

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

Capítulo 8

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

Objectivos e documentos consultados

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

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

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

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

Linhas de dificuldade e transições na pneumónica

O desconhecimento do agente da doença

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

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

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

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

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

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

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

A insipiência dos tratamentos

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

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

Quadro 8.1 – Tratamentos utilizados na influenza

Acetato de amónio	Adrenalina
Álcool sob a forma de poção de Todd e envolvimentos húmidos de álcool e água	Amoniacaís e estimulação difusiva com amoniacaís e álcool
Antiespasmódicos	Antissépticos respiratórios
Antitérmicos: fenacetina, aspirina	Aplicação de ventosas de fixação
Auto-seroterapia	Clister
Cataplasmas sinapizadas	Colargol em injeções e Electrargol
Clisteres com soro de Schiazzi	Injeção de óleo canforado
Inalações mentoladas	Oxigénio
Iodo	Poção de carbonato de amónio
Quinino e medicação quino-amoniacaal	Poções alcoólicas
Papas de linhaça	Sangria
Poção de Jacoud	Supurações de abcessos
Soro: glicosado e glicosado isotónico	Terebintina
Tonicardíacos: cafeína, esparteína, estriçnina e óleo canforado	

borados na altura da epidemia uma lista dos tratamentos utilizados (v. bibliografia), que não se pretende exaustiva mas apenas representativa, e que apresentamos no quadro 8.1. Como se poderá inferir, o seu tamanho não tem qualquer paralelo com a eficácia dos tratamentos, que eram meros paliativos.

Face a este panorama, é impossível não concordar com o comentário autocrítico que um médico da época, ainda no rescaldo da mortalidade de 1918, viria a fazer: «O tratamento da Grippe – avemos [sic] de concordar – não faz parte dos que enchem de prestígio a medicina.» (Martins 1919, 59) De facto.

A incipiência do novo modelo de governação da saúde

O período que decorre entre a Revolução Francesa e a I Guerra Mundial é determinante para o advento de um grande conjunto de transformações na área da governação da saúde (Porter 1993). Por toda a Europa, os Estados e as instituições médicas irão envolver-se em reformas sem precedentes (Fox 1993), que darão origem a uma larga rede de apoio às acções de saúde pública. Estas transformações estruturais são justificadas por vários pressupostos, muitos deles ligados às ideias sanitárias e higienistas que relacionam a higiene e a sanitização com a saúde (Porter

1993). As reformas irão exigir alterações também nas mentalidades, ou nos modos de cada um entender o que é a saúde e como cuidar dela. Assim, é nesta época que a saúde começa a deixar gradualmente de ser vista como um bem que Deus oferece ou retira de acordo com os seus designios superiores e tornar-se-á cada vez mais claramente «uma tarefa produtiva, um projecto individual» (Beck-Gernshein 2000), que se tem que tomar em mãos de forma continuada. Esta tendência irá acentuar-se de forma crescente, e no final do século XX estará consolidada num entendimento da saúde como projecto de preocupação consigo (*souci de soi*) (Foucault 1982), que irá implicar ao mesmo tempo que a saúde seja cada vez menos uma questão de natureza privada, da responsabilidade de cada um, para passar a ser uma obrigação face a todos os outros (Beck-Gernshein, 2000).

Com a gradual retirada de Deus das questões da saúde dá-se uma reordenação, também muito gradual, das responsabilidades para com ela (Porter 1993), e que irão ser redistribuídas por três vértices: Estado, ciência e população. Esta redistribuição produz uma remodelação nas formas de articulação entre o Estado e os indivíduos (Foucault 1982), e reorganiza as fronteiras do público e do privado no tocante a dois grandes aspectos: (1) por um lado, o facto de a saúde e a higiene passarem a ser assumidas pelo Estado faria perder terreno às instituições e formas de caridade privadas; (2) por outro, a necessidade de os Estados normalizarem as acções e decisões quanto à higiene e sanidade de populações em crescimento pressupõe um tipo de governação que necessita que as leis e obrigações venham, com o tempo, a funcionar mais como normas internalizadas do que como proibições ou imposições vindas do exterior (Rose 1996; Rutherford 1999). Esta «privatização» da lei funda-se em dois aspectos que se articulam: o facto de cada cidadão ter um «estatuto de delegado» da própria lei, ser um seu «agente», e a existência de uma série de conhecimentos especializados que definem e ensinam porque é que é bom e correcto aceitar as leis, as proibições e as obrigações emanadas do direito e como fazê-lo (Foucault 1982; Rutherford 1999), e que concorrem no sentido de dotar estas de um significado concreto.

Na área da saúde e da doença esta lógica significa que a governação não pode ser feita apenas por estruturas oficiais e instituições de peritos, mas que necessita da colaboração da consciência individual: aquela internalização só pode ter pleno sucesso se forem criadas também novas subjectividades, ou novas formas de pensar sobre si e os outros mais compatíveis com as novas leis, obrigações, proibições e saberes (Rose 1996). Estas novas formas de pensar sobre si e sobre os outros, organizadas em torno de novas representações sociais do corpo, da doença, do trata-

mento e das responsabilidades pela saúde, irão fornecer um suporte de significado para as novas práticas. Elas irão também legitimar a penetração das autoridades sanitárias no espaço privado dos indivíduos, para controlar a sua higiene em nome da necessidade de lhes impor certos comportamentos, enquanto os mecanismos de responsabilização pessoal de cada um não sejam interiorizados. Claro que esta legitimação da intromissão das autoridades só pode ter eficácia se houver nas sociedades um consenso mínimo e se alguns dos seus membros reivindicarem já os novos comportamentos – instituídos como deveres no espaço público e no privado – como uma obrigação de cada um, com o argumento de afectarem o direito à saúde de todos.

Ora, na época da pneumónica, o caminho que havia de desembocar neste estado de coisas estava ainda bem longe da consolidação. Com efeito, está associada à governação da saúde a terceira das transições que identificamos como relacionada com a dificuldade em gerir a epidemia de 1918-1919. As questões da saúde neste período ilustram bem os problemas associados a mudanças sociais que implicam a integração de um conjunto normativo novo nas sociedades, modificando a vários níveis e em vários sistemas as representações da sociedade, e evidenciando que a generalização da mudança é um processo que se dá muito lentamente e por etapas que vão atingindo diferentes grupos em diferentes momentos do tempo.

Vejamos então, na altura da pandemia e no que respeita à governação da saúde, em que situação se encontram os três vértices aqui envolvidos – Estado, ciência e população. É inegável que, quanto aos dois primeiros, havia já grandes desenvolvimentos relativamente ao século anterior. Regista-se já uma clara intervenção do Estado, através do recurso à legislação e a uma rede relativamente organizada de estruturas de saúde pública – autoridades sanitárias, hospitais e universidades estatais e um esforço de vacinação. Acresce que, com a reforma da administração da saúde em 1901, o saber médico e especializado passara claramente a presidir a todos estes serviços e estruturas (v. capítulo 2 de Sobral, Sousa, Lima e Castro neste volume). A simples leitura da biografia de Ricardo Jorge, a figura mais central da saúde pública da época, situada entre o final do século XIX e meados do XX, demonstra em si mesma a existência formalizada de médicos municipais (função que desempenhou no Porto), de estatísticas sanitárias mensais (que instituiu), de Institutos Centrais de Higiene, Inspeções-Gerais de Serviços Sanitários e Direcções-Gerais de Saúde (postos que sucessivamente ocupou).

Verifica-se, assim, que os peritos médicos e paramédicos têm lugar nas estruturas do Estado, em corpos estabilizados, cujas funções já ultrapas-

sam em muito a supervisão do poder de Deus. No entanto, não é a mera existência das leis nem a de organismos de peritos com a missão de as fazer cumprir que assegura integralmente o seu cumprimento (Castro e Batel 2008). À época da pandemia a população não interiorizara ainda as novas obrigações sanitárias. Ao mesmo tempo, é também necessário considerar que a própria noção de «população» era um conceito relativamente novo e ainda insuficientemente teorizado. A Revolução Francesa e o surgimento da República, o nascimento dos Estados modernos, o aumento demográfico e a explosão urbana associada à industrialização, são factores que se conciliam a partir de inícios do século XIX (Wallerstein *et al.* 1996) para virem a tornar a noção de população um elemento-chave na compreensão das transformações em curso nas sociedades. No entanto, quem é esta população e como conceptualizá-la? Será composta por indivíduos singulares, por comunidades de proximidade «cara a cara», por grupos de referência? Integrará as elites? Que papéis e responsabilidades lhe estarão reservados? Todas estas são ainda questões em aberto. São, porém, questões que se irão colocar de forma premente e que levarão os Estados a instigar as ciências sociais a desenvolverem-se para os ajudar na governação deste novo grupo (Wallerstein *et al.* 1996).

Como em todas as transições, a governação da saúde e do corpo impunha, naquele período, a necessidade de escolher entre modelos diferentes para a sua implementação prática: (1) um modelo possível era o que supunha a intensificação da relação directa Estado-ciência-indivíduo, passando a saúde a tornar-se em grande parte, ou quase exclusivamente, uma questão de gestão pública estatal sobre os indivíduos, guiada pela ciência; neste caso, a população seria entendida como um somatório de indivíduos; (2) um outro modelo supunha, por sua vez, que a gestão da saúde deveria passar pelo reforço das relações indivíduo-comunidade, e pela intensificação das relações de proximidade e vizinhança e do papel destas relações quer na regulação de comportamentos, quer na ajuda e apoio na doença e na prevenção desta. Este segundo modelo implicaria uma assistência (também) domiciliária e um maior envolvimento da sociedade civil, bem como uma gestão mais descentralizada e um maior investimento em estruturas de apoio com base na proximidade.

Situação na época da pneumónica

Qual era então o quadro que podemos identificar à época em a pandemia se declara? Com clareza, há indícios de que: (1) o debate relativo àqueles dois modelos de governação ainda era incipiente no nosso país, ou es-

tava mesmo por fazer; (2) a resposta à doença foi extremamente centralizada, no formato do primeiro modelo – Estado-ciência-indivíduo – e pouco apoiada nas potencialidades da comunidade; (3) a doença, no entanto, mobilizou a sociedade, que não deixou de se organizar para ajudar, e isso terá mesmo contribuído para reforçar a afirmação de novos tipos de associações da sociedade civil, como a Cruz Vermelha e os bombeiros; (4) a implicação dos indivíduos na auto-regulação para a higiene e para a saúde estava ainda pouco difundida, como seria de esperar numa população analfabeta, pobre e castigada – ainda mais que o costume – pelas dificuldades específicas deste período (como se salienta, por exemplo, nos textos de Sobral e colaboradores, Sousa e colaboradores, Girão e Frada neste volume); (5) no entanto, já existiam vozes que pediam essa regulação, e a intervenção no espaço privado em nome da higiene e da saúde era vista como legítima, legitimidade essa que a pandemia reforçou ainda mais.

Nas secções que se seguem iremos salientar e exemplificar os pontos acima enunciados, recorrendo sobretudo à análise da imprensa e aos relatórios oficiais de balanço da epidemia. Mostraremos como nos jornais da época há já cartas de leitores que apelam à governação da saúde como um direito, exercendo sobre os seus concidadãos uma pressão social indispensável, a longo prazo, para a internalização dos novos comportamentos de higiene. Porém, como estes novos traços são obviamente minoritários, a análise dos documentos procura sobretudo destacar o modo como estes processos de transformação normativa das sociedades ocorrem a longo prazo e como precisam de convocar várias contribuições convergentes. Mostraremos ainda que a sociedade se envolveu em várias frentes e que o modelo centralizado Estado-ciência-indivíduo não ficou isento de críticas.

Por fim, este texto encerrará com uma síntese em que serão discutidas quais as incidências na resposta à epidemia de todas as dificuldades que fomos mencionando – uma ciência em transição, uma governação da saúde em transição e uma nova subjectividade face à saúde ainda por consolidar.

A epidemia na imprensa

Uma nova subjectividade face à saúde e à higiene

Tal como mencionado, a imprensa da época foi analisada entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919, consideradas as duas datas-baliza das vagas mais intensas de mortes devidas à pneumónica. Analisámos a imprensa

Quadro 8.2 – Classificação das peças sobre gripe publicadas na imprensa entre Maio de 1918 e Janeiro de 1919

Frequência		Porcentagem face ao total
Artigo de opinião de não jornalistas	4	1,2
Artigo de opinião de jornalistas	23	6,7
Notícia	75	21,9
Nota	131	38,2
Publicidade	47	13,7
Nota da Direção-Geral de Saúde	51	14,9
Carta de leitor	9	2,6
Notas com contagem de mortes	3	0,9
Total	343	

generalista e ainda o jornal *O Mensageiro*, um órgão influente da Igreja católica. O quadro 8.2 tipifica as peças que são publicadas e destaca aquelas que se devem a leitores – através das quais é de algum modo concedida voz à opinião pública – e que por isso nos servem para ilustrar o seu tipo de envolvimento durante a pandemia. O quadro mostra que em nove meses de pandemia foram apenas publicadas nove cartas de leitores e quatro artigos de opinião de não jornalistas, o que nos permite concluir, como aliás seria de esperar face à elevada percentagem de analfabetismo (70%), que não foi intensa a participação da sociedade por esta via.

No entanto, é interessante uma análise do que é dito nessas cartas, na medida em que revela que elas são já um factor de pressão social, dando apoio e expressando um desejo de governação da higiene e da saúde consonantes com o que dissemos sobre a existência de alguma penetração social dos novos conjuntos normativos higienistas.

Nestas cartas e artigos de opinião, a governação da saúde é já claramente solicitada como um direito e é já em função deste direito que a penetração dos agentes estatais no espaço privado dos indivíduos é assumida como legítima. Vejamos dois exemplos:

Agora que tanto se trata da limpeza das ruas e da sua lavagem e desinfecção venho pedir a v. para que advogue no seu muito lido e apreciado jornal que a polícia sanitária faça uma rigorosa visita as escadas e saguões da Baixa, para observar que na generalidade as escadas não só não são varridas como se passam meses e meses sem serem lavadas. [...] É mister que a polícia sanitária vá até aos andares superiores observar o que ali se vê [...] (Mathias Beça, *A Capital*, 21 de Outubro 1918).

Escreve-nos o sr. António Pinto para que chamemos a atenção das autoridades sanitárias para os verdadeiros focos de infecção que são algumas casas

de hóspedes e as denominadas «da malta», onde a limpeza é coisa desconhecida. Não é só lavando as ruas e deitando nelas desinfectantes que se consegue atalhar o mal [a epidemia]. É necessário que os subdelegados de saúde façam visitas às escadas e saguões assim como a essas casas, que abundam pela Baixa, por Alfama e pela Mouraria, principalmente. (*A Capital*, 3 de Novembro de 1918)

Como se torna notório, em ambos os extractos há um pedido para que as autoridades sanitárias entrem no espaço privado para que preservem a limpeza, a higiene, e através desta a saúde. A higiene, a limpeza e a saúde são convocadas como direitos de todos, ou públicos, que a epidemia vem evidenciar ainda mais. É pois em função destes direitos que o controlo dos comportamentos daqueles que os violam pode ser reivindicado como legítimo, mesmo no espaço privado. Esta formulação da higiene e da saúde como direitos e a sua reivindicação são, aliás, apresentadas com recurso a um formato retórico recorrente no nosso país, que é o da comparação com «outros países mais civilizados» ou, como se diz no extracto seguinte, outros países onde «a saúde, a vida dos cidadãos, merecem cuidados»:

Não se tem procedido, ao que nos conste, ao que de mais elementar sobre o assunto se põe em acção nos países onde a saúde, a vida dos cidadãos, merecem cuidados. Não se lavam, de modo profícuo, as ruas e as praças da capital; não se procede ao lançamento de desinfectantes nas sarjetas. No centro da Baixa, atrás do Teatro de Dona Maria, existe um verdadeiro foco de infecção. [...] quando faz sol levantam-se ali nuvens compostas de moscas, mosquitos, melgas e outros insectos que [...] constituem, como se sabe, um poderoso elemento de propagação de males epidémicos (*A Capital*, 8 de Outubro 1918).

Como o extracto mostra, a epidemia é também uma forma de argumentar a favor de alterações que conduzam a uma maior higienização e a favor de uma maior vigilância social que a garantisse. Simultaneamente, o extracto também indica a existência de algum consenso sobre as questões da higiene e sobre a sua relação com a saúde e o muito que ainda há a fazer neste domínio. Neste sentido, tal como temos vindo a salientar, realça a incipiência de um novo modelo social – em que a higiene e a saúde deverão ser da responsabilidade de cada um – e permite constatar que tal incipiência é uma dificuldade acrescida na gestão da gripe pneumónica.

A participação e empenho da sociedade civil

No entanto, o facto de a população, na sua maioria, não parecer estar ainda alinhada com o novo modelo em que a higiene e a saúde são uma responsabilidade de cada um, não significa que ela não estava em transformação. Pelo contrário, não só se estava a transformar como apresentava capacidade para se organizar em acções e associações de ajuda e intervenção. De facto, a população envolveu-se. E podemos dizer que a epidemia constituiu um momento em que se assistiu a diversos apelos para que a sociedade civil – compreendendo indivíduos particulares, elites, mas também associações cívicas e comerciais – tomasse sobre si certas responsabilidades. Neste sentido, a epidemia, como outras situações de emergência, foi também uma oportunidade para a própria sociedade se reconfigurar e repensar. Esta é outra das dimensões que a imprensa da época torna evidente e que também ajuda a caracterizar a forma como a população lidou com a gripe. O extracto seguinte mostra mesmo como esse envolvimento pode ser já solicitado como um dever:

Sou um pequeno commerciante [...] Mas dentro das minhas posses, eu vou sempre concorrendo com o que posso a favor dos desgraçados. Mas o que fazem as Associações Comercial, Industrial e dos Lojistas? [...] Porque se não juntam essas três Associações e não pedem a todos os seus associados uma quotisação mensal que, estou certo, todos dariam na medida das suas forças, e não se abrem cozinhas onde os pobres, por insignificante quantia, possam obter as suas refeições? [...] Sou sócio da Associação Comercial [...] E se este meu alvitre de alguma coisa servir, a minha quotização mensal de esc. 5\$00 fica desde já estabelecida. (M. N. J., *A Capital*, 22 de Outubro de 1918)

Para além de pedidos, como o que é proposto acima, houve de facto acções e mobilização. Recorrendo uma vez mais à análise da imprensa no período mencionado, podemos ver que no total de 343 notícias referentes à pneumónica existem várias menções a acções, quer individuais quer de membros organizados da sociedade. Apresentam-se, de seguida, alguns exemplos dessas acções e indica-se a frequência com que são mencionadas nos jornais consultados.

A contribuição dos bombeiros é mencionada em 42 notícias. Estas destacam três grandes tipos de missões que são da sua responsabilidade: o transporte de doentes e mortos, área em que se distinguiram, a desinfecção da cidade, a organização de bandos precatórios para recolher doentes a distribuir pelos epidemiados e suas famílias. Também as acções da Cruz Vermelha recebem destaque na imprensa. As 39 referências que

Quadro 8.3 – Exemplos de subscrições abertas pela sociedade civil para ajuda às vítimas da epidemia e suas famílias

Comissão do pessoal dos Correios e Telégrafo abre subscrição para apoio às vítimas da epidemia	Subscrição aberta pelo Banco Ultramarino remete donativos para Cabo Verde
Jornal <i>O Século</i> subscreve para comissão de socorros	Banco de Portugal faz subscrição
Comissão de particulares realiza festa em favor de subscrição nacional	Subscrições da Sociedade de Instrução Militar
Subscrição da Caixa Geral de Depósitos	Subscrição aberta pelo jornal <i>Diário de Notícias</i>
Abertura de subscrição pela Junta de Paróquia de Benfca	Director da Alfândega de Lisboa abre subscrição
Grémio Lafonense abre subscrição	

Ihe são feitas indicam a sua contribuição para os serviços sanitários e de enfermagem, para a prestação de socorros, o albergue de órfãos e para o transporte de epidemiados. Estas duas organizações são as que maior destaque merecem e aquelas que mais se afirmam na epidemia.

Mas na imprensa que consultámos encontramos também 45 menções a subscrições e doações abertas por entidades várias – individuais e colectivas – para a recolha de fundos a distribuir pelos afectados pela epidemia. Estas subscrições tiveram as mais diversas origens e foram um dos meios que mais agilizaram a ajuda monetária na época. No quadro 8.3 oferecemos exemplos dos vários tipos que encontramos referenciados.

Referenciámos ainda 79 menções a acções individuais de ajuda, também de vários tipos. Estas acções são de âmbito muito variado e dão uma perspectiva bastante abrangente sobre o tipo de envolvimento que a sociedade civil teve durante a epidemia. No quadro 8.4 exemplificamos e detalhamos essas acções. No vasto conjunto que assim referenciámos, passa mesmo quase despercebida a existência de 16 menções à realização de procissões de penitência.

Em suma, o exame do material apresentado permite concluir que a inscrição da população na ajuda à epidemia não passa apenas pela ajuda «face a face», de proximidade ou vizinhança, e que, sendo uma ajuda que ocorre sobretudo no seio da comunidade (sobre a qual existem, aliás, poucas informações), passa também por outras formas mais consentâneas com a noção de «sociedade civil», com as associações comerciais e civis a mostrarem alguma contribuição.

Quadro 8.4 – Exemplos de acções de ajuda individuais e de sociedades comerciais

Exemplos de acções das elites	Acções nos bairros, freguesias e paróquias	Exemplos de acções de sociedades comerciais e empresas
Condessa de Burnay concede casa para hospital	Organização de Comissões de Socorros em todas as Freguesias	Associação Comercial envia subscrição a sopa de pobres
Hospital instalado em palacete particular	Comissão de Socorros organiza bando precatório	Donativos de Companhias à Comissão Central de Socorros
Administração da Casa de Bragança oferece casa para hospital e donativo aos pobres	Senhoras de Matosinhos organizam bando precatório	Companhia de Seguros Atlântida faz doação aos doentes pobres
Condessa de Burnay cede palacete à Cruz Vermelha	Indivíduos organizam bando precatório	Banco Pinto & Sotto Mayor envia cheque
Dois beneméritos transformam a sua casa em hospital de epidemiados	Senhoras da Amadora ajudam Comissões de Socorros	Director dos hospitais civis recebe donativos da Companhia Portuguesa de Higiene
Visconde de Guimarães oferece medicamentos	Comissão de senhoras auxilia doentes	Leitarias fornecem hospitais
Proprietário do Ramalhal oferece casa para enfermaria e faz doação	Junta de paróquia de Arroios aberta para informações e atestados médicos	Artistas do teatro Éden angariam donativos no espectáculo
Visconde de Trevões cede 56 leitos	Comissão de Beneficência da Lapa oferece consultas grátis	Fábrica do norte envia cobertores para as enfermarias
	Estabelecimento de postos de socorros pelas paróquias	

Os dois modelos de governação da saúde e a resposta do Estado

A participação e a ajuda da sociedade civil, que acima ilustrámos, coexiste porém com a forte centralização no Estado das formas de resposta à doença e com o modelo de gestão de Ricardo Jorge, inspirado no bem consolidado código de «quarentena e desinfecção» para resposta de primeira linha a epidemias, que conhecia bem de outras doenças com que lidara (v. capítulo 13 de Lima, Castro, Sousa e Sobral neste volume). Este código traduz-se em: (1) prioridade ao internamento e celeridade no internamento; (2) reforço de camas nos hospitais existentes; (3) improvisação temporária de hospitais em edifícios públicos como liceus; (4) reforço de pessoal através de nomeações intensivas de autoridades médicas e sanitárias. Esta resposta centralizada, no formato Estado-ciência-indivíduo, ocorre

com o conseqüente desinvestimento das potencialidades da «comunidade» e da assistência domiciliária para prestarem o seu contributo, apesar da generalizada organização de comissões de socorros nas freguesias.

Elaborado em 1919, o «Relatório do Inspector de Higiene dos Hospitais Civis de Lisboa», o médico Arruda Furtado (1920b), toca precisamente nestes pontos, o que nos indica que a discussão dos dois tipos de modelos de gestão da saúde pública não era inteiramente estranha ao tempo. Este relatório oficial de balanço da pneumónica questiona com clareza a validade – genérica e concreta para a pneumónica – do modelo hospitalização/isolamento. Centrando as suas análises em Lisboa, o inspector de higiene refere que o modelo teve aspectos muito insatisfatórios. Menciona como o isolamento foi pouco satisfatório nos hospitais, pois eram aceites e misturados casos de gravidade variável, tanto «formas fugazes como formas siderantes» da doença (p. 25), ficando-se assim com escassez de camas para os casos realmente graves. Ao mesmo tempo, critica a hospitalização rápida: «talvez por influência da guerra, assemelhou-se a uma evacuação de feridos», feita em carros (sobretudo da Cruz Vermelha) «que atravessavam a cidade na máxima velocidade, buzinando ruidosamente» (p. 25). Destaca ainda como negativas as conseqüências desta prioridade dada ao internamento a todo o custo e a toda a pressa: «lembramos somente a frequência notável de óbitos nas primeiras horas de hospitalização, só explicável pela admissão de moribundos, cujo transporte não devia fazer-se [...]»

O mesmo relatório propõe com clareza a solução para os problemas identificados. Em primeiro lugar, aponta para a importância da assistência domiciliária: «Teria sido bem preferível para muitos dos transportados uma assistência domiciliária [...]» (p. 25). Com esta assistência, «unicamente dependente da facilidade e da rapidez de transportes e da organização de um serviço de assistência clínica e de enfermagem domiciliárias [...] nas zonas de aglomeração urbana» (p. 26), seria possível impedir contágios desnecessários. Seria, além do mais, possível investir em mais prevenção. Como o relatório assinala ainda: «[...] Quando o papel do médico se tornava mínimo por inutilidade de terapêutica [...] evidente se torna a maior necessidade de uma enfermagem numerosa e competente para acudir a uma epidemia [...]»

Um bom exemplo de uma assistência dirigida por um enfermeiro, mais descentralizada e feita na comunidade é a que é relatada no *Relatório e Contas da Comissão de Socorros em Alcácer do Sal*, que foi publicado em Coimbra, na Imprensa Académica, em 1919. O seu autor, o enfermeiro António Duarte da Silveira, nomeado pelo Governo Civil de Lisboa para

chefiar a Comissão de Socorros, salienta no seu texto a importância de «mostrar lá fora como Alcácer se conduziu em tão afflictiva crise» e, para além das contas da sua presença no cargo (receita = 1.890\$52, despesa = 1.334\$79, saldo = 555\$73), descreve contribuições individuais de muitos habitantes, com o nome de cada um em destaque. Descreve, por exemplo, como por iniciativa conjunta dos habitantes se montaram vários tipos de abastecimento – água, carvão, desinfecção das ruas. Indica como se organizaram hospitais em escolas, e como se impedia que aqueles que vinham de fora vagueassem por Alcácer, sendo encaminhados para os hospitais na periferia da povoação.

Comentários de conclusão

No momento em que a epidemia atinge o país tínhamos uma ciência médica e biológica em transição que, embora tivesse recentemente conhecido grandes sucessos com as doenças de origem bacteriana, ignorava ainda o agente causador da influenza. Assim, tínhamos um conjunto alargado de tratamentos que eram apenas paliativos.

Em simultâneo, a época era caracterizada por um modelo de governação da saúde igualmente em transição, já com estruturas sanitárias e médicas, mas com população ainda sem condições sanitárias e longe da autogovernação da higiene e da saúde, não obstante esta já ser reivindicada por algumas vozes. A governação geral e as estruturas de saúde optaram pela centralização e hospitalização como espinha dorsal da sua estratégia face à epidemia.

No entanto, e apesar de tudo, face ao impacto da pandemia, a responsabilidade foi também assumida com alguns casos de sucesso pela comunidade mais «face a face», a nível de bairro, de paróquia, de comissões de socorros. E foi assumida na medida do possível, uma vez que não se investiu muito a esse nível. Mas a resposta acabou por envolver também associações, agremiações, comissões do comércio, bombeiros, Cruz Vermelha, elites, etc. Obviamente, estes são protagonistas apenas nas acções que permitem acudir às consequências da gripe na população, e quase nunca se podem ligar ao tratamento ou prevenção.

A epidemia torna também evidente a existência de uma nova subjectividade, através da qual começa a gerar-se um juízo negativo, uma condenação dos indivíduos que «abram portas à doença», evidenciada por exemplo por aqueles, poucos, que escrevem cartas ao jornal. Ela mostra também que os mecanismos já institucionalizados de vigilância, como a

polícia sanitária, gozam do apoio pelo menos de alguns sectores da população. Assim, enquanto observatório de saúde pública e de mentalidades, a epidemia revela-nos que está de algum modo em curso uma recomposição do que são e do que virão a ser os domínios do público e do privado em relação à saúde e à doença. No entanto, ela mostra também o muito que ainda falta para que a grande maioria da população venha a partilhar dessa nova subjectividade, em que os sujeitos se definem e se co-definem como agentes responsáveis pela saúde própria e pela alheia, através da assunção de comportamentos de limpeza, higiene e prevenção. Com 70% de analfabetos, a autogovernação da saúde (o cuidado de si – *le souci de soi*) ainda não tinha começado a generalizar-se em Portugal.

Fontes

Jornais *O Século*, *A Capital*, *O Comércio do Porto* e *O Mensageiro*.