

PAULO SILVEIRA E SOUSA *

PAULA CASTRO **

MARIA LUÍSA LIMA ***

JOSÉ MANUEL SOBRAL ****

Revista de Historia das Ideias
Vol. 29 (2008)

RESPONDER À EPIDEMIA: ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO COMBATE À GRIPE PNEUMONICA (1918-1919)

1. Introdução: uma doença global

A pandemia da gripe pneumónica foi a mais mortífera de todo o século XX* **** (1). Entre Março de 1918 e a Primavera de 1919 grassou por quase todo o planeta, desenvolvendo-se em três vagas sucessivas, que foram marcadas por uma virulência irregular e por intensos debates científicos em torno do organismo responsável. Com grandes oscilações, ao longo destes meses, a mortandade foi considerável. Concentrando-se

* Centro de Investigação e Intervenção Social, ISCTE, Lisboa, e Instituto Universitário Europeu (EUI), Florença, paulo.sousa@eui.eu. ** Centro de Investigação e Intervenção Social, ISCTE, Lisboa, paula.castro@iscte.pt. *** Centro de Investigação e Intervenção Social, ISCTE, Lisboa, luisa.lima@iscte.pt. **** Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, jose.sobral@ics.ul.pt.

(1) É indispensável agradecer ao António de Araújo a generosidade com que sempre nos facultou materiais e referências bibliográficas. Agradecemos igualmente a leitura atenta e os comentários certos que a Rita Garnel fez a uma versão anterior deste texto apresentada ao XXVI Encontro da Associação Portuguesa de História Económica e Social, Ponta Delgada, Universidade dos Açores, 17-18 de Novembro de 2006. Esta investigação foi realizada no quadro do projecto "A Gripe Pneumónica em Portugal: Gestão de risco e Saúde Pública no Portugal da I República", dirigido por Maria Luísa Pedroso de Lima (CIS-ISCTE) e José M. Sobral (ICS-UL). O projecto foi financiado pela FCT, POCI / /HCT/ 60718/ 2004.

no Outono de 1918, nos meses de Outubro e Novembro, apanhou de surpresa populações, médicos e serviços sanitários que num primeiro momento se revelaram incapazes de perceber a sua natureza, a rapidez do contágio e o seu enorme potencial mortífero⁽²⁾.

Esta pandemia teve portanto características específicas: não só se propagou em "ondas" ou "vagas" de diferente impacto, avançando e recuando, facto que pode ter contribuído para a sua extrema letalidade, como foi igualmente mais mortífera junto dos adultos jovens. Vários estudos sugerem ainda que as zonas costeiras, os centros urbanos e os principais nós das redes de comunicação e transportes sofreram taxas de morbilidade e mortalidade mais elevadas que as zonas rurais mais remotas e isoladas⁽³⁾.

A nível mundial, as várias estimativas disponíveis apontam para um intervalo entre os 20 e os 50 milhões de vítimas mortais, o que demonstra uma notória falta de consenso entre os seus autores. No entanto, os números estão longe de ser consensuais. Num estudo datado de 1991, Paterson e Pyle apontavam para um intervalo entre os 24.7 e os 39.3 milhões, sugerindo que o número total mais plausível devia andar em torno dos 30. Por sua vez, Heller (1998) viria a calcular que o número de mortes poderia ter atingido os 40 milhões, tendo estado exposta ao vírus metade da população mundial (na época cerca de 2 biliões de pessoas). Em 2002 Johnson e Mueller indicavam uma ordem de grandeza em torno dos 50 milhões de óbitos, mas referiam que o número poderia rondar o dobro. Por sua vez, Porter (2002) apontava um total de 60 milhões; Phillips e Killigray (2003) seriam mais moderados e estimaram apenas 30. Alguns dos poucos estudos realizados em Portugal, nomeadamente os de João José Cúcio Frada (1998) e Luís Trindade (1998), baseados nos

(2) Nalgumas zonas do globo a gripe parece ter persistido ou retornado em 1920, provavelmente associada a uma nova estirpe do vírus. Apesar do padrão das três vagas não ter sido universal, tal como os intervalos temporais dos surtos, optámos por usar o intervalo em que a pandemia se manifestou de forma mais generalizada, ou seja 1918-1919. Para mais detalhes ver Johnson e Mueller 2002: 107. Para Portugal, e para as características das três vagas em particular, ver Jorge 1918e1919.

(3) Johnson e Mueller 2002: 106.

cálculos da literatura científica estrangeira, referem um intervalo que varia entre 10 e 20 milhões⁽⁴⁾.

Na Europa, a também denominada influenza, provocou mais mortos que a Primeira Guerra Mundial. Em Portugal teria, igualmente, um efeito devastador na demografia. As estatísticas oficiais indicam que o número de vítimas em 1918 foi de 55.780 pessoas, o que representa uma fatia de 22% em relação ao total de óbitos verificado no Continente, nesse mesmo ano. Em 1919 os óbitos baixariam para 3.097⁽⁵⁾. Porém, esta era apenas uma pequena parcela. Em 1938, Fernando da Silva Correia, um dos grandes especialistas da área da Saúde Pública, após alguns cálculos simples em que procurou acrescentar por comparação com os anos anteriores o excesso de mortes, juntando ainda dados de eventuais diagnósticos equívocos, apontou um intervalo entre os 100 e os 150 mil mortos. Segundo este autor, a gripe pneumónica tinha sido "a epidemia mais mortífera da nossa História"⁽⁶⁾.

Infelizmente, em Portugal, ainda escasseiam estudos quer sobre a morbilidade, quer sobre a mortalidade desta pandemia. Existem alguns trabalhos locais e regionais, mas faltam ainda bastantes peças para se poder completar o retrato, para conhecermos as eventuais diferenças entre urbano e rural e, sobretudo, para termos uma visão completa a nível nacional das consequências demográficas desta crise. Nesta linha de investigação parece-nos que, mais do que nos guiarmos pelos números oficialmente registados, seria interessante começar a estabelecer cálculos e comparações, agregando às vítimas oficialmente reconhecidas as das pneumonias, e outras doenças respiratórias, bem como os excessos de

(4) Paterson e Pyle 1991:4-21; Heller 1998:1329-1331; Johnson e Mueller 2002: 105-115; Porter 2002; Phillips e Killigray 2003, Trindade 1998: 36; Frada 1998:111.

(5) *Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal Ano de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional, p. 101.

(6) Tal como a nível global, as estimativas para Portugal também não são consensuais. Ferreira (1979:406-408) estima que tenham morrido 102.750 pessoas; Oliveira Marques (1991) menciona mais de 50 000; Cúcio Frada (2000: 127-132) indica 60.474 mortos, só em Portugal Continental. Para termos uma ideia das dificuldades em quantificar, basta adiantar que o número de mortes por doenças desconhecidas subiu de 55.791 em 1917 para 96.562 em 1918. Neste ano os óbitos por causa desconhecida atingiram uma fatia de 39% da mortalidade registada. Uma boa descrição sobre as possíveis contabilidades pode ser consultada no clássico Correia 1938: 147-156, 233-235, 479-481. Ver também Sampaio 1958: 90.

mortalidade registados no total da mortalidade ou em algumas das suas categorias, previamente seleccionadas⁽⁷⁾. Embora seja provável que o número exacto de óbitos nunca venha a ser encontrado ficaríamos, assim com um conjunto de estimativas e de intervalos que nos permitiriam discutir os impactos da doença com maior segurança.

Porém, mesmo sem um consenso definitivo quanto aos números efectivos, sabemos pelos dados demográficos que a epidemia de 1918-1919 provocou em Portugal uma inversão relativa das taxas de mortalidade e natalidade, única no período compreendido entre 1886 e 1993 (INE, 2002). De facto, em Portugal, a gripe pneumónica foi o episódio que produziu mais óbitos no século XX, ultrapassando em muito o número de mortes na Guerra Colonial e na Primeira Guerra Mundial. Estudos na área da demografia dizem-nos que se alterou a tendência geral, registada desde 1890, para uma baixa da mortalidade. A pandemia de gripe, associada às epidemias de tifo exantemático e de varíola, seria responsável por uma inaudita recrudescência do número de óbitos⁽⁸⁾.

Pelo facto de provocarem crises e situações de ruptura e por reivindicarem respostas institucionais muito rápidas, organizadas e técnicas, epidemias como a Pneumónica são um excelente observatório para estudar a sociedade de uma determinada época. Ultrapassando a necessária descrição dos acontecimentos e da trajectória da doença, bem como a contabilização básica da mortalidade, o estudo das epidemias permite-nos analisar processos sociais mais globais. Assim, mais do que resultados definitivos em relação a esta pandemia, este artigo pretende apresentar um primeiro conjunto de dados, acrescentando nova informação a um debate que só recentemente começou a ocupar a historiografia portuguesa. Os seus objectivos são por isso modestos. Pretende-se examinar o papel do Estado, das estruturas de saúde pública, e da Sociedade Civil no combate à epidemia, tentando assim perceber quer o modo como se articulavam estes campos, quer os eventuais efeitos que a Pneumónica teve na construção da Esfera Pública durante a segunda metade da I República.

⁽⁷⁾ Jonhson e Mueller 2002:109-112 e Correia 1938: 479-481.

⁽⁸⁾ Morais 2002: 40; Machado 1959: 185, 476-478.

2. Epidemias e saúde pública nas primeiras décadas do século XX

A presença de epidemias nas sociedades europeias tem uma longa história. No século XIX as altas mortalidades estiveram associadas à febre-amarela, ao cólera, ao tifo exantemático e às febres tifoides; nos finais do século XIX e inícios do século XX as febres tifoides, o tifo exantemático, a varíola, o sarampo e a difteria continuavam a assolar o continente em surtos episódicos, embora mais benignos. Durante todo esse período o desenvolvimento do saber médico foi assinalável; vastos programas de obras de saneamento foram empreendidos, generalizou-se a vacinação, ao mesmo tempo que se difundiam as preocupações com a higiene pública e privada, junto de leigos e de especialistas. A salubridade e a Saúde Pública tinham-se tornado objectos de um saber científico, criando-se e sedimentando-se técnicas de combate, instituições e redes de funcionários especializados.

Porém, a gripe pneumónica de 1918-1919 não tem comparação com doenças anteriores. Jamais uma pandemia de tal magnitude tinha ocorrido de forma tão concentrada no tempo e em simultâneo com o final de uma Guerra Mundial, afectando várias áreas da sociedade, da economia, da organização das instituições e daquilo que muito abstractamente tendemos a denominar representações e mentalidades. A estes factores juntaram-se o desconhecimento da sua etiologia, pois o vírus não era ainda conhecido, não existindo nem vacinação adequada, nem medicamentos que pudessem solucionar os casos mais graves. As primeiras estirpes seriam isoladas em 1933, os primeiros ensaios para a criação de vacinas surgiram apenas em 1936⁽⁹⁾. Tudo isto em conjunto veio a tornar evidentes as limitações das medidas sanitárias e administrativas, bem como a falta de soluções terapêuticas.

Em Portugal, o estudo das epidemias e da Saúde Pública tem estado, infelizmente, afastado das preocupações da maioria dos historiadores e cientistas sociais. São raros os trabalhos sobre o cólera, o tifo exantemático, as sezões, a varíola, ou outras doenças como a tuberculose, as enterites, a febre tifoide e as doenças venéreas. Contudo, nas três primeiras décadas

⁽⁹⁾Ainda hoje a etiologia da gripe pneumónica de 1918-1919 não é consensual. Ver, entre outros, Echeverri Dávila 1993.

do século XX este conjunto constituía um grupo importante dentro dos factores normais de mortalidade da população portuguesa⁽¹⁰⁾.

As primeiras abordagens da gripe, e da pneumonica em particular, focalizaram na vertente epidemiológica e demográfica⁽¹¹⁾. Só mais recentemente João José Cúcio Frada, nos seus estudos sobre Leiria, e Paulo Girão, no seu trabalho sobre o Algarve, começaram a estender e complementar esta abordagem com outros factores sociais, económicos e institucionais⁽¹²⁾. Em alguns estudos dedicados à Demografia, e à área da Mortalidade em especial, a gripe pneumonica foi igualmente referida, como exemplo das chamadas crises de mortalidade⁽¹³⁾. Porém, fora de Portugal o estudo dos surtos epidémicos tem tido assinaláveis desenvolvimentos, desde o tempo já longínquo em que Asa Briggs publicou o seu texto sobre o cólera, em 1961⁽¹⁴⁾. No caso particular da gripe pneumonica temos já algumas monografias e colectâneas internacionais como, por exemplo, os livros de Alfred W. Crosby (1976), sobre os EUA, Beatriz Echeverri Dávila (1993) e Isabel Porras Gallo (1997) sobre Espanha, Cláudio Bertolli Filho (2003), Lianne Maria Bertucci (2004) e Anny J. Torres Silveira (2007) sobre o Brasil, ou a colectânea de textos editados por Howard Phillips e David Killingray (2003). Os recentes receios em relação a uma eventual pandemia resultante da transmutação do vírus da gripe das aves vieram dar uma nova actualidade ao estudo da gripe pneumonica, bem patente no recente livro de John M. Barry (2003) ou na reedição da obra de Alfred W. Crosby.

Se em Portugal os trabalhos escasseiam, os materiais disponíveis são, mesmo assim, suficientes, embora não tão vastos como à partida poderíamos pensar. A gripe pneumonica não deu directamente origem a uma vasta reflexão social sobre a saúde pública ou os perigos epidémicos.

⁽¹⁰⁾ Entre 1910 e 1920, em condições normais, a tuberculose continuava a ser a principal causa de morte em Portugal, tendo provocado cerca de 100 mil mortos (Oliveira Marques 1991). Para as principais causas da mortalidade, ver também Correia 1932, Santana 1940, Machado 1959:185,191, 335-366.

⁽¹¹⁾ Por exemplo, Sampaio 1958.

⁽¹²⁾ Frada 1989,1998, 2000 e 2007, Girão 2003.

⁽¹³⁾ Machado 1959 e Morais 2002.

⁽¹⁴⁾ Briggs 1961: 76-96. Para uma discussão mais actual e na longa duração ver Bourdelais 2003. Para uma perspectiva mais centrada nos efeitos das epidemias junto dos discursos e das representações sociais ver Ranger e Slack (dirs.) 1992.

Manifestou-se num período muito curto, marcado pela crise política, social e económica, ficando comprimida entre a agitação operária, a carestia de vida, o Sidonismo e o fim da I Grande Guerra. A competição com outros acontecimentos importantes foi, portanto, permanente. Por exemplo, as referências na literatura da época, ou em textos biográficos e autobiográficos, são com muita frequência curtas e laterais, reflexo de uma sociedade onde o convívio com a doença e as epidemias era comum e quotidiano. Contudo, alguma documentação oficial publicada, a imprensa diária, a imprensa médica e alguns trabalhos de especialistas fizeram-lhe ampla menção. Foi a partir deste conjunto de fontes que elaboramos este primeiro estudo⁽¹⁵⁾.

3. As três vagas pandémicas de 1918-1919

Na segunda quinzena de Maio de 1918, a primeira vaga de gripe pneumónica começou a manifestar-se, sem grande virulência, sem que despertasse muita preocupação por parte das autoridades públicas e da administração sanitária. Durante o primeiro semestre de 1918 a grande preocupação em termos de saúde pública e de epidemiologia foram os focos de tifo exantemático, ou tabardilho, que irromperam no Porto, Braga e regiões vizinhas. Em Junho, Ricardo Jorge, desde 1906 o Director-Geral da Saúde, iria escrever que o tabardilho começava apenas a quebrar e que "de memória de homem se não alastrara assim entre nós". Contudo, surgia nova sombra: "soprava de Espanha a ameaça dum flagelo, o mais contagiante de todos, a querer repetir a ruidosa aparição de há 30 anos"⁽¹⁶⁾.

Sabia-se que a gripe podia assumir formas muito virulentas e perigosas. Porém era, sobretudo, encarada como uma doença relativamente benigna e banal. Apesar da pandemia de 1889-1890, outras moléstias e outras doenças transmissíveis prendiam a atenção dos médicos desde o final do século XIX (Crosby 1976). Para além da tuberculose, dos tifos e da febre tifoide, os clínicos da época davam grande destaque ao impaludismo e à sífilis. Estas seriam mesmo as duas grandes áreas destacadas por

⁽¹⁵⁾ Apesar de diligências várias não conseguimos, até ao momento, localizar o antigo arquivo da Direcção-Geral da Saúde.

⁽¹⁶⁾ Ricardo Jorge 1918: 3.

altura do Congresso Nacional de Medicina de 1897. Nesse ano a gripe não mereceria uma só comunicação, embora fossem apresentados vários trabalhos relacionados com temas de Direito Sanitário ou de organização da Saúde Pública⁽¹⁷⁾.

Na sequência dos primeiros casos de gripe, a 23 e a 27 de Maio, o Director-Geral de Saúde pediu informações às autoridades consulares em Espanha. A 31 recomendava às delegações de Saúde que notificassem a chegada de casos de "epidemia hispânica" que segundo as autoridades sanitárias "ameaçava imediatamente os concelhos da fronteira e os grandes centros". Por fins de Maio já atacava um quinto da população de Vila Viçosa, tendo o contágio sido trazido pelos trabalhadores rurais de retorno de Badajoz e Olivença. A 10 de Junho era identificada nos lugares de Terrugem (Eivas) e Assumar (Arronches). Na mesma data é recenseada no Porto, onde lavra pelas famílias e no Aljube. A 11 é identificada na prisão de Monsanto, em Lisboa, e na secção dos mutilados de guerra no Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia. No seu relatório de 18 de Junho, Ricardo Jorge, prognosticava que "agora, dificilmente, segundo os seus hábitos, deixará de haver canto que escape às presas do infeccionamento"⁽¹⁸⁾.

Em Junho havia já entre os médicos algum conhecimento e debate relativos à epidemia e ao morbo da gripe. Na revista *A Medicina Contemporânea* de 2 de Junho de 1918 transcreviam-se as instruções sanitárias, publicadas pela "Junta Provincial de Sanidad" de Madrid. Escrevia-se, sem reboço, que a epidemia que atacava em Espanha era de tipo gripal, não podendo ser atribuída à contaminação das águas que abasteciam Madrid, nem à remoção de terra do subsolo proveniente das obras do Metropolitano. O gérmen da doença era aerotransportado. A doença tinha um grande poder difusivo, contudo, o microrganismo que a provocava e propagava tinha pouca virulência. Não havia por isso motivo para alarme, recomendando-se apenas o máximo cuidado no regime higiénico e dietético dos doentes e das pessoas que os rodeiam. No entanto, os autores da nota recordavam que a epidemia gripal de 1889 também tinha começado por ter um carácter benigno, acabando, porém, por atingir formas graves. "Para evitar tanto quanto

⁽¹⁷⁾Ver o *Congresso Nacional de Medicina. Julho de 1897. Comissão Organizadora*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1898.

⁽¹⁸⁾Jorge 1918: 4.

possível um ataque do mal" aconselhava-se uma alimentação saudável e a oxigenação dos pulmões, através de passeios no campo, evitando atmosferas confinadas (cafés, espectáculos públicos, etc.). Neste mesmo mês de Junho acrescentava-se que era ainda desconhecida qualquer medicação profiláctica, nem sequer alguma que conseguisse impedir o desenvolvimento da doença. A única medida proposta era o isolamento dos doentes. Porém, dada a fraca mortalidade até então assinalada, as primeiras instruções oficiais aconselhando claramente o isolamento dos enfermos só viriam em finais de Setembro, pela pena do Director-Geral da Saúde, Ricardo Jorge⁽¹⁹⁾.

Cauteloso, durante a primeira vaga ele tentou não avolumar a preocupação dos médicos e da opinião mais informada. Sem poder avançar com grandes medidas de cariz sanitário, insistiu na observância das práticas clássicas de higiene. Escreveria a este respeito: "Se se soubera ao certo a porta de entrada do vírus, alguma defesa especial se poderia instituir. É para crer que os germes se alojem na parte superior das vias respiratórias e ali façam ninho para forçarem a mucosa". Nesse sentido, eram indicadas as "lavagens frequentes do nariz e da garganta, por exemplo, com a comezinha água salgada". Não se deviam tentar "desinfecções rigorosas" e as "Práticas imunizantes" eram ainda desconhecidas. Não existiam drogas preventivas "e nenhuma deve tomar-se com tal fim". A boa higiene "interna e externa era um bem mantê-la". Quando o mal chegasse "cama, dieta, tisanas e médico"⁽²⁰⁾.

O tom era ainda de tranquilidade. Nas páginas do *Portugal Médico*, escrevia-se no mês de Julho de 1918: "foi relativamente de curta duração a onda gripal que invadiu o país"⁽²¹⁾. Mais prudente, Ricardo Jorge acrescentaria que "a vaga epidémica que nos princípios de Junho rolou de Espanha há que reconhecer que nos tratou com acentuada benignidade"; contudo, o conhecido epidemiologista referia a eventualidade de novos surtos, com prováveis manifestações menos benignas⁽²²⁾.

A segunda onda de gripe, iniciada em Agosto nos arredores do Porto, em Vila Nova de Gaia, seria mais lenta na sua disseminação, mas muito mais letal quanto aos efeitos, devido sobretudo às suas localizações

⁽¹⁹⁾Ver o *Diário do Governo (DG)*, II série, nº 233 de 4.10.1918, pp. 3255-3256.

⁽²⁰⁾Jorge 1918: 13.

⁽²¹⁾*Portugal Médico*, 3ª série, vol. IV, nº 7, Jul. 1918, p. 464.

⁽²²⁾Jorge 1918: 575.

pulmonares⁽²³⁾. Durante o mês de Setembro ela prosseguiu a sua propagação pelo território nacional. A 14 desse mês, a Direcção-Geral da Saúde enviava aos jornais uma nota oficiosa em que afirmava que "a influenza continua a sua invasão, assumindo, com insistência, o carácter pneumónico". Em Outubro, o *Portugal Médico* afiançava que "como era de prever, a gripe alastrou por todo o país, não havendo um canto indene, desde o Alto Minho ao Algarve"⁽²⁴⁾. As deslocações de populações, tropas e soldados, as migrações sazonais de trabalhadores rurais do fim do Verão não deixaram de constituir um factor de disseminação da gripe⁽²⁵⁾.

Em Lisboa, as primeiras hospitalizações têm lugar a 24 de Setembro. O morbo atacava com particular incidência os jovens adultos, distribuindo-se de forma quase idêntica entre homens e mulheres, embora a mortalidade masculina se revelasse mais elevada⁽²⁶⁾. Em contraste o internamento de idosos e de crianças seria bem mais raro⁽²⁷⁾. Este padrão ocorreu em quase todo o mundo e até hoje permanece inexplicado, ainda que se avance a hipótese de ter sido o excesso de resposta imunitária dos jovens que, paradoxalmente, acabou por lhes ser mais fatal⁽²⁸⁾. Na capital, o número de internados iria aumentar progressivamente, desde Setembro, até atingir o seu máximo em meados de Outubro; seguiria depois "em trajectória sensivelmente horizontal, para depois iniciar uma descida lenta" que se acentuaria com o caminhar de Novembro⁽²⁹⁾. Durante os meses de Outubro e Novembro, só em Lisboa, iriam morrer 5.000 pessoas⁽³⁰⁾.

A notificação da doença seria tornada obrigatória logo no final de Setembro, criando-se um sistema integrado de recolha do movimento de casos a nível nacional. Em Lisboa, e também logo em Setembro, Ricardo Jorge, determinou que fossem hospitalizados e isolados,

⁽²³⁾Jorge 1919 e Dias 1919: 49-50.

⁽²⁴⁾*Portugal Médico*, 3ª série, vol. IV, nº 10, Out. 1918, p. 664.

⁽²⁵⁾Sobre a incapacidade em conter as movimentações militares ver Furtado 1920: 24 e Garrett 1919: 657-658.

⁽²⁶⁾Frada 2000: 138; Alves 1920: 4, 12-14.

⁽²⁷⁾Sampaio 1958: 92; Alves 1920: 4,12-14.

⁽²⁸⁾Cf. Echeverri Dávila 1993: 14.

⁽²⁹⁾Alves 1920: 4.

⁽³⁰⁾Leça 1936: 344.

no maior número possível, os doentes atacados e principalmente aqueles em que a doença assumisse as formas mais graves. Esta estratégia procurava prevenir a difusão de uma doença ainda pouco conhecida, e também "tranquilizar quanto possível os espíritos que se alarmavam". Os epidemiados foram concentrados nos pavilhões de isolamento do Hospital do Rego, aproveitando-se os quartos para os casos mais graves. Rapidamente, a sua capacidade ficou preenchida. No início de Outubro, em poucas semanas, seriam montados em Lisboa três novos hospitais, num total de 1.200 camas: no antigo convento das Trinas, no desativado hospital de Arroios e no Liceu Camões⁽³¹⁾. Noutras localidades, como por exemplo em Faro, surgiram igualmente estruturas improvisadas, em liceus e outros edifícios públicos⁽³²⁾. Contudo, desconhece-se por agora o seu número e distribuição a nível nacional. Nos hospitais da capital destinados a dar socorro aos doentes pobres e aos epidemiados graves seria imposto um regime de rigoroso isolamento, pelo menos entre 14 de Outubro e 6 de Novembro⁽³³⁾. Todavia, estas foram iniciativas que se ficaram pelas instituições de saúde. As medidas de isolamento hospitalar e domiciliário não foram impostas de forma generalizada e rigorosa ao grosso da população, não tendo sido igualmente interrompidos e fechados a maioria dos locais públicos para evitar o contágio. Na verdade, a administração sanitária, feita de rotinas e da sedimentação de práticas, não conseguira acompanhar o ritmo veloz da propagação do morbo.

Numa geografia apesar de tudo irregular os casos de gripe começariam a diminuir na segunda metade de Novembro de 1918. A doença continuaria a provocar mortes, mas em menor escala, desaparecendo quase por completo no início de 1919. Contudo, ressurgiria com uma terceira vaga na Primavera desse ano. Embora a sua virulência fosse já muito menor, prolongar-se-ia até ao mês de Maio.

⁽³¹⁾Seria ainda instalada uma enfermaria de isolamento para mulheres no Hospital D. Estefânia, ver Furtado 1920: 23-26.

⁽³²⁾Girão 2003:108.

<³³> Alves 1920:16-20.

4. Como responder à doença?

A resposta e o combate à pandemia seriam elaborados e postos em execução num contexto particular da História portuguesa, recorrendo a uma rede de estruturas públicas cuja cobertura e capacidade de actuação estavam muito longe dos padrões actuais. As infra-estruturas de saneamento, água, esgotos e higiene pública, bem como a moderna rede de prestação de cuidados médicos eram uma realidade ainda em construção. Os indicadores portugueses de qualidade de vida, de mortalidade, de consumo alimentar, de práticas de higiene e de alfabetização estavam entre os mais baixos da Europa ocidental⁽³⁴⁾. Na segunda década do século XX, os portugueses continuavam a ser vítimas de inúmeras doenças infecciosas directamente ligadas à falta de higiene e às más condições de salubridade das habitações. Este era o caso do tifo exantemático, já em declínio noutras áreas da Europa, e da varíola. Ambas se manifestariam de forma epidémica nos mesmos anos de 1918-1919, em várias zonas do País. A mortalidade registada seria, porém, bem menor. De acordo com as estatísticas oficiais, em 1918, a gripe ceifou 55.780 pessoas, a varíola faria 4.338 vítimas e o tifo 1.725⁽³⁵⁾.

A rede de cuidados de saúde pode dar-nos outro exemplo das particularidades da época. Segundo dados para 1912 e 1917 a média nacional de hospitais por área coberta era de 1 /410 km². O número de hospitais civis, que nesta época podiam ser unidades de muito pequena dimensão semelhantes aos actuais centros de saúde, atingia os 231, em 1917. Na altura, o país tinham mais de 300 concelhos⁽³⁶⁾.

Os serviços do Estado deveriam supostamente efectuar inquéritos gerais e periódicos à assistência no país nos anos terminados em 0 ou 5⁽³⁷⁾.

⁽³⁴⁾ Ver dados para o fim da década de 1920 e para inícios da década de 1930 em Correia 1938, e Faria 1934.

⁽³⁵⁾ Correia 1938:197,211-214. Em 1919 o tifo exantemático ceifaria 1.254 vidas. Neste mesmo ano a estatística da mortalidade associada à varíola iria aumentar substancialmente, subindo a 8.864 óbitos. A renitência da população à vacinação era ainda muito forte, facto já há décadas reconhecido pelas autoridades sanitárias.

⁽³⁶⁾ Ver entre outros, uma síntese em Guiñóte 1992: 210-212.

⁽³⁷⁾ O decreto regulamentar de 27 de Janeiro de 1911 ordenaria a realização de inquéritos gerais e periódicos à assistência pública nos anos terminados em 0 e em 5. Os trabalhos para o inquérito de 1915 começaram apenas em 9 de Abril de 1917, tendo-se expedido mais de 20.000 boletins a 4315 instituições.

Porém, este trabalho não era realizado em toda a sua extensão. Segundo os dados de 1915, parcialmente publicados em 1919, so no que respeitava à assistência hospitalar do continente, 63% dos doentes tratados no referido ano de 1915 foram-no em estabelecimentos de assistência privada. Estes possuíam então 70% do total dos leitos em serviço nos hospitais, estando, dos 251 hospitais portugueses 241, ou seja 96%, a cargo de instituições daquela natureza, na esmagadora maioria dos casos *Santas Casas da Misericórdia*⁽³⁸⁾. A modernidade republicana concentrava-se em Lisboa, onde as novas instituições de assistência e saúde tinham um carácter laico bem vincado, acompanhando o programa de maior descentralização e autonomia dos seus órgãos de gestão. Ao mesmo tempo eram capazes de garantir o controlo sobre as faixas da população urbana encaradas como as classes perigosas: operários, mendigos, indigentes, marginais.

Em 1918, na área da saúde e assistência, as instituições existentes abrangiam um leque muito vasto e relativamente disperso de unidades, longe da estruturação actual marcada pela uniformização e dependência do Estado. A tutela da Direcção-Geral da Saúde fazia-se sobre instituições com recortes muito diferentes e ligações fortes aos meios locais, às suas redes de notáveis e fontes de financiamento. Para termos uma ideia, o *Anuário Estatístico de Portugal de 1917* refere, no capítulo "Beneficência, assistência e saúde", um vasto lote de instituições, tais como Misericórdias, instituições com receita própria mas tuteladas por estas últimas (como por exemplo hospitais, recolhimentos, e asilos), hospitais civis (num total de 231), hospitais e sanatórios militares (34), o hospital da Marinha (1), os hospitais de alienados (2), o hospital colonial (1), o hospital oftalmológico de Lisboa (1), a Assistência Nacional aos Tuberculosos e os seus vários sanatórios e dispensários (11), o Dispensário anti-tuberculoso de Lisboa, o Asilo dos Militares Inválidos, as várias instituições a cargo da rede da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o Recolhimento de São Pedro de Alcântara e Asilo de N. Sra do Amparo, as Cozinhas Económicas de Lisboa (6), os Albergues Nocturnos de

Em inícios de 1919 estavam apenas tratados 7.000 boletins ou seja, perto de 35% dos expedidos. Ver "Relatório da 2ª Repartição da Direcção-Geral de Assistência", no DG, II série, n° 10, de 13.1.1919, p. 124.

⁽³⁸⁾ Azevedo 1919: 31-32. Já antes de 1911 se tentou proceder a um inquérito análogo ao que se encontrava em conclusão (*Medicina Contemporânea*, n.º 9 de 1910), ver "Relatório...", in DG, II série, n° 10, de 13.1.1919, p. 124.

Lisboa e Porto, o Instituto Ultramarino, a Casa Pia de Lisboa, creches, asilos e recolhimentos vários para adultos e crianças (num total nacional de cerca de 99), a Sociedade das Casas de Asilo de Infância Desvalida de Lisboa, e a Casa Hospício do Porto. Muitos dos hospitais eram, sobretudo, utilizados para o internamento de doentes pobres e para situações extremas. A maioria destas pequenas unidades permanecia dependente das Misericórdias, sem estatutos uniformes nem regras de gestão ajustadas a uma tutela centralizada e coerente. Porém, se a Direcção-Geral da Saúde não chegava a todo o lado e tinha problemas claros de eficiência e comunicação, a verdade é que era o órgão de cúpula, tendo poderes para dirigir e fiscalizar todos os outros serviços⁽³⁹⁾.

Os focos epidémicos de tifo exantemático e de varíola que acompanharam os anos de 1917 a 1919 ajudaram, na prática, a relativizar aos olhos da opinião pública e das autoridades o primeiro impacto, mais benigno, da vaga inicial da gripe, entre Maio e Julho de 1918⁽⁴⁰⁾. Os primeiros diagnósticos da doença não foram, igualmente, consensuais entre os médicos especialistas, ao mesmo tempo que a rapidez do contágio fez com que as medidas de combate não conseguissem acompanhar a progressão da epidemia de forma eficaz. Simultaneamente, as consequências da Primeira Grande Guerra, a enorme inflação, a carestia dos produtos do cabaz básico de subsistência e os problemas nos abastecimentos tinham vindo a aprofundar a conflitualidade social e a agudizar a pressão das organizações sindicais, bem como o medo dos sectores mais conservadores. Por exemplo, em Outubro de 1919 o aumento dos preços dos principais géneros alimentícios em Portugal era de 238%, em relação aos preços de 1913⁽⁴¹⁾. Ainda grassava a epidemia, em Outubro de 1918 e já alguns medicamentos se haviam esgotado, tornando-se difícil a sua substituição devido ao estado de guerra. Mesmo produtos destinados aos

⁽³⁹⁾Dados para o continente e ilhas, *Anuário Estatístico de Portugal. Ano de 1917*, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 86-144.

⁽⁴⁰⁾ Entre 1917 e 1922 o tifo exantemático, a varíola, a pneumonia e a gripe foram responsáveis por cerca de 120.000 óbitos em Portugal. Ver Girão 2003: 50 e Guiñóte 1992: 210.

⁽⁴¹⁾ Em Maio de 1920 esse aumento era já de 343%. Em sete meses tinha havido, portanto, um novo aumento de 105%. Ver *Boletim da Previdência Social*, ano III, nº 9, Jan.-Dez. 1920, p. 10. Para mais cálculos ver também *Boletim da Previdência Social*, ano IV, nº 11, Jan.-Dez. 1921, p. 103.

acamados como o leite, o açúcar e outros alimentos, iriam escassear no mercado⁽⁴²⁾. No Outono de 1918 o estado geral da população portuguesa era deficiente. À fome juntar-se-ia a doença.

5. Autoridades e controlo sanitário

No terreno, as condições de vida e os avanços na melhoria da saúde das populações pareciam lentos. Porém, durante a mesma década de 1910 a rede de Saúde Pública manifestava-se já capaz de acompanhar e circunscrever focos epidémicos tradicionais. Desde os finais do século XIX que os avanços na legislação sanitária se faziam acompanhar pelo crescente peso dos médicos na sociedade portuguesa⁽⁴³⁾. Desde 1901 existiam leis muito avançadas na área da Saúde Pública e na organização burocrática das estruturas centralizadas de controlo sanitário.

Sem entendermos as características da estrutura sobre a qual assentava a resposta médica acabamos por cair num discurso negativo, mas que pouco pode explicar. A insuficiência revelada pelas medidas sanitárias e administrativas não significa necessariamente uma má conduta da resposta à epidemia. Esta questão deve ser vista como uma interrogação, como um constrangimento, e não como uma afirmação, como um evidente falhanço. Na verdade, por todo o mundo as medidas sanitárias e profiláticas revelaram-se ineficazes contra a pandemia, o que não quer dizer necessariamente que as instituições tenham tido respostas incorrectas. Para termos uma melhor percepção da eventual incapacidade das autoridades necessitamos de: 1) analisar o estado do conhecimento médico e sanitário da época; 2) avaliar a sua aplicação e os seus resultados, bem como as práticas de combate epidemiológico accionadas. A vastidão deste esforço está, por agora, claramente fora do âmbito deste artigo.

Para além de bons médicos e boas teorias, o combate perfeito a uma catástrofe como a Pneumónica exigia uma população mais bem alimentada e alfabetizada, saneamento básico, água, esgotos, expansão da rede telefónica, das estradas e do número de automóveis; do lado das

⁽⁴²⁾Duarte 1941: 231; Samara 2003: 61-69.

⁽⁴³⁾Garnel 2003: 213-254.

estruturas sanitárias era preciso uma rede descentralizada de cuidados de saúde, com profissionais capazes de desenvolver práticas de assistência domiciliária. Esta era uma epidemia diferente e as respostas teriam que ter outra amplitude, outras formas de comunicação, de prevenção e uma ligação mais adequada ao meio local, à evacuação rápida, à quarentena dos doentes, à assistência e à enfermagem.

Durante a maior parte da I República a Direcção-Geral da Saúde dependeu do Ministério do Interior e, mais transitoriamente, do Ministério do Trabalho. Aos governos cabia a direcção de uma rede burocrática, onde os serviços centrais de assistência médica dirigiam e fiscalizavam as restantes autoridades administrativas e sanitárias. As atribuições do director-geral estavam definidas desde a lei de 24 de Dezembro de 1901. Nos concelhos existiam delegados de saúde e partidos médicos municipais. Em teoria os delegados de saúde deveriam ter um curso de especialização em Medicina Sanitária. Em muitos locais acabavam, porém, por acumular este lugar com a clínica privada, sendo o seu consultório pessoal 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, o seu trabalho tornava-se essencialmente burocrático e estava, com frequência, subordinado às autoridades e aos interesses locais.

Tal como em surtos epidémicos anteriores, o Estado utilizaria esta rede para estabelecer um modelo de combate à gripe pneumónica que assentava numa coordenação centralizada e hierárquica das autoridades, chefiada por médicos especialistas. A 29 de Setembro, Ricardo Jorge fazia sair as primeiras instruções oficiais que explicitamente pretendiam coordenar o combate à epidemia. A 2 de Outubro elas eram transformadas em portaria da Secretaria de Estado do Trabalho, sendo esta assinada pelo ministro, Henrique Forbes de Bessa, e publicada a 4 no *Diário do Governo*^m. A 8 de Outubro de 1918, o mesmo Ricardo Jorge era nomeado Comissário-Geral do Governo. Cabia-lhe dirigir a organização logística, a disponibilização de apoios humanos, especializados ou não, bem como a concessão de apoios financeiros e materiais às autoridades sanitárias e administrativas no terreno. Ao mesmo tempo, eram aconselhadas as clássicas medidas de prevenção, como o isolamento hospitalar,

⁽⁴⁴⁾ DG, II série, n.º 233 de 4.10.1918, pp. 3255-3256.

a desinfecção e o auxílio médico em locais específicos e controlados. Pelo País, vários lugares públicos, como escolas, universidades e algumas repartições, foram, de facto, encerrados, sobretudo durante o mês de Outubro. Algumas fábricas e grandes estabelecimentos comerciais foram fechados; festividades, mercados, feiras, romarias e procissões restringidas, assim como, nalgumas localidades, a abertura dos cinemas e teatros⁽⁴⁵⁾. Contudo, este conjunto de medidas não teve um padrão universal, ficando-se por uma implementação casuística e com variações nos períodos de encerramento, que importaria explorar em futuros estudos regionais ou de caso.

A implementação das grandes medidas profilácticas enunciadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), logo a 29 de Setembro, era um processo complexo e que necessitava de ser afinado ao longo do tempo, num horizonte de médio prazo. A primeira delas previa a centralização da informação na DGS, ficando todos os médicos obrigados a notificar a ocorrência dos casos de gripe. As outras medidas procuravam instalar hospitais improvisados, garantir o abastecimento das farmácias, organizar os concelhos em áreas médico-farmacêuticas, onde a cada médico correspondesse uma farmácia com a qual deveria trabalhar em coordenação, e a criação de comissões de socorros locais. A DGS não se poupou também a esforços para mobilizar os médicos reformados, os quintanistas de Medicina e os médicos militares, muitos deles ainda destacados na frente de guerra. Todas estas eram medidas de bom senso e que normalmente funcionavam aquando de outras epidemias, como por exemplo a de febres tifóides que, em 1912, devido à inquinação das águas, deflagrou em Lisboa⁽⁴⁶⁾; ou que estavam a funcionar e a conseguir conter os surtos de tifo exantemático no Porto e em Braga, desde finais de 1917⁽⁴⁷⁾. Ninguém podia prever a rapidez do contágio, a dimensão e a

⁽⁴⁵⁾Ver uma boa colectânea de documentos sobre as medidas postas em prática na cidade de Lisboa, *Relatórios e Notícias sobre a Epidemia de Gripe Pneumonica*, Publicados em volume como suplemento ao *Boletim dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, vol. de 1918, Lisboa, Imprensa Nacional, 1920.

⁽⁴⁶⁾A partir de 1 de Fevereiro de 1912 seriam atingidas 2.615 pessoas, das quais faleceram 254. As 500 camas do hospital de isolamento do Rego não seriam suficientes para acolher todos os doentes, levando à instalação de hospitais provisórios. Ver Jorge 1912: 131-188.

⁽⁴⁷⁾Sousa 2008 e Jorge 1920.

extraordinária morbilidade desta nova pandemia, a contínua ignorância em relação às medidas profilácticas adequadas e a enorme mortalidade associada que viria a concentrar-se entre finais de Setembro e inícios de Novembro de 1918.

Seria fácil colocar em funcionamento a notificação obrigatória da doença, na verdade uma prática que, com maior ou menor fiabilidade, as estruturas sanitárias já punham em prática desde 1894⁽⁴⁸⁾. Contudo, o isolamento hospitalar e domiciliário não foi activado de forma generalizada e drástica. Nas orientações oficiais encontramos muito poucas alusões ao eventual fecho de escolas, locais de culto, fábricas, grandes armazéns, transportes públicos, teatros ou cinemas. Muito menos foram logo proibidas procissões e feiras. Sabemos que foram tomadas medidas nesta área, que os liceus, universidades e escolas superiores fecharam, mas não parece ter havido directivas uniformes e compulsivas para travar o contágio, restringindo a circulação de pessoas e de bens. Por exemplo, em Lisboa a Escola Naval e a Escola de Guerra estiveram fechadas⁽⁴⁹⁾. Em Coimbra a sala de leitura da Biblioteca da Universidade também encerraria devido à "epidemia bronco-pneumónica que então grassava com uma certa intensidade"⁽⁵⁰⁾. Porém, os Eléctricos continuariam a circular nas principais cidades do País. Em Lisboa a epidemia apenas obrigaria a empresa concessionária a reduzir o número de carros em serviço durante algumas semanas⁽⁵¹⁾. As estações dos comboios encerradas deveram-se mais ao estado de doença dos seus funcionários, do que a quaisquer orientações de quarentena ou cordão sanitário. Curiosamente, na sessão de 7 de Novembro de 1918, o Parlamento sidonista, do qual estavam excluídos os antigos partidos republicanos, votaria o seu encerramento até 3 de Dezembro, por causa da epidemia de gripe. Era uma forma de esvaziar potenciais conflitos políticos à custa da

⁽⁴⁸⁾ Enes 1908: 653.

⁽⁴⁹⁾ Sobre a Escola Naval ver o dec. n.º 5033 de 3.12.1918 in DG, I série, n.º 264, p. 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 de 1919.

(so) y_{er} *boletim da Biblioteca da Universidade de Coimbra*, Coimbra, vol. V, 1920, Imprensa da Universidade, p. 221.

⁽⁵¹⁾ *Câmara Municipal de Lisboa. Actas das Sessões da comissão executiva, ano de 1918*, Lisboa, Oficinas Gráficas da CML, 1941, pp. 720 e 734-735.

pandemia. Absortos com debates ideológicos, levantamentos militares e cisões na coligação que apoiava o governo, os deputados nem uma única vez se recordaram de debater ou referir a Pneumonica durante as curtas sessões legislativas ocorridas no ano de 1918.

Em Lisboa, os casos mais graves foram colocados em isolamento, não tendo sido igualmente interrompidos e fechados a esmagadora maioria dos serviços e dos locais públicos. Não temos igualmente conhecimento da criação de barreiras e de quarentenas impostas a ruas, bairros, ou localidades. Sob este aspecto, as medidas desenvolvidas pelas autoridades revelam novamente um padrão casuístico que nunca chegou a definir-se e a generalizar-se dada a enorme rapidez e difusão da pandemia. No Outono de 1918 a gripe tinha-se propagado de tal modo que não fazia sentido fechar um País que já estava doente.

6. A resposta da sociedade civil

A sociedade civil, que agregava as actividades organizadas, institucionalizadas, legais e colectivas dos cidadãos, não deixou de ter um desempenho importante em toda esta crise. Era a revelação do papel crescente que, lentamente, estas instâncias vinham consolidando desde a redefinição das fronteiras e dos papéis do Estado e da Igreja, bem como da codificação legal da actividade privada e pública levada a cabo pelo Liberalismo oitocentista.

Para analisar a resposta à epidemia de 1918-1919 recorremos ao modelo desenvolvido por Jürgen Habermas no seu estudo pioneiro sobre as características da esfera pública⁽⁵²⁾. Habermas descreve-a como uma comunidade virtual constituída por indivíduos que se associam como público, articulando as necessidades do Estado e da sociedade. No seu seio, através da reunião, do debate e da acção, geram-se opiniões, atitudes e práticas que afirmam, ou põem em causa, as próprias lógicas do poder, mantendo, ao mesmo tempo, uma independência relativa do mundo privado face ao Estado e ao Mercado.

A esfera pública nasceu em finais do século XVIII, associada ao desenvolvimento dos cafés, das sociedades literárias e recreativas,

⁽⁵²⁾ Habermas 1962.

de associações de vários tipos e da imprensa. Porém, as suas características evoluíram ao longo do tempo. A partir do final do século XIX tornaram-se mais distintas. Nesta trajetória podemos assinalar duas tendências contraditórias: por um lado, a delegação de competências do Estado em instâncias da sociedade civil; por outro, a extensão reguladora e tutelar da autoridade do Estado ao sector privado. Como estas duas tendências ocorriam de forma conjunta tinham como consequência o acelerar do processo de fusão entre Estado e sociedade, resultando daqui uma grande re-definição do que eram os domínios do público e do privado, e das fronteiras que os separavam⁽⁵³⁾. Por exemplo, a família, que antes tinha um papel exclusivo na educação e na assistência, passava a estar mais circunscrita à esfera do privado, cedendo essas competências a outras instituições dotadas de saberes técnicos específicos e corpos de especialistas. Sobretudo durante as grandes crises assistíamos a uma maior separação entre a família e a saúde, ou entre esta e as práticas de tratamento. O Estado, não a família, passava a encarregar-se da saúde em ocasiões de ruptura, como foi a Pneumónica, ao mesmo tempo, que se desenvolviam iniciativas da esfera pública para suprir apoios que a família já não podia dispensar.

Estado e sociedade civil não eram portanto entidades separadas ou opostas. O Estado tinha um papel central na promoção de políticas públicas, tal como a sociedade civil desempenhava uma função decisiva fornecendo massa crítica, fiscalização e recursos. Na prática esta tinha a possibilidade de modelar parcialmente e de complementar a acção do Estado, organizando as áreas de intervenção e de participação individual e colectiva dos cidadãos. Historicamente, as fronteiras entre estes dois conjuntos de várias redes institucionais não estão fixas nem são impermeáveis, mas antes construídas através de sucessivos equilíbrios e negociações.

Como tendência assistiremos à emergência do referido modelo assente em sistemas técnicos e na resposta hierárquica e centralizada dos cuidados de saúde, coerente com as principais teorias sanitárias da época. O combate à epidemia era protagonizado por médicos que tomavam à sua conta toda a coordenação dos esforços públicos. No entanto, também havia espaço, e necessidade, para utilizar as potencialidades oferecidas

⁽⁵³⁾ Silva 2002, e Calhoun (ed.) 1992.

pelas instituições emergentes da esfera pública. Destacava-se então o papel de associações da sociedade civil, como a Cruz Vermelha, que em Julho de 1918 possuía 40 delegações no continente e ilhas, os bombeiros, as associações mutualistas ou as comissões municipais de socorros que surgiam em ocasiões de crise e ruptura⁽⁵⁴⁾ 55. No caso da Pneumonia, a imprensa também se constituiu como uma das entidades mais activas, promovendo subscrições, canalizando e angariando o dinheiro de doações de particulares - neste caso podemos citar as subscrições levada a cabo pelo *Diário de Notícias* e pelo *Comércio do Porto*⁽⁵⁵⁾. Outras instituições e empresas privadas como a Companhia de seguros "A Oriental", o Banco Português e Brasileiro, a Caixa Geral de Depósitos o Partido Republicano e inclusive algumas associações recreativas não deixaram de fazer notar a sua acção.

A caridade de particulares manifestou-se com recorrência na doação de dinheiro, na transformação de casas, solares e palácios em hospitais improvisados, ou na cedência de automóveis para transportar doentes. Outras formas de organização apareceriam de modo quase espontâneo e com fraco enquadramento, num modelo em que a caridade tradicional se começava já a aproximar do moderno voluntariado, com a participação directa de pessoas leigas da sociedade civil que apenas ofereciam o seu trabalho e boa vontade⁽⁵⁶⁾ 57.

No Outono de 1918 era "impressionante o quadro geral de miséria, de necessidade e fome que a epidemia desenrolou na cidade de Lisboa, do mesmo modo como o tinha vindo desenrolando pelo país inteiro."⁽⁵⁷⁾ Se os epidemiados não podiam trabalhar e punham assim em cheque a sua sobrevivência e a das suas famílias, aqueles que saíam em convalescença encontravam-se em estado de profunda astenia. Uma das preocupações

⁽⁵⁴⁾ *Boletim Oficial da Cruz Vermelha*, ano XXIX, III série, vol. II, Jul. 1918, pp. 217-223 e 366.

⁽⁵⁵⁾ Alves 1920: 8-11, 19-20.

⁽⁵⁶⁾ Este tipo de respostas sucedeu igualmente noutros surtos. A epidemia de tifo exantemático, em 1918 e 1919, grassaria, também, embora com menor violência, no distrito de Bragança durante o Verão de 1918. Os serviços de saúde seriam nesta emergência auxiliados por um grupo de senhoras das classes mais abastadas. Tendo ajudado ao tratamento hospitalar dos doentes seriam oficialmente louvadas por despacho de 20-09-1918 (DG, n.º 224, II série, p. 3125).

⁽⁵⁷⁾ Alves 1920: 8.

da direcção dos hospitais civis de Lisboa era precisamente o apoio à recuperação dos doentes que abandonavam as unidades de saúde. Os montantes provenientes da subscrição organizada pelo *Diario de Noticias* e vários donativos privados seriam canalizados para distribuir senhas de refeição das cozinhas económicas aos doentes pobres que iam tendo alta, bem como às viúvas e órfãos daqueles entretanto falecidos⁽⁵⁸⁾.

Neste contexto de crise, o regime sidonista não deixaria também de aproveitar as epidemias para expandir a sua linha paternalista e autoritária. Fundada em Abril de 1918, a Obra de Assistência 5 de Dezembro, fora apadrinhada directamente por um Sidónio Pais que nunca se eximiu a deslocações pelo país, tendo visitado doentes e hospitais aquando da epidemia de tifo exantemático do Porto e distribuído fármacos, bens de primeira necessidade e dinheiro aquando da pandemia gripal, em Trás-os-Montes, durante o mês de Setembro de 1918⁽⁵⁹⁾.

A Obra de Assistência estava organizada em torno de comissões de benemerência, de base distrital, não profissionalizadas e sem uma estrutura burocrática pesada. Tinha o desígnio de congregar esforços e de criar redes de notáveis próximas do regime; ao mesmo tempo, deveria tentar intervir nas zonas do país onde as dificuldades económicas fossem maiores, e, onde as necessidades de controlo social fossem decisivas para manter uma relativa estabilidade no interior das comunidades. Se estas instituições ainda se assemelhavam ao modelo da velha caridade e beneficência dos notáveis oitocentistas, vinham já marcadas pelo mais moderno verniz do carisma pessoal que o novo regime pretendia propagar. O ditador-presidente, que passou a maior parte do pico da epidemia em Sintra, não se esqueceria de dar ordens para se distribuírem esmolas aos doentes com alta e suas famílias; do mesmo modo, as cozinhas económicas da sua Obra de Assistência, maioritariamente localizadas na capital e nas sedes de distrito, continuariam a tentar fornecer alguma alimentação a uma população esfomeada. A própria "Comissão Central de Socorro às Vítimas da Epidemia" da gripe seria simbolicamente encabeçada por Sidónio Pais, embora a sua comissão

⁽⁵⁸⁾Alves 1920: 8-22.

⁽⁵⁹⁾Girão 2003: 81, 149-152. Sobre a Obra de Assistência 5 de Dezembro ver ainda os decretos de 13 de Abril, 1 de Junho e n° 4069 de 10 de Julho de 1918. Este último decreto procurou ampliar a todas as capitais de distrito do continente e ilhas a actividade desta nova instituição.

executiva estivesse instalada na Secretaria de Estado do Trabalho, sendo seu vice-presidente Antonio de Sousa Lara, capitalista, industrial, negociante ligado aos interesses coloniais e à Associação Comercial de Lisboa. Porém, ao contrário das subscrições públicas de jornais como o *Diário de Notícias*, a oficiosa "Comissão Central" chegará atrasada ao terreno, iniciando o seu trabalho quando a epidemia estava já em regressão⁽⁶⁰⁾.

Em algumas localidades do país surgiram comissões de assistência aos epidemiados. Temos apenas conhecimento dos relatórios publicados pelas comissões dos concelhos de Alcanena e Alcácer do Sal⁽⁶¹⁾. Não sabemos qual foi o seu número total, nem a sua distribuição geográfica a nível nacional. Infelizmente, também não há nenhuma evidência que nos aponte para um eventual carácter disseminado, relativamente generalizado e organizado deste tipo de iniciativas, que, poderiam, ter constituído uma rede de assistência paralela no conjunto do país, ou pelo menos em alguns distritos. Novamente, a rapidez e a violência da epidemia podem ter sido um factor dissuasor para a consolidação destas iniciativas.

A comissão de Alcanena foi constituída a 10 de Outubro, com o fim de "promover a assistência aos epidemiados pobres do concelho", um trabalho que deveria ser executado com o auxílio "dos poderes públicos e da generosidade particular". Os seus esforços depararam-se, contudo, com muitas contrariedades: o hospital da vila não estava "em condições de receber doentes" e não tinha "um único enfermeiro e uma maca sequer para condução de doentes, aparte outras deficiências de menos importância"⁽⁶²⁾. Estes obstáculos seriam removidos através da ajuda da Cruz Vermelha e do Governo Civil de Santarém, que iriam colocar dois enfermeiros diplomados à disposição do hospital local, ajudando à improvisação de macas. Seriam aqui hospitalizados 51 pacientes, tendo tido alta 39 e falecido 8; 4 estavam ainda em tratamento

⁽⁶⁰⁾Trindade 1998: 42.

⁽⁶¹⁾ *Comissão de Assistência aos Epidemiados Pobres do Concelho de Alcanena. Relatório e Contas*, Lisboa, Tip. N. C. Simões e Relatório e Contas da Comissão de Socorros em Alcácer do Sal durante a Epidemia Bronco-Pneumónica. Out.-Nov. 1918, Alcácer do Sal, 1919.

⁽⁶²⁾ *Comissão de Assistência aos Epidemiados Pobres do Concelho de Alcanena*, p.l.

a 30 de Novembro de 1918, altura em que o surto dava sinais claros de desaparecimento⁽⁶³⁾. Para além da assistência, a comissão promoveu a desinfecção das casas onde ocorreram óbitos e tentou manter a normalidade nos serviços do cemitério local.

Não obstante a existência de censura, a imprensa teria um papel importante em todo este processo de mobilização da sociedade civil e pode ajudar-nos a tentar avaliar o peso desta resposta⁽⁶⁴⁾. Por exemplo, no jornal *O Comércio do Porto*, entre 27.09.1918 e 9.01.1919, ou seja em pouco mais de 100 dias de edições, surgem 55 notícias relativas à Pneumónica. Destas, 17 (ou seja 31%), referem explicitamente o papel das instâncias da sociedade civil na resposta à epidemia. O jornal *A Capital* de Lisboa, de 1.07.1918 a 30.11.1918, em pouco mais de 140 dias de edições, publicou 66 notícias sobre a epidemia. Destas, 22 (ou seja 33%) referiam o papel de associações e particulares.

O estranho, porém, é notar, em toda a documentação já consultada, a ausência de cartazes, anúncios e informação directa distribuída pela DGS e pela coordenação central do Comissariado, às populações, comissões municipais e locais, bem como organizações não-estatais. A utilização de máscaras, a propaganda de regras básicas de higiene e de profilaxia, para além dos clássicos e sempre referidos gargarejos, não surge igualmente citada. Também não se descobriram referências à constituição de brigadas médicas de resposta rápida, embora o automóvel e as ambulâncias tenham feito uma entrada fulgurante no combate à epidemia, pelo menos nos grandes centros urbanos⁽⁶⁵⁾. O apoio domiciliário, a aposta nos cuidados paliativos e "sintomáticos" e o reforço da enfermagem nunca seriam equacionados, embora *a posteriori* alguns médicos tenham referido que este deveria ter sido "o processo mais eficaz de socorro"⁽⁶⁶⁾. Apenas os jornais publicaram notícias dando conta das instruções oficiais da DGS,

^m*Idem*, p. 4.

⁽⁶⁴⁾ Em 1919 havia 498 periódicos no Continente e Ilhas. Destes, 44 eram diários, 321 eram publicados uma ou mais vezes por semana e 133 tinham outra periodicidade. Sendo em 1910 o total da população alfabetizada de 1.481.978 habitantes ficamos com uma distribuição de aproximadamente 1 jornal publicado por 2.976 habitantes letrados. Infelizmente, são desconhecidos dados ou estimativas para as tiragens. Ver *Anuário Estatístico de Portugal. Ano de 1919. Capítulo IV. Instrução Pública*, Lisboa, Imprensa Nacional, p. 284.

⁽⁶⁵⁾ Alves 1920: 7-8, Furtado 1920: 25-26.

⁽⁶⁶⁾ Furtado 1920: 25.

tal como aludiram a várias medidas profiláticas aconselháveis, que na prática se ficavam por preceitos higiénicos de ordem geral⁽⁶⁷⁾.

Em 1918-1919 a resposta médica, continuou, pelo contrário, a ser canalizada pelas redes e hierarquias tradicionais, tendo sido muito afectada pela mobilização militar e pelo contágio que não poupava médicos, farmacêuticos e enfermeiros. A um outro nível seria ainda prejudicada pela escassez e má distribuição de medicamentos, num ano profundamente marcado pelas crises de abastecimento, de subsistências e de preços.

Parece-nos que a resposta institucional à gripe foi capaz de montar uma rede de comunicação e de colocar a máquina do Estado central e local a colaborar no combate, utilizando sempre as regras já conhecidas para outras epidemias de grande virulência, como a peste ou o tifo exantemático. Contudo, esse impulso e a necessária informação, não foram veiculados como mensagem directa para os cidadãos para uso na sua esfera privada. Ou seja, o trabalho de "consciencialização da população", como na época se dizia foi descurado, mesmo que a resposta da sociedade civil possa ter sido importante.

Olhando para os contextos menos urbanos e escolarizados, que constituíam a maior parte do Portugal do final da década de 1910, parte das respostas à epidemia pareciam continuar a activar padrões e agentes já tradicionais. A revista do patriarcado de Lisboa, *Vida Católica*, revela constantes exemplos do envolvimento da Igreja⁽⁶⁸⁾. Este facto é corroborado pelo estudo de Paulo Girão sobre os efeitos da Pneumonia no Algarve. Nele se salienta o papel da Igreja na assistência às vítimas da doença: "a Igreja Católica teve uma acção importante, sobretudo em zonas rurais e isoladas onde as dificuldades de assistência médica eram maiores. A transmissão de conselhos e de informações profiláticas era feita por párocos nas missas e as visitas domiciliárias realizadas por estes eram, por vezes, o único contacto dos doentes com o exterior"⁽⁶⁹⁾.

<67> Girão 2003: 85, 97, 163 e 166.

(68) Ver por exemplo *Vida Católica*, revista bimensal, órgão oficial do Patriarcado de Lisboa, ano IV, 1918-1919, n.º 77 a 90; sobre instruções relacionadas com a epidemia de tifo exantemático ver *Boletim da Diocese do Porto*, ano IV, (15 Fev. 1918), p. 258; ver as instruções profiláticas expedidas aos párocos pelo bispo da Guarda aquando da vaga de gripe do Outono de 1918 em *Boletim da Diocese da Guarda*, n.º 6, Ano IV, Nov. 1918, pp. 275-278.

<69> Girão 2003:112.

Em Portugal, não havia nem a tradição nem a rede ampla e densa de instituições municipais dotadas de recursos e amplo auto-governo, como na Holanda ou Inglaterra. Não havia também uma longa tradição cívica assente em modelos de retórica revolucionária e de mobilização burguesa, como em França. Durante a I República o peso da Igreja continuou a ser importante, mesmo que esta estivesse bem mais tutelada e dependente do Estado. Contudo, havia maior concorrência por parte de associações de cariz mutualista, sindical e laico que professavam doutrinas concorrentes que iam do positivismo republicano ao socialismo e ao anarquismo⁽⁷⁰⁾. O peso local do clero manteve-se decisivo junto das pequenas comunidades, sobretudo no Centro e no Norte e fora das maiores aglomerações urbanas. Mesmo assim o potencial cívico e mobilizador das instituições religiosas e para-religiosas manteve-se relevante. Ao tentar promover uma aproximação aos sectores católicos e uma pacificação dos conflitos com a Igreja, o conservadorismo sidonista não deixaria de permitir uma maior margem a uma rede institucional que os republicanos radicais muitas vezes esqueciam ou hostilizavam.

7. Conclusão

Durante o século XIX, a Saúde Pública foi dominada pelo temor das grandes epidemias que atacaram o continente europeu. Através da observação clínica e epidemiológica procurou-se estabelecer a mecânica do contágio e os melhores meios de prevenção. Uma série de medidas, por vezes de drástica violência, eram accionadas assim que se manifestavam as primeiras notícias, envolvendo polícias, ambulâncias, enfermarias de campanha, restrições à circulação de pessoas e bens, etc. O temor das epidemias era suficiente para levar as autoridades administrativas a obedecer às autoridades sanitárias e para desencadear os meios policiais, bem como a notificação, a fiscalização e mesmo a quarentena. Depois da epidemia passada, as medidas eram relaxadas e apenas eram retomadas assim que aparecesse nova investida. O trabalho do epidemiologista assemelhava-se quase ao da direcção de uma

⁽⁷⁰⁾A 31 de Dezembro de 1917 existiam 643 associações de socorros mútuos no continente e ilhas, *Anuário Estatístico de Portugal*, 1917, p. 5.

campanha militar de combate às doenças. No defeso, o seu trabalho era feito através da pesquisa em laboratório, do estudo estatístico do terreno e da população, bem como da publicação de legislação e do esforço concertado com outras instituições no melhoramento da salubridade e da higiene públicas. A gripe pneumónica de 1918-1919 revelou pela primeira vez, em grande escala, as limitações deste modelo.

O País tinha, desde 1901, legislação actualizada, burocracia e redes de controlos e fiscalização da higiene e da saúde pública, possuía especialistas competentes e acompanhava os debates científicos. Contudo, uma pandemia como a da gripe ultrapassaria toda a capacidade de resposta instalada. O combate só poderia ser desproporcionado, impedindo o sucesso da maior parte das técnicas e dos saberes dos médicos e dos responsáveis pela política sanitária. A pandemia ultrapassou as piores expectativas, atacou quase em simultâneo muitas localidades do País, teve uma velocidade de propagação enorme e atingiu um elevadíssimo número de pessoas. A sua etiologia permaneceu ignorada, as medidas profilácticas e a eventual medicação não eram conhecidas nem estavam ainda convencionadas. Substâncias hoje comuns e decisivas na luta contra as infecções bacterianas, como os antibióticos, eram ainda desconhecidas⁽⁷¹⁾. O período de pico da mortalidade foi igualmente curto e a morbilidade elevada, obrigando em teoria a uma eventual reacção rápida, concertada e participada por todos: Estado, sociedade civil e especialistas.

A doutrina diz-nos que o êxito das iniciativas da sociedade civil depende do bom uso da legalidade e das liberdades cívicas, ou seja da qualidade do Estado de Direito, da extensão do acesso à organização e à participação na criação e nos prémios das diferentes formas associativas, do grau de autonomia que estas manifestam, da rejeição na sua organização de modelos rigidamente hierárquicos, e da qualidade e extensão da participação cívica geral e da produção e circulação de informação. A maior parte destes requisitos estiveram ausentes durante o curto interregno sidonista, reforçando exclusões de classe e de género que, mesmo que em queda, atravessaram toda a I República. Na verdade, o elevado analfabetismo da esmagadora maioria da população, o voto censitário, os episódicos aparecimentos da censura e o ainda escasso

⁽⁷¹⁾A penicilina seria descoberta em 1928 e transmitida à comunidade científica em 1929. Apenas começaria a ser produzida e utilizada em grande escala a partir de 1940, durante a II Guerra Mundial.

acesso das mulheres à plena cidadania traduziam-se em dificuldades à livre mobilização dos portugueses⁽⁷²⁾.

A posteriori, podemos pensar que uma pandemia, marcada por uma excepcional morbidade e mortalidade, iria pedir que se complementasse a acção das estruturas oficiais com formas de mobilização concertada da sociedade civil; que, simultaneamente se fizesse circular a informação e se sensibilizasse as populações para a utilização de medidas de profilaxia e de higiene a nível individual, familiar e das pequenas comunidades. Só assim seria possível estabelecer "estratégias de minimização dos danos", envolvendo apoio domiciliário, enfermagem e difusão de práticas adequadas. Porém, em 1918, no terreno, o modelo dos cuidados médicos estava ainda longe do paradigma baseado na "propaganda sanitária" e na generalização de cuidados e hábitos de saúde e de higiene preventivos. Se este discurso era já comum entre as elites médicas, escasseavam ainda as condições materiais e as organizações estatais e para-estatais necessárias para o desenvolver. A legislação podia ser moderna e progressista, a classe médica informada, mas faltava ainda a vulgarização e a organização duma consciência sanitária que orientasse globalmente a acção política, a intervenção das autoridades e as práticas dos cidadãos.

Embora não seja possível estabelecer uma relação directa entre a sua consolidação e a crise desencadeada pela pandemia, o facto é que seria

⁽⁷²⁾No censo de 1920 a população portuguesa atingia 6.032.991 pessoas. Destes pouco mais de 6 milhões de indivíduos, 4.277.341 eram analfabetos, ou seja 70,89%. Em relação ao censo de 1911 a percentagem de analfabetos tinha descido pouco, apenas cerca de 4%. O analfabetismo continuava a ser mais forte junto das mulheres, 76,76% contra 64,37% nos indivíduos do sexo masculino. Ver *Censo da População de 1920*, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 262-263, 290-291. Em Portugal as mulheres exerciam já clínica médica, leccionavam em escolas primárias, secundárias e superiores, trabalhavam nos serviços públicos telegráficos e postais, e nos quadros de algumas repartições públicas. Apesar dos avanços, o decreto n.º 4.676 de 19.7.1918 iria ainda manter algumas restrições legais aos direitos das mulheres. Parte delas seriam abolidas pelo decreto n.º 5.647 de 10.5.1919 que revogou todas as disposições legais que inibiam as mulheres de fazer parte de instituições pupulares, ou de fazer parte de conselhos de família, de ser procuradoras em juízo, de intervir como testemunhas instrumentárias em actos entre vivos e de ser fiadoras. As mulheres comerciantes, matriculadas como tal no registo comercial, passavam a ser elegíveis para o júri comercial.

a partir da década de 1920 que as doutrinas já prevalecentes na saúde e na higiene pública optariam claramente por trabalhar no terreno com práticas preventivas e com a criação de instituições associadas ao trabalho e aos tratamentos médicos primários. O discurso dominante insistiria, então, na necessidade de avançar eficazmente com a "propaganda sanitária" e com a generalização de práticas de higiene preventivas, ampliando também o uso dos diagnósticos precoces e a construção de unidades de saúde polivalentes e orientadas para a higiene social e para a prevenção⁽⁷³⁾. Nas décadas seguintes, apesar de muito lentos, os pequenos progressos constantes mudaram as redes e os serviços de saúde. Segundo Almerindo Leça, em 1936, o Estado era servido por 334 delegados de saúde, 692 médicos municipais, 78 médicos escolares, 90 fiscais de trabalho, e 200 enfermeiras visitadoras. O pessoal era ainda pouco, bastante inferior aos mínimos admitidos em higiene rural; ou seja estavam abaixo da fasquia "1 médico por 1.500 a 2.000 pessoas e 1 enfermeira visitadora por 6.000 a 8.000 habitantes". O aparelho era pois muito reduzido, sobretudo se comparado com outros países europeus e com as carências da situação sanitária portuguesa. Porém, a evolução e o sentido eram claros⁽⁷⁴⁾.

Ao nível dos modelos de gestão da área da saúde pública e da prestação de cuidados a tutela centralizada manter-se-ia importante. Ao longo das décadas de 1920 e 1930 o espaço que poderia ter sido contractualizado com as instâncias da sociedade civil nunca seria desenvolvido ou aproveitado pelas autoridades sanitárias. O esforço revelado em 1918 não se prolongou. Tinha sido uma resposta extraordinária a uma situação também ela excepcional. A orientação para um modelo corporativo, centralizado e paternalista, a partir de 1930, iria definitivamente fazer desaparecer qualquer veleidade de o recuperar, mesmo que parcialmente.

⁽⁷³⁾Loureiro 1940.

⁽⁷⁴⁾Leça 1936: 34-35.

Bibliografia

- Anuario Estatístico de Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional, anos de 1917 e 1919.
- ALVES, Augusto Lobo, 1920, "Relatório do Director-Geral dos Hospitais Cíveis", in *Relatónos e noticias sobre a epidemia de gripe pneumonica. Suplemento ao Boletim dos Hospitais Cíveis de Lisboa de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 3-22.
- AZEVEDO, Antonio de, 1919, "Actualidades. Assistência em Portugal", *Medicina Contemporânea* n.º 4, 26.01.1919, pp. 31-32.
- BARRY, John M., 2003, *The Great Influenza. The epic story of the deadliest plague in History*, New York, Viking -Penguin.
- BERTOLLI FILHO, Claudio, 2003, *A Gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*, São Paulo, Paz e Terra.
- BERTUCCI, Liane Maria, 2004, *Influenza, a medicina enferma: ciência e praticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*, Campinas, Unicamp.
- Boletim da Previdência Social*, Lisboa, Imprensa Nacional, anos de 1920 e 1921.
- BOURDELAIS, Patrice, 2003, *Les Épidémies Terrassées. Une Histoire des pays riches*, Paris, Ed. de la Martinière.
- BRIGGS, Asa, 1961, "Cholera and society in the nineteenth century", *Past and Present*, nº 19, pp. 76-96.
- CALHOUN, Craig (ed.), 1992, *Habermas and the Public Sphere*, Cambridge, MA, MIT Press.
- Câmara Municipal de Lisboa. Actas das Sessões da comissão executiva, ano de 1918*, Lisboa, Oficinas Gráficas da CML, 1941.
- Censo da População de 1920*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- Congresso Nacional de Medicina. Julho de 1897. Comissão Organizadora*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1898.
- CORREIA, Fernando da Silva, 1932, *Doenças Sociais e Higiene. Conferencia realizada em Lisboa em Maio de 1931 durante a Semana Portuguesa de Higiene e ali repetida durante a Semana da Tuberculose*, Caldas da Rainha, Tip. Caldense.
- CORREIA, Fernando da Silva, 1938, *Portugal Sanitario (Subsidios para o seu estudo)*, Lisboa, Direcção Geral da Saúde Pública.
- CROSBY, Alfred W., 1976, *Epidemic and Peace*, 1918, Westport, Greenwood Press.
- DIAS, Domingos José, 1919, *A Pandemia Gripal*, Diss. de Doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina do Porto em Outubro de 1919, Vila Nova de Famalicão, Ed. Autor.
- DUARTE, Teófilo, 1941, *Sidónio Pais e o seu Consulado*, Lisboa, Portugália.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz, 1993, *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ENES, Guilherme José, 1908, "Profilaxia em Portugal das doenças Infecto-contagiosas", in *Notas sobre Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional, II vol., pp. 647-668.
- Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal. Ano de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- FARIA, José Alberto de, 1934, *Administração Sanitaria*, Lisboa, Imprensa Nacional.

- FERREIRA, M. E. Cordeiro, 1979, "Epidemia", in J. Serrão (dir.), *Dicionário de História de Portugal*, vol. II, Lisboa, Iniciativas Editoriais, pp. 406-408.
- FRADA, J. J. Cúcio, 1989, *Leiria e a pneumónica de 1918, numa perspectiva médica, económica e social*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica apresentadas na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, policopiado.
- FRADA, J. J. Cúcio, 1998, *A Pneumónica de 1918 em Portugal Continental. Estudo socioeconómico e epidemiológico, com particular análise no concelho de Leiria*, Lisboa, policop. [posteriormente publicado em livro, Lisboa, Setecaminhos, 2005].
- FRADA, J. J. Cúcio, 2000, "A Pneumónica de 1918 em Portugal Continental. Estudo socioeconómico e epidemiológico, com particular análise do concelho de Leiria", *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III, vol. 5, n° 2, pp. 127-132.
- FURTADO, Carlos Arruda, 1920, "Relatório do inspector de higiene dos hospitais civis de Lisboa", in *Relatórios e notícias sobre a epidemia de gripe pneumónica. Suplemento ao Boletim dos Hospitais Civis de Lisboa de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 23-30.
- PORRAS GALLO, María Isabel, 1997, *Un Reto para la Sociedad Madrileña: La epidemia de gripe de 1918-19*, Madrid, Editorial Complutense.
- GARNEL, Rita, 2003, "O poder intelectual dos médicos - finais do século XIX, princípios do século XX", *Revista de História das Ideias*, n° 24, pp. 213-254.
- GARRET, A. de Almeida, 1919, "Contra a epidemia de gripe pneumónica, em 1918, no norte do País", *Portugal Médico*, 3ª série, vol. V, n° 11, Nov., pp. 653-673.
- GIRÃO, Paulo, 2003, *A Pneumónica no Algarve (1918)*, Casal de Cambra, Caleidoscópio.
- GUÑOTE, Paulo, 1992, "A Sociedade: da agitação ao desencanto", in António Reis (dir.), *Portugal Contemporâneo*, Lisboa, Publicações Alfa, vol. III, pp. 210-212.
- HABERMAS, Jürgen, 1962, *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*, Cambridge, MA, MIT Press, 1991.
- HELLER, P.B., 1998, "1918-1919 Influenza Epidemic Strikes", in J. Powell (Ed.), *Cronology of European History*, vol. 2, Chicago, Fitzroy Dearborn Publishers, pp. 1329-1331.
- JOITNSON, N. P. A. S., MUELLER, Juergen 2002, "Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 'Spanish' Influenza pandemic", *Bulletin of History of Medicine*, vol. 76, pp. 105-115.
- JORGE, Ricardo, 1912, "A epidemia tífica de Lisboa em 1912", *Arquivos do Instituto Central de Higiene (Secção de Higiene)*, vol. I, fase. 2, pp. 131-188.
- JORGE, Ricardo, 1918a, *A Influenza: nova incursão peninsular. Relatório apresentado ao Conselho Superior de Higiene na sessão de 18 de Junho de 1918*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- JORGE, Ricardo, 1918b, "Influenza pneumónica: Nova nota apresentada ao Conselho Superior de Higiene em 24-IX-18", *Portugal Médico*, 3ª série, vol. IV, n° 9, (Set.), pp. 575-577.

- JORGE, Ricardo, 1919, *La Grippe. Rapport préliminaire présenté à la Commission Sanitaire des Pays Alliés, dans sa session de Mars 1919*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- JORGE, Ricardo, 1920, *Le Thyphus Exantématique à Porto 1917-1919. Communication faite au Comité International d'Hygiène Publique dans sa Session d'Octobre 1920*, Lisboa, Imprensa Nacional.
- LEÇA, Almerindo, 1936, *Livro de Higiene: a higiene e a assistência sanitária. Principios gerais, doenças gerais*, Lisboa, Nunes de Carvalho.
- LOUREIRO, João Avelar Maia de, 1940, *Apontamentos à margem de uma experiência de Saúde pública em Portugal: o centro de saúde de Lisboa*, Separata de Imprensa Médica, ano VI, n° 11, 19 p.
- MACHADO, J. T. Montalvão, 1959, *Como Nascem e Morrem os Portugueses: estudo demográfico*, Lisboa, Depósito Gomes & Rodrigues.
- MADEIRA, Afonso Henriques Malheiro, 1921, *A Gripe. Estudo de epidemiologia*, Porto, s.n.
- MARQUES, A. H. de Oliveira, 1991, *Portugal - da Monarquia para a República*, Lisboa, Editorial Presença.
- MORAIS, Maria da Graça David de, 2002, *Causas de Morte no Século XX. Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental*, Lisboa, Edições Colibri.
- PATERSON, K. David, PYLE, Gerald E, 1991, "The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic", *Bulletin of History of Medicine* n° 65, pp. 4-21.
- PHILIPS, V H., & KILLINGRAY, D., (dirs.), 2003, *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New perspectives*, Londres, Routledge.
- RANGER, Terrence, SLACK, Paul (dirs.), 1992, *Epidemics and Ideas: Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Relatório e Contas da Comissão de Socorros em Alcácer do Sal durante a Epidemia Bronco-Pneumónica. Outubro-Novembro de 1918*, Alcácer do Sal, 1919.
- SAMARA, Alice, 2003, *Verdes e Vermelhos. Portugal e a Guerra no Ano de Sidónio Pais*, Lisboa, Editorial Notícias.
- SAMPAIO, António Arnaldo, 1958, *Subsídios para o Estudo Epidemiológico da Gripe*, Lisboa, s.n.
- SILVA, Filipe Carreira da, 2002, *Espaço Público em Habermas*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- SANTANA, José Firmino, 1940, *A Mortalidade na População Portuguesa e suas Principais Causas. Comunicação apresentada à 1.ª secção do Congresso Nacional de Ciências da População*. Porto, Imprensa Portuguesa.
- SOUSA, Paulo Silveira e, (2008), "A epidemia antes da pandemia: o tifo exantemático no Porto (1917-1919)", in J.M. Sobral, Maria Luisa Lima (orgs.), *Olhares sobre a Pneumonia*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, no prelo.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres, 2007, *A Influenza Espanhola numa Capital Planejada - Belo Horizonte, 1918*, Belo Horizonte: Argvmentvm.
- TRINDADE, Luís, 1998, "A epidemia da gripe pneumónica. A morte anunciada", *História*, vol. XX, n° 8, pp. 36-45.