

## Epidemias e os avisos surdos da história

Epidemics and the silent warnings of history

Epidemias y los sordos avisos de la historia

Maria Paula Diogo<sup>1</sup>  
Ana Simões<sup>2</sup>

### Resumo

Neste artigo, analisamos o impacto das epidemias em duas cidades portuguesas – a capital, Lisboa, e a cidade do Porto, nodo de uma rede comercial intensa, de meados do século XIX até ao final da primeira década do século XX. Sendo ambas cidades portuárias de um país europeu, periférico, mas com um vasto império colonial, a prevenção e a aplicação de medidas de combate às epidemias, foram, e continuam a ser, fundamentais na gestão, muitas vezes precária, das crises sanitárias. Não temos dúvidas que as reflexões que estes dois casos de estudo nos proporcionam podem ser facilmente recuperadas e readaptadas para a análise da pandemia global da COVID-19. Podemos usar a investigação histórica sobre a forma como temos lidado, enquanto sociedade, com as epidemias e pandemias para melhor atravessarmos os actuais momentos de incerteza e de espanto e definirmos acções futuras que sejam eficazes na alteração das condições que levaram a, em pleno século XXI, parar o mundo. Se é, naturalmente, impossível prever datas e contornos exactos da ocorrência das próximas epidemias, é possível criar as condições locais, nacionais e globais, tanto ao nível ambiental e social, como institucional e político para que lhes possamos responder com muito maior eficácia. Mais que reagir, teremos que ser capazes de antecipar.

### Palavras-chave

Epidemias. Peritos urbanos. Higiene social e moral. Lisboa e Porto oitocentistas.

### Abstract

In this article we analyze the impact of epidemics in two Portuguese cities – Lisbon, the capital city, and the city of Porto, the hub of an intense commercial network – from mid-19th century to the end of the first decade of the 20th century. As port cities of a peripheral European country with a vast colonial empire, the prevention and application of measures to combat epidemics were fundamental in the, often precarious, management of health crises. They still are. We argue that the reflections provided by these two case studies can be easily recovered as guides in the analysis of the present global COVID-19 pandemic. Historical research on how societies have dealt with epidemics and pandemics in the past help to understand current moments of uncertainty and astonishment, and to outline effective future actions to avoid the adverse conditions that put the whole world to a halt, in 2020. Of course, it is impossible to predict the exact dates and contours of the occurrence of the next epidemics, but it is necessary to create the local, national and global conditions, both at the

<sup>1</sup> Professora Catedrática de História da Tecnologia, NOVA School of Science and Technology, Lisboa, Portugal; investigadora, Centro Interuniversitário de História das Ciências e Tecnologia, Lisboa, Portugal. <https://orcid.org/0000-0003-1504-9248>. E-mail: [mpd@fct.unl.pt](mailto:mpd@fct.unl.pt)

<sup>2</sup> Professora Catedrática de História das Ciências, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; investigadora, Centro Interuniversitário de História das Ciências e Tecnologia, Lisboa, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-9737-5869>. E-mail: [aisimoes@fc.ul.pt](mailto:aisimoes@fc.ul.pt)

environmental and social, as well as institutional and political levels, which will enable us to respond to them effectively. More than react, we need to anticipate.

### **Keywords**

Epidemics. Urban experts. Social and moral hygiene. Nineteenth-century Lisbon and Porto.

### **Resumen**

En este artículo analizamos el impacto de las epidemias en dos ciudades portuguesas – Lisboa y Oporto, nodos de una red comercial intensa – desde mediados de siglo XIX hasta finales de la primera década de siglo XX. Siendo ambas ciudades portuarias y de un país europeo periférico, pero con un vasto imperio colonial, la prevención y aplicación de medidas para combatir las epidemias fueron (y continúan siendo) fundamentales en la gestión (muchas veces precaria) de las crisis sanitarias. No tenemos duda que las reflexiones que estos dos casos nos proporcionan pueden ser fácilmente recuperadas y adaptadas para el análisis de la pandemia de COVID-19. Podemos usar la investigación histórica sobre la forma como hemos lidiado, en cuanto sociedad, con las epidemias y pandemias para atravesar, de la mejor manera posible, los momentos actuales de incertidumbre y de desconcierto, y poder definir efectivas acciones futuras que puedan alterar las condiciones que llevaron a parar el mundo en pleno siglo XXI. Si bien es naturalmente imposible prever las fechas y devenires exactos de los acontecimientos de las próximas epidemias, es posible crear las condiciones locales, nacionales y globales, tanto a nivel ambiental y social, como institucional y político, para que podamos responder con mucha más eficacia. Más que actuar, tenemos que ser capaces de anticipar.

### **Palabras clave**

Epidemias. Urbanistas. Higiene social y moral. Lisboa y Oporto en el siglo XIX.

### **A doença viveu sempre conosco**

Nos anos de 2020 e 2021, enfrentámos a primeira pandemia da globalização moderna<sup>3</sup>. Embora precedida por várias ameaças, nomeadamente a Gripe Asiática em 1957, a Gripe de Hong Kong em 1968 e a Gripe das Aves em 2005, a pandemia de COVID-19, que terá tido o seu início na cidade chinesa de Wuhan, espalhou-se rapidamente por todo o globo, criando, devido ao confinamento total num elevado número de países para prevenir contágios em massa e colapso dos sistemas de saúde nacionais, uma situação de forte impacto negativo no plano económico e alterando os relacionamentos sociais e interpessoais.

A perplexidade e a sensação de impotência perante esta pandemia reflecte a visão, hoje hegemónica na sociedade, de que podemos lidar com todos os problemas contemporâneos através de soluções científicas e tecnológicas, as chamadas *techno-fixes*,

<sup>3</sup> Convencionalmente, usa-se o termo globalização moderna para diferenciar este processo de mundialização da informação, da comunicação e dos mercados (de capitais, financeiro e de trabalho), que se inicia com o final da II Guerra Mundial, da expansão europeia do período moderno.

deslocando o eixo das preocupações das causas do problema para a sua solução pontual<sup>4</sup>. Neste contexto de manutenção do *status quo*, é muito provável que enfrentemos várias situações pandémicas ao longo do século XXI com intensidade idêntica ou mesmo superior à actual. Afinal, as epidemias sempre fizeram parte da nossa história, alterando comportamentos, práticas e saberes científicos e técnicos e influenciando estruturas económicas, sociais e políticas, instituições, representações de culpa e responsabilidade individuais e colectivas e mundividências.

No imaginário colectivo europeu, é a Peste Negra, que se espalhou a partir de meados do século XIV, que ocupa o lugar de destaque (1-3). A descrição das ruas de Florença como um enorme cemitério de mortos e moribundos feita por Boccaccio na sua obra *Decameron* (1348-1353) é, não apenas uma peça literária marcante, mas também um testemunho coevo sobre a manifestação, evolução e sintomas da doença, bem como a reação das pessoas perante a contaminação e a inevitabilidade da morte. Numa Europa fragilizada pelas fomes de 1315-1317 e o início da Guerra dos Cem Anos, a bactéria *Yersinia pestis*, que resulta em várias formas de peste – septicémica, pneumónica e, a mais comum, bubónica –, e que foi identificada nos finais do século XIX, encontrou terreno fácil para progredir, matando entre 75 e 200 milhões de pessoas<sup>5</sup> (4, p.31).

De acordo com a documentação da época (e nomeadamente da Faculdade de Medicina de Paris), a causa da Peste Negra foi explicada por uma conjunção planetária negativa, responsável pela "grande peste no ar" (1), pelo que a atenção dos médicos se concentrava em tentar evitar o contágio via o ar pestilento das cidades, usando máscaras com um longo nariz em formato de bico forrado com ervas aromáticas e casacos longos de couro.

De forma contínua, apesar de níveis muito baixos de contaminação, e ocasionalmente em picos, como por exemplo a Grande Peste de Londres em 1665 e a Grande Peste de Marselha de 1720, a peste bubónica manteve-se activa na Europa até cerca de 1750. Sabemo-lo através de relatórios médicos, mas também de pinturas, como por exemplo, *O Triunfo da Morte*, de Pieter Bruegel, c.1562, e músicas, como a canção infantil *Ring a Ring*

<sup>4</sup> Embora hegemónica, esta visão não é, naturalmente, única. A pura negação da existência dos problemas, encorajada por diversos negacionismos, viu aumentar as suas fileiras e coexiste com uma longa tradição de explicação religiosa que associa a doença à punição e que foi bem visível na abordagem à SIDA.

<sup>5</sup> A variação é ampla, uma vez que os registos são poucos e com informação nem sempre fiável. Contudo, mesmo no extremo mais baixo da estimativa, cerca de 15% da população europeia morreu (no extremo mais elevado, a percentagem passa para 42%).

o' *Roses* que evoca o surto epidémico de Londres e a cantata 25 de Bach, *Es ist nichts Gesundes an meinem Leibe*, sobre Marselha.

A importância da higiene no controle da peste, embora intuída desde cedo (vejam-se, por exemplo, as disposições de D. João III e de D. Sebastião relativas à Grande Peste de Lisboa de 1569, em que se preconiza a limpeza das ruas), só foi reconhecida no século XIX. A associação de doenças aos bairros sem quaisquer condições de higiene, onde se acumulava a população pobre e subnutrida que migrara dos campos para as cidades na sequência da industrialização, faz-se, também, em relação aos surtos de peste bubónica do século XX, quer o de Paris, em 1920, quer o do Porto, em 1899. A mesma falta de higiene e desnutrição nos acampamentos médicos e hospitais superlotados da I Guerra Mundial, constituiu terreno fértil para a propagação da Gripe Pneumónica, também conhecida como Gripe Espanhola, que fustigou a Europa no final do conflito com uma alta taxa de mortalidade adicional à da guerra<sup>6</sup> (5).

A partir do segundo quartel do século XIX, o discurso higienista tornou-se hegemónico, quer nos relatórios oficiais da comunidade de especialistas em questões sanitárias, quer na forma como a profilaxia das doenças epidémicas era apresentada ao público. Em Portugal, os panfletos informativos e os jornais desempenharam um papel fundamental na luta contra a epidemia de cólera de 1855 e de peste bubónica de 1899, explicando às populações a natureza das doenças, as suas consequências imediatas, nomeadamente a pressão sobre os hospitais, e a necessidade de implementar medidas restritivas, como, por exemplo, os cordões sanitários. Este tipo de acções geraram sempre forte reacção por parte das populações abrangidas, tal como acontece atualmente em relação à COVID-19, que preferiam ignorar a gravidade da situação a submeterem-se a normas cujo impacto no seu quotidiano era, de facto, dramático – paralisação das actividades económicas, perda de emprego, fome e miséria acrescida para as classes mais pobres –, proliferando teorias conspirativas que atribuíam ao poder central de Lisboa a responsabilidade por “fabricar” uma situação de pânico propícia ao reforço dos seus interesses em detrimento das instâncias locais (6). Esta situação é muito clara durante a epidemia de peste bubónica no Porto, em 1899, em que, na sequência da aplicação da cerca sanitária à cidade, o comércio e a indústria locais lideraram, através de jornais como o

<sup>6</sup> O número de mortes estimado para a Pneumónica é muito variado, apesar de sempre considerado muito alto.

*Comércio do Porto e Jornal de Notícias*, a campanha de um Porto “humilhado” perante a soberba de Lisboa (6, p.100-105) (7, p. 34-38 e 79-88).

Até meados do século XX e ao impacto crescente da circulação aérea, as cidades e, particularmente, as cidades portuárias – Londres, Marselha, Lisboa, Porto – foram, pois, *hubs* privilegiados de contaminação, quer porque funcionavam como portas de entrada das doenças, quer porque os seus bairros mais carenciados eram zonas particularmente sensíveis ao desenvolvimento de surtos epidémicos (8-11). A prevenção e a aplicação de medidas de combate às epidemias foram e continuam a ser fundamentais na gestão, muitas vezes precária, das crises sanitárias. Abordaremos seguidamente estas duas dimensões, usando os casos de Lisboa para a primeira, e do Porto para a segunda, desde a segunda metade do século XIX até à primeira década do século XX.

## Higienizar Lisboa

### *O inimigo externo*

Cidade portuária e metrópole imperial, Lisboa e o Tejo foram e são uma porta de entrada para o Atlântico e para a Europa, um amplo espaço comum de circulação de pessoas e mercadorias, mas também de controlo, tanto no que diz respeito à actividade comercial, através das alfândegas (12), como às condições sanitárias (11, 13, 14).

Desde o século XVI que a protecção marítima de Lisboa foi assegurada através de um lazareto situado na outra margem do rio Tejo, na localidade de Porto Brandão, e ocupando uma antiga fortaleza, conhecida como Torre Velha. Em meados do século XIX, sob crescentes críticas devido às péssimas condições de acomodação e alimentação dos viajantes que chegavam a Lisboa e tinham de fazer um período de quarentena, o governo português mandou construir um novo edifício, perto da fortaleza original que abrigava o antigo lazareto.

Os primeiros planos do novo lazareto datam de 1858, tendo as instalações sido concluídas em 1869. A sua construção coincidiu com um momento de mudança no plano das estratégias de contenção de doenças, tendo em conta as teorias, então em debate entre a comunidade científica internacional, em que se incluía a portuguesa, sobre o processo de contágio.

**Figura 1.** Vista aérea do lazareto em 2020



Fonte: ©Google Earth, 2020.

Os defensores da teoria dos germes, ou teoria microbiana, consideravam que o contágio não era necessariamente mediado pelo contacto humano, mas por um vector ou agente contagioso, um microrganismo que seria responsável pela doença e que seria identificado pela medicina experimental moderna; os defensores da teoria miasmática acreditavam numa explicação do contágio baseada na propagação através de miasmas ou emanações de vapor resultantes das propriedades nocivas do ar. Assim, embora ambas as teorias defendessem o reforço da higiene como elemento fundamental de prevenção das doenças, não coincidiam quanto à necessidade de confinamento: enquanto os médicos defensores do micróbio como agente de doença apoiavam o confinamento, os especialistas que partilhavam da teoria miasmática não consideravam fundamental a contenção física.

As diferentes posições científicas face à questão do contágio não eram, contudo, as únicas a justificar opções sanitárias diversas, muitas vezes fortemente influenciadas pela posição geográfica dos vários países, com a Europa do Sul, muita exposta à entrada de navios não-europeus, a oferecer maior resistência à renúncia das estratégias de confinamento e, por conseguinte, à eliminação dos lazaretos. Lisboa, baseada na sua

experiência e compreendendo bem a permeabilidade do seu porto, via a segurança da população, bem como a da sua economia muito baseada no comércio, como uma luta militar contra as doenças contagiosas mortais, em que o confinamento desempenhava um papel crítico. Afinal, a cólera atingira severamente Lisboa em 1855 via um navio inglês, que escapara à quarentena obrigatória com base em argumentos diplomáticos, e, apenas dois anos depois, em 1857, a febre amarela, ou o chamado vômito negro, fustigou de novo a capital após a carga e os restos mortais dos falecidos a bordo de um navio vindo do Brasil terem permanecido na alfândega sem desinfecção, desencadeando um surto de mortes entre os trabalhadores aduaneiros que, depois, se espalhou à população em geral.

O debate em torno do novo lazareto envolve, igualmente, o porto de Lisboa, numa história complexa e intrincada que inclui peritos, saúde pública, economia e política. À medida que o porto de Lisboa começou a ser objecto de um programa de ampliação dos cais e de melhoria do transporte em terra (ferrovias) para facilitar o tráfego marítimo, a obrigação de manter a quarentena no lazareto de Porto Brandão foi posta em causa, tendo como base a necessidade de encontrar um novo equilíbrio entre a retenção de bens e pessoas para fins sanitários e a desejada expansão do comércio internacional.

Em final do século XIX, após um período de redução progressiva das quarentenas, comum a toda a Europa, e na sequência da peste de 1899, no Porto, que teria chegado à cidade através de um navio vindo da Índia, as autoridades portuguesas decidiram que era necessário repensar totalmente a organização do sistema de saúde português, conseguindo conciliar os procedimentos de um forte controlo sanitário de todos os navios, para lutar contra as epidemias provenientes do mar, com os interesses comerciais.

Em 1901, Ricardo Jorge, o médico responsável pelas medidas sanitárias impostas durante a peste do Porto, apresentou um novo regulamento geral dos serviços de saúde, cujo objectivo era reorganizar os serviços de saúde marítima em Portugal, tendo em conta necessidades de saúde pública e interesses comerciais. O novo sistema assentava em várias medidas de segurança, que organizavam, de uma forma flexível, a circulação entre o mar e a terra, criando pontos de passagem entre ambos.

A primeira medida da nova legislação para acelerar o tráfego marítimo foi passar de uma quarentena obrigatória no lazareto de Porto Brandão para um novo sistema, que utilizava a quarentena em casos específicos e favorecia a desinfecção e fumigação de mercadorias a bordo e em terra. Assim, enquanto as mercadorias eram tratadas nas instalações da Estação de Desinfecção criada no porto de Lisboa, os viajantes esperavam a

bordo pela visita do médico do Serviço de Saúde Marítima, que, após inspecionar o barco e recolher informação junto do capitão, decidia se havia quarentena e a sua duração ou se, após desinfecção e inspeção médica, ficavam livres para circular no país.

**Figura 2.** Estação de desinfecção no Porto de Lisboa



Fonte: Arquivo fotográfico, Câmara Municipal de Lisboa, 1906-1910

Esta nova geometria de controlo de saúde nas fronteiras apoiava-se na descentralização dos locais de fronteira – de apenas um distrito sanitário marítimo, o lazareto, para quatro, cobrindo todo o país – e integrou a protecção contra epidemias, anteriormente fora da cidade, no tecido e nas preocupações higienistas urbanas. Em termos internacionais, as novas práticas integravam-se na legislação europeia que visava construir uma rede sanitária internacional, indo muito além das fronteiras nacionais e europeias. Lisboa, pela sua posição estratégica entre o Mediterrâneo e o Atlântico e a Europa e a América e pela sua dimensão imperial de ligação entre a metrópole e as colónias da Ásia e da África, teve um papel relevante no novo sistema internacional de vigilância e controlo sanitário das fronteiras marítimas.

### *O inimigo interno: epidemias da miséria*

Entre os temas quentes que chegaram à ribalta política na sequência da revolução republicana de 5 de Outubro de 1910, estava o bem-estar da classe trabalhadora em ambientes urbanos. Na transição do século XIX para o XX, Lisboa e Porto receberam, na sequência do processo de industrialização, uma nova população de trabalhadores migrantes do campo para as cidades. No caso de Lisboa, o número de habitantes cresceu 45% de 1890 a 1910 e durante a primeira década do século XX passou de 356 mil, em 1900, para 436 mil, em 1911, dos quais cerca de 20% eram trabalhadores manuais<sup>7</sup> (15, p. 63, 68, 72, 83) (16, 17).

O alojamento desta população fazia-se em condições deploráveis, em casas sobrelotadas e insalubres, às vezes mesmo em barracas (18), o que motivou, a partir de meados do século XIX e no âmbito de uma reflexão crescente sobre a “questão social”, uma atenção especial sobre o alojamento operário. Protagonizaram este debate, naturalmente a classe política, mas, também, os *experts*, nomeadamente médicos e engenheiros, e os empreendedores ligados à indústria (19). Sob o novo regime republicano, profundamente moldado pelos ideais de racionalidade que subjazem à ciência e à tecnologia e pela vontade de, à luz destes princípios, criar um “homem novo”, a “questão social” redimensionou-se numa dimensão moral que encontra no tema da higiene o elemento aglutinador e legitimizador para a reforma do espaço urbano, quer privado, quer público, neste se incluindo as infraestruturas convencionais e as que dotam a cidade de inovadores espaços verdes<sup>8</sup> (20, 19, 11).

As zonas das cidades ocupadas pelo proletariado, ou, para usar o termo da época, as *classes laboriosas*, mesmo que melhor organizadas em vários bairros populares, conhecidos como *pátios* ou *vilas* (em Lisboa) e *ilhas* (no Porto) – construídas, no seu início, principalmente por proprietários privados, como industriais e donos de fábricas, para abrigar os trabalhadores perto de seus locais de trabalho, ou investidores interessados no aluguer –, continuavam a ser focos de pobreza e potenciais núcleos de infestações.

As várias vagas epidémicas – cólera, tifo, febre amarela, febre tifoide, varíola, difteria, febres intestinais, tuberculose e peste bubónica – que assolaram as duas principais cidades

<sup>7</sup> Como ponto de comparação, em 1890 a população de Lisboa era de, aproximadamente, 300 mil, cerca de 10% da população de Paris, metade da de Madrid e perto da de Bordéus e Estocolmo.

<sup>8</sup> Os jardins, parques, alinhamentos de árvores e outros espaços verdes fizeram parte das chamadas infraestruturas verdes da cidade e, em conjunto, com as infraestruturas cinzentas, obras de engenharia que tem centralizado a atenção dos historiadores portugueses da ciência e da tecnologia, foram pedras angulares da modernização de Lisboa, ocorrida a partir de meados do século XIX.

portuguesas desafiavam os higienistas e as instituições científicas de investigação que os acolhiam<sup>9</sup>. Em 1885, o médico Ricardo Jorge escreve a *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa* (21), onde analisava a questão das deficientes condições sanitárias das cidades, propondo uma intervenção do Estado no sentido de criar um sistema de saneamento eficaz. Após a sua experiência no controlo da peste bubónica na cidade do Porto, Ricardo Jorge foi encarregado de gizar uma reforma sanitária global, que culminou com a publicação, em 1901, do Regulamento Geral de Saúde que, como vimos anteriormente, incluiu um conjunto integrado de medidas de vigilância e controlo de aspectos higiénicos, que englobam o acesso e a vida quotidiana no meio urbano.

Embora nenhuma lei específica respeitante às condições sanitárias em bairros da classe operária tenha sido aprovada antes de 1918, a questão do bem-estar dos trabalhadores foi abordada regularmente por médicos, engenheiros e arquitectos em vários meios de comunicação, principalmente jornais e revistas, sempre como uma questão de saúde física e moral (6). Paralelamente à qualidade das habitações, a inclusão de jardins e a proximidade de parques eram considerados como peças centrais na promoção de um estilo de vida saudável entre a classe trabalhadora, incentivando atividades ao ar livre, tanto para crianças como para adultos, nestes substituindo o vício pela virtude, ou seja, desincentivando a típica sociabilidade masculina das tabernas e encorajando o exercício revigorante ao ar livre e o convívio familiar num ambiente saudável e higiénico.

De entre os muitos artigos sobre a desejada Lisboa operária higienizada e republicana, o *Lisboa Monumental*, de Fialho de Almeida, publicada em 1906 na *Ilustração Portuguesa* (10, 19, 22, 23), sinaliza de forma clara o tipo de alojamento e de bairro para o operariado que se pretendia implementar na cidade, moldado pelos ideais republicanos e saint-simonianos e capaz de estabelecer uma profilaxia estável e de longa duração das epidemias que se alimentavam da pobreza e da insalubridade.

Para Fialho de Almeida, quer a Lisboa industrial de Alcântara e Xabregas, quer a sua extensão na margem sul do Tejo, deveriam acolher os novos bairros proletários de tipo higiénico moderno com materiais adequados, isentos de doenças contagiosas, incluindo tuberculose, com infraestruturas adequadas de ventilação, água e esgotos e rodeadas de

---

<sup>9</sup> No último quartel do século XIX, no contexto de uma concepção de higiene como parte da medicina experimental e laboratorial, são criados vários laboratórios científicos como, por exemplo, o Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1882), o Laboratório Municipal de Higiene do Porto (1892), o Instituto Bacteriológico de Lisboa (1892), mais tarde denominada Instituto Bacteriológico Câmara Pestana (1899), o Instituto Pasteur (1898) e o Instituto Central de Higiene (1899).

jardins e espaços verdes onde famílias e trabalhadores pudessem passar os seus tempos de lazer. Inspiradas nas tradicionais casas rústicas térreas das regiões sul de Portugal, estes novos bairros da Lisboa republicana e proletária, eram compostos de habitações em filas, em ruas largas e arejadas, com passeios repletos de árvores e rodeadas de pequenos jardins. As rendas eram baratas e incluíam uma anuidade que permitia aos inquilinos, após um determinado número de anos, tornarem-se proprietários das suas casas. As ruas irradiavam de uma grande rotunda comum, que era o coração do bairro, amplamente iluminada e repleta de árvores, que podia ser palco de festas, espectáculos e actividades ao ar livre. Incluía, também, a biblioteca pública, a igreja, um balneário gratuito, instalações para crianças, assim como um jardim de infância e lactário, uma sala de conferências e no edifício principal, uma escola pública, símbolo e materialização da formação do novo cidadão da classe trabalhadora republicana. No lado oposto das ruas radiantes e a delimitar o bairro, ficava uma praça quadrada arborizada e que incluía nos seus cantos áreas para exercícios físicos e brincadeiras colectivas de crianças e de adultos.

Embora, em termos globais, o artigo de Fialho de Almeida fosse uma utopia para um futuro próximo, no que respeita ao alojamento operário existiam já, ainda que como excepções, bairros idênticos aos descrito na *Lisboa Monumental*. O Bairro Grandela é uma destas excepções<sup>10</sup> (11,19,24-27).

Situado na periferia de Lisboa, em São Domingos de Benfica, perto de uma estação ferroviária, o Bairro Grandela era um epítome das agendas saint-simoniana, republicana, maçónica e higienista e um exemplo do ambiente perfeito para o “homem novo”, pedra angular da sociedade republicana baseada na igualdade e na fraternidade.

---

<sup>10</sup> O Bairro Grandela é, também, referido pelo engenheiro José Maria Melo de Matos, autor de *Lisboa no ano 2000*, uma outra utopia publicada também na *Ilustração Portuguesa*, em 1906. Melo de Matos aborda especificamente o Bairro Grandela na palestra *Da ação da mutualidade contra as habitações insalubres. Papel do cooperativismo na construção de casas higiénicas e baratas*, proferida no Congresso Nacional da Mutualidade (Lisboa, 1910). Melo de Matos fundou, conjuntamente com o arquitecto responsável pelo Bairro Grandela, Rosendo Carvalheira, a revista *Construção Moderna*, que aborda frequentemente a questão do alojamento operário na perspectiva higienista e é adepto da construção de bairros numa base mutualista.

**Figura 3.** Bairro operário Grandela



Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa. Foto de Joshua Benoliel.

O bairro foi mandado construir por Francisco Grandela, empresário republicano, mação, saint-simoniano e adepto do “progresso industrial”. Filho de um médico rural, Grandela chegou a Lisboa na adolescência para trabalhar como empregado numa loja de tecidos. Aos 26 anos, montou uma loja própria, reconhecida na capital pelas suas técnicas inovadoras de *marketing*, que implementou nos seus Armazéns do Grandela, inspirados nos *grands magasins* franceses. O edifício em estilo Arte Nova dos Armazéns do Grandela – inspirado nos parisienses *Printemps* e *Samaritaine* – foi projectado por George Demay, arquitecto francês especialista em arquitectura do ferro e fortemente envolvido na construção de casas de rendas baixas para operários.

Grandela introduziu um conjunto de novidades cosmopolitas na sua loja de Lisboa e na forma como divulgava os seus produtos: um porteiro vestido de vermelho; anúncios grandes, atraentes e divertidos nos principais jornais; os conceitos de garantia do produto, devolução, entrega em domicílio e preço fixo; e vendas por catálogo em Portugal, Espanha

e colónias portuguesas. Com cerca de 500 empregados na loja e um forte sucesso de vendas, o empresário decidiu apostar na indústria têxtil, construindo em S. Domingos de Benfica uma fábrica de malhas, tecidos de lã, algodão, luvas e perfumes, com cerca de 250 trabalhadores.

Fazendo jus às suas convicções ideológicas, Grandela implementou um conjunto de benefícios para os seus empregados, como descanso ao domingo, assistência médica gratuita no local de trabalho, semana de férias remuneradas e, por último, mas não menos importante, um bairro. Este incluía 86 casas organizadas hierarquicamente; uma grande avenida central; lojas; uma escola, inaugurada em 1907 e baptizada com o nome de Afonso Costa, futuro primeiro-ministro republicano e amigo íntimo de Grandela; um jardim de infância, em 1906; e um espaço de socialização para os trabalhadores denominado Academia de Instrução e Recreio.

Em contraste com os bairros pobres tradicionais da velha Lisboa, com prédios em condições de habitabilidade e salubridade deploráveis, o Bairro Grandela era limpo, saudável, luminoso, respirando o ar do campo não poluído, um modelo a seguir em Portugal e na Europa. Para evitar a ideia de caridade, os trabalhadores pagavam um aluguer mensal pela casa e pelos serviços do jardim de infância e da escola, definido de acordo com o seu salário; estas contribuições eram enviadas para um fundo comum gerido pela associação dos trabalhadores, que também recebia uma contribuição do empregador.

O Bairro Grandela respondia à *questão social e moral* do alojamento das classes operárias, moldando uma nova paisagem urbana para os trabalhadores, saudável e fiável, que deveria servir de berço para uma sociedade nova e mais justa.

## Tratar o Porto

No dia 7 de Julho de 1899, o jornal *Comércio do Porto* publicou a primeira notícia sobre a peste bubónica, assinalando a presença, na rua da Fonte Taurina, bem no coração do centro histórico do Porto, de “algumas doenças de carácter epidémico” com manifestação de febre e perturbações gastrointestinais num adulto e em duas crianças (6, p.86-139) (7). Ricardo Jorge, então Chefe de Saúde Municipal, visitara o local no dia 6, tomara nota dos casos fatais já existentes, datados de há um mês atrás, e mandara desinfetar os dois “prédios insalubres” onde os doentes estavam.

Ricardo Jorge recebera a notícia três dias antes, através de um bilhete enviado por um comerciante da Rua de São João, que chamava a atenção para “mortes inopinadas e

consecutivas” na zona pobre da Ribeira, junto ao rio. Sabendo que uma pandemia de peste bubónica vinda da China atingira Hong Kong e Cantão em 1884, e que rapidamente se disseminara por muitas cidades portuárias em todo o mundo, da América à Austrália, Ricardo Jorge intuiu que o Porto era a primeira cidade europeia a ser atingida pela terceira vaga mundial de peste bubónica e comunicou, a 12 de Julho, o seu diagnóstico da situação ao Governador Civil. A 28 de Julho, reafirmou a sua posição, já com os resultados dos exames bacteriológicos feitos no seu laboratório e que seriam validados a 8 de Agosto pelo diretor do Instituto Bacteriológico de Lisboa, o também higienista e pioneiro da bacteriologia Luís da Câmara Pestana, que viria a falecer vítima da peste, na sequência da sua estada no Porto para estudar o valor dos soros contra a peste. Mais uma vez, a peste havia chegado à cidade a bordo de um navio.

Ricardo Jorge tinha uma carreira médica sólida, assente nos novos conceitos de medicina experimental e de higiene, pelo que o surto de peste bubónica do Porto concretizava o que, já desde 1885, na sua *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa*, vinha referindo sobre as ligações perigosas entre insalubridade das habitações e bairros das classes mais pobres e doenças:

Cada vez mais insalubre, a cidade não tem condições devidas, nem água, nem esgotos, esses dois elementos imprescindíveis de limpeza, que a experiência tem demonstrado reduzirem a cifra da mortalidade geral. O hospital é um antro infecto, onde se amontoam doentes fora de todos os limites da tolerância e num desprezo repugnante das leis mais comezinhas da boa higiene. As classes pobres, o mundo dos proletários, vegetam ancoradas nuns alvéolos húmidos e lóbregos, sem ar e sem luz, e abandonadas a uma especulação torpe que tão sordidamente as explora com a miserável edificação das ilhas. Há a desfiar um estendal de misérias e vergonhas, de males e de incúrias. É forçoso lavar um protesto contra tanto desleixo, contra tanta inépcia, contra tanta loucura criminosa (21, p. 39-40).

Apesar de considerar o surto de baixa mortalidade, Ricardo Jorge iniciou imediatamente um conjunto de medidas preventivas para evitar a propagação da doença: o Porto foi dividido em oito zonas de saúde, atribuindo-se ao hospital de Guelas de Pau, especializado em “moléstias contagiosas” (28), a responsabilidade de receber os doentes infectados com a peste; declarou-se a obrigatoriedade, por parte dos médicos, de participarem os casos de peste; reduziu-se o número de comboios entre o Porto e a capital, as encomendas postais foram suprimidas e pessoas e mercadorias passaram a ser desinfetadas antes de entrarem na cidade e, um pouco mais tarde, foi imposta uma quarentena de nove dias a passageiros e proibida a circulação de um significativo e

diversificado conjunto de produtos que se consideravam possíveis transmissores da peste, desde frutas a tapetes, de animais vivos ou mortos a cortinas e reposteiros, de banha e manteiga a vestuário usado; os delegados de saúde intensificaram as suas visitas aos bairros pobres, realojando aqueles que viviam em condições inaceitáveis, numa tentativa de reduzirem os focos de infecção (6, p. 106-109)<sup>11</sup>.

**Figura 4.** Combate à insalubridade através de queimadas numa ilha no Porto



Fonte: Centro Português de Fotografia. Foto de Aurélio Pais dos Reis.

<sup>11</sup> Ricardo Jorge reúne, numa linguagem simples e acessível, vários conjuntos detalhados de instruções profiláticas, que são publicadas na imprensa.

As normas decretadas pelo Governador Civil foram publicadas na imprensa nacional e local, acompanhadas por várias entrevistas e testemunhos, incluindo uma entrevista a Ricardo Jorge em que o médico analisa o doente zero (um “galego descarregador de bordo”), o primeiro surto de contaminação (“os galegos que residiam com o empestado e os vizinhos”), a progressão da epidemia (“começa por muito isolado e um pequeno número de casos; depois vêm focos separados que se tornam impossíveis de ligar ao foco primitivo”), as fontes de propagação (“bairros pobres na parte mais imunda da cidade”) e os meios disponíveis para conter o contágio (“a limpeza, a desinfecção pessoal e livrarmo-nos dos animais que passam por ser os transmissores da doença: os ratos e os insectos”) (29).

A 23 de Agosto, e na sequência do primeiro conjunto de medidas anunciadas (e acima referidas), o governo do Partido Progressista liderado por Luciano de Castro decreta a imposição de um cordão sanitário em torno da cidade, que entra em vigor no dia seguinte: ninguém pode sair da cidade e, fazendo-o, terão de passar por desinfecção e quarentena num lazareto instalado para o efeito na zona da praia da Granja. O cordão militar, que se estendia desde Leça da Palmeira a Gaia, era assegurado pelas divisões de Infantaria 3 de Viana do Castelo, Infantaria 20 de Guimarães, Cavalaria 6 de Chaves, Cavalaria 10 de Aveiro e o cruzador Adamastor (para assegurar o cerco marítimo), num total de cerca de 2 mil e 500 homens (7, p.53).

Embora num primeiro momento, enquanto as tropas se estabeleciam, os portuenses tenham optado por rapidamente sair da cidade – segundo a imprensa terão deixado o Porto entre 20 a 40 mil pessoas, na sua grande maioria das classes mais abastadas (7, p.54), seguindo um padrão idêntico ao referido nos registos medievais sobre a peste negra –, a reacção que se fez sentir após o choque inicial face à decisão do governo central foi brutal, envolvendo políticos e imprensa portuense, a burguesia comercial e industrial reunida em torno das suas associações de classe e os trabalhadores que, devido à situação de crescente paralisia económica, engrossavam o desemprego e sofriam o agravamento das suas condições de vida.

Entre a negação de existência do surto epidémico, a sua desvalorização por ser fraco e sucessivas manifestações nas ruas, a cólera em relação a Lisboa e a Ricardo Jorge cresceu rapidamente. O Porto olhava para as medidas de contenção sanitárias como uma estratégia de Lisboa para reduzir o poder económico do norte e um castigo dos monárquicos no governo pela revolta republicana de 31 de Janeiro de 1881, num momento de eleições que viriam a revelar-se como uma forte vitória para o Partido Republicano, com a eleição de

três deputados, apelidados de “deputados da peste”, um dos quais, o jovem Afonso Costa. No seu manifesto, publicado no jornal *A Pátria*, escrevia-se

O que se praticou contra a cidade foi verdadeiramente um crime. (...) Protestais, com os republicanos; submetei-vos sem os republicanos. (...) O Partido Republicano considera-se, perante vós, eleitores, como capaz de interpretar completamente os vossos desgostos e ao mesmo tempo as vossas aspirações. Desgostos pelas violências praticadas contra a cidade e que tão largo abalo lhe produziram (...) (30).

Ricardo Jorge, que não concordara com o cerco sanitário e o uso do lazareto – “O estabelecimento do cordão sanitário é um disparate máximo (...) [que] só servirá para aqui nos devorarmos uns aos outros” (31) – e que comentara que o exército usado para o cerco deveria estar sim a fazer trabalho de desinfeção e desinfestação (7, p.61), não escapou, contudo, à fúria popular, que se revoltava usando pedras contra as brigadas de limpeza, contra a hipótese de ser vacinada, contra o isolamento a que os infectados eram sujeitos, contra as autópsias de mortos por peste, contra a fome e contra o cordão sanitário.

Ricardo Jorge, perante “o desvairamento da opinião pública” (32) e da falta de apoio para implementar as necessárias medidas sanitárias, pediu transferência para Lisboa, onde chegou a 15 de Outubro de 1899. O cordão sanitário durou até às vésperas do Natal, mas a peste permaneceu na cidade, de forma endémica, até 1915.

No rescaldo da epidemia, ficaram 132 mortes para um total de 320 casos e um forte debate, que envolveu não só o Porto, mas também Lisboa, sobre a higiene no meio urbano, particularmente no que respeita a infraestruturas de saneamento e à habitação das classes trabalhadoras, e a responsabilidade dos vários actores: municípios, entidades privadas, governo central, políticos e peritos.

### **Notas finais: ciência, tecnologia e medicina na construção da cidade higienista**

A famosa tese de Henri Pirenne sobre a cidade, recuperou-a como um actor histórico activo, com agência própria, composto por um conjunto diversificado de entidades dinâmicas, humanas e não-humanas, que mudam, evoluem e estabelecem interligações<sup>12</sup> (33).

<sup>12</sup> Ilustrando a tese de Pirenne, a cidade medieval e seus subúrbios criaram um ambiente favorável à ascensão da burguesia; a cidade barroca (séculos XV a XVIII) foi palco do exercício da monarquia absoluta e dos interesses e práticas do capitalismo mercantil, ao mesmo tempo que assistiu à emergência de uma nova elite intelectual – cientistas, engenheiros, artistas – ao serviço dos Estados modernos; enquanto que a cidade do século XIX expandiu-se e modernizou-se ao sabor do crescimento industrial, densificando as suas facetas positivas e negativas.

As epidemias fazem parte desta teia de interações que marca o espaço urbano, introduzindo nos seus frágeis equilíbrios elemento disruptivos, seja porque alteram repentinamente o *status quo*, seja porque forçam a alteração de espaços e de comportamentos. Da peste negra medieval à COVID-19 de 2020, este padrão mantém-se e justifica a visão renovada da história urbana como território da história da ciência, tecnologia e medicina.

A taxa de urbanização na Europa acelerou de forma clara nos séculos XIX e XX, incluindo tanto o crescimento de cidades já existentes, como o nascimento de novas cidades. A partir de meados do século XIX, foram construídas as infraestruturas que estamos habituados a reconhecer como marcas urbanas – água, gás e energia eléctrica, esgotos e sistemas de transporte, jardins e passeios, ruas e estradas – primeiro, nas grandes cidades europeias como Paris, Berlim e Londres, depois nas cidades mais pequenas como Lisboa e Porto.

Esta nova cidade oitocentista é uma cidade haussmanniana, que se quer moderna e cosmopolita, concebida para servir uma classe média emergente. Infraestruturas ocultas (esgotos, iluminação, abastecimento de água), infraestruturas visíveis (jardins, novas avenidas, passeios, áreas de transporte, lazer e consumo) e regulamentações de saúde e higiene públicas estão no centro da nova urbanidade construído por diferentes classes de *experts*. Cientistas, engenheiros e médicos formaram uma nova tecnocracia, que assumiu um papel fundamental como base das decisões políticas.

Mas, existe uma outra cidade, invisível aos olhos da modernidade contemporânea: a cidade dos pobres, ou seja, dos trabalhadores, da classe operária que vive em condições de alojamento e de higiene precárias. Esta cidade torna-se visível durante as epidemias, porque a doença encontra aí espaço para se desenvolver e expandir. É isso que vemos em Lisboa e no Porto durante as epidemias do século XIX e continuamos a ver nos dias de hoje. E esta realidade gera, inevitavelmente, um sobressalto de consciência: é preciso intervir, fazer melhoramentos nas casas, nas infraestruturas de saneamento e de abastecimento de serviços como água e eletricidade, para evitar e combater as epidemias.

É nesta perspectiva, ou seja do ponto de vista da ciência, tecnologia e medicina, que, no século XIX, se debateu exaustivamente a questão da habitação operária, como um espaço privilegiado de aplicação de conhecimentos técnico-científicos e de políticas higienistas e de saúde pública, mas, também, como um espaço de exercício de poder, semelhante ao conceito de dispositivo de Foucault.

Embora este artigo se tenha centrado em estudos de caso de final do século XIX e início do século XX em Portugal, muitas das reflexões que eles nos proporcionam podem ser facilmente recuperadas e readaptadas para a análise da pandemia global da COVID-19. Podemos usar a investigação histórica sobre a forma como temos lidado, enquanto sociedade, com as epidemias e pandemias para melhor atravessarmos os actuais momentos de incerteza e de espanto e definirmos acções futuras que sejam efectivas na alteração das condições que levaram a, em pleno século XXI, parar o mundo. Se é, naturalmente, impossível prever datas e contornos exactos da ocorrência das próximas epidemias, é possível criar as condições locais, nacionais e globais, tanto ao nível ambiental e social, como institucional e político, para que deixemos de ser os agentes que escancaram as portas à entrada de epidemias. Mais que reagir, teremos que ser capazes de antecipar. E antecipar implica re-equacionar de forma drástica a nossa relação com o planeta, com tudo o que nos rodeia. Se o não conseguirmos fazer e apenas pensarmos em termos do singular, desta pandemia específica, corremos o risco de, na próxima, cumprirmos a célebre frase de Karl Marx na abertura de *O 18 de Brumário de Luís Bonaparte*: “A história repete-se, a primeira vez como tragédia e a segunda como farsa”.

## Referências

1. Horrox, R, organizador. *The Black Death*. Manchester: Manchester University Press; 1994.
2. Le Goff J. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar; 1997.
3. Snowden Frank M. *Pandemias e sociedade. Da peste negra ao presente*. Lisboa: Edições 70; 2020.
4. Alchon SA. *A Pest in the Land: New World Epidemics in a Global Perspective*. Albuquerque (USA): University of New Mexico Press; 2003.
5. Spreeuwenberg P, Kroneman M, Paget J. Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic. *American Journal of Epidemiology*. 2018;187(12):2561–2567.
6. Almeida MAP de. *Saúde Pública e Higiene na Imprensa diária em anos e Epidemias, 1854-1918*. Lisboa: Colibri/CIUHCT; 2013.
7. Pontes D. *O cerco da peste no Porto. Cidade, imprensa e saúde pública na crise sanitária de 1899 [Dissertação]*. Porto: Faculdade de Letras, Universidade do Porto; 2012.

8. Dierig S, Lachmund J, Mendelsohn J A, organizadores. *Science and the City*. Chicago: Chicago University Press; 2003. (Osiris, vol. 18)
9. Mumford L. *The Culture of Cities*. Eugene, OR: Harvest Books; 1970.
10. Simões A. From Capital City to Scientific Capital: Science, Technology, and Medicine in Lisbon as Seen through the Press, 1900–1910. In: Nieto-Galan A, Hochadel O, organizadores. *Urban Histories of Science: Making Knowledge in the City 1820-1940*. London: Routledge; 2019. p.141-163.
11. Simões A, Diogo MP, organizadores. *Science, Technology and Medicine in the making of Lisbon (1840-1940)*. Leiden: Brill; no prelo 2021-22.
12. Suay-Matallana I. The customs laboratory of Lisbon (1880s-1930s): Chemistry, economy and scientific spaces. In: Simões A, Diogo MP, organizadores. *Science, Technology and Medicine in the making of Lisbon (1840-1940)*. Leiden: Brill; no prelo 2021-22.
13. Miralles-Buil C. Lisbon after quarantines: An urban protection against international diseases. In: Simões A, Diogo MP, organizadores. *Science, Technology and Medicine in the making of Lisbon (1840-1940)*. Leiden: Brill; no prelo 2021-22.
14. Nunes JCA. The new Lisbon Lazaretto (1860-1908). Trapped voices on the other side of the river Tagus. In: Simões A, Diogo MP, organizadores. *Science, Technology and Medicine in the making of Lisbon (1840-1940)*. Leiden: Brill; no prelo 2021-22.
15. França JA. *Lisboa: Urbanismo e Arquitectura*. Lisboa: Livros Horizonte; 2005.
16. Pereira MH. *Demografia e desenvolvimento em Portugal na segunda metade do século XIX*. Lisboa: Associação Industrial Portuguesa; 1963.
17. Rodrigues T. *Nascer e Morrer na Lisboa Oitocentista. Migrações, mortalidade e desenvolvimento*. Lisboa: Edições Cosmos; 1995.
18. Vieira C. As habitações operárias em Lisboa, na segunda metade do século dezenove. *Cadernos do Arquivo Municipal (de Lisboa)*. Junho 2020;2(13).
19. Diogo MP, Simões A. Working-class neighborhoods in Lisbon. Republican hygienist policies, circulation of workers and capital. In: Simões A, Diogo MP, organizadores. *Science, Technology and Medicine in the making of Lisbon (1840-1940)*. Leiden: Brill; no prelo 2021-22.
20. Depietri Y, McPhearson T. Integrating the Grey, Green, and Blue in Cities: Nature-Based Solutions for Climate Change Adaptation and Risk Reduction. In: Kabisch N, Korn H, Stadler J, Bonn A, organizadores. *Theory and Practice of Urban Sustainability Transitions*. Springer; 2017. p. 91-109.
21. Jorge R. *Hygiene Social Aplicada à Nação Portuguesa: Conferencias feitas no Porto pelo Professor Ricardo Jorge*. Porto: Livraria Civilização; 1885.

22. Almeida F de. Lisboa Monumental I. Ilustração Portuguesa. 1906;(36):396-405.
23. Almeida F de. Lisboa Monumental II. Ilustração Portuguesa. 1906;(39):497-509.
24. Matos JMM de. Lisboa no anno 2000 I: O Porto de Lisboa. Ilustração Portuguesa. 1906;(5):129-133.
25. Matos JMM de. Lisboa no anno 2000 II: Os cais de Alcântara e os armazéns de Lisboa. Ilustração Portuguesa. 1906;(6):188-192.
26. Matos JMM de. Lisboa no anno 2000 III: A estação de Lisboa-Mar. Ilustração Portuguesa. 1906;(7):220-223.
27. Matos JMM de. Lisboa no anno 2000 IV: O tunel para a outra banda. Ilustração Portuguesa. 1906;(8):249-252.
28. O Comércio do Porto. 15 ago.1899; p. 1-2.
29. Diário de Notícias. 18 ago.1899; p.1.
30. Manifesto – Aos Cidadãos Portuenses. A Pátria (264). 20 nov. 1899; p. 2.
31. O Comércio do Porto. 24 ago. 1899; p.1-2.
32. Diário de Notícias. 30 set. 1899; p.1.
33. Pirenne H. Les villes du Moyen Âge, essai d'histoire économique et sociale. Bruxelles: Lamertin; 1927.

## Colaboradores

Todas as autoras contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

---

Submetido em: 06/03/2021

Aprovado em: 13/04/21

## Como citar este artigo

Diogo MP, Simões A. Epidemias e os avisos surdos da história. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 abr./jun.;10(2):31-51.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.778>