

Duas Pandemias: Um Esboço Comparativo entre a “Pneumónica” 1918-19 e a COVID-19

Two Pandemics: A Comparative Sketch between 1918-19 Spanish Flu and COVID-19

José Manuel Sobral

Resumo:

A pandemia atual de COVID-19 trouxe à memória a grande pandemia de gripe de 1918-19, conhecida em Portugal como “Pneumónica”, a única recente que se lhe pode comparar em termos dos efeitos disruptivos provocados. Embora a comparação entre um fenómeno datado no tempo, como a primeira, e um outro que ainda se desenrola, com efeitos imprevisíveis, comporte riscos, assume-se ser útil proceder desde já a uma comparação entre ambas as pandemias, que permita detetar semelhanças e diferenças entre ambas e os contextos em que ocorreram.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemia; Saúde Pública; Surtos de Doenças; Vírus da Influenza A Subtipo H1N1.

Abstract:

The current COVID-19 pandemic brought to mind the great influenza pandemic of 1918-19. It was known as “Spanish Flu” and in Portugal as “Pneumónica”, and it was the only recent one that can be compared in terms of the disruptive effects caused. There are risks in the comparison between a phenomenon dated in time, such as the first, and another that is still unfolding, with unpredictable effects. However, it is assumed that it is useful to proceed now with a comparison between both pandemics, which allows to detect similarities and differences between them and the contexts in which they occurred.

Keywords: COVID-19; Disease Outbreaks; Influenza A Virus, H1N1 Subtype; Pandemics; Public Health.

Duas Pandemias. Um esboço comparativo entre a “Pneumónica” 1918-19 e a Covid-19

1.

A pandemia de COVID-19 veio alterar profundamente o quotidiano das nossas sociedades. Mesmo nos países mais abastados do hemisfério Norte, dotados de serviços de saúde em geral muito superiores aos de outras áreas e onde não campeiam doenças endémicas tão devastadoras como a malária, temo-nos confrontado com diversas pandemias ao longo das últimas décadas, da SIDA à gripe A de 2009, sem esquecer a presença constante da gripe sazonal.

Nenhuma delas desencadeou um alarme e uma reação comparável à atual, que levou à adoção de medidas para a conter que alteraram radicalmente o nosso dia-a-dia. Estas medidas atingiram profundamente um sistema económico fortemente mundializado. A crise económica traduziu-se em efeitos sociais profundos que vão do desemprego generalizado ao agravamento das desigualdades. As implicações políticas

e ideológicas também serão da maior importância, envolvendo debates sobre as opções a tomar relativamente ao presente e ao futuro das nossas sociedades.

Dada a amplitude das suas implicações – foi considerada pela principal autoridade pública norte-americana no campo da epidemiologia, o Dr. Anthony Fauci, como “a grande” (*the big one*) – a pandemia de COVID-19 trouxe à memória gripe de 1918-19, a única nos últimos cem anos que se lhe pode comparar ao nível dos efeitos disruptivos que provocou.¹ A comparação foi feita, aliás, pela Organização Mundial de Saúde - OMS² (Lusa, 2020).

Neste momento, em que desconhecemos não só como irá evoluir a pandemia – se haverá apenas esta vaga ou outra para o próximo Outono, por exemplo – nem, evidentemente, qual a mortalidade geral que irá provocar,³ nem quando se disporá de uma vacina para combater o vírus, nem tão pouco podemos antecipar a totalidade dos seus efeitos em termos económicos, sociais, políticos e culturais, não teria sentido pretender fazer uma comparação rigorosa entre ambas as pandemias. Por isso, as linhas que se seguem, centradas no caso português, limitam-se a chamar a atenção para a gripe de 1918-19, assinalando alguns dos traços comuns e algumas diferenças entre aquela pandemia e a presente e os contextos históricos em que ocorreram. A opção pela abordagem dos temas que se seguem é um reflexo da formação do autor, em história e

Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

<https://revista.spmi.pt> - DOI:10.24950/J.M.Sobral/3/2020

ciências sociais, que não pretende possuir informação aprofundada sobre outras temáticas que não as da sua especialização.

2.

A gripe de 1918-19 é conhecida a nível mundial como *Gripe Espanhola* (*Spanish Influenza* ou *Spanish Flu*) devido ao facto de as primeiras notícias sobre o flagelo serem oriundas de Espanha, país que não se encontrava submetido à ação da censura por não participar na Grande Guerra de 1914-18. Em Portugal ficou conhecida como “Gripe Pneumónica” ou simplesmente “Pneumónica”, por ter sido confundida com uma forma de peste bacteriana com esta designação, que se havia manifestado no Porto em 1904.⁴

Embora a magnitude da mortalidade que provocou não esteja em causa, não há certezas quanto ao número de vítimas. Há quem fale em 50 milhões,⁵ quem aponte para um quantitativo entre os 50 e os 100 milhões⁶ e quem refira a possibilidade de ele andar pelo último montante.⁷

A incerteza é compreensível, dadas as dificuldades em identificar frequentemente a causa da morte e, em geral, as deficiências da informação estatística disponível em boa parte do mundo.^{5,8} Em Portugal, à primeira cifra oficial de cerca de 60 000 mortes,⁹ contrapuseram-se posteriormente outras, mais elevadas - tendo em atenção o excesso de mortalidade por infeções respiratórias e as mortes devidas a causas não averiguadas, por exemplo - acima de 100 000,¹⁰ de mais de 130 000¹¹ ou de perto de 120 000.¹² A taxa de mortalidade em Portugal foi muito superior à registada em outros países europeus.¹³ Uma catástrofe, em suma, a lembrar os efeitos demográficos da Peste Negra (peste bubónica), que afligiu a Europa no século XIV. Ou os impactos de doenças infecciosas - ainda assim mais localizadas - como a varíola, o sarampo, a gripe e o tifo, oriundas da Eurásia e transportadas para o continente americano pelos conquistadores europeus, que dizimaram as populações locais que não possuíam quaisquer defesas contra elas.¹⁴

A incerteza reina também relativamente ao local onde se terá registado a primeira ocorrência - em contraste absoluto com o sucedido com a pandemia atual. Há quem aponte para os acampamentos de soldados americanos, mobilizados para a Grande Guerra, no Médio Oeste dos EUA, os quais transportariam o vírus ao deslocarem-se para os campos de batalha da Europa.¹⁵ Ou quem assinale que o agente patogénico surgiu primeiro no seio do exército inglês em França.⁸ E há mesmo quem coloque a hipótese de uma origem chinesa: o vírus teria sido transportado para a Europa por trabalhadores chineses chamados pelos britânicos e pelos franceses para substituir a mão-de-obra civil mobilizada para o serviço militar. Os chineses teriam seguido duas rotas no seu itinerário para a Europa. Uma, navegando para Oeste através do Índico. Outra, cruzando o Pacífico até ao Canadá, atravessaria o continente americano de comboio até à costa Leste e daí chegaria à Europa por navio.¹⁶ E, pelo caminho, iriam espalhando a doença.

3.

A pandemia desenrolou-se em várias vagas, três ou quatro, com características similares a nível global, embora com algumas variações locais.⁸ A primeira decorreu na Primavera de 1918 e prolongou-se até ao início do Verão. Em Portugal faz-se sentir publicamente em Maio - embora se tenha alvitado uma data anterior¹⁷ - entre trabalhadores rurais do Alentejo, que haviam estado a trabalhar na região de Badajoz. É de efeitos moderados, conquanto o seu caráter perigoso tenha sido assinalado pelas autoridades de saúde.¹⁸ A segunda vaga, a partir de Agosto, foi a mais mortífera de todas e espalhou-se muito rapidamente pelo mundo no fim do Verão e no Outono. Em Portugal, começa a manifestar-se nos inícios de Agosto na zona do Grande Porto (Gaia), de onde irradiará para o Minho, Douro, para Trás-os-Montes, enfim, para zonas que constituem a área de influência da atual Área Metropolitana do Porto. Só depois desce para o Sul, chegando à zona da Lisboa em finais do Verão e atingindo o Algarve no Outono. A terceira, de novo menos mortífera, teria o seu início no Inverno e prolongar-se-ia pela Primavera de 1919.^{4,9,19} Há quem fale ainda numa quarta vaga nos inícios de 1920.²⁰ A pandemia percorreu todo o mundo, havendo poucos locais - como a Samoa Americana no Pacífico, ou a ilha de Santa Helena, no Atlântico - que tenham sido poupados.⁷ A pandemia surpreendeu pela sua rapidez e intensidade, pela sua elevada taxa de mortalidade, e pelo facto de atingir em especial os adultos jovens.^{8,20} Não havia memória de algo assim.

4.

Há semelhanças entre a pandemia de gripe de 1918-19 e a atual. Desde logo em sintomas como a tosse, a febre, a dificuldade de respirar - dado implicarem o sistema respiratório - ou a fadiga, entre outros, o facto de estarem associadas a pneumonias. Depois, trata-se de zoonoses, causadas por vírus - diferentes - que transitaram por animais antes de contagiarem humanos e se transmitirem entre eles.²¹ Este tipo de transmissão do vírus dos animais para os humanos ocorre há milhares de anos e é propiciada pela invasão do espaço dos primeiros pelos segundos. Esta dinâmica, que se acelerou com o aumento explosivo da população, é antiga. A substituição da caça e recolção pela agricultura, com a concentração de populações que permitiu, e a domesticação de animais, que levou os humanos a viver na sua proximidade, proporcionaram o ambiente favorável à passagem de doenças infecciosas dos animais para o homem. Entre estas contam-se os maiores “assassinos da humanidade” - a varíola, a gripe, a tuberculose, a malária, a peste, o sarampo, o cólera.¹⁴

A identificação do agente patogénico na atual pandemia foi rápida e não provocou polémica científica. Depois dos primeiros testes no final de Dezembro de 2019, descobriu-se que se tratava de um novo tipo de coronavírus - como os já conhecidos SARS (SARS-CoV-1) e MERS-CoV - que veio a ser designado como SARS-CoV-2, tendo-se procedido à

sua sequenciação, imediatamente divulgada.²² Este tipo de vírus encontra-se numa espécie de morcegos comercializados como alimento em mercados na China. Não se sabe bem como, se de modo direto, se através de um outro animal, o vírus transmitiu-se aos humanos e propagou-se entre eles.²¹

A história foi muito distinta em 1918. Em primeiro lugar, não houve consenso quanto ao agente patogénico. Na época, marcada pelo êxito da teoria microbiana das doenças, havia diversas hipóteses em concorrência relativamente ao seu agente. Sem falar nas teorias mais antigas, anteriores à descoberta do papel dos micróbios, como a do miasma, que via como causa da doença a transmissão atmosférica de emanações de matéria orgânica em decomposição, houve, por exemplo, quem confundisse a doença com o “dengue” ou a “febre dos papatazes”, ou quem identificasse o agente patogénico com uma bactéria, o bacilo de Pfeiffer – eminente bacteriologista alemão – e não como um vírus.^{4,18,23}

Deve ter-se em conta que a “Pneumónica” se desenrolou num período de ascensão e triunfo da bacteriologia. Em 1918, os micróbios responsáveis por doenças como a disenteria, a malária, a escarlatina, a lepra, a peste bubónica, a febre tifóide, a febre-amarela, a gangrena, a pneumonia bacteriana, a tosse convulsa e a sífilis já haviam sido identificados.²⁰ No entanto, os vírus eram na época seres “teóricos”,²⁰ cuja existência era intuída, pois a sua dimensão minúscula impedia a sua contenção pelos filtros de porcelana que retinham as bactérias e não eram observáveis ao microscópio.⁷ Só foi possível obter uma imagem do vírus em causa em 1939, através do microscópio eletrónico, entretanto inventado.⁶ Por essa altura foram isolados os vírus hoje conhecidos como H1N119 – a causa da pandemia de 1918-19 é o vírus da gripe subtipo A (H1N1) de origem aviária,¹⁹ - pôde comprovar -se a transmissão do agente patogénico dos animais – furões - para o homem, bem como cultivar o vírus nos embriões dos ovos de galinha, abrindo, assim, o caminho para uma vacina.⁷ Em Portugal, a autoridade principal no campo da saúde pública de então, Ricardo Jorge, a quem incumbiu, enquanto diretor-geral de saúde, a direção do combate à pandemia, defendeu sempre que a causa da doença era um vírus.^{4,18}

A controvérsia relativamente à pandemia atual não se tem colocado no plano científico, mas no plano político. A presidência dos EUA, que se tornou o país mais atingido pela pandemia, que o executivo federal desvalorizou, viria a atacar em termos nacionalistas a China, culpando-a pelo vírus, e pelo que defende ser a sua ocultação, tendo chegado ao ponto de afirmar que teria sido criado num laboratório chinês, de onde teria escapado acidentalmente. Subindo progressivamente de tom, acusaram a OMS de conivência com o Estado chinês, suspendendo primeiro, e depois abandonado a organização que regula a saúde a nível mundial, e para cujo orçamento contribuíam com uma percentagem elevadíssima (40%).

Não cabe aqui analisar as dimensões deste conflito, em que está em causa uma luta pela supremacia global. A opinião

do editor-em-chefe da conceituada revista *The Lancet* é radicalmente distinta da avançada pelo executivo norte-americano, vendo inclusivamente nesta última uma tentativa para encontrar bodes expiatórios para uma crise tremenda como a que afeta neste momento os EUA e outros países, alguns dos quais se lhe juntaram nas críticas. Em sua opinião, apesar de haver aspetos criticáveis na atuação das autoridades chinesas - e nomeadamente as locais, que teriam procurado esconder o surto - o poder chinês distinguiu-se em geral não pela ocultação, mas pela divulgação rápida da epidemia, pela transparência e pela eficácia no seu combate. A OMS - cujo funcionamento, enquanto organização dependente dos estados membros está submetido a pressões políticas - também alertou para o que se passava muito antes do surto florescer fora da China. As autoridades, incluindo as europeias, é que hesitaram quantos às medidas a tomar, dadas as suas implicações económicas, sociais e naturalmente políticas. Além disso, as autoridades de saúde esperavam uma pandemia - mas de gripe (*influenza*), não a causada por um coronavírus.²² Outras opiniões são muito mais críticas das autoridades chinesas, entendendo que o alerta e as medidas contra o contágio poderiam ter ocorrido mais cedo, o que daria um tempo precioso para combater a proliferação.²⁴ Mas não aceitam de modo algum a posição da administração norte-americana, responsabilizando também os Estados membros da Organização Mundial de Saúde, interessados na preservação dos seus interesses, por fragilidades na sua atividade.²⁵ Seja como for, tanto em 1918, como agora, as pandemias vieram encontrar um mundo que não estava preparado para elas, inclusivamente após os grandes avanços científicos registados entre uma e outra.

5.

Ambas as pandemias estão ligadas à mobilidade e à aglomeração humana. Como já se afirmou, “Não é o vírus que faz a epidemia, mas o homem: o vírus é sedentário, não tem qualquer meio de locomoção. Para se deslocar tem de passar de corpo em corpo.” A palavra epidemia provém da palavra latina medieval “epidemia”, que, por sua vez, radicaria no grego “epidemos”, sendo “epi” o que circula no “demos” (povo).²⁶

A guerra terá desempenhado um papel enorme na pandemia de 1918-19, por obrigar ao deslocamento de milhões de soldados, por vezes entre continentes, concentrando-os em aquartelamentos e nas trincheiras. O contágio foi rápido – estava-se na época dos transportes massivos por barcos ou comboios a vapor e assistia-se a um grande desenvolvimento do automóvel. A importância da mobilidade – e da aglomeração - foi sublinhada por Ricardo Jorge ao analisar a propagação da *Pneumónica* em Portugal. Para ele, a multiplicação de focos infecciosos no país deveu-se a vários tipos de “migrações” (*sic*): a militar, a popular, a agrícola, a balnear e a naval. A primeira era representada pelas deslocações dos soldados concentrados nos quartéis, devido à participação de Portugal

no conflito, que propagavam o vírus ao deslocarem-se entre os aquartelamentos e as localidades de que eram naturais. As feiras e peregrinações populares, sobretudo abundantes durante os meses de Verão, constituiriam outro meio importante de contágio. A estas deslocações juntavam-se as migrações internas da população rural pobre para os trabalhos sazonais que requeriam mão-de-obra abundante. Se a primeira vaga de 1918 teve como portadores trabalhadores alentejanos que acorreram à Estremadura espanhola para participar nos trabalhos agrícolas, na segunda a infeção seria propagada por aqueles que se deslocavam para as grandes vindimas da região do Douro, ou para as da herdade do Rio Frio, a Sul do Tejo, onde existia então o maior vinhedo do mundo, e de onde passou para as regiões vizinhas. A migração balnear envolveria outros protagonistas sociais, aqueles que possuíam rendimentos para frequentar as praias ou as termas – a Figueira da Foz e as Caldas da Rainha foram focos importantes. O transporte marítimo, por vezes a longa distância, teve também um papel relevante na difusão da doença.⁴

Entretanto, a mobilidade humana cresceu de modo exponencial ao longo dos últimos cem anos. Hoje, com a aviação como meio de transporte massivo, e abrangendo um contingente enorme de viajantes entre os continentes, a propagação é incomparavelmente mais rápida. Nas últimas décadas, a integração da economia a nível global, que implicou a deslocalização de sectores importantes da produção industrial da Europa ou dos EUA para países como a China, fez com que houvesse uma ligação muito rápida entre o foco inicial do vírus e outras áreas do mundo.

É certo que no atual surto pandémico não se está perante a aglomeração de milhões de soldados – mas conhecemos outras formas de concentração da população. A maior parte da população mundial vivia então no espaço rural. Hoje, a maioria vive não só em cidades, mas em cidades e conurbações enormes e articuladas umas às outras. Habitamos um planeta marcado pelo crescimento urbano, pelas megacidades – cidades com mais dez milhões de habitantes – de enorme importância na economia global, propícias pela aglomeração à propagação do contágio e com conexões para todo o mundo e o foco inicial da infeção, Wuhan, é uma dessas cidades. A partir daí, a infeção foi transmitida para outros locais na China e no estrangeiro. Em janeiro de 2020, por exemplo, houve mais de 1300 voos da China para os EUA, transportando perto de meio milhão de passageiros, o que constitui uma boa indicação do modo como a mobilidade acelerada propicia a multiplicação da infeção.²⁷

Como se sabe, o vírus avançou nas cidades e nas áreas mais conectadas com o resto do mundo, entre as quais o Norte da Itália, Londres, Nova Iorque, Madrid e Paris. Em Inglaterra, Londres teve a proporção mais elevada de mortes devidas ao COVID-19.²⁸ Isto significa que afetou áreas em que se concentram os serviços, a indústria, grandes centros de consumo, o turismo e os fluxos de mobilidade que lhes são

inerentes, e onde se aglomera a população. Em Portugal, as áreas mais afetadas foram, no início, a Área Metropolitana do Porto e concelhos vizinhos, e, posteriormente, a Área Metropolitana de Lisboa; em contrapartida, as menos atingidas foram as zonas rurais mais isoladas e com população reduzida, como o Alentejo.²⁹ Isto não constitui surpresa: há uma ligação milenar entre as cidades e as epidemias, pois aquelas são centros de concentração populacional e de ligações, que facilitam o contágio.³⁰

6.

Um outro aspeto comum a ambas as pandemias reside no facto de o combate anti-epidémico recorrer ao mesmo tipo de medidas de carácter social que as aplicadas na pandemia de 1918-19 — medidas clássicas, podemos dizer, hoje designadas como de distância social e confinamento. Encontramos, então, posicionamentos distintos em torno da aplicação destas medidas, que recordam os que têm oposto - para falar só na Europa - as autoridades de quase todos os Estados europeus, às autoridades suecas. Como é sabido, estas últimas apostaram por manter o mais possível o seu quotidiano económico e social habitual, com empresas, comércio e muitas escolas até ao secundário abertas, cafés e restaurantes em funcionamento, mas proibindo ajuntamentos de massa, suspendendo o ensino presencial em universidades e confiando na responsabilização dos cidadãos para manter o distanciamento social – o resultado, até à data, foram taxas de infeção e de mortalidade muito superiores às dos seus vizinhos escandinavos, que seguiram uma estratégia mais estrita de imposição legal do “lockdown”.²² Os presidentes dos EUA e do Brasil – a que haverá que acrescentar o do México - têm-se distinguido como as figuras mais notórias na oposição a medidas de isolamento e de distância social, desvalorizando a pandemia e insistindo na necessidade de manter o ritmo da vida económica. Neste momento – Julho de 2020 – são o primeiro e o segundo países com maior número de infeções e de mortes, embora a taxa de mortalidade ainda seja superior em países como a Espanha, o Reino Unido e a Itália.

Não temos uma ideia muito precisa do que ocorreu em 1918-19 em Portugal, onde também se puseram em vigor as medidas clássicas de isolamento para evitar a propagação do contágio; contudo, a aplicação destas últimas esteve longe de ter um carácter sistemático e geral. Na segunda vaga houve escolas fechadas, adiamento da abertura de aulas, a Universidade de Coimbra foi encerrada e o mesmo sucedeu com o Parlamento, também afetado pela doença dos seus membros. Houve feiras e peregrinações proibidas. No entanto, a principal autoridade de saúde envolvida, o diretor-geral de saúde Ricardo Jorge, que defendia a necessidade de isolar os doentes e de evitar o contacto físico estreito – apertos de mão, beijos, visitas a doentes – não só pensava que não havia salvação daquele vírus no isolamento total, como entendia que não se podia levar a vida económica ao colapso, devendo evitar-se o

“pânico e desânimo” provocado por tais medidas.⁴ Por isso, as fábricas continuaram a trabalhar – e a atividade agrícola, a principal do país, não sofreu interrupção, claro – o comércio e os serviços continuaram a funcionar, as missas e atividades de culto prosseguiram, os teatros e cinemas permaneceram abertos. Também pensava – sem chegar a questionar a sua utilidade do seu uso – que meios de “prevenção mecânica” do contágio como as máscaras seriam dificilmente aceites por médicos e enfermeiros no contexto dos “costumes” de então.⁴ Entretanto, o presidente da República, Sidónio Pais, em torno do qual se havia criado um certo culto messiânico de “salvador da pátria”, continuou a procurar a companhia do público, chegando a visitar doentes infetados. Para se ter uma ideia comparada das políticas adotadas em Portugal com outras coetâneas, veja-se que numa das maiores, se não mesmo a maior, cidade do mundo de então, Nova Iorque – cujas autoridades sanitárias tinham opiniões sobre a pandemia similares à de Jorge – as escolas e os teatros mantiveram-se abertos, não só para evitar o pânico, mas também porque as primeiras ofereceriam melhores condições de luta contra o contágio aos alunos, do que as habitações sobrelotadas e insalubres em que viviam.³¹ Algo muito diferente veio a passar-se em Nova Iorque na atual pandemia e, evidentemente, em Portugal.

7.

Encontramos aspetos diferenciadores entre ambas as pandemias tanto no que diz respeito à mortalidade que provocam, como nas suas vítimas principais. Ao contrário do sucedido em 1918, não estamos agora a lidar com uma mortalidade massiva – muito embora este seja um juízo provisório, pois não se sabe como a COVID-19 irá evoluir.²⁴ Também na pandemia atual – pelo menos até ao momento – a mortalidade incide sobretudo nos mais velhos, com o risco a aumentar com a idade, ligado a diversos problemas de saúde, como se vê pelo modo como afeta as residências de idosos.³² Ora, um aspeto saliente do surto de gripe de 1918-19, e que muito surpreendeu os médicos na época, residiu no facto de existir uma sobre-representação das vítimas mortais no seio dos adultos mais jovens, em teoria mais saudáveis – em particular no grupo entre os 20-40 anos – pois as vítimas de gripe eram habitualmente os mais velhos e os mais novos (de idade inferior a três anos), ou seja os que possuíam os sistemas imunitários mais débeis.⁷ Tal seria explicável por uma reação excessiva do sistema imunitário dos adultos jovens, uma “tempestade de citocinas”,⁶ aventando-se a hipótese de os mais velhos terem estado expostos a um vírus anterior, o que lhes garantiria uma proteção imunitária parcial.¹⁹

8.

Outro aspeto que distingue as pandemias diz respeito à coordenação da informação e das políticas de saúde. Embora em 1918-19 já existisse uma coordenação da informação do combate às epidemias e de política sanitária – desde a

primeira Conferência Sanitária Internacional em 1851, de iniciativa europeia, dedicada ao combate ao cólera, a que se seguiram outras iniciativas²⁵ – esta só se ampliou notoriamente com a ação da OMS, fundada em 1948, ela própria uma consequência da criação da Organização das Nações Unidas (ONU), no fim da Segunda Guerra Mundial. A OMS, cedo envolvida no combate ao vírus, viria a declarar tratar-se de uma pandemia a 11 de março de 2020.³³

A esta mudança há que acrescentar as decorrentes das enormes transformações porque passou a comunicação social, que afetaram a ligação entre as autoridades políticas e de saúde e a população. Na época da “Pneumónica”, as informações circulavam pelo jornal, cuja leitura não estava ao alcance direto dos iletrados – a maioria em Portugal e ainda por cima pobres, sem recursos para os comprar e assinar – por via telegráfica ou por carta. Os telefones eram ainda raros, e, claro, não havia rádio, nem televisão. Em Portugal, por exemplo, o Estado publicitava as suas determinações sobre a pandemia através de comunicados dimanados do Diretor Geral de Saúde, das autoridades políticas centrais e locais, ou através da estrutura da Igreja católica, que fazia chegar essas determinações através de informação prestada nas missas. Não havia então a relação intensa e imediata das autoridades com os cidadãos, e entre estes, propiciada pelos meios de comunicação atuais – da televisão às redes sociais – que permitem uma circulação das informações, incluindo instruções, então desconhecida – e também a propagação de falsas informações...

Um outro traço que distingue as pandemias diz respeito ao facto de a primeira se ter transformado – para os epidemiologistas e autoridades de saúde pública, não para a opinião pública, onde acabou por ser esquecida – num precedente perigoso que se poderia repetir. Em 1918, o diretor-geral de saúde queixava-se da falta de informação sobre a epidemia, bem como da prevalência de uma falsa imagem da benignidade do vírus na primeira vaga pandémica da Primavera de 1918 – pois a gripe vista como uma doença comum e, em grande medida, não nociva, não obrigando à sua notificação nos EUA, por exemplo.²⁰ A perceção do perigo representado pela pandemia atual é muito diferente da existente no início da primeira vaga de 1918, precisamente porque existia – ao nível das autoridades de saúde, não do público em geral – uma consciência dessa pandemia terrífica, já notória aquando da SARS-CoV de 2002-2004.³⁴

Essa perceção explica a reação à pandemia atual e, a uma outra escala, a outros surtos epidémicos. A OMS iniciou os seus alertas nos primeiros dias de Janeiro, logo após ser avisada pelas autoridades chinesas.²² As imagens do “lockdown” imposto na cidade de Wuhan a 23 de Janeiro e outras medidas no mesmo sentido foram uma notícia global. As informações e imagens dessas disposições invulgares, em particular as veiculadas pela televisão, chegaram à população europeia e ao resto do mundo semanas antes desses Estados e dessas populações se terem de confrontar com a pandemia. Este

facto deve ser tido em conta, quando se reflete no acatamento pacífico que as ordens de isolamento e distanciamento, com as quais muitos já se haviam familiarizado através das notícias, tiveram em quase toda a parte – excetuando-se os casos de países cujos responsáveis principais incitaram ao seu não acatamento.

9.

Uma outra diferença diz respeito à saúde pública. Em 1918-19 não existiam os sistemas públicos de saúde a nível nacional dos nossos dias. Estes não eram, nem são os mesmos em toda a parte, dependendo muito da orientação política vigente nos Estados nesta matéria e dos seus recursos económicos. Mas, de um modo global, cresceram e não há comparação entre a situação de inícios do século e a dos nossos dias.

Em Portugal, os recursos mais importantes concentravam-se então em Lisboa – onde se encontrava o Instituto Bacteriológico de Lisboa (atual “Câmara Pestana”), o Instituto Central de Higiene (atual INSA Ricardo Jorge), hospitais especializados como o do Rego, para doenças infetocontagiosas, ou o de D. Estefânia, destinado às crianças e os hospitais civis – e também no Porto e em Coimbra, onde se procedia ao ensino da Medicina. Na maior parte do país, a rede hospitalar assentava na ação das Misericórdias, cujos recursos em termos de capital humano e de capital económico eram muito variados, indo dos mais importantes sediados nas capitais de distrito, onde havia mais médicos, aos situados em pequenos concelhos rurais. As insuficiências hospitalares eram enormes em Portugal e, por essa razão, a mortalidade terá sido excepcionalmente elevada, mas países com recursos muito maiores – a Grã-Bretanha, a França, os EUA – também não escaparam ao flagelo.⁹

Uma simples comparação entre o número de médicos por habitante em 1918 e os nossos dias, elucida-nos quanto às mudanças por que passou o sector da saúde. Havia então um médico por cada 2338 habitantes – e uma farmácia por cada 3825. Na atualidade (2018) há um médico por cada 189 pessoas (no continente) – e uma farmácia por cada 750 pessoas.³⁵ Devemos ter em atenção, igualmente, que os recursos humanos disponíveis ainda seriam inferiores, pois muitos médicos, enfermeiros e enfermeiras haviam sido mobilizados, e muitas pessoas, sem recursos para aceder à medicina privada, apenas podiam contar hipoteticamente com o médico do partido, contratado pelas câmaras municipais.

Não só se registou uma evolução enorme em termos de saúde pública, mas também no diagnóstico e nos tratamentos – na época, para a gripe, cama, repouso, tisanas, isolamento, médico¹⁸ – e cuidados hospitalares. Como dissemos, o vírus foi prontamente identificado e hoje pode contar-se com uma panóplia de meios para o conter e combater, bem como as infeções que lhe poderão estar associadas – testes, antivirais, oxigénio, ventiladores, antibióticos, etc. – o que poderá

explicar a menor mortalidade da atual pandemia.³⁶ A pesquisa, pública e privada, é incomparavelmente maior. Ainda assim, tal como na época,⁴ as esperanças para lutar com eficácia contra a pandemia estão colocadas na produção de uma vacina, embora haja especialistas – como o diretor da London School of Hygiene & Tropical Medicine, Peter Piot – que alertam para o facto ela só poder estar operacional em 2021 e que, entretanto, teremos que continuar a seguir as medidas reguladoras do comportamento social que têm sido adotadas e aprender a viver com o vírus, pois até hoje apenas se conseguiu erradicar uma doença infetocontagiosa: a varíola.³⁷ E há quem estime que, mesmo contando com os novos remédios antivirais e antibacterianos, com vacinas e conhecimento relativamente à prevenção – e oxigénio e ventilação, poderíamos acrescentar – o regresso de um vírus com um grau de patogenicidade do de 1918 iria matar provavelmente 100 milhões de pessoas.¹⁹

10.

Há uma outra dimensão, crucial, a ter em conta em qualquer avaliação comparativa destas pandemias – o de saber se o seu impacto, em termos de vítimas mortais, se distribui de modo igualitário, ou se houve grupos e classes que sofreram mais do que os outros.

A pandemia de 1918-19 atingiu todas as classes sociais e a elite política. O rei de Espanha adoeceu, o mesmo sucedeu com o presidente dos EUA e os primeiros-ministros da França e da Grã-Bretanha. Nenhum morreu, mas houve mortos no seio da alta classe média, como o pintor português Amadeo Souza Cardoso. O facto de o vírus não poupar ninguém levou a caracterizar a epidemia como democrática, pois ela não conheceria distinções sociais. O facto tem dividido a historiografia, entre os que pensam não existir uma diferença significativa entre as vítimas¹⁵ e quem defende que ela existiu, tendo a pandemia afetado em particular os mais pobres.⁸ Na África do Sul, por exemplo, a mortalidade diferenciou-se pela cor da pele, sendo mais elevada entre os negros, e pela ocupação – a taxa de mortalidade no seio dos mineiros foi elevadíssima.⁷ Em Portugal, mesmo na época da pandemia, também houve quem achasse, como o médico e professor Almeida Garrett, que ela não conhecia distinções sociais e aqueles que pensavam o contrário, como Ricardo Jorge, que os seus efeitos mais nocivos atingiam sobremaneira os pobres.³⁸ Assinalou mesmo o caso do navio *Moçambique*, em rota dessa colónia para Lisboa, que transportava passageiros muito diversificados, desde os soldados, que viajavam acumulados na 4ª classe, aos oficiais na 1ª. Ora, enquanto morreram perto de 180 soldados, nenhum oficial morreu.⁴ Além disso, a mortalidade foi maior nas regiões rurais, aquelas em que havia menos recursos para a combater, e onde o rendimento médio era menor, por aí se concentrar a legião dos mais pobres, os trabalhadores rurais.¹⁷

Ainda é cedo para termos uma imagem rigorosa de um fenómeno, como a pandemia atual, que continua a desenrolar-se e sem fim à vista. É certo que o vírus não tem conhecido

distinções, pois até herdeiros do trono, como o príncipe de Gales, ou presidentes da República como Bolsonaro, têm sido atingidos. Todavia, os estudos já realizados sobre a Inglaterra e o País de Gales, por exemplo, mostram que a mortalidade, no período entre Março e Maio, é mais do dobro nas zonas mais carenciadas - em termos de rendimento, emprego, saúde, educação, habitação, crime e ambiente - (128,3 mortes por 100 000 pessoas), do que nas menos carenciadas (58,8 por 100 000).²⁸ Esses estudos mostram também que a mortalidade é maior entre os grupos étnicos que não o inglês - e galês - branco, atingindo o seu máximo entre a população negra.³⁹ Deve ter-se em consideração, entretanto, que os grupos étnicos imigrantes estão sobre-representados entre os que têm remunerações mais baixas e de risco, piores condições de habitação, etc.

Estes resultados são consistentes com a informação reunida sobre outros locais (EUA) e também com aquilo a que parecemos estar a assistir neste momento em Portugal. A zona onde se regista neste momento o maior número de infeções é a Área Metropolitana de Lisboa, mas não propriamente o concelho da capital, mas a sua periferia, os concelhos da margem Norte da AML. Ora, estes são também concelhos em que os preços das habitações, em termos de venda ou renda são mais baixos, onde o espaço disponível para morar é menor, havendo maior aglomeração de pessoas nas habitações, onde se concentra a população com remunerações mais baixas e onde há uma maior utilização do transporte público.²⁹

São, em suma, os locais onde moram os trabalhadores - entre os quais muitos imigrantes - que todos os dias se deslocam em grande parte nos transportes públicos para a cidade para assegurar tarefas chaves - da segurança ao comércio, à limpeza, ao cuidado de idosos - que envolvem muitos riscos e pelas quais recebem remunerações baixas. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

José Manuel Sobral – jose.sobral@ics.ulisboa.pt
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
Av. Aníbal Betencourt, 9 - 1600-189 Lisboa

Received / Recebido: 26/07/2020

Accepted / Aceite: 29/07/2020

Publicado / Published: 28 de Setembro de 2020

REFERÊNCIAS

- Kuchler H. Lunch With the FT Anthony Fauci. 'We are living in the perfect storm' Financial Times, 11-07-2020, [consultado 2020 Jul 13]. Disponível em: <https://www.ft.com/content/57834c2c-a078-4736-9173-8fb32cfbbf4e>
- Lusa. Covid-19: OMS compara pandemia à "gripe espanhola". Público. 20-4-2020, [consultado 2020 Mai 9]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/04/20/ciencia/noticia/covid19-oms-compara-pandemia-gripe-espanhola-1913120>.
- McNeil Jr.DG. The Pandemics Big Mystery: How Deadly is the Coronavirus? NYTimes, 4-07-2020, [consultado 2020 Jul 9]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/07/04/health/coronavirus-death-rate.html>
- Jorge R. La Grippe. Rapport préliminaire présenté à la Commission Sanitaire des Pays Alliés dans la session e Mars 1919. Lisbonne: Imprimerie Nationale; 1919.
- Johnson N, Mueller J. Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 "Spanish" Influenza Pandemic. Bull History Med. 2002; 76:105-15. DOI: 10.1353/bhm.2002.0022
- Brown J. Influenza: The Quest to Cure the Deadliest Disease in History. London: The Text Publishing Company; 2016.
- Honigsbaum M. The Pandemic Century: One Hundred Years of Panic, Hysteria and Hubris. London: Hurst & Company; 2019.
- Killingray D. A pandemia de gripe de 1918-19: causas, evolução e consequências?. In Sobral JM, Lima ML, Sousa PS, Castro P, editores. A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009. p. 41-61.
- Sobral JM, Sousa PS, Lima, ML, Castro P. Perante a pneumónica: respostas do estado e dos agentes políticos. In: Sobral JM, Lima ML, Sousa PS, Castro P, editores. A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009.p. 63-92.
- Correia FS. Portugal Sanitário (Subsídios para o seu Estudo). Lisboa: Ministério do Interior e da Saúde Pública; 1938.
- Leston-Bandeira M. A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica. In: Sobral JM, Lima ML, Sousa PS, Castro P, editores. A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009.p. 131-54.
- Nunes B, Silva S, Rodrigues A, Roquette R, Batista I, Andrade HR. The 1918-1919 influenza pandemic in Portugal: A regional analysis of death impact. Am J Epidemiol. 2018; 187: 2541-9.
- Ansart S, Pelat C, Boelle PY, Carrat F, Flahault A, Vallerona AJ. Mortality burden of the 1918-1919 influenza pandemic in Europe. Influenza Other Respir Viruses.2009; 3; 99-106. doi: 10.1111/j.1750-2659.2009.00080.x
- Diamond J. Guns, Germs & Steel: A Short History of Everybody for the Last 13.000 years. London: Vintage; 2017.
- Crosby A. America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
- Langford C. Did the 1918-19 Influenza Pandemic Originate in China. Pop Develop Rev. 2005; 31: 473-505. doi: 10.1111/j.1728-4457.2005.00080.x
- Rebello de Andrade H, Felismino D. A Pandemia de Gripe de 1918: Um Desafio à Ciência Médica no Princípio do Século XX. Ler História; 2018, 73: 67-92. doi:10.4000/lerhistoria.4070
- Jorge R. A Influenza. Nova Incursão Peninsular. Lisboa: Imprensa Nacional; 1918.
- Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics.

- Emerg Infect Dis. 2006;12:15-22. doi: 10.3201/eid1201.050979.
20. Bristow NK. American Pandemic. The Lost Worlds of the 1918 Influenza Epidemic. Oxford: Oxford University Press; 2017.
 21. Jabr F. How Humanity Unleashed a Flood of New Diseases", New York Times, 17-06-2020, [consultado 2020 Jun 25]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/06/17/magazine/animal-disease-covid.html>
 22. Horton R. The COVID-19 Catastrophe. What's Gone Wrong and How to Stop it Happening Again. Cambridge: Polity Press; 2020.
 23. Castro P, Lima ML, Sobral JM, Sousa PS. Gripe pneumónica em Portugal: Tensões, controvérsias e incertezas numa época de transições. In: Sobral JM, Lima ML, Sousa PS, Castro P, editores. A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009. p. 179-95.
 24. Mackenzie D. The Pandemic That Never Should Have Happened, And How to Stop the Next One. London: The Bridge Street Press; 2020.
 25. Patrick S. When the System Fails: COVID-19 and the Costs of Global Dysfunction, Foreign Affairs; 2020; 99: 40-50.
 26. Chemin A. Coronavirus: ce que les grandes épidémies disent de notre manière d'habiter le monde. Le Monde, 21-05-2020, [consultado 2020 Maio 9]. Disponível em: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/21/ce-que-les-grandes-epidemies-disent-de-notre-maniere-d-habiter-le-monde_6040359_3232.html.
 27. Eder S, Fountain H, Keller MH, Xiao M, Stevenson A. 430.000 People Have Traveled From China to U.S. Since Coronavirus Surfaced. New York Times, 15-04-2020, [consultado 2020 Jul 13]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/04/us/coronavirus-china-travel-restrictions.html>.
 28. Office for National Statistics. Deaths involving Covid-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 May 2020. 12-06-2020, [consultado 2020 Jul 16]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand31may2020>
 29. Instituto Nacional de Estatística (INE). Destaque, Informação à Comunicação Social: COVID-19: O que distingue as 19 freguesias em estado de calamidade do resto da AML? , 17-07-2020 [consultado 2020 Jul18]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=443697541&DESTAQUESmodo=2.
 30. Glaser E. Cities and Pandemics Have a Long History, City Journal, Primavera de 2020, [consultado 2020 Jul 14]. Disponível em: <https://www.city-journal.org/cities-and-pandemics-have-long-history>.
 31. Aimone F. The 1918 Influenza Epidemic in New York City: A Review of the Public Health Response. Public Health Rep. 2010; 125 (Suppl.3): 71-9. doi: 10.1177/00333549101250S310
 32. Bacon S. Three charts that show the risk of coronavirus to the old. Prospect June 2020 [consultado 2020 Jul 27]. Disponível em: <https://www.prospect-magazine.co.uk/magazine/three-charts-that-show-the-risk-of-coronavirus-to-the-old>.
 33. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. , 11-03-2020, [consultado 2020 Jul 13]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
 34. Lima ML, Castro P, Sousa PS, Sobral JM. A febre da gripe nos jornais: processos de amplificação social do risco. In: Sobral JM, Lima ML, Sousa PS, Castro P, editores. A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2009. p. 255-77.
 35. Sobral JM. Catástrofe e Silêncio: A Epidemia da Pneumónica em Portugal no seu Tempo e no Espaço da Recordação. In: Silva H, Pereira R, Bandeira F, editores, Centenário da Gripe Pneumónica: A Pandemia em Retrospectiva, Portugal 1918-1919. Lisboa: IGAS/IHC-NOVA FCSH/CNCP; 2019. p. 21-36.
 36. Duarte R. A gripe espanhola e a Covid-19 podem ser comparadas?. Jornal de Notícias 22-04-2020, [consultado 2020 Jun 9]. Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/a-gripe-espanhola-e-a-covid-19-podem-ser-comparadas-12100819.html>
 37. Piot P. Il faut impliquer les personnes touchées dans la réponse à cette maladie, Le Monde, 11-06-2020, [consultado 2020 Jun 15]. Disponível em: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/06/11/peter-piot-il-faut-impliquer-les-personnes-touchees-dans-la-reponse-a-cette-maladie_6042450_3244.html
 38. Sobral JM, Lima ML. A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico". Ler História; 2018, 73: 45-66.
 39. Office for National Statistics "Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 15 May 2020; 19-06-2020, [consultado 2020 Jul 27]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/people-populationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbyethnicgroupenglandandwales/2march2020to15may2020>