

Capítulo 1

A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências*

Em menos de um ano, entre Abril de 1918 e Fevereiro de 1919, o mundo foi atingido por uma grave pandemia de influenza. Em três vagas, o vírus da gripe infectou centenas de milhões de pessoas e matou, directa ou indirectamente, um número desconhecido, actualmente estimado entre os 50 e os 100 milhões (Johnson e Mueller 2002). Em termos de mortalidade, foi o maior desastre demográfico do século XX e, na opinião de alguns, a mais grave pandemia a atingir o mundo desde a Peste Negra de meados do século XIV. A pandemia de gripe surgiu num período em que o mundo estava mergulhado numa guerra terrível. Enormes exércitos defrontavam-se na Europa e na Ásia ocidental; as amplas movimentações de homens e provisões funcionavam como condutas para a disseminação da doença. E enquanto a segunda e mais feroz vaga de gripe se espalhava pelo mundo, em finais de 1918, a guerra mundial chegava ao fim, acompanhada pela revolução e o colapso de grandes impérios.

O presente capítulo investiga as possíveis origens do vírus, o seu curso pelo mundo, os esforços empreendidos com vista a reprimir e a controlar a sua evolução, e as consequências da pandemia. Porém, antes de analisarmos estas questões, talvez seja útil referir alguns aspectos do vírus da gripe.

O vírus da gripe

A gripe é um tipo de doença e uma causa de morte comum, sobretudo para os mais fracos e vulneráveis. É uma doença respiratória facilmente transmissível por meio de tosse e espirros, podendo conduzir a complicações broncopneumónicas potencialmente graves ou mesmo fatais, em particular para os muito jovens e os mais idosos. Como referido num re-

* Tradução de Rui Cabral

latório da Organização Mundial de Saúde de 1953, «Mesmo na sua actual forma moderada, [a gripe] pode causar grandes prejuízos económicos e afectar serviços essenciais, particularmente porque os seus efeitos perniciosos se concentram geralmente no espaço de algumas semanas. Pode também ser responsável por muitas mortes [...]» (OMS, 1953). Por exemplo, em 1951, a taxa de mortalidade semanal da gripe em Liverpool, sobretudo entre os idosos, foi superior ao mais elevado número de vítimas mortais registado nessa cidade durante a pandemia de 1918; nos Estados Unidos, em 2001, mais de 36 000 indivíduos (uma vez mais, predominantemente idosos) morreram devido aos efeitos da gripe. Durante a maior parte do século XX, a influenza endémica foi aceite como um dos factos da vida e, por vezes, da morte, se bem que no início do século, nas sociedades industriais, onde as mortes eram oficialmente registadas, os médicos se revelassem muitas vezes incapazes de identificar a gripe como a causa da morte. Assim, os números de vítimas mortais da gripe eram indubitavelmente superiores aos dos registos oficiais.

Todavia, a gripe é também uma doença imprevisível e sujeita a mutações que, com frequência, dão origem a estirpes mais mortíferas – como foi o caso, por exemplo, das pandemias de 1889-1890 e de 1918-1919, e dos surtos de 1947, 1957 e 1968. Alguns autores têm sustentado que estes surtos têm a sua origem em massas continentais, como a chamada «gripe russa» de 1889-1890, que teria provindo da Sibéria oriental. Esse surto em particular desenvolvia-se por períodos de algumas semanas de cada vez, apresentando elevadas taxas de morbilidade mas níveis relativamente baixos de mortalidade (Patterson 1986). Foi um surto suficientemente letal para ser registado e recordado, mas não teve a ferocidade da pandemia que ocorreria trinta anos mais tarde. Muitos dos subsequentes surtos de gripe do século XX tiveram a sua origem no interior da Ásia oriental, em locais onde as pessoas viviam em grande proximidade com suínos e aves, animais estes capazes de transmitir o vírus.

Em finais do século XIX a ciência médica tinha feito grandes progressos. A teoria dos germens e a bacteriologia, associadas a nomes de investigadores pioneiros como Koch e Pasteur, eram agora os principais pilares do conhecimento médico; as causas da tuberculose e da difteria eram conhecidas e começavam a desenvolver-se novas curas; os vectores das principais epidemias parasitárias do mundo tropical, a malária e a febre amarela, tinham sido descobertos; a investigação laboratorial progredia lentamente; a formação médica registava melhorias e, em alguns países industrializados, tinha sofrido grandes transformações (Barry 2004; Porter 1999). Estes progressos continuaram a um ritmo acelerado durante as

duas primeiras décadas do século XX. A I Guerra Mundial interrompeu alguns projectos de investigação, mas resultou em grandes avanços em termos de técnica e prática cirúrgicas.

Apesar de causar a morte aos mais fracos e vulneráveis, a gripe não era, de um modo geral, uma doença temida. Muitas pessoas contraíam regularmente gripe e recuperavam da doença, sem sofrerem grandes consequências desses poucos dias de desconforto. De facto, a gripe era (e continua a ser) uma doença ubíqua, raramente grave nos seus efeitos. Na Grã-Bretanha de finais do século XIX, a palavra «gripe» tornara-se um termo popular para designar a constipação comum, um termo que continua a ser correntemente utilizado. Em acentuado contraste, as doenças temidas eram a tuberculose, que era bastante comum, e as ocasionais epidemias de cólera, varíola, febre tifóide e peste bubónica, que registavam elevadas taxas de mortalidade. Ao longo do século XIX tinham ocorrido surtos graves destas doenças à escala global, e todas elas se haviam tornado doenças de participação obrigatória às autoridades competentes. Inicialmente, nem mesmo a primeira vaga do grave surto de gripe de 1918-1919 parece ter inspirado grande receio popular, já que, apesar do grande número de vítimas mortais, a maioria dos doentes conseguia recuperar e sobreviver à infecção.

Quais as origens do surto de 1918?

É geralmente aceite que a pandemia de gripe de 1918-1919 teve origem na região Centro-Oeste da América do Norte, no estado do Kansas, em Março de 1918, alastrando primeiro à costa oriental e atravessando depois os oceanos Atlântico e Pacífico para infectar o resto do mundo. Recentemente, a origem norte-americana da gripe foi posta em questão por John Oxford e outros autores, com base em registos médicos que atestam a presença de um vírus de tipo gripal nos enormes acampamentos militares em Aldershot, no Sul da Inglaterra, e em Etaples, no Norte de França, em meados de 1916. Para estes autores, portanto, tais acampamentos militares devem ser considerados como uma fonte possível da pandemia (Oxford 2001).¹ Uma outra perspectiva recente, desta feita de

¹ A identificação da gripe a partir de registos contemporâneos levanta certos problemas; em 1918, os médicos militares tiveram dificuldades em reconhecer o surto e inicialmente classificaram as vítimas como sofrendo de uma febre de origem desconhecida («PVO» – *pyrexia of unknown origin*): v. McIntosh (1922, 6).

um demógrafo, é que o vírus da gripe poderá ter sido introduzido em França por grupos de trabalhadores chineses e transmitido aos soldados europeus por via de aves domésticas (Langford 2005). Ambas estas hipóteses ajudam a ressuscitar uma ideia corrente à época da pandemia, segundo a qual a gripe estava directamente relacionada com a guerra (ainda que, na altura, a tese mais generalizada fosse que a doença era um miasma causado pelas massas de cadáveres putrefactos de homens e animais).

Em 1918, quando a pandemia atacou, os profissionais de saúde dos países beligerantes estavam ocupados com a guerra. Os médicos de família estavam pois sobrecarregados de trabalho, o que os tornava menos rigorosos na identificação exacta das causas de morte. Assim, em 1918-1919, as estatísticas das vítimas mortais da pandemia incluíam também aqueles que morriam de doenças gripais e respiratórias «normais». A epidemia de gripe veio pôr em causa a reputação e a competência profissional dos médicos, até então em alta graças aos recentes avanços científicos da profissão. De facto, apesar dos seus muitos progressos, a medicina estava cientificamente mal preparada para combater a pandemia (Tomkins 1992a). Não havia recursos profilácticos nem vacinas e, apesar de todos os seus esforços, a ciência médica revelou-se incapaz de controlar a doença ou de avançar com uma cura para a mesma.

O surto de gripe de 1918-1919 foi o mais mortífero jamais registado. O vírus da gripe é conhecido pela sua instabilidade e imprevisibilidade. De tempos a tempos, sofre mutações para produzir pequenas variações antigénicas e, menos regularmente, grandes mudanças, assumindo deste modo uma forma mais letal que resiste aos anticorpos adquiridos com a anterior infecção. Foi precisamente isto que se verificou em 1918. O vírus – o H1N1 – era altamente contagioso e propagou-se com grande rapidez, particularmente nos locais onde existiam grandes concentrações humanas – casernas, fábricas, transportes públicos, navios e edifícios sobrelotados. Embora determinados grupos estivessem mais expostos e fossem mais vulneráveis, o vírus era essencialmente democrático, atingindo ricos e pobres, habitantes urbanos e rurais. O período de incubação era curto e havia muitos relatos de pessoas que caíam de cama e morriam em poucos dias, e de outras que caíam mortas em plena rua. Nos casos mais graves, os indivíduos infectados sofriam de cefaleias violentas, dores no corpo e febre; a pele assumia uma tonalidade negro-azulada, um sinal de cianose, e as vítimas tossiam sangue e sofriam hemorragias nasais. A maioria das mortes resultava de uma pneumonia superveniente, que ocorria quando as bactérias invadiam os pulmões, transformando esses órgãos vitais em sacos de fluido e afogando literalmente os doentes.

As investigações desenvolvidas desde a anterior pandemia de 1889-1890, principalmente por parte do eminente cientista alemão Richard Pfeiffer, conduziram à identificação errônea do agente causador da gripe: um bacilo ao qual Pfeiffer chamou *Bacillus influenzae*. Pouco se sabia então sobre os vírus, e a maior parte da pesquisa sobre a gripe foi dirigida na direcção errada.² Além disso, a guerra tinha obrigado à transferência de muitos médicos e enfermeiros do sector civil para o sector militar, e os poucos que atendiam à população civil estavam sobrecarregados de doentes com gripe. Os médicos e os hospitais, que se debatiam com uma grave falta de pessoal, não conseguiam dar resposta ao problema. O melhor tratamento para a gripe era o repouso na cama, doses regulares de aspirina e cuidados de enfermagem, recursos que só estavam ao alcance de uma minoria (Jeffreys 2005). Apesar das tentativas desesperadas para se descobrir uma cura, o vírus da gripe só seria isolado em 1933, com o desenvolvimento, ao longo das décadas de 1920 e 1930, de microscópios suficientemente potentes para a detecção de vírus mais pequenos. Na verdade, o verdadeiro progresso no campo da virologia só ocorreria na década de 1940, com o desenvolvimento do microscópio electrónico.

A disseminação da doença e as respostas contemporâneas

A gripe atacou em três vagas. A primeira destas ocorreu em Março e Abril de 1918. Independentemente da sua origem – no centro dos Estados Unidos ou na Frente Ocidental –, o vírus propagou-se rapidamente através da Europa devastada pela guerra, alastrando à África do Norte e à Ásia, e alcançando a Austrália em Julho. As taxas de mortalidade foram relativamente baixas, de modo que a epidemia pouco se distinguia de um surto particularmente violento de gripe sazonal. A segunda vaga surgiu em Agosto com uma ferocidade assustadora, revelando-se altamente mortífera. Disseminou-se com grande rapidez, transportada por navios e comboios e viajando ao longo das redes viárias, propagando-se sobretudo nos locais onde havia grandes concentrações de pessoas. Numa única semana, em meados de Agosto, verificaram-se grandes surtos da doença em três importantes portos atlânticos: Boston, Brest e Freetown. As tro-

² A 11.^a edição da *Encyclopaedia Britannica*, de 1910-1911, não contém qualquer entrada ou referência sobre «vírus». V. Tyrrell (1998).

pas norte-americanas transportadas do Norte de África para a França disseminaram a infecção virulenta; as redes comerciais e a circulação de pessoas entre a Europa e a África ocidental ajudaram à rápida evolução da doença, que se estendeu da costa africana até ao interior do continente. Em Setembro, a infecção tinha já alcançado a África do Sul; em Novembro e Dezembro, tinha-se disseminado por toda a Europa, invadido a Ásia, devastado o Pacífico e contaminado o resto das Américas. Só os locais mais isolados do planeta – como, por exemplo, a remota colónia insular de Santa Helena, que não era visitada por navios – puderam escapar à pandemia mortífera. A terceira vaga, que se fez sentir nos inícios de 1919, foi menos virulenta, talvez porque a exposição aos dois surtos anteriores tenha conferido à população um certo grau de imunidade (v. Phillips e Killingray 2003b, em particular Müller 2003).

A guerra total ajudou à transmissão da doença, já que o vírus acompanhou os movimentos de grande escala de homens e provisões ao longo das numerosas linhas de abastecimento aos Estados beligerantes e frentes militares. A África do Sul constitui um bom exemplo da rapidez e efeitos letais da gripe. Os principais portos do país eram pontos centrais do tráfico marítimo e estavam ligados a uma rede ferroviária bastante desenvolvida. Além disso, havia um bem estabelecido sistema de trabalho migrante africano e, em finais de 1918, as tropas e os trabalhadores regressaram a casa vindos da Europa. Estavam assim reunidas as condições necessárias para que a gripe alastrasse a todo o país, o que veio de facto a acontecer, com consequências devastadoras, no espaço de apenas algumas semanas (Phillips 1990). Similarmente, os portos e a rede ferroviária da Índia permitiram também a rápida propagação do vírus através de todo o subcontinente (Mills 1986). Mesmo em colónias com poucas infra-estruturas modernas, o vírus seguiu o seu curso, avançando de porto em porto, ao longo dos rios, dos caminhos-de-ferro e das estradas, transportado por viajantes e comerciantes e infectando mercados e aldeias do interior.³

Fizeram-se algumas tentativas oficiais para isolar e colocar sob quarentena determinadas regiões, mas a maioria desses esforços surgiu demasiado tarde e revelou-se ineficaz. As medidas de quarentena australianas poderão ter ajudado a retardar a chegada da gripe ao continente, mas, não obstante, o vírus matou 12 000 pessoas no espaço de alguns meses.

³ V., por exemplo, os mapas e relatos incluídos em Patterson (1983), Patterson e Pyle (1983) e Killingray (1994).

Como estado insular, a Tasmânia parecia em melhor situação para impor medidas de quarentena mais rigorosas. Porém, a única quarentena eficaz foi aquela que as autoridades navais dos Estados Unidos impuseram em torno das suas ilhas no arquipélago de Samoa. De facto, estas medidas parecem ter funcionado, ao contrário do que se verificou nas ilhas adjacentes da Samoa Ocidental, recentemente tomadas à Alemanha pela Nova Zelândia, as quais perderam 22% da sua população total (30% de homens adultos, 22% de mulheres adultas e 10% de crianças de ambos os sexos) (Tomkins 1992b).

No Outono de 1918, as reacções oficiais ao mais grave surto da pandemia de gripe oscilaram entre o pragmatismo e a indiferença. Nos países industrializados, a saúde pública era, cada vez mais, uma preocupação prioritária; mas a maior parte do mundo não possuía as estruturas ou recursos necessários ao estabelecimento de um sistema de saúde. Embora a guerra tivesse incentivado o desenvolvimento da intervenção do Estado na vida pública, as infra-estruturas continuavam a ser limitadas, e a ideia de que o Governo deveria assumir um papel de liderança na regulação do comportamento social era vista com desconfiança pela maioria da população. As medidas de emergência promulgadas em 1918 limitavam as actividades públicas. Escolas, cinemas e outros edifícios públicos foram encerrados (mas não os bares e as igrejas, ou só muito raramente); os transportes públicos e os bens importados eram submetidos a fumigações; em algumas cidades, as máscaras faciais tornaram-se acessórios de primeira necessidade para aqueles que trabalhavam em espaços públicos, incluindo os agentes da polícia e os empregados bancários. O combate à pandemia obrigava à adopção de medidas que passavam pelo controlo da circulação de pessoas e bens, o que afectou negativamente o comércio, a distribuição de produtos comerciais e a vida quotidiana das pessoas.

Fizeram-se algumas tentativas a nível internacional com vista ao estabelecimento de um sistema de partilha de informações sobre os surtos de gripe. Tanto a Nova Zelândia como a África do Sul queixaram-se de que Londres não as informara da severidade da pandemia; em resultado destes protestos, a gripe foi declarada uma doença de participação obrigatória em todos os territórios do Império Britânico, e Londres passou a distribuir informação regular sobre a evolução da doença. Todavia, lidar com a gripe envolvia problemas tão ubíquos quanto a própria doença. Um sistema adequado de monitorização internacional requeria o reconhecimento imediato da presença da doença, algo que nem sempre era fácil, bem como pessoal qualificado no campo, capaz de identificar os sintomas da gripe e com acesso a um sistema de comunicações. Assim, ao longo das décadas

de 1920 e de 1930, o novo sistema internacional de partilha de informações manteve um funcionamento irregular, e só depois da II Guerra Mundial se tornaria mais bem organizado e mais eficiente.

Muitos Estados industriais produziram relatórios oficiais pormenorizados sobre a pandemia e os seus efeitos e, conseqüentemente, possuímos bastante informação sobre o modo como a doença se terá disseminado, os números estimados de vítimas mortais e os esforços desesperados de combate à doença. Certos territórios do Império Britânico publicaram também relatórios oficiais – por exemplo, a Índia, a África do Sul, a Jamaica e a Guiana Britânica – e surgiram numerosos artigos sobre a gripe em revistas médicas e outras publicações durante a pandemia e no período imediatamente a seguir à mesma.

As taxas de mortalidade em termos comparativos

Não deverá surpreender-nos que as estimativas das vítimas mortais da pandemia variem de modo tão acentuado entre os frequentemente citados 20 milhões e os mais recentemente avançados 50 a 100 milhões. Estas discrepâncias reflectem-se também nos números apresentados para cada um dos países afectados. As estimativas oficiais, normalmente apresentadas pouco depois da ocorrência da pandemia, têm sido em muitos casos corrigidas pelos investigadores subsequentes, que propõem números de vítimas mais elevados. Por exemplo, na Índia, o número oficial era de 12 milhões de mortos; porém, Mills (1986) defende que as condições generalizadas de subalimentação exacerbaram a crise e que o número de vítimas mortais da pandemia rondou os 17-18 milhões. Wakimura (1996) concorda que o número de mortos foi superior ao das estimativas oficiais, mas defende que as taxas de mortalidade da gripe no Norte da Índia estavam estreitamente ligadas à fome, à malária epidémica, à inflação causada pela guerra e à falta de serviços de saúde pública, factores que tornam difícil calcular de modo fiável o verdadeiro número de vítimas mortais da gripe. Na África do Sul, o relatório oficial sobre a gripe refere 123 000 vítimas mortais; mas Phillips (1990) mostra que esta estimativa não tomou em linha de conta as elevadas taxas de mortalidade africanas e que o verdadeiro total se aproxima de um quarto de milhão. Mais recentemente, Johnson (2003) recalculou o número de vítimas mortais da gripe na Inglaterra e no País de Gales, bem como na Escócia, sugerindo que, tomando em consideração causas específicas e «outras», o

número de mortos no Reino Unido deverá ser aumentado de 169 000 para 225 000. Um problema óbvio, que continua a embaraçar os investigadores modernos, é a falta de dados fiáveis. Nos Estados industrializados modernos, as estimativas demográficas eram razoavelmente sofisticadas, mas verificou-se uma certa negligência durante o período de guerra, já que os serviços de registo oficiais estavam sobrecarregados. Também os médicos estavam assoberbados de trabalho e, em muitos casos, não tinham tempo para investigar a fundo a verdadeira causa de morte. No mundo não industrializado, onde se concentrava a maior parte da população, os dados demográficos eram inexistentes ou rudimentares. Nestes países havia poucos médicos, de modo que as pessoas adoeciam, morriam e eram sepultadas sem que ninguém o soubesse além dos membros da família e dos vizinhos. Tendo em conta estas limitações, as estimativas de morbidade e mortalidade adiantadas pelos estudiosos actuais são inevitavelmente aproximativas e inexactas.

Nas anteriores pandemias de gripe – em 1847-1848 e em 1889-1890, por exemplo – as vítimas mortais da doença tinham sido sobretudo os muito jovens, os doentes, os subalimentados e os idosos. Esses surtos estavam em conformidade com o padrão de mortalidade tradicional da gripe. Os padrões de mortalidade do vírus de 1918-1919 (se é que se tratou, de facto, de um único vírus) foram bastante diferentes, já que a doença dizimou um grande número de jovens, particularmente do sexo masculino, com idades entre os 15 e os 40 anos. Os perfis de mortalidade de todas as regiões do mundo mostram um acentuado aumento de mortes entre os homens jovens em idade activa, ou seja, precisamente o grupo etário do qual se esperaria uma maior resistência à doença. Este padrão etário e de género, que se verificou em todos os países, independentemente de estarem ou não envolvidos na guerra, continua a ser em grande medida um mistério. Uma explicação possível é que o sistema imunitário dos indivíduos jovens e saudáveis pode reagir vigorosamente à infecção, entrando em *overdrive* e por fim em colapso súbito, resultando na morte do doente. Esta hipótese parece ser mais plausível do que aquelas que sugerem razões genéticas, psicológicas ou de género. Evidentemente, não é improvável que alguns homens ignorassem ou negligenciassem uma doença que poderiam confundir com uma «simples constipação», e que, como principais responsáveis pelo sustento da família, continuassem a trabalhar em vez de recolherem imediatamente ao leito. Além disso, os homens das sociedades industrializadas tendem a trabalhar fora de casa e em contacto ou proximidade com muitos outros, o que os coloca em maior risco de infecção. Contudo, isto não explica os padrões de morta-

lidade similares entre os jovens do sexo masculino nas sociedades não industriais, onde as práticas culturais são muito diferentes. Em 1918-1919, as taxas de mortalidade entre os idosos tenderam a ser inferiores, talvez devido à imunidade adquirida por essa faixa etária em resultado da sua exposição à pandemia de 1889-1890. Por outro lado, muitos daqueles normalmente em risco sucumbiram à doença em grande número, como foi o caso das mulheres grávidas e das mães neonatais.

Outra característica dos padrões de mortalidade da pandemia de 1918-1919 é a ocorrência de taxas de mortalidade mais elevadas entre as populações não europeias. Em África, na Ásia, entre os nativos americanos, os maoris e os indígenas das ilhas do Pacífico, o número de vítimas mortais da gripe foi mais elevado do que na Europa, rondando os 2-5% da população total. Uma razão possível, mas não a única, é que uma parte significativa da população dessas sociedades não industriais estava regularmente exposta a crises alimentares e a doenças endémicas, o que a tornava mais fraca e menos capaz de resistir a mais uma doença. Foi certamente isto que aconteceu na África oriental, onde a pandemia de gripe atingiu uma população já enfraquecida pela guerra, a fome e outras doenças. No Quênia, a pandemia causou a morte a cerca de 5,5% da população total.

Entre os não europeus, os mais vulneráveis eram os nativos americanos e os indígenas das ilhas do Pacífico. Uma vez mais, as razões para esta elevada taxa de mortalidade não são inteiramente claras, mas é muito possível que o reduzido grau de contacto com determinadas doenças globais tornasse essas populações menos imunes às mesmas. O certo é que a mortalidade foi de facto elevada. Em muitas regiões das Américas há casos de populações inteiras dizimadas pela pandemia; nestas sociedades isoladas, quando os elementos em idade activa sucumbiam à gripe, as crianças e os idosos morriam à fome. No Labrador, um terço da população morreu com gripe ou devido às suas consequências. Não obstante este elevado número, Herring e Sattenspiel (2003) defendem que a taxa de mortalidade da gripe entre os inuit do Canadá subártico deve ser examinada à luz dos padrões locais de ecologia e organização social. Entre os nativos americanos, os padrões de mortalidade da gripe parecem ser similares às taxas de mortalidade de outras doenças externas, como por exemplo o sarampo. Em algumas ilhas do Pacífico, as taxas de mortalidade da gripe foram muito altas. Tonga perdeu 5% da população devido à doença; nas Fiji, as vítimas mortais ascenderam aos 10%; e na Samoa Ocidental, como já referido, a pandemia causou a morte a uns horripilantes 22%. As ilhas da orla do Pacífico sofreram também pesadas baixas

devido à gripe. Na Nova Zelândia, a taxa de mortalidade entre os maoris foi sete vezes mais elevada do que entre os *Pakeha* – ou seja, os brancos (Rice 1988 e 2005 [1988]). Na Indonésia estima-se que 1,5 milhões de pessoas morreram devido à gripe em 1918 (Brown 1987).

O impacto da pandemia na China é ainda mal conhecido. Tendo em conta a devastação causada pelo vírus na Ásia, é pouco provável que a China tenha escapado às suas graves consequências. No Japão, a taxa de mortalidade da pandemia é relativamente baixa em comparação com o que se verificou no resto do mundo – uns meros 4,5 indivíduos por cada mil –, mas as razões para tal permanecem desconhecidas (Rice e Palmer 1993). Tem sido realizada pouca investigação sobre a gripe na China. Uma hipótese recente, proposta por Wataru Iijima, é que a gripe tenha atingido fortemente os portos costeiros mas, devido à escassa mobilidade populacional, não tenha alastrado às regiões do interior. Com base nesta ideia, Iijima (2003) sugere uma taxa de mortalidade na ordem de 1%, o que nos parece muito pouco para uma região com todas as condições para o desenvolvimento da gripe das aves, mas é claramente necessário investigar mais a fundo a história epidemiológica deste país enorme e densamente povoado. Se, como sugere Langford, o vírus H1N1 teve origem na China, é pois provável que a população apresente um mais elevado grau de imunidade a essa estirpe particular de gripe. E é também possível que a presença generalizada de gripe animal e doméstica tenha conferido às populações alguma imunidade.

Impacto e respostas

Que impacto teve a pandemia de gripe de 1918-1919? Tendo em conta que a doença pode ter dizimado entre 50 a 100 milhões de indivíduos em todo o mundo no espaço de alguns meses, muitos dos quais chefes de família ou jovens adultos, as consequências para as famílias foram certamente trágicas e devastadoras. De um modo repentino, a pandemia deixou órfãs milhões de crianças em todo o mundo, um acontecimento sem precedentes na história em termos de magnitude e rapidez. O consequente trauma psicológico e social é difícil de imaginar ou de analisar. O romancista norte-americano William Maxwell escreveu:

Quando a minha mãe morreu, eu compreendi, pela primeira vez e para sempre, que não estávamos a salvo, que não estávamos livres de perigo. O meu pai fez o que pôde. Manteve a família unida, mas, a partir dessa altura,

passou a haver uma tristeza que não existia antes, uma tristeza profunda que nunca mais nos deixou. Não estamos a salvo. Ninguém está a salvo. Coisas terríveis podem acontecer a qualquer pessoa em qualquer momento.

O rasto de dor, de luto e de angústia pode ser detectado em muitos outros romances e autobiografias de autores de língua inglesa, como Katherine Anne Porter (1939) ou Mary McCarthy,⁴ bem como nas cartas incluídas por Collier (1974) no seu livro sobre a pandemia. William H. McNeill (2004, 6), baseado no contacto dos seus pais com a gripe em Dezembro de 1918, argumenta que prevaleceu a memória selectiva, reprimindo as experiências terríveis mas recordando prontamente os acontecimentos positivos.⁵ Se bem que a morte tenha afectado tragicamente quase todas as famílias de todos os países envolvidos no conflito, em tais circunstâncias ela estava associada a uma ideia de sacrifício nacional que era publicamente proclamada. Assim, por muito difícil que fosse suportar a morte de um ente querido na guerra, a ideia de um «sacrifício» em prol de uma causa nacional, e até nobre, era colectivamente partilhada e nacionalmente comemorada e homenageada com monumentos «aos mortos gloriosos», o que ajudava a mitigar o sofrimento das famílias e a dar sentido a essas mortes. Não era este o caso das causadas pela gripe, que não eram evocadas num «Dia do Armistício» ou em qualquer feriado nacional destinado ao luto colectivo. Era um sofrimento que tinha de ser suportado em privado. Os sobreviventes estropiados (mental e fisicamente) da Grande Guerra não deixavam cair no esquecimento a terrível carnificina de 1914-1918; mas a pandemia de gripe, apesar das suas muitas vítimas mortais, permanecia para lá do olhar do público. De facto, contrair uma gripe dificilmente se poderá considerar uma experiência memorável. O que há a dizer sobre o assunto? Contudo, para os historiadores, levanta-se o problema de como escrever sobre o sofrimento. Como poderão eles transmitir uma ideia fiel da enormidade da tragédia, ou dar sentido a toda a dor e angústia causadas pela pandemia? Como escrever «empaticamente» a história da tragédia, quando é tão mais fácil reduzir a morte e o sofrimento a uma mera estatística? É claro

⁴ Os romances do norte-americano William Maxwell são marcados pela experiência traumática da perda da mãe, vitimada pela gripe em 1918, durante a infância do autor (McCarthy, 1957).

⁵ Como defende Anne Hardy (2001, 75-76) para o caso britânico: «a reacção imediata das comunidades afectadas foi tentar pôr a experiência para trás das costas e apagá-la da memória».

que os piores efeitos da pandemia foram sentidos no mundo não europeu, o que explica a razão pela qual têm sido negligenciados, já que a maior parte da história do século XX tem sido escrita sobretudo por europeus e por aqueles que vivem no mundo «setentrional».

As estatísticas da mortalidade são importantes para a avaliação do significado demográfico da pandemia de gripe. Sugeriu-se recentemente que, nos Estados Unidos, a elevada taxa de mortalidade entre as grávidas influenciou os rácios mulheres/homens ao longo das duas décadas seguintes (Noymer e Garenne 2003). Mas o significado social e cultural reveste-se de maior importância. Na Europa, na América do Norte e no Japão, dir-se-ia que a gripe teve pouco ou nenhum impacto demográfico sobre a população global. De um ponto de vista europeu, portanto, não basta dizer que a gripe de 1918 foi a pior pandemia desde a Peste Negra. Em termos proporcionais, a peste Justiniana e a Peste Negra mataram e deixaram órfãs muitas mais pessoas, tendo tido por isso um efeito mais duradouro na população humana, bem como na vida social e económica, do que a pandemia de gripe de 1918-1919. Porém, em muitas partes do mundo não europeu, o quadro foi diferente e as consequências demográficas fizeram-se sentir de um modo muito mais agudo. No Sudoeste do Tanganica, a gripe surgiu durante a época de sementeira e matou provavelmente 10% da população, do que resultou a pior crise alimentar de que há memória (Ellison 2003). Em determinadas regiões da África, da Ásia e das ilhas do Pacífico, a perda de um número considerável de homens em idade produtiva afectou claramente os perfis populacionais ao longo das duas ou três décadas seguintes. Este facto é atestado pelo elevado número de mulheres solteiras e pelo declínio da natalidade. Menos fáceis de calcular são os efeitos económicos da produtividade perdida (Brainerd e Siegler 2003). Certas regiões da Ásia, em particular a Índia e a China, estavam acostumadas a catástrofes que reclamavam milhões de vidas. As vítimas das sucessivas fomes e pestes que grassaram na Índia durante os finais do século XIX e uma boa parte do século seguinte são exemplos expressivos de alta mortalidade e não ficam muito aquém do número de mortes causado pela gripe de 1918-1919 (Davis 2001).

A gripe surgiu no final de uma guerra total, uma guerra de dimensão e organização sem paralelo até ao momento. Este tipo de conflito envolvia a mobilização de todos os recursos do Estado, o recrutamento em massa e grandes concentrações e movimentações, predominantemente de homens jovens. Assim, até que ponto a mortalidade da gripe entre a população civil esteve ligada à guerra? A investigação minuciosa

de Winter (2003) sobre a Europa ocidental mostra claramente que as mortes causadas pela pandemia de gripe não podem ser atribuídas às privações ou à escassez de alimentos de uma população devastada pela guerra, uma vez que se verificam taxas de mortalidade similares entre as populações civis de países neutrais relativamente intocados pelo conflito. Se bem que apenas cerca de 10 000 soldados britânicos tenham morrido de gripe, estudos mais recentes sugerem que a pandemia pode ter tido origem em grandes acampamentos militares do Norte de França, pelos quais, em 1916, passavam centenas de milhares de homens. Se assim for, como argumenta John Oxford, a relação entre a guerra e a origem e disseminação da doença entre a população civil é, pois, muito mais estreita.

Neste ponto, podemos levantar uma questão contrafactual. Se o mundo não estivesse em guerra no período de 1914-1918, a pandemia de gripe teria ainda assim ocorrido? E, em caso afirmativo, ter-se-ia disseminado tão rapidamente? Ou será que a reacção oficial teria sido mais rápida e eficaz nos seus esforços para conter a propagação da doença? Evidentemente, os esforços e os recursos oficiais estavam a ser canalizados para a crise mais premente – a guerra, que estava então no seu quarto ano –, e tudo indica que as infra-estruturas da guerra tenham facilitado a transmissão do vírus. Nos países beligerantes da Europa, milhares de médicos e enfermeiras tinham sido chamados a servir nas forças militares. Obviamente, jamais obteremos uma resposta segura a estas questões. Na Grã-Bretanha verificou-se aquilo a que Winter chama «o paradoxo da Grande Guerra» (1988); ou seja, a guerra teve um impacto reduzido na saúde da população civil; na verdade, a saúde das classes mais desfavorecidas melhorou durante o período da guerra, e a falta de médicos numa grande parte do país não teve consequências significativas na saúde da população. No caso da Alemanha, de acordo com o mesmo autor, verificou-se a situação inversa (OMS 1958, 22).

Os graves efeitos da pandemia conduziram ao estabelecimento de redes globais de alerta antigripe; uma delas, que operava dentro dos limites do Império Britânico, estava também ligada ao Office International d'Hygiène Publique, sediado em Paris. A Sociedade das Nações começou a desempenhar um papel proeminente dentro deste sistema. Embora os «relatórios publicados» por esta não nos forneçam «uma razão específica» para este interesse pela gripe, tal preocupação era indubitavelmente alimentada pela ruptura das condições sanitárias que se verificou em muitos países no período do pós-guerra, bem como pela incidência generalizada de outras doenças – particularmente do tifo, que assolou a

Europa de Leste em 1919-1920 – e pela gravidade da própria pandemia de gripe. Este crescente interesse internacional pelas questões da saúde e das doenças, incluindo a gripe, resultaria, depois de 1947, no estabelecimento por parte da OMS de uma rede de monitorização muito mais abrangente. Em finais do século xx, a Organização Mundial de Saúde contava já com a colaboração de cento e dez laboratórios dispersos por oitenta e dois países, e tinha também quatro centros de observação para o controlo de doenças, situados em Atlanta, Londres, Melbourne e Tóquio.

A gripe foi fatal para um número relativamente reduzido de pessoas infectadas pelo vírus, mas alguns dos sobreviventes sofreriam efeitos de longo prazo. A pandemia abalou a saúde de muitos indivíduos em todo o mundo, alguns dos quais acabariam por morrer em consequência directa da gripe virulenta, que tinha deixado sequelas ao nível do cérebro e do sistema nervoso. Ao longo da década de 1920, e talvez até nas décadas seguintes, diversos milhões de pessoas sofreram de encefalite letárgica, um problema que parece ter estado intimamente relacionado com a gripe de 1918-1919 (Ravenholt 1993). Diversos tipos de parkinsonismo foram igualmente atribuídas à gripe, bem como outras doenças do sistema nervoso central. Os investigadores detectaram também ligações entre a gripe e a esquizofrenia e até o suicídio (Barry 2004).

A pandemia estimulou a investigação com vista ao tratamento da doença e à descoberta de uma cura para a mesma. Desenvolveram-se rapidamente algumas vacinas, que se revelaram ineficazes, já que os investigadores estavam erroneamente convencidos de que o inimigo a combater era o bacilo de Pfeiffer. Porém, a criação de uma vacina teria sido em todo o caso um processo complicado, dadas as profundas alterações que o vírus sofre a cada 5-10 anos ao nível da sua estrutura química. Logo que as diferentes vagas da pandemia foram claramente identificadas como gripe, muitos cientistas reconheceram a alta probabilidade da recorrência futura de um surto virulento similar. Esta convicção encorajou novas pesquisas laboratoriais em todo o mundo, num esforço para identificar o elemento patogénico. O processo não se revelaria fácil e, mesmo em 1929, alguns cientistas continuavam convencidos, tal como o idoso Pfeiffer, de que o causador da doença era o *Bacillus influenzae*. Porém, outros acreditavam que o agente etiológico podia ser um vírus. À época, a virologia era ainda um campo de estudo relativamente novo e uma das suas principais áreas da investigação era a pneumonia, a principal causa de morte durante a pandemia. Na década de 1930, a gripe foi finalmente

identificada como virose, e o vírus como capaz de se transmitir aos porcos e às aves (Barry 2004).⁶

Muitos virologistas e epidemiologistas têm advertido para o alto risco da recorrência de uma estirpe letal de gripe semelhante à de 1918-1919. As respostas internacionais e nacionais aos surtos de gripe de 1957, 1968, 1997 – e, mais recentemente, de SARS ou síndrome respiratória aguda grave – dão ênfase a essa séria preocupação (Morens, Folkers e Fauci 2004). Edwin Kilbourne escreveu em 2003 sobre a «crescente preocupação com a perspectiva de uma nova pandemia e com a sua potencial gravidade». Na era da máquina a vapor de 1918, a pandemia disseminou-se rapidamente pelo mundo; no século XXI, com a banalização das viagens aéreas, um vírus pode ser inadvertidamente transmitido a todos os cantos do mundo numa questão de algumas horas. A investigação com vista ao isolamento do vírus e à produção de uma vacina eficaz é, pois, imperativa. Hultin, Duncan e Oxford têm procurado traços existentes do vírus de 1918 em tecidos preservados em laboratórios e em cadáveres de vítimas da pandemia sepultados no *permafrost* ártico do Alasca e de Svalbard ou em caixões selados com chumbo (Taubenberger *et al.* 1997; Taubenberger 2003; Reid e Taubenberger 2003; Kolata 2005 [1999]; Davies 1999). Mas foi a equipa de Taubenberger que, em 2006, utilizando amostras preservadas obtidas de vítimas da pandemia de gripe, conseguiu estabelecer a sequência do genoma do vírus H1N1 (Ghedi *et al.* 2006).

Investigações recentes

A pandemia de 1918-1919 afectou profundamente o funcionamento do Governo. Os funcionários públicos adoeciam e faltavam ao trabalho; os serviços do Governo central e as administrações municipais não tinham gente suficiente para desempenharem as suas funções. Esta é talvez uma das razões pelas quais, ao menos na Grã-Bretanha, existem tão poucos documentos sobre a pandemia nos Arquivos Nacionais em Kew. Temos um relatório oficial publicado em 1920, mas pouca coisa existe nos departamentos onde seria expectável encontrar dados sobre as medidas políticas implementadas para lidar com a pandemia. Os registos militares são mais promissores, e os estudiosos começaram recentemente a examiná-los. Os historiadores vêem-se assim forçados a utilizar fontes que

⁶ O último capítulo aborda esta investigação de um modo acessível aos não especialistas.

não as do Governo central: relatórios dos delegados médicos locais, relatórios das prisões e das leis de assistência pública, artigos da imprensa local e provincial, registos das companhias de seguros, das igrejas, dos cemitérios e das instituições de beneficência. (Ao contrário do que se tem verificado em África, os estudiosos europeus e norte-americanos têm em grande medida ignorado as reacções religiosas à pandemia.) Na Grã-Bretanha, a pandemia não deu azo a qualquer resposta oficial, e muito menos a quaisquer planos ou medidas para lidar com uma possível repetição da crise. Os países que reagiram à pandemia por meio da promulgação de leis de saúde pública – a Nova Zelândia, por exemplo – parecem ser a excepção (Rice, 1988). Decididamente, 1918-1919 não foi um período caracterizado pelo aumento da intervenção do Governo na vida pública; na verdade, verificou-se o contrário, à medida que os países industrializados punham de lado o *dirigismo* que marcara o período de guerra.

Os estudos publicados sobre a evolução da epidemia de gripe são lacunares, como ilustrado pela detalhada bibliografia recentemente publicada por Müller (2003). Além dos principais países industrializados, sobre os quais existe uma bibliografia bastante extensa, a África subsariana tem sido razoavelmente bem estudada. Porém, sabe-se relativamente pouco sobre a evolução da doença em partes do mundo como a China, a Rússia e a América Latina. Não há dúvida de que existem dificuldades particulares na localização de fontes adequadas para a investigação da doença na Rússia assolada pela Revolução, mas são menos claras as razões pelas quais a China e a América do Sul (que demograficamente correspondem a um quarto da humanidade) têm inspirado tão pouco interesse entre os especialistas da história epidemiológica. As conferências realizadas na Cidade do Cabo, em 1998, e em Londres, em 2002, juntaram estudiosos de uma ampla variedade de disciplinas com o propósito comum de examinarem criticamente a pandemia de gripe, o que ajudou a renovar o interesse pelo assunto.

Alguns estudiosos, dos quais se destaca Alfred Crosby, defendem que a pandemia de gripe teve um efeito profundo sobre as campanhas militares de 1918 e também sobre a condução e o resultado das negociações de paz (Crosby 1989, caps. 9 e 10; Brown 2003, 5-7).⁷ Os exércitos beligerantes foram atingidos pela gripe que incapacitou temporariamente muitos homens, mas matou um número relativamente reduzido. De facto, a gripe foi apenas uma entre as muitas doenças e moléstias que afectaram os soldados, fossem eles combatentes ou não, durante o pe-

⁷ Este artigo enfatiza também os efeitos da gripe sobre o curso e a condução da guerra.

ríodo de 1914-1918. Além das pesadas baixas causadas pelo conflito, as doenças eram uma presença comum que matava ou tornava muitos soldados inaptos para o serviço militar continuado. Na maioria das guerras anteriores, o número de soldados que sucumbiam a doenças era superior às baixas resultantes dos combates propriamente ditos. Se a gripe for incluída como uma das causas de morte dos militares norte-americanos em 1917-1918, então podemos concluir que, também nessa guerra, as doenças fizeram mais vítimas mortais do que a ação inimiga. Porém, isto não deverá levar-nos a exagerar os efeitos da gripe. A ofensiva de Outono de Ludendorff pode ter sido interrompida pela gripe (assim como a capacidade de resposta dos Aliados), mas a determinação da Alemanha de continuar a lutar começava já a dar sinais de fraqueza, enquanto o crescente descontentamento da população civil alimentava a agitação política do país. É interessante notar que, na maior parte das histórias oficiais da guerra, a pandemia de gripe raramente é referida que não apenas de passagem. O volume dedicado às baixas da *History of the Great War*, a obra oficial sobre o assunto na Grã-Bretanha, publicada em 1931, afirma a propósito da gripe «que pouco há a dizer sobre esta doença» (Mitchell e Smith 1931, 85). A tese de Crosby, de que Wilson sofria de gripe em 1920 e de que esta circunstância limitara a sua capacidade para negociar eficazmente com Clemenceau e Lloyd George em Paris, obteve pouco apoio por parte dos outros estudiosos, que se têm concentrado mais amplamente nos aspectos militares ou políticos das conversações de paz.

Se nos debruçarmos sobre determinadas regiões de África, poderemos verificar que a disseminação da pandemia esteve intimamente relacionada com a guerra. Os trabalhadores africanos desmobilizados da Europa levaram a doença no regresso à África do Sul, onde se propagou rapidamente por todo o país. As tropas oriundas da África ocidental que regressaram à Costa do Ouro em Setembro contribuíram para a disseminação do vírus ao logo da rede ferroviária; um mês mais tarde, este trilho de infecção convergiria com outro que tinha penetrado na colónia através das rotas comerciais com o Norte. A taxa de mortalidade é estimada em 4 a 5% da população total de cerca de dois milhões. Como já referimos, a pandemia teve um impacto mais grave em África do que na Europa. A imprensa europeia ajudou a baptizar a pandemia com um nome falso – gripe «espanhola», porque os jornais espanhóis, dada a neutralidade do país, podiam noticiar livremente a doença, sem estarem sujeitos a qualquer censura. Em certas partes de África, e também na Ásia, surgiram denominações locais para a gripe, que reflectiam a espantosa capacidade da doença para abater os jovens e saudáveis. Na região Eketi

da Nigéria meridional, a gripe era conhecida como *Lululuku* («morte de um golpe súbito») e, posteriormente, como *Ajukale-Arun* («a doença que se espalha por toda a parte») (Oguntuyi 1979, 123-125). Os tswana da Bechuanalândia chamavam-lhe *leroborobo* ou *semagamaga*, isto é, «a doença que mata muita gente».

Na África central, bem como noutras partes do continente, a pandemia criou entre os africanos algo a que Ranger chama uma «crise de compreensão», se bem que a reacção de muitas pessoas tenha sido a de agir de formas que elas próprias consideravam racionais e eficazes (Ranger 1988). O súbito e devastador aparecimento da gripe, logo a seguir aos efeitos da guerra, deu azo a crenças escatológicas e ao aparecimento de profetas religiosos. Muitas pessoas viam na doença portentos cósmicos e um sinal da ira divina. A Igreja Aladura surgiu da «memória indelével» da pandemia e resultou numa perda de fé nas medicinas, rituais e símbolos tradicionais (Peel 1968); enquanto isso, no Congo Belga, Simon Kimbangu atendia um chamamento divino para salvar a Igreja (Martin 1975, 44).⁸ Numa parte significativa da África tropical verificaram-se reacções religiosas populares caracterizadas pela recuperação de cultos tradicionais, pela veneração de novos deuses ou pela transferência da fé para outras divindades consideradas mais eficazes. Algumas destas expressões religiosas eram milenárias e de natureza anticolonial, sendo por isso olhadas com grande desconfiança pelas autoridades europeias. Um sentimento similar de anticolonialismo contra o domínio neozelandês emergiu na Samoa Ocidental, onde a população indígena culpava o novo regime colonial pelas numerosas vidas ceifadas pela pandemia.

O silêncio da história

Em 1924, a *Encyclopaedia Britannica* publicou um estudo intitulado *These Eventful Years: The Twentieth Century in the Making*, o qual se propunha relatar «tudo o que aconteceu no mundo durante o mais importante período da história». Esta obra ignora a pandemia de gripe (Hooper 1924). Dos 208 volumes de *Economic and Social History of the World War* publicados pelo Carnegie Endowment nos anos que se seguiram à Grande Guerra, apenas algumas páginas são dedicadas à *grippe* e referem sobretudo aspectos médicos ou estatísticos. A gripe pode ter deixado uma ci-

⁸ O «kimbanguismo» disseminou-se entre os povos falantes de Kikongo no Congo francês, no Norte de Angola e em Cabinda.

catriz na memória popular mas, surpreendentemente, a história moderna tem permanecido em grande medida silenciosa em relação ao assunto.⁹ A que se deve, pois, este silêncio da história?

A pandemia de gripe surgiu no final de uma guerra terrível, marcada por uma indiferença brutal para com o valor da vida humana. Poucos foram os europeus que não sofreram de um modo ou de outro os efeitos desse turbilhão de quatro anos e meio, que resultou em grande perda de vidas e grandes sofrimentos. A Grande Guerra, como em breve passaria a ser chamada, eclipsou a maioria dos outros acontecimentos, incluindo a pandemia de gripe. A guerra era o resultado de acções humanas, ao passo que a gripe era uma calamidade natural. A guerra envolvia movimentos nacionalistas e questões políticas, alimentando o ódio contra os adversários. A morte na guerra, mesmo à escala de 1914-1918, era entendida por alguns como uma morte com sentido, e os familiares enlutados podiam até retirar algum consolo do reconhecimento público do «sacrifício» dos seus entes queridos. As mortes na guerra davam direito a pensões do Estado e, logo após o fim do conflito, ergueram-se monumentos públicos e ocorreram cerimónias colectivas em memória dos mortos. Mas como homenagear aqueles que morrem arbitrariamente, ainda que em grande número, devido a uma doença? Não existem muitos monumentos deste tipo, já que as vítimas não constituem um grupo ou sector específico da população.¹⁰ De facto, essas vítimas não deram a vida por uma causa nacional; limitaram-se a morrer de uma doença, como sempre aconteceu na história da humanidade. Se a doença dizimasse uma grande parte da população de uma vila ou aldeia, a tragédia talvez viesse a ser evocada por meio de um monumento local. E, se tivesse dado azo a uma reacção altruísta, como a dos aldeões ingleses de Eyam, no Derbyshire, no ano da peste de 1665-1666, o facto mereceria certamente um monumento e uma referência constante nos livros de história.¹¹ A pandemia de gripe foi uma catástrofe. Mas não ao ponto de não poder ser suportada

⁹ De facto, são muitas as obras de história mundial em língua inglesa produzidas no final do milénio que não fazem qualquer referência à pandemia de gripe. É o caso, por exemplo, de Hobsbawm (1994), Overy (1997), Grenville (1994), Roberts (1999) e Keylor (1997). O tema merece algumas linhas em Howard e Louis (1998, 70), e em Ponting (1998, 38).

¹⁰ Refiro-me aqui a monumentos que tenham sido erigidos logo após a pandemia, e não em datas muito posteriores – como, por exemplo, o monumento em calcário recentemente inaugurado em Castlebar, no condado de Mayo, na Irlanda.

¹¹ Eyam foi infectada com a peste devido a uma caixa com peças de roupa enviada de Londres. Os aldeões impuseram um cordão sanitário em redor da aldeia para evitar que a doença se propagasse às comunidades vizinhas.

pela maioria daqueles que, de uma forma ou de outra, sofreram os seus efeitos. Representou sem dúvida um fracasso da medicina moderna, e é talvez por isso que a classe médica tem evitado aprofundar a história da causa e da evolução da pandemia.

Já não me deixo surpreender por aquilo que os historiadores do passado preferiram ignorar ou negligenciar: as classes trabalhadoras, as mulheres, os pobres, os negros, os colonizados, os subalternos, entre muitos outros, tiveram de ser resgatados de algo a que Thompson chamou a «enorme condescendência da posteridade». O facto levanta uma questão provocadora: o que estaremos nós actualmente a ignorar ou a marginalizar? Para os historiadores, a lição a retirar daqui é a necessidade de permanecer alerta e de alimentar uma curiosidade perpétua por áreas do passado que continuam a ser ignoradas. Na época da pandemia, e ao longo de muitos anos após a mesma, a pesquisa e a escrita históricas seguiam um determinado programa que raramente incluía o estudo da história da medicina. Esta só se tornaria uma área de estudo na segunda metade do século, sobretudo durante os últimos trinta anos. A partir da década de 1980, a história da medicina e da doença tornou-se um importante e relativamente bem estabelecido ramo da história, com consequências felizes para aqueles de nós que têm o privilégio de se reunirem aqui em Lisboa em tão estimulante companhia para esta conferência sobre a pandemia de 1918-1919.