

Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. III – Gripe pneumónica

Disease outbreaks in Portugal in the first half of the twentieth century: historical and epidemiological approach. III - Influenza

J. A. David de Morais

Resumo

Tendo empreendido um estudo estatístico das epidemias que na primeira metade do século XX se manifestaram em Portugal (peste bubónica, tifo epidémico, varíola e gripe), o autor aborda neste trabalho a problemática epidemiológica da gripe pneumónica.

Assim, são analisados os seguintes parâmetros epidemiométricos: evolução temporal dos óbitos provocados pela virose, distribuição por sexos, por grupos etários, por meses do ano, por distritos e por grandes regiões.

Palavras chave: epidemias em Portugal, século XX, gripe pneumónica.

Abstract

After carrying out a statistical study of the various epidemics in the first half of the twentieth century in Portugal (bubonic plague, epidemic typhus, smallpox and influenza), the author analyzes in this paper the epidemiologic problem of pneumonic influenza.

The following epidemiometric endpoints are assessed: the epidemics evolution over the years, distribution of deaths by gender, age groups, months of the year and relevant districts and regions.

Key words: outbreaks, epidemics, Portugal, twentieth century, influenza.

INTRODUÇÃO

Das quatro patologias infecciosas que se manifestaram por surtos epidémicos em Portugal durante a primeira metade do século XX – tifo epidémico,¹ peste,² varíola³ e gripe pneumónica –, em geral apenas esta última é referida em trabalhos médicos e demográficos publicados, tal se devendo, notoriamente, à elevada mortalidade global de que se revestiu. A grande questão que, retrospectivamente, se coloca no que respeita à gripe pneumónica de 1918 tem a ver em especial com o número total de óbitos então ocorridos – que, como é óbvio, não se confinou apenas aos casos que foram oficialmente declarados –, sendo esse um dos aspectos que nós aqui procuraremos aclarar, em bases clínicas e epidemiológicas plausíveis.

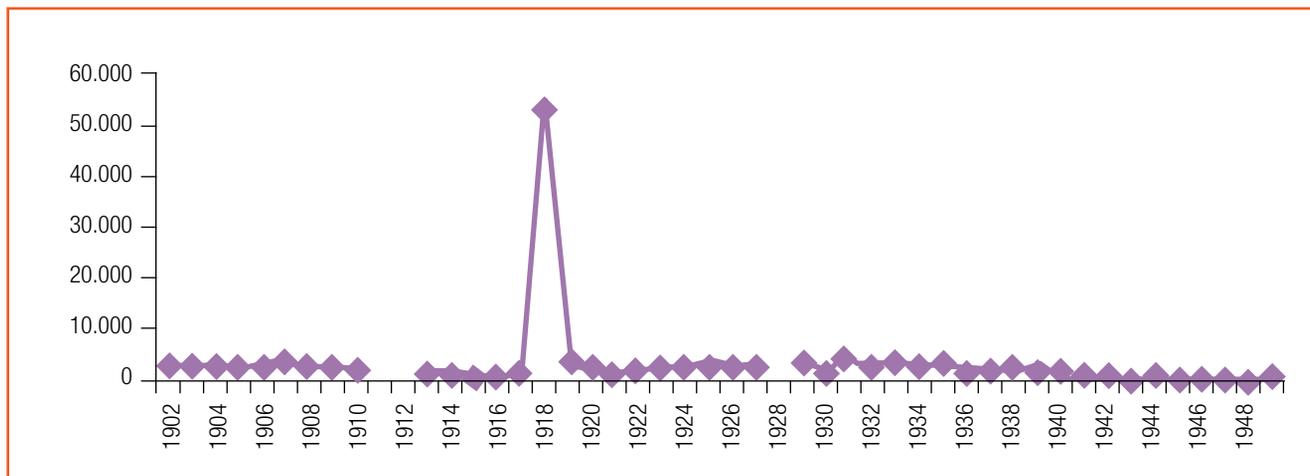
MATERIAL E MÉTODOS

Para o estudo das epidemias ocorridas em Portugal na primeira metade do século XX servimo-nos das estatísticas oficiais publicadas.⁴⁻¹³

Naturalmente que estas estatísticas – por via de períodos agitados da nossa História e por mudanças dos organismos e ministérios por elas responsáveis – apresentam lacunas, deficiências e descontinuidades, que a seu tempo assinalaremos. Demais, a informação então recolhida mostra, manifestamente, vários problemas quanto à sua qualidade; tomemos, a mero título de exemplo, a década de 1915-1924: dos 1.353.488 óbitos registados nas publicações das estatísticas oficiais, 542.727 casos, isto é 40,1%, foram então remetidos para a categoria de “Doenças ignoradas ou mal definidas”, o que cerceia a possibilidade de uma análise mais aprofundada da mortalidade. Outrossim, os diferentes parâmetros estatísticos que apurámos limitaram-se, obviamente, aos disponíveis oficialmente, quando outros nos interessariam também considerar, como, por exemplo, a morbidade; todavia, as estatísticas oficiais ficaram-se tão-só pelos óbitos, o que obsta ao cálculo das taxas de mortalidade.

Para uma melhor avaliação dos parâmetros apurados complementámos a nossa análise estatística,

Chefe de Clínica de Medicina Interna do Hospital do Espírito Santo de Évora (aposentado).



Óbitos por gripe pneumónica registados em Portugal Continental em 1902-1949.

FIG. 1

quando indicado, com o teste do χ^2 ou com o cálculo dos limites de confiança (LC) a 95%.¹⁴

RESULTADOS

Dado que a mortalidade por gripe pneumónica se revestiu nas Ilhas Adjacentes de fraca acuidade quantitativa (nos Açores ocorreu um pequeno surto epidémico em 1918, com 1691 óbitos, e na Madeira registaram-se apenas 114 mortes em 1918 e 493 em 1919), à semelhança do que fizemos para o tifo exantemático e para a varíola, também aqui nos ocuparemos apenas de Portugal Continental.

Mortalidade por anos. Na Fig. 1 é bem evidente o surto epidémico de gripe pneumónica em 1918, com 53.975 óbitos declarados nesse ano. Se restringirmos a nossa análise à década em que surgiu esse surto, 1915-1924, vemos que 81,0% (LC: 81,0-81,3) dos falecimentos por gripe ocorreram em 1918 (Quadro I).

Mortalidade por sexos. Daqueles 53 975 óbitos por gripe registados em 1918, 25 168 eram do sexo masculino (46,6% - LC: 46,2-47,1) e 28 807 do sexo feminino (53,4% - LC: 53,0-54,0) – Quadro I.

Mortalidade por idades. Como se mostra no Quadro II e Fig. 2, a maior mortalidade verificou-se nas crianças e nos adultos jovens até aos 30-39 anos de idade.

Mortalidade por meses. No ano de 1918,

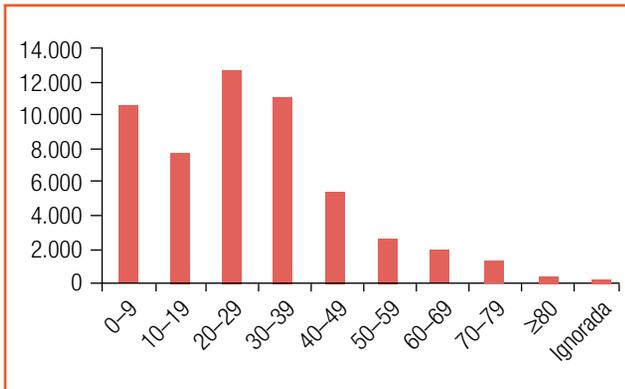
90,0% dos óbitos (48.565) ocorreram nos meses de Outubro e Novembro, com especial relevância para Outubro (Quadro III).

Mortalidade por distritos. Em relação ao número total de óbitos, o distrito de Lisboa assumiu a posição cimeira, com 19,6% (LC: 19,3-19,9), e o distrito de Portalegre foi o menos penalizado, com 1,7% (LC: 1,6-1,8) – Quadro IV.

QUADRO I

Óbitos por gripe registados em Portugal Continental na década de 1915-1924, por anos e sexos

Ano	Sexo		Total		
	Masculino	Feminino	n	%	LC
1915	304	344	648	1,0	1,0-1,1
1916	320	344	664	1,0	1,0-1,1
1917	532	528	1.060	1,6	1,5-1,7
1918	25.168	28.807	53.975	81,0	81,0-81,3
1919	1.336	1.142	2.478	3,7	3,6-3,9
1920	953	912	1.865	2,8	2,7-2,9
1921	497	506	1.003	1,5	1,4-1,6
1922	839	817	1.656	2,5	2,4-2,6
1923	913	876	1.789	2,7	2,6-2,8
1924	755	703	1.458	2,2	2,1-2,3
Total	31.617	34.979	66.596	100,0	—



Óbitos por gripe pneumónica registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918, por grupos etários

FIG. 2

Mortalidade por grandes regiões. No apuramento global por grandes regiões, verificou-se a seguinte distribuição dos 53.975 óbitos de 1918, em valores decrescentes: Região Centro: 20 866 óbitos (38,7% – LC: 38,3-39,1); Região de Lisboa e Vale do Tejo: 14.139 (26,2% – LC: 26,0-27,0); Região Norte: 11.399 (21,1% – LC: 21,0-21,5); Região Sul: 7.571 (14,0% – LC: 13,7-14,3).

DISCUSSÃO

Tem-se questionado se várias epidemias da Antiguidade (v. g. a descrita em 412 a.C. por Hipócrates) e medievais terão correspondido, efectivamente, à gripe ou influenza, não existindo todavia provas concludentes. O termo influenza, segundo o *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*, é um “(...) vocábulo espalhado nos idiomas ocidentais pelo inglês, que o recebeu do italiano influenza, propriamente ‘influenza’, daí ‘corrimento de fluído’, depois, especialmente, ‘epidemia’; o vocábulo difundiu-se logo após a epidemia de 1743, aparecida na Itália. (...)”¹⁵ Contudo, o que é vulgarmente aceite é que o termo *influenza* designaria, popularmente, a crença de que aquele surto gripal teria sido provocado por *influência* dos astros ou, mais concretamente, do frio (*influenza di freddo*). O certo é que, para além da sua endemicidade sazonal e de vários surtos epidémicos putativamente atribuídos à gripe na Europa (cerca de três dezenas de surtos importantes nos últimos cinco séculos),¹⁶ foi a grande epidemia de 1918-1919 – comumente designada por “gripe espanhola” ou “pneumónica” – que marcou o nosso imaginário colectivo, com os seus estimados

QUADRO II

Óbitos por gripe pneumónica registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918, por grupos etários

Grupos etários anos	Óbitos		
	n	%	LC*
0-9	10.638	19,7	19,4-20,1
10-19	7.891	14,6	14,3-14,9
20-29	12.852	23,8	23,5-24,2
30-39	10.853	20,1	19,8-20,5
40-49	5.117	9,5	9,2-9,7
50-59	2.672	5,0	4,8-5,1
60-69	2.007	3,7	3,6-3,9
70-79	1.316	2,4	2,3-2,6
≥80	395	0,7	0,7-0,8
Ignorada	234	0,4	0,4-0,5
Total	53.975	100,0	—

*LC: limites de confiança a 95%.

QUADRO III

Óbitos por gripe pneumónica registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918, por meses

Meses	Óbitos		
	n	%	LC*
Janeiro	132	0,2	0,2-0,3
Fevereiro	86	0,2	0,1-0,2
Março	103	0,2	0,2-0,2
Abril	65	0,1	0,1-0,2
Mai	66	0,1	0,1-0,2
Junho	137	0,3	0,2-0,3
Julho	372	0,7	0,6-0,8
Agosto	370	0,7	0,6-0,8
Setembro	2.250	4,2	4,0-4,3
Outubro	31.471	58,3	57,9-58,7
Novembro	17.094	31,7	31,3-32,1
Dezembro	1.829	3,4	3,2-3,5
Total	53.975	100,0	—

*LC: limites de confiança a 95%.

20 a 100 milhões de mortos, mais do dobro do que os provocados pela Guerra Mundial de 1914-1918. Mesmo entre nós, várias personalidades de renome sucumbiram então à doença, designadamente o pintor Amadeu de Souza-Cardoso.

Já fora do nosso período de análise, em 1957 um surto epidémico – a “gripe asiática” – voltou a manifestar-se, e de novo em 1968 – a “gripe de Hong Kong –, mas sem a acutilância da pneumónica de 1918. E agora (escrevemos no dealbar de 2010), debatemo-nos com a cognominada “gripe mexicana” ou “gripe A”.

Sobre os resultados da nossa análise aos dados estatísticos da gripe pneumónica de 1918, podemos resumir:

Mortalidade por sexos: não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Mortalidade por idades: o número de falecimentos por gripe mostrou uma evolução decrescente com a idade, a partir dos 40 anos, o que presumivelmente teria a ver com a maior vulnerabilidade das crianças às infecções por vírus e à possível existência de grupos etários mais idosos com defesas imunológicas adquiridas em contactos prévios para o vírus da influenza.

Mortalidade por meses: também na nossa análise se verificou a consabida e habitual maior prevalência nos meses mais frios (*Quadro III*).

Mortalidade por distritos: Lisboa, com 10 575 óbitos (19,6% - LC: 19,3-19,9), revelou-se o distrito que no País acusou maior número de óbitos por gripe.

Mortalidade por grandes regiões: analisando a sobremortalidade segundo a incidência por 100.000 habitantes, encontramos, por ordem decrescente de importância: 1.117,2 óbitos/100.000 hab. na Região de Lisboa e Vale do Tejo; 1.111,8 na Região Centro; 983,8 na Região Sul; 666,5 na Região Norte. Para a globalidade do País, a incidência situou-se em 960,1 óbitos/100.000 hab. (população residente reportada ao censo de 1920). Especulativa é a razão pela qual o Norte foi mais poupado. Ora, sabe-se que a epidemia passou de Espanha para o Alentejo: então “(...) a sua benignidade deu lugar a sustentar-se a opinião de que, longe de ser de gripe, era de febre dos papatazes, o que o Prof. Ricardo Jorge mostrou não ser exacto. (...)”¹⁷ Esta primeira fase de “benignidade” explicaria, quicá, a relativamente menor incidência verificada na Região Sul, em comparação com Lisboa/Vale do Tejo e Centro. “(...) A segunda fase da epidemia (...) foi gravíssima, de forma pneumónica (...)”,¹⁷ difundindo-se para as regiões adjacentes ao Alentejo.

QUADRO IV

Óbitos por gripe pneumónica registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918, por distritos

Distritos	Óbitos		
	n	%	LC
Aveiro	3.410	6,3	6,1-6,5
Beja	1.648	3,1	2,9-3,2
Braga	1.337	2,5	2,3-2,6
Bragança	1.578	2,9	2,8-3,1
Castelo Branco	4.515	8,4	8,1-8,6
Coimbra	3.523	6,5	6,3-6,7
Évora	1.901	3,5	3,4-3,7
Faro	3.128	5,8	5,6-6,0
Guarda	3.167	5,9	5,7-6,1
Leiria	2.885	5,3	5,2-5,5
Lisboa	10.575	19,6	19,3-19,9
Portalegre	894	1,7	1,6-1,8
Porto	4.835	9,0	8,7-9,2
Santarém	3.564	6,6	6,4-6,8
Viana do Castelo	1.285	2,4	2,2-2,5
Vila Real	2.364	4,4	4,2-4,6
Viseu	3.366	6,2	6,0-6,4
Total	53.975	100,0	—

Teria depois a gripe, na sua progressão para o Norte (região mais poupada em termos de incidência), perdido virulência?; teriam as populações do setentrião nacional anticorpos protectores de outras epidemias anteriores? – eis especulações para as quais, a quase um século de distância, por certo nunca obteremos respostas concludentes.

Mortalidade total no País: não abundam trabalhos de análise da epidemia de gripe de 1918 no nosso país,¹⁸ mas recentemente foi dado à estampa o livro “A Gripe Pneumónica em Portugal Continental – 1918”, da autoria de João Frada.¹⁹ Trata-se de uma obra que por certo passará a ser de referência obrigatória, quer pelo excelente enquadramento que é feito da epidemia, quer pela análise detalhada dos dados estatísticos disponíveis. Todavia, permitimo-nos alertar o leitor para o facto de que os seus dados estatísticos não coincidem com os que nós aqui apresentamos (o que não seria grave), mas não coincidem também com

as estatísticas oficiais (o que já não é despendendo). O autor parte de um pressuposto pessoal, e depois assume-o como provado ao longo de todo restante o livro: “(...) *Tomámos o somatório das mortes atribuídas a cada uma das rubricas [“gripe” e “pneumonia”] como o número definitivo e global de óbitos por gripe. (...)*” – ênfase nossa. Assim, logo na contra-capa do livro, afirma: “(...) *De acordo com os cálculos por nós efectuados a partir dos dados do Movimento Fisiológico da População Portuguesa de 1918, a gripe, só em Portugal Continental, seria responsável por 60.474 mortos. (...)*”¹⁹ Por “*cálculos por nós efectuados*” entendeu o autor a soma de 53.975 óbitos por gripe + 6.499 óbitos por pneumonia, o que perfaz os “60.474 mortos”. Ora, ao optar por semelhante critério, aquele autor cria um problema “contabilístico” inultrapassável, qual seja: se, paralelamente, quisermos analisar o parâmetro “pneumonias”, ou vamos encontrar essa rubrica vazia (porque os óbitos por pneumonia foram entretanto transferidos pelo citado autor para a gripe) ou utilizamos outra vez esses mesmos dados estatísticos – e então estamos a duplicá-los. Convenhamos que, coevos da epidemia, os clínicos e delegados de saúde de então estariam em muito melhor posição do que João Frada, ou qualquer um de nós, para decidir se um dado óbito deveria ser averbado como “gripe” ou como “pneumonia”.

Assim, pessoalmente defendemos que os dados oficiais não devem ser objecto de ‘engenharia’ estatística, sob pena de passarem a ocorrer discrepâncias entre os vários trabalhos de investigação, inviabilizando, pois, a sua comparabilidade. É certo que as estatísticas oficiais contêm lacunas e limitações óbvias, mas elas devem ser trabalhadas conforme foram publicadas, reservando-se os autores o legítimo direito de, na secção “Discussão”, fazerem depois os reparos necessários ou construir mesmo um índice de correcção, devidamente fundamentado.

Mas aquilatemos, então, a importância das pneumonias no cômputo geral dos óbitos em Portugal: no decénio 1915-1924 ocorreram 1.353.488 óbitos por todas as causas e 37.164 por pneumonia, o que dá uma percentagem global de 2,7% de mortes por esta patologia. Ora, para o decénio em causa existem cinco anos (1915, 1916, 1917, 1921 e 1922) em que a percentagem de óbitos por pneumonia foi superior à média do decénio. Quanto a 1918, o ano que nos interessa considerar, ele apresentou um índice igual ao do decénio (2,7%), o que significa que, percentualmente,

não se notificaram mais mortes por pneumonia nesse ano de epidemia de gripe. De feito, João Frada fez apenas uma avaliação transversal da ocorrência de pneumonias (1918), quando, metodologicamente, se impõe uma avaliação longitudinal, de pelo menos uma década.

Vejam, realisticamente, como os factos então se passavam: face a uma população de baixíssimos recursos e a uma assistência médica pública extremamente deficitária, raríssimos doentes do povo eram observados no domicílio, e, destes, os casos diagnosticados como gripe eram aconselhados a permanecer em casa, só sendo referenciados aos hospitais os casos tidos como pneumonias (apesar da carência de meios de diagnóstico de então, o facto é que os clínicos utilizavam uma rica semiologia, que lhes permitia fazer diagnósticos muito fiáveis). Relativamente aos que recorriam aos hospitais (já sobejamente sobrecarregados), o critério era também o mesmo: hospitalizavam-se os casos diagnosticados como pneumonias e reenviavam-se para o domicílio os que se entendia serem gripe. Assim, os óbitos certificados como falecimentos por pneumonia foram, em 1918 como nos demais anos, aqueles que beneficiaram de assistência médica, isto é, aqueles cujos *exitus* ocorreram em instituições hospitalares, pelo que foram correctamente notificados. Quanto aos demais, sendo que os delegados de saúde – “(...) *funcionários mal pagos (...)*”¹⁷ – não tinham seguido clinicamente os doentes que faleciam no domicílio, eles limitavam-se, coerentemente, a fazer o que deviam fazer: declaravam esses óbitos como de “causa desconhecida”.

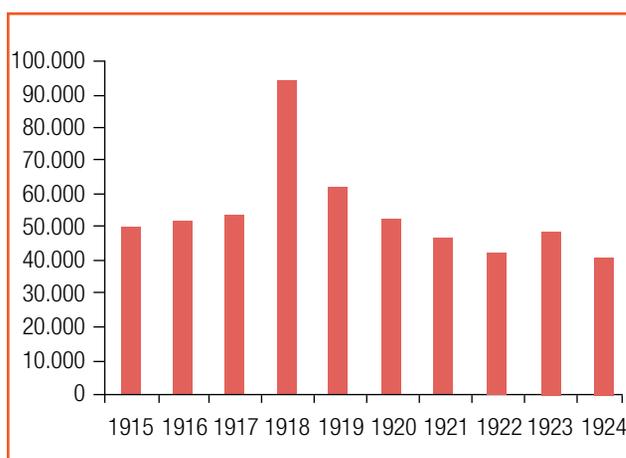
Obviamente que aceitamos, como João Frada e outros autores, que o número de óbitos por gripe foi, em 1918, superior aos 53 975 casos registados nas estatísticas oficiais. Todavia, compulsando as várias causas de morte notificadas, existe a possibilidade de sabermos para onde foram “descarregados” os indivíduos que apareciam mortos sem que tivessem tido acompanhamento médico. Tomemos a rubrica dos falecimentos por “*Doenças ignoradas ou mal definidas*” e analisemos estes óbitos no decénio 1915-1924: 1915: 49.371 óbitos; 1916: 51.679; 1917: 53.631; 1918: 94.070; 1919: 61.587; 1920: 52.797; 1921: 46.600; 1922: 43.363; 1923: 47.965; 1924: 41.664. Com estes valores construímos então a Fig. 3, que não permite, a quem quer que seja, ignorar os 94.070 óbitos de 1918 por “doenças ignoradas ou mal definidas”. Calcule-se agora a média de óbitos desta

rubrica, eliminando, obviamente, o ano anómalo de 1918: para os nove anos restantes, obtemos um valor médio 49.851 mortes/ano, valor este que pode ser tido como o número aproximado de óbitos esperados para 1918 em doenças de causa ignorada. Finalmente, por uma simples operação aritmética de subtração ($94.070 - 49.851 = 44.219$), vemos que em 1918 foi registado um número excedentário de óbitos bastante elevado: 44.219 falecimentos para além daqueles que seriam estatisticamente esperados por “Doenças ignoradas ou mal definidas”. Raciocinemos, pois, em termos *epidemiológicos*: que doença(s) poderia(m) justificar, em 1918, um acréscimo de 44.219 óbitos por causa(s) ignorada(s)? Indeclinavelmente, só patologias do foro infeccioso poderiam concorrer para uma tal situação epidémica. Ora, que patologias infecciosas ocorreram então com carácter epidémico? Como mostrámos em outros trabalhos, teríamos de considerar: a varíola, o tifo epidémico e a gripe.^{1,3}

a) No que respeita à varíola, os sinais provocados pela doença podem ser considerados patognomónicos (vesículas e pústulas de distribuição centrífuga), e qualquer médico do início do século passado sabia perfeitamente reconhecê-los. Assim, os casos notificados como varíola devem corresponder à realidade epidemiológica de então, e não é preciso ir procurá-los em “doenças de causa ignorada”.

b) Quanto ao tifo epidémico, admitimos que alguns doentes falecidos por esta zoonose pudessem ser incluídos nas notificações de causa ignorada. Contudo, para um excedente de 44.219 óbitos em relação aos valores esperados, temos de pensar não só numa doença *infecciosa* mas também *contagiosa* – o que não é o caso do tifo. Entendemos, pois, que o possível contributo do tifo para aquele excedente teria sido muito reduzido, tanto mais que os casos de tifo exantemático foram notificados em muito menor número e ocorreram maioritariamente na região Norte do país (92,7% dos óbitos em 1918),¹ enquanto a virulência da gripe se fez sentir mais no Centro e Lisboa/Vale do Tejo.

c) Resta, pois, a probabilidade de a esmagadora maioria dos óbitos excedentários de 1918, incluídos em “doenças ignoradas ou mal definidas”, ter sido motivada pela gripe pneumónica, uma doença extremamente *contagiosa* em curtos períodos de tempo, tanto mais que tal foi o que se verificou também em outros países da Europa, por exemplo em Espanha, onde por “(...) *la pandemia [de gripe] de 1918 murieron más de 250.000 personas en apenas un año (...)*.”²⁰



Óbitos por “doenças ignoradas ou mal definidas” registados em Portugal Continental no decénio 1915-1924.

FIG. 3

Queremos deixar bem claro que não nos move qualquer intuito crítico em relação ao autor de “*A Gripe Pneumónica em Portugal Continental – 1918*”. Simplesmente, procurámos apresentar o nosso raciocínio epidemiológico e clínico de forma a chegarmos a um número de óbitos por gripe, em 1918, mais consentâneo com a realidade que emana das estatísticas oficiais: não os 60.474 óbitos que evoca João Frada, mas sim um número bastante mais elevado, 98 194 falecimentos, decorrentes de 53.975 óbitos notificados como gripe, mais 44.219 *exitus* que teriam sido relegados para “doenças ignoradas ou mal definidas”. Ou, por outras palavras: dos putativos 98 194 doentes que calculámos verosimilmente falecidos por gripe, 45% não terão tido qualquer tipo de assistência – por deficiências dos serviços médicos nacionais – e, ao falecerem, foram muito correctamente certificados como tendo ocorrido por causa desconhecida.

Obviamente que os 53 975 óbitos oficialmente registados não merecem também a concordância de outros autores: por exemplo, para Silva Correia “(...) *o número de mortos [por gripe] deve ter-se aproximado de 150 mil, sendo a maior de toda a nossa história epidemiológica. (...)*”¹⁷ Todavia, não vimos fundamentada a assunção deste quantitativo, pelo que os 98 194 óbitos por nós calculados (*grosso modo*, 100 000 falecimentos), que se situam entre os 60 474 de João Frada e os 150 000 de Silva Correia – *in medio virtus* –, afiguram-se-nos muito mais consentâneos com a realidade epidemiológica de então e com a inferência

possível a partir dos dados oficiais disponíveis. Ou ainda: para calcularmos um número mais realista de óbitos por gripe, em 1918, deveremos multiplicar os números declarados oficialmente por um índice corrector de 1,819.

CONCLUSÕES

Não conhecemos nenhum estudo sobre a globalidade das epidemias ocorridas em Portugal na primeira metade do século XX. Assim, como conclusão final do conjunto dos nossos trabalhos respeitantes a esse lapso de tempo,¹⁻³ salientamos:

a) Especificidade da ocorrência e persistência da peste bubónica nos Açores:² em especial por via das condições extremamente difíceis de combate aos seus reservatórios murinos, o Arquipélago Açoriano foi a última região da Europa a conseguir erradicar esta pestilência.²¹

b) Co-morbilidade gripe/tifo/varíola: o aspecto mais importante que tornámos manifesto com os nossos estudos foi que, afinal, em 1918-1919 não se abateu sobre Portugal Continental apenas uma epidemia, mas sim três, concomitantemente (facto que, em geral, passou despercebido aos estudiosos): gripe pneumónica – situação já sobejamente conhecida –, tifo epidémico e varíola. Mas, obviamente, foi a gripe pneumónica que cobrou o maior tributo à população portuguesa, registando bastantes mais casos fatais do que as outras duas entidades nosológicas em conjunto.

Como é óbvio, tal terá acontecido por uma conjugação de condições propiciatórias (sociais, económicas, sanitárias, nutricionais, políticas, etc.) que, de certo modo, interagiram entre si e se potenciaram. A crise que atingiu o País no final do século XIX e princípios do século XX decorreu quer de razões internas, quer de razões externas, tendo estas últimas culminado na Grande Guerra de 1914-1918. A nível interno, “(...) mergulhado numa crise económica cujas raízes tocam o início do século, Portugal apresenta em 1918 um custo de vida bastante elevado, cujo índice (292,7) praticamente triplicou em relação a 1914 (100). (...)”¹⁹ Consequentemente, a fome acabou por se instalar, e o País “(...) conheceu uma autêntica e aguda “questão do pão” que mobilizou as penas de quase todos os economistas da época (...) e se manteve por detrás de não poucas crises políticas e sociais. (...)”²² Na origem dessa penúria alimentar perfilam-se vários anos de más colheitas, o êxodo rural, o desemprego, a emigração e o facto de que “(...) a Guerra veio desorganizar

toda a navegação mercantil e reduzir as importações de trigo (...)”, pelo que “(...) as cidades conheceram o espectro da fome. (...) A turbulência social de 1916-18 teve algumas vezes a fome por má-conselheira. (...)”²² Atente-se no que então aconteceu *verbi gratia* com a imprescindível importação de trigo (valores aproximados): em 1913 importaram-se 169 000 toneladas; em 1914, 141.000 t; em 1915, 124.000 t; em 1916, 182.000 t; em 1917, 62.400 t; e em 1918, 43.200 t²² (apenas ¼ das importações de 1913). Outrossim, o esforço de participação de Portugal no conflito bélico internacional agravou ainda mais a já precária situação nacional. E, a tudo isto, acresceu a inflação e a fuga de capitais: “(...) Nos meados da década de Vinte, calculava-se em uns oito milhões de libras esterlinas a soma total de depósitos acumulados por súbitos portugueses no estrangeiro, ou seja mais de seis vezes a circulação monetária total. Além deles, mais um ou dois milhões estavam em Espanha para contrabando de gado, trigo e sal. (...)” Demais, por exemplo “(...) de 1919 a 1924, o valor do escudo diminuiu quase vinte vezes (...)”,²² tendo o baixo poder de compra da grande maioria da população e a subsequente desnutrição generalizada propiciado, no contexto de uma assistência médica desorganizada, “um caldo de cultura” que determinou o aumento da morbilidade, a progressão de endemias e a eclosão de epidemias, que se potenciaram umas às outras e determinaram a sobremortalidade registada.

Ainda em 1938 escrevia um sanitarista sobre a problemática da Saúde Pública em Portugal: “(...) As mais importantes brechas que se abrem na feitura da nossa higiene pública [são]: 1) escassez da assistência médica, quer por dificuldade de acesso aos doentes, quer pela ignorância e pobreza das populações, quer, principalmente, por deficiência de instituições que valham a essa escassês (...). 2) a cegueira no abandono dos procedimentos de profilaxia a adoptar, que sejam os da imunização, que sejam os da salubridade (...). 3) o cepticismo que ainda corroe certa porção de clínicos quanto à vantagem da participação de doenças (...)”²³

Em suma: no caso das epidemias de peste bubónica,² tifo epidémico¹ e varíola,³ tratou-se de entidades nosológicas que estavam condenadas à finitude, por via do devir socioeconómico e dos progressos médicos que foram ocorrendo no País. Já no que respeita especificamente à gripe, dada a extrema contagiosidade de um vírus dotado de grande capacidade de mutação genética, ele consegue

“antecipar” a nossa estratégia profilática e, portanto, teremos de sofrer a perenidade das suas recorrências cíclicas, com incidências de morbidade/mortalidade variáveis (“gripe espanhola”, “gripe asiática”, “gripe de Hong Kong”, “gripe A”, etc.). Por exemplo, o moderno antivírico Oseltamivir, recentemente tão propagandeado e vendido, acabou por servir mais a estratégia mercantil do laboratório que o produziu do que a pretensa utilidade que se lhe augurava no combate à actual pandemia de “gripe A”. ■

21. David de Morais JA. A peste bubónica nos Açores no século XX. Estudo analítico a partir das estatísticas oficiais e do romance “Mau Tempo no Canal”, de Vitorino Nemésio. *Atlântida* (Instituto Açoriano de Cultura) 2011; 56: 125-142.

22. Oliveira-Marques AH. A Primeira República Portuguesa. Alguns Aspectos Estruturais. Lisboa: Livros Horizonte, 1975.

23. Alberto de Faria J. Prefácio. In: Correia FS. Portugal Sanitário. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1938.

Bibliografia

1. David de Morais JA. Tifo epidémico em Portugal: um contributo para o seu conhecimento histórico e epidemiológico. *Medicina Interna*; 2008; 15(4): 291-307.
2. David de Morais JA. Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. I – Peste bubónica. *Medicina Interna* 2011;18(4):259-266.
3. David de Morais JA. Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. II – Variola. *Medicina Interna* 2012;19(1):43-50.
4. Tabelas Preliminares do Movimento Physiologico da População do Reino de Portugal, Annos de 1902, 1903 e 1904, tomo 1. Lisboa: Inspeção Geral dos Serviços Sanitários, Secção de Demografia e Estatística, 1906.
5. Anuário Estatístico de Portugal, 1903, vol. 1. Lisboa: Ministério da Fazenda, Direcção Geral de Estatística e dos Próprios Nacionais, 1907.
6. Anuário Estatístico de Portugal, 1906 e 1907, vol. 1. Lisboa: Ministério das Finanças, Direcção Geral de Estatística, 1913.
7. Tabelas do Movimento Fisiológico da População de Portugal, Decénio de 1901-1910. Lisboa: Arquivos do Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística, 1916.
8. Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal, anos de 1913 a 1920. Lisboa: Arquivos do Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística, 1920 a 1926.
9. Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal, anos de 1921 a 1925. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Inspeção de Demografia e Estatística, 1927 a 1929.
10. Anuário Estatístico de Portugal, anos de 1929 a 1934. Lisboa: Direcção Geral de Estatística, 1930 a 1935.
11. Anuário Demográfico, anos de 1929 a 1934. Lisboa: Direcção Geral de Estatística. Lisboa, 1930 a 1936.
12. Anuário Estatístico de Portugal, anos de 1935 a 1945. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1936 a 1946.
13. Anuário Demográfico, anos de 1935 a 1952. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1936 a 1953.
14. Lacaine F. Les statistiques dans les articles médicaux: lecture critique. *Revue Praticien* 1983; 33 (21): 1107-1111.
15. Machado JP. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, vol. II. Lisboa: Editorial Confluência, 1967.
16. Lopes R. Gripe. *Coimbra Médica* 1969; 16 (5): 423-438.
17. Correia FS. Portugal Sanitário. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1938.
18. Sampaio A. Subsídios para o Estudo da Epidemiologia da Gripe. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (dissertação), 1958.
19. Frada J. A Gripe Pneumónica em Portugal Continental – 1918. Lisboa: SeteCaminhos, 2005.
20. Dávila B Echeverri. La Gripe Española: la Pandemia de 1918-1919. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, 1993.