

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 noutra 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 dividir-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 despiolhamento e desinfectação.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 recrudescimento. 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 telégrafo, 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, fácil 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 minguagem 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 realizava 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 desinfetadas 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 surgiram 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 profilácticas e a eventual medicação. O período de pico da mortalidade seria curto e a morbilidade 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.