar o bacilo de Pfeiffer como o agente específico da gripe (Martínez 1909, 57; Piga e Lamas 1919, 129, t. 1), em breve se observava a inconstância do bacilo nos doentes com gripe, a sua presença em indivíduos sãos ou em doentes com outras patologias e a dificuldade de reproduzir a doença nos animais (Chabás, 1928: 38). De facto, durante a epidemia de gripe de 1895, o próprio Pfeiffer foi incapaz de isolar o referido bacilo. Sucederam-se objecções por parte da comunidade científica e, aquando da epidemia de 1904-1905, a especificidade do bacilo da influenza foi posta em questão (Martínez 1909, 58-60; Piga e Lamas 1919, 137-145, t. 1). Porém, não se chegou a consenso para rejeitar a hipótese de Pfeiffer e para propor um novo gérmen específico da gripe. De modo que, quando a epidemia de 1918-1919 começou, o bacilo de Pfeiffer continuava a ser oficialmente considerado o agente etiológico da gripe, ainda que tal fosse contestado por alguns médicos, farmacêuticos e veterinários. Esta nova crise de saúde pública apresentava-se assim como uma boa oportunidade para esclarecer definitivamente a etiologia da gripe.

Em busca do agente específico da gripe

Em Maio de 1918, quando foram detectados os primeiros casos da epidemia em Madrid, os médicos, atendendo ao quadro clínico, efectuaram o diagnóstico de gripe. Paralela e simultaneamente, alguns médicos, farmacêuticos e veterinários deram início a estudos laboratoriais com vista a isolarem e a identificarem o germen específico da doença. O resultado destes trabalhos era importante para determinar de forma definitiva a etiologia da doença, para efectuar um diagnóstico correcto em conformidade com o paradigma bacteriológico dominante e, sobretudo, para poder estabelecer uma profilaxia e um tratamento verdadeiramente específicos contra o processo mórbido responsável pela epidemia.

Contudo, os estudos laboratoriais não lograram dissipar as dúvidas sobre o bacilo de Pfeiffer enquanto agente específico da gripe. Ainda que por vezes tivesse sido isolado, o bacilo não satisfazia os postulados de Koch. Os laboratórios isolaram ainda diversas outras bactérias (estreptococos, pneumococos, meningococos, etc.) que também não respeitavam os referidos postulados. Perante tal situação, os investigadores propuseram diversas hipóteses etiológicas: o bacilo de Pfeiffer, uma associação bacteriana, uma só bactéria que não o bacilo de Pfeiffer, um «vírus filtrável» ou um germen desconhecido até ao momento, com estas últimas hipóteses a ganhar seguidores à medida que se sucediam os surtos epidémicos (Porras Gallo 2002, 311-327; 1993; 1995).⁷ Apesar destas mudanças nas posições defendidas por alguns profissionais de saúde relativamente à etiologia da gripe, os cientistas espanhóis não conseguiram chegar a um consenso quanto ao agente etiológico da doença, nem mesmo no fim da pandemia. Esta situação, além de suscitar dúvidas na sociedade espanhola quanto à capacidade da Medicina e dos médicos de fazerem frente à crise sanitária, teve uma importante repercussão na hora de delinear e levar a cabo a luta contra a epidemia de 1918-1919.

Uma vacina «específica» contra a gripe para combater a epidemia de 1918-1919

De facto, as medidas profilácticas – isolamento dos doentes, cordões sanitários, encerramento dos locais de reunião, desinfeção externa de indivíduos, mercadorias, locais ou veículos, uso de máscaras – e as tradicio-

⁷ O mesmo se verificou fora de Espanha (Tognotti 2003, 102-109).

nais medidas de higiene pública adoptadas durante a primeira vaga epidémica revelaram-se incapazes de controlar o desenvolvimento da epidemia. A sociedade, que de início não levava a gripe muito a sério, começou a inquietar-se e a entrar em pânico, exigindo uma resposta por parte dos poderes públicos e, muito particularmente, dos médicos. Esperava-se que estes últimos, na sua condição de peritos, pudessem propor às autoridades sanitárias e governamentais medidas profilácticas eficazes. Os médicos, por seu turno, estavam particularmente interessados em atender às referidas exigências e em dar mostras de uma elevada qualificação científica.⁸ Contudo, os recursos profilácticos normalmente utilizados para combater as enfermidades epidémicas mostravam escassa eficácia contra a epidemia de 1918-1919, e os laboratórios enfrentavam dificuldades na identificação do germen da gripe. De modo que, aquando do fim do primeiro surto epidémico, havia entre as autoridades sanitárias a convicção de que – como referiu o inspector-geral de saúde Manuel Martín Salazar (1854-1936) na sessão da Real Academia Nacional de Medicina de 28 de Junho de 1918 – «a profilaxia pública das grandes epidemias de gripe é completamente estéril».⁹ Os «velhos» recursos mostravam ser insuficientes e os «novos» encontravam dificuldades na sua implementação.

Foi neste estado de espírito que a sociedade espanhola enfrentou um segundo surto epidémico de maior magnitude e gravidade, o qual provocou também um redobrado temor. Perante estas circunstâncias, e partindo do princípio de que a gripe conferia imunidade, os cientistas chegaram a acordo quanto à necessidade de estabelecer «a profilaxia por meio das vacinas preventivas».¹⁰ Como referiu Martín Salazar, uma vacina específica era «a única base científica para instituir uma profilaxia pública contra a gripe».¹¹ Assim, com este objectivo em mente, deu-se início a diversos estudos e experiências laboratoriais, os quais, como veremos mais adiante, permitiram a preparação de algumas vacinas que seriam utilizadas no final do segundo surto da epidemia.

Este tipo de procedimento estava em conformidade com os esforços empreendidos noutros países vizinhos de Espanha (Sacabejos e Talens 1919a, 67-68; 1919b, 240-241). De facto, como seria demonstrado pela

⁸ Desde finais do século XIX que os médicos reclamavam um maior protagonismo na sociedade espanhola e procuravam ocupar-se de todos os temas relacionados com a saúde e a doença. Os farmacêuticos encontravam-se também numa situação similar no momento da epidemia (Porrás Gallo 2002, 373-394 e 440-472; 1997a, 107-114).

⁹ «Sessão de 28 de Junho de 1918», *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina (ARANM)*, 38, 386.

¹⁰ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 431-432.

¹¹ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 433.

comissão enviada a França pelo ministro da Governação com o fito de estudar as características da epidemia nesse país vizinho – comissão essa integrada por Gregorio Marañón (1887-1960), Gustavo Pittaluga (1876-1955) e Ruiz Falcó –, a epidemia atingira o mundo inteiro, em todos os casos a profilaxia pública tinha-se revelado ineficaz, e em todos os países se considerava a vacinação como o novo recurso profilático contra a gripe de 1918-1919.¹² De facto, o governo francês pôs à disposição dos investigadores localidades inteiras para que fossem nelas aplicados os três tipos de vacinas preparadas (vacina pneumónica, vacina mista de estreptococos e pneumococos, e vacina mista de estreptococos, pneumococos e bacilos de Pfeiffer). Por outro lado, a conferência de médicos ingleses celebrada no Ministério da Guerra em Novembro de 1918, em Londres, estabeleceu também «a utilidade da vacinação contra a gripe e suas complicações» e, neste caso, optou-se por «uma vacina mista composta por bacilos de Pfeiffer, pneumococos e estreptococos».¹³

Ora bem, os laboratórios continuavam sem conseguir determinar cientificamente a etiologia da gripe e os cientistas sem chegar a um consenso sobre o tema. Nestas circunstâncias, não era possível falar de uma vacina «específica» contra a gripe e, como assinalaram diversos autores – entre os quais o médico Francisco Murillo (1865-1944), o farmacêutico César Chicote (1861-1950) e o veterinário García Izcara (1859-1927) –, a sua utilização não poderia permitir o controlo da epidemia, dada a sua inespecificidade. De facto, estes cientistas eram unânimes na conclusão de que as vacinas preparadas não continham o antigénio responsável pela gripe,¹⁴ pelo que só poderiam ser úteis como meio de combate às complicações broncopulmonares causadas pela doença. Esta convicção foi conquistando adeptos à medida que a epidemia se desenvolveu e, enquanto isso, o problema da etiologia da gripe permanecia sem solução. Às posições individuais defendidas por médicos, farmacêuticos ou veterinários, somou-se a da Real Academia de Medicina na sua contestação ao ministro da Governação, que defendeu também a conveniência de utilizar as vacinas para combater as complicações broncopulmonares da gripe.¹⁵ De facto, alguns médicos acreditavam que devia limitar-se a apli-

¹² «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 431; Marañón, Pittaluga e Ruiz Falcó (1918a; 1918b); Mayoral (1918); AAVV (1918).

¹³ «Sessão de 19 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 487-488.

¹⁴ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 443-446; «Sessão de 12 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 460-461.

¹⁵ Arquivo da Real Academia Nacional de Medicina, caderno 289, papéis diversos, anos 1918-1919; «Carta da Inspeção-Geral de Saúde. Ministério da Governação de 8 de Novembro de 1918»; «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 433.

cação da vacina aos doentes, realizar-se a referida aplicação desde o início do processo e utilizar-se uma vacina mista de pneumococos, estreptococos e bacilos de Pfeiffer.¹⁶

No entanto, a necessidade de agir perante a gravidade do segundo surto da epidemia, o clima de pânico que se fazia sentir na sociedade espanhola e a ineficácia de todos os outros meios de combate motivaram os cientistas e as autoridades sanitárias a chegarem a acordo quanto à necessidade de incentivarem a preparação e a aplicação das vacinas, ainda que unicamente para combater as complicações da gripe. A Academia de Medicina recomendou dois tipos de vacinas: vacinas mistas, compostas pelos «gérmenes que, na imensa maioria dos casos, são os causadores das complicações broncopulmonares graves da infecção gripal», e vacinas pneumocócicas puras, as quais, de acordo com os conhecimentos do momento, davam uma «maior garantia de eficácia».¹⁷

As principais vacinas utilizadas em Espanha contra a gripe de 1918-1919

Como veremos de seguida, as vacinas preparadas e utilizadas em Espanha no combate à epidemia de gripe de 1918-1919 seguiram as recomendações da Real Academia de Medicina, sendo algumas delas mistas e outras compostas unicamente por pneumococos. Em linhas gerais, essas vacinas estavam em conformidade com aquelas que foram utilizadas nos países vizinhos, excepto no que diz respeito à dosagem. De facto, as doses das vacinas espanholas eram bastante inferiores àquelas utilizadas em França.¹⁸ Entre as vacinas aplicadas em Espanha durante a epidemia de gripe de 1918-1919, há que referir a do Laboratório Municipal de Madrid, a do Instituto Provincial de Higiene de Valência, a vacina preparada por Antonio Salvat Navarro (1883-1977), catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de Sevilha, e a elaborada pelo doutor Ricardo Moragas y Gracia de Barcelona.

¹⁶ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 443-446; «Sessão de 1 de Fevereiro de 1919», *ARANM*, 39, 22-23.

¹⁷ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 448-449.

¹⁸ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 440-441; Marañón, Pittaluga e Ruiz Falcó (1918a; 1918b).

A vacina de Ricardo Moragas y Gracia

Este médico, tendo observado que a gripe não afectava os seus pacientes com bronquite crónica que estavam a receber autovacinas com todos os gérmes presentes nos seus esputos, decidiu preparar uma vacina composta por pneumococos, estreptococos, micrococos *catarralis*, estafilococos e bacilos pseudodiftéricos, gérmes que se encontravam nos esputos dos doentes com broncopneumonia gripal (Moragas y Gracia 1919, 165-167; Chabás 1918; Sacabejos e Talens 1919a e 1919b).

A imunização foi levada a cabo mediante duas injeções separadas por um intervalo de oito dias, injeções essas que continham doses diferentes: meio centímetro cúbico a primeira delas, e um centímetro cúbico a segunda. Desta forma foram vacinados 50 homens e 36 mulheres da ala psiquiátrica do Hospital de Santa Creu de Barcelona, mas também 22 doentes particulares (10 mulheres e 12 homens) de Ricardo Moragas. De acordo com o testemunho do próprio médico, todo o processo parece ter-se desenrolado sem qualquer problema, à excepção de um pequeno aumento da temperatura corporal e de ligeiras reacções locais (Moragas y Gracia 1919, 166-167).

A vacina de Antonio Salvat Navarro

Por seu turno, Antonio Salvat Navarro, professor catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de Sevilha, preparou outra vacina mista, composta por meningococos, cocobacilos de Pfeiffer, pneumococos e estreptococos, no seguimento dos seus estudos sobre o sangue e os esputos de doentes da Extremadura e da Andaluzia ocidental. Esta vacina foi administrada aos alunos de Medicina que trabalharam como auxiliares nas povoações atacadas pela epidemia, bem como aos habitantes de Valverde del Camino e de Aracena, num total de cinco mil vacinações que obtiveram bons resultados (Salvat Navarro 1926, 287).

A vacina do Laboratório Municipal de Madrid

Uma outra vacina mista – composta por pneumococos, estreptococos e diplococos *catarralis* – foi a do Laboratório Municipal de Madrid, um dos laboratórios que assumiu maior protagonismo durante a epidemia de gripe de 1918-1919 (Porras Gallo 1997b, 585-591). A direcção do laboratório estava a cargo do farmacêutico César Chicote, o qual teve um papel de destaque na época. O trabalho de César Chicote surgiu como resposta às exigências do inspector-geral de saúde no sentido de criar uma

vacina útil para prevenir as complicações da gripe. Com este propósito, Chicote realizou estudos com doentes do Hospital Militar de Carabanchel (Madrid) e da Beneficência Municipal de Madrid, e também com alguns doentes do Hospital Provincial de Madrid que se encontravam a cargo dos médicos Gregorio Marañón, Francisco Huertas (1847-1933) e José Codina (1867-1934).

Desta feita, a vacina foi aplicada não apenas a pessoas sãs, como também aos doentes do doutor Marañón do Hospital Provincial, no segundo ou terceiro dia de doença. Em todos os casos, as vacinas foram aplicadas em duas doses diferentes – de meio centímetro cúbico a primeira, e de um centímetro cúbico a segunda – com um intervalo de quatro dias entre as mesmas, sem que se tivessem registado mais do que pequenas reacções locais e um ligeiro aumento da temperatura corporal (38 ou 38,5°C). Apesar desta boa tolerância e dos aparentes bons resultados, Chicote estava ciente da necessidade de levar a cabo todos os testes possíveis, de modo a poder estabelecer-se com total segurança a eficácia da vacina.¹⁹ Com esta finalidade, o director do Laboratório Municipal de Madrid facultou a vacina a todos os médicos que desejassem utilizá-la, mostrando-se disposto a acatar os seus pareceres após a utilização da mesma e a continuar a trabalhar para aperfeiçoá-la, caso fosse necessário.

A vacina do Instituto Provincial de Higiene de Valência

Outra experiência interessante foi a levada a cabo pelo Instituto Provincial de Higiene de Valência, que permitiu a preparação de uma vacina composta unicamente por pneumococos, gérmes isolados predominantemente no sangue e na saliva de doentes com gripe e, sobretudo, nos tecidos procedentes das autópsias realizadas a vinte e nove cadáveres de vítimas da epidemia (Ferrán *et al.* 1918, 256-257). Esta vacina foi o resultado do trabalho desenvolvido pelo director do Instituto, Juan Peset Alexandre (1886-1941), o director do Laboratório Bacteriológico Municipal de Valência, Pablo Colvée, e o director do Laboratório de Saúde Militar, Adolfo Rincón Arellano, sob a direcção do delegado de saúde do Governo, Jaime Ferrán (1851-1929), no Instituto Provincial de Higiene de Valência. Neste caso, a dosagem da imunização foi de um centímetro cúbico (Ferrán *et al.* 1918, 256-257), mas o fim do segundo surto epidémico parece ter limitado a utilização da vacina (Barona Vilar 2006, 114 e 136).

¹⁹ «Sessão de 9 de Novembro de 1918», *ARANM*, 38, 435-437.

À laia de conclusão

Ao longo das páginas precedentes pusemos em destaque o modo como, durante a epidemia de gripe de 1918-1919, e em conformidade com o paradigma bacteriológico dominante, surgiu em Espanha a convicção de que uma vacina «específica» contra a gripe constituía o único recurso profilático apropriado para o combate à doença. No entanto, a impossibilidade de esclarecer a questão da etiologia da gripe no quadro do referido paradigma bacteriológico levou médicos, farmacêuticos e veterinários a admitir que a vacina não podia ser «específica», já que não incluía o antigénio causador da doença. Porém, a gravidade da epidemia, a angústia da sociedade espanhola e a ineficácia dos restantes recursos profiláticos normalmente utilizados pela Medicina na luta contra as epidemias conferiram um acentuado protagonismo às vacinas, que foram por fim apresentadas como um recurso válido para o combate às complicações da gripe. Foi durante o segundo surto epidémico que as vacinas alcançaram maior relevância, e foi pois durante esse período que ocorreu a maioria das vacinações. Como vimos, a maioria dessas vacinas era de natureza mista e estava em conformidade com o que se verificava nos países vizinhos de Espanha, se bem que as doses utilizadas neste país fossem bastante inferiores às utilizadas em França.

Parte III
Imagens, representações e atitudes
face à pandemia

Capítulo 11

Morte e memória da pneumónica de 1918

Introdução

Ao longo do século XIX, a preocupação do Estado para com a saúde das populações – a maior riqueza de um país – foi visível nas medidas tomadas para afastar e conter as epidemias estranhas. O crescimento e intensificação do comércio internacional, o aumento demográfico, a industrialização e rápido crescimento das urbes agravavam as consequências de epidemias importadas, como as de cólera, febre-amarela e peste bubónica. Estas tornaram-se o centro das atenções sanitárias, sem dúvida pela dimensão dramática e esporádica, súbita e por isso aterrorizadora das suas eclosões.

O poder central dedicou muito menos atenção e recursos ao tratamento e prevenção das doenças «habituais» que, na verdade, eram as que verdadeiramente mais ameaçavam a saúde dos portugueses. Não cabe aqui examinar detalhadamente as razões desta opção – que também caracterizava a saúde pública em outros países do Sul da Europa (Ocaña 2005) – mas tão-só assinalá-la.

Nos inícios do século XX e com a publicação do Regulamento Geral de Saúde Pública, em 1901, parece desenhar-se uma nova atitude dos poderes e saberes. Sem descurar os males que nos vinham de fora, a atenção centra-se num olhar que se queria vigilante e atento para com os males que estavam dentro e, tendo em conta a realidade higiénica do país e a escassez dos recursos, almejava-se realizar o difícil equilíbrio entre o respeito das exigências científicas pós-pasteurianas e um quadro de restrição orçamental. Por ocasião de epidemias, contudo, a arquitectura dos organismos de saúde pública testava os seus limites e as carências de toda a ordem tornavam-se bem visíveis, apelando-se a, e contando-se com, a solidariedade de todos.

Nada o demonstrou melhor do que o ano de 1918 – ano de guerra e de fome – em que ao tifo exantemático se sucedeu a varíola entrecruzada com a mais devastadora de todas as epidemias, a gripe pneumónica, que em três vagas sucessivas, entre Junho de 1918 e Março de 1919, dizimou mais de 60 mil pessoas.

A resposta da sociedade civil

O transporte dos doentes

Desde o início da segunda vaga epidémica, o Estado assumiu que não conseguiria resolver todos os problemas e suprir todas as carências. Daí o papel que a sociedade civil era chamada a desempenhar. Desde Setembro, Ricardo Jorge apelarà à formação de comissões de socorro locais que coadjuvassem as autoridades sanitárias. E a sociedade civil respondeu.

A acção da Cruz Vermelha em todo o território está documentada. Não foram só iniciativas lisboetas (a cedência do Hospital da Junqueira e a criação de um orfanato anexo): as estruturas locais da sociedade, organizadas paramilitarmente, permitiram o desenvolvimento da acção por todo o país. A Cruz Vermelha montou, ou ajudou a montar hospitais provisórios – por exemplo em Amarante, Vila Meã e Candemil – e participou em brigadas e missões sanitárias, instalando postos de socorros, providenciando médicos, enfermeiros e maqueiros e cedendo automóveis.¹

Se os hospitais de isolamento podiam resolver os problemas dos cuidados com os epidemiados, as autoridades enfrentavam uma outra dificuldade: o transporte dos doentes. E este problema, na capital, foi resolvido pela Cruz Vermelha. Ricardo Jorge nomeará Afonso Dornellas, membro da Comissão Central da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha, delegado do Governo encarregue de resolver este problema logístico.²

Em relatórios dactilografados, o segundo sargento António José Morato e o maqueiro Augusto Afonso Soares dão conta do dia-a-dia do transporte dos griposos: um membro da Cruz Vermelha ia de manhã a cada esquadra policial saber dos nomes e moradas dos doentes a internar naquela circunscrição médico-farmacêutica; na sede da Cruz Vermelha, era atribuído carro, motorista e nota de serviço. O abastecimento do automóvel era feito no Hospital de Santa Marta, mediante requisição. Depois cada

¹ Guimarães Dias, «Ofícios n.ºs 74 e 96», *Correspondência Recebida*, Arquivo da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha.

² «Reuniões da Comissão Central: Sessão Extraordinária de 16 de Outubro», *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, III série, vol. II, Outubro de 1918, 296.

equipa ia recolher os doentes referenciados, transportando-os ao hospital designado. No dia 15 de Outubro, António José Morato transportou quinze doentes, entre as 12h e as 19h e, no dia 21 de Outubro, Augusto Afonso Soares foi responsável pelo transporte de 11 epidemiados.³

O transporte dos doentes em Lisboa não decorreu sem críticas. Arruda Furtado, inspetor de higiene dos hospitais, queixar-se-ia mais tarde dos carros da Cruz Vermelha «reforçados por camiões do exército», que percorriam à máxima velocidade as ruas da cidade, buzinando freneticamente, com os doentes amontoando-se nas traseiras, sem condições de resguardo. É que, segundo ele, «os camiões do exército e os outros carros, percorriam uma zona da cidade, recebendo nos postos policiais as indicações respeitantes aos doentes que deviam transportar, e que iam recolhendo sucessivamente até completarem a sua lotação, seguindo então para os hospitais. Os primeiros doentes chegavam assim a permanecer nos carros, uma, duas, três horas e todos tinham sido retirados das suas camas, fazendo-se o transporte dia e noite, em noites frias de Outubro e Novembro, com o vento intenso de Lisboa e nos camiões sem cobertura alguma.» (Furtado 1920b, 25) O resultado teria sido desastroso: ao hospital chegavam já moribundos, o que talvez ajude a explicar a elevada mortalidade hospitalar. A imaginação não chega para descrever o que deve ter sido esse mês de Outubro, em Lisboa, em que ao transporte dos doentes, aos hospitais sobrelotados, ao medo de adoecer, à fome e escassez de alimentos, às carências de auxílio de todo o género, se deve ainda juntar o ambiente de convulsão política. No auge da epidemia, a 12 de Outubro,⁴ era declarado o estado de sítio e, a 16 de Outubro, a «leva da morte» será um episódio mais no atribulado Outono de 1918.

As notícias dos casos fulminantes contribuía para o horror que se vivia. Em 1919, Ricardo Jorge ainda recordava o sucedido com o vapor *Moçambique*, que saído de Lourenço Marques, a 12 de Setembro, em missão de repatriamento das forças expedicionárias, aportou à Cidade do Cabo, a 1 de Outubro, onde lavrava a pneumónica. Os primeiros casos de óbitos ocorreram já no mar, a 4 desse mês. A epidemia percorreu o navio, assumindo forma particularmente virulenta, com hemorragias abundantes, invasões rápidas e maciças dos pulmões. À chegada, dos 952 embarcados, 199 tinham morrido, e 11 haveriam de falecer já em terra (Jorge 1919b, 23-24).

³ Arquivo da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha, *Relatórios Dactilografados*.

⁴ Presidência da República, «Decreto n.º 4891, de 12 de Outubro», *Diário do Governo*, 1 série, n.º 223, suplemento, 12 de Outubro de 1918, 1791-1792.

É difícil fazer o balanço da chamada «opinião pública», isto é, da opinião publicada pelos jornais. Em Lisboa, certos periódicos noticiam o alastramento da epidemia, e não escondem as dificuldades sentidas. Mas, se são cuidadosos na publicação das notas oficiosas, muitas vezes tomaram as intenções pela realidade. Assim, sublinham-se as ordens emitidas para o envio de médicos e mais socorros, para diversos pontos do país, mas os jornalistas raramente cuidaram de verificar o seu cumprimento;⁵ noticia-se a viagem caritativa de Sidónio Pais, que se desloca ao Norte do país, para levar arroz, medicamentos e cobertores aos epidemiados, mas a notícia parece valer pela dimensão política da manifestação colectiva dos oficiais do exército que suscitou.⁶ E, ainda nos primeiros dias de Outubro, os periódicos procuravam adoptar um certo tom optimista; assim, se se admitia a progressão da moléstia, recusava-se a sua gravidade: ela grassaria no Minho, «sem acusar a malignidade revelada no Douro e Trás-os-Montes» e no distrito de Castelo Branco, «sem gravidade de maior».⁷ Na primeira semana de Outubro, *O Século* afirmava que a epidemia decrescia e que a influenza começava a revelar «menor difusão e mais benignidade».⁸ Mas, contraditoriamente, na mesma página noticiava-se que Arronches estava sem médico, no Sabugal havia mais de 1500 enfermos, que aí a hospitalização se fazia nas escolas, que em Mira tinham falecido já 150 pessoas. Isto é, parece ser o alinhamento político dos periódicos, ou a sensibilidade dos jornalistas, o que dita o tom e o teor das notícias. Em meados do mês, e apesar de a realidade o desmentir, a própria *A Medicina Contemporânea* afirmava que em Lisboa a epidemia não atingia virulência de maior e que já decrescia o número dos casos, ainda que admitisse que em vários pontos das províncias ela continuava a afligir as populações.⁹ E que ela não esmorecia em Lisboa comprovava-o, entre muitas outras coisas, o facto de a Carris se ter visto na obrigação de cancelar várias carreiras, dado o número de condutores impossibilitados por doença de se apresentarem ao serviço.¹⁰

Perante o número de mortes e de doentes a solidariedade social não deu sinais de fraquejar. Pelo contrário, por todo o lado se formaram comissões de socorros que acorreram aos mais necessitados. Em Lisboa, os

⁵ «Epidemias», *Republica*, n.º 2728, 26 de Setembro de 1918, 3.

⁶ «O espantoso caso do Porto», *República*, n.º 2729, 27 de Setembro de 1918, 1.

⁷ «Epidemias: Influenza pneumónica», *República*, n.º 2729, 27 de Setembro de 1918, 2.

⁸ «A Epidemia», *O Século*, n.º 13224, 2 de Outubro de 1918, p. 2.

⁹ «Epidemias reinantes», *A Medicina Contemporânea*, n.º 41, 13 de Outubro de 1918, 326.

¹⁰ «Sessão de 31 de Outubro», *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lisboa*, 735.

escoteiros deram apoio hospitalar,¹¹ e aos convalescentes e mais necessitados distribuíram-se esmolas e senhas para as Cozinhas Económicas, fundadas pela duquesa de Palmela em 1893, ou para a Associação de Assistência 5 de Dezembro – a «sopa do Sidónio». Muitos médicos deram o exemplo: assim em Carcavelos, Alberto Amado, com o apoio de famílias ilustres locais, constitui uma brigada sanitária formada por ele próprio, duas enfermeiras, duas serventes, um encarregado da distribuição de remédios e mantimentos, dois automóveis e dois motoristas, e percorreram o concelho de Cascais, auxiliando e tratando os doentes e suas famílias. Da Direcção-Geral de Saúde receberam auxílio material e medicamentoso. A oportunidade de fazer propaganda higienista também não foi perdida e a única imposição que Alberto Amado fez aos que com ele trabalharam foi a de usarem máscaras de protecção. Contará ele depois que visitavam uma «média de cem doentes por dia» (Amado 1918). No extremo norte do país, Joaquim A. Pires de Lima, encontrando-se de férias numa sua propriedade do Minho, e dispondo apenas de um cavalo como meio de transporte, fez o mesmo. Os planos de combate epidemiológico não davam conta, de facto, nem da extensão de alguns concelhos, nem das dificuldades em alcançar certas povoações mais distantes. Assim, no de Famalicão, e ao perceber a falta de médicos, Pires de Lima tomou a seu cargo o tratamento dos doentes das freguesias de S. Ruivães, S. Simão, Carreira, S. Fins, Bairro e Delães. Em jeito de balanço, entre 1 e 25 de Outubro, o médico terá tratado 505 doentes, confessando que não conseguira chegar a algumas das outras freguesias do concelho, onde os doentes «ficaram quasi completamente sem socorros» (Lima 1918b, 706).

O seu relato não está isento de críticas às autoridades sanitárias e está evitado de um olhar preconceituoso sobre os grupos laboriosos. As suas depreciações pesarão sobretudo sobre aqueles que se dedicavam ao trabalho fabril, uma atitude comum entre as elites, que receavam os operários, quando não os diabolizavam a eles, às fábricas e ao meio urbano.¹² Dizia ele que a população de Famalicão se ocupava em dois misteres: ou trabalhava nos campos ou entregava-se ao trabalho fabril (fiação e tecelagem de algodão). Os trabalhadores em uma e outra ocupação distinguem-se como se distinguem duas castas, «mesmo pelo aspecto físico. Enquanto os trabalhadores do campo são em regra fortes e sadios, os

¹¹ A Associação dos Escoteiros de Portugal fora fundada em 1913. A acção dos escoteiros nos hospitais foi sublinhada pelo médico Tomás de Mello Breyner. «Reuniões da Comissão Central», *Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha*, 328

¹² Sobre esta diferente valoração do meio urbano/meio rural, e das populações respectivas, v. Vaquinhas (1990); Crespo (1990); Garnel (2007).

operários das fábricas, sobretudo os do sexo feminino, são débeis e pálidos, e constituem terreno propício para devastações largas da clorose e tuberculose.» E a desaprovação prolongava-se na apreciação etnográfica: «a casa dum jornaleiro por pobre que seja é sempre de pedra e possui ao menos uma cama, onde o doente, quando espera o médico, está envolvido em alvos lençóis de grosso linho, com ingénuos bordados e rendas. Pelo contrário, o fabricante, conquanto ganhe melhor salário que o jornaleiro dos campos, revela na sua habitação o mais miserável desleixo. Apesar da extraordinária abundância de granito, o operário vive muitas vezes em ignóbeis barracas de madeira onde o vento e a chuva, mas não a luz, entram livremente. [...] Em algumas dessas barracas [...] encontrei doentes, aos dois e três, deitados em palha húmida e podre e envolvidos em farrapos.» (Lima 1918b, 702-703) Neste quadro de miséria e carência, deixava apenas uma nota positiva: os patrões tinham continuado a pagar uma parte dos ordenados aos operários doentes, e subscrições, promovidas pelos párocos, tinham acudido a muita miséria.

Se os médicos admitiam desconhecer a causa da doença, outros não tinham dúvidas sobre o que causava a aflição a que era preciso acudir. As explicações providencialistas não faltaram, nem do lado dos republicanos mais empedernidos – mas não isentos de uma certa religiosidade revolucionária – nem do lado da Igreja. Em carta enviada de França em 30 de Outubro de 1918, o soldado Anastácio José dos Santos não tem dúvidas em afirmar que a «peste aí se tem encarregado de punir aos que covardemente fugiram ao cumprimento dos deveres» e que a gripe mais não era do que «a providência a castigar uma sociedade que não teve a hombridade de reagir contra a propaganda da covardia e traição feita a favor dos boches, por uma súcia que faz corar de vergonha a pátria que tais filhos tem» (Santos 1922, 22). A Igreja, por sua vez, ordenava preces públicas em todas as igrejas, capelas e oratórios e afirmava não haver dúvidas de que o flagelo era o «castigo da Providência», pelos agravos dos últimos oito anos: «a Sagrada Eucaristia roubada, calcada aos pés; os templos profanados, o clero roubado, preso e espancado»,¹³ tudo isto explicaria o horror que se vivia.

A morte

É verdade que dificilmente se encontrariam ecos de interpretações providencialistas nos periódicos de maior divulgação. Mas os oito anos de pedagogia laicizadora da República não tinham sido suficientes para

¹³ «Preces», *Boletim Parochial de Lisboa*, n.º 241, Lisboa, 27 de Outubro de 1918, 3.

transformar as atitudes dominantes. Como se sabe, a política anti-religiosa, melhor, anticatólica, encontrou as maiores resistências, sinal de que a secularização das leis e das instituições se deparava com o muro forte da religiosidade das populações (Moura 2004). O investimento na educação – que se queria laica – e na propaganda secularizadora tardou em dar frutos. Pelo que continuaram a dominar atitudes de fundo religioso, em particular perante a morte. A angústia e o medo de morrer encontravam algum consolo na crença da sobrevivência da alma. E a ritualização religiosa dos actos, que se sucediam à morte de um ente querido, ajudava a suportar a sua partida.

Se a questão da secularização dos cemitérios parecia estar ultrapassada, em 1910, muros de divisão ainda continuavam a assinalar nestes o campo destinado aos crentes, demarcando-o do espaço destinado aos que morriam sem sacramentos e sem esperança de salvação na eternidade. A destruição destes muros, ordenada pela República, encontrou as maiores resistências populares; como também foi motivo de luta a neutralização religiosa das capelas cemiteriais. Os enterros civis, motivo de tanta propaganda durante os anos finais da Monarquia – como Fernando Catroga (1999) ilustrou –, tiveram pouca expressão estatística antes da implantação do regime republicano. E, ao contrário do que essa propaganda tinha feito crer, com as leis secularizadoras, também não teve grande expressão, sinal de que afinal a reivindicação da laicidade desse rito de passagem não correspondia a um anseio da maioria da população. É verdade que as leis restringiam os actos de culto externo e, por isso, proibiam os funerais acompanhados de padre, de irmandades ou de pessoas ostentando insígnias religiosas. Mas essas medidas foram duramente contestadas e combatidas pelas populações. E, como já foi apontado, por Lúcia Brito de Moura (2004, 422-429), mesmo nos locais em que padres e autoridades administrativas procuraram cumprir as leis, as populações encenavam, civicamente, o ritual da morte, mimetizando o ritual católico, impondo o toque a finados e abrindo a igreja para a deposição do cadáver. Em suma, o sentido e a aceitação da morte eram mediados pela crença e esta exigia rituais públicos, recusando-se abertamente a morte silenciada e/ou escamoteada.

A encenação ritualística da morte não era, contudo, peculiaridade da gente sem instrução. De facto, e apesar do optimismo médico e científico, ela continuava a perdurar em todos os grupos sociais. A religiosidade em sentido lato, sobretudo perante a morte, encontrava outros caminhos e outras justificações, em particular pelo investimento memorialístico ou pelo comemoracionismo (Catroga 1996, 547-671). Tudo isto são questões já bem estudadas.

Que a questão era polémica, mas candente, percebe-se não só pelas resistências populares, como pela atitude combativa da Igreja e pelas respostas do poder político, central e local, que teimava em transformar as convicções por via legislativa. Com a República Nova, contudo, a questão religiosa, particularmente no que tocava à questão das cultuais, sofreu «uma viragem definitiva» (Moura 2004, 217). O governo sidonista, querendo amplificar a sua base de apoio, desejava atrair os católicos e num momento tão conturbado de guerra, fome e recatolicização – recordem-se as vagas de aparições que desde 1916 se sucediam, e de que, em 1917, as de Fátima serão o expoente – cedeu a muitas das aspirações católicas e minimizou algumas medidas laicizadoras. Seguindo o exemplo do Governo central, a Câmara Municipal de Lisboa, em Maio de 1918, reabriu as capelas dos cemitérios ao culto católico e devolveu-lhes as alfaias do culto.¹⁴

Esta relativa tolerância para com o sentir das populações pode ter contribuído para despoletar as tensões que se viverão no auge da epidemia. Ou pode pensar-se que, no auge epidémico, as sensibilidades perante a morte foram uma questão menor, com os vivos mais preocupados em sobreviver do que em assegurar os rituais funerários apropriados, ou em respeitar as convenções do luto. De facto, a urgência em combater o alastramento da moléstia, a dificuldade de assegurar os cuidados aos doentes, em encontrar soluções para os órfãos, as dificuldades que se sentiam em encontrar alimentação e medicamentos, as convulsões políticas foram factores que, nas cidades, se sobrepuseram e que condicionaram as atitudes perante a morte.

No decorrer de uma epidemia, a gestão dos mortos é, contudo, uma questão prioritária. Não se expressaram, pelo menos na imprensa periódica, receios de contaminação pneumónica pelos cadáveres; mas não estavam arredados outros tipos de receios higiénicos.

Assim, a 3 de Outubro, *O Século* noticiava que em várias localidades «os enterramentos fazem-se à pressa» e, frequentemente, «para enterrar os mortos» é preciso «primeiro desenterrar outros muitas vezes ainda não completamente decompostos». ¹⁵ Os espaços cemiteriais enchiam-se demasiadamente depressa e nem sempre era possível encontrar alternativas. A alta taxa de morbilidade também dificultava as operações, com agentes funerários e coveiros prostrados pela doença. Faltavam igualmente carpinteiros que fizessem, atempadamente, o número de caixões necessários.

¹⁴ «Edital», *República*, n.º 2727, 24 de Setembro de 1918, 2.

¹⁵ «A Epidemia: Como alastra e como devemos combatê-la», *O Século*, n.º 13225, 3 de Outubro de 1918, 1.

A 15 de Outubro, nos hospitais de isolamento de Lisboa a situação era de ruptura: aglomeravam-se os cadáveres, alguns em avançado estado de decomposição, e foi preciso determinar, «sem nenhuma espécie de contemplação por pedidos de famílias dos finados», que os cadáveres fossem enviados para os cemitérios no prazo de 24 horas, para serem enterrados em vala comum.¹⁶

Como se sabe, a sepultura individual tinha sido uma das reivindicações dos ideários igualitários. A desigualdade na vida deveria terminar ao morrer; o estatuto de cidadão portador de direitos iguais exigia que todos, e não só os ricos, pudessem manter a individualidade depois da morte, ou, dito de outra maneira, o cemitério com as sepulturas individuais e individualizadas devia consagrar um espaço, ainda que utópico, da igualdade, sempre desmentida na cidade dos vivos (e que na prática viria também a ser desmentida na cidade dos mortos). A vala comum, destino dos pobres, recusava-lhes o direito a serem chorados, e sem lápide, sem nome, confirmava na necrópole a desigualdade, a miséria e o esquecimento. Por isso, muitas associações mutualistas – de que *A Voz do Operário* é exemplo paradigmático – iniciaram e centraram a sua acção em torno da recusa da morte anónima. É verdade que a sepultura individual estava consagrada na lei desde 1835. Mas em muitos locais, particularmente da zona Norte do país, ela continuava a ser desrespeitada; ainda em 1923, Ricardo Jorge confirmava que «em Portugal há uma zona extensa da população onde os mortos gozam da honra do enterro nas igrejas, e para perto da metade dos óbitos se desconhecem as causas da morte» (Jorge, 1923, 59). A crença popular, consagrada pelo costume, continuava a preferir que os mortos fossem enterrados nas igrejas ou no seu adro, garantia adicional da sobrevivência no além, ainda que o enterro em campo santo desdissesse de aspirações individualistas, só possíveis de garantir no espaço da necrópole.

Mas o mesmo não se verificava nas cidades. Nas urbes, a sepultura individual tornara-se habitual, devido não só às reivindicações operárias, mas também em nome de pressupostos higienistas. Pelo que a ordem de serviço emitida pelo director-geral dos Hospitais tinha forçosamente de encontrar algumas resistências. Daí que, em sessão de 21 de Outubro, o vereador da Câmara Municipal de Lisboa, Pedro Midosi Baúto, tenha proposto que na oficinas da Câmara se fabricassem caixões a «fornecer pelo preço de custo às pessoas que apresentem documentos comprova-

¹⁶ A. Lobo Alves, «Ordem de Serviço, n.º 390. Relatório do director-geral dos Hospitais Civis», *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia de Gripe Pneumónica...*, 17.

tivos da sua pobreza». ¹⁷ E a 31 de Outubro informava os seus colegas de vereação que o comerciante José António Júnior, de Xabregas, oferecia 130 dúzias de tábuas para caixões. Uma vez mais a sociedade civil respondia com solidariedade. Contudo, a vontade de possibilitar ao menos a sepultura individual às vítimas da epidemia, se conduziu à suspensão dos agravamentos das taxas dos serviços prestados nos cemitérios, já aprovados, não significou o desaparecimento da vala comum para os epidemiados. A questão do tempo tornava-se crucial, pelo que se abriram valas comuns no Cemitério dos Prazeres, para as vítimas falecidas no Hospital das Trinas, e dada a escassez de terreno no Alto de S. João, os cadáveres amontoados no Hospital do Rego foram encaminhados para valas comuns no cemitério de Benfica.

Mesmo com estas medidas, a gestão cemiterial foi difícil. A demora nos enterramentos e o amontoamento dos cadáveres obrigaram à auto-rização dos enterramentos «mesmo à noite», ¹⁸ e a 23 de Outubro o Governo ordenou que as conservatórias, repartições e postos de registo civil se mantivessem abertos, inclusive aos domingos, e que se adquirissem os livros de registo de óbitos necessários para se manter actualizada a burocracia da morte. ¹⁹ Só a 16 de Novembro, já com a epidemia declinante, a ordem foi revogada. A frieza dos números talvez possa explicar o quão difícil foi esta questão: só no mês de Outubro morreram, em Lisboa, 4743 pessoas; a sobremortalidade, comparando com os números de igual mês no triénio anterior, foi de 3848 mortes; e as estatísticas dizem ainda: vitimados pela gripe, em Outubro de 1915, 4 mortos; em Outubro de 1916, 2 mortos; em Outubro de 1917, 3 mortos; em Outubro de 1918, 3843 mortos. ²⁰ Como já foi sublinhado, entre Outubro e Dezembro o movimento cemiterial em Lisboa representa 47% de todo o movimento daquele ano. E analisando a proveniência dos que foram a enterrar nos cemitérios da capital em 1918, constata-se que cerca de um terço tinham falecido no hospital (Figueiredo 1994, 32 e 99). E, pela primeira vez, a Voz do Operário – associação que zelava pelo enterramento condigno dos seus associados – apelava a um subsídio público: nos meses de Ou-

¹⁷ «Sessão de 21 de Outubro de 1918», *Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lisboa*, s. l., s. ed., 713-714.

¹⁸ *Idem, ibidem*, 714.

¹⁹ «Secretaria de Estado, da Justiça e dos Cultos. Conservatória do Registo Civil. Portaria n.º 1566 de 23 de Outubro de 1918», *Diário do Governo*, n.º 232, 25 de Outubro de 1918, 1879.

²⁰ A. A., «Epidemiologia: Epidemias reinantes», *A Medicina Contemporânea*, n.º 45, 10 de Novembro de 1918, 355.

tubro e Novembro de 1918 a despesa funerária quadruplicara o orçamento previsto.²¹

Não houve tempo para chorar os mortos, nem para os acompanhar ao cemitério, nem para rezar em torno da sepultura. O luto poderá ter ajudado os vivos a suportar a dor e a aflicção. Apostando nisso, os Armazéns Grandella apressaram-se a insistir em campanhas de desconto no vestuário de luto, tal como já haviam feito nos artigos de higiene e nos agasalhos que deviam proteger contra a pneumónica.

Em jeito de conclusão: a memória da pneumónica

Em artigo de 2001, Álvaro Sequeira chamava a atenção para a cortina de silêncio que recobriu o terramoto demográfico de 1918, afirmando mesmo que o aforismo de «a memória dos povos ser curta» encontra aqui um bom exemplo. Contudo há que sublinhar este aparente paradoxo que vem matizar a sua conclusão: é que raras serão as famílias que não guardam memória da terrível pneumónica. A morte de um avô ou bisavô, as histórias contadas por uma tia ou uma avó, do que se passou naqueles meses de 1918, misturadas tantas vezes com relatos de fome e guerra, permanecem vivas nas memórias orais e familiares.

Aquilo que, contudo, parece ser mais difícil de explicar é o silêncio a que outros tipos de memória – designadamente as memórias escritas e /ou públicas – votaram uma epidemia que, em Portugal, matou cerca de 60 mil pessoas no espaço de seis meses. O mesmo paradoxo é, de resto, acentuado por autores que estudaram a epidemia em outros países (Kolata 2005 [1999]). E é de estranhar este silenciamento, tanto mais que, como é sabido, o investimento na memória é um traço forte das sociedades europeias da modernidade (Catroga 2001). Por razões de identidade, individual e/ou colectiva, as sociedades europeias – e Portugal não escapou à regra – cultivaram, porventura obsessivamente, modos de recordar. Lembrar, tornar presente, não esquecer são dimensões importantes da própria identidade europeia (Steiner 2006, 32-36), que se plasmaram em múltiplas formas: no culto dos mortos, nas romagens cívicas, nos monumentos públicos, nas placas toponímicas, nas comemorações e nas historiografias.

²¹ «Sociedade Voz do Operário», *A Voz do Operário*, 40.º ano, n.º 1976, 1 de Dezembro de 1918, 1; *idem, ibidem*, n.º 1984, Julho de 1919.

Mas nem as memórias de guerra – por completo omissas no que à devastação pela pneumónica na frente de batalha diz respeito –, nem as memórias políticas, tão prolixas em referenciar pequenas intrigas partidárias ou pessoais, parecem ter achado digno recordar a epidemia. Nem mesmo Raul Brandão, tão sensível às questões da morte, parece ter encontrado nas cenas de horror que, certamente, presenciou motivo de registo. As razões destes silêncios individuais serão diversas e possivelmente explicáveis pela psicologia ou pela psicanálise.

Aquilo que contudo mais se estranha é o silêncio da memória colectiva pública. Os monumentos, sejam eles a placa toponímica, a estátua no centro da praça, ou a comemoração pública, são sempre produto do poder político. E este mostrou-se sempre mais interessado em celebrar vitórias e heróis, singulares ou colectivos, escolhendo-os tacticamente de modo a servir estratégias de legitimação, em que o passado era chamado a dar coerência e ilusão de eternidade ao presente. Não se celebram traumas: cantam-se os heróis que os superaram. Não se erguem monumentos aos terremotos, mas sim aos heróis que reconstruíram a cidade; não se dá o nome de tuberculose a nenhuma avenida ou praça, mas sim os dos médicos que a combateram. É verdade que nos anos do pós-guerra imediatamente se celebraram os mortos da Grande Guerra, como aconteceu no monumento inaugurado em Condeixa em 1921. Acontecimento traumático, sim, mas militar, heróico e vitorioso. As vítimas da espanhola ou da pneumónica não representavam concorrência no plano simbólico. Caídas sem glória, muitas delas enterradas sem nome, não constituíam exemplo nem ofereciam lição. Pelo que a pneumónica foi activamente mergulhada no esquecimento.

Mais difíceis de explicar são os silêncios da historiografia. Está por explicar a pouca atenção dada à epidemia de 1918. Afinal, outros acontecimentos traumáticos e outras epidemias não foram esquecidos: não há manual que não recorde a peste negra; nem faltam os estudos gerais ou autónomos sobre muitos aspectos do terremoto de 1755; a guerra de 1914-1918 não foi ignorada. Mas como tratou a historiografia do século XX o terremoto demográfico de 1918?

Apenas se tiveram em conta as Histórias de Portugal e as obras de maior referência. Assim, o *Dicionário da História de Portugal*, dirigido por Joel Serrão, tem uma entrada muito longa sobre a peste negra, mas nenhuma entrada para gripe ou influenza. Na entrada «Epidemias», da autoria de Maria Emília Cordeiro Ferreira, a pneumónica merece três linhas apenas, ainda que se diga que ela foi a mais mortífera de todas. No *Dicionário Ilustrado da História de Portugal*, das Publicações Alfa e com coordenação de José Costa Pereira, a entrada «Epidemias», de Maria de Fátima

Coelho, não refere nenhuma das epidemias oitocentistas e não diz uma palavra sobre a gripe de 1918. Não há nenhuma entrada para gripe nem para influenza. Na *Memória de Portugal: O Milénio Português*, com coordenação de A. Teodoro de Matos, sublinham-se vários acontecimentos ocorridos na I República, mas na síntese que trata do «Sidonismo e o colapso da República», de Ernesto Castro Leal, nem uma palavra sobre a influenza ou o cataclismo demográfico daquele ano. Oliveira Marques, contudo, na mesma obra não se esqueceu da peste negra. Na *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*, a entrada «Epidemias» (Motta 1968) define o conceito mas não refere nenhuma em particular; e no verbete «Gripe» (Ayres 1969) explica-se, genericamente, em que consiste a patologia, assinala-se que por vezes ela assume carácter pandémico e refere-se que «uma das pandemias mais importantes foi a de 1918-1919». A peste negra, porém, é referida com muito maior detalhe, não só o surto do século XV e as suas consequências demográficas, como também a preocupação com esta epidemia no século XIX, não se esquecendo o autor de mencionar o surto do Porto de 1899 e o trabalho de Ricardo Jorge na sua contenção (Motta 1973).

Na *História de Portugal*, dirigida por Damião Peres, dita de Barcelos, no capítulo sobre «História política», subcapítulo «República Nova» do volume suplementar, ainda que se publique a conhecida fotografia de Sidónio Pais visitando os tifosos, não se escreveu uma única linha sobre a pneumónica; no capítulo «História económica», subcapítulo «População», do mesmo suplemento, refere-se o pouco crescimento demográfico da década 1911-1920, que se atribui, citando o censo realizado em 1920, «a duas causas principais, a epidemia de gripe pneumónica em 1918 e a guerra» (Peres 1954, 502).

No volume III da *História de Portugal* de Oliveira Marques, na edição de 1973 da Palas Editores, informa-se que «as epidemias de 1918 e 1919 levaram mais de sessenta mil almas» (Oliveira Marques 1973, vol. III, 289); mas não se especifica ou menciona a pneumónica. Também o autor não se esqueceu de sublinhar a queda no crescimento demográfico da década 1911-1920 nem o abaixamento populacional de muitas cidades «na década trágica da emigração, das epidemias e da guerra» (Oliveira Marques 1973, vol. III, 290). Já na *Nova História de Portugal*, dirigida pelo mesmo historiador, no volume intitulado *Portugal da Monarquia para a República* (Oliveira Marques 1991a), no capítulo «Base demográfica» refere-se que a gripe pneumónica causou mais de 50 mil mortos entre Agosto de 1918 e Junho de 1919, assinalando-se as consequências no crescimento demográfico; contudo, no capítulo sobre «Aspectos da vida quotidiana. Hi-

giene e Saúde. Medicina Doméstica. Medicina Científica», nada se diz sobre a epidemia de 1918; e o assunto também ficou ignorado no capítulo dedicado ao «sidonismo».

Veríssimo Serrão, no volume XII da sua *História de Portugal*, na página 212, dedica algumas linhas repetindo a informação do número de mortos e referenciando a visita de Sidónio aos epidemiados do Porto, em finais de Setembro; no volume XII, sobre demografia, fica-se pela referência aos «efeitos devastadores do processo emigratório e da pneumónica» (Serrão 1993, 174).

Rui Ramos, em *A Segunda Fundação (1890-1926)*, sexto volume da *História de Portugal*, dirigida por José Mattoso, apenas diz que Sidónio Pais «durante as epidemias de tifo e pneumónica visitou os hospitais» no Norte do país (Ramos 1994, 618).

Não se encontrou nenhuma referência à gripe, influenza ou pneumónica de 1918 em nenhum dos volumes da *História de Portugal* da autoria de João Medina (2004 [1993]).

O segundo volume do *Portugal Contemporâneo*, dirigido por António Reis, é a obra que mais espaço dedica à pneumónica. Citando Villaverde Cabral, sublinha-se que em 1918 «morreram o dobro de pessoas que morriam habitualmente todos os anos», e que o tempo do regime sidonista, «época de guerra e de epidemias», foi a «época em que o espectro da morte e os sentimentos mais primários de salvação se impõem à massa da população». E Paulo Guinote, na mesma obra, no capítulo sobre «A saúde» também não esqueceu a pneumónica, nem o facto de que as estimadas 50 mil mortes pela gripe e outras epidemias ocorridas no mesmo ano faziam empalidecer a «tradicional ameaça para a vida dos portugueses adultos – a tuberculose».

A escrita da história é, a seu modo, um rito de recordação (Catroga 2001) que, tal como qualquer outro dos níveis memoriais, também se constrói sobre um império de esquecimentos. Operação intelectual e crítica, a historiografia não ignora que se constrói sobre silêncios, como também sabe que as suas leituras são sempre mediadas pelo presente, numa actividade recriadora em que, olhando o passado, dele selecciona o que deve ser recordado e o que será esquecido. Dito de outra maneira, as escolhas do historiador não são neutras.

É verdade que em obras de carácter geral a dificuldade de selecção aumenta. Não se pode estudar tudo, falar sobre tudo, fazer a história de tudo o que aconteceu. Percebe-se que Damião Peres e Rui Ramos, ainda que por razões diferentes, mais interessados na história política, não dessem grande relevo a um acontecimento demográfico e social, ainda que

de enormes consequências económicas e políticas. E compreende-se que historiadores mais sensíveis à história social, caso de Oliveira Marques e Paulo Guinote, lhe tenham dedicado mais atenção. Incompreensível é o total silêncio de João Medina. Mas mesmo atendendo às preferências e problemáticas diferenciadas de cada um dos autores, está por explicar porque se recorda, e bem, a «leva da morte», episódio político que se saldou pela morte de umas dezenas de pessoas, não se esquece, e bem, a participação portuguesa na guerra, com os seus 1341 mortos e 1932 desaparecidos, mas, ao contrário, não se lembra a pneumónica e os seus cerca de 60 mil mortos. Tais são os preconceitos do historiador. A pneumónica foi rodeada de um silêncio ensurdecedor, ou se quiser dizer de outra forma, a pneumónica tem sido repetidamente sepultada na vala comum do esquecimento, ou quando muito o seu trauma sobrevive na memória mais longa das famílias e das comunidades.

Fontes

A Medicina Contemporânea.

A Voz do Operário.

Actas das Sessões da Câmara Municipal de Lisboa.

Boletim Parochial de Lisboa, editado pela Casa Catholica.

Boletim Oficial da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha.

Correspondência Recebida, Archivo da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha.

Relatórios Dactilografados, Archivo da Sociedade Portuguesa da Cruz Vermelha.

Diário do Governo.

O Século.

República.

Daniel Melo

Capítulo 12

A gripe pneumónica no Portugal republicano: o olhar dos escritores e dos fotógrafos

Introdução

Em 1918-1919, uma fulminante gripe pneumónica devastou o mundo inteiro. Foi uma das piores pandemias da História da humanidade: em poucos meses (Maio de 1918 a Junho de 1919) retirou a vida a mais de 40 milhões de pessoas, mais do dobro do que a Grande Guerra provocara em quatro anos e cerca de um terço da mortandade causada pela peste em seis séculos.¹ O reputado médico Ricardo Jorge (1919a) chamou-lhe então o «maior flagelo epidémico dos tempos modernos».

Para o Portugal republicano, este foi mais um rude golpe para a sobrevivência do seu regime, já atingido pela tragédia da intervenção na Grande Guerra e num contexto político-social muito conturbado. A pneumónica de 1918-1919 terá dizimado acima de 100 mil portugueses.²

Como foi percebida esta epidemia pela sociedade portuguesa, em especial por aqueles que puderam ser seus observadores imunes?

Neste texto analiso os ecos dessa epidemia na literatura ficcional e memorialista e nas imagens. E inquiri até que ponto esta tragédia foi rela-

¹ Sequeira (2001, 49). Silva (2006, 309) refere um total de vítimas inferior, 20 milhões de pessoas, *apud* John Campbell *et al.*, *História do Século XX*.

² Sequeira (2001, 54) alude a cerca de 55 mil mortes registadas na *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal no Ano de 1918*, às quais aduz óbitos posteriores e os causados por «doenças ignoradas ou desconhecidas», superando-se assim a barreira das 100 mil mortes. Oliveira Marques (1978, 16) refere 70 mil mortes. Recentemente, Frada (2005, 18) salientou que a estatística oficial coeva só registou 60 474 óbitos específicos (gripe e pneumonia), embora julgue ter havido muito mais mortandade.

cionada com a tensa conjuntura político-social coeva, e se ajudou ou não a reforçar uma imagem pessimista da situação do país e saídas ou posturas redentoras para a mesma. Para o enquadramento histórico da doença e da sua memória colectiva inspirei-me em autores como Revel e Peter (1987 [1974]) e Frank (1992), bem como em várias obras sobre a pneumónica e/ou o sidonismo.

A literatura de ficção: Sidónio quase eclipsa a epidemia

Na literatura de ficção publicada desde o eclodir da pneumónica (portanto, dos últimos 90 anos) constata-se a centralidade de Sidónio Pais e a escassez de alusões à pneumónica. A memorialística tem um perfil similar, fixada em Sidónio e/ou na participação lusa na «Grande Guerra» (e. g. Meneses 2000, 326-329; Silva 2000 ou 2006).

Com efeito, várias são as obras de ficção que, logo após o assassinato de Sidónio, procuram restituir-nos essa época, como se houvesse uma extrema necessidade de dar testemunho e opinião sobre um consulado e uma fase tidos como politicamente e socialmente «fracturantes». Regra geral, a avaliação é negativa para Sidónio, dependendo também do personagem que fala: havendo enredos historicamente e socialmente enquadrados, o lugar socialmente e politicamente determinado donde se fala também visa representar a divisão da própria sociedade da época.

É o romance histórico que aqui prevalece. Os autores em questão são José Lins do Rego (1936 [1935]), Pierre Benoit (1952), Alves Redol (1972), José Rodrigues Miguéis (1975), Álvaro Guerra (1982), Mário Cláudio (1984), Artur Villares (1988), Maria Velho da Costa (1989), Fernando Assis Pacheco (1993), Garcia Barreto (1994), Artur Portela (2003) e Joaquim Mestre (2006).

Destes 12 autores, menos de metade abordam a pneumónica: Alves Redol (1972), Mário Cláudio (1984), Artur Villares (1988), Fernando Assis Pacheco (1993) e Joaquim Mestre (2006). Tal é significativo, evidenciando o patamar de valorações e olvidos em jogo. São estes que revisitarei seguidamente.

Os Reinegros, de Redol, é um fresco da I República através do olhar do operariado da capital. Vai da esperança por este depositada no novo regime até à desilusão, causada pela persistência das extremas dificuldades sofridas pelo povo. O Armistício é um parêntesis breve, segue-se a greve geral e o colapso do sidonismo. Para Redol (1972) o que conta é a questão

social, sendo quase imperceptíveis as referências ao sidonismo; o regime é quase um *continuum*, uma sucessão de desencontros entre a nova governação e aquela que foi a sua primeva e mais abnegada base social de apoio. Neste sentido, pode ser lido a contracorrente das restantes obras de ficção que reflectem sobre este período. A fome e a guerra ocupam parte relevante da narrativa e estão na origem do descontentamento e da revolta popular (*idem*, 326-364). Segundo Redol, o *dezembrismo* é um crescendo de esgotamento colectivo para os desfavorecidos, misturando-se a saturação pela instabilidade social (numa crítica indirecta ao anarquismo, vinda dum escritor ligado ao rival PCP), a repressão política, a crise económica e a usurpação da riqueza por uns poucos:

As greves parciais não cessavam e o povo começava a cansar-se. Entre os salários e o custo de vida, aumentava o abismo, e só um grande movimento total poderia opor-se à ganância de uns tantos. Promoviam-se assembleias nos sindicatos, para ordenar os esforços de todos, realizavam-se comícios de exaltação e propaganda da greve geral. As prisões enchiam-se. (*Idem*, 364)

A gripe pneumónica completa o relato negro do quotidiano operário e popular desse final de 1918, trazendo o desenlace trágico iniciado na «Grande Guerra»:

A pneumónica alastrava, numa ceifa aterradora. Os cadáveres ficavam à porta dos cemitérios, esperando vez. Famílias inteiras desapareciam, aldeias despovoam-se. Não bastavam os transportes usuais para carregar os mortos. Era ainda o luto da guerra.

Os sinos das igrejas calavam-se, para que os doentes não dessem conta da mudança trágica da morte. Faltavam médicos – não havia remédios. Nos campos de batalha os soldados caíam – o fim era uma interrogação, preocupava todos.

QUANDO ACABARÁ?

Trazia-se o destino sobre os ombros. (*Ibidem*)

Amadeo é a reconstituição da vida e obra do famoso pintor modernista Amadeo de Souza-Cardoso, a partir das memórias recolhidas por Mário Cláudio (1984) junto de descendentes na sua quinta de Manhufe (Amarante). Daqui se lança num ficcionamento quase imperceptível, dada a sua grande carga documental e a reconstituição histórica. Em Setembro de 1918, e após uma carreira artística breve mas consistente, Amadeo contrai a pneumónica. Tinha então 31 anos. Não é o único; porém, naquele campo, só quando o flagelo atinge gente socialmente melhor co-

locada («ilustrados na leitura dos periódicos, titulares da terra») é que se dá o «alarme», pois «que no meio dos campestinos a morte é convívio de todas as horas» (Cláudio 1984, 107). Amadeo terá soçobrado ao «pânico», embora não o mostrasse. Tenta iludir os fantasmas pelo «desabafo» (a correspondência com o irmão António é disso reflexo) e pela atenção aos próximos, também eles atingidos pela doença (*idem*, 108). O quadro em redor é desolador: «Circulam as notícias pelo telégrafo, há acenos de amigos longínquos que vão tombando, intoleráveis expectativas de que decorra o tempo de incubação». Improvisam-se hospitais, por beneméritos como «Ana Guedes», «respeitabilíssima matrona local, vereadora e filantropa» que disponibiliza a sua casa. Tenta-se conter a contaminação através de cuidados higiénicos usados para debelar outras doenças:

Com o máximo dos zelos se marcam talheres e roupa branca, que a seguir se escaldam em água fervente [...Amadeo] desinfecta as mãos obsessivamente, empregando a infusão cuja fórmula alguém consignou a lápis na margem da última carta que escreve. É a «receita preventiva», constando de «álcool – 20 gr, mentol – 2 gr, ammoníaco – 10,50, – ether sulfúrico – 5,7» e de certa substância ilegível. [...] Transpirava-se de frio, mantinha-se o fogão perpetuamente atizado, aquecendo tisanas, derretendo linhaças, fazendo borbulhar a água das botijas. Mudavam-se os lençóis, queimava-se o incenso. (*Idem*, 108 e 110)

A situação acaba por afectar sobremaneira o seu trabalho e o seu quotidiano. Em desespero de causa, «Amadeo foge para Espinho, com os parentes já enfermos, na grande precipitação de se depurar na aragem do Atlântico» (*idem*: 108). É um Amadeo já pessimista e cansado que escreve ao irmão António a sua derradeira carta, datada de Outubro de 1918:

A [irmã] Gracita continua no mesmo estado. Na noite passada o termómetro acusou altíssima temperatura [...]. A [esposa] Lucia ontem não teve descanso mas hoje lá caiu na cama e lá está com febre e os característicos da gripe. A D. Judith não tem descanso de noite e de dia [...] Estou a ver quando ela cae e então é que ficamos sem pessoa que dê despacho a isto. Seja o que Deus quiser! Eu ando constipadíssimo[,] de vez em quando sinto bastante opressão no peito [e] tenho-me atirado ao vinho do Porto como prevenção. [...] E por ahí como se tem atravessado com essa fatalidade? Não sei quê que me diz que vae haver grande mudança na vida da nossa familia. Será pessimismo meu[,] oxalá! (*Idem*, 108-109)

Como referem Revel e Peter (1987 [1974], 200): «Quando, no sofrimento e na doença, aquele que sente o seu corpo infinitamente mortal

e cada vez mais fugace, tenta dizê-lo, ele só pode tomar a medida da distância que o separa do que vive.»

Cláudio detém-se nos sentimentos suscitados pela doença, dos mais extremos na condição humana:

Amadeo flutuava entre o pavor e a vontade que, na iminência da cessação de suas faculdades, ia também ela capitulando um pouco. Via definir a mulher e os irmãos, tomava-se o pulso, examinava-se ao espelho, prescrevia-se receitas que eram um engano da sorte. [...] E Amadeo estremecia em face de quanto lhe cabia desempenhar. (*Idem*, 110)

No caso de Amadeo e do seu meio, tais sentimentos eram complementados pela piedade religiosa católica: «recitava-se a novena de Santa Teresinha do Menino Jesus. [...] Os sinos tocavam sem parança [...] Entra o padre, como se impõe, afobado e gentil, nas mãos lhe tomando as falanges entorpecidas.» (*Idem*, 110-111)

A Leva da Morte é um testemunho ficcionado dum aristocrata que teve que se fazer à vida como repórter na capital, mas pugnando pelas suas convicções enquanto patriota republicano engajado, embora com sentido crítico. O livro tem a forma de pequenas reportagens, escritas até final de 1933 (Villares 1988, 11), e acompanha o consulado sidonista nalguns dos seus pontos mais polémicos: as «aparições de Fátima», o golpe sidonista, a «leva da morte», o assassinato de Sidónio, etc.

As «aparições de Fátima» são descritas *in loco*, aquando da sua deslocação à Cova da Iria em 13 de Outubro de 1917, num olhar frontal e descorçoado, que tem implícita uma condenação do irracionalismo colectivo que então crê presenciar na maioria dos presentes:

Desencantado, perguntei a uma senhora que limpava os olhos rubros com o avental:

– Onde foi?

O braço tremente e preto desenhou um círculo indefinido. Olhei de novo. Uma nuvem grossa envolvia o sol, deixando sair raios finos e dourados, que num instante se ocultaram completamente por detrás dessa massa espessa e roliça.

«Ali», pensei vagamente. «Ali». Instantes. Com precisão, enrolei um cigarro e pensei. «Ali». «Que dirá o Sanches [editor do jornal republicano pró-sidonista *A Luta*, para o qual trabalhava]?» Não lhe levava uma única linha!

[...fala dum seu amigo e camarada do jornal *O Século*:]

– O Amadeu de Freitas enviou-me aqui para fazer a reportagem desta palhaçada. Os batinas amanhã vão ouvir!

Meti-lhe o braço com intensa amizade e caminhámos atrás dessa chusma de crédulos, compradores néscios de ilusões mal embrulhadas. (Villares 1988, 15)

Esta descrição evoca as impressões verídicas dum jornalista que presenciou os eventos (Almeida 1992, 129-131), que figuram como epígrafe deste livro. O povo é não só encarado enquanto ávido de ilusões mas também como primeira vítima da situação de crise económica. A fome e a guerra marcam esse Outubro de 1917 e parecem estar na origem da busca de compensações espirituais:

Nesse Outubro de Fátima o pão era milagre. Rasgando Lisboa, filas de esfomeados, disputavam o alimento, babando a espuma da espera e mascando em seco a esperança das próximas searas. Rivalizando com as bichas para o pão e o açúcar e com o mercado negro do petróleo e do coque, alcaiteias de desespero uivavam perante as listas dos mortos da Guerra. (Villares 1988, 18)

O autor fala ainda do contexto de crise generalizada que atravessou o *dezembrismo*, para o qual contribuíram as várias epidemias que grassaram em 1918-1919, assim se tornando fadoras da persistência da crise:

Nesse Outono [de 1918] sedento de sangue, a pneumonia violentava o país, de braço dado com a fome e a polícia. [...]

A pneumonia, essa aproximava-se sempre mais e mais e a morte dominava o país aterrorizado e moribundo.

O país morria nas prisões, nas mesas ermas de alimentos e nas camas gripadas dos hospitais, afundando-se. (*Idem*, 45 e 48)

Na intensa adversidade colectiva, Sidónio é visto como um anjo trágico: «Do fundo das enfermarias mergulhava o meu olhar naquele homem de bata branca, congregado a outras batas brancas, mas mais próximo, com o sincero coração magoado e pesaroso.» (*Idem*, 27) O romance centra-se num narrador-protagonista que tem o condão de nos dar um retrato intimista, ao mesmo tempo humano e desapiedado, do *Chefe* que segue até ao fim. Embora antecipando a desgraça anunciada, o protagonista confessa a sua adesão ao carisma do *Presidente-Rei*, como na descrição da sua recepção popular na cidade de Faro, em Fevereiro de 1918, um dos seus vários «banhos de multidão»:

Aquela imagem de Faro!

Naquele momento lembrei-me de Fátima. Uma onda vaga e enorme de cabeças movia-se, trémula e ansiosa, olhando uma varanda de ferro forjado.

Lá, estático, como que entre o céu e a terra, Sidónio pairava sobre as consciências néscias e crédulas, trementes e entusiastas, ávidas de aparições.

Momentaneamente, o sol libertou-se de uma teimosa nuvem de contornos bizarros e inundou clamorosamente Sidónio Pais que, brilhando, acenava misticamente.

Um burburinho atravessou a multidão (ou dentro de mim?) enquanto alguns braços gesticulavam o sinal da cruz e joelhos se derrubavam.

Uma voz sonante e aguda fendeu o ar:

– Viva Sidónio Pais! Salvador! Viva!!!

Ali mandava ele, Salvador da Pátria e portador de palavras afáveis e esperança para as nossas ilusões. (Villares 1988, 27)

O protagonista tem, portanto, plena consciência de que tal adesão é comparável à da multidão que critica nas «aparições de Fátima», assumindo as suas próprias contradições. Nem por isso desaparece o seu espírito crítico, como é patente quando alude à tentação ditatorial/messiânica em termos que expõem todo o paradoxo deste consulado político: «Lembrava-me do que Sidónio confidenciara uma vez, no Porto: ‘Creio que tenho uma missão divina a cumprir’.» (*Idem*, 35)

Trabalhos e Paixões de Benito Prada descreve a vida dum pobre galego raiano emigrado no Portugal republicano. Para Benito Prada, o protagonista deste romance, a política é algo em que tenta não envolver-se publicamente, preferindo concentrar-se no negócio da venda de vestuário. Debalde, pois a política neste tempo conturbado não deixa ninguém indiferente (acabará por assumir a sua inclinação para posições progressistas e democráticas, mesmo diante da polícia política salazarista). A miséria, as convulsões sociais e políticas, bem como a doença e a incerteza no futuro, estão omnipresentes na vida dos mais próximos. O seu conterrâneo Grego, chefe e depois companheiro de negócio em Aveiro, morre vitimado pela pneumónica: «O Grego morrera da sua moléstia das vias, segundo ela, mas também se disse mais tarde que tinha sido uma das primeiras vítimas da influenza pneumónica, ou só pneumónica, como veio a ser registada.» (Pacheco 1993, 98)

O período do pós-guerra tem como cenário a cidade de Coimbra. A conjuntura sidonista é aí relatada nas suas cambiantes de atribulação e messianismo:

O dr. Sidónio Pais, ou simplesmente Sidónio, como se instalou na história portuguesa, surgia-lhe [ao dr. Malcata] fadado para transformar o país varrendo ao mesmo tempo os açambarcadores, os bombistas e os bolchevistas ateus, essa praga importada da estepe russa. Recortava dos jornais as reporta-

gens com os seus discursos; era sensível à República Nova, ou Ideia Nova, e sublinhara num folheto de João de Castro o solene parágrafo onde se lia que «o Herói que não teme, o Arcanjo combatendo o mal», viera trazer a Portugal «a sagração do Libertador». Fórmulas desta aqueciam o desalento e a orfanidade de 1918, quando ainda se combatia nas planícies dementadas da primeira Grande Guerra. (*Idem*, 101)

O protagonista também sofre o «embate da crise» nesse ano negro de 1918, com a retracção da procura e o aumento impressionante da miséria, da fome e do desespero, só parcialmente debeladas pela acção estatal, que em Coimbra cria dois refeitórios para necessitados:

Os têxteis iam mal, mas isso não era tudo porque a generalidade da população queixava-se e os mais famintos não se ensaiavam para assaltar armazéns de víveres e até mesmo mercearias. Duas Sopas dos Pobres, uma ideia cara ao novo presidente, tinham aberto na Rua da Sofia e em Almedina. As bichas de comensais eram dignas de ver-se. (*Ibidem*)

Também Benito tinha que se contentar com um almoço «a frio de um tacho que trazia» do quarto onde vivia, «fechando a porta do estabelecimento para não ser surpreendido.» (*Idem*, 112-113)

A alusão à etapa final de Sidónio é mais uma oportunidade para o narrador retomar o messianismo, a violência política e a irracionalidade instalada na sociedade portuguesa. (*Ibidem*)

Assis Pacheco refere ainda o impacto da epidemia na vizinha Espanha, que acabaria por vitimar forasteiros portugueses no ano seguinte:

Nas férias da Páscoa a Tuna Académica de Coimbra foi tocar à Galiza, onde também morria gente com a pneumónica. Um tocador de bandolim veio doente, e porque o hospital estivesse cheio internaram-no numa enfermaria militar, mas durou dois dias e depois dele morreu o porta-estandarte, cujo pai, anti-sidonista, culpou as autoridades da cidade por não lerem com olhos de ler a portaria da Câmara de Lisboa que mandava queimar barricadas de alcatrão nas ruas. (*Idem*, 103)

O facto de a epidemia ter chegado pela fronteira ajudou a reforçar o preconceito antiespanhol, condensado em ditos populares como «de Espanha nem bom vento nem bom casamento». Neste romance também se alude a esse fenómeno, na personagem dum cauteleiro belicoso, que, assim que sabe a naturalidade do protagonista, o brinda com uma ofensa daquele teor, culpabilizando os espanhóis por terem trazido a epidemia. (*Idem*, 121)

Este período conturbado, que impôs dificuldades económicas e perda de amigos a personagens desta saga luso-galega, teve tal impacto que ficou fortemente gravado na memória dos indivíduos. Como sentencia o galego Benito Prada, relativizando os cuidados da esposa pelo adoecimento duma filha: «Tragédia foi a pneumónica, nunca mais me hei-de esquecer. Morreu tanta gente que houve ruas que ficaram vazias.» (*Idem*, 197)

O Perfumista é o último romance aqui analisado e também aquele que mais investe na descrição do ambiente social de então em relação à pneumónica. Tem como pano de fundo a I Guerra Mundial, a Revolução Russa, as «aparições de Fátima» e a pneumónica, e tem como cenário a vila de Almorim, situada no Alentejo de entre Mértola e Alcoutim. Relata a história dum homem (Manuel Gasparim) que se apaixona por uma mulher (Maria Galariana), mais precisamente pelo seu odor, e que se torna perfumista, após anos como aprendiz numa loja da especialidade na capital.

Algum tempo após deflagrar a I Guerra Mundial, Manuel Gasparim é integrado no Corpo Expedicionário Português, para ir combater nos campos da Flandres. Meses depois corre o rumor de que terá morrido na frente de batalha (Mestre, 2006: 200). No entanto, no dia 15-9-1920 regressa no barco de carreira *Guadiana*, vindo de Alcoutim (*idem*: 240-242). Gasparim fecha-se em casa para retomar os perfumes, cuja fragrância enlouquece as mulheres e os homens, mexendo com a vida na pacata vila alentejana.

Entretanto, a pneumónica fizera muitas vítimas: a mulher, os amigos e muitos conterrâneos haviam morrido durante a sua ausência. A morte povoa o romance, a vida destes alentejanos, tal como a religião, melhor será dizer, as religiões, o sincretismo religioso, a superstição, as visões e a feitiçaria (*idem*: v. g. 75-82). A primeira vítima da pneumónica no livro é o segundo-sargento Francisco Joaquim Queiroz Alves, que contraíra a doença no *front* (*idem*, 193). É o jornal *O Bejense* que o noticia, a 19 de Junho de 1918. Seguem-se-lhe o soldado João Colaço e um marinheiro espanhol. Uma semana depois, caem na cama os que de mais perto haviam lidado com eles: a difusão da doença, e da morte, é agora imparável. O pânico e o desespero apoderam-se das populações:

Hoje uma, amanhã outra, depois todos os dias, as notícias de mortes com a pneumónica, ou a gripe espanhola como também lhe chamavam, não paravam de aumentar, juntando-se às mortes nas trincheiras da Flandres.

E corriam os boatos mais assustadores. Havia quem dissesse que era a água dos poços que estava envenenada; outras pessoas diziam que as cédulas de

tostão eram um perigoso meio de transmissão do micróbio da epidemia; outras, em Almorim, lembravam as profecias do *Caçador de Deus* e do *Bruxo do Granado* [dois pobres profetas].

[...] não demoraria muito para que o pânico e o desespero das pessoas as levassem a procurar, nos curandeiros e virtuosos, resposta para as interrogações e para a doença que, todos os dias, ceifava vidas. (*Idem*, 193 e 196-197)

Às directivas do Ministério da Saúde sobre os cuidados e remédios preventivos (lenço embebido em mezinha desinfectante e «gargarejos mentolados ou salgados, sais de quinino, sais amoniacaís, sais pungentes, ampolas de óleo canforado, mostarda e até linhaça») sobrepunham-se as «rezas e benzeduras, chás, pomadas e unguentos» dos «bruxos e curandeiros» que chegavam da serra. (*Idem*, 197-198)

A boa vontade não chegava para estancar o alastramento da epidemia. Por medo de contágio, as pessoas começam a evitar-se, a tapar-se melhor, a evitar falar, tocar, beijar ou comer com outra pessoa, a pôr um lenço na cara logo que alguém tossisse e a afastarem-se. Muito comércio fecharia portas: «cafés, vendas e a maior parte das lojas»; as zonas dos pobres eram evitadas pelos restantes, pois «sempre a pobreza foi rica em fome e doenças» (*idem*, 198). Quando alguém morria, só os parentes próximos iam ao funeral. Os bens de mais uso pelo defunto eram queimados ou enterrados, e perfumava-se a sua casa (*idem*, 199).

A partir de certa altura, e para não assustar a população (sobretudo os doentes e acamados), acordou-se interromper o toque do sino da igreja em Almorim e os «funerais passaram a fazer-se em silêncio». (*Ibidem*)

Num ambiente de medo e «horror» face ao espectro da doença mortal, vem ao de cima o pior do ser humano: o ostracismo dos parentes da vítima inicial (o soldado João Colaço), com a sua posterior designação estigmatizante de *Timbosos* (*idem*, 196). Aqui tem paralelo com o supramencionado romance de Assis Pacheco.

Em termos estilísticos, este é o romance histórico que, no conjunto, mais preocupadamente articula realismo, maravilhoso e fantástico, História e imaginário popular, para a caracterização daquela época e ambiente social.

Memorialismo, arma política das elites

No memorialismo são também raras as alusões à pneumónica. Nem Raul Brandão nem Aquilino Ribeiro (1974), cujas memórias envolvem este período, lhe foram sensíveis, desviando o olhar para a política e a fi-

gura de Sidónio.³ Essas alusões podem ser repartidas por dois grupos, um favorável a Sidónio – a condessa de Ficalho (Martins 1921), visconde do Porto da Cruz (1928) e António Cabral (1932), – e outro crítico – F. Keil do Amaral (1970), Emídio Santana (1987) e Armindo Rodrigues (1998). Sintomaticamente, os primeiros eram de extracção social elevada, e os segundos oriundos da classe média ou do operariado e ligados ao republicanismo ou à esquerda política. A excepção é Sarmento Pimentel (1974), que fica a meio caminho. Começo por este.

O oficial militar Sarmento Pimentel refere-se à digressão de Sidónio pelo país e ao seu acompanhamento de doentes da pneumónica com algum detalhe:

Também lhe granjeou adeptos a solicitude e caridade para com os doentes, aos milhares, que, por todo o País, vinham lutando contra a pneumónica, sem assistência, sem recursos, até sem gente para enterrar os mortos. [§] Ele ia visitar os lugares mais pobres e mais dizimados, consolar os doentes, providenciando-lhes médico, remédios, alimentos, e sem receio de ser contaminado pela terrível epidemia. [§] Em Amarante, onde tinha parentes, andara pelas aldeias com uma turma da Cruz Vermelha em ambulâncias para socorrer os doentes desamparados, pois ali «a espanhola» era tão brava que todos fugiam ao contágio e nem aos próprios animais poupava. Deu-se o caso espantoso e terrífico na família dos Castros, que fora passear a Madrid e, no regresso à quinta[,] falecera dum dia para o outro o marido e a mulher, bem assim o padre que lhes fez o enterro, o sacristão, os quatro homens que pegaram no caixão, a cozinheira, os cães, e o gado de serviço e custeio. (Pimentel 1974, 191)

Sarmento Pimentel apodaria tal digressão «romaria de samaritano, cujo êxito ninguém punha em dúvida», embora o ambiente fosse de «guerra civil» (*idem*: 192).

O próprio Sarmento Pimentel seria atingido pela «espanhola» (que diz só seria designada por *pneumónica* mais tarde), pouco após ter aceite o convite de Sidónio para chefiar o Esquadrão de Cavalaria da GNR no Porto. Esteve «com um pé na cova», passando nove meses no Hospital Militar do Porto para se restabelecer (*idem*, 191-193). O futuro seareiro descreve a época como apocalíptica, sedenta de figuras sebastiânicas rendedoras da grei (Pimentel 1974, 205-206).

O empenho pessoal do chefe de Estado no combate à epidemia é exaltado pela condessa de Ficalho, por ocasião duma sua visita oficial a Sintra

³ Brandão falará, porém, do precedente *tabardilho* – Brandão (2000 [1933], 85).

(Martins 1921, 133), e pelo visconde do Porto da Cruz (1928, 5). Sidónio daria o mote, pondo os seus filhos Afonso e Pedro a liderar o auxílio voluntário aos doentes na freguesia lisboeta da Ajuda (Martins 1921, 133).

Já o visconde (*ibidem*) alude à gripe como uma «peste» e «uma maldição do Ceu», que atingiu a Escola de Guerra, onde então estava, instalando-se o «pânico» aquando do falecimento dum colega, Rebocho de Albuquerque, e do adoecimento doutros. A escola foi temporariamente encerrada, e o visconde partiu para Sintra, onde então estava o «Grande Sidonio Paes» e o seu Estado-Maior (*idem*, 6).

O contexto multiplamente trágico é recordado pelo escritor monárquico António Cabral (1932, 385): «A juntar-se a tantas desgraças, novas desgraças trouxe ao paiz a gripe, de caracter pneumónico. A terrível doença arrebatou vidas sem conta, e, entre ellas, a de um querido amigo meu, cuja perda ainda hoje deploro.»

Na sua referência à gripe, Keil do Amaral reproduz a carta do soldado Celestino Loureiro Xavier, enviada desde a frente de guerra para a mãe do autor (sua amiga conterrânea), o qual ouviu dizer «que anda ahí uma doença muito má» e que sugerira a Nazaré (sua esposa?) que se a doença chegasse à terra para abalar para França (Amaral 1970, 222). O autor, então moço, diz que todos escaparam, em parte pelos cuidados preventivos: «Gargarejávamos com desinfectantes e tomávamos pastilhas de manhã à noite» (*idem*, 222). Porém, os sinos tocavam quase diariamente, «famílias inteiras» desapareceram ou «ficaram dramaticamente reduzidas», como a dos Vargas, que era uma *troupe* de comediantes, e cuja tragédia e provações evoca com «emoção e enternecimento» (*ibidem*).

Emídio Santana (1987, 33) faz o relato mais cru da devastação, ele que era então estudante numa família de operários e se tornaria um dirigente anarco-sindicalista:

No final de 1918 a «pneumónica» grassava intensamente criando um estado de pânico colectivo. Era frequente ver-se nas ruas grupos de pessoas consternadas que comentavam a morte recente deste ou daquele vizinho, e os funerais às vezes sucediam-se, a caminho dos cemitérios. Como as carretas funerárias não acudiam a tantos funerais, algumas vezes se via os caixões serem transportados «a pau e corda», vulgar meio de transporte de mobílias e mercadorias, pelos chamados moços de fretes.

Tal como o visconde do Porto da Cruz, António Cabral e F. Keil do Amaral, também o então estudante Armindo Rodrigues (1998, 83) se refere à pneumónica por esta ter atingido um próximo, no caso, o seu pai, que viria a falecer, após uma «agonia demorada e penosa». Na memória

do poeta ficou gravada a imagem do seu pai moribundo: «cuido sentir-lhe o arquejo aflito e ver-lhe os olhos ternos e baços, fitos nos meus, atónitos e impotentes» (*ibidem*).

Imagens do sidonismo ou as multidões errantes

As imagens reiteram, em parte, o memorialismo e a ficção. Outrossim trazem novos contornos: nelas sobressai a sociedade de massas que então irrompia no país.

As multidões estão presentes em muitas das imagens, seja para comparecer nos inúmeros eventos políticos e cívicos, seja para tratar da sua sobrevivência. Note-se que a simples ida de Sidónio a uma urbe do interior é motivo para um «banho de multidão», fruto da curiosidade colectiva em ver esta figura magnética mas ainda pouco conhecida, aliada à adesão ideológica ou irracional dalguns ao seu carisma.⁴ Várias destas aruadas são, porém, politicamente procuradas e calculadas, pois remetem para as visitas do presidente aos novos locais com cozinhas económicas ou da assistência, bem mais fáceis do que as visitas aos hospitais e asilos em contexto epidémico que, porém, Sidónio não evita, antes demanda, ansioso de reconhecimento e legitimação política e social, assim reforçando-se como redentor do povo junto de largas camadas da população (Silva 2006, 312).

Com ligação à pneumónica, apenas nos surgem as fotos relativas às visitas e deslocações de Sidónio no âmbito da assistência oficial, fosse de âmbito alimentar ou médico. A maioria é do fotógrafo Joshua Benoliel, mas também há algumas fotos não identificadas, no espólio da Cruz Vermelha Portuguesa, e que remetem para as suas instalações assistenciais: o Hospital dos Tifosos no Porto, as brigadas antipneumónica, o Hospital da Junqueira e o seu Orfanato, este recolhendo crianças que haviam ficado sem pais devido, maioritariamente, aos efeitos trágicos desta epidemia.

Em menor número, e para grupos mais restritos, temos as imagens que nos restituem os ofícios, os lazeres e os episódios do quotidiano. Seja por que ângulo as virmos, a rua impera.

⁴ Como refere Oliveira Marques (1973, 274-275), «A mística do ‘chefe’, que tão importante se iria revelar mais tarde, encontrou em Sidónio o seu primeiro representante no nosso século XX. Para um racionalista da escola tradicional [isto é, os republicanos da dita República Velha], era difícil ou mesmo impossível compreender este fenómeno novo – inexistente, pelo menos, desde D. Miguel – e avaliar a sua dimensão como perigo futuro.»

É uma sociedade marcada pela deambulação das massas a que passa defronte dos nossos olhos. Há duas coleções preciosas para o comprovar: as de Joshua Benoliel (Tavares 2005) e de Ferreira da Cunha (Castelo 2003).

A vida da elite, das elites (sobretudo da política, mas também a elite social), está lá, também em destaque, mas o que marca, em claro contraste com a iconografia do Estado Novo, é esta irrupção espontânea e expectante das multidões, em evidente oposição à geometria fria, cinzenta, programada e cheia de uniformes estatais (as «fardas») do longo ciclo ditatorial.

Noutro manancial icónico, a caricatura (e tomando Silva Monteiro como autor modelar), impõe-se a análise da política interpartidária, indo duma adesão discreta ao sidonismo até aos avisos desiludidos quanto ao cenário de ruptura iminente por uma fronda anti-sidonista (v. Rodrigues 1979, 115-123; Vieira 1999, 188-213; e Samara 2002a, 138-163).

Crises, inseguranças, refúgios e olvidos

Pese alguns momentos de renovo – como a libertação face ao clientelismo afonsista, o fim da guerra e o aumento das subsistências –, o surgimento da pneumónica insere-se numa «conjuntura de crise bastante problemática para a sociedade portuguesa» (Girão 2003, 136).

A agitação política e militar, a guerra,⁵ a fome, a miséria, os problemas com o abastecimento alimentar, as constantes greves, a continuação da fuga emigratória,⁶ etc., reforçavam a instabilidade e a incerteza em muitos. A junção das epidemias, da tuberculose e da mortandade agrava a impotência e a insegurança ontológica, alastrando o sentimento de vulnerabilidade individual a largos estratos populacionais, incluindo a parte das elites.

A convergência conservadora e contra-revolucionária cavalga então a onda messiânica, católica intransigente e ultranacionalista, com implicações nos campos religioso e político. Faz sentido: Sidónio, que estava «entre dois mundos» (Samara 2002b, 18), o conservador e o moderno,

⁵ Somando as frentes francesa e africana, a I Guerra Mundial causou cerca de 35 mil baixas no contingente militar luso, entre mortos, feridos e inutilizados por doença (cf. Castelo 2003, 22).

⁶ É este decénio o que regista mais emigração em proporção à população: Portugal perde então 6,7% da sua população, numa média anual de mais de 40 mil saídas (Vieira 1999, 208).

foi um precursor mitigado da onda autoritária internacional (Telo 1977, 149-151; Meneses 2000, 220-225; Silva 2000, 334).⁷ Após a sua morte, a Igreja (ou parte dela, o jornalismo católico institucional, pelo menos), apresentá-lo-á como «Mártir e Santo da liturgia cristã-católica messiânica» (Silva 2006, 366; também Garrido 1994; e Medina 1994, 174).

Não é de estranhar, pois, o recurso ao misticismo (que ganha um forte impulso nas chamadas «aparições de Fátima»),⁸ às procissões (Frada 2005, 270), aos messianismos vários, aos salvadores da pátria. Como diz Girão (2003, 136):

O pânico gerado pela doença terá contribuído para a adopção de algumas atitudes comportamentais pouco habituais em tempos normais. Face às dificuldades de actuação médica e perante a incerteza do futuro próximo, muitas pessoas, amedrontadas e desesperadas, viraram-se para a religião, afinal, como tantas vezes acontece em situações semelhantes. [...] À fragilidade física das pessoas, sobrepunha-se a fraqueza emocional, situação bem evidente quando as autoridades administrativas aconselhavam a que não se tocassem os sinos das igrejas⁹ enquanto decorresse a epidemia, para não recordar às pessoas o falecimento de seus entes queridos e para afastar a ideia de que a morte se encontrava presente a qualquer momento.

A impotência gerou desespero e desânimo, mesmo entre aqueles que lideravam a sociedade nalgumas das principais esferas. Foi o que sucedeu com políticos, clínicos e forças de segurança, como alude Girão (2003, 136) para o Algarve. Na literatura vimo-lo também, nas memórias de escritores, todos não profissionais.

Os escritores abordaram a época através da ficção, exclusivamente através do romance histórico (as excepções serão Raul Brandão, Aquilino e José Gomes Ferreira, que só recorrem ao memorialismo). A sua prioridade vai para a avaliação do sidonismo, sendo a pneumónica apenas contemplada em cinco dos 12 romances rastreados. Trata-se de obras dos ficcionistas Alves Redol, Mário Cláudio, Artur Villares, Fernando Assis Pacheco e Joaquim Mestre, todas recentes, face à época em apreço. Devolvem-nos um olhar desalentado sobre a vida dos portugueses, no qual a doença funciona como episódio duma tragédia colectiva mais ge-

⁷ É extensa a literatura neste sentido, com a excepção relevante de Malheiro da Silva (para ambos v. Silva 2000 e 2006).

⁸ Sintomaticamente, o «pastorinho» Francisco Marto é também vitimado pela doença (a 4 de Abril de 1919), tal como a sua irmã Jacinta Marto (a 2 de Março de 1920).

⁹ Este aspecto é também referido por Redol (1972, 364).

nérica e aguda, com os seus reflexos nas condutas políticas e sociais vindouras. A excepção é o olhar mais «documental» sobre o pintor Amadeu e sua família, na obra de Cláudio.

O memorialismo também se centrou no sidonismo (ou na guerra, caso de Chagas, 1958).¹⁰ As suas alusões à pneumónica trazem outra riqueza informativa, advinda da maior disponibilidade para o vivido e as impressões pessoais. A dor e o luto são mais referidos, incluindo o dos doentes, além das estratégias medicinais.

As imagens revelam uma presença ainda mais fátua da pneumónica, que se presente mais do que se vê: hospitais, poucos doentes e todos em pose «limpa», orfanatos e seus órfãos, enfermeiros e, sobretudo, as multidões, no seu quotidiano social ou político (a «sopa dos pobres», etc.). As descrições mais duras, como a de *O Século* de 25 de Outubro de 1918,¹¹ reduzem-se a meia dúzia de reportagens de imprensa, mas sem fotos. Também nesta dominava a contenda político-partidária (Sequeira, 2001, 54).

Juntas, estas fontes fornecem um contributo para a reflexão sobre a pneumónica e a sociedade do seu tempo.

A pneumónica alterou «a rotina quotidiana de toda a gente» (Girão 2003, 136) e, ao fazê-lo no sentido negativo, reforçou a insegurança colectiva. Esta, por sua vez, influenciou a difusão do irracionalismo, centrado nos quadros salvíficos e estimulando soluções de força para impor a redenção, redenção essa a um tempo política, social e religiosa.

A impotência e o choque que gerou foram tão fortes e o conjunto de problemas que a acompanharam eram tão prioritários (no critério subjectivo dos portugueses que tinham condições para se expressar publicamente)¹² que a pneumónica acabou relegada para segundo plano, pior, foi esquecida pelas gerações por ela atingidas. Este legado «contagiou» as gerações seguintes, a fazer fé nos poucos testemunhos existentes. Como se ao vírus da gripe sobreviesse o vírus do tabu, do não dito.

¹⁰ Porém, alguns testemunhos abordam a era sidonista superficialmente (v. panorâmica em Silva 2000, 349-357).

¹¹ «Alfama, Alcântara e Terramotos são colónias onde se estiola uma população fã-minta; por essas ruas, até pelas artérias mais centrais, andam velhos e crianças esqueléticas, com o olhar desvairado dos cães famélicos, à procura de um naco de pão ou de um púcaro de água de caldo» (cit. in Trindade 1998, 42).

¹² Embora atingindo sobretudo as classes desfavorecidas, também faleceram figuras da elite, como o pianista António Fragoso (a 13 de Outubro), o maestro David de Sousa, os pintores modernistas Santa-Rita Pintor (a 29 de Abril) e Amadeu (a 25 de Outubro, já referido), o poeta algarvio João Lúcio e o segundo conde Álvaro Roque de Pinho.

Não obstante a pesada presença da epidemia, os rastros literários e iconográficos desta são escassos. O mesmo sucedeu na reflexão científica, até recentemente. É como se tivesse havido uma grande vontade de olvidar aquilo para que não havia explicação, nem científica, nem institucional, nem social. E, no entanto, esta foi a pior tragédia portuguesa do século XX, «e possivelmente de toda a nossa história» (Sequeira 2001, 54), a «mais mortífera» de sempre (Girão 2003, 49). Tal como diz Trindade (1998, 45), «os grandes protagonistas desta crónica foram numerosos e acabaram silenciosamente».

A curta duração da epidemia, o ambiente político-social conturbado de então e a incapacidade dos grupos mais atingidos para afirmarem uma memória colectiva e pública do sucedido (Frank, 1992) contribuíram para o fraco balanço de testemunhos a seu respeito, condicionando a subsequente reflexão escrita.

A sociedade desviou-se para outros caminhos: o esquecimento, a sobrevivência, a redenção da pátria através de figuras sebastiânicas.

Fontes

Arquivo Histórico da Cruz Vermelha Portuguesa.

Arquivo de Cultura Portuguesa Contemporânea da Biblioteca Nacional de Portugal (para os espólios de Ricardo Jorge e Raul Brandão).

Arquivo Fotográfico de Lisboa do Centro Português de Fotografia (para o espólio de Joshua Benoliel).

Arquivo Fotográfico Municipal de Lisboa (para o espólio de Anselmo Franco, Alberto Carlos Lima e outros foto-repórteres).

Maria Luísa Lima
Paula Castro
Paulo Silveira e Sousa
José Manuel Sobral

Capítulo 13

A febre da gripe nos jornais: processos de amplificação social do risco

Introdução

A gripe pneumónica (1918-1919) foi a principal causa de morte no século xx (Crosby 1993), contando com estimativas de vítimas mortais que se situam entre os 21 (Diamond 1998) e os 60 milhões de pessoas (Johnson e Mueller, 2002; Porter 2002). Em Portugal Continental, Correia (1937) estima que morreram desta gripe pelo menos 100 mil pessoas e Leston Bandeira neste volume estima um número ainda superior, levando mesmo a que se registasse em 1918 uma inversão entre os valores das taxas brutas de natalidade e de mortalidade.

O interesse recente pela gripe pneumónica prende-se não com o enorme impacto demográfico e social que ela teve na história do século xx, mas com o recente receio de uma pandemia associada ao surto de gripe das aves e com o desejo de aprender com esta crise para a gestão de episódios pandémicos futuros (Schoch-Spana 2000). De facto, o vírus da gripe pneumónica recentemente isolado (H1N1) tem enormes semelhanças com o da gripe das aves (H5N1) e, apesar dos enormes avanços recentes da investigação sobre o vírus da gripe de 1918 (Taubenberger e Morens 2006), os virologistas receiam que esteja para breve a sua mutação para uma versão igualmente virulenta (Benchimol, Martins e Cerqueira 2005; Kilbourne 2003).¹ De facto, a Organização Mundial de Saúde no

¹ Depois de escrito este texto, como se sabe, desencadeou-se uma pandemia de gripe A, não de uma mutação do vírus H5N1, mas sim de uma nova estirpe de H1N1.

seu relatório de 2007 refere-se à epidemia de gripe como «the most feared security threat» (OMS 2007, 45). Este interesse possibilitou a realização de um estudo sobre a forma como são percebidas e comunicadas ameaças semelhantes em contextos muito diferentes, separados quase por um século. Para a realização desta análise socorremo-nos de ferramentas teóricas (como a literatura das ciências sociais sobre percepção e comunicação de riscos) e empíricas (como a análise de imprensa) que procurámos aplicar ao material histórico que recolhemos.

Na primeira parte deste capítulo apresentamos as bases teóricas da análise, nomeadamente uma breve síntese da literatura sobre percepção de riscos e sobre os efeitos dos meios de comunicação social neste processo. Em seguida analisamos a representação da gripe pneumónica na comunicação social em 2005 e na imprensa de 1918, para finalmente nos determos na estratégia de comunicação com a imprensa utilizada por Ricardo Jorge, analisando-a à luz das recomendações actuais da Organização Mundial de Saúde.

Percepção de riscos

As estimativas de mortalidade associadas à gripe pneumónica de 1918-1919 que indicámos acima são um bom exemplo da forma como é avaliado o risco de gripe pelos técnicos de saúde. A «avaliação do risco» consiste num conjunto de instrumentos e modelos derivados das ciências naturais e médicas, com o objectivo de determinar os níveis de risco objectivo a que as populações estão sujeitas. No entanto, estes indicadores nem sempre têm uma correspondência directa com as visões dos não especialistas sobre o mesmo problema. Por exemplo, há divergências sistemáticas na forma como técnicos e público vêem os riscos associados a uma central nuclear (em que as avaliações técnicas os minimizam e a opinião pública os amplia) ou ao álcool (onde se passa o contrário). Trata-se, portanto, de casos em que há uma grande diferença entre o chamado risco objectivo e o risco subjectivo ou percebido. Por «percepção do risco» entende-se então a forma como os não especialistas (referidos frequentemente como leigos ou público) pensam sobre o risco, e refere-se a avaliação subjectiva do grau de ameaça potencial de um determinado acontecimento ou actividade. Estas avaliações são feitas em função das experiências e das representações dos indivíduos e, por isso, compreendem um conjunto de crenças e valores que dão significado ao acontecimento ameaçador (Pidgeon *et al.* 1992).

Os estudos sobre a percepção de riscos mostram que nem todas as ameaças têm, para os cidadãos, o mesmo carácter inaceitável, potencial-

mente mobilizador da opinião pública. Muitos estudos das ciências sociais têm mostrado (e.g., Slovic 1987 e 2001; v. Lima, 2005 para uma revisão) que o risco que se associa a um conjunto muito vasto de tecnologias e actividades não se relaciona directamente com o número de mortes que provocam, mas com dimensões qualitativas tais como o seu *carácter devastador* (se é incontrolável, se representa um perigo para as gerações futuras, se é assustador) ou o *grau de conhecimento existente sobre o risco* (se é um risco novo, se as suas consequências são visíveis, se é conhecido pela ciência). Assim, perigos percebidos como desconhecidos e de consequências terríveis (como os que associamos hoje à energia nuclear) são vistos como particularmente inaceitáveis, apesar de serem a causa de morte de muito menos pessoas do que outros riscos menos temidos (como os acidentes de automóvel). Pelo contrário, riscos mais conhecidos e familiares (como os associados ao álcool) tendem a ser normalizados, perdendo o poder de mobilizar e assustar a opinião pública (Lima, Barnett e Vala 2005). O potencial catastrófico de um risco (e não o número de mortes a ele associadas) funcionaria assim como uma base importante da percepção de riscos: é um sinalizador do que não é aceitável que venha a acontecer, e por isso mesmo, frequentemente associa-se ao pedido de intervenção das autoridades no sentido de regularem os riscos com estas características (Slovic 1987).

A aplicação deste modelo da percepção de riscos ao caso das doenças não tem sido realizada de uma forma sistemática, apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) salientar a sua utilidade para compreender as respostas das populações a ameaças de saúde. Num estudo recente realizado em Portugal, em que participou um membro desta equipa, descreveram-se as características associadas a diversos riscos de saúde, incluindo a gripe e a gripe das aves (Camilo e Lima 2008). Neste estudo reencontrámos as dimensões básicas da percepção de risco (risco assustador e risco conhecido), e pudémos verificar que a gripe se encontra associada a riscos de saúde mais inócuos e conhecidos, como a constipação, enquanto que a gripe das aves se encontra no mesmo espaço semântico de doenças desconhecidas e assustadoras, como o ébola. Na mesma linha, um estudo realizado na Coreia do Sul mostra que o risco de gripe é considerado familiar (Hong e Collins 2006), e um outro estudo que teve lugar na Noruega (Kristiansen, Halvorsen e Gyrd-Hansen 2007) conclui também que o risco de uma pandemia de gripe é desvalorizado junto da população. Deste modo, um dos primeiros objectivos do nosso trabalho foi o de tentar compreender como era percebido o risco de gripe na época em que ela eclodiu com dimensões de pandemia. Pretendíamos

saber se havia convergência entre técnicos e leigos e se o carácter devastador e catastrófico que teve este surto foi sentido pelas populações, nas dimensões definidas por Slovic e colaboradores e replicadas em todo o mundo, como assustador e desconhecido.

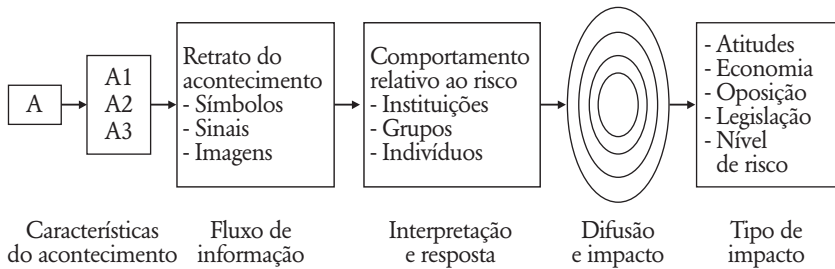
Para tal procurámos diversas formas de aceder às percepções das pessoas que viveram esse período. Uma delas foi tentar reconstruir o debate político centrado sobre a gripe pneumónica. Para tal, recorreremos à Base de Dados dos Debates Parlamentares disponibilizada pela Assembleia da República, no período da I República. No *Diário da Câmara dos Deputados* as referências à pneumónica acontecem só depois de ela já ter acabado, e centram-se nas suas consequências, nomeadamente no aproveitamento escolar dos alunos naquele ano em que as escolas estiveram fechadas durante muito tempo (por exemplo, a sessão de 4 de Julho de 1919). No *Diário do Senado* também este tema é apenas referido de forma tardia, focando questões mais gerais sobre a distribuição dos medicamentos e da ajuda médica no país (por exemplo, a sessão de 20 Novembro de 1919). No *Diário do Congresso* a palavra pneumónica não é de todo referida. Esta ausência da epidemia nos registos políticos da altura é interessante por si só, e pode ter vários significados que iremos interpretar depois. Para o objectivo desta tarefa, porém, esta fonte revelou-se inútil e o debate político sobre a gripe incipiente.

O levantamento de textos literários e biográficos portugueses da época da gripe pneumónica mostrou também uma quase ausência de referências à gripe: entre as poucas doenças que surgem retratadas nos romances e novelas da época encontram-se a tuberculose e, com menos relevo, a sífilis. Na ausência de informações destas fontes, procurámos socorrer-nos da imprensa da época para este fim. Mas antes, detenhamo-nos um pouco sobre o que se sabe da utilização da imprensa para este fim.

Os meios de comunicação social e a percepção de riscos

No processo de compreender as diferentes perspectivas existentes sobre um mesmo assunto, a imprensa constitui-se como fonte incontornável e como um veículo privilegiado para difundir representações socialmente partilhadas na sociedade (Moscovici 1976; Castro e Gomes 2005). No caso dos riscos, cabe à comunicação social (e na altura da I República a imprensa era o único meio disponível) conferir significado às ameaças, sendo o instrumento fundamental do que alguns autores designam por

Figura 13.1 – Representação do modelo da amplificação social do risco



«amplificação social do risco» (Kasperson *et al.* 1988; Pidgeon, Kasperson e Slovic 2003; Lima 2005), através da difusão – ou silenciamento – de notícias que permitem intensificar ou atenuar a ameaça. Nesta tarefa utiliza-se o modelo teórico da «amplificação social do risco», construído para a análise do papel da imprensa no contexto da difusão dos riscos actuais. Detenhamo-nos um pouco sobre este modelo, para depois analisar as suas potencialidades no caso do nosso objecto de estudo.

Neste modelo interdisciplinar sobre o processo de comunicação de riscos, tudo se inicia com um acontecimento de risco, isto é, por uma ocorrência em que o risco se manifesta ou onde estão presentes os seus sinais (Kasperson *et al.* 1988). No entanto, o modelo salienta que os acontecimentos de risco, por mais dramáticos que sejam, se tornam irrelevantes se não forem objecto de comunicação (Kasperson, *et al.* 2003). À partida, alguns dos atributos dos acontecimentos de risco atraem particularmente o interesse da audiência e contribuem para a sua intensificação (por exemplo, o carácter catastrófico ou desconhecido de uma ameaça). No entanto, não são normalmente as características dos acontecimentos, mas a forma como são transmitidas, que determinam o seu impacto no ouvinte. Durante o processo de comunicação, o risco pode ser atenuado ou intensificado (Breakwell e Barnett 2003): isto é, o mesmo acontecimento pode ser associado a algo terrível e assim a percepção de risco aumenta, ou ser associado a algo de banal e assim o risco é normalizado. Este fenómeno é deveras importante se pensarmos que raramente temos acesso a acontecimentos de risco em primeira mão: quando tomamos conhecimento deles já vêm amplificados por algumas «estações sociais» (são descritos pelos jornalistas recorrendo a opiniões de médicos, políticos, a comunicados oficiais sobre o assunto; ou são-nos contados pela nossa rede informal de amigos e conhecidos). Neste contexto, o processo de conferir significado a uma ameaça depende não apenas do seu

valor factual, mas também do seu valor inferencial e simbólico. Por outro lado, cada receptor individual é um actor social que tem também a sua própria estação de amplificação e que responde de forma individual ou colectiva ao risco: por exemplo, ignora, tolera, aceita ou age contra o risco.

Exemplos recentes de intensificação social do risco prendem-se, por exemplo, com a alteração do comportamento alimentar associada às notícias veiculadas pela imprensa (ver, por exemplo, Frewer, Miles e Marsh 2002 para informação específica no Reino Unido sobre a alteração do consumo de carne de vaca após o surto de notícias sobre a BSE). Desde a altura em que foi proposto, este modelo foi aplicado com sucesso a diversos acontecimentos de risco (para uma primeira síntese v. Kasperson 1992; para sínteses posteriores v. Kasperson *et al.* 2003 e McComas 2006). Os temas abordados são muito diversos, indo desde questões ligadas a ameaças nucleares (*e. g.*, Flynn *et al.* 1998), à poluição do mar (Bakir 2005), à violência na televisão (Hill 2001) ou à utilização da pílula contraceptiva (Barnett e Breakwell 2003). Factores determinantes nos impactos sociais das campanhas noticiosas parecem ser a intensidade da cobertura mediática (o número de artigos e duração da cobertura), a existência de desacordo entre os vários actores chave no debate, a dramatização da informação de risco (através de histórias, exemplos e cenários concretos) e a conotação simbólica dos termos ou conceitos utilizados nas mensagens (Kasperson *et al.* 1988). Alguns estudos podem ajudar a compreender melhor a aplicação deste modelo.

Poumadère e colaboradores (2005) relatam como os riscos associados ao calor foram atenuados em França até à onda de calor em 2003: apesar de haver informações sobre este risco sistémico e informações sobre as formas de actuar, os riscos do calor eram normalizados por diversas razões, que incluem o facto de atingirem principalmente os mais velhos e mais pobres, de haver em França uma atitude fatalista face às ameaças de saúde e uma grande confiança nas autoridades e nos especialistas, e por normalmente haver pouca tradição de divulgar os números de mortes associados a estes episódios. Durante a onda de calor de 2003, a atitude inicial do Governo foi de atenuação do risco percebido, proibindo a divulgação dos números de mortos e negando a gravidade da situação. A mudança de posição face a este risco deu-se quando o *Le Monde*, baseado nos dados das funerárias, noticiou na sua primeira página, a 10 de Setembro, que o Verão de 2003 foi o mais mortal em França desde a II Guerra Mundial. A amplificação do risco que se lhe seguiu, associada à tomada de consciência da dimensão do risco, levou à rápida elaboração

de um plano de acção pelo Ministério da Saúde (*Plan Canicule*). Este trabalho ilustra bem, para um mesmo acontecimento de risco (uma onda de calor), os processos de atenuação e de amplificação social. No entanto, não associa directamente o conteúdo da imprensa com a resposta dos cidadãos, um pressuposto básico desta abordagem.

Frewer, Milles e Marsh (2002), no entanto, centram-se sobre os efeitos do debate acerca dos alimentos geneticamente manipulados (GMO) nas atitudes dos consumidores. Utilizando um plano em três momentos do tempo (Fevereiro de 1998, antes do debate sobre GMO no Reino Unido; Março de 1999, quando o debate na imprensa estava no seu auge; Julho de 2000, quando a atenção dos média já não se centrava neste tema), estes autores mostraram que, tal como se esperava a partir do modelo, a percepção de risco acompanha a atenção dada ao tema pela imprensa. Na altura em que foi conferida grande centralidade noticiosa aos alimentos geneticamente modificados observou-se um aumento da percepção de risco nos consumidores, que diminuiu depois, quando os média abandonaram o tema. Este efeito é particularmente forte nos indivíduos pouco informados inicialmente sobre o tema, o que mostra que o modelo da amplificação social do risco é particularmente útil para compreender os impactos dos meios de comunicação social na percepção de um acontecimento de risco novo e apresentado num contexto de crise.

Os estudos que referimos até aqui tratam os média como um espaço homogéneo, mas há diversos trabalhos que salientam a sua diversidade. Por exemplo, várias análises de imprensa no Reino Unido mostram que o espaço criado pela comunicação social sobre as questões do risco pode ser concebido como um campo de batalha, onde os serviços governamentais, os grupos económicos e os grupos da sociedade civil competem para fazer vingar as suas definições da situação e para garantir apoios (Petts *et al.* 2001; Murdoch *et al.* 2003). Nesse sentido, «os meios de comunicação social desempenham um papel fundamental: como canais de comunicação; como mecanismos de *feedback* do público e de articulação da opinião pública; como espaços de debate e discussão pública; como vigilantes dos abusos do poder e como organizadores autónomos de campanhas» (Petts *et al.* 2000, 6).

Por outro lado, a influência dos meios de comunicação não é linear, pois os indivíduos constroem activamente o significado da informação que recebem. A investigação tem mostrado que a informação sobre o risco veiculada pelos jornais modifica principalmente a percepção de risco societal, mas não a de risco individual (Tyler e Cook 1984; Morton e Duck 2001). Por outro lado, Petts e Niemeyer (2004) mostram, para o

caso das decisões sobre a vacinação, que as redes sociais são fundamentais para a validação da informação recebida através dos média.

Objectivos do presente capítulo

Assumindo então claramente o papel dos meios de comunicação social na formação e representação do risco, esperamos que a forma de tratar o acontecimento de risco influencie a interpretação dos acontecimentos, no sentido de o atenuar ou intensificar. Nesse sentido, o estudo da forma como a gripe pneumónica foi tratada nos média dá-nos uma ideia do modo como foi percebido e gerido o risco. Iremos utilizar uma perspectiva comparativa para caracterizar a forma como a doença é descrita no início do século XX e depois no início do século XXI. A utilização de uma metodologia comparativa permitirá compreender mais claramente o significado dado à doença.

Depois, procuraremos encontrar sinais de amplificação social do risco (atenuação ou intensificação), utilizando para tal material histórico do princípio do século XX. Como referencial teórico da análise utilizámos o modelo da amplificação social do risco (SAR) (Kasperson *et al.* 1988; Pidgeon, Kasperson e Slovic 2003), que nos permite analisar a forma como são percebidos os riscos associados à gripe. Pensamos que é a primeira vez que o modelo é aplicado a imprensa com quase um século, o que é, só por si, inovador. Por outro lado, permite saber se os conceitos e modelos nascidos para compreender processos da sociedade do risco (Beck 1992) também se aplicam a fenómenos da sociedade moderna.

Finalmente, procurámos também abordar as questões da comunicação dos riscos. Diversos autores têm mostrado que nem sempre os agentes envolvidos na gestão de uma situação de risco consideram relevante informar as populações, em parte por desvalorizarem as suas capacidades de compreensão e em parte por desprezarem o seu contributo para a resolução dos problemas (Irwin 2001; Irwin e Wynne 1996; Lima 2005). Estas visões da população contrastam com as perspectivas mais actuais, que salientam a importância da transparência na comunicação com os cidadãos. Pretendemos também analisar a forma como o risco de gripe pneumónica foi comunicado aos cidadãos. Para tal iremos analisar os comunicados da Direcção-Geral de Saúde (DGS) de então, e compará-los com as práticas de comunicação de risco recomendadas actualmente pela Organização Mundial de Saúde.

A gripe pneumónica nos média em 2005-2006

Iremos considerar dois períodos em que doenças contagiosas pouco conhecidas se constituem como ameaças para a sociedade portuguesa: o período em que a gripe pneumónica se fez sentir em Portugal e a altura em que a gripe aviária se instituiu como uma ameaça de saúde pública, em 2005. Através da análise de imprensa poderemos aceder à percepção de risco por diversos actores sociais, mas a especificidade de cada época tornar-se-á mais evidente utilizando-se uma abordagem comparativa (Castro, Correia e Lima 2006), isto é, confrontando-a com outra época.

Em 2005, as referências à gripe pneumónica voltam aos jornais. O vírus de então tinha sido isolado e descrito (Tumpey *et al.* 2005) e verificou-se ter grandes semelhanças com o da gripe das aves. Por esta razão, a OMS considera seriamente o risco de uma nova pandemia de gripe, baseada nos estudos virológicos que apontam para a possibilidade de mutação do vírus para uma versão muito mortífera (Benchimol, Martins e Cerqueira 2005; Kilbourne 2003).

Esta ligação entre a gripe pneumónica e a gripe das aves é feita nos meios de comunicação social. De facto, quer nos jornais e televisões, quer noutros meios de difusão de informação acessíveis aos cidadãos (*sites* da DGS ou da Deco-Proteste) o perigo de uma pandemia de gripe é sistematicamente ilustrado com a gripe pneumónica, com frases como esta: «vírus da gripe que matou 50 milhões de pessoas em 1918 tem semelhanças com o vírus da gripe das aves». A preocupação com a gripe das aves trouxe para a ribalta as fotos da gripe pneumónica que estiveram escondidas quase durante um século e relembra-a como um acontecimento catastrófico: o impressionante número de 50 milhões de mortos é agora sistematicamente indicado, apesar de ele não ser consensual entre os historiadores.

Se olharmos para os meios de comunicação social internacionais, em Outubro/Novembro de 2005 os títulos das principais revistas americanas, as com maior difusão à escala global, ilustram a dimensão aterradora que se está a dar à gripe das aves, associando-a à gripe espanhola: «The next killer flu: can we stop it?», perguntava-se na capa do *National Geographic* de Outubro de 2005; «Avian flu: death threat», informava em 17 de Outubro de 2005 a *Time*; ou «The bird flu: the race to prevent a global epidemic» na *Newsweek* de 25 de Outubro, notícia em que a gripe das aves é considerada uma ameaça maior que o terrorismo.

A gripe das aves nesta altura teria morto quatro pessoas, e até ao fim de 2006 matou 107. Mas assistimos a uma construção deste risco nos

Figura 13.2 – Exemplos de capas de revistas sobre a gripe das aves



meios de comunicação social, de uma forma que intensifica a percepção de ameaça, salientando, através da sua ligação à imagem mortífera da gripe de 1918, o seu carácter catastrófico e assustador.

A gripe pneumónica na imprensa em 1918-1919

A análise do tratamento jornalístico da gripe pneumónica pela imprensa portuguesa da altura foi feita consultando alguns dos principais jornais da época (consideraram-se os jornais de maior tiragem de Lisboa e do Porto – *O Século* e *O Comércio do Porto* –, um jornal intelectual – *A Capital* –, um jornal da oposição – *O Mundo* –, jornais católicos – *A Ordem* e *O Mensageiro* – e ainda a revista *A Ilustração Portuguesa*). Também neste levantamento pudemos verificar a ausência de debate e de controvérsia sobre este tema. De facto, a cobertura da gripe aparece muito casuística, provavelmente resultado da distribuição e dos contactos dos correspondentes que cada jornal tinha pelo país.

A análise do tratamento jornalístico da gripe pneumónica pela imprensa portuguesa da época (*A Capital*, *O Comércio do Porto*, *O Século*, *A Ordem*, *A Ilustração Portuguesa*, *O Mundo*) mostra que ela é também descrita como um perigo aterrorizador. Os jornalistas da altura adjectivavam fortemente a gripe, referindo-se-lhe tipicamente como «terrível epidemia», «alastra pavorosamente», «grassa assustadoramente», «assume proporções aterroradoras», «os horrores da doença» que, numa «marcha devastadora», provoca o «pânico da população», uma «população apavorada».

No entanto, e ao contrário da imagem que temos da doença hoje, algo surpreendentemente face ao que a imagem dos 50 milhões de mortos

poderia fazer supor, e ao contrário do que a descrição da «terrível epidemia» pudesse fazer crer, a gripe pneumónica não aparece na imprensa de então como a notícia mais destacada. Pelo contrário, raramente tem direito à primeira página e não ocupa grande parte do espaço noticioso. Este aparente paradoxo não deve ser mal compreendido. É verdade que a epidemia tinha uma rubrica própria nos jornais da época e que a sua importância acompanhou o surto. Como podemos ver na figura 13.3, em qualquer dos jornais analisados, o número de dias com notícias sobre a gripe é máximo em Outubro de 1918, a altura em que a gripe provocou um maior número de baixas em Portugal.²

O mesmo se passa com o número de referências na primeira página (figura 13.4), em particular n’*O Comércio do Porto*. A epidemia é, portanto, noticiada nos média da altura.

Contudo, não era de todo a notícia dominante nos jornais da época. De facto, durante o período em que ocorreu esta epidemia havia acontecimentos bem mais interessantes para relatar aos leitores, tanto no plano nacional como internacional. Estávamos no fim da I Guerra Mundial: a batalha de La Lys, onde o corpo expedicionário português sofre mais de 7300 baixas, ocorreu em 9 de Abril de 1918; a 11 de Novembro de 1918 a Alemanha aceita o Armistício proposto pelos Aliados, pondo fim à Grande Guerra. A nível nacional o clima também não era sereno: estávamos numa fase de particular agitação política e social da I República. Sidónio Pais, que derrubou o Governo de Afonso Costa em 5 de Dezembro de 1917, seria eleito Presidente da República em sufrágio directo a 28 de Abril de 1918, instaurando um regime presidencialista com o apoio de forças conservadoras, que acabaria depois do seu assassinato em 14 de Dezembro de 1918. Durante a sua presidência intensificaram-se as manifestações e greves contra a carestia de vida (incluindo greves gerais em Novembro de 1918), que foram silenciadas (com a introdução da censura), proibidas e duramente reprimidas, bem como revoltas militares em meados de Outubro de 1918. Face a estas notícias políticas escaldantes, a gripe pneumónica não pegou a sua febre aos jornais, que apenas esporadicamente a noticiavam na primeira página, e quando o faziam era em lugar de pouco destaque. No entanto, a linguagem usada

² Não incluímos nesta figura os resultados obtidos com a análise d’*O Mundo*. Fizémo-lo por duas razões: nesta época este jornal era frequentemente sujeito a censura, apresentando muitas das suas colunas em branco; em segundo lugar, porque a publicação foi interrompida a 13 de Outubro de 1918. Encontrámos seis dias em Outubro de 1918 com notícias sobre a pneumónica, um deles (9 de Outubro) com honras de 1.^a página.

Figura 13.3 – Frequência de notícias em 1918, em função dos meses

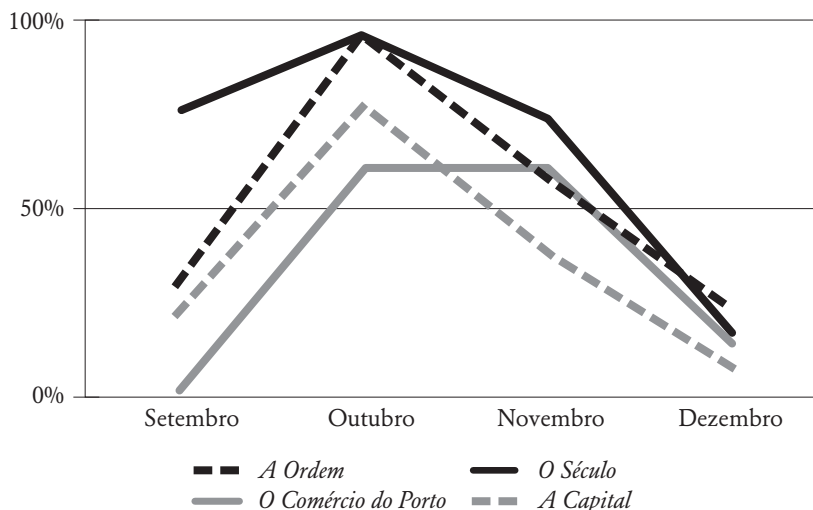
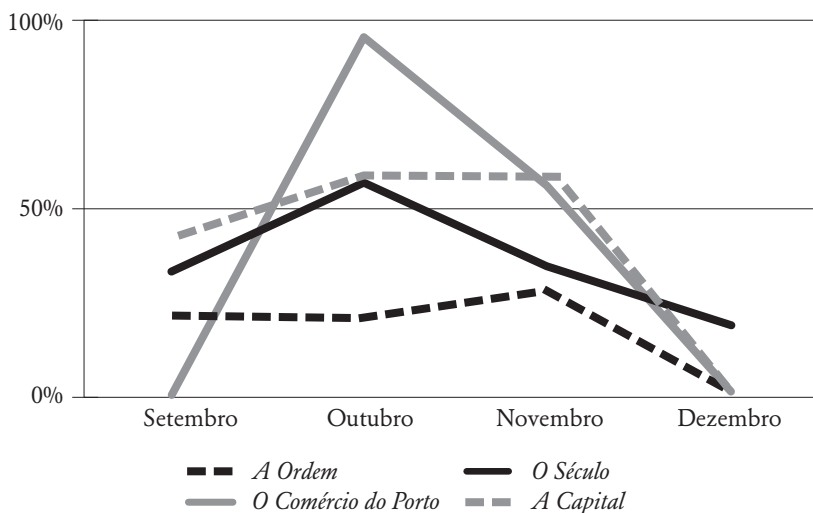


Figura 13.4 – Referências na primeira página, em função dos meses



para reportar a doença mostra algum «contágio» do discurso militar, uma vez que a gripe era noticiada de uma forma bélica: a doença *atacava*, o *plano de combate* à doença estava *em marcha*, etc.

Para além da simultaneidade dos importantes eventos políticos e da epidemia, a existência de surtos de doenças contagiosas era bastante comum em Portugal na altura, pois elas eram então a principal causa de

morte no país (Correia, 1937). De facto, no ano de 1918 houve, de acordo com Fernando Correia (1937), epidemias sucessivas de tifo exantemático, gripe infecciosa (de cariz benigno), febre tifóide, varíola e finalmente a gripe pneumónica, para além da persistência gravíssima da tuberculose). No capítulo 14, de Paulo Silveira e Sousa e colaboradores neste volume, aprofunda-se este tema. Os próprios jornais estavam habituados a noticiar surtos de doença, e foi na sequência das outras epidemias que se noticiou a gripe pneumónica. Veja-se o seguinte extracto da *Ilustração Portuguesa* de 2 de Dezembro de 1918:

Enfim, a notícia que na mesma gazeta se lia a seguir à do armistício não era menos animadora: a epidemia de influenza pneumónica podia considerar-se extinta em Lisboa [...]. Voltávamos à normalidade e aos braços das pessoas amigas, uma das quais os abria afétuosamente ao aparmo-nos, ao mesmo tempo que avisava:

– Não me apertes muito, porque fui hoje vacinada.

Vieram as explicações. Nova epidemia assolava a capital, a da varíola, como em breve pudemos observar, de efeitos menos funestos do que a anterior mas particularmente arrelhiadora, porque a inocência que lhe comunicam as cautelas preventivas não supre o delicioso estremecimento da carne que afagávamos a cada instante e que a lanceta feriu miseravelmente...

A referência à gripe na *Ilustração Portuguesa*, jornal de notícias mundanas, é por si só indicador de banalização da temática. O mesmo se passa com a inclusão da gripe numa das pranchas do Manecas no *Século Cómico* de Outubro de 1918 (figura 13.5).

Ou mesmo na publicidade que se incluía nas páginas de jornal. Para além dos desinfetantes e dos tónicos, podemos ver que a doença e a morte entram banalmente no quotidiano dos portugueses, de tal maneira que há publicidade que associa a doença ao consumo de roupa de agasalho ou a oportunidades de compra para fazendas para luto (v. figuras 13.6 e 13.7).

Assim, os jornais começaram por tratar a gripe como mais uma doença, esperando a todo o momento que ela cedesse. Por essa razão, os títulos são frequentemente optimistas, mesmo no pico da epidemia. Por exemplo, em Outubro, mês de maior intensidade da doença em Portugal, os títulos sistemáticos n' *O Século* insistem no seu decréscimo (por exemplo: «A influenza pneumónica: Continuam a registar-se vários casos mas diminuem o número dos fatais», em 3 de Outubro; «Em Lisboa e no País, a epidemia decresceu», a 13 de Outubro; ou «A influenza volta de novo a decrescer», a 21 de Outubro). Também por esta via, as notícias

Figura 13.5 – Representação da pneumónica na *Ilustração Portuguesa*



Uma triste notícia aos nossos pequenos leitores: Manecas está doente com um forte ataque de gripe-pneumónica e, como muito lhe custa falar, envia-nos este sugestivo desenho, expressão exata do que tem sofrido.

da gripe foram normalizadas e a sua gravidade atenuada. Deste modo, assistimos na imprensa da I República a uma normalização do risco da gripe, através da sua apresentação na sequência de outras doenças contagiosas, e de uma diminuição do espaço noticioso comparativamente com as notícias políticas e através da referência sistemática ao seu decréscimo.

Por outro lado, a banalização da epidemia também se faz pela via da sua designação. De facto, Jorge (1919b, 15-17) fala em várias designações para a epidemia que salientam a ancoragem deste novo fenómeno da pneumónica em conceitos antigos com significado diferente: a gripe e a peste. A representação como «gripe» (que é a que as autoridades médicas pretendem difundir)³ acentua o seu carácter familiar, e a representação como «peste» salienta o seu carácter catastrófico e incontrolável.

³ O livro de Ricardo Jorge em 1919 sobre este surto epidémico chama-se, não por acaso, *La Grippe*.

Figura 13.6 – Exemplo de banalização da gripe na publicidade
(*O Século*, 13 de Outubro de 1918)

Pneumonia . . .
Como se evita!!!



Ele—Em que pensas . . .
Ela—Em que o preventivo contra a
terrível epidemia é usar um casaco de
malha de lã dos que vendem a

Casa Aurea
Rouparia, Retrozaria e Perfuma-
ria de
Duarte & Araujo L. da
Rua do Ouro, 280 a 284
Fone—79 Central
Telegrama—Duarouro—Lisboa

Esta pesquisa ilustra bem a importância do papel dos média na amplificação dos riscos, em situações em que a informação sobre eles não está estabilizada e por isso o significado dos acontecimentos está a ser construído socialmente. A forma como o risco é retratado nos meios de comunicação social influencia a forma como ele é depois interpretado na sociedade.

Figura 13.7 – Exemplo de utilização da gripe na promoção de produtos
(O Século, 27 de Outubro de 1918)



O estudo comparativo efectuado permitiu contrastar uma interpretação de atenuação com outra de intensificação. De facto, a análise de imprensa aos jornais de 1918, durante o período em que mais portugueses morriam com a epidemia, mostrou que o risco era banalizado: a doença era descrita como um risco comum e crónico, banal comparado com a importância dos acontecimentos políticos nacionais e internacionais que co-ocorriam. Penso que nenhum jornalista da altura tinha consciência dos números assustadores de vítimas da doença: os presumíveis milhões de mortos no mundo e os 100 mil em Portugal foram resultado da contagem *a posteriori* ao longo de quase um ano. O que se registava, quando se registava, era o número diário de entradas nos hospitais ou de saídas para o cemitério, dispersos por diversas localidades, o que nada tinha a ver com os números finais de conjunto obtidos pelos estudos posteriores. Actualmente a imagem da gripe está associada a este número assustador de baixas, e a sua ligação à gripe das aves produziu um efeito de intensificação do risco percebido. Assim, apesar de praticamente não haver mortes humanas associadas a este tipo de gripe, ele é visto como um risco catastrófico e assustador, e as pessoas exigem protecção e medidas de segurança das autoridades.

A comunicação de risco durante a gripe pneumónica

Vimos que durante o surto de gripe pneumónica houve uma acção da imprensa que, *grosso modo*, normalizou a epidemia. Procurámos analisar um pouco mais o material de que dispúnhamos, de forma a tentar perceber se houve, de facto, uma estratégia de comunicação de riscos por parte da Direcção-Geral de Saúde, e como é que as iniciativas de divulgação da informação por parte das autoridades podem ser vistas à luz das modernas orientações sobre a comunicação de riscos.

Por comunicação de riscos entende-se o processo de troca de informações e de opiniões entre indivíduos, grupos e instituições com o objectivo de gerir a situação. A forma como se tem pensado este processo tem mudado ao longo do tempo, desde uma perspectiva inicial em que se negava qualquer papel activo aos cidadãos e às comunidades (que apenas eram informadas pelas autoridades de saúde dos riscos que corriam e do que deviam fazer), até uma visão mais inclusiva e participada que se defende nos documentos actuais. Esta evolução acompanha a mudança na visão dos cidadãos (Lima 2004), que são agora vistos como parceiros em tomadas de decisão com elevados níveis de incerteza.⁴ Num livro muito conhecido (Covello, Sandman e Slovic 1988), três cientistas sociais especialistas em percepção de risco identificaram aquilo a que chamaram as sete regras de ouro na comunicação de riscos⁵ e sistematizam os princípios gerais desta nova forma de abordar as comunidades em situação de ameaça. Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde, após uma reunião com especialistas no tema, sistematizou em 2005 um conjunto de orientações para os jornalistas (OMS 2005a) e também para as

⁴ Fischhoff (1995) num artigo em que sistematiza vinte anos de pesquisa sobre este tema organiza ironicamente em oito estádios de desenvolvimento a forma como os técnicos têm abordado a questão da comunicação de riscos: (1). *All we have to do is get the numbers right*; (2). *All we have to do is tell them the numbers*; (3). *All we have to do is explain what we mean by the numbers*; (4). *All we have to do is show them that they've accepted similar risks in the past*; (5). *All we have to do is show them that it's a good deal for them*; (6). *All we have to do is treat them nice*; (7). *All we have to do is make them partners*; (8). *All of the above*.

⁵ As sete regras de ouro da comunicação de risco podem ser resumidas da seguinte forma: (1) aceite e envolva o público como um parceiro legítimo; (2) planeie cuidadosamente as suas iniciativas e avalie o seu desempenho; (3) escute o que a audiência tem para lhe dizer; (4) seja honesto, franco e aberto; (5) colabore com outras fontes credíveis; (6) responda às necessidades dos média; (7) fale com clareza e com respeito pelo sofrimento dos outros.

autoridades de saúde (OMS 2005b). Estas orientações podem resumir-se em quatro grandes linhas:

- Anunciar cedo, de modo a permitir a prevenção.
- Promover a transparência, com informação correcta, clara, factual e facilmente compreensível. Deve ser indicado claramente o que está a ser feito pelas autoridades e que precauções há a tomar.
- Criar e manter a confiança, com práticas de transparência, assumindo as áreas onde há incerteza, evitando a desvalorização do risco ou uma perspectiva paternalista de excessiva tranquilização.
- Envolver o público no processo, compreendendo a sua perspectiva e criando canais de comunicação bidireccionais.

Na análise da forma como as autoridades lidaram com a comunicação durante o surto de gripe pneumónica, encontramos alguns sinais de uma posição muito diferente das indicações actuais da OMS. Por exemplo, Frada (1998, 244-245) refere o papel das autoridades locais no silenciamento da imprensa local e na proibição do toque dos sinos pelos defuntos como forma de evitar o pânico. No entanto, a leitura dos jornais aponta para uma posição totalmente diferente da parte de Ricardo Jorge que, enquanto director-geral de saúde, informava o público e as autoridades através dos jornais, dando dados concretos sobre a doença e a forma de a evitar (Girão 2002, 64). Para percebermos a sua atitude será necessário conhecer um pouco melhor este médico invulgar e a sua acção antes do surto de gripe pneumónica.

Ricardo Jorge nasceu no Porto em 1858, filho de famílias humildes, e foi nesta cidade que iniciou a sua carreira. Terminou em 1879 o curso de Medicina na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, onde foi professor. Ainda no Porto desempenhou funções de médico municipal, implementou o registo demográfico e sanitário, instituindo estatísticas do movimento populacional e obituário e iniciou a publicação de um boletim mensal de estatística sanitária. O seu contributo para a Medicina portuguesa e a sua extensa obra têm sido objecto de diversas publicações. Interessa-nos aqui salientar o seu contributo no combate a uma epidemia de peste bubónica que assolou a cidade do Porto e de que ele também foi vítima, embora sem ter contraído a doença. Ricardo Jorge foi informado de um caso estranho de morte na zona da Ribeira do Porto em 4 de Julho de 1899. Desde esse dia iniciou um estudo epidemiológico e bacteriológico que lhe permitiu identificar em laboratório os bacilos de Yersin e em 28 do mesmo mês enviar para as autoridades de saúde um

relatório sobre o surto. As medidas que propôs então (de isolamento dos doentes e de higienização dos edifícios), na linha do que sempre defendera para o saneamento da cidade do Porto (Jorge, 1888) não foram seguidas pelas autoridades, que decretaram um cordão sanitário entre Agosto e Dezembro de 1899. Este consistiu no estabelecimento de uma linha de tropas à volta da cidade, com barragens ao trânsito e sentinelas militares de 300 em 300 metros nas estradas, além de um navio de guerra a impedir a entrada de navios estrangeiros no Douro. Tais medidas foram muito contestadas pelos jornais da época (Viegas, Frada e Miguel 2006) e pelas forças económicas locais, que se revoltaram contra quem identificou a doença: Ricardo Jorge foi ameaçado de morte e enxovalhado nas ruas (Alves 2008; Ferraz 2008), vindo a ocupar em Lisboa o lugar de inspector-geral da saúde pública. A identificação do bacilo e a sua divulgação foi descrita num livro ainda publicado nesse ano (Jorge, 1899) e foi seguramente uma fonte de ensinamentos para a forma como geriu a informação e a relação com os média em 1918.

Na análise de imprensa de 1918 pudemos identificar algumas características muito inovadoras da gestão que Ricardo Jorge fez da comunicação neste período.

Em primeiro lugar, Ricardo Jorge reunia regularmente a imprensa para lhe fornecer dados objectivos sobre a doença: número de entradas nos hospitais, número de óbitos. De resto, as informações que os jornais publicavam sobre a evolução da doença no país eram casuísticas: davam informações de localidades onde tinham correspondentes.

Em segundo lugar houve, desde o início, uma posição consistente e informada sobre a gripe, defendendo a sua origem viral e rejeitando sempre a sua conotação com peste.

Em terceiro lugar, nota-se uma preocupação com a divulgação de informação adaptada a públicos específicos, com algumas informações dirigidas ao público em geral e outras aos profissionais de saúde.

Abordemos então com mais detalhe a sua intervenção, tentando enquadrá-la nas orientações da Organização Mundial de Saúde dirigidas às autoridades sanitárias, para a comunicação em caso de pandemia. Relativamente ao *carácter precoce da comunicação*, podemos ver que Ricardo Jorge se preocupou em informar o público desde os primeiros sinais da doença. De facto, a Direcção-Geral de Saúde, em comunicação divulgada pelos jornais, faz em Setembro o traçado do surto e define-o como «conhecido, epidémico e transitório» (*O Século*, 15 de Setembro de 1918). Mais tarde, no pico da epidemia, em 19 de Outubro de 1918, *A Capital* lembra que: «Os serviços de saúde seguiram e denunciaram a par e passo

a invasão crescente de influenza, e tudo quanto interessava ao diagnóstico, prognóstico e possível profilaxia do mal foi desde Junho publicado na própria imprensa.»

O segundo aspecto prende-se com um *esforço de transparência* e de informação factual e objectiva sobre o que se está a fazer e sobre as precauções a tomar. Este ponto era objecto de constante actualização nas reuniões regulares com a imprensa que Ricardo Jorge organizava. Observa-se sistematicamente a divulgação das iniciativas das autoridades para o controlo da epidemia, de comportamentos de prevenção e a divulgação de medidas de simplificação de procedimentos para médicos e farmacêuticos («não se receita em tempo de guerra epidémica como em tempo de paz» – *O Século*, 14 de Outubro de 1918).

O desenvolvimento e manutenção de uma *relação de confiança* com os cidadãos é um aspecto fundamental que os relatos da época mostram ter sido deficitário noutros países (*e. g.*, Schoch-Spana 2000). Em Portugal isso foi conseguido por diversas vias. Ricardo Jorge era uma figura respeitável do regime, um epidemiologista e higienista reconhecido e admirado no estrangeiro e usou esse capital na gestão desta crise. Nas suas mensagens, consegue aliar de forma coerente a um discurso de Estado a validação científica das medidas propostas. Por exemplo, assume-se sempre como médico e académico, respondendo directamente às críticas que lhe são feitas (ver, por exemplo, a sua resposta em *A Capital*, 25 de Outubro de 1918). Há ainda outros aspectos da sua comunicação que contribuem para aumentar a confiança nas acções que desenvolve. A primeira é o facto de não minimizar a gravidade da situação. Há sempre nas suas intervenções uma constatação da dimensão da epidemia: «O flagelo está ferindo mais ou menos por toda a parte. Não há zonas propriamente indemnes, embora em numerosas regiões lavre com benignidade.» (*O Século*, 14 de Outubro de 1918) E há também muitas vezes a indicação das dificuldades encontradas. Por exemplo: «Nem homens nem nações nem cidades podem erguer barreiras contra a propagação d'uma epidemia que as não respeita nem conhece e se espraçou por toda a Europa e até pela Ásia» (*A Capital*, 19 de Outubro de 1918) ou «A extensão do mal e o aperto dos tempos embaraçam os socorros» (*O Século*, 14 de Outubro de 1918).

Finalmente, *o envolvimento das comunidades* na gestão do risco aparece, embora timidamente, na sua intervenção. É certo que as suas palavras mostram empatia com as dificuldades da população, como se pode ver nos seguintes excertos: «A epidemia enxerta-se sobre um fundo comovido de miséria» ou «É profundamente triste que num momento assim

haja quem especule e açambarque» (*O Século*, 14 de Outubro de 1918). É certo também que faz apelos à formação de comissões de socorro, que pretendem promover o envolvimento da sociedade civil: «Formem-se pois em toda a parte essas comissões de pessoas benfazejas» que «amparem a desgraça dos necessitados, angariem donativos de toda a espécie» (*O Século*, 14 de Outubro de 1918). No capítulo 8, de Paula Castro e colaboradores, neste livro, o tema da participação da sociedade civil está mais desenvolvido. Mas na verdade esta dimensão está pouco presente nas intervenções de Ricardo Jorge.

Penso que ressalta desta análise uma abordagem bastante sensata e moderna da comunicação de riscos. Ricardo Jorge informa desde os primeiros indícios de epidemia, fá-lo de forma regular e transparente, facilitando dados oficiais, indicando as medidas a tomar e descrevendo as iniciativas de combate à doença. Finalmente, procura promover a confiança na Direcção-Geral de Saúde, quer através da utilização do seu prestígio como médico e como cientista, quer através de um discurso realista que salienta as dificuldades da situação e a empatia com as dificuldades da população e dos técnicos de saúde.

Claro que este acesso aos meios de comunicação social era facilitado pelo contexto político desta época, caracterizado no capítulo introdutório deste livro por José Manuel Sobral e colaboradores. A comunicação de riscos num clima de ditadura como era o sidonismo dá evidentemente vantagens às fontes associadas ao poder, controlando as informações que saíam nos jornais. Estava em vigor um forte regime de censura, que fazia com que muitas colunas de jornais mais ligados à oposição (como *O Mundo*) saíssem em branco (e hoje só podemos imaginar que não seriam convenientes para o regime, mas não podemos conhecer o seu teor). Também temos indicações de que estavam em vigor outros tipos de controlo autoritário da informação. Por exemplo, *O Século* de 5 de Outubro de 1918 informa que os funcionários dos hospitais estavam proibidos de darem qualquer notícia sobre o que aí se passava, para evitar boatos e alarmes, sob pena de processo disciplinar.

Aliando a estratégia pró-activa de Ricardo Jorge na relação com os meios de comunicação social com este controlo sobre os jornais, é fácil entender que o Estado não tinha dificuldade em dominar o tom das notícias que saíam nos jornais. Deste modo as notas regulares da Direcção-Geral de Saúde são facilmente formuladas em tom optimista na maioria dos jornais que as transcrevem. Fala-se assim em «surto transitório» (*O Século*, 15 de Setembro de 1918), salienta-se a sua benignidade («tem tendência a tornar-se mais benigna» (*O Século*, 4 de Outubro de 1918);

«embora em numerosas regiões lavre com benignidade» (*O Século*, 14 de Outubro de 1918), ou se encontrem interpretações alternativas para o aumento das entradas nos hospitais (devido a pessoas de fora e nem tudo é gripe: «outros incómodos ou apenas o mal-estar da miséria», *O Século*, 11 de Outubro de 1918).

Em jeito de conclusão

Pretendemos com este texto compreender como foi percebida a gripe pneumónica na época em que ocorreu, e para tal socorremo-nos da forma como ela foi abordada na imprensa da época. Analisámos em particular a postura de Ricardo Jorge enquanto comunicador de risco. Comparámos esses extractos com as imagens que circulam hoje sobre essa pandemia e com as orientações da Organização Mundial de Saúde em matéria de comunicação de riscos.

De uma maneira geral, a nossa análise mostrou que a representação da pandemia nos média de hoje é muito mais dramática do que aquela que encontrámos nos jornais de 1918. De facto, hoje encontramos uma referência sistemática à estimativa dos 50 milhões de mortos que esta gripe terá motivado durante o ano em que correu o mundo, à dificuldade de controlar a sua emergência (a mutação do vírus é um fenómeno aleatório) e à falta de preparação dos Estados (nomeadamente para lidar com uma nova ameaça global). Este padrão coloca o risco de uma nova pandemia de gripe como uma ameaça de características muito indesejáveis: catastrófica, incontrolável, desconhecida e involuntária. Isto é, coloca-a como um tipo de risco que as pessoas temem, têm dificuldade em aceitar e face ao qual exigem acção e protecção do Estado.

No entanto, nos jornais da época a imagem deste risco não é de todo semelhante: as notícias da gripe estão normalizadas. Estamos numa época em que a maior causa de morte em Portugal são as doenças contagiosas – e nomeadamente a tuberculose – e, assim, esta gripe é noticiada como mais uma vaga na sequência de outras doenças contagiosas (como o tifo ou a varíola). Estamos num momento histórico de grande turbulência política ao nível internacional (o fim da I Guerra Mundial) e ao nível nacional (com as greves e o fim do sidonismo), o que faz com que as verdadeiras notícias empolgantes e destacadas nos jornais sejam as políticas, e não as das doenças, mais ou menos habituais. Finalmente, a Direcção-Geral de Saúde, através de notas regulares de Ricardo Jorge, alimenta regularmente os jornais com informação relevante, credível e factual.

Esta sua posição de contacto com a imprensa corresponde em grande parte às orientações dadas actualmente pela OMS no que respeita à comunicação de riscos de saúde. Aliando o prestígio como médico e epidemiologista de Ricardo Jorge ao controlo que a ditadura detinha sobre a imprensa, o resultado foi que podemos encontrar nos jornais da época um tom optimista nas notícias sobre a gripe, acentuando sistematicamente o seu decréscimo e controlo, apesar das dificuldades encontradas.

Confrontando estas duas representações – separadas por quase um século – do mesmo fenómeno na imprensa, interpretámos as diferenças à luz do modelo da amplificação social do risco. De facto, trata-se de um bom exemplo de como a forma de transmissão de um mesmo fenómeno pode potenciar a sua atenuação (na imprensa do século XX) ou a sua intensificação (na do século XXI). Vimos como a normalização do risco em 1918 foi conseguida. Resta-nos salientar como essa atenuação ajudava os interesses da época: ao diminuir a percepção de vulnerabilidade e ao aumentar a confiança nas autoridades, a imprensa contribui para desmobilizar a acção social, numa época já ela suficientemente conturbada. Nesse sentido, por razões diferentes, concordamos com o jornal *O Mundo* (jornal do Partido Democrático, na oposição em 1918), quando afirma que «as epidemias estão servindo o governo» (8 de Outubro de 1918, 2). Pelo contrário, a intensificação ou acentuação do risco que testemunhámos na imprensa de 2005 tem efeitos contrários: promove a preocupação, mobiliza para a acção e reconhece a necessidade de intervenção do Estado.

Paulo Silveira e Sousa
José Manuel Sobral
Maria Luísa Lima
Paula Castro

Capítulo 14

A epidemia antes da pandemia: o tifo exantemático no Porto (1917-1919)

1

Durante os anos de 1917 a 1919 as condições de vida e as condições sanitárias da população portuguesa tiveram uma flagrante quebra. Num breve espaço de tempo surgiram, por vezes quase em paralelo, revoltas contra a carestia de vida, ciclos de greves, levantamentos, tentativas e golpes militares, bem como surtos epidémicos recorrentes. Estes últimos tomariam uma enorme amplitude durante o ano de 1918.

A primeira grande epidemia a surgir foi a de tifo exantemático, identificada no Porto logo em finais de Dezembro de 1917.¹ Em Fevereiro do ano seguinte, depois de dezenas de mortos e centenas de infectados, era já entendida, no discurso fortemente adjectivado de Ricardo Jorge, como uma «epidemia expansiva, derramada e foqueada pela cidade, açoiando como é sua predilecção as classes ínfimas, maltratadas e mal nutridas» (v. Jorge 1918c; 1920). Embora à partida não haja uma relação directa entre o tifo exantemático e a influenza pneumónica, uma curta comparação entre estes dois surtos pode ser bem interessante. Quer num quer noutro foram utilizadas as mesmas redes, os mesmos saberes e técnicas, com resultados na prática distintos.

A doença era conhecida. O piolho, o hospedeiro natural do vírus, desempenhava segundo os médicos da época o mesmo papel que os mosquitos anofeles na malária (Zagalo Júnior 1919, 17-20 e 59-66; Almeida

¹ O tifo exantemático é uma doença infecto-contagiosa provocada por uma bactéria transmitida ao homem pelo piolho, entre cujos sintomas se incluem a febre elevada, a debilidade e a prostração.

1920). Se a incursão do tifo exantemático se revelava uma epidemia de contornos clássicos, mais facilmente catalogável e perante a qual havia um conjunto de dispositivos e de saberes a accionar, a epidemia de gripe pneumónica que se lhe seguiria, sobretudo na sua segunda vaga do Outono de 1918, teria já contornos bem diferentes, mais mortíferos e difíceis de enquadrar. Ao contrário da gripe pneumónica, o tifo exantemático era uma doença já estudada e que nos 15 anos precedentes tinha mesmo manifestado uma contínua tendência para a diminuição do número de casos e de focos, apesar das suas cíclicas aparições. Tal decréscimo levou a que passasse a ser considerada uma doença «despercebida, ou ignorada, ou confundida». As modernas gerações médicas tinham-se esquecido da moléstia desde que deixara de «aparecer nos hospitais dos centros escolares e de divisar-se na clínica corrente». O tifo exantemático muitas vezes era denunciado como uma febre tifóide, ou confundido com uma vulgar manifestação gripal (Jorge 1918c, 620; Zagalo Júnior 1919, 32-33). No período inicial caracteriza-se por elevadas temperaturas, só ocorrendo posteriormente o exantema, constituído por manchas de tamanhos variáveis e formas irregulares, normalmente nas partes laterais do abdómen e pulsos (Leitão 1920, 29-30 e 34-37).

Os surtos epidémicos portugueses estiveram longe da intensidade atingida pelos registados nos Balcãs durante os anos de 1912-1913 e 1914-1915, ou na Rússia entre 1917 e 1921. A moléstia continuava, contudo, a ser uma das doenças infecciosas mais comuns e graves na Europa. Portugal, tal como a Espanha, era, nas palavras dos especialistas, «um país tífico». Se no Estado vizinho, tal como em Itália, a doença vinha diminuindo, em Portugal demonstrava uma trajectória mais irregular (Leitão 1920, 26). A estatística oficial mostrava, a par da diminuição do número de casos, uma persistência regular de pequenos surtos, um pouco por todo o país, sobretudo entre comunidades de montanha, como na área de Manteigas – área agropastoril e industrial (lanifícios) – ou em localidades piscatórias muito pobres, destacando-se aqui os focos ocorridos ciclicamente nas povoações do litoral entre a Póvoa de Varzim e a Galiza.² No final de 1917 surgiria um pequeno foco nos bairros pobres dos Terramotos e Casal Ventoso, em Lisboa, que seria debelado até Maio de 1918. Seriam encontrados 14 casos e realizadas as necessárias medidas de despioalhamento e desinfecção.³

² O tifo era mesmo conhecido pelo nome de *febres da Póvoa*. O diagnóstico da moléstia fora feito em 1904 pelo professor A. J. de Sousa Júnior (Leitão 1920, 26 e 43).

³ Em Março de 1918 aparecia um outro foco na então cadeia feminina do Aljube, em Lisboa. Cf. Faria (1919).

Porém, o caso do Porto seria diferente. Era a primeira vez que o tifo exantemático, de modo assinalável, atacava com gravidade um grande centro urbano. Em 1920 o Censo Estatístico contabilizava a população da cidade, a segunda maior do país, em 203 mil habitantes. Possuía um importante sector industrial e de serviços, que a tornava um importante nó nas redes de comunicação e de trocas económicas de todo o Norte. O surto teve uma gravidade nunca antes manifestada, tendo-se prolongado desde Dezembro de 1917 até ao Verão de 1919 (Jorge 1918c, 620-621). Começaria, portanto, antes e ultrapassaria mesmo a terceira vaga da epidemia de gripe pneumónica, no início de 1919. Após um declínio no Outono e Inverno de 1918, nos primeiros meses de 1919 a epidemia registaria um recrudesimento. Na semana de 20 de Março de 1919 o número de casos atingia os 282, começando depois a declinar (Jorge 1920, 8). Mesmo assim estes casos eram menos de metade dos registados em igual período de 1918 (Jorge 1920, 10). Persistiam os despiolhamentos e as visitas médicas domiciliárias para despiste dos casos epidémicos ou suspeitos. O «carro da desinfecção pública, verdadeira carroça completamente fechada», continuaria a atravessar o Porto «transportando objectos infectados (colchões, camas e outros objectos domésticos)» (Figueiredo 1972, 703-713).

Nas primeiras décadas do século XX, as áreas insalubres proliferavam no Porto. Nas palavras do então director-geral de saúde, que conhecia bem a cidade em que nascera, «reina ali a pobreza, a indigência, com todo o seu cortejo de males – má habitação, má vestimenta, má manutenção, má limpeza». Tempos antes, nos anos finais da década de 1890, ele havia já «calculado que cerca de uma terça parte da população se amontoava nas casinhas e casebres de enfiada a que chamam ilhas [...]». Em 1918 mantinham-se esses «cubículos empilhados», sendo muitos «horrorosos antros, quais covas na terra, sem soalho e sem luz, onde jazem gente andrajosa, suja e faminta. A miséria e a pobreza ressumam por toda a parte.» Ricardo Jorge terminava esta descrição das condições sanitárias das classes populares do Porto, acrescentando que se este era «o quadro habitual», o que não seria «agora que a carestia dos géneros requintou e alastrou a penúria?» Mesmo sabendo-se que a cidade do Porto tinha das maiores taxas de mortalidade por mil habitantes do país (30‰), para a grande autoridade nacional em epidemiologia e em higiene a moléstia estava claramente associada às condições sociais e económicas que se viviam. «O tifo da fome escolheu o momento da devastação, como nos tempos idos; a epidemia do Porto toma a fase de uma epidemia civil de guerra – daquelas cuja eclosão, se se não filia nos ar-

raiais, é favorecida pelas profundas perturbações sociais e económicas, causadas pelo grande conflito militar da Europa.» (Jorge 1918c, 621)⁴

O tifo exantemático era uma doença de pobres e a mortalidade muito maior entre os mais desfavorecidos e entre os mais velhos (Zagalo Júnior 1919, 57; Jorge 1920, 12). O piolho, como asseveraria Ricardo Jorge, era ainda muito frequente nas classes mais pobres, tendo sido combatido por práticas de higiene várias entre os mais abastados (Jorge 1920, 9). Na pandemia gripal as relações entre classe e mortalidade não se revelaram de modo tão claro. Do mesmo modo, a gripe afectaria sobretudo os adultos jovens e menos os grupos etários mais idosos.

No caso do tifo exantemático, quer os focos registados, quer os surtos mais virulentos e com maior extensão foram combatidos através das clássicas medidas de controlo epidemiológico. Começava-se por tentar identificar a moléstia recorrendo à pesquisa laboratorial, identificavam-se e notificavam-se os casos e as áreas de contágio originais e isolavam-se indivíduos e grupos afectados, ou em contacto, em estruturas hospitalares tradicionais ou improvisadas, procedia-se a desinfecções de pessoas e locais, estabeleciam-se cordões de segurança e medidas de polícia sanitária preventiva.

Segundo os médicos da época, a curva epidemiológica do tifo exantemático manifestava um comportamento particular. Esta curva iniciava-se por poucos casos fatais que se elevavam até atingir um auge, em que o número de infectados era máximo. Depois decrescia lentamente, deixando ficar pequenos focos dispersos. Estes focos deixavam a moléstia em regime de endemia ou latência, que mais tarde dava origem a novas situações epidémicas (Zagalo Júnior 1919, 69).

2

Para entender como funcionava, normalmente, esta máquina de combate sanitário, vejamos mais em pormenor a forma como foi identificada, transmitida e organizada a resposta à epidemia de tifo exantemático. A partir de 19 de Dezembro de 1917 o subdelegado de saúde do Porto começou a identificar sucessivos casos suspeitos no hospital da Misericórdia. Averiguando a origem dos doentes, descobriu logo uma «ilha, das mais sórdidas e miseráveis da sua espécie», onde havia já 23 casos, «sem assistência de nenhum tipo, no maior abandono, que foram transporta-

⁴ Sobre a mortalidade no Porto v. Maia (1995, 233, 235-236).

dos e sequestrados logo no hospital de isolamento» (Jorge 1918c, 621). Porém, este não era um foco isolado que a pronta acção das autoridades de saúde podia ter debelado. O reconhecimento de outros casos denunciou a existência de «uma mancha epidémica nos bairros confinantes das freguesias de Cedofeita e Paranhos. Outros, porém, brotavam desgarrados em pontos remotos, por exemplo, em Ramalde» (Jorge 1918c, 621). Tudo indicava que a moléstia grassava já incógnita há algum tempo. A 20 de Dezembro de 1917, em informação prestada ao ministro do Interior, sublinhava-se a gravidade do contágio que afectava a gente pobre da parte norte da cidade. No mesmo dia o ministério enviava instruções, insistindo na justeza dos temores, recomendando como panaceia provisória «uma *profilaxia severa*». A 24 de Dezembro era recebida na Direcção-Geral de Saúde (DGS) uma comunicação da delegação de saúde e do Hospital Joaquim Urbano do Porto, dando a notificação exacta de que o tifo exantemático aparecera na cidade e em força. A 25 eram enviadas, por telegrafo, recomendações da DGS insistindo no activo despiolhamento de pessoas e roupas, um dos nós da profilaxia e combate antitífico. A 30 a mesma entidade determinava que entrassem em actividade os subdelegados substitutos e que se contratassem os médicos complementares necessários para toda a ordem de serviços.

A 2 de Janeiro chegavam novas instruções para a instalação do serviço de despiolhamento à entrada do hospital, dando-se igualmente conta dos produtos e fórmulas mais eficazes, das práticas a observar, dos cuidados a ter para «impedir a comunicação dos piolhos ao pessoal de assistência e sanidade», bem como «dos processos mais adequados à desinfecção domiciliária». Pela experiência se sabia já que a curva epidémica baixava sensivelmente quando se intensificavam os trabalhos de despiolhamento e se faziam «as desinfecções domiciliárias com solutos parasiticidas» (Almeida 1920). Na mesma nota se indicava que «ao sequestro dos enfermos e dos contactos mais imediatos havia que associar a revisão dos indivíduos suspeitos pelas suas relações, de pessoa ou de vizinhança, com os epidemiados». Segundo o director-geral esta medida devia ser executada «com o rigor e amplidão devidos». A «rebusca dos casos» deveria constituir «a principal preocupação da fiscalização sanitária». Em Fevereiro o número dos revisados diariamente orçava já por mil, devendo inclusive aumentar nos meses seguintes (Jorge 1918c, 621 e 623). Aos despiolhamentos seguir-se-ia o isolamento dos doentes, os banhos e a limpeza e desinfecção de locais e das peças de roupa.

A acção continuada das autoridades sanitárias locais iria, porém, revelar novos focos espalhados pela cidade. Se a extensão da epidemia era

nova, este surto de tifo exantemático mantinha o uniforme epidemiológico típico desta doença. Nas palavras algo gongóricas de Ricardo Jorge, a epidemia «persegue os vagabundos, os mendigos e os criminosos, açoita o Aljube, a cadeia. Acomete a casa-hospício, asilos, colégios e quartéis, predilecto como é da gente militar, onde a higiene falha e as pessoas se acumulam e o vírus infiltra.» (Jorge 1918c, 621-623) Após o ímpeto inicial em finais de Dezembro, a epidemia pareceu estabilizar na primeira semana de Janeiro. A partir daí o número de casos não cessou de aumentar. Na semana de 2 a 9 de Fevereiro registar-se-iam 130 casos, na semana seguinte a conta já ia em 294. Ricardo Jorge faria no mesmo mês uma estimativa de 10% de mortalidade entre os infectados, sendo esta mais elevada nas pessoas com idades superiores a 40 anos.

A 10 de Janeiro, Ricardo Jorge deslocava-se ao Porto. Para além das visitas aos serviços sanitários, proporia à Câmara o uso dos balneários públicos para a instalação de novos serviços de banhos e despiolhamento, insistindo sempre nesta profilaxia como o caminho para enfraquecer e debelar a epidemia. O pessoal dos serviços camarários seria também utilizado para «a salubridade dos lugares imundos». Para o despiolhamento pessoal era indicado «o petróleo, a terebentina, a benzina com o excipiente do azeite e do álcool desnaturado». Para as roupas indicava a sulfuração, ou seja «a queima do enxofre em câmara fechada, facilíma de estabelecer em toda a parte». Para a desinfecção domiciliária apontava-se a «aspersão com cal clorada em água ou com petróleo em água de sabão». Eram métodos simples e que, segundo o director-geral, não necessitavam do uso de aparelhos, câmaras e «estufas» (Jorge 1918c, 621-623). Entretanto, em data não identificada mas seguramente durante o mês de Janeiro de 1918, a cidade havia sido dividida em 14 áreas, «coincidentes com as esquadras policiais, para batida dos casos, revisões e inspecções sanitárias». Procurava-se assim atenuar «o efeito epidemizante dos casos ignorados, benignos ou frustrados e dos casos de morte rápida atribuíveis à infecção». Foram igualmente criados «serviços especiais, entregues a chefes competentes, para a superintendência do movimento epidémico, da desinfecção e despiolhamento, das revisões, etc.» Elaboraram-se e distribuíram-se instruções populares, recorrendo-se para a sua divulgação à intervenção episcopal e à recomendação dos párocos. A Associação Médica Lusitana prestou igualmente esclarecimento aos médicos da cidade. No Hospital do Bonfim estabeleceu-se um serviço de investigação e estudo da doença, criou-se um posto de despiolhamento e ampliaram-se as instalações e o pessoal de enfermagem «para fazer face à onda crescente dos epidemizados». Dada a fraca capacidade deste estabelecimento, seria depois instalado

um hospital provisório no Asilo de São Jerónimo, «mercê da intervenção do governador civil». Do Parque Sanitário de Lisboa vieram então mais de duzentos leitos, dada a míngua de camas no mercado (Jorge 1918c, 623). A doença não deixaria de atacar igualmente o pessoal médico, de enfermagem e de assistência. Ricardo Jorge recomendaria assim o recrutamento de tifosos curados para estes serviços perigosos, de entre os quais se realçava o despiolhamento, aproveitando-se a sua imunidade à doença. Ao mesmo tempo era «reforçado o material sanitário do Porto, com as reservas de que esta Direcção-Geral pode dispor» (Jorge 1918c, 621-622). Este modelo de plano de combate era já um clássico da epidemiologia portuguesa. Antigo e já testado, era muito idêntico ao posto em execução durante a epidemia de peste do Porto, de 1899, que fora não só delineado como posto em execução pelo mesmo Ricardo Jorge.⁵

Em data não especificada, mas segundo Ricardo Jorge, «assim que a epidemia evidenciou perigo de transmissão à distância, foram avisadas em circular telegráfica as delegações e subdelegações para exercerem vigilância sobre as pessoas procedentes do Porto». Viriam, deste modo, a ser detectados casos de infectados em Lisboa, Resende, Cabeceiras de Basto e Faro. Procedentes do Porto eram quase todos pobres e populares: meretrizes, soldados, criados de servir. A sua elevada circulação faria com que o director-geral da saúde chamasse a atenção para a necessidade de reforçar as medidas de controlo, por exemplo, «proibindo a passagem, para fora das zonas suburbanas, aos andrajosos e mendigos, submetendo os passageiros saídos do Porto para além dessa zona à revisão no lugar de destino» (Jorge 1918c, 623; 1920). Infelizmente, não sabemos até que ponto estas medidas seriam implementadas posteriormente. O certo é que a epidemia do tifo exantemático se manteve relativamente circunscrita à cidade do Porto. Apesar da circulação de pessoas e bens, não extravasaria para a generalidade das outras localidades do Norte. Em Março e Abril de 1918 apareceriam alguns casos isolados noutras localidades do Minho, como Cabeceiras de Basto, Famalicão, Vieira do Minho, Amares e Barcelos, prontamente identificados. Alguns casos seriam mesmo encontrados em Lisboa. Contudo, apenas em Braga, Vila Real e Gaia surgiriam novos focos epidémicos com alguma importância. O de Braga, declarado em finais de Março de 1918, seria o mais violento, sendo apenas neutralizado no final de 1919. Causaria umas quatro centenas de vítimas, utilizando-se aqui o

⁵ Agradecemos à Rita Garnel ter-nos chamado a atenção para o conjunto de semelhanças entre os dois planos de combate.

mesmo tipo de práticas de combate e vigilância epidemiológica.⁶ Em Braga, de Abril a Setembro de 1918 seriam despiolhados 27 000 indivíduos, limpas 4216 habitações e desinfectadas 116 813 peças de roupa. A epidemia iria decrescer. A brusca interrupção desta série de medidas levaria ao novo recrudescimento da moléstia já no final de 1918 (Almeida 1920, 7-8 e 107; Jorge 1920, 11). Em 1919 surgiriam focos epidémicos em Lamego, novamente atacando as classes mais pobres e os bairros em piores condições higiénicas (Zagalo Júnior 1919, 25).

No Porto, pouco antes da publicação deste relatório seria nomeado um comissário do Governo. A nível oficial o combate às epidemias mantinha o mesmo desenho institucional, sendo a direcção da cadeia dos serviços dada a especialistas. Os comissários do Governo, com poderes especiais, eram recrutados entre os médicos de renome da área da epidemiologia, da higiene e da saúde pública. O decreto de 23 de Fevereiro de 1918 iria investir o professor Augusto de Almeida Monjardino no exercício das funções de comissário do Governo, no distrito do Porto, «com superintendência e direcção imediatas sobre todos os serviços que directa ou indirectamente se relacionem com a debelação da epidemia e saneamento do Porto». Todas as autoridades civis e militares deviam prestar-lhe «zelosa cooperação» e executar «prontamente as suas requisições e determinações». O comissário deveria corresponder-se por via postal e telegráfica com os diversos ministérios, dando conta de todos os seus actos ao ministério do Interior.⁷ A 18 de Maio de 1918 seria substituído por António de Almeida Garrett, professor da Faculdade de Medicina do Porto, homem mais próximo do regime (o sidonismo), mas que manteria idênticas funções de coordenação do combate à epidemia de tifo exantemático e de execução das necessárias medidas de saneamento da cidade. Como veremos, em Outubro de 1918, um modelo semelhante, baseado numa direcção técnica centralizada, embora com um recorte mais detalhado, seria posto em marcha para combater a gripe pneumónica.⁸

⁶ João Leitão (1920, 44-49), na sua tese de licenciatura, não seria tão optimista. Iria referir a hipótese de a doença se ter tornado endémica em Braga, tal como sucedia na Póvoa de Varzim ou em Manteigas. Novamente se chamava a atenção para a perigosa mistura entre «a pobreza, extrema que existe nos bairros mais populosos da cidade e freguesias limítrofes», a falta de higiene «que se nota de uma maneira geral em todo o minhoto» e a sonegação de casos da doença.

⁷ Augusto de Almeida Monjardino vinha da Faculdade de Medicina de Lisboa e foi nomeado por dec. n.º 3861 de 23-2-1918, in *DG*, 1 série n.º 36 de 26-2-1918, 137.

⁸ António de Almeida Garrett (1884-1961) iria continuar uma longa carreira como professor de Pediatria e de Higiene da Faculdade de Medicina do Porto, e como funcionário da área da saúde pública. Conservador e católico convicto, em 1915-1917 fez parte

No final de Fevereiro de 1918, Ricardo Jorge terminaria o seu relatório sobre a epidemia de tifo exantemático no Porto escrevendo que ainda havia o perigo da «irrupção de focos a distância». As autoridades estavam alerta e vários casos suspeitos tinham sido detectados, mas o combate e as medidas de prevenção e profilaxia não podiam afrouxar. O tifo manteve-se presente mas sob controlo nos meses seguintes, registando-se uma progressiva quebra. No Outono de 1918 a pandemia de gripe iria afectar muito negativamente os serviços de profilaxia do tifo, obrigando-os a lidar com a nova epidemia.

Contudo, apesar de o tifo se encontrar enraizado, os resultados deste esforço de luta foram de certo modo equilibrados. A epidemia não se espalhou pelo resto do país, tendo ficado relativamente contida no Porto, com alguns focos nos seus arredores e na cidade de Braga. Porém, ao contrário das boas intenções e do optimismo moderado do relatório de Ricardo Jorge, o tifo manteria uma relativa progressão, enraizando-se na cidade do Porto durante o resto do ano de 1918. Se logo no início o Ministério do Interior iria dispor de apenas dois contos para as despesas de primeira hora, seguir-se-ia um crédito de 20 contos, a 6 de Fevereiro, e um outro de 30, a 22 do mesmo mês. Só até o início de Junho os sucessivos reforços financeiros atingiam 520 contos. Estes prolongar-se-iam pelo resto do ano de 1918 e primeiros meses de 1919, acompanhando também as despesas com o combate da pneumónica (Sousa 2007). No Porto, entre Dezembro de 1917 e Dezembro de 1918 registaram-se 6254 casos, resultando daqui 1203 mortos, ou seja, uma mortalidade de 19,2%. De Janeiro a Agosto de 1919 o número de casos declinou, atingindo os 2781, com um cortejo de 278 falecimentos, sendo a mortalidade consideravelmente mais baixa: 9,7%. Os números apresentados por Ricardo Jorge dizem-nos também que durante o ano de 1918 a mortalidade dos grupos de idade mais jovens foi baixa, mas para aqueles maiores de 50 anos chegaria a 49,3% (Jorge 1920, 12).

Apesar das investigações já realizadas por inúmeros cientistas, como Thoinot e Albert Calmette (1891), tal como na epidemia de gripe pneumónica o agente causador do tifo exantemático era ainda desconhecido, como nos adianta António de Almeida Garrett.⁹ Conhecendo-se o

do parlamento republicano. Posteriormente aderiu ao sidonismo, tendo sido eleito deputado em 1918. Mais tarde integrou-se nas estruturas políticas do Estado Novo. Nomeado em 1931 seria o director da Faculdade de Medicina do Porto durante os seguintes 23 anos. Em 1934 era o inspector de saúde do Porto.

⁹ Na verdade, havia já sido isolado por um cientista brasileiro, H. da Rocha Lima, em 1916 (Garrett 1918, 105-106). A primeira vacina seria preparada em 1937 e aplicada aos soldados americanos durante a II Guerra Mundial (Cartwright e Bidiss 2003 [1972], 100-101).

agente de transmissão – o piolho –, a profilaxia e as medidas de controlo levavam os surtos epidémicos ao confinamento e depois ao desaparecimento, mesmo que a pobreza fizesse com que nalguns locais a doença se manifestasse de forma endémica. No caso do tifo o despioalhamento era uma profilaxia relativamente eficaz. As tropas enviadas no início de 1919 ao Norte para combater a insurreição monárquica seriam despioalhadas e desinfectadas no campo de Tancos, antes de partir (Jorge 1920, 10). No caso da gripe as tropas seriam um factor de difusão da doença, não se conhecendo qualquer estratégia profiláctica específica que constituísse obstáculo ao contágio.

Ao contrário da fugaz e mortífera pandemia de gripe pneumónica, o tifo exantemático continuaria a atacar ciclicamente algumas povoações marítimas, zonas de montanha e alguns dos bairros mais pobres das principais cidades. Logo em 1919 surgiriam focos no Seixal e em Sesimbra (Jorge 1920, 11). Em 1927 irromperia violentamente em Loriga, localidade próxima de Manteigas, onde se manifestara em 1918, também ela uma zona agropastoril e industrial (lanifícios). Os surtos começavam a mostrar-se mais espaçados e mais fracos mas não deixavam de se manifestar. Em 1934 a doença ressurgiria na periferia marítima do distrito do Porto. Manter-se-ia latente até 1938, quando nova epidemia se abateu sobre Matosinhos (Pinto e Lage 1939). O piolho era e continuaria a ser o seu principal meio de propagação junto de populações pobres, analfabetas, sem qualquer contacto com a propaganda higiénica que já despontava. Segundo os médicos Vítor Macedo e Mário Lage, em Matosinhos era comum ver no bairro piscatório «aos domingos e dias de descanso e mesmo em outros dias, mulheres com a cabeça no regaço de outras que as catavam com todo o cuidado». Havia ainda «o preconceito de que tirando todos os piolhos as pessoas enfraqueciam» (Pinto e Lage 1939, 50-51).

Com atraso, mesmo em relação a Espanha, sem nunca conseguir uma verdadeira convergência, Portugal iria aproximar-se do padrão epidemiológico dos outros países do Sul da Europa. O tifo seria nas décadas seguintes uma doença em lenta extinção. O processo de transição sanitária e epidemiológica teria lugar em Portugal a partir da década de 1920, em flagrante atraso relativamente a outros países europeus. Porém, só se consolidaria definitivamente na década de 1950, época em que podemos dizer que a transição epidemiológica estava terminada.¹⁰

¹⁰ Sobre a transição epidemiológica ver um resumo das discussões em Tanqueiro (2001, 30-34). V. também o clássico de Omran (1971). Numa linha de interpretação assente sobre factores culturais e de desenvolvimento social ver o conceito de transição sanitária em Lerner (1973) e Gonzalez, Mestre e Benavides (1996).

3

O país tinha desde 1901 uma legislação actualizada, burocracia e redes de controlo e fiscalização da higiene e da saúde pública; dispunha de especialistas competentes que acompanhavam os debates científicos.¹¹ Contudo, uma pandemia como a da gripe ultrapassaria toda a capacidade de resposta instalada. O combate só poderia ser desproporcionado, impedindo o sucesso da maior parte das técnicas e dos saberes dos médicos e dos responsáveis pela política sanitária. O que interessa aqui reter como conclusão serão, pois, as grandes diferenças entre a epidemia de tifo exantemático do Porto e a pandemia de gripe. De um lado, temos um contexto clássico, localizado, rapidamente delimitado e conhecido dos médicos e das autoridades sanitárias. Apesar de ter afectado um grande número dos habitantes mais pobres da cidade do Porto e arredores, nele poderiam ser accionados os saberes, as técnicas, as práticas, as redes institucionais, podendo este conjunto ser ainda disponibilizado dentro de prazos mais longos e com efeitos mais sedimentados. Aliás, Ricardo Jorge diria mesmo que a profilaxia utilizada tinha sido aquela já consagrada pelo uso: «nada de novo ou de particular a acrescentar», escreveria (Jorge 1920, 9 e 14). Do outro lado, temos uma pandemia que ultrapassava as piores expectativas, que atacou quase em simultâneo muitas localidades do país, que teve uma velocidade de propagação enorme, um elevadíssimo número de pessoas infectadas, perante a qual se desconhecia a etiologia, as medidas profiláticas e a eventual medicação. O período de pico da mortalidade seria curto e a morbidade elevada, obrigando em teoria a uma eventual reacção rápida, concertada e participada por todos: Estado, sociedade civil e especialistas.

No caso do tifo as medidas de isolamento e profilaxia também eram mais fáceis de implementar, pois os efectivos de população afectada eram mais diminutos, e também porque a doença atacava principalmente os mais pobres e sem poder. As medidas de quarentena e confinamento eram, assim, mais fáceis de desenvolver, sem que se levantasse um coro de protestos por parte dos interesses económicos, da imprensa e dos cidadãos activos (Garrett 1918, 105-106). Nesse sentido a gripe pneumónica iria, de certo modo, democratizar o contágio e, em menor escala, a própria morte.

¹¹ Em 1901 havia tido lugar uma ampla reforma geral da saúde (pela Lei de 2 de Junho de 1901, regulamentada depois pelo decreto de 24 de Dezembro do mesmo ano).

A posteriori, podemos pensar que uma pandemia, marcada por uma excepcional morbidade e mortalidade, iria pedir que se complementasse a acção das estruturas oficiais com formas de mobilização concertada da sociedade civil; que, simultaneamente, se fizesse circular a informação e se sensibilizasse as populações para a utilização de medidas de profilaxia e de higiene ao nível individual, familiar e das pequenas comunidades. Só assim seria possível estabelecer «estratégias de minimização dos danos», envolvendo apoio domiciliário, enfermagem e difusão de práticas adequadas. Porém, em 1918, o paradigma dos cuidados médicos estava ainda longe do modelo baseado na «propaganda sanitária» e na generalização de cuidados e hábitos de saúde e de higiene preventivos. Esta eventual estratégia revelava-se difícil de implementar num país marcado pelo analfabetismo (em 1911 os cidadãos analfabetos compunham 75,13% da população, em 1920, 70,89%), onde as Câmaras e a maior parte das Misericórdias e instituições locais de assistência eram pobres em recursos e em pessoal, e onde era igualmente fraca a infra-estrutura sanitária e hospitalar, quer ao nível do pessoal médico e auxiliar, quer dos equipamentos e edifícios. Se a estes factores acrescentarmos as dificuldades de abastecimento, a carestia, a fome e a má nutrição, as más condições de habitabilidade, as sequelas da guerra e do recrutamento militar, que reduziu o número de médicos disponíveis, a instabilidade política, vemos como o panorama em 1918 não era, de modo algum, animador.

José Manuel Sobral
Paulo Silveira e Sousa
Paula Castro
Maria Luísa Lima

Capítulo 15

A Igreja e a pneumónica: auto-retrato e interpretações do flagelo

A Igreja e o regime republicano

O confronto

A instauração do regime republicano em Portugal inaugura um período de confronto violento com a Igreja. Após algum conflito na fase inicial de implantação do liberalismo em 1834, devido nomeadamente ao apoio de grande parte do clero ao absolutismo monárquico e à extinção, com expropriação dos bens, das ordens religiosas, a Igreja havia readquirido progressivamente um papel central na sociedade portuguesa, em estreita colaboração com a acção do Estado, que, aliás, controlava a nomeação de bispos – que tinham acesso à Câmara dos Pares – e párocos. Além da sua missão propriamente religiosa, tinha a seu cargo a regulação de grande parte da vida social, pois actos como o nascimento – através do baptismo – ou o casamento eram registados por eclesiásticos, mantendo o carácter de sacramentos que a Igreja lhes havia secularmente conferido. Só havia casamento civil para os não católicos e não havia divórcio, nem mesmo para os casados civilmente. A morte inseria-se ainda na esfera de intervenção da Igreja, que proporcionava os ritos apropriados e registava os óbitos; só se podiam realizar enterros não religiosos com expressa declaração do falecido, com assinatura reconhecida notarialmente. Embora ninguém fosse perseguido por não ser católico, o catolicismo acabava por ser a religião oficial do Estado: cometia crime quem celebrasse manifestações públicas religiosas que não as católicas, muita da legislação básica do país era impregnada pelo catolicismo – a começar

pela Carta Constitucional – e tinham de jurar fidelidade ao catolicismo o herdeiro do trono, os deputados, os pares, os conselheiros de Estado, os estudantes universitários, etc. A religiosidade impregnava múltiplas esferas da vida social, das tidas como mais íntimas, que relevavam da esfera familiar e pessoal, às mais públicas, as que se prendiam com a continuidade do próprio Estado.

Durante a segunda metade do século XIX, apesar da influência do laicismo (Catroga 1988), ligado ao movimento de secularização¹ que caracterizou este século, a Igreja manteve posições de grande relevo em esferas como o ensino e a saúde e assistência. As Misericórdias – instituições que, embora dirigidas por leigos, existiam sob invocação religiosa, possuíam templos e capelães e promoviam actividades de culto – desempenhavam um papel insubstituível, nomeadamente fora de Lisboa e do Porto (Oliveira Marques 1991b, 485). Entretanto, a pouco e pouco, à medida que se aproximava o final de Oitocentos, algumas ordens religiosas, incluindo os Jesuítas, expulsos no século XVIII, foram regressando ao país, ocupando-se nomeadamente em áreas relacionadas com a educação, a assistência e a evangelização (Oliveira Marques 1991b, 484).

Os republicanos, herdeiros de um discurso de matriz iluminista, reforçado pelo positivismo e pelo cientismo oitocentistas influentes nas suas fileiras, viam na religião uma crença errónea, um obstáculo ao progresso humano, e na instituição eclesial católica – que proclamara com Pio IX a sua hostilidade ao liberalismo e à democracia e de um modo geral ao que se convencionou chamar modernidade – um aliado desse outro obstáculo, a Monarquia. A influência da Maçonaria, que acolhia e propagava esse discurso, era enorme no seio dos republicanos (Oliveira Marques 1978, 644-648). Organizações como a Associação Propagadora da Lei do Registo Civil, fundada em 1895, com o objectivo de retirar à Igreja as funções de registo dos nascimentos, casamentos e óbitos, era uma instituição de combate à sua influência e à religiosidade católica, como o foram organizações como os Congressos do Livre-Pensamento (Oliveira Marques 1991b, 492-493). Os crimes «contra a religião do Estado» – estribados nomeadamente nos postulados da ciência da época, que negariam a veracidade da crença religiosa –, estavam em aumento em vésperas da República (Catroga 1988, 239-240). Esta actividade dos meios ligados à República coincide com uma forte militância católica, onde se destacavam novas formas devocionais – o Sagrado Coração, o

¹ Definindo secularização como a tendência crescente da humanidade para viver sem religião ou para o tentar fazer (Chadwick 1993 [1975], 17).

Santíssimo Sacramento, o culto mariano, entre outros (Oliveira Marques 1991b, 490-491) – e um reafirmar da autoridade da Igreja e da supremacia da religião enquanto cosmovisão e moral. Não podia deixar de haver choque, pois «[...] o projecto laicista propôs-se, de um modo organizado, transformar não só as instituições culturais, mas também a consciência colectiva, o que passava pela descristianização das ideias e dos comportamentos...» (Catroga 1988, 273).

É neste contexto que adquirem o seu sentido – o de um combate previamente anunciado – as medidas de combate ao poder da Igreja pelo novo regime. As ordens religiosas foram extintas três dias depois da proclamação da República. Bens da Igreja foram arrolados e vendidos ou apropriados pelo Estado. Foi extinto o ensino religioso nas escolas, abolidos os juramentos de carácter religioso, bem como os feriados religiosos (Rodrigues 1990, 274). Extinguiu-se a obrigatoriedade do ensino da doutrina cristã nas escolas primárias e tomaram-se medidas para acabar a curto prazo com a Faculdade de Teologia da Universidade de Coimbra (Oliveira Marques, 1991b, 495). Instituiu-se o registo civil obrigatório em Fevereiro de 1911, retirando essa importante esfera da vida social das mãos da Igreja e transferindo-a para o Estado (d'Alcochete 1990, 259). O principal instrumento da acção governativa foi a Lei da Separação do Estado das Igrejas (20 de Abril de 1911), que decretou o fim do estatuto da religião católica como religião oficial do Estado, instaurou a liberdade de culto e reforçou a tutela do Estado sobre a instituição eclesiástica (Rodrigues 1990, 274). Conduziu, por isso, à ruptura de relações com a Santa Sé e teve um importante papel na mobilização católica contra o novo regime.

As novas medidas terão produzido uma forte fractura no país, pois o anticlericalismo era sobretudo forte nos maiores centros urbanos e em geral no Sul e a Igreja e as suas redes nos menores e no Norte (Oliveira Marques 1991b, 483-505).

Estado e Igreja no tempo da pneumónica

A intervenção portuguesa na Grande Guerra de 1914-1918 leva a uma aproximação entre Estado e Igreja. O Governo da União Sagrada, que promove a participação no conflito, autoriza em Maio de 1916 a existência de capelães militares no exército (Ferreira 1990b, 535), o que constitui um reconhecimento da importância da religiosidade católica num país predominantemente rural. Além disso, a conjuntura da guerra, marcada pela escassez e carestia de géneros alimentícios, por experiências de

fome, por um ambiente generalizado de apreensão ligado à mobilização de jovens para as frentes africanas e para a Flandres, e à conflituosidade interna e externa – esta última expressa de modo espectacular no triunfo da revolução na Rússia –, está associada a um revivalismo religioso detectável na recepção feita às revelações por jovens camponeses habitantes de uma região pobre (Fátima), de que a Virgem lhes teria aparecido. Embora a Igreja não tenha dado de início uma grande relevância a este acontecimento, ele constitui um sintoma da persistência de um sistema cultural cristão (católico), cujos postulados continuavam vivos em grande parte do mundo rural – e não só – mau grado a difusão de discursos racionalistas críticos da religião, que precederam em muito as medidas tomadas pelo regime republicano.²

Ao derrubarem o Governo da União Sagrada, cuja principal figura era então Afonso Costa, o autor da legislação sobre a separação entre a Igreja e o Estado, Sidónio Pais e os seus apoiantes obtiveram o apoio do campo oposto, representado por republicanos desavindos com os partidos do bloco que promovera a guerra, e sobretudo pelos que se consideravam excluídos e afrontados pelo regime republicano: os católicos e os monárquicos, estes últimos identificando-se também com a causa da Igreja. As relações diplomáticas com a Santa Sé são restabelecidas e católicos e monárquicos encontrar-se-ão entre os pilares do efémero regime sidonista (Ferreira 1990b, 535-536).

A irrupção da pandemia encontra a Igreja e as autoridades governamentais congregateadas em Portugal, o que não sucedia desde o início do regime republicano, e este contexto específico é tido em conta no exame das suas atitudes face à gripe pneumónica. Neste texto começaremos por abordar o modo como a Igreja apresenta a sua intervenção, fazendo alusão ao esforço desenvolvido pelo clero e pelos leigos católicos no combate à pneumónica através das suas redes organizativas. Depois, iremos concentrar a nossa abordagem no discurso de alguns dos principais actores eclesíásticos, pois através do seu exame poderemos fazer luz sobre os modos de interpretar e lidar com o fenómeno que a Igreja então difundiu.

² Ao falar em «sistema cultural cristão» estou a reportar-me à conhecida definição da «religião como sistema cultural» de Clifford Geertz, para quem a religião é «(1) um sistema de símbolos que actua para (2) estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da (3) formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e (4) vestindo essas concepções com tal aura de facticidade que (4) as disposições e motivações parecem singularmente realistas» (Geertz, 1978 [1973]: 104-105). Parece-nos que ela capta, de um modo abrangente, o que o catolicismo representaria para um grande número de portugueses.

Um auto-retrato: a descrição da acção da Igreja e da sua rede de organizações em fontes eclesialísticas

A 5 de Novembro de 1918 é publicada uma provisão do cardeal patriarca D. António I, com data de 25 de Outubro, acerca da epidemia.³

Nela, o cardeal congratula-se em primeiro lugar com a acção do chefe de Estado, «que tanto zelo e infatigável actividade tem desenvolvido no louvável intuito de se acudir ao nosso paiz, actualmente ferido por uma cruelíssima calamidade»,⁴ ao instituir em Lisboa uma Comissão Central destinada a angariar os meios indispensáveis para socorrer as vítimas da epidemia, «que vem flagelando a nossa querida Pátria».⁵

Define como «importante, sympathico e valiosíssimo o fim» desta instituição, pois a sua acção será exercida não só sobre os doentes que «nas suas pobres e desconfortadas moradas, ou nos hospitaes, se contorcem no leito da dor, mas também sobre os orphãos e viuvias que, pela perda irreparavel dos que a morte fez tombar na sepultura, e que eram o seu apoio e único amparo, ficam luctando com a miséria, com a fome e com todo o género de infortunios».⁶

Nesta provisão reitera os apelos, que já fizera a 8 de Outubro, à realização e participação em preces públicas e procissões de penitência para pedir a misericórdia divina, e ao exercício da caridade, à participação em comissões de beneficência das paróquias, a redobrar o esforço de solicitude nos actos de fé e piedade, etc...⁷ Chama a atenção para a pobreza dos párocos e para a dificuldade destes em contribuírem no plano do auxílio económico, mas logo acrescenta que podem cumprir o seu papel de uma outra forma: exortando os paroquianos para que estes se «alistem na cruzada do bem». Os párocos, com as suas instâncias e doutrinações, tanto no templo como fora dele, podem convencer os fiéis da total ne-

³ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 129-133. Era então director o Dr. Ribeiro Coelho; secretário da redacção o Dr. Pereira dos Reis e redactor-editor o P. E. Coelho Ferreira.

⁴ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 129.

⁵ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 129.

⁶ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 129.

⁷ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 130-131.

cessidade de seguirem cuidadosamente os meios que a «sciencia inculca, a hygiene aconselha e a auctoridade competente recomenda [...]».⁸

Sendo conferida uma importância crucial no combate ao flagelo à prática da caridade, é com satisfação que, a 20 de Dezembro, a *Vida Católica* sublinha o papel atribuído pelo poder político a uma das organizações vinculadas à comunidade de S. Vicente de Paulo, a Associação das Senhoras de Caridade. De acordo com o artigo em causa, esta associação teria tido, de certa forma, a sua consagração pública ao ser escolhida pelo Presidente da República, e pela Grande Comissão de Socorros às vítimas da epidemia, para visitar as famílias atingidas pelo flagelo e para a organização e distribuição de auxílios.⁹ No momento do «flagello medonho, que ceifou tantas vidas e causou tantos males» foi criada em Lisboa uma comissão que recolheu extensos donativos para responder às graves circunstâncias e, diz o autor desta notícia, a Associação das Senhoras de Caridade foi vista como a melhor estrutura para a distribuição desses mesmos donativos.¹⁰ A ocasião é também aproveitada para questionar o modelo laico da dádiva benéfica descrita como filantropia, assente no reconhecimento de deveres para com a humanidade e, portanto, cara aos ideais republicanos da igualdade e da fraternidade, e para exaltar o modelo cristão da caridade, instituído nos textos sagrados: «Falla-se por ahi tanto de philantropia, de altruísmo, mas, pelo que se está vendo, o que continua em maior apreço, mesmo aos olhos d'aquelles que não se podem dizer servos devotos de Jesus Christo, é a caridade propriamente dita, quer dizer, a caridade cristhã, a caridade do Evangelho, a caridade que fez grande S. Vicente de Paulo!»¹¹

Refere-se no artigo que «durante a epidemia o que mais impressionava não era tanto a doença como a miséria formidável e inaudita que vinha á suppuração n'esses dias».¹² Mas, acrescenta, os socorros foram abundantes e como sempre a caridade portuguesa não falhou.

Cerca de um ano depois, a 1 de Outubro de 1919, o arcebispo de Mytilene, analisando o relatório do ano económico de 1917-1918 da Associação das Senhoras de Caridade, sublinha a sua meritória acção em resposta à convocação para assistência aos atingidos pela epidemia por parte

⁸ «Provisão», António Cardeal Patriarca, *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918, 131.

⁹ «As senhoras de caridade», *Vida Católica*, ano IV, n.º 80, 20 de Dezembro de 1918, 236.

¹⁰ «As senhoras de caridade», *Vida Católica*, ano IV, n.º 80, 20 de Dezembro de 1918, 236.

¹¹ «As senhoras de caridade», *Vida Católica*, ano IV, n.º 80, 20 de Dezembro de 1918, 236-237.

¹² «As senhoras de caridade», *Vida Católica*, ano IV, n.º 80, 20 de Dezembro de 1918, 237.

do presidente Sidónio Pais que «emocionado por uma catastrophe tão espantosa fez os possíveis para acudir às terríveis necessidades d'essa ephoca». ¹³ A dado momento do dito relatório, citado pelo eclesiástico, refere-se que tudo indiciava que nenhum dos que haviam ficado doentes ficara sem cama e roupas e até sem a «posse de muitos objectos que tinham empenhado» – este último elemento um indicador da situação aflitiva extrema que afectaria muitos doentes. Assim, e considerando que no mesmo relatório se afirma que em Lisboa morriam mais de cem pessoas por dia, a maioria pobres, que se formavam bichas às portas dos cemitérios, que era impossível sepultar um tal número de mortos, diz o bispo, estava-se de facto perante o que se designa como um «milagre da caridade». ¹⁴

A 20 de Maio de 1919 é elogiado na mesma publicação o trabalho da Conferência de S. Vicente de Paulo, em Setúbal, constituída pouco tempo antes do deflagrar da pandemia, em 10 de Fevereiro de 1918, o que é bem esclarecedor da existência de um clima favorável ao associativismo religioso durante o regime de Sidónio Pais. ¹⁵ Aí se assinala o carácter devastador de diferentes epidemias que assaltaram todo o país nesse mesmo ano. Ora, no quadro da comissão de assistência aos epidemiados (promovida pela Câmara Municipal) foi confiada à conferência de S. Vicente de Paulo a visita aos doentes da freguesia de S. Sebastião de Setúbal. Com poucos membros activos – entre uns 14 e uns 23 – teriam tratado umas 303 pessoas. Além disso, haviam subsidiado despesas relativas à compra de alimentos, roupas, lactação, pagamento de rendas de casa e de funerais, etc. ¹⁶

O arcebispo de Mytilene estende o seu elogio ao clero e acrescenta: «O que é pena é que, passado algum tempo, tudo se esqueça e não fique nada escripto para lição dos homens e correcção d'aquelles que para o clero só teem palavras injuriosas». ¹⁷ Na *Vida Católica*, afirma, podiam ter ficado várias páginas a esse respeito, mas «o clero entendeu, e por um

¹³ «Associação das Senhoras de Caridade», *Vida Católica*, ano v, n.º 97, 14 de Outubro de 1919, 27-29.

¹⁴ «Associação das Senhoras de Caridade», *Vida Católica*, ano v, n.º 97, 14 de Outubro de 1919, 27.

¹⁵ «Conferencia de S. Vicente de Paulo em Setúbal», *Vida Católica*, ano v, n.º 90, 20 de Maio de 1919, 563.

¹⁶ «Conferencia de S. Vicente de Paulo em Setúbal», *Vida Católica*, ano v, n.º 90, 20 de Maio de 1919, 565.

¹⁷ «Associação das Senhoras de Caridade», *Vida Católica*, ano v, n.º 97, 14 de Outubro de 1919, 28.

lado muito bem, que estas coisas só devem ficar escriptas no coração de Deus». ¹⁸

O importante órgão dos católicos da zona de Leiria – área em que haviam tido lugar no ano anterior as aparições da Virgem – revela-nos mais dados de relevo sobre a intervenção da Igreja face à pandemia e sobre as suas posições na conjuntura política. A primeira notícia que encontramos é de 4 de Julho de 1918. A propósito de haver centenas de pessoas atacadas pela «febre hespanhola» em Leiria e no seu concelho, aproveita para reproduzir o estereótipo nacional antiespanhol: «De Espanha nunca vem cousa boa». ¹⁹ As notícias multiplicam-se a partir do início de Outubro de 1918, reflectindo o momento mais crítico do segundo surto da pandemia. A 4 de Outubro várias notícias dão conta da «febre Hespanhola» que estaria a fazer milhares de vítimas no concelho de Leiria. Acautela os leitores ironicamente contra a ingestão de álcool como remédio para a epidemia, ao menos se ela se processa a título preventivo. Mais seriamente descrevem-se os vários sintomas da doença de acordo com um médico local, e propõem-se diversas medidas centradas na alimentação e no recurso a distintos tipos de remédios, bem como na desinfecção das vias respiratórias. Alude-se também à situação política, acusando-se os «democráticos» – o partido liderado pelo autor da Lei da Separação, Afonso Costa, afastado do poder por Sidónio Pais – de conspirarem em Lamego para matar os «talassas» – os adeptos da Monarquia – e incendiar igrejas nessa cidade. ²⁰ Uma semana depois encontramos os mesmos tópicos no jornal. Há uma notícia desenvolvida sobre a pandemia, em que se afirma que ela contagiou milhares de pessoas na região, «mas com carácter relativamente benigno». Difunde-se o rumor popular de que teria origem nos gases usados na guerra cujos efeitos os soldados regressados da frente teriam propagado em Portugal. Alerta-se para os sintomas, medidas profilácticas e remédios a tomar, e refere-se ter partido

¹⁸ «Associação das Senhoras de Caridade», *Vida Católica*, ano V, n.º 97, 14 de Outubro de 1919, 28.

¹⁹ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, n.º 194, 4 de Julho de 1918, 3. Foi comum atribuir a estrangeiros – aparentemente em relação aos quais há algum tipo de confronto de tipo nacional, protonacional ou étnico, a origem de doenças, conferindo-lhes o papel de bodes expiatórios, como parece aqui ocorrer com a Espanha, o país mais envolvido historicamente em conflito com Portugal; no século XV, quando a sífilis se espalhou no mundo, ela foi também identificada em Portugal como o mal castelhano, e no Japão como o mal português, por exemplo. Em outras epidemias posteriores ocorreram identificações deste tipo (Werner, Werner e Goetschel 1999, 91-92)

²⁰ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, n.º 207, 4 de Outubro de 1918.

o governador civil para Lisboa para obter gasolina e açúcar destinados ao combate à epidemia.

Surgem referências directas ao regime republicano em notícias sobre duas importantes peregrinações no Norte e no Centro do país, muito concorridas e que renderam grandes donativos, o que desmentiria «o profeta Afonso Costa», que teria previsto o fim próximo da religião em Portugal. Quanto ao regime, afirma-se rotundamente: «[...] a balbúrdia que por ahí vai, que só terá fim quando a República portuguesa exalar o último suspiro». Uma opinião tão frontal revela o sentimento de segurança que invade o campo católico – e monárquico – durante a presidência de Sidónio Pais.²¹

No fim do mês começam a intensificar-se as notícias sobre a pandemia. A 25 de Outubro, o semanário publica uma nota do vigário capitular da diocese, na qual, depois de se invocar uma causalidade religiosa para o flagelo – é um castigo divino pelos actos humanos –, se determinam respostas religiosas assentes na oração e na súplica. Recomenda-se ao mesmo tempo que os párocos tenham um papel interveniente na divulgação das práticas de combate à doença, como as relativas à higiene das habitações e à higiene pessoal e ao recurso à assistência médica e hospitalar. Há referências à incidência da epidemia, nomeadamente entre eclesiásticos, e à realização de procissões de penitência para pedir a intervenção divina para fazer cessar o flagelo.²² Nas semanas seguintes do mês de Novembro repetem-se as alusões à incidência da pandemia. A 8 desse mês refere-se a constituição, por iniciativa do Estado, na pessoa do governador civil, de uma Comissão de Assistência às Vítimas da Epidemia constituída por notáveis locais, entre os quais um padre. Multiplicam-se as menções à doença, às medidas tomadas para a combater, incluindo as de carácter religioso – missas e procissões – promovidas pela Igreja.²³ A 16 de Novembro o jornal congratula-se, em tom triunfalista, numa notícia intitulada «Viva Leiria!», pela imponência de uma procissão com milhares de pessoas, que demonstraria «cabalmente que Leiria é uma cidade religiosa, por crença, por sentimento, por convicção». Para além desta reivindicação, há uma descrição dos padroeiros a que se recorre, das orações e invocações e, sobretudo, da rede social estruturada em torno da Igreja, manifesta no desfile através da presença de várias confrarias religiosas, das

²¹ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, n.º 208, 11 de Outubro de 1918.

²² *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 25 de Outubro de 1918.

²³ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 8 de Novembro de 1918.

crianças da catequese vestidas de branco, das «senhoras» da Liga da Acção Social Cristã, vestidas de negro com o terço na mão. Há satisfação perante tal manifestação de poder, que se procura inscrever na continuidade histórica com manifestações similares de fé cristã realizadas no passado a propósito da peste e do terramoto de Novembro de 1755. A notícia reveste-se de algum espírito conciliatório, pois sugere-se que ateus e livres-pensadores poderiam fazer as suas próprias manifestações, como as dos católicos, e que tal constituiria um sinal de aceitação da liberdade. Note-se que este pendor mais liberal pode estar ligado à conjuntura. Com efeito, na mesma página, uma notícia intitulada «A Paz», onde houve cortes da censura, refere manifestações a favor da paz em Lisboa e em outros locais – o Armistício que pôs fim oficialmente à Grande Guerra fora assinado a 11 de Novembro. Em Leiria a classe operária teria desfilado pelas ruas vitoriando os aliados e as fachadas dos prédios do Clube e do Centro Democrático – adversários da Igreja –, bem como algumas casas particulares, teriam estado iluminadas.²⁴ Parece haver a percepção de que é necessário dar mostras de moderação, pois os ventos correrão agora de feição aos que promoveram a participação de Portugal na guerra ao lado dos aliados, e que Sidónio Pais alijara do poder.

As notícias continuarão a referir-se a celebrações religiosas relacionados com a pneumónica, à acção da Comissão de Socorros e a emitir algum comentário político, até que em finais de Novembro se assinala estar a diminuir o número de mortes.²⁵ Em Dezembro as notícias dos óbitos estão a rarear, embora continue a ser dado um grande relevo às procissões e missas que constituem a resposta especificamente religiosa à epidemia.

Em resumo, e a partir de um conjunto de fontes restrito, mas que abrange a principal publicação que lhe estava vinculada – a *Vida Católica* – pode dizer-se que a Igreja reivindica para a instituição eclesiástica e para a rede de organizações que comanda um papel relevante no combate à pandemia, exercido em vários planos. No da assistência directa aos doentes, intervindo no seu tratamento e ajudando-os, bem como aos seus familiares e aos órfãos, a suportar encargos com despesas fundamentais como as da habitação, da alimentação, do vestuário, do tratamento ou dos funerais. Para além disso, a Igreja providenciaria os meios propriamente religiosos para lidar como o flagelo, como a oração e outros actos apropriados de culto. A circunstância serve ainda para celebrar valores

²⁴ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 16 de Novembro de 1918.

²⁵ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 22 de Novembro de 1918.

associados ao cristianismo – a caridade – e para algumas observações que têm como referente experiências recentes vividas pela Igreja católica em Portugal. É a esta luz que se devem interpretar as referências às injúrias de que o clero seria objecto, ou ao silenciamento da sua acção no combate à epidemia, e mesmo os ataques a figuras e facções republicanas identificadas com a acção anticlerical, quando não ao próprio regime republicano, bem como as que se reportam à colaboração existente entre a Igreja e o Estado no tempo da epidemia. Ou, melhor dizendo, dadas as características personalizadas das alusões, ao Presidente da República – já morto quando alguns destes elogios foram publicados – que permitira à Igreja recuperar uma influência desaparecida depois do 5 de Outubro. Mais do que isso, a Igreja exhibe publicamente o seu poder, quer como auxiliar do Estado no combate à doença, quer como intérprete do sentido desta (nos termos da sua própria visão do mundo), quer ainda como organização social.

Duas maneiras de interpretar a epidemia: como doença, da esfera do saber médico, e como doença, castigo de Deus, da esfera da religiosidade

A 14 de Fevereiro de 1918,²⁶ quando a pandemia que viria a ser conhecida em Portugal como pneumónica ainda não se manifestara, o bispo do Porto envia uma circular aos eclesiásticos da sua diocese, alertando para a difusão do tifo, uma das principais epidemias que então afectava a população portuguesa. Nela referia como causa primária da epidemia a falta de higiene, apelando à colaboração com as entidades sanitárias locais para pôr termo a tais circunstâncias. Nesse sentido, determina a leitura da sua circular durante o sermão dominical e, durante o tempo considerado necessário, a das «Instruções para o Povo», formuladas pelas autoridades sanitárias, acrescentando-se as instruções especiais relativas à desinfecção das igrejas e objectos associados ao culto.²⁷ Voltaria a tratar destas questões numa nova circular em Abril, na qual apela a que todos os que têm responsabilidade pela higiene dos lugares de culto cumpram as instruções definidas, e se empenhem de forma a demonstrar que, em termos de sa-

²⁶ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 13, de 15 de Fevereiro de 1918, 258.

²⁷ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 13, de 15 de Fevereiro de 1918, 258.

lubridade, os templos são menos perigosos que outros lugares de reunião. Exortava o clero a demonstrar que «pela palavra e pelo exemplo, está sempre na vanguarda de todas as propagandas salutares, das quaes deve resultar a saúde, a tranquilidade e a força duma cidade que quer trabalhar e progredir. Do esforço de todos sahirá o triumpho sobre a epidemia; do nosso amor ao Porto, hoje sem resistência alguma contra o morbo, surgirá a cidade futura, mais bela e mais salubre.»²⁸

Nas «Instruções para o Povo» apresentam-se as características da doença, frisando sobretudo o seu grau de contágio, facto que leva a sugerir que os doentes sejam observados por um médico aquando dos primeiros sintomas e se dirijam aos hospitais para aí receberem tratamento, terem acesso a boas condições de higiene e a uma dieta adequada. Afirma-se ser possível a cura em casa, desde que sugerida por um médico. Dado o tifo ser transmitido principalmente por piolhos, aconselha-se os seguintes cuidados de higiene: limpeza do corpo e roupa, tanto de casa como de vestir. No primeiro caso propunha-se uma lavagem diária com água quente e sabão, dando especial atenção à lavagem da cabeça, sendo também aconselhável o corte rente do cabelo e a lavagem com preparados simples de carácter doméstico (azeite e petróleo em partes iguais; azeite terebentinado, etc.). Já a roupa branca devia ser mudada frequentemente, lavada com água e sabão e passada por ferro bem quente de forma a completar a sua desinfecção. Por fim, o tratamento da roupa do corpo compreendia a sua escovagem, por dentro e por fora, ao ar livre e a sua exposição demorada,²⁹ podendo também recorrer a certos pós «insectífugos». Por fim, impunha-se promover a higiene das casas através da limpeza dos soalhos e dos móveis.³⁰

À circular do bispo do Porto associava-se, como foi referido, um conjunto de instruções específicas quanto ao estado dos templos e suas dependências, de forma a evitar que se tornassem lugar de transmissão da doença. Os pontos principais diziam respeito à prática de um rigoroso asseio e limpeza que implicavam: a lavagem do pavimento com água e sabão; a sua desinfecção diária ou antes de grandes ajuntamentos (com água e cal ou creolina); a aspersão depois dos mesmos ajuntamentos; a limpeza dos concessionários e secagem das pias de água benta até à total extinção da doença. Estes cuidados estendiam-se às restantes dependências das igrejas.³¹

²⁸ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 348.

²⁹ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 13, de 15 de Fevereiro de 1918, 259.

³⁰ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 13, de 15 de Fevereiro de 1918, 260.

³¹ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 13, de 15 de Fevereiro de 1918, 260.

A 8 de Abril do mesmo ano de 1918, aquele bispo enviava uma nova circular aos párocos e capelães das igrejas e capelas da cidade do Porto congratulando-se, antes de mais, com o «cuidado e zelo» com que tinham sido acatadas as suas recomendações, como assim devia acontecer com tudo o que «respeita à saúde e vida de uma cidade tão populosa, como a do Porto». ³² Porém, assinala o facto de algumas igrejas e capelas não se encontrarem em condições, apresentando a carência de meios como um dos principais factores de tal situação, que constituía «um perigo para a saúde publica, um desprimôr para a Religião e um desprezo pela hygiene que sempre deve, com esmero, ser cuidada, mas dum modo especial, em tempo de epidemias como agora». ³³ Para obviar à situação da falta de recursos que levava igrejas e capelas a não seguir as instruções necessárias, sugere que as mesmas recorram ao bispo e à diocese, requisitando os desinfectantes que a «sciencia prescreve e recomenda». ³⁴

Chama também a atenção para o facto de o descuido a este nível estar a dar origem a uma propaganda «que se não é intencional, pelo menos tem essas aparências», para que os fiéis não entrassem nas igrejas, deixando de cumprir os seus deveres religiosos, por medo de contraírem o tifo, «como se os templos, onde deve existir o mais rigoroso asseio, por serem casas destinadas a prestar culto a Deus, fossem logares suspeitos favoráveis à cultura e desenvolvimento de epidemias.» ³⁵ Adverte: «Querem que o perigo esteja todo nos logares onde a Deus vae pedir-se que afaste o flagello, haurir coragem e serenidade para dominar o perigo e cumprir deveres essenciaes á vida christã.» ³⁶

Assim, apela de novo a que todos os que têm responsabilidade pela hygiene dos lugares de culto cumpram as instruções definidas, e se empenhem de forma a demonstrar que em termos de salubridade os templos são menos perigosos que outros lugares de reunião.

É diferente o conteúdo do discurso que aparece no início de Outubro de 1918 na mesma publicação, da responsabilidade do vigário capitular da diocese do Porto, o deão Theophilo Seabra. ³⁷ O inimigo é agora a pneumónica, chamando-se a atenção para a forma intensa como a epidemia se desenvolvera tanto na diocese, como em todo o país e no estrangeiro. Ao contrário da circular do bispo – que se reportava ao tifo,

³² *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 348.

³³ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 348.

³⁴ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 348.

³⁵ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 349.

³⁶ *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, n.º 18, de 1 de Maio de 1918, 348.

³⁷ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 4, de 1 de Outubro de 1918, 70-71.

como assinalámos – que apontava para a junção de esforços entre a Igreja e outras instituições no combate à doença, difundindo os procedimentos sancionados pelas autoridades médicas e sanitárias, o deão aponta para uma divisão de tarefas entre os agentes da ciência e os da instituição eclesíástica: «Que os homens da sciencia a estudem nas suas diferentes phases; que elles procurem prevenil-a ou combatel-a; que o Governo pelas auctoridades sanitárias se empenhe em debelá-la, tudo isso é muito louvável e necessário. Nós, porem, devemos vel-a dum ponto de vista mais elevado e a um outro prisma, e combatel-a d’outro modo.»

O outro «prisma» ou «ponto de vista mais elevado» consiste numa interpretação religiosa da epidemia, em que a divindade é apresentada como onipotente e a doença como fruto das ofensas que lhe são feitas. Interroga-se retoricamente: «E se Deus é o Senhor da vida e da morte, não será a Elle que devemos recorrer em tão afflitiva conjuntura?» Lembra ao bispo «a necessidade de convidar-mos o povo a converter-se seriamente para deus, a lançar-se nos braços de Nosso Senhor Jesus Christo, a recorrer á bemdita Mãe de misericórdia, e, enfim, a desagrar o céu pelos ultrages que de continuo se lhe fazem dando-se a obras de mortificação e de penitência». Conclui: «É esta a therapeutica efficaz a que devemos recorrer.»³⁸

Depois de se exortar o povo à conversão, deve-se convidá-lo à «arma da oração», à penitência e expiação, cujo fervor é responsabilidade de cada um. Assim, apela ao culto colectivo, determinando que em todas as igrejas paroquiais e capelas públicas se realizassem orações públicas e solenes diante do sacrário durante três dias seguidos. Sublinha a necessidade de os párocos e capelães exortarem também o povo a devoções em suas casas. Acrescenta, «... numa palavra, é preciso orar e orar muito».³⁹

Retoma esta perspectiva numa circular com data de 10 de Outubro,⁴⁰ ainda que nesta última fale já na importância de se recomendar aos crentes a prática dos meios higiénicos que a experiência e a ciência aconselham nessas circunstâncias.⁴¹ Assim, dirigindo-se ao clero, e especialmente aos párocos, insta-lhes a que se mantenham no seu «posto de caridade e honra», acudindo com «promptidão, boa vontade e dedicação» a todos os que necessitassem do seu ministério, referindo o escândalo que seria haver deserções num momento como o que se vivia.⁴²

³⁸ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 4, de 1 de Outubro de 1918, 70-71.

³⁹ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 4, de 1 de Outubro de 1918, 71.

⁴⁰ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 6, de 1 de Novembro de 1918, 104.

⁴¹ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 6, de 1 de Novembro de 1918, 106.

⁴² *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 6, de 1 de Novembro de 1918, 104.

Lembra que, como «homens de Deus» «cheios de espírito», cabe ao clero sacrificar-se pelos fiéis para que o povo, no meio de tantas calamidades e sofrimento, pudesse dizer «com consolação e alegria – «tudo nos abandona e tudo se foi, mas ficaram-nos os nossos padres!» Devia fazer-se ver ao povo como a doença, o sofrimento e as tribulações são fruto do pecado, mas também ver nos «desígnios amoráveis do Senhor, meios de salvação e provações da virtude, quando devidamente aproveitados!»⁴³

Afirma que a sociedade moderna se teria afastado de Cristo, e que a adoração da carne nunca antes havia tomado tamanhas proporções, pois «uma vida molle, sensual e pagã é o que vê por toda a parte». Deus não poderia perdoar a quem o afrontava da sua justiça pois não havia menos pecados, uma maior frequência dos templos, maior oração, mortificação e penitência. Refere ainda a falta de fé e bom senso, o desprezo pelas leis da justiça, as blasfémias, as profanações ao matrimónio.⁴⁴

Neste sentido, apela a que o povo se volte para o Senhor se quer receber a sua salvação, pois dada a indiferença religiosa que já começava a ver-se o flagelo era já por si um grande castigo. Retoma as recomendações da anterior circular quanto à necessidade de oração e ordena que a colecta *pro pace* feita na missa passe a ser substituída pela oração *pro vitanda mortalitate* (como o bispo da Guarda em circular com a mesma data).⁴⁵

O vigário-geral da diocese de Leiria afirma, por sua vez, que «[...] o carácter assustador que está tomando por toda a parte a terrível epidemia da gripe pneumónica preocupa as atenções de todos os que se interessam pelo bem da sociedade. Os que, como nós, vêm neste flagelo o castigo de Deus sobre as prevaricações dos homens, reconhecem a imperiosa necessidade de invocar a Sua Misericórdia.»⁴⁶

Como acabamos de ver, os tipos de explicação propostos pela Igreja conjugam explicações naturais e sobrenaturais.⁴⁷ As primeiras assentam no saber médico e higienista, que se procura fazer chegar às populações, assumindo a Igreja um papel de intermediário, o que demonstrava, aliás, que continuava a ser uma instituição social relevante. Mas era um papel

⁴³ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 6, de 1 de Novembro de 1918, 105.

⁴⁴ *Boletim da Diocese do Porto*, ano V, n.º 6, de 1 de Novembro de 1918, 105-106.

⁴⁵ *Boletim da Diocese da Guarda*, ano V, n.º 6, de Novembro de 1918. A colecta era a favor da paz e a oração era especificamente dedicada às epidemias.

⁴⁶ Vigário-geral da diocese de Leiria, in *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 25 de Outubro de 1918.

⁴⁷ A divisão das causas em «naturais» e «sobrenaturais» encontra-se em Paul Slack (2005 [1985], 22-36).

em que a instituição eclesiástica surgia como uma colaboradora dos agentes políticos e sanitários e divulgava procedimentos que não eram do seu foro, reconhecendo a importância do saber científico da biomedicina. A interpretação sobrenatural conferia à Igreja a primazia, enquanto representante da divindade no mundo, apta a interpretar a sua vontade e a única com capacidade e legitimidade para aplacar a sua ira através de práticas rituais apropriadas.

As alusões ao mal como «castigo de Deus» foram, por certo, actualizadas para o contexto histórico português, sem qualquer dissimulação. Como se escreveu com explícitas referências a figuras simbólicas do *Apocalipse de S. João* – o que é bem elucidativo da imagem que se queria transmitir do regime republicano e das consequências das suas acções – na importante publicação *Vida Católica*: «o sangue que as revoluções e os atentados têm feito correr no nosso País, os crimes contra a religião e os seus ministros [...] pelos quais nós temos merecido o grande castigo da peste, da fome e da guerra». ⁴⁸

Como lembra o historiador da medicina Charles Rosenberg, «aceitar a existência de uma epidemia implica – e em certo sentido exige – a criação de um esquema explicativo que permita lidar com a sua arbitrariedade chocante» (Rosenberg 1992a, 282). A Igreja católica em Portugal fez isso, sem ter criado nada de novo. As explicações que produziu sobre a pandemia que acabámos de referir possuem uma genealogia. Dado a explicação sobrenatural ser um exclusivo seu, iremos debruçar-nos seguidamente sobre ela.

Antiguidade e ubiquidade da representação da doença como punição divina

A explicação da doença como punição divina é antiga. De acordo com Susan Sontag, «a ideia de doença como castigo é a mais antiga de todas

⁴⁸ *Vida Católica*, ano IV, n.º 77, 5 de Novembro de 1918. «Que Deus nos acuda e nos faça abrir os olhos à sua divina Lei que por ser tão desprezada tantos castigos estamos recebendo como a fome, a guerra e peste», reitera-se poucos dias depois em *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 11 de Novembro de 1918. A fome, a peste e a guerra costumam estar associadas simbolicamente aos cavaleiros do Apocalipse, texto sagrado em que se anuncia o Juízo Final. Cf. *Apocalipse de S. João*, in *Bíblia Sagrada*, 1959, 1479-1498. A fome, a peste e a guerra são invocadas recorrentemente como castigo de Deus, como se vê pelas palavras proferidas por um arcebispo de Évora em finais do século XVI a propósito da peste que então afligiu a cidade (Abreu 2009).

as explicações de doenças» (Sontag 2007 [1977], 112-113). Para Roy Porter ela encontra-se no mito grego de Pandora, que pôs fim à Idade do Ouro da humanidade, quando esta vivia liberta da necessidade do trabalho, da doença e de outros males. Desobedecendo aos deuses, Pandora, a primeira mulher, abriu a caixa que trouxera consigo quando casou com Epimeteu, e ao abri-la libertou diversos males, como a necessidade de trabalhar, a velhice e a doença. Este tipo de explicação encontra-se também na matriz da cultura judaico-cristã, pois logo no *Génese* explica-se a origem do sofrimento, da doença e da morte como punição pelo pecado original da desobediência de Adão e Eva (*Génese*, 1959, 21-22). Outros textos do Antigo Testamento apresentam as calamidades como produto da ira de um deus agastado (Delumeau 1978, 136; Werner, Werner e Goetschel, 1999, 109). A ligação entre pecado e a sua punição pela doença encontra-se enunciada ainda em outros textos sagrados (Porter 1999, 14; LaCocque 2005 [1987]).

Embora as explicações naturais da doença sejam também elas antigas e tenham acompanhado as de teor sobrenatural (Sontag 2007 [1977], 39 e 42), para o historiador Charles Rosenberg durante a maior parte dos séculos passados os esquemas interpretativos das **epidemias** (a ênfase é da nossa responsabilidade) tiveram um carácter moral, sendo estas interpretadas no contexto das relações entre Deus e o homem. Só posteriormente se adoptaram outras explicações: «as irrupções súbitas de doenças mortíferas eram epifenómenos, lembretes violentos de realidades mais fundamentais. Todavia, pelo menos desde o século XVI, tais pressupostos espirituais têm sempre coexistido com modos mais seculares e mecanicistas de explicação que têm vindo a adquirir uma força crescente» (Rosenberg 1992b, 283).

A Igreja cristã iria retomar a explicação sobrenatural cujos fundamentos se encontram, por um lado, na ideia de onipotência divina e, por outro, na de uma justa retribuição devida ao pecado cometido contra a divindade. Ela surge de modo recorrente como explicação para episódios de peste ou de cólera no Ocidente entre os séculos XIV e XIX, sendo comum a católicos e a protestantes (Delumeau 1978, 129-137), para a peste na Inglaterra dos Tudor e dos Stuart (Slack 2005 [1985]), e para múltiplas doenças – peste, varíola, cólera, sífilis, gripe, sida – em distintos contextos históricos (Ujvari 2003; Werner, Werner e Goetschel, 1999, 112-113 e 126-127). E tal explicação não se reportava apenas à doença, mas mais especificamente às epidemias, onde aparece de modo constante. A acção de uma divindade que, como o mostra em múltiplas partes a Bíblia, pune os pecados cometidos contra os preceitos que havia insti-

tuído, é invocada para explicar catástrofes como a fome, a penúria, inundações ou terremotos.⁴⁹

Não se pense que esse tipo de explicações se restringe ao mundo cristão, pois estas seriam semelhantes no mundo muçulmano, com algumas diferenças (Delumeau 1978, 137; Werner, Werner e Goetschel 1999, 125-126). A relação entre a doença e o mal, aliás, é mais ampla do que esta referência específica à doença como castigo da divindade (Werner, Werner e Goetschel 1999, 106-108). Em África houve respostas específicas a doenças – entre as quais a gripe – determinadas pela religiosidade (africana, islâmica e a cristã, esta dividida por várias denominações religiosas). A influenza, especificamente, terá vindo pôr em causa o poder da medicina colonial e revelou percepções da doença antagónicas entre confissões cristãs em concorrência. No Sul da África, enquanto a Igreja anglicana defendia que esta era uma calamidade inteiramente natural, as Igrejas afrikaans (bóeres) interpretavam a epidemia como um castigo divino contra o capitalismo colonial britânico – que derrotara os bóeres em princípios do século – por causa do seu materialismo e do seu culto da ciência. Entre os africanos esteve ligada a movimentos proféticos, hostis à biomedicina, e que propunham a purificação das suas sociedades entre expectativas milenaristas colocadas na vinda do Espírito Santo (Ranger 1992).

O recurso à explicação como «castigo de Deus» em Portugal ecoa posturas idênticas da Igreja católica em outros países afectados pela epidemia onde ela era a principal confissão religiosa, como em Espanha (Echeverri Dávila 1993, 11-12 e 146). No Brasil também essa explicação foi invocada (Silveira 2007, 57-59), aliás tanto por católicos como por protestantes (Bertucci 2004, 243-244). Por isso, sem menosprezar o peso específico da conjuntura, que permite à Igreja em Portugal encontrar responsáveis pelo desencadear da ira divina no contexto português, deve entender-se que esta explicação transcende as circunstâncias nacionais, inscrevendo-se numa

⁴⁹ V. a este respeito Thomas (1983 [1971], 96-103). Ver, sobre as explicações do terremoto de Lisboa como «castigo de Deus», Lima (2008). Em 2006, o pregador evangélico Pat Robertson atribuiu o ataque cardíaco que atingiu o então primeiro-ministro israelita a um castigo de Deus, por ter retirado da faixa de Gaza, o que seria contrário aos preceitos divinos revelados na Bíblia; fonte: <http://www.cbsnews.com/stories/2006/01/05/ap/national/mainD8EUP88GB.shtml>, acedido a 12-6-2009. O padre Gerhard Marie Wagner teve de renunciar à nomeação como bispo pelo papa Bento XVI, devido às suas declarações controversas, como a de que o furacão Kathrina que se abateu sobre Nova Orleães era um «castigo de Deus» que assim punia os pecados da cidade; fonte: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7892198.stm>, acedido a 12-6-2009.

denúncia mais ampla da «falta da religião» e do «materialismo» (Silveira 2007, 201).⁵⁰ Gente situada no que hoje se chamaria a direita religiosa acreditava que a pandemia era uma praga bíblica enviada por Deus para aniquilar a humanidade antes da sua segunda vinda à terra e do Juízo Final (e do estabelecimento do Reino de Deus na Terra). Nos Estados Unidos da América, na região chamada da «cintura bíblica» (*bible belt*), no Sul-Sudeste, a pandemia foi tida por protestantes evangélicos socialmente conservadores como uma punição pela imoralidade dos homens (Quinn 2008, 142-143).

Deve, no entanto, assinalar-se que, embora se insista sistematicamente em apontar o castigo de Deus como detonador das epidemias, ou o pecado como causa da doença, na Igreja cristã, melhor nas Igrejas cristãs – na sequência própria da tradição judaica – nunca se pôs de lado a existência de outras causas, mesmo que à vontade divina tudo estivesse submetido, pois ela era a causa última. De facto, na sua trajetória histórica, no seio da mesma instituição religiosa, que insistia no castigo, mencionava-se serem a medicina e os médicos uma bênção de Deus, origem de toda a sabedoria, incluindo o saber médico. Fora a Igreja que preservara o saber médico greco-romano na Alta Idade Média, estivera envolvida na criação de hospícios, mais tarde hospitais, para pobres e doentes, chegando a medicina a ser praticada por clérigos (Amundsen 1996, 127-221). Como se asseverou para começos da época moderna na Europa e num país protestante (século XVI), acreditava-se numa multiplicidade e pluralidade de explicações para a doença, desde o castigo de Deus pelo pecado às causalidades atribuídas pela medicina galénica (Thomas 1997, 17-18) ou, como se asseverou para os Estados Unidos do século XIX – a propósito da cólera –, a maioria dos pensadores religiosos combinava a explicação pelo castigo de Deus com a agência de causas naturais (Rosenberg 1987 [1962], 45 e 129-130).⁵¹ Pelos extractos do seu discurso que antes transcrevemos, vemos como a Igreja portuguesa combinou, por altura

⁵⁰ No seu carácter lato, estas denúncias do *materialismo* devem entender-se como cobrindo domínios que vão desde a exaltação de bens materiais e da riqueza em termos económicos e como valores que norteiam a existência humana, até explicações científicas da vida natural e social que tão importantes se haviam tornado nas décadas que precedem a epidemia, aparecendo como alternativas à moral cristã e às explicações providencialistas. V. a este respeito Hayes (1963 [1941]), em particular os capítulos III e IV.

⁵¹ A multiplicação e associação da causalidade das doenças – de ordem transcendente, socioeconómica, de matriz relacional... – encontra-se em muitos outros sujeitos sociais, combinando dados de matriz distinta, como a tradição cultural, a crença religiosa ou a ciência médica. V., como exemplo, uma análise de concepções populares em Minayo (1988).

da gripe, a aceitação dos diagnósticos da ciência médica e as prescrições sanitárias com a explicação sobrenatural e, embora não tenhamos analisado a relação entre a mesma e o ensino científico na época, sabe-se que, por exemplo, a Igreja católica – a mesma Igreja que rejeitara o liberalismo, o naturalismo, etc. – aceitara a «revolução pasteuriana», «que identificara o ‘germe específico’ das doenças epidémicas». Do mesmo modo, a Igreja assume, através das ordens religiosas voltadas para a enfermagem, um importante – e polémico – papel sanitário, a partir da segunda metade do século XIX, inclusivamente em Portugal.⁵²

Se, como mostrámos, o recurso à explicação pela punição divina nada tinha de novo, antes pelo contrário, o reportório para lidar com o flagelo era igualmente o tradicional. Se a doença é um castigo, e também uma provação, que põe à prova a submissão dos doentes à vontade divina, ela é redimível pela expiação e pela reparação das ofensas, da parte dos pecadores (Bertucci 2004, 243; Silveira 2007, 197). Trata-se de dar mostras de arrependimento, procurando assim aplacar a ira da divindade que se manifestou através da epidemia e restaurar as boas relações com o sobrenatural, interrompidas pelos males enunciados. Por isso, multiplicam-se os rituais de penitência, nomeadamente as procissões públicas.⁵³ Assim se explica a determinação pelo patriarca da realização de preces por três dias – a 17, 18 e 19 de Novembro – na catedral da cidade de Lisboa, com exposição do Santíssimo Sacramento e a decisão de se proceder a procissões de penitência.⁵⁴ Em Lisboa, *O Século* noticia a procissão do Senhor dos Passos da Graça. Porventura por se tratar de uma cidade onde a influência republicana e anticlerical é forte, a procissão é curta. Limita-se na prática a sair e dar uma volta à igreja, voltando a entrar. Mas entre os participantes é notória a presença de membros dos grupos mais afectos à Igreja e ao sidonismo. Há dois titulares (um visconde e um conde) e vários outros aristocratas: o provedor da Irmandade era o marquês de Borba.⁵⁵

⁵² Aceitara por razões que não cabe aqui aprofundar (Werner, Werner e Goetschel 1999, 128-129), como também não há aqui espaço para lidar com a problemática mais ampla das relações entre o catolicismo e a ciência.

⁵³ Aliás, arrependimento e penitência estão ligados na matriz. Diga-se de passagem que, embora enraizadas na tradição judaico-cristã que enforma a cultura ocidental, atitudes deste teor não são um traço específico desta, encontrando-se em sociedades não cristãs da África e da América (Aune 2005 [1987], 7755-7760). O arrependimento faz parte do que este mesmo autor designa como «técnicas religiosas de restauro», como a confissão ou o sacrifício, «cuja função é objectivar e rectificar a causa da relação quebrada», no discurso da Igreja da época os atentados feitos contra a religião, o materialismo reinante, etc.

⁵⁴ *O Século*, 16 de Outubro de 1918.

⁵⁵ *O Século*, 28 de Outubro de 1918.

Posteriormente aparecerá a notícia da celebração em Lisboa de uma «festa» em honra de S. Sebastião, mas esta é realizada na capela de um particular, com missa cantada, a grande instrumental, sermão e procissão.⁵⁶ Parece haver uma restrição visível quanto a exposições públicas religiosas na capital.

As manifestações de penitência multiplicam-se pelo país, a aceitar o testemunho da imprensa católica. Em Leiria, o semanário católico local proporciona-nos uma ampla visão, autocongratatória, das cerimónias religiosas. São mencionadas orações e missas específicas – como a *pro tempore pestilentiae* – e múltiplas procissões de penitência, por toda a área do distrito. Em Porto de Mós sai uma procissão de penitência a 28 de Outubro, com as imagens de Nossa Senhora, S. Sebastião, da Virgem da Piedade e do Coração de Jesus, em que se retomam preces já vindas do tempo das epidemias de cólera – que grassaram por diversas vezes em Portugal no século XIX – como a seguinte, entoada pela assistência: «Pelas vossas chagas/Pela vossa cruz/Livrae-nos da Peste/Oh Divino Jesus».⁵⁷

A mesma fonte revela existir em Portugal, à semelhança do sucedido no Brasil, o recurso a um amplo número de intercessores com o divino – os santos, Maria – para auxiliar os humanos a reconciliar-se com a divindade.⁵⁸ São invocados os santos especialistas antipestilenciais, como S. Sebastião, em Porto de Mós, «para implorar da Misericórdia Divina a cessação do terrível flagelo que assola o país e já invadiu este concelho».⁵⁹ E um grande número deles, quer os padroeiros locais, quer Cristo, quer a Virgem, essa «generalista», invocável para todo e qualquer mal (Lebrun citado por Silveira 2007, 197). Aos atrás nomeados podem juntar-se a Senhora da Encarnação, a Rainha Santa (Isabel), padroeira de uma deter-

⁵⁶ *O Século*, 13 de Novembro de 1918. S. Sebastião, cujo culto se devia ao facto de se lhe atribuir a sobrevivência a um primeiro martírio, terá sido evocado pela primeira vez a propósito da peste no século VI. O seu culto desenvolveu-se a partir da Peste Negra (Werner, Werner e Goetschel 1999, 119).

⁵⁷ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 1 de Novembro de 1918.

⁵⁸ O culto dos santos – e das relíquias – emerge na Alta Idade Média, como algo mais próximo dos crentes, cujos lugares de culto eram fonte de esperança e teriam substituído antigas práticas pagãs na busca de uma cura milagrosa (Asmundsen 1996, 191). A Virgem teria sido a primeira a ser invocada a propósito de uma epidemia de peste no século VI (Werner, Werner e Goetschel 1999, 118).

⁵⁹ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 25 de Outubro de 1918. Mas não um santo antipestilencial como S. Roque, como no Brasil (Silveira 2007, 197), porventura por o seu culto estar associado aos Jesuítas, que haviam sido de novo expulsos com a República e cujo templo absorvera a ermida que lhe era dedicada em Lisboa, e que permaneceu sob a sua invocação.

minada localidade, o Senhor Morto, Santo António, a Senhora da Soledade, Nossa Senhora da Saúde.⁶⁰

Este contexto generalizado de aflição dos devotos católicos deve ser tido em conta para explicar o sucesso inicial das aparições marianas de Fátima, que têm lugar em 1917. Embora anteriores à pneumónica, contêm abundantes referências à cura de doenças, aliás algo tão comum no Portugal da época, afligido da tuberculose, da varíola, do tifo exantemático e de muitas outras, que só passaram a segundo plano durante os momentos mais fortes do surto de gripe.⁶¹ E a Virgem de Fátima é explicitamente nomeada como agente da cura de quem se pensava já estar atingido irremediavelmente pela pandemia. Como se relembra numa notícia proveniente da Benedita, a propósito de um padre que para aí fora para assistir aos últimos momentos de um irmão e da cunhada «que graças à Senhora da Fátima a quem promessas foram feitas com fervor, vão em vias de restabelecimento...»⁶² Era o começo de um enorme sucesso, que viria colocar num plano secundário as outras invocações marianas e o culto dos santos em geral em Portugal.

Fontes

Vida Católica.

O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria.

Boletim da Diocese do Porto.

Genesis. 1959. In *Bíblia Sagrada.* S. Paulo: Edições Paulinas.

Apocalipse de S. João. 1959. In *Bíblia Sagrada.* S. Paulo: Edições Paulinas.

<http://www.cbsnews.com/stories/2006/01/05/ap/national/mainD8EUP88GB.shtml>, acessido a 12-6-2009.

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7892198.stm>.

⁶⁰ *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 6 de Novembro de 1918, 8 de Novembro de 1918 e 6 de Dezembro de 1918.

⁶¹ Como se sabe, duas das três crianças morreram pouco depois da revelação das aparições, Francisco a 4 de Abril de 1919, Jacinta a 20 de Fevereiro de 1919. O diagnóstico é a «pneumónica». V. Freire (1992 e 1999). Agradecem-se as informações a Pedro Pereira.

⁶² *O Mensageiro: Órgão dos Católicos do Distrito de Leiria*, 16 de Novembro de 1918.

Bibliografia

- AAVV. 1918. «Opini3n de los cl3nicos». *Espana M3dica*, 280: 8-11.
- Abr3o, J. S. 1998. *Banaliza3o da Morte na Cidade Calada: a Hespanhola em Porto Alegre, 1918*. Porto Alegre: Ed. PUCRS.
- Abreu, Laurinda. 2009. *A Cidade em Tempos de Peste: Medidas de Protec3o e Combate às Epidemias em 3vora, entre 1579 e 1637*. In http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Abreu_L.pdf, acesso em 7-7-2009.
- Afkhami, Amir. 2003. «Compromised constitutions: the Iranian experience with the 1918 influenza pandemic». *Bulletin of History of Medicine*, 77: 367-392.
- Almeida, A. de. 1992 [13/X/1917]. «Como o sol bailou ao meio-dia em F3tima». In *Reporteres e Reportagens de Primeira P3gina*, org. J. Baptista e A. Valdemar. Lisboa: Assembleia da Rep3blica, vol. II, 126-131.
- Almeida, E. de. 1920. «O tabardilho em Braga». Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Lisboa: Tip. Belenense.
- Alves, Augusto Lobo. 1919. «O ensino de enfermagem nos hospitais de Lisboa». Discurso proferido na abertura da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais C3vils de Lisboa a 5 de Fevereiro de 1919, separata de *A Medicina Contempor3nea*, Lisboa: Tip. Adolfo de Mendonça.
- Alves, Augusto Lobo. 1920. «Relat3rio do Director Geral dos Hospitais C3vils, A. Lobo Alves». In *Relat3rios e Not3cias sobre a Epidemia de Gripe Pneum3nica*, org. Hospitais C3vils de Lisboa, Repart3o do Boletim e Serviç3s de Estatística Cl3nica. Lisboa: Imprensa Nacional, 3-22.
- Alves, J. F. 2008. «Ricardo Jorge e a sa3de p3blica em Portugal: um ‘apostolado sanit3rio’». *Arquivos de Medicina*, 22 (2-3): 85-90.
- Alves, O. R. 1919. *Relat3rio apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes presidente do Estado pelo Secret3rio do Interior: Anno 1918*. S3o Paulo: s. ed., 149
- Amado, A. 1918. «Algumas notas sobre a epidemia gripal». *A Medicina Contempor3nea*, 48.
- Amaral, F. Keil do. 1970. *Hist3rias à Margem de Um S3culo de Hist3ria*. Lisboa: Seara Nova.
- Amundsen, Darrel W. 1996. *Medicine, Society and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- An3nimo. 1918. «A epidemia de Hespanha». *Medicina Contempor3nea*, 22: 176.
- ANT [Assist3ncia Nacional aos Tuberculosos]. 1928. *A Luta Contra a Tuberculose e a Obra da Assist3ncia Nacional aos Tuberculosos, 1899-1928*. Lisboa: Tip. Adolfo de Mendonça.

A Pandemia Esquecida

- Antunes, A. Lobo. 1920. «Relatório do Director Geral dos Hospitais Civis». In *Relatório e Notícias sobre a Epidemia de Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Civis de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Aragão, H. B. de. 1918. «A propósito da gripe». *Brasil-Médico*, 45: 346-354.
- Aune, David E. 2005 [1987]. «Repentance». In *Encyclopedia of Religion*, org. Lindsay Jones. Detroit: Thomson Gale, vol. 11, 2.^a ed., 7755-7760.
- Ayres, L. 1969. «Gripe». In *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa: Verbo, vol. 9, col. 1089-1090.
- Azevedo, António de. 1919. «Actualidades: Assistência em Portugal». *Medicina Contemporânea*, 4: 31-32.
- Bakir, V. 2005. «Greenpeace vs. Shell: Media exploitation and the social amplification of risk framework (SARF)». *Journal of Risk Research*, 8: 679-691.
- Bandeira, Mário Leston. 1996. *Demografia e Modernidade: Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Bandeira, Mário Leston. 2004. *Demografia: Objecto, Teorias e Métodos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Bardet, J.-P., P. Bourdelais, P. Guillaume, F. Lebrun, e C. Quézel (org.). 1988. *Peurs et terreur face à la contagion – choléra, tuberculose et syphilis: XIX^e et XX^e siècles*. Paris: Fayard.
- Barnett, J., e G. M. Breakwell. 2003. «The social amplification of risk and the hazard sequence: the October 1995 oral contraceptive pill scare». *Health, Risk & Society*, 5, 301-313.
- Barona Vilar, Carmen. 2006. *Las Políticas de la Salud: La Sanidad Valenciana entre 1855 y 1936*. Valência: Universidad de Valencia.
- Barreto, Garcia. 1994. *A Cidade dos Lacraus*. Lisboa: Editorial Escritor.
- Barry, John M. 2004. *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. Nova Iorque: Penguin Books.
- Beck, U. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Londres: Sage Publications.
- Beck-Gernsheim, E. 2000. «Health and responsibility: from social change to technological change and vice versa». In *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*, org. B. Adam, U. Beck e J. Van Loon. Londres: Sage Publications, 123-135.
- Benchimol, J. L., R. Martins, e R. C. Cerqueira. 2005. «Entrevista com a virologista Marilda Mendonça Siqueira. O perigo está no ar: será que a ‘espanhola’ volta?». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12 (1): 159-168.
- Benoit, P. 1952. *Le prêtre Jean*. Paris: Albin Michel.
- Bertolli Filho, C. 2003. *A Gripe Espanhola em São Paulo: Epidemia e Sociedade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Bertucci, Liane Maria. 2004. *Influenza, a Medicina Enferma*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Bertucci-Martins, L. M. 2004. «Gripe espanhola, da casa ao hospital». In *Uma História Brasileira das Doenças*, org. D. R. Nascimento e D. M. de Carvalho. Brasília: Paralelo 15, 165-181.
- Bertucci-Martins, L. M. 2005. «Entre doutores e para os leigos: fragmentos do discurso médico na influenza de 1918». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, XII, 1: 143-157.
- Beveridge, W. I. B. 1977. *Influenza: the Last Great Plague*. Londres: Heinemann.
- Bezaçon, F., e S. de Jong. 1912. «Grippe». In *Traité d'hygiène*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils: XVIII, 360-361.
- Bonhorst, H. 1920. «Relatório do Dr. Henrique Bonhorst». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia da Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Civis de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.

- Bourdelaís, P., e J.-Y. Raulot. 1987. *Une peur bleue: histoire du choléra en France – 1832-1854*. Paris: Payot.
- Brainerd, E., e M. Siegler. 2003. «The economic effects of the 1918 influenza epidemic». *Discussion paper* n.º 3791, Fevereiro. EUA: Centre for Economic Policy Research.
- Brandão, R. 2000 [1933]. *Memórias*. Lisboa: Relógio D'Água, vol. I, tomo III.
- Breakwell, G. M., e J. Barnett. 2003. «Social amplification of risk and the layering method». In *The Social Amplification of Risk*, org. N. Pidgeon, R. E. Kasperson e P. Slovic. Cambridge: Cambridge University Press, 80-101
- Briggs, A. 1961. «Cholera and society in 19th century». *Past and Present*, 19: 76-96.
- Bristow, Nancy. 2003. «'You can't do anything for influenza': Doctors, nurses and the power of gender in the influenza pandemic in the United States». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 58-70.
- Brito, N. A. 1997. «La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV (1): 11-30.
- Brown, Colin. 1987. «The influenza pandemic of 1918 in Indonesia». In *Death and Disease in Southeast Asia: Explorations in Social, Medical and Demographic History*, org. Norman G. Owen. Singapura: Singapore University Press, 235-256.
- Brown, Robert. 2003. «The Great War and the great flu epidemic of 1918». *Wellcome History*, 24: 5-7.
- Cabral, A. 1932. *As Minhas Memórias Políticas*. Lisboa: s. ed.
- Cabral, F. 1920. «Relatório do Dr. Fernando Cabral». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia da Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Cívicos de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Cabreira, Thomaz. 1918. *O Algarve Económico*. Lisboa: Imprensa Libânio da Silva.
- Camilo, C., e M. L. Lima. 2008. «Percepção de riscos de saúde». Manuscrito não publicado. Lisboa: ISCTE.
- Campos, A. 1919. *Breves Considerações sobre a Grande Epidemia de 1918*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra: Imprensa Libânio da Silva.
- Campos, António Correia de. 1983. *Saúde, o Custo de Um Valor sem Preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, António Correia de. 2000. «Saúde pública». In *Dicionário de História de Portugal*, org. António Barreto e Maria Filomena Mónica. Porto: Livraria Figueirinhas, vol. IX, 405-406.
- Camus, A. 1996. *La Peste*. In *Obras 2*. Madrid: Alianza Tres.
- Cardeal Patriarca, António. 1918. «Provisão». *Vida Católica*, ano IV, n.º 77: 129-133.
- Cartwright, F., e M. Bidiss. 2003 [1972]. *As Doenças e a História*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Carvalho, Augusto da Silva. 1905. «Acção do saneamento geral sobre a tuberculose». Relatório apresentado ao 2.º Colóquio da Liga Nacional contra a Tuberculose. Coimbra: Imprensa da Universidade, 24-26.
- Carvalho, Augusto da Silva. 1932. «O jornalismo médico português e a medicina contemporânea». Separata de *A Medicina Contemporânea*, 1
- Castelo, C. 2003. *Colecção Ferreira da Cunha*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa e Edições Asa.

A Pandemia Esquecida

- Castro, Paula, e Isabel Gomes. 2005. «Genetically modified organisms in the Portuguese press: thematization and anchoring». *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 35 (1): 1-18.
- Castro, Paula, e Sisana Batel. 2008. «Social representation, change and resistance: on the difficulties of generalizing new norms». *Culture & Psychology*, 14: 477-499.
- Castro, Paula, Rita Correia, e Maria Luísa Lima. 2006. «A double pattern of representation: work accidents in the Portuguese press». In *Safety and Reliability for Managing Risk*, org. C. Guedes Soares e E. Zio. Londres: Taylor & Francis, vol. 1, 277-283.
- Catroga, Fernando. 1988. «O laicismo e a questão religiosa em Portugal». *Análise Social*, vol. XXIV, n.º 100: 211-273.
- Catroga, Fernando. 1996. «Ritualizações da História». In *História da História em Portugal: Sécs. XIX-XX*. Lisboa: Círculo de Leitores, 547-671.
- Catroga, Fernando. 1999. *O Céu da Memória: Cemitério Romântico e Culto Cívico dos Mortos. 1756-1911*. Coimbra: Minerva.
- Catroga, Fernando. 2001. *Memória, História e Historiografia*. Coimbra: Quarteto.
- Chabás, José. 1918. «Más de la epidemia reinante». *Revista de Higiene y Tuberculosis*, 11 (127): 265-274.
- Chabás, José. 1928. *La Gripe*. Madrid: Javier Morata.
- Chadwick, Owen. 1993 [1975]. *The Secularization of the European Mind in the 19th Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chagas, J. 1958. *Correspondência Literária e Política*. vol. III. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade.
- Chevalier, L. 1958. *Le choléra: La première épidémie du XIXe siècle*. Le Roche-sur-Yon: Impr. Centrale de l'Ouest.
- Cláudio, Mário. 1984. *Amadeo*. Lisboa: Imprensa Nacional
- Collier, Richard. 1974. *The Plague of the Spanish Lady: The Influenza Pandemic of 1918-19*. Londres: Macmillan.
- Connerton, Paul. 1989. *How Societies Remember*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Correia, Fernando da Silva. 1932. «A centralização dos serviços de higiene». Separata da *Medicina Contemporânea*, 3.
- Correia, Fernando da Silva. 1934a. «Comunicação ao Congresso Nacional de Medicina de Lisboa». In *Problemas de Higiene e Puericultura*, org. Fernando da Silva Correia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 219-274
- Correia, Fernando da Silva. org. 1934b. *Problemas de Higiene e Puericultura*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Correia, Fernando da Silva. 1937. *Portugal Sanitário: Subsídios para o Seu Estudo*. Lisboa: Ministério do Interior, Direção-Geral da Saúde Pública.
- Correia, Fernando da Silva. 1938. *Portugal Sanitário (Subsídios para o Seu Estudo)*. Lisboa: Ministério do Interior e da Saúde Pública.
- Correia, Fernando da Silva. 1957. «O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge». Separata do *Boletim de Assistência Social*, 15: 53-76.
- Costa, Maria Velho da. 1989. *Missa in Albis*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Covello, V. T., P. M. Sandman, e P. Slovic. 1988. *Risk Communication, Risk Statistics, and Risk Comparisons: A Manual for Plant Managers*. Washington, DC: Chemical Manufacturers Association.
- Crespo, J. 1990. *A História do Corpo*, Lisboa: Difel.
- Crosby, Alfred W. 1976. *Epidemic and Peace, 1918*. Westport, CT: Greenwood Press.

- Crosby, Alfred W. 1993. «Influenza». In *The Cambridge World History of Human Disease*, org. K. F. Kipple. Cambridge: Cambridge University Press, 807-811.
- Crosby, Alfred W. 2003 [1989]. *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cunha, A. M. da, O. de Magalhães, e O. da Fonseca. 1918. «Estudos experimentais sobre a influenza pandêmica». In *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Mangueiras, t. X, f. II, 174-191
- d'Alcochete, Nuno Daupias. 1990. «Registo paroquial». In *Dicionário de História de Portugal*, org. Joel Serrão. Porto: Livraria Figueirinhas, vol. 5, 258-260.
- Davies, Pete. 1999. *Catching Cold: 1918's Forgotten Tragedy and the Scientific Hunt for the Virus that Caused It*. Londres: Michael Joseph.
- Davis, Mike. 2001. *Late Victorian Holocausts: El Niño Famines and the Making of the Third World*. Londres: Verso Books.
- Delumeau, Jean. 1978. *La peur en Occident (XIV-XVIII siècles)*. Paris: Librairie Arthème Fayard.
- Diamond, J. 1998. *Guns, Germs and Steel*. Londres: Vintage.
- Dopico, F., e D. S. Reher. 1998. *El Declive de la Mortalidad en España, 1860-1930*. Madrid: ADEH, Monografía 1.
- Echenberg, Myron. 2003. «'The Dog that Did Not Bark': Memory and the 1918 influenza epidemic in Senegal». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 230-238.
- Echeverri Dávila, Beatriz. 1993. *La Gripe Española: La Pandemia de 1918-19*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI.
- Echeverri Dávila, Beatriz. 2003. «Spanish influenza seen from Spain». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 173-190.
- Eggerly, E., F. Manson, e J. Carr. 1919. «The influenza-pneumonia epidemic at Camp Dodge, Iowa, 1918». *The American Journal of the Medical Sciences*, XLVIII: 212-216.
- Ellison, James G. 2003. «'A fierce hunger'. Tracing impacts of the 1918-19 influenza epidemic in southwest Tanzania». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 221-229.
- Encyclopaedia Britannica*. 1910-1911. 11.ª edição. Nova Iorque. Vol. XIV: 552-556
- Enes, Guilherme José. 1901. *Processos e Progressos da Desinfecção Pública em Lisboa*. Lisboa: Liv. de José António Rodrigues.
- Evans, R. J. 1987. *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*. Londres: Penguin Books.
- Eyler, John M. 2006. «De Kruij's Boast: Vaccine trials and the construction of a virus». *Bulletin of History of Medicine*, 80: 409-438.
- Fahmi, Magda. 2004. «Elles sont partout...»: les femmes et la ville en temps d'épidémie. Montréal, 1918-1920». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 58 (1): 67-85.
- Faria, J. A. 1919. «A luta contra o tifo exantemático. Relatório entregue ao director-geral dos serviços de saúde». Separata de *Medicina Contemporânea*, vol. 1918. Lisboa: Tip. Adolfo Mendonça
- Faria, J. A. 1920. «Relatório do Dr. José Alberto Faria». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia da Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Cívicos de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Ferguson, N. 2006. «Poverty, death, and a future influenza pandemic». *The Lancet*, 368: 2187-2188.

A Pandemia Esquecida

- Fernandes, Henrique João Barahona. 1959. «Ricardo Jorge». Separata do *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 123.
- Ferrán, Jaime, Adolfo Rincón, Pablo Colvée, e Juan Peset. 1918. «Estudios experimentales sobre la gripe actual, practicadas en el Instituto Provincial de Higiene de Valencia (La epidemia reinante)». *Revista de Higiene y Tuberculosis*, 11 (126): 256-260.
- Ferraz, A. R. 2008. «Ricardo de Almeida Jorge: médico e humanista português, higienista intemporal». *Arquivos de Medicina*, 22 (2-3): 91-100.
- Ferreira Gonçalves, F. A. 1990. *História da Saúde e dos Serviços Públicos em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, David. 1990a. «Sidónio Pais». In *Dicionário de História de Portugal*, org. Joel Serrão. Porto: Livraria Figueirinhas, vol. 4, 517-524.
- Ferreira, David. 1990b. «Separação do Estado das Igrejas». In *Dicionário de História de Portugal*, org. Joel Serrão. Porto: Livraria Figueirinhas, vol. 5, 532-536.
- Ferreira, R. B. 2001. *Epidemia e Drama: Rio Grande e a Gripe Espanhola*. Florianópolis: UFSC.
- Figueiredo, C. T. de. 1972. «O Doutor Sousa Júnior, médico ilustre, bacteriologista e epidemiologista notável e professor eminente da Faculdade de Medicina do Porto: Contribuição para a comemoração do 1.º centenário do seu nascimento (1871-1971)». Separata de *O Médico*, LXIII, 1083: 703-713
- Figueiredo, F. A. de. 1994. «A morte na região de Lisboa de 1900 a 1918». Dissertação de mestrado policopiada, Lisboa, FCSH-UNL.
- Fischhoff, B. 1995. «Risk perception and communication unplugged: twenty years of process». *Journal of Risk Analysis*, 15: 137-145.
- Flynn, J., E. Peters, C. K. Mertz, e P. Slovic. 1998. «Risk media and stigma at Rocky Flats». *Risk Analysis*, 18: 715-727.
- Fonseca Filho, O. da. 1973. «A pandemia de gripe de 1918 e as primeiras demonstrações da filtrabilidade do respectivo vírus». *Brasiliensia Documenta*, vol. VI, t. II: 37-39.
- Foucault, M. 1982. «The subject and power». In *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, org. H. Dreyfus e P. Rabinow. Brighton: Harvester, 208-226.
- Fox, Daniel M. 1993. «Medical institutions and the State». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, org. W. F. Bynum e R. Porter. Londres e Nova Iorque: Routledge, vol. 2, 1204-1230.
- Frada, João Cúcio. 1998. «A pneumónica de 1918 em Portugal continental: Estudo socioeconómico e epidemiológico, com particular análise do concelho de Leiria», tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Frada, João José Cúcio. 2005. *A Pneumónica em Portugal Continental: Estudo Socioeconómico e Epidemiológico com Particular Análise do Concelho de Leiria*. Lisboa: Sete Caminhos.
- Frank, R. 1992. «La mémoire et l'histoire». *Cahier de l'IHTP*, 21: 65-72.
- Freire, António Jorge. 1890. *Plano Geral de Defesa Permanente contra a Difusão e Invasão das Doenças Infeciosas*. Lisboa: s. ed.
- Freire, José Galdes (coord.). 1992. *Documentação Crítica de Fátima I: Interrogatórios aos Videntes, 1917*. Fátima: Santuário de Fátima.
- Freire, José Galdes (coord.). 1999. *Documentação Crítica de Fátima II: Interrogatórios aos Videntes, 1917*. Fátima: Santuário de Fátima.
- Frewer, L. J., S. Miles, e R. Marsh. 2002. «The media and genetically modified foods: evidence in support of social amplification of risk». *Risk Analysis*, 22: 701-711.
- Furtado, Arruda. 1920a. «Relatórios e notícias sobre a epidemia pneumónica: Relatório do Inspector de Higiene dos Hospitais», suplemento ao *Boletim de 1918 dos Hospitais Cívicos de Lisboa*. Lisboa: Imprensa Nacional.

- Furtado, Arruda. 1920b. «Relatório do Inspector de Higiene dos Hospitais Civis de Lisboa». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia de Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Civis de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional, 23-30.
- Galliard, L. 1898. *La grippe*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils.
- Garnel, Maria Rita Lino. 2007. *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Garrett, António Almeida. 1918. «Epidemiologia e profilaxia do tabardilho». *Portugal Médico*, 2: 105-106.
- Garrett, Almeida, 1919. «Contra a epidemia de gripe pneumónica, em 1918, no Norte do País (Relatório)». *Portugal Médico*, 11: 653-673.
- Garrett, António Almeida. 1940. *Tendências Demográficas de Portugal Metropolitano*. Porto: s. ed.
- Garrido, A. 1994. «Sidónio Pais: a edificação do mito». *História*, 16: 38-67.
- Geertz, Clifford. 1978 [1973]. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Gheddi, Elodie, et al. 2006. «Large-scale sequencing of human influenza reveals the dynamic nature of viral genome evolution». *Nature*, 437: 1162-1166.
- Gibbs, M., J. Armstrong, e A. Gibbs. 2001. «Recombination in the hemagglutinin gene of the 1918 'Spanish flu'». *Science*. 293: 1842-1845.
- Girão, Paulo Jorge Marques. 2002. «A gripe pneumónica no Algarve (1918)». Tese de mestrado em História Regional e Local apresentada na Universidade Nova de Lisboa.
- Girão, Paulo Jorge Marques. 2003. *A Pneumónica no Algarve*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.
- Gomes da Silva, C. 1920. «Relatório do Director Clínico do Hospital Camões». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia da Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Civis de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Gonzalez, E. R., J. B. Mestre, e F. G. Benavides. 1996. «La transición sanitaria: una revisión conceptual». *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV (1): 117-144.
- Gottfried, R. S. 1983. *The Black Death*. Nova Iorque: The Free Press.
- Goulart, Adriana da Costa. 2003. «Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro». Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de História, Universidade Federal Fluminense.
- Goulart, Adriana da Costa. 2005. «Revisitando a espanhola: a gripe pandémica de 1918 no Rio de Janeiro». *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, vol. 12 (1): 101-142.
- Graça, Luís. 2000. *História da Saúde no Trabalho: A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX*. Lisboa: 2000. Retirado da WWW em 9-2-2009 de: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos16.html#3.%20Limites%20da%20reforma%20da%20saúde%20de%201901>.
- Grenville, J. A. S. 1994. *The Collins History of the World in the Twentieth Century*. Londres: Harper Collins.
- Guerra, Álvaro. 1982. *Café República*. Lisboa: O Jornal.
- Guillaume, Pierre, e Jean-Pierre Poussou. 1970. *Démographie Historique*. Paris: Librairie Armand Colin.
- Guinote, Paulo. 1990. «A sociedade: da agitação ao desencanto». In *Portugal Contemporâneo*, org. António Reis. Lisboa: Publicações Alfa, vol. III, 313-338.
- Habermas, J. 1998. *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*. New Baskerville, MA: Massachusetts Institute of Technology.

A Pandemia Esquecida

- Halbwachs, Maurice. 1950. *La Mémoire Collective*. Paris: PUF.
- Halbwachs, Maurice. 1994 [1925]. *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Albin Michel.
- Hardy, Anne. 2001. *Health and Medicine in Britain since 1860*. Basingstoke: Palgrave.
- Hayes, Carleton. 1963[1941]. *A Generation of Materialism (1871-1900)*. Nova Iorque: Harper and Row.
- Herring, D. Ann, e Lisa Sattenspiel. 2003. «Death in winter: Spanish flu in the Canadian subarctic». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 156-172.
- Hill, A. 2001. «Media risks: the social amplification of risk and the media violence debate». *Journal of Risk Research*, 4: 209-225.
- Hobsbawm, Eric. 1994. *Age of Extremes: The Short Twentieth Century*. Londres: Michael Joseph.
- Hochman, Gilberto. 1998. *A Era do Saneamento: As Bases da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs.
- Holmes, Edgard C. 2004. «1918 and all that». *Science*, 303: 1787-1788.
- Hong, S., e A. Collins. 2006. «Societal responses to familiar versus unfamiliar risk: comparisons of influenza and SARS in Korea». *Risk Analysis*, 26 (5): 1247-1257.
- Honigsbaum, Mark. 2009. *Living with Enza: The Forgotten Story of Britain and the Great Flu Pandemic of 1918*. Londres: Macmillan.
- Hoopar, Franklin Harry. 1924. *These Eventful Years: The Twentieth Century in the Making*. Nova Iorque: Encyclopaedia Britannica Company.
- Howard, Michael, e Wm. Roger Louis (org.). 1998. *The Oxford History of the Twentieth Century*. Londres: Oxford University Press.
- Iijima, Wataru. 2003. «Spanish influenza in China, 1918-20: A preliminary probe». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 101-109.
- Irwin, A. 2001. «Constructing the scientific citizen: science and democracy in the biosciences». *Public Understanding of Science*, 10: 1-18.
- Irwin, A., e B. Wynne (org.). 1996. *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*, Cambridge: Cambridge University Press.
- James, R. 2006. *Epidemia: Um Tempo para Viver*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Jeffreys, Diarmuid. 2005. *Aspirin: The Remarkable Story of a Wonder Drug*. Londres: Bloomsbury.
- Johnson, N. P. A. S. 2003. «The overshadowed killer: Influenza in Britain 1918-19». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 132-155.
- Johnson, Niall. 2006. *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Johnson, N. P. A. S., e J. Mueller. 2002. «Updating the accounts: Global mortality of the 1918-1920 'Spanish' influenza pandemic». *Bulletin of the History of Medicine*, 76: 105-115.
- Jordan, Edwin Oakes. 1927. *Epidemic Influenza: A Survey*. Chicago: American Medical Association.
- Jorge, Ricardo. 1888. *Saneamento do Porto: Relatório Apresentado à Comissão Municipal de Saneamento*, Porto: Typ. de António José da Silva Teixeira.
- Jorge, Ricardo. 1899. *A Peste Bubónica no Porto-1899: Seu Descobrimento – Primeiros trabalhos*. Porto: Repartição de Saude e Hygiene da Camara do Porto.
- Jorge, Ricardo. 1914. *A Guerra e o Pensamento Médico. La guerre et la pensée medicale*. Lisboa: Sociedade das Sciencias Medicas, *Medicina Moderna*, n.º 295, Porto.

- Jorge, Ricardo. 1918a. *A Influenza: Nova Incursão Peninsular. Relatório Apresentado ao Conselho Superior de Higiene na Sessão de 18 de Junho de 1918*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Jorge, Ricardo. 1918b. «A nova incurção peninsular da influenza». *Portugal Médico*, 3.^a série, vol. IV, n.º 6: 436-443.
- Jorge, Ricardo. 1918c. «Relatório apresentado pelo Sr. Dr. Ricardo Jorge ao Conselho Superior de Higiene sobre a epidemia que está grassando no Porto». *Diário do Governo*, II série, n.º. 46, 25-2-1918: 620-624.
- Jorge, Ricardo. 1919a. «Adenda à circular de 1-2-1919 da Direcção Geral de Saúde, assinado por Ricardo Jorge». In *Espólio de Ricardo Jorge* (BNP/Esp. E18, cx. 8).
- Jorge, Ricardo. 1919b. *La Grippe. Rapport préliminaire présenté à la Commission Sanitaire des Pays Alliés dans la session e Mars 1919*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Jorge, Ricardo. 1920. *Le Thyphus Exantématique à Porto 1917-1919: Communication faite au Comité International d'Hygiène Publique dans sa Session d'Octobre 1920*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Jorge, Ricardo. 1923. *A Propósito de Pasteur: Discurso Proferido em Comemoração do Centenário Pastoriano na Faculdade de Medicina de Lisboa aos 25 de Abril de 1923*. Lisboa: Portugália.
- Jovchelovitch, S. 2007. *Knowledge in Context: Representations, Community and Culture*. Londres: Routledge.
- Kasperson, J. X., R. E. Kasperson, N. Pidgeon, e P. Slovic. 2003. «The social amplification of risk: assessing fifteen years of research and theory». In *The Social Amplification of Risk*, org. N. Pidgeon, R. E. Kasperson e P. Slovic. Cambridge: Cambridge University Press, 13-46.
- Kasperson, R. E. 1992. «The social amplification of risk: progress in developing an integrative framework». In *Social Theories of Risk*, org. S. Krinsky e D. Golding. Londres: Praeger, 153-178.
- Kasperson, R. E., O. Renn, P. Slovic, e H. S. Brown. 1988. «The social amplification of risk: a conceptual framework». *Risk Analysis*, 8: 177-187.
- Kay, J. 2003. *Ciencia y Sociología del SRA*, Maio de 2003. Acessível em: www.wsws.org
- Keylor, William. 1997. *The Twentieth-Century World: An International History*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Kilbourne, Edwin D. 2003. «A virologist's perspective of the 1918-19 pandemic». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 29-38.
- Killingray, David. 1994. «The influenza pandemic of 1918-19 in the British Caribbean». *Social History Medicine*, 7: 59-87.
- Kolata, Gina. 2005 [1999]. *Flu: The Story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the Search for the Virus that Caused It!* Nova Iorque: Touchstone.
- Kristiansen, I. S., P. A. Halvorsen, e D. Gyrð-Hansen. 2007. «Influenza pandemic: perception of risk and individual precautions in a general population. Cross sectional study». *BMC Public Health*, 7: 48.
- LaCocque, André. 2005 [1987]. «Sin and guilt». In *Encyclopedia of Religion*, org. Lindsay Jones. Detroit: Thomson Gale, vol. 12, 2.^a ed., 8402-8407.
- Langford, Christopher. 2002. «The age pattern of mortality in the 1918-19 influenza pandemic: an attempted explanation based on data for England and Wales». *Medical History*, 46: 1-20.
- Langford, Christopher. 2005. «Did the 1918-19 influenza pandemic originate in China?». *Population and Development Review*, 31 (3): 473-505.

A Pandemia Esquecida

- Latour, B. 1983. «Give me a laboratory and I will raise the world». In *Science Observed*, org. K. D. Knorr-Cetina e M. Mulkay. Londres: Sage Publications, 141-170.
- Laver, W. Graeme, Norbert Bischofberger, e Robert G. Webster. 2000. «The origin and control of pandemic influenza». *Perspectives in Biology and Medicine*, 43, 2: 173-192.
- Lavin, L. Rodrigo. 1918. «¿Conviene contagiarse?». *Diario de Cádiz*, 31 de Maio.
- Leitão, J. 1920. *Breve Estudo sobre o Tifo Exantemático e Algumas Notas da Sua Última Epidemia em Braga*. Braga: Tip. A. Costa & Matos.
- Lerner, M. 1973. «Modernization and health: a model of the health transition». Documento apresentado na reunião anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia.
- Lim, S., T. Closson, G. Howar, e M. Gardam. 2004. «Collateral damage: the unforeseen effects of emergency outbreak policies». *The Lancet Infectious Diseases*, 4: 697-703.
- Lima, Joaquim Américo Pires de. 1918a. «A epidemia reinante e a febre papataci». Separata da *Medicina Moderna*, 295.
- Lima, Joaquim Américo Pires de. 1918b. «Notas sobre a epidemia gripal». *Portugal Médico*, 3.^a série, vol. IV, 11, Novembro: 702-706.
- Lima, Maria Luísa. 2004. «Images of the public in the debates about risk: consequences for participation». *Portuguese Journal of Social Science*, 2 (3): 149-163.
- Lima, Maria Luísa. 2005. «Percepção de riscos ambientais». In *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental*, org. L. Soczka. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 203-245.
- Lima, Maria Luísa. 2008. «Tragédia, risco e controlo: uma releitura psicossocial dos testemunhos do terramoto de 1755». *Análise Social*, XLIII, n.º 186: 7-28.
- Lima, Maria Luísa, Julie Barnett, e Jorge Vala. 2005. «Risk perception and technological development at a societal level». *Risk Analysis*, 25 (5): 1229-1239.
- Loeb, Lori. 2005. «Beating the flu: Orthodox and commercial responses to the influenza in Britain, 1889-1919». *Social History of Medicine*, 18 (2): 203-224.
- MacDougall, Heather. 2007. «Toronto's Health Department in action: influenza in 1918 and SARS in 2003». *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62 (1): 56-89.
- Machado, J. T. Montalvão. 1959. *Como Nascem e Morrem os Portugueses: Estudo Demográfico*. Lisboa: Depositários Gomes & Rodrigues.
- MacNeal, W. 1919. «The influenza epidemic of 1918 in the American Expeditionary Forces in France and England». *Archives of Internal Medicine*, 23: 657-688.
- Maia, J. J. M. 1995. «Padrões de mortalidade e transição sanitária no Porto (1880-1920)». *População e Sociedade*, 1: 233-244.
- Mamelund, Sverre-Erick. 2006. «A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918-19». *Social Science and Medicine*, 62: 923-946.
- Marañón, Gregorio, Gustavo Pittaluga, e Antonio Ruiz Falcó. 1918a. «Informe sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España». *El Siglo Médico*, 3387: 916-921.
- Marañón, Gregorio, Gustavo Pittaluga, e Antonio Ruiz Falcó. 1918b. «Sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España». *España Médica*, 282: 1-3.
- Marques da Silva, Fernando. 1970. *O Povoamento da Metrópole Observado através dos Censos*. Lisboa: Centro de Estudos Demográficos.
- Marques, Rita de Cassia. 1997. «A pandemia gripal de 1918 em Minas Gerais». *Revista Médica de Minas Gerais*, vol. 7, n.º 1: 39-44.

- Martin, L.-L. 1975. *Kimbangu*. Oxford: Basil Blackwell.
- Martínez Gatica, S. 1909. *Gripe y Sus Complicaciones*. Madrid: Impr. de Inocente Calleja.
- Martins, António Vaz Pato de Figueiredo. 1919. «A Gripe». Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra: Tipografia Popular.
- Martins, R. 1921. *Memorias sobre Sidonio Paes*. Lisboa: Sociedade Editorial ABC.
- Mayoral, P. 1918. «La gripe». *El Siglo Médico*, 3380: 800.
- McCarthy, Mary. 1957. *Memories of a Catholic Childhood*. Nova Iorque: Harcourt, Brace and Company.
- McComas, K. A. 2006. «Defining moments in risk communication research: 1996-2005». *Journal of Health Communication*, 11: 75-91.
- McCracken, Kevin, e Peter Curson. 2003. «Flu downunder: A demographic and geographic analysis of the 1919 epidemic in Sydney, Australia». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 110-131.
- McIntosh, J. 1922. *Studies in the Aetiology of Epidemic Influenza*. Special Report, série 63. Londres: Medical Research Council.
- McNeill, William H. 2004. «Weapon of mass destruction: a review of John M. Barry's *The Great Influenza*». *New York Review of Books*, 51: 6.
- Medina, J. 1994. *Morte e Transfiguração de Sidónio Pais*. Lisboa: Cosmos.
- Medina, J. 2004 [1993]. *História de Portugal. Dos Tempos Pré-Históricos aos Nossos Dias*. Amadora: Ediclube.
- Meneses, F. R. de. 2000. *União Sagrada e Sidonismo*. Lisboa: Cosmos.
- Menezes, Delfim Arnaldo Lecour de. 1919. *A Gripe: Diss. Inaugural Apresentada em Novembro de 1919 na Faculdade de Medicina do Porto*, Porto: Tip. «A Vapor» Nacional.
- Mestre, Joaquim. 2006. *O Perfumista*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Meyer, Carlos Luiz, e J. R. Teixeira. 1920. *A Gripe Epidémica no Brasil e Especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat.
- Miguéis, J. Rodrigues. 1975. *O Milagre Segundo Salomé*, 1.ª ed. Lisboa: Estúdios Cor.
- Mills, I. D. 1986. «The 1918-19 influenza pandemic: The Indian experience». *Indian Economic and Social History Review*, 23: 1-40.
- Minayo, Maria Cecília de Souza. 1988. «Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia». *Cadernos de Saúde Pública*, 4 (4): 363-381.
- Misztal, Barbara A. 2003. *Theories of Social Remembering*. Maidenhead e Filadélfia: Open University Press.
- Mitchell, T. J., e G. M. Smith. 1931. *Medical Services: Casualties and Medical Statistics of the Great War*. Londres: HMSO.
- Moncorvo Filho, C. A. 1924. *O Pandemônio de 1918: Subsídio Histórico da Epidemia de Gripe Que em 1918 Assolou o Território do Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança do Brasil.
- Montalvão Machado, 1957. *Como Nascem e Morrem os Portugueses*. Lisboa: Tipografia Gomes e Rodrigues.
- Moragas y Gracia, Ricardo. 1919. «Nota sobre la vacunación preventiva de la bronconeumonía gripal». *Policlínica*, 7 (74): 165-167.
- Morens, D. M., G. K. Folkers, e A. S. Fauci. 2004. «The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases». *Nature*, 430: 242-249.

A Pandemia Esquecida

- Morton, T. A., e J. M. Duck. 2001. «Communication and health beliefs – mass and interpersonal influences on perception of risk to self and others: Communication». *Research*, 28: 602-626.
- Moscovici, S. 1976. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Motta, L. C. da. 1968. «Epidemias». In *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa: Verbo, vol. 7, col. 653-654.
- Motta, L. C. da. 1973. «Peste». In *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Lisboa: Verbo, vol. 14, col. 1904-1906.
- Moura, M. L. B. de. 2004. *A Guerra Religiosa na I República*. Cruz Quebrada: Editorial Notícias.
- Müller, Jürgen. 2003. «Bibliography». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 301-351.
- Murdock, G., J. Petts, e T. Horlick-Jones. 2003. «After amplification: rethinking the role of the media in risk communication». In *The Social Amplification of Risk*, org. N. Pidgeon, R. E. Kasperson e P. Slovic. Cambridge: Cambridge University Press, 159-174.
- Murray, C. J. L., et al. 2006. «Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis». *The Lancet*, 368: 2211-2218.
- Neiva, Arthur. 1920. «Prefácio». In *A Gripe Epidémica no Brasil e Especialmente em São Paulo*, org. Carlos Luiz Meyer e Joaquim Rabello Teixeira. São Paulo: Casa Duprat, p. III.
- Neto, Maria de Lurdes Akola. 1990. «Assistência Pública». In *Dicionário de História de Portugal*, org. Joel Serrão. Porto: Livraria Figueirinhas, vol. I, 234-236.
- Nora, Pierre. 1984. «Entre mémoire et histoire: la problématique des lieux». In *Les Lieux de la Mémoire, I: La République* (vol. 1), org. Pierre Nora. Paris: Éditions Gallimard.
- Noymer, Andrew, e Michel Garenne. 2003. «Long-term effects of the 1918 'spanish' influenza on sex differentials of mortality in the USA: Exploratory findings from historical data». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 202-217.
- Ocaña, Esteban Rodríguez. 2005. *Salud Pública en España: Ciencia, Profesión y Política. Siglos XVIII-XIX*. Granada: Universidad de Granada.
- Oguntuyi, A. 1979. *History of Ekiti from the Beginnings to 1939*. Ibadan, Nigéria: Bisi Books.
- Oldstone, Michael B. A. 2000. *Viruses, Plagues and History*. Oxford: Oxford University Press.
- Olinto, B. A. 1995. «Uma cidade em tempo de epidemia: Rio Grande e a gripe espanhola (R. S. – 1918)». Dissertação de mestrado. Florianópolis: UFSC.
- Oliveira Marques, A. H. de. 1973. *História de Portugal*, 3 vols. Lisboa: Palas Editores.
- Oliveira Marques, A. H. de. 1978. *História da 1.ª República Portuguesa: as Estruturas de Base*. Lisboa: Iniciativas Editoriais.
- Oliveira Marques, A. H. de. 1991a. *Portugal: Da Monarquia para a República*, vol. XI de *Nova História de Portugal*, org. A. H. de Oliveira Marques e Joel Serrão. Lisboa: Editorial Presença.
- Oliveira Marques, A. H. de. 1991b. «Igreja, igrejas e culto». In *Nova História de Portugal*, vol. XI, org. A. H. de Oliveira Marques e Joel Serrão. Lisboa: Editorial Presença, 479-518.
- Oliveira Soares. 1920. «O coração na influenza». In *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia da Gripe Pneumónica*, org. Hospitais Cívicos de Lisboa, Repartição do Boletim e Serviços de Estatística Clínica. Lisboa: Imprensa Nacional.

- Omran, A. R. 1971. «The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49: 409-538.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 1953. *Technical Reports, Series 64. Expert Committee on Influenza. First Report*. Genebra: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 1958. *Technical Reports, Series 64. Expert Committee on Influenza. First Report*. Genebra: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2002. «Perceiving risks». In *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genebra: World Health Organization, cap. 3, 27-45.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2005a. *Who Outbreaks Communication Guidelines*. Genebra: World Health Organization.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2005b. *WHO Handbook for Journalists: Influenza Pandemic*. Genebra: World Health Organization.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2007. *A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Genebra: World Health Organization.
- Overy, Richard, org. 1997. *The Times History of the World*. Londres: Times Books.
- Oxford, John. 2001. «The so-called great Spanish influenza pandemic of 1918 may have originated in France in 1916». *Philosophical Transactions of The Royal Society*, série B, Biological Sciences, 356: 1857-1859.
- Oxford, J. S., et al. 2005. «A hypothesis: the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in Northern France during the Great War provided the conditions for the emergence of the Spanish influenza pandemic of 1918-1919». *Vaccine*, 23: 940-945.
- Pacheco, F. Assis. 1993. *Trabalhos e Paixões de Benito Prada*. Porto: Edições Asa.
- Palmer, E., e G. W. Rice. 1992a. «A Japanese physician's response to pandemic influenza: Ijiro Gomibuchi and the Spanish flu in Yaita-Cho, 1918-1919». *Bulletin of History of Medicine*, 66 (4): 560-577.
- Palmer, E., e G. W. Rice. 1992b. «Divine wind versus Devil wind: popular response to pandemic influenza in Japan 1918-19». *Japan Forum*, 4 (2): 317-412.
- Parada Justel, G. 1919. *La Gripe Endémica y la Epidemia Gripal de 1918*. Orense: Impr. A. Otero.
- Paranhos, U. 1921. «A gripe em S. Paulo». *Archivos de Biologia*, 59-60: 933-935.
- Parreira, H. 1918. «Relatórios e notícias sobre a epidemia da gripe pneumónica: officio e relatório do dr. Henrique Parreira». *Portugal Médico*, IV (11).
- Patterson, K. David. 1983. «The influenza epidemic of 1918-19 in the Gold Coast». *Journal of African History*, 24: 484-502.
- Patterson, K. David. 1986. *Pandemic Influenza 1700-1900: A Study in Historical Epidemiology*. Totowa, NJ: Rowan & Littlefield.
- Patterson, K. David, e Gerald F. Pyle. 1983. «The diffusion of influenza in sub-Saharan Africa during the 1918-19 pandemic». *Social Science & Medicine*, 17: 1299-1307.
- Patterson, K. David, e Gerald F. Pyle. 1991. «The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic». *Bulletin of History of Medicine*, 65: 4-21.
- Peel, J. D. Y. 1968. *Aladura: A Movement among the Yoruba*. Londres: Oxford University Press.
- Pena, G. 1918. «Contágio do pânico». *Minas Gerais*, 3.
- Peres, D. 1954. «História económica». In *História de Portugal*, suplemento. Barcelos: Portucalense Editora, 502.
- Petts, J., et al. 2000. *Social Amplification of Risk: the Media and the Public. Report of Workshop (May 12th)*. Birmingham: University of Birmingham.

A Pandemia Esquecida

- Petts, J., T. Horlick-Jones, e G. Murdock. 2001. *Social Amplification of Risk: the Media and the Public*. Health and Safety Executive Contract Research Report 329/2001. Sudbury: HSE Books.
- Petts, J., e S. Niemeyer. 2004. «Health risk communication and amplification: learning from the MMR vaccination controversy». *Health, Risk & Society*, 6: 7-23.
- Phillips, Howard. 1990. «Black October». *The Impact of the Spanish Influenza Pandemic of 1918 on South Africa*. Pretoria: Government Printer.
- Phillips, Howard, e David Killingray. 2003a. «Introduction». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 1-25.
- Phillips, Howard, e David Killingray, org. 2003b. *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*. Londres: Routledge.
- Pidgeon, N., et al. 1992. «Risk perception». In *Risk: Analysis, Perception and Management*, Report of a Royal Society Study Group. Londres: The Royal Society, 89-134.
- Pidgeon, N., R. E. Kasperon, e P. Slovic, org. 2003. *The Social Amplification of Risk*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Piga, Antonio, e Luis Lamas. 1919. *Infecciones de Tipo Gripal*. Madrid: Talleres Tipográficos de Los Progresos de la Clínica y Plus Ultra.
- Pimentel, J. S. 1974. *Memórias do Capitão*. Porto: Editorial Inova.
- Pinto, V. M., e M. P. Lage. 1939. *Medidas Anti-epidémicas em Matosinhos (1938-1939)*. Lisboa: Ministério do Interior, Direcção-Geral de Saúde.
- Ponting, Clive. 1998. *Progress and Barbarism: The World in the Twentieth Century*. Londres: Chatto & Windus.
- Porras Gallo, María Isabel. 1993. «La Real Academia Nacional de Medicina y la problemática sobre la etiología de la gripe en la epidemia de 1918-1919». In *Enfermedad, Clínica y Patología: Estudios sobre el Origen y Desarrollo de la Medicina Contemporánea*, org. Ángel González de Pablo. Madrid: Editorial Complutense, 103-128.
- Porras Gallo, María Isabel. 1994a. «Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid». Tese de doutoramento. Madrid: Faculdade de Medicina da Universidade Complutense de Madrid.
- Porras Gallo, María Isabel. 1994b. «La lucha contra las enfermedades 'evitables' en España y la pandemia de gripe de 1918-19». *Dynamis*, 14: 159-183.
- Porras Gallo, María Isabel. 1995. «La epidemia de gripe de 1918-19: una oportunidad para evaluar la recepción de ideas científicas en el pensamiento médico español». In *Ciencia en Expansión: Estudios sobre la Difusión de las Ideas Científicas y Médicas en España (Siglos XVIII-XX)*, org. Elvira Arquiola Llopis e José Martínez Pérez. Madrid: Editorial Complutense, 247-265.
- Porras Gallo, María Isabel. 1996. «Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid». *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica Española*, 14 (1): 75-116.
- Porras Gallo, María Isabel. 1997a. *Um Reto para la Sociedad Madrileña: la Epidemia de Gripe de 1918-1919*. Madrid: Editorial Complutense.
- Porras Gallo, María Isabel. 1997b. «El Laboratorio Municipal de Madrid y la epidemia de gripe de 1918-19». *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, 37: 585-591.
- Porras Gallo, María Isabel. 1998. «Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII». *Dynamis*, 18: 81-105.
- Porras Gallo, María Isabel. 2002. *Una Ciudad en Crisis: la Epidemia de Gripe de 1918-19 en Madrid*. Madrid: Editorial Complutense. Disponível em: <http://www.ucm.es/eprints/2765/>

- Porras Gallo, María Isabel. 2004. «La epidemia de gripe de 1918-19 ¿Una pandemia evitable?». *Eidon*, 16: 45-48.
- Porras Gallo, María Isabel. 2008a. «Las vacunas como medio de establecer una profilaxis ‘científica’ contra la gripe de 1918-1919». In *Las Vacunas, Historia y Actualidad*, org. Enrique Perdiguerro e José Maria Vidal. Menorca: Institut Menorquí d’Estudis, 65-81.
- Porras Gallo, María Isabel. 2008b. «Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España». *Asclepio*, 60 (2): 261-287.
- Portela, Artur. 2003. *História Fantástica de António Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Porter, Dorothy. 1993. «Public health». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, org. W. F. Bynum e Roy Porter. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1231-1261.
- Porter, Katherine Anne. 1939. *Pale Horse, Pale Rider*. Nova Iorque: Harcourt Brace & Co.
- Porter, Roy. 1999. *The Greatest Benefit of Mankind: a Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. Londres: Fontana Press.
- Porter, Roy. 2002. *Blood & Guts: a Short History of Medicine*. Londres: Penguin.
- Porto da Cruz, Visconde do. 1928. *Paixão e Morte de Sidónio... e o Mais Que Se Seguiu...* Funchal: Tip. Esperança.
- Poumadère, M., et al. 2005. «The 2003 heat wave in France: dangerous climate change here and now». *Risk Analysis*, 25: 1433-1442.
- Pyle, G. F. 1986. *The Diffusion of Influenza: Patterns and Paradigms*. Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
- Quinn, Tom. 2008. *Flu: A Social History of Influenza*. Londres: New Holland.
- Ramanna, M. 2003. «Coping with the influenza pandemic: The Bombay experience». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 86-98.
- Ramos, R. 1994. *A Segunda Fundação (1890-1926)*. Vol. VI de *História de Portugal*, org. J. Mattoso. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Ranger, Terence. 1988. «The influenza pandemic in Southern Rhodesia: A crisis of comprehension». In *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, org. David Arnold. Manchester: Manchester University Press, 172-188.
- Ranger, Terence. 1992. «Plagues of beasts and men: prophetic responses to epidemic in eastern and southern Africa». In *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, org. Terence Ranger e Paul Slack. Cambridge: Cambridge University Press, 241-268.
- Ravenholt, R. T. 1993. «Encephalitis lethargica». In *A World History of Human Disease*, org. Kenneth Kiple. Cambridge: Cambridge University Press, 708-713.
- Redol, Alves. 1972. *Os Reinegros*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Rego, J. Lins do. 1936 [1935]. *O Moleque Ricardo*, 2.^a ed. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Reid, A. H., e J. K. Taubenberger. 2003. «The origin of the 1918 pandemic influenza virus: A continuing enigma». *Journal of General Virology*, 84: 2285-2292.
- Reid, A. H., et al. 2003. 1918. «Influenza pandemic caused by highly conserved viruses with two receptor-binding variants». *Emerging Infectious Diseases*, 9 (10): 1249-1253.
- Revel, J., e J.-P. Peter. 1987 [1974]. «O corpo: o homem doente e a sua história». In *Fazer História*, vol. 3, org. J. Le Goff e P. Nora. Venda Nova: Bertrand, 183-205.
- Ribeiro, Aquilino. 1974. *Um Escritor Confessa-se*. Amadora: Bertrand.
- Ribeiro, Orlando. 1963. *Portugal: O Mediterrâneo e o Atlântico*. Lisboa: Sá da Costa Editora.
- Rice, Geoffrey W. 1988. «The making of New Zealand’s 1920 Public Health Act». *New Zealand Journal of History*, 22: 3-22.

A Pandemia Esquecida

- Rice, Geoffrey W. 2003. «Japan and New Zealand in the 1918 influenza pandemic: comparative perspectives on official responses and crisis management». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 73-85
- Rice, Geoffrey W. 2005 [1988]. *Black November: The 1918 Influenza Pandemic in New Zealand* (2.ª edição). Christchurch, NZ: Canterbury University Press
- Rice, Geoffrey W., e Edwina Palmer. 1993. «Pandemic influenza in Japan, 1918-19: Mortality patterns and official responses». *Journal of Japanese Studies*, 19: 399-420.
- Roberts, J. M. 1999. *The Penguin History of the Twentieth Century*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Rodenstein, D. O. 2004. «El síndrome respiratorio agudo grave, la OMS, la gripe aviar e internet». *Arch. Bronconeumol*, 42 (3): 141-143.
- Rodrigues, Armindo. 1998. *Um Poeta Recorda-se: Memórias de Uma Vida*. Lisboa: Cosmos.
- Rodrigues, Manuel Augusto. 1990. «Religião católica em Portugal». In *Dicionário de História de Portugal*, vol. 5, org. Joel Serrão. Porto: Livraria Figueirinhas, 269-275.
- Rodrigues, P. M. 1979. *Tesouros da Caricatura Portuguesa, 1856-1928*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Rodríguez, E. 2005. *Salud Pública en España: Ciencia, Profesión y Política, Siglos XVIII-XX*. Granada: Universidad de Granada.
- Rose, N. 1996. *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenberg, Charles. 1987 [1962]. *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago e Londres: The University of Chicago Press.
- Rosenberg, Charles. 1992a. «AIDS in historical prospect». In *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, org. C. E. Rosenberg. Cambridge: Cambridge University Press, 280-282.
- Rosenberg, Charles. 1992b. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutherford, P. 1999. «The entry of life into history». In *Discourses of the Environment*, org. E. Darie. Oxford: Blackwell, 95-118.
- Sacabejos, H., e E. Talens. 1919a. «Gripe (reseña de infecciones)». *Revista de Higiene y Tuberculosis*, 12 (130): 67-68.
- Sacabejos, H., e E. Talens. 1919b. «Gripe (reseña de infecciones)». *Revista de Higiene y Tuberculosis*, 12 (137): 240-241.
- Salvat Navarro, Antonio. 1926. *Tratado de Higiene*, vol. II (1.ª ed.). Barcelona: Manuel Marín.
- Samara, M. A. 2002a. *Sidónio Pais*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Samara, M. A. 2002b. *Verdes e Vermelhos: Portugal e a Guerra no Ano de Sidónio Pais*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Sampaio, Arnaldo. 1959. «Subsídios para o estudo da epidemiologia da gripe». *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*, 6 (1): 7-147.
- Sampaio, Arnaldo, e F. M. Caeiro. 1958. «Contribuição para o estudo da epidemiologia da gripe através de um inquérito por amostra representativa da cidade de Lisboa». *Boletim dos Serviços de Saúde Pública*, vol. v, n.º 4: 383-491
- Sandell, R. 2006. «Pandémicas: ¿Un riesgo para la seguridad?». *ARI*, 31.
- Santana, Emídio. 1987. *Memórias de Um Militante Anarco-Sindicalista: Tempos de Luta de Adversidade e de Esperança*. Lisboa: Perspectivas & Realidades.
- Santos, A. J. dos. 1922. *Correspondência e Memórias dum Tropa Que Esteve na Zona de Guerra*. Porto: Tipografia de «A Tribuna».

- Santos, Ricardo Augusto dos. 2004. «Representações sociais da peste e da gripe espanhola. In *Uma História Brasileira das Doenças*», org. D. R. Nascimento e D. M. Carvalho. Brasília: Paralelo 15.
- Santos, Ricardo Augusto dos. 2006. «O Carnaval, a peste e a ‘espanhola’». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13 (1): 129-158.
- SARS Commission Executive Summary. 2006a. Vol. 1. Spring of Fear: Canada. Disponível em: <http://biotech.law.lsu.edu/blaw/sars/Volume1.pdf>.
- SARS Commission Final Report. 2006b. «The Lapsley family doctors’ clinic», Vol. 2. Spring of Fear: Canada, 386-392. Disponível em: <http://biotech.law.lsu.edu/blaw/sars/index.htm>.
- Schoch-Spana, M. 2000. «Implications of pandemic influenza for bioterrorism response». *Clinical Infectious Diseases*, 31: 1409-1413.
- Schoenbaum, S. C. 2003. «Transmission and protection against influenza: epidemiologic observations beginning with the 1918 pandemic and their implications». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 241-251.
- Schulman, J. L. 1975. «Immunology of influenza». In *The Influenza Viruses and Influenza*, org. E. D. Kilbourne. Londres: Academic Press, 373-392.
- Sequeira, A. 2001. «A pneumônica». *Medicina Interna*, 8 (1): 49-55.
- Serrão, J. V. 1993. *História de Portugal*, vol. XII. Lisboa: Editorial Verbo.
- Silva, A. M. da. 2000. «Sidónio e sidonismo entre a História e a Literatura», *Revista de História das Ideias*, 21: 307-388.
- Silva, A. M. da. 2006. *Sidónio e Sidonismo*, vol. 2. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, C. 1920. «Relatórios e notícias sobre a epidemia da gripe pneumônica: Relatório do Dr. Carlos da Silva relativo ao serviço de enfermaria n.º 3 do Hospital das Trinas».
- Silva, C. E. Correia da. 1934. *Vita Brevis*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Silva, Ribeiro da. 1919. «Gripe pandêmica e gripe nostras». *Brasil-Médico*, XXXIII (6): 44-45.
- Silveira, António Duarte. 1919. *Relatório e Contas da Comissão de Socorros de Alcácer do Sal durante a Epidemia Bronco-Pneumônica*. Coimbra: Imprensa Acadêmica.
- Silveira, A. J. T. da. 2004a. «A crônica da espanhola em Belo Horizonte». In *Uma história Brasileira das Doenças*, org. D. R. Nascimento e D. M. de Carvalho. Brasília: Paralelo 15, 145-164.
- Silveira, A. J. T. da. 2004b. «A influenza espanhola e a capital planejada – Belo Horizonte, 1918». Tese de doutoramento, Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- Silveira, Anny Jackeline Torres. 2007. *A Influenza Espanhola e a Cidade Planejada: Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: Argumentum.
- Siqueira, M. M. 2005. «O perigo está no ar: será que a ‘espanhola’ volta? Entrevista concedida a J. L. Benchimol, R. C. Cerqueira, e R. B. Martins». *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12 (1), 159-168.
- Slack, Paul. 1999. «Introduction». In *Epidemic and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, org. T. Ranger e P. Slack. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slack, Paul. 2005 [1985]. *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England*. Oxford: Oxford University Press.
- Slovic, P. 1987. «Perception of risk». *Science*, 236: 280-285.
- Slovic, P. 2001. «Trust, emotion, sex, politics and science: surveying the risk-assessment battlefield». In *The Perception of Risk*, org. P. Slovic. Londres: Earthscan, 390-412.

A Pandemia Esquecida

- Sobral, José Manuel. 2004. «Memoria social, identidade, poder y conflicto». *Revista de Antropología Social*, 13: 137-159.
- Sontag, Susan. 2007 [1977]. *Doença como Metáfora; AIDS e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souria, Jean-Charles. 2007 [1992]. *Histoire de la médecine*. Paris: La Découverte.
- Sournier, Jean-Charles. 1995. *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sousa, P. S. 2007. *A Epidemia antes da Pandemia: o Tifo Exantemático no Porto, 1918-1919. Working paper do projecto POCI/HCT/60718/2004*. Lisboa: Centro de Investigação e Intervenção Social.
- Souza, Christiane Maria Cruz de. 2005. «A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços». *Revista História Ciências Saúde – Manguinhos*, 12 (1): 71-99.
- Souza, Christiane Maria Cruz de. 2007. «A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia» Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz.
- Steiner, G. 2006. *A Identidade Europeia*. Lisboa: Gradiva.
- Stuart Harris, C. H., G. C. Schild, e J. S. Oxford. 1985. *Influenza: the Viruses and the Disease*, 2.^a edição. Londres: Edward Arnold Publishers.
- Tanqueiro, M. T. O. S. 2001. «Mortalidade infantil no século XX: o caso português». Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Coimbra: Faculdade de Medicina.
- Taubenberger, Jeffery K. 2003. «Genetic characterisation of the 1918 ‘Spanish’ influenza virus». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, orgs. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 39-46.
- Taubenberger, Jeffery K. 2005. «Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes». *Nature*, 437: 889-893.
- Taubenberger, Jeffery K., e D. M. Morens. 2006. «1918 influenza: the mother of all pandemics». *Emerging Infectious Diseases*, 12: 15-22.
- Taubenberger, Jeffery K., et al. 1997. «Initial genetic characterization of the 1918 ‘Spanish’ influenza virus». *Science*, 275: 1793-1796.
- Tavares, E., org. 2005. *Joshua Benoliel, 1873-1932*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.
- Teixeira, L. A. 1993. «Medo e morte: a epidemia de gripe espanhola de 1918». *Estudos de Saúde Coletiva*, 59.
- Telo, A. J. 1977. *O Sidonismo e o Movimento Operário*. Lisboa: Ulmeiro.
- The British Medical Journal*. 1923. «The influenza pandemic, 118». Londres: Office of The British Medical Journal, vol. I, 560 e segs.
- The Lancet Infectious Diseases*. 2004. «Reflections on SARS» (Editorial), vol. 4, n.º 11, Novembro: 651
- Théodorides, Jean. 1974. «La microbiología médica». In *Historia Universal de la Medicina*, 1.^a ed., vol. 6, org. Pedro Laín Entralgo. Barcelona: Salvat Editorial, 175-192.
- Thomas, Keith. 1983 [1971]. *Religion and the Decline of Magic*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Thomas, Keith. 1997. «Health and morality in early modern England». In *Morality + Health*, org. Allan M. Brandt e Paul Rozin. Nova Iorque: Routledge, 15-34.
- Tognotti, Eugenia. 2003. «Scientific triumphalism and learning from facts: bacteriology and the ‘Spanish flu’ challenge of 1918». *Social History of Medicine*, 16 (1): 97-110.
- Tomkins, Sandra M. 1992a. «The failure of expertise: public health policy in Britain during the 1918-1919 influenza epidemic», *Social History of Medicine*, 5: 435-454.
- Tomkins, Sandra M. 1992b. «The influenza pandemic of 1918-19 in Western Samoa». *Journal of Pacific History*, 27: 181-197.

- Torga, Miguel. 1967 [1944]. *Novos Contos da Montanha*. Coimbra: edição do autor.
- Torres, M. 1921. «A study of the lesions produced by filtrates of influenza sputum, of dr. M. Hall». *Boletim do Instituto Oswaldo Cruz*. Suplemento das Memórias. Rio de Janeiro, f. 1, 756. Resenhas.
- Trindade, L. 1998. «A morte anunciada». *História*, III série, 8: 36-45.
- Tumpey, Terrence M., et al. 2005. «Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus. *Science*, 310: 77-80.
- Tyler, T. R., e F. L. Cook. 1984. «The mass media and judgements of risk: distinguishing impact on personal and societal level judgements». *Journal of Personality and Social Psychology*, 47: 693-708.
- Tyrrrell, David. 1998. «Discovery of influenza viruses». In *Textbook of Influenza*, org. R. G. Webster, K. G. Nicholson e A. J. Hay. Oxford: Blackwell Science.
- Ujvari, Stefan Cunha. 2003. *A História e Suas Epidemias: a Convivência do Homem com os Microorganismos*. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Senac Rio, Editora Senac São Paulo.
- Vaquinhas, I. 1990. *Violência, Justiça e Sociedade Rural: Os Campos de Coimbra, Montemor-o-Velho e Penacova de 1858 a 1918*. Coimbra: Faculdade de Letras.
- Vaughan, E. T. 1921. «Influenza: An epidemiological study». *American Journal of Hygiene*. Monographic Series, 1.
- Viegas, V., J. Frada, e J. P. Miguel. 2006. *A Direcção-Geral de Saúde – Notas Históricas*. Retirado de WWW em Março de 2009 de: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007477.pdf>
- Vieira, J. 1999. *Portugal Século XX: Crónica em Imagens*, 1.ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores, vol. 2.
- Vigarello, Georges. 1999. *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris: Éditions du Seuil.
- Villares, Artur. 1988. *A Leva da Morte*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Wakimura, K. 1996. «Famines, epidemics and mortality in northern India, 1870-1921». In *Local Agrarian Societies in Colonial India, Japanese Perspectives*, org. R. Robb, K. Sugihara e H. Yanagisawa. Londres: Curzon Press, 280-319.
- Wallerstein, I., et al. 1996. *Para Abrir as Ciências Sociais: Relatório da Comissão Gulbenkian sobre a Reestruturação das Ciências Sociais*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Werner, Alfred, Hélène Werner, e Nicolas Goetschel. 1999. *Les épidémies: un sursis permanent*. Paris: Atlande.
- WHO – World Health Organization. 2004. *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*, 18. Documento acessível em: http://www.who.int/csr/don/archive/disease/severe_acute_respiratory_syndrome/en/index.html
- Winter, J. M. 1988. «Some paradoxes of the Great War». In *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe 1914-1918*, org. Richard Wall e Jay Winter. Cambridge: Cambridge University Press .
- Winter, J. M. 2003. *The Great War and the British People*. Basingstoke: Macmillan.
- Witte, W. 2003. «The plague that was not allowed to happen: German medicine and the influenza pandemic of 1918-19 in Baden». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 49-57.
- Zagalo Júnior, A. M. C. 1919. *Tifo Exantemático: Dados Teóricos, Observações Clínicas*. Coimbra: Casa Tipográfica.

A Pandemia Esquecida

- Zerubavel, Eviatar. 1997. *Social Mindscapes: an Invitation to Cognitive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Zerubavel, Eviatar. 2003. *Time Maps: Collective Memory and the Social Shape of the Past*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Zylberman, P. 2003. «A holocaust in holocaust: The influenza epidemic in France». In *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*, org. Howard Phillips e David Killingray. Londres: Routledge, 191-201.

Índice remissivo

A

- Alves, Augusto Lobo, director dos Hospitais Cívicos de Lisboa, 72, 229n.
Alves, Francisco de Paula Rodrigues, presidente do Brasil, 104
Alves, Óscar Rodrigues, secretário do Interior do Estado de São Paulo, 205
Amado, Alberto, médico, 225
Amaral, Francisco Keil do, arquitecto, 25-26, 247, 248, 313
António Júnior, José, comerciante, 230
Aragão, Henrique Beaurepaire de, doutor, 205, 206
Araújo, conde de Almeida, 75
Armazéns Grandella (Lisboa), 231

B

- Barbosa, Plácido, médico, 97-98
Barreira, Godofredo, governador civil de Faro, 115, 119, 121, 122n., 123n., 124n.
Barros, Castro de, médico, 122n.
Barros, Paula, 32, 63 segs., 82n., 84, 86, 179 segs., 255 segs., 275, 316
Baúto, Pedro Midosi, vereador, 229-30
Beça, Mathias, jornalista, 188
Blanco, Pedro, compositor, 75
Brandão, Raul, escritor, 23, 232, 246, 251, 253

- Breyner, Tomás de Mello, médico, 225n.
Burnay, condessa de, 192q.

C

- Cabral, António, escritor, 247, 248
Cabral, Manuel Villaverde, 234
Camus, Albert, escritor, 178
Cardoso, Sónia, 140n.
Carqueja, Bento, 156
Carvalho, Arnaldo Vieira de, médico, 204n.
Carvalho, Augusto da Silva, médico, 65
Carvalho, José Bernardino de, clínico, 122
Carvalho, Otávio de, doutor, 201
Casa de Bragança, 192q.
Casimiro, Augusto, 23
Castro, João de, político e militar, 244
Chagas, Carlos, doutor, 205n.
Chicote, César, farmacêutico, 214, 216-17
Ciancio, B., médico italiano, 202
Ciauri, R., médico italiano, 202
ciências médicas:
 anatomopatologia, 198
 bacteriologia, 35, 42, 68, 69 e n., 71, 84, 102, 103, 181, 182, 198, 205n., 211, 212, 218, 272, 331

- biomedicina, 306
imunobioterapia, 161, 162
literatura científica (*v.*)
epidemiologia, 33, 34, 51, 56, 57,
70 e n., 75, 79, 119, 156, 160,
165, 166, 173, 174, 175, 177,
181, 225, 230n., 272, 274, 277,
281, 282, 284, 286, 288 e n.,
318, 319, 325, 329
virologia, 45, 55, 56, 166, 255, 263,
314, 321, 327
Codina, José, médico, 217
Coelho, Maria de Fátima, 233
Colvéé, Pablo, médico, 217
Comité Internacional de Higiene
Pública, 321
Companhia Carris de Ferro de Lisboa
(Carris), 224
Couto, Miguel, doutor, 207
Crowell, Bowman C., patologista, 198
Cruz, Costa, doutor, 205n.
Cunha, Aristides Marques da, 197, 198,
199, 205, 207, 208
- D**
demografia:
censos populacionais, 63, 91,
109n., 110n., 125, 126n., 127,
130, 157, 233, 281, 323
esperança de vida à nascença, 145,
146, 147, 154, 160
morbidade, 42, 49, 74, 75, 160,
169, 178, 228, 289, 290
mortalidade, 28, 32, 41, 42, 43, 45,
48, 49, 50, 51, 53, 54, 58, 65,
68, 69, 70, 71 e n., 72, 73, 74
- infantil, 111, 132, 158, 169, 170 e
n., 330
natalidade, 53, 110 e n., 127, 132,
133, 179, 255
nupcialidade, 110 e n., 127, 132,
133, 134 e n.
sobremortalidade, 33, 73, 74 e n.,
131-54, 230
Dias, Ezequiel, patologista, 198
doenças «desconhecidas», ou «igno-
radas», 43n., 108, 136-37, 158,
237n., 257
doenças endémicas, 50, 111, 179, 202,
286n., 288, 325
doenças infecto-contagiosas, epidemias
e pandemias, 36, 37, 44, 66, 67, 69,
81, 82, 172, 193, 263, 266, 268,
276, 279n.
BSE, 260
bronquite, 108, 216
Cholera-Morbus, 95, 111n., 130
clorose, 226
cólera, 18, 27, 28, 43, 72, 93, 96, 111
e n., 221, 307, 308, 309, 311
dengue, 96, 181, 201
difteria, 227, 42, 69
doenças do coração, 73, 108, 325
ébola, 165, 257
encefalite letárgica, 55
enterite, 111, 158, 159, 160
febre de Marburg, 165
gripe das aves (H5N1), 36, 51, 178,
209, 255 e n., 257, 263-64, 270
gripe pneumónica H1N1 (in-
fluenza A), 18, 21, 44, 51, 56,
176, 255 e n.
gripe russa, 42, 57, 280
peste bubónica, 27, 43, 70, 171n.,
221, 272, 321
peste de Dacar, 95, 96, 200, 201,
202
Peste Justiniana, 53
Peste Negra, 41, 53, 232, 233, 311n.
pneumonia primária viral, 168n.
raiva, 28
sarampo, 22, 50, 204n., 208
septicemia, 108
sífilis, 258, 298n., 308
síndrome respiratória aguda, SARS,

- 18, 56, 165n., 175n., 320, 322, 329
- tifo exantemático (tb. *febres da Póvoa*), 30n., 69, 222, 267, 279 segs., 317, 322, 332
- tuberculose, 42, 43, 66, 69, 74, 108, 158, 159, 160, 226, 232, 234, 250, 258, 267, 276, 312, 313, 315
- varíola, 22, 27, 43, 65, 69, 85, 111, 222, 267, 276, 308, 312
- doenças tropicais e medicina colonial, 308
- febre-amarela, 27, 28, 42, 72, 221
- malária, 42, 48, 69, 70, 279
- paludismo, 69
- Dornellas, Afonso, delegado do Governo, 222
- E**
- Encyclopaedia Britannica*, 45n., 59, 317
- enterramentos das vítimas, 35, 82, 86 e n., 100, 105, 115, 228, 230
- cadáveres, 25, 44, 56, 86, 99, 100, 101, 172, 198, 217, 228, 229, 230, 239
- cemitérios, 25, 29, 30, 57, 77, 100, 115, 227, 228, 229, 230, 231, 239, 248, 270, 297, 316
- cortejos e ritos fúnebres, 100, 228, 230
- coveiros, 100, 228
- igrejas, 229
- etiologia da gripe pneumónica:
- bacilo de Pfeiffer (*Haemophilus influenzae*), 35, 55, 84, 102, 176, 182 e n., 198, 199, 204, 206, 207, 211, 212, 214, 215, 216
- bactérias:
- estreptococos, 97n., 182, 211, 212, 214, 215, 216
- diplococos, 97n., 205n., 211, 21
- meningococos, 212
- micrococos, 211, 216
- pneumococos, 182, 212, 214, 215, 216, 217
- estudos laboratoriais, 35, 42, 55, 56, 82, 176, 212, 213, 214, 216-17, 327
- teoria do vírus filtrável (*Myxovirus influenzae*), 35, 205, 206, 207, 212, 318
- F**
- factores de risco (v. *populações de risco*)
- carência e deficiência alimentar, 33, 50, 64, 80, 111, 112 e n., 128, 170, 201, 250
- lixo e estrumes, 68, 80, 111n., 121
- migrações, 72
- peregrinações, 72, 83
- pobreza e miséria, 75, 111, 115, 226, 229, 243, 244, 250, 274, 276, 281, 295, 296
- Faulkner, William, escritor, 22
- Ferrán, Jaime, delegado de saúde, 217
- Ferreira, Maria Emília Cordeiro, 232
- Fialho, João Júdice, industrial, 125
- Fitzgerald, Scott, escritor, 22
- Fonseca Filho, Olympio, médico, 197, 198, 199 e n., 205, 206, 207, 208
- Fragoso, António, compositor, 75
- França, Carlos, médico, 200-01
- Freitas, Amadeu de, jornalista, 241
- Furtado, Arruda, inspector de higiene dos Hospitais Civis de Lisboa, 72n., 193, 223
- G**
- Galo Leóz, doutor, 174n.
- Galvão, Deolindo, doutor, 204
- García Izcara, D. Dalmacio, veterinário, 214

Garrett, António de Almeida, médico, 76, 286, 287
Godinho, Victor, doutor, 204
Gordon, Henry, reverendo, 171
Goulão, Margarida, 24n.
Gouvêa, Nabuco de, chefe da Missão Médica Brasileira, 202
Grave, João, 23
guerra e gripe pneumónica:
 médicos e medicina militar, 27, 34, 43 e n., 44, 45, 54, 214, 290
 propiciadora de contágios, 43, 72, 84, 131, 201, 288
 trânsito de tropas e recrutas, 131, 172, 200
Guimarães, visconde de, 192q.
Guinote, Paulo, 234, 235

H

Hemingway, Ernest, escritor, 22
Herring, D. Ann, 50, 107n., 109n., 171n., 320
Heymann, David L., director da Organização Mundial de Saúde, 176
hospitais (v. tb. *organizações de assistência humanitária*)
 Hospital da Junqueira (Lisboa), 222, 249
 Hospital das Trinas (Lisboa), 81, 230
 Hospital de Santa Marta (Lisboa), 222
 Hospital do Bonfim (Porto), 284
 Hospital dos Tifosos (Porto), 249
 Hospital Joaquim Urbano (Porto), 283
 Hospital Militar de Campolide, 81
 Hospital do Rego (Lisboa), 66
 Hospitais Cívicos de Lisboa, 66, 67, 72n., 79, 81, 82n., 192, 193, 229n., 313, 314, 315, 317, 319, 325

 clínicas de cuidados primários, 173, 175
 Real Hospital das Crianças, 66
Huertas, Francisco, médico, 217

I

Igreja Anglicana, 308
Igreja Católica e católicos:
 clero:
 - padres, párocos, 125, 226, 227, 284, 291, 295, 299, 303, 305
 - freiras e sacerdotes, 174
 - bispos e arcebispos, 125, 291, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 305, 306n., 308n.
 - vigários-gerais e vigários capitulares, 299, 304, 305 e n.
 desinfecção de igrejas e alfaias cultuais, 167, 301, 302, 303
 dioceses, 299, 301, 303, 304, 305
 imprensa e jornalismo, 188, 251, 264, 295-96, 297-98, 300, 306 e n.
 interpretação religiosa da epidemia, 88
Irmãs Doroteias, 87n.
mobilização para prolifaxia e beneficência, 88, 294, 299, 300, 301, 305
ordens religiosas e enfermagem, 310
organizações de S. Vicente de Paulo, 88
provisões e circulares, 88, 295 e n., 301, 302, 303, 304, 305, 315
preces, orações, devoções, novenas e missas, 88, 102, 226, 295, 299, 300, 304, 305, 310, 311
procissões de penitência, 102, 191, 251, 295, 299, 300, 310, 311
santos especialistas antipestilenciais, 311-12

instituições científicas:

- Academia Brasileira de Medicina, 207
 Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 203
 Academia Paulista de Medicina, 200, 201 e n., 204
 Associação Médica Lusitana, 284
 Centers of Disease Control and Prevention, 178 e n.
 Instituto Bacteriológico, 67
 Instituto de Patologia das Forças Armadas dos Estados Unidos da América, 176
 Instituto Real El Cano, 178
 Instituto Soroterápico Federal (fazenda Manguinhos), v. *Instituto Oswald Cruz*
 Instituto Butantã de São Paulo, 205
 Instituto Oswald Cruz do Rio de Janeiro, 197 e n., 198, 199, 205 e n., 206, 208, 314, 315, 317, 319, 329, 330
 Instituto Pasteur de Paris, 198, 207
 Real Academia Nacional de Medicina (Espanha), 175, 213, 214 e n., 215, 326
 Royal College of Physicians, 77n.
 Sheffield Medico-Chirurgical Society, 206-07

J

- D. João I, rei, 29
 Jorge, Ricardo, director-geral de saúde, 66, 70 e n., 72n., 75, 76, 77, 79 e n., 82n., 84, 85n., 87, 113, 116 e n., 119, 120, 180, 182, 185, 192, 222, 223, 229, 233, 237, 253f., 256, 268n., 272, 273, 274, 275, 276-77, 279, 281, 182, 184, 185, 287, 289, 313, 318, 321

K

- Koch, Robert, físico, 42, 212

L

- Leal, Ernesto Castro, historiador, 233
 Lima, Alberto Castro, fotógrafo, 253f.
 Lima, H. da Rocha, cientista, 287n.
 Lima, Joaquim Américo Pires de, proprietário, 76, 225, 226, 322

literatura científica:

- Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 213n.
Annaes da Academia Paulista de Medicina, 200, 208
Archives of Internal Medicine, 206, 322
Arquivos Brasileira de Medicina, 206
Arquivos de Biologia, 206, 325
Boletim da Academia Brasileira de Medicina, 203
Medicina Contemporânea, 67n., 224 e n., 230, 235f., 313, 314, 315, 316, 317, 326
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 190, 206, 317, 331
Revista Médico-Cirúrgica do Brasil, 96
The American Journal of the Medical Sciences, 200, 317
The British Medical Journal, 207, 331

M

- Machado, Astrogildo, doutor, 205n.
 Magalhães, Octavio de, pesquisador, 197, 198, 199, 205, 207, 208
 Maraón, Gregorio, médico, 214, 217
 Marques, A. H. de Oliveira, 233, 235
 Martel, Simão de, 156
 Medina, João, historiador, 234, 235
 Meira, Rubião, médico, 204n.
 Meirelles, Eduardo, doutor, 204

A Pandemia Esquecida

Menses, José Corte de, médico, 122, 123n.
Miguéis, José Rodrigues, escritor, 23, 238
Monteiro, Eduardo, doctor, 201, 204n.
Monteiro, Silva, caricaturista, 250
Moragas y Gracia, Ricardo, médico, 215, 216
Morato, António José, segundo sargento, 222, 223
Motta, L. Cunha da, doctor, 201
Murillo, Francisco, médico, 214

N

Neiva, Arthur, director do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 93, 98
Nora, Pierre, 29, 324, 328

O

Oliveira Marques, A. H. de, 23, 63, 65n., 112, 233, 235, 237n., 249n., 292, 293, 324, 325
Organização Mundial de Saúde, OMS, 21, 42, 54, 55, 173, 176, 178, 255, 256, 257, 262, 271, 272, 273, 276, 277, 325, 328
organizações de assistência humanitária:
Assistência Nacional aos Tuberculosos, 313
Associação dos Escoteiros de Portugal, 225 e n.
Associação Protectora dos Hospitalizados Pobres, 161
Associação das Senhoras de Caridade, 124n., 296 e n., 297n., 298n.
bombeiros, 78, 86, 125, 187, 190, 194
comissão central de socorros, 87, 192, 300

Comissão Central de Apoio às Vítimas da Epidemia, 118
corporações locais, associações cívicas e comerciais, 190, 191, 192q.
Cozinhas Económicas, 225, 249
Cruz Branca, 82
Cruz de Malta, 81
Cruz Roxa, 82
Cruz Verde, 81
Cruz Vermelha (Sociedade Portuguesa da), 35, 78, 81, 82, 187, 190, 192q., 193, 194, 222 e n., 223 e n., 225n., 247, 249
Liga da Acção Social Cristã, 300
Obra de Assistência 5 de Dezembro, 87 e n.
Santas Casas da Misericórdia, 30n., 64, 66, 67, 80, 282, 290, 292
Sopa dos Pobres, 252

P

Paço d'Arcos, Joaquim, escritor, 23
Pais, Sidónio, militar e político, 36, 37, 64, 87, 89, 90, 115, 118 e n., 119, 224, 225, 233, 234, 238 segs., 249 segs., 265, 294, 297, 298, 299, 00, 318, 319, 323, 327, 328, 329
Palmela, duquesa de, 225
Paranhos, Ulysses, doutor, 206
Pasteur, Louis, microbiologista, 42, 221, 310, 321
Peres, Damiano, historiador, 234
Peruche, Paula, médico, 201n.
Peset Alexandre, Juan, médico, 217
Pfeiffer, Richard, patologista, 45, 85, 204, 211
Pittaluga, Gustavo, médico, 214
pneumónica, literatura e imprensa:
jornalismo médico, 315
memorialismo, 246 segs.
publicidade, 188q., 267, 269

- romance, 23-24, 52 e n., 238, 242
segs., 251, 258
- populações de risco (v. *factores de risco*):
crianças e órfãos, 41, 47, 49, 50, 51,
81, 101, 142, 145, 160, 161,
171, 191, 228, 249, 252, 287,
300
grávidas e mães neonatais, 50, 53,
74n., 108, 127n.
jovens adultos, 33, 49, 50, 51, 53,
58, 69, 73, 87, 97n., 127, 142,
143, 145, 168, 201, 282
velhos, 17, 23, 41, 42, 49, 50, 73,
97n., 142, 260, 282
- Portugal:
- alfândegas e fronteiras, 18, 71 e n.,
79, 155, 171, 172, 244
analfabetismo, 110 e n., 158, 187,
188, 195, 288, 290
bancos, banqueiros, bancários, 47,
88, 191q., 192q.
câmaras municipais, 67, 68, 79, 86
e n., 91, 111n., 112n., 116n.,
120, 121 e n., 125 e n., 129n.,
130, 224n., 228, 229, 230n.,
235, 297, 315, 330
Carta Constitucional, 292
censos, 63, 91, 109n., 110n., 125,
126n., 127, 130, 157, 233, 281,
323
censura, 89, 265 e n., 275, 300
classes sociais:
- burguesia, 64, 87
- campesinato e jornaleiros, 63, 64,
128, 226, 240
- marítimos, pescadores, 115, 128
- operariado, 24, 64, 112 e n., 128,
156, 225, 226, 229, 238, 239,
247, 248, 300, 330
- pequena-burguesia, 24
- proprietários rurais e lavradores,
63, 88, 128
comarcas, cfr. *Índice geográfico*
- companhias de seguros, 57, 125n.,
192q.
concelhos, 29, 33, 67 e q., 78, 80,
108 e n., 109, 110n., 111 e n.,
112, 113, 114 e n., 115 e n., 116
e n., 117n., 119, 120, 121, 122,
123 e n., 125n., 126 e n., 127,
128n., 130, 155 segs., 225, 298,
311, 318
Conselho de Estado, 292
distritos, 67, 68n., 69, 73, 74, 76, 80,
87n., 108, 111, 113, 115, 120,
126n., 134, 135 e q., 136, 137q.,
138, 139q., 140, 141, 142 e q.,
143, 144q., 145 e q., 146 e q.,
147, 148q., 149q., 154, 155, 157,
158, 159, 224, 286, 288, 298n.,
299n., 300n., 305n., 306n., 311,
312 e n.
emigração, 63, 233, 234, 243, 250
e n.
escolas, liceus e universidades:
- Liceu Camões, de Lisboa, 81
- Liceu Central João de Deus, Faro,
124
- Universidade de Coimbra, 83n.,
293
- ensino de enfermagem, 313
forças armadas, 29, 30, 82, 125,
223, 224, 293
- Escola de Guerra, 82 e n.
- Escola Naval, 82 e n.
- Sociedade de Instrução Militar,
191q.
Governo, 47, 56, 57, 64, 65, 67q. e
n., 78 e n., 79 e n., 80, 82n., 89
e n., 90, 91, 113, 119, 121, 222,
223, 228, 230 e n., 265, 277,
286, 293, 294, 304, 321
- Ministério das Subsistências, 112,
122n., 123n.
- Ministério do Interior, 283, 286,
287, 316, 326

- Secretaria de Estado da Guerra
 - Secretaria de Estado das Finanças
 - Secretaria de Estado do Trabalho, 67q., 78, 79n., 118, 119 e n., 120n.
 - Secretaria de Estados dos Abastecimentos, 119
 - governos civis, 110n., 111n., 112n., 113n., 114n., 115n., 116n., 117n., 119n., 120n., 121 e n., 122n., 123n., 124n., 129n., 130, 193
 - greves gerais, greves, 24, 25, 90, 238, 239, 250, 265, 276, 279
 - imprensa, v. *jornais*
 - indústria, industriais, 36, 63, 76, 86, 88, 109, 125, 128, 129, 190, 280, 281, 288
 - insurreição monárquica de 1919, 90, 288
 - Parlamento, 83 e n., 87n., 91, 287
 - deputados, Câmara dos Deputados, 83n., 87n., 91, 258, 287n., 292
 - Câmara dos Pares, 291, 292
 - Senado da República, 83n., 87 e n., 91, 258
 - mercado negro, 242
 - plantadores coloniais, 88
 - polícias, 24, 47, 76, 125, 222, 223, 242, 243, 284
 - Guarda Fiscal, 111n.
 - Guarda Republicana, 26
 - Guarda Nacional Republicana, 247
 - sidonismo (v. *Pais, Sidónio*)
 - trabalho infantil, 110
 - Primeira Grande Guerra, 86
 - Armistício, 29, 52, 90, 102, 238, 265, 267, 300
 - guerra e gripe pneumónica (v.)
 - monumentos, memoriais e comemorações, 29, 30, 52, 60, 232
 - recrutamento em massa, 53, 173, 290
 - prolifaxia e vigilância epidemiológica
 - alerta e monitorização, 54, 173, 175, 177, 178, 287
 - antibióticos e antivíricos, 22, 176, 178
 - brigadas sanitárias de voluntários, 121, 124, 222, 225, 249
 - cordões sanitários e quarentena, 84, 171, 172, 212, 282
 - fronteiriços, 172
 - portuários, 172
 - cuidado de si (*le souci de soi*), 180, 195
 - despitolhamento de pessoas e roupas, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 302
 - fumigações e desinfecções domiciliárias e viárias, 47, 70, 78, 81, 83, 85, 97, 103, 121 e n., 122, 167, 172, 188, 190, 192, 194, 212, 280, 281, 282, 283, 284, 301, 317
 - gargarejos e pastilhas, 25, 78, 246, 248
 - higienização ou encerramento de edifícios:
 - mercados e feiras, 72, 83, 116, 121, 123
 - prisões e presídios, 57, 85
 - teatros e cinematógrafos, 82, 83, 84, 89, 121, 167
 - instruções profiláticas na imprensa, 120, 273, 274
- R**
- Ramos, Rui, historiador, 234
 - Redol, Alves, escritor, 24, 25, 238-39, 251 e n., 327
 - Reis, António, 25n., 320
 - Revoredo, Galeno de, médico, 204n.
 - Ribeiro, Aquilino, escritor, 23, 246, 251, 328

Ribeiro, Manuel, 23
 Rincón Arellano, Adolfo, médico, 217
 Rodrigues, Armindo, escritor, 26-27,
 247, 248-49
 Ruiz Falcó, Antonio, médico, 214

S

Salazar, Martín, cientista, 213
 Salvat Navarro, Antonio, médico, 215,
 216
 Santana, Emílio, anarco-sindicalista,
 26, 76, 77, 247, 248, 329
 Santa-Rita, Guilherme de, dito Santa-
 -Rita Pintor, 75
 Santos, Anastácio José dos, soldado,
 226
 saúde e higiene pública:
 assistência domiciliária, 82, 101,
 124n., 125, 186, 193, 203, 281,
 283, 284, 290
 campanhas de vacinação, 116n.,
 118n., 185, 210, 214, 216, 218,
 262
 Conselho de Saúde Pública do
 Reino, 111n., 130
 Conselho Superior de Higiene, 77,
 85n., 316, 321
 Direcção-Geral de Saúde (v. tb.
 Jorge, Ricardo), 68, 78, 79 e n.,
 80, 11n., 113, 115, 116, 117n.,
 118, 119, 120, 121n., 122 e n.,
 123, 130, 225, 226, 271, 273,
 275, 283, 331
 farmácias e farmacêuticos, 26, 68,
 78, 79, 80, 99, 116, 118n., 120,
 121, 122, 123 e n., 161, 211,
 212, 213n., 214, 216, 218, 222,
 274
 «medicina social», 118
 médicos de família, 44
 posturas e regulamentos, 110

- Regulamento Geral de Saúde
 Pública de 1901, 221
 creches e orfanatos, 118n., 222,
 249, 252
 Seabra, Campos, doutor, 201
 Seidl, Carlos, director de saúde do Rio
 de Janeiro, 95, 98, 202-03
 Sequeira, Álvaro, 231
 Serrão, Joaquim Veríssimo, 234
 Silveira, António Duarte da, enfer-
 meiro, 193, 329
 Siqueira, Marilda Mendonça, pesqui-
 sadora, 208
 Soares, Augusto Afonso, maqueiro,
 222, 223
 Sousa Júnior, A. J. De, médico, 280n.,
 318
 Souza-Cardoso, Amadeo de, artista
 plástico, 75, 239, 240, 241, 252n

T

Taubenberger, Jeffrey, investigador, 56,
 176, 255
 Torga, Miguel, escritor, 23, 331
 Torres, Magarinos, doutor, 206
 Trevões, visconde de, 192q.

V

vagas epidémicas da gripe pneumó-
 nica:
 primeira vaga, 43, 71n., 113, 167,
 169, 170, 171, 213
 segunda vaga, 41, 45, 71, 76, 77, 81,
 82, 85n., 155, 169, 170, 171,
 172, 175, 280
 terceira vaga, 46, 72, 168, 281
 Vaz, Francisco, delegado de saúde de
 Faro, 110n., 111 e n., 113 e n., 114,
 116 e n., 117n., 119n., 120 e n.,
 122, 123 e n.

Índice geográfico

A

Afeganistão, 169
África (v. tb. *Norte de África*), 32, 48, 50, 53, 57, 58, 72, 117n., 171, 177, 200, 201, 202, 203, 250n., 294, 308, 310n., 325
- ocidental, 46, 58
- oriental, 50
- subsariana, ou central, tropical, 57, 59, 325
- Costa do Ouro, 58
África do Sul, 46, 48, 58, 75, 170, 308, 326, 327
Cidade do Cabo, 57, 223
Alasca, 56, 170
Alemanha, 45, 47, 54, 58, 64n., 70, 75, 86, 118n., 160, 173, 265
América Latina, 57
América do Sul, 57
Angola, 59n., 64n., 86
Cabinda (*v.*)
Ásia ocidental, 41
Ásia oriental, 42
Austrália, 45, 46, 83n., 117n., 126n., 127n., 128n., 172n., 323
Melbourne, 55
Sidney, 74, 323

B

Balcãs, montes, 280
Bechuanalândia, 59

Brasil, 32, 34, 63, 75, 82, 84, 93-105, 197-208, 287n., 309, 311 e n., 320, 323, 324, 329
cidades:
- Belo Horizonte, 75, 84, 96 e n., 99, 198, 329, 330
- Porto Alegre, 99, 313
- Recife, 95, 200
- Rio Grande, 95, 97, 318, 324
- Rio de Janeiro, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 197 e n., 198, 199, 200, 202, 203, 205, 206, 208, 315, 319
- Salvador da Baía, 75, 200, 330
- São Paulo, 75, 84, 98, 99, 100-01, 102, 197, 199, 200, 203, 204 e n., 205, 206, 208, 314, 323, 324
estados:
- Baía, 98, 105
- Minas Gerais, 96, 98, 101, 102, 105, 323
- Pernambuco, 95
- Rio Grande do Sul, 95, 103, 206
regiões:
- Centro-Oeste, 105
- Norte, 105, 103, 206
- Nordeste, 95

C

Cabinda, enclave de, 59n.
Cabo Verde, arquipélago de, 191q.

A Pandemia Esquecida

Canadá, 50, 107 e n., 109n., 170, 173, 329
Labrador, 50
Ontário, 173, 175
Toronto, 165, 173, 174, 175, 322
Vancouver, 173
Caraíbas, 74
China, 34, 44, 51, 53, 57, 127, 166, 171, 173, 177, 320, 322,
Guangdong, 166
Congo belga, 59
Congo francês, 59n.
Coreia do Sul, 257

E

Espanha, 34, 35, 58, 71 e n., 72, 73, 74, 76, 77, 82, 84, 85, 127n., 155, 166 e n., 168 e q., 169, 170, 171, 172, 174, 178, 199, 209-18, 244, 245, 280, 288, 298 e n., 308
cidades e vilas:
- Almería, 170
- Aracena, 216
- Ayamonte, 113 e n.
- Badajoz, 71
- Barcelona, 170, 215, 216
- Burgos, 170
- Cuenca, 167
- Drieves, 174
- Madrid, 71n., 72n., 74, 77n., 167, 174n., 210, 212, 215, 216-17, 247, 326, 327
- Medina del Campo, 171
- Olivença, 71
- Orense, 170, 175
- Salamanca, 167
- Sevilha, 215, 216
- Toledo, 167
- Valência, 215, 217, 314, 318
- Valverde del Camino, 216
províncias e regiões:
- Andaluzia, 167, 169, 216

- Baleares, 167 e n., 170
- Canárias, 167 e n., 169 e n., 172
- Catalunha, 167, 170
- Extremadura, 71n., 167, 169, 216
- Galiza, 167, 243, 244, 245, 280
- Levante, 168
- Meseta Central, 167
- Noroeste, 169, 170
- Zamora, 170

Estados Unidos da América, 18, 22 e n., 27 e n., 42, 43, 45, 46, 47, 51, 52n., 53, 57, 58, 71n., 82, 83n., 84, 117n., 169, 171, 173, 178n., 176, 198n., 287n., 309, 317

Atlanta, 55

Boston, 45, 168

Kansas, 43

Midwest, 171

Nova Orleães, 308n.

Sul-Sudeste, 309

Europa de Leste, 55

Europa Ocidental, 17, 28, 29, 32, 41, 44, 45, 46, 50, 53, 54, 57, 58, 59, 69, 72, 86, 95, 97, 107, 118, 122, 131, 133, 155, 165, 170, 171 e n., 173, 175, 183, 199, 200, 201, 203, 231, 274, 280, 282, 288, 309, 316, 330, 332

Europa do Norte, 73

Europa do Sul, 221, 288

F

Fiji, ilhas, 50

Finlândia, 160

Flandres (Bélgica), 245, 294

La Lys, 30 e n., 265

França, 43, 44, 46, 54, 64, 75, 119n., 127n., 128n., 167, 171, 172, 183, 186, 198n., 214, 215, 218, 226, 248, 250n., 260, 294, 315, 316, 322, 323, 325, 327, 332

Bordéus, 155, 171

Brest, 45, 155, 168, 171
Étaples, 43
Paris, 54, 58, 198, 207

G

Grã-Bretanha (tb. Reino Unido, Império Britânico), 23, 27, 29, 41, 43, 47, 48, 49, 54, 56, 57, 58, 66n., 75, 77n., 82, 84, 170, 260, 261
Eyam (Derbyshire), 60 e n.
Londres, 29, 55, 57, 60n., 84, 116n., 199, 214
Liverpool, 42, 95, 200
Escócia, 48
País de Gales, 48
Sunderland, 116n.
Guiana Britânica, 48

H

Hong Kong, 21, 165, 173
Hungria, 73

I

Índia, 46, 48, 53, 107, 109n., 110, 118n., 124n., 127n., 200, 323, 331
Indonésia, 51, 315
Inglaterra (v. *Grã-Bretanha*)
Irlanda:
 Castlebar (Mayo), 60n.
Irão, 313
Itália, 72, 73, 84, 202, 280

J

Jamaica, 48
Japão, 51, 53, 117n., 118n., 169n., 298n., 325, 328, 331
Tóquio, 55

M

Mediterrâneo, mar, 200, 328
México, 21
Moçambique, 64n., 76, 86,
 Lourenço Marques (actual Maputo), 223

N

Norte de África, 45, 46
Noruega, 73, 257
 Oslo, 74
 Svalbard, 56
Nova Zelândia, 47, 51, 57, 59, 118n., 124n., 170

O

Oceânia, 199
Orão (Argélia), 178

P

Pacífico, ilhas do oceano, 32, 43, 46, 50-51, 53, 172n.
Portugal, *passim*
 arquipélagos atlânticos:
 - Açores, 73, 134, 136, 138
 - Cabo Verde (*v.*)
 - Madeira, 136, 138q., 139q., 148q. cidades:
 - Aveiro, 243
 - Braga, 285, 286, 287, 313, 322
 - Évora, 306n., 313
 - Coimbra, 66, 67, 70, 82, 83n., 193, 243, 244, 293
 - Faro, 110, 124 e n., 242-43, 285
 - Leiria, 80, 298, 299, 300, 311
 - Lagos, 109, 110n., 111n., 121n., 125n., 129
 - Lamego, 286
 - Lisboa, 122n., 156, 188-89, 191q., 192q., 193, 222, 248

A Pandemia Esquecida

- Porto, 30n., 33, 36, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 76, 80, 81, 134, 135q., 136, 137q., 138, 139q., 148q., 155, 185, 224n., 233, 234, 243, 247, 249, 264, 272, 273, 279-90, 292, 301, 302, 303, 304, 320, 321, 322, 330
- Tavira, 110n.
- comarcas:
 - Coimbra, 157, 159
 - Lafões, 191q.
 - Lisboa, 157, 159
 - Porto, 157, 159
- concelhos:
 - Albufeira, 109, 114-15, 116, 120, 123, 126
 - Alcoutim, 114, 116, 245
 - Aljezur, 114, 116, 126n.
 - Azambuja, 157
 - Benavente, 156, 157
 - Cascais, 225
 - Covilhã, 156, 157
 - Famalicão, 225
 - Faro, 110n., 111, 112, 113, 114, 115 e n., 116, 117n., 119n., 120 e n., 121, 122, 123 e n., 129n., 318
 - Lagos, 112, 116, 129n.
 - Leiria, 33, 128n., 155-62, 298
 - Loulé, 114 e n., 130
 - Melgaço, 157
 - Monchique, 115
 - Salvaterra de Magos, 157
 - São Brás de Alportel, 114 e n., 129, 130
 - Silves, 115n., 126n.
 - Vila do Bispo, 126n.
 - Vila Franca de Xira, 157
 - Vila Nova de Ourém (aparições de Fátima), 228, 241, 242, 243, 245, 251, 294, 312, 313, 318
 - Vila Nova de Portimão, 125n.
- distritos:
 - Angra do Heroísmo, 134, 135q., 136, 137q., 148q.
 - Aveiro, 135q., 137q., 139q., 143, 146q., 148q., 149q., 154q.
 - Beja, 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146q., 148q., 149q., 154q., 155
 - Braga, 111, 134, 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146q., 148q., 149q., 154q., 155
 - Bragança, 134, 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146q., 147n., 148q., 149q., 154q., 192
 - Castelo Branco, 135q., 137q., 139q., 145, 146q., 148q., 150q., 154q., 155, 224
 - Coimbra, 135q., 136, 137q., 139q., 142 e q., 143, 144q., 145 e q., 146 e q., 147, 148q., 150q., 154q., 331
 - Évora, 135q., 137q., 139q., 143, 146q., 148q., 155
 - Faro, 68n., 108, 111, 112n., 115, 119, 121, 122n., 124n., 135q., 137q., 139q., 143q., 146 e q., 148q., 150q., 154q., 161
 - Funchal, 134, 135q., 136, 137q., 138, 139q., 148q.
 - Guarda, 111, 134, 135q., 137q., 139q., 143, 146q., 148q., 151q., 154q., 155
 - Horta, 134
 - Leiria, 126n., 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146 e q., 147, 148q., 151q., 154q., 157, 159, 298n.
 - Lisboa, 135q., 137q., 139q., 143, 146q., 148q.
 - Ponta Delgada, 138
 - Portalegre, 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146q., 148q., 151q., 154q.
 - Porto, 135q., 137q., 138, 139q.,

- 146q., 148q., 152q., 154q., 279-90
- Santarém, 111, 135q., 137q., 139q., 143, 146q., 148q., 152q., 154q.
 - Viana do Castelo, 135q., 137q., 145, 146q., 148q., 152q., 154q.
 - Vila Real, 134, 35q., 136, 137q., 139q., 143, 146q., 147n., 148q., 152q., 154q.
 - Viseu, 111, 135q., 137q., 139q., 143, 145, 146 e q., 148q., 153q., 154q.
- freguesias urbanas e rurais:
- Ajuda, 248
 - Alcântara, 252n.
 - Alfama, 189, 252n.
 - Alte, 114, 115
 - Almancil, 114, 115
 - Almorim, 245, 246
 - Bairro, 225
 - Boliqueime, 114 e n., 115
 - Carreira, 225
 - Casal Ventoso, 280
 - Cedofeita, 283
 - Cova da Iria, 241
 - Delães, 225
 - Ferragudo, 116n.
 - Lapa, 192q.
 - Manhufe, 239
 - Mértola, 245
 - Mouraria, 189
 - Paranhos, 206, 283
 - Querença, 114
 - Ramalde, 283
 - Salir, 115
 - Santa Bárbara de Nexe, 110n.
 - São Ruivães, 225
 - São Sebastião (Setúbal), 297
 - São Simão, 225
 - São Fins, 225
 - Terramotos, 252n., 280
 - Xabregas, 230
- províncias:
- Alentejo, 71 e n., 122n., 129n., 245
 - Algarve, 17, 33, 68n., 71, 80, 81n., 86, 107 segs., 251, 315, 319
 - Beira Alta, 25
 - Beira Baixa, 71n.
 - Douro, 71, 72, 76, 224
 - Minho, 118n., 224, 225, 285, 286n.
 - Trás-os-Montes, 81, 89, 118n., 136, 224
- vilas:
- Albufeira, 110, 122, 123n., 124
 - Alcácer do Sal, 193, 329
 - Alcoutim, 245
 - Amadora, 192q.
 - Amarante, 222, 239, 247
 - Amares, 285
 - Arronches, 224
 - Barcelos, 233, 285
 - Benedita, 312
 - Cabeceiras de Basto, 285
 - Candemil, 222
 - Carcavelos, 225
 - Condeixa, 232
 - Coruche, 114
 - Espinho, 240
 - Famalicão, 285
 - Fátima, 228, 241, 242, 243, 245, 251, 294, 312, 313, 318
 - Lamego, 286, 298
 - Lagoa, 110
 - Loriga, 37, 288
 - Loulé, 110, 114, 115, 125n.
 - Manteigas, 37, 280, 286n., 288
 - Matosinhos, 192q., 288, 326
 - Mira, 224
 - Monchique, 110, 115
 - Nazaré, 25, 248
 - Olhão, 110n., 115, 121n.
 - Porto de Mós, 311
 - Póvoa do Varzim, 280, 286n.

A Pandemia Esquecida

- Resende, 285
- Sabugal, 224
- São Brás de Alportel, 110n., 129
- Seia, 30n.
- Seixal, 288
- Sesimbra, 30n., 288
- Silves, 110n., 115n., 125n., 128, 129
- Sintra, 247, 248
- Tancos, 288
- Vieira do Minho, 285
- Vila Meã, 222
- Vila Nova de Gaia, 71, 285
- Vila Nova de Portimão, 110n., 115n., 116n., 121n., 125n., 129, 130
- Vila Real (Douro), 76
- Vila Real de Santo António, 110, 113n., 124
- Vila Real de Trás-os-Montes, 80, 134
- Vila Viçosa, 71

Q

Quénia, 50

R

Rússia, 42, 57, 243, 245, 280, 294

S

Samoa, arquipélago (EUA), 47, 50, 59, 83n., 107, 331
Santa Helena, 46
Senegal, 110n., 117n., 119n., 200, 317
Dacar, 95, 96, 200, 201, 202
Serra Leoa, 168, 169
Freetown, 45
Sibéria oriental, 42
Singapura, 173, 174
Suécia, 73
Sueste Asiático, 173
Suíça, 173
Svalbard, 56

T

Tailândia, 173
Tanganica, 53
Tasmânia, 47
Tonga, 50

V

Vietname, 173

