

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 Cíveis 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 Killingley 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 auge 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).

Paira 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 Cíveis 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; Porrás 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 Fragoso, 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. Tratou 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 Civis 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 Civis 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*, 1 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 broncopneumónica 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-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 (Honigbaum 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 levou 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 benemerência 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 imprevisto 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 congregar 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.