

## Capítulo 7

# Lições de uma pandemia: análise comparativa das medidas sanitárias tomadas durante a gripe de 1918 e a SRA de 2003\*

## Reflexão inicial

O encontro multidisciplinar «Olhares sobre a Pneumónica» foi convocado para que se aprofundasse o conhecimento dos diferentes aspectos da pandemia da gripe de 1918-1919. Trata-se de um objectivo necessário, já que, apesar das terríveis consequências da pandemia – mais de 60 milhões de mortes –, existe um grande desconhecimento sobre a sua deflagração na maior parte do mundo. No entanto, este interesse não se deveria limitar a uma mera análise histórica. É importante que façamos um esforço para aprender com os erros cometidos e com as medidas acertadas tomadas no decurso daquele acontecimento epidemiológico.

Não estamos livres de novas epidemias. Estamos conscientes de que a intervenção do homem sobre o meio ambiente fez emergir doenças como a SIDA, o ébola e a febre de Marburg, entre outras, e na mente de todos está a ameaça de uma nova pandemia de gripe. A globalização, por outro lado, fez aumentar o risco da expansão de doenças infecciosas novas e velhas. O aumento da população, das viagens e das comunicações facilita a expansão mundial dos agentes patogénicos. No séc. XV, a peste demorou três anos para alastrar da Ásia à Europa. Cinco séculos mais tarde, a gripe espanhola alastrou por todo o mundo em poucos meses e, no início do séc. XXI, o vírus da SRA (síndrome respiratória aguda) viajou de Hong Kong a Toronto em 15 horas.<sup>1</sup>

---

\* Tradução de Ruy Llera Blanes

<sup>1</sup> *Nota do revisor*: síndrome respiratória aguda (SRA) é a designação dada pelas autoridades de saúde pública em Portugal a SARS (*severe acute respiratory syndrome*).

Mas o que é que nos pode ensinar uma pandemia que teve lugar há quase noventa anos, quando a microbiologia dava os primeiros passos, a virologia era inexistente e não havia sistemas internacionais de vigilância epidemiológica? Será que nos interessa o exemplo de uma pandemia que contagiou um mundo imerso na I Guerra Mundial, sem a tecnologia e os conhecimentos médicos de que dispomos na actualidade?

Tentarei utilizar em particular os dados conhecidos da evolução da pandemia em Espanha<sup>2</sup> para fazer uma aproximação aos factores que determinaram que certas regiões sofressem menos do que outras e à ineficácia das medidas de controlo da infecção que foram adoptadas nessa altura. As causas deste fracasso foram múltiplas: as características epidemiológicas da doença, a falta de conhecimento científico sobre o vírus, a situação de guerra, a escassez de meios, a demora na declaração de epidemia e na tomada de medidas de controlo, e o caos organizativo.

Tudo isto parece estar muito distante, já que, hoje em dia, contamos com importantes instituições de controlo e vigilância sanitária internacionais que funcionam com bastante êxito. Além disso, contamos com novas drogas e sofisticadas tecnologias de diagnóstico no mundo desenvolvido em que vivemos. No entanto, queremos aqui comparar algumas características, reacções e medidas sanitárias tomadas durante a gripe de 1918 com aspectos da epidemia da síndrome respiratória aguda, conhecida geralmente como SRA, que ocorreu oitenta e quatro anos depois.

Os primeiros casos de SRA apareceram em Novembro de 2002 na China, na província de Guangdong. Daí estendeu-se a 13 países e três continentes. A rápida reacção das autoridades nacionais e internacionais, uma vez conhecida a existência da epidemia, conseguiu reduzir a transmissão da infecção e romper com a cadeia epidemiológica, antes que surgisse uma pandemia (Rodenstein 2004, 141-143). Em Julho de 2003, a epidemia foi dada como controlada. Nessa altura, contabilizou-se um total de 8096 casos e 774 mortes.

Do ponto de vista demográfico, e apesar da sua elevada mortalidade (9,6 por cento dos doentes morreram), a SRA foi uma epidemia pouco importante. O seu interesse reside no facto de ter servido como modelo de ensaio para lidar com uma futura pandemia. Houve um importante esforço de cooperação global e impuseram-se medidas muito rígidas de controlo da infecção. Por isso, e por ser uma infecção de contágio moderado, foi possível travar a sua expansão em poucos meses. Mas, por

---

<sup>2</sup> A maior parte da informação sobre a pandemia de 1918 em Espanha provém de duas obras da autora (que não serão citadas de novo): Echeverri Dávila (1993 e 2003).

detrás dessa façanha, veremos que também se cometeram erros muito semelhantes aos que se fizeram durante a gripe espanhola e, quando se trata de doenças, estes erros pagam-se com vidas humanas. Apesar dos avanços médicos e do controlo de doenças próprio do séc. XXI, houve falta de transparência, vigilância e preparação.

## A evolução da gripe espanhola em Espanha

A primeira vaga epidémica, na Primavera de 1918, não causou grande alarme entre os organismos sanitários devido à sua relativa benignidade. O Ministério da Governação decretou a notificação obrigatória dos casos de gripe e ordenou o encerramento das escolas públicas. Os cafés, as igrejas e os mercados continuaram abertos. Nas cidades mais afectadas foram instauradas algumas medidas adicionais, sobretudo de desinfecção de locais, igrejas, cafés e escolas. Os outros sítios que encerraram, como alguns teatros de Madrid ou a Casa da Moeda, fizeram-no devido à doença dos artistas ou empregados.

As primeiras notícias sobre a epidemia aparecem em jornais madrilenos em Maio, coincidindo com as festas de Santo Isidro. As províncias centrais de Madrid, Cuenca, Toledo e Salamanca sofreram um aumento da mortalidade gripal durante esse mês. Em Junho, a epidemia afectava já todo o país, excepto a Galiza, a Catalunha e os dois arquipélagos.<sup>3</sup> As autoridades sanitárias afirmaram que a origem da epidemia era França, de onde a infecção se transmitira através das rotas ferroviárias.

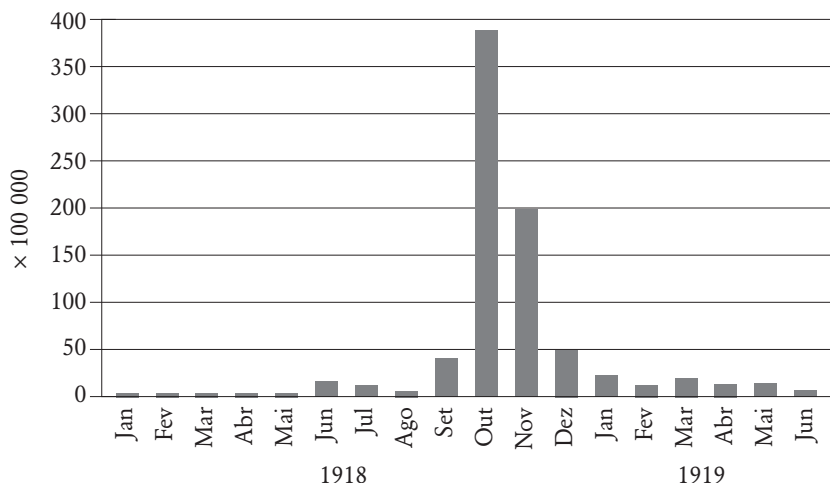
Na figura 7.1 podemos ver a evolução da mortalidade gripal por meses durante 1918 e como o aumento da mortalidade durante a primeira vaga foi reduzido.<sup>4</sup> Assim, por exemplo, o impacto da gripe sobre a mortalidade geral durante o mês de Junho causou um aumento de 16 por cento sobre a mortalidade média dos cinco meses anteriores. No entanto, a mortalidade específica por gripe subiu 250 por cento. As zonas mais afectadas foram a Extremadura, Andaluzia, e a metade sul da Meseta Central. Entre as províncias, a mortalidade por gripe oscilou entre 0,65 e 0,04 por mil e a epidemia pareceu concentrar-se sobretudo nas cidades. No início de Agosto, a epidemia parecia ter desaparecido, sem que tivesse causado um grande alarme entre as autoridades sanitárias e a população.

---

<sup>3</sup> *Nota do revisor:* Os dois arquipélagos a que a autora se refere são as Baleares e as Canárias.

<sup>4</sup> Para delimitar as vagas epidémicas, recorreu-se apenas à mortalidade específica por gripe, apesar de haver um elevado número de mortes registadas por outras causas.

Figura 7.1 – Taxa de mortalidade por gripe em Espanha, 1918-1919



Fonte: Echeverri Dávila (1993).

Porém, em finais de Agosto, detecta-se um aumento da mortalidade gripal em algumas zonas do Levante espanhol, que coincide com o surgimento da segunda vaga letal em Brest, na Serra Leoa e em Boston. No início de Setembro, o número de casos com complicações mortais ou de morte «fulminante» alarmou as autoridades.<sup>5</sup> No gráfico anterior podemos visualizar o impacto da segunda vaga em comparação com o da primeira. Setenta e cinco por cento do total de 260 000 mortes por gripe em Espanha durante as três vagas tiveram lugar durante a segunda vaga e 45% em Outubro, o mês de maior mortalidade. O maior número de mortes registou-se entre os jovens adultos, com 20 a 40 anos. Por tudo isto, podemos concluir que a evolução desta vaga em Espanha foi semelhante à da maior parte do mundo.

É mais difícil situar o surgimento da terceira vaga no tempo. O seu pico deu-se em Março, mas a epidemia alastrou lentamente durante vários meses, atacando os núcleos de população que tinham escapado aos primeiros embates. Considera-se que a letalidade desta terceira vaga foi semelhante à anterior; no entanto o número de mortes que provocou foi muito menor.

<sup>5</sup> A pneumonia primária viral foi muito frequente durante a segunda vaga.

## Desigualdades perante a morte

Durante a segunda vaga, a pandemia invadiu toda a Espanha e todas as províncias sofreram uma mortalidade gripal importante. As taxas por província oscilaram entre 0,5 nas Canárias e 14 em cada mil em regiões do Noroeste. A que se deveram tão grandes diferenças regionais?<sup>6</sup> Em primeiro lugar, à imunidade adquirida durante a primeira vaga. Foi por isso que as províncias andaluzas e extremenhas, que sofreram uma elevada difusão da epidemia na Primavera de 1918, e cujos níveis sanitários e económicos eram inferiores aos do resto do país, registaram taxas de mortalidade relativamente baixas durante a segunda vaga. A imunidade que uma estirpe gripal pode conferir por um tempo não definido foi confirmada por especialistas (Stuart Harris, Schild e Oxford 1985, 166-168; Schulman, 1975) e verificada, na altura, por alguns observadores da pandemia (Lavin 1918; Schoenbaum 2003, 241-251; Vaughan 1921). No entanto, os efeitos da imunidade adquirida durante a primeira vaga da gripe espanhola não puderam ser adequadamente investigados porque carecemos de dados de morbilidade e mortalidade por gripe de grande parte do mundo.<sup>7</sup> Naquela altura, a gripe não era uma doença de declaração obrigatória em muitos países (entre eles os Estados Unidos) e, para além disso, havia enormes deficiências estruturais na recolha de dados vitais, agravadas pela situação de guerra.

A segunda razão pela qual houve diferenças regionais relativamente à mortalidade gripal em Espanha está relacionada com as variações ao nível sanitário e económico. Em 1910-1911 a esperança de vida de um espanhol ao nascer era de 41 anos. Isto significava um avanço significativo porque, no século anterior, raramente alcançava os 30 anos, mas é também um atraso evidente, se comparado com os países mais avançados, que alcançavam já os 54 anos (Dopico e Reher 1998). A taxa de mortalidade infantil média de 153 por mil nos cinco anos anteriores a 1918 presuppõe que o nível sanitário da população espanhola de então só pode ser comparado, hoje em dia, com o dos países em vias de desintegração social, como o Afeganistão e a Serra Leoa. Também é preciso ter em conta que a neutralidade da Espanha durante a guerra tinha produzido uma grande carência e aumento dos preços. Eram anos de escassez e descontentamento social. Havia, naturalmente, províncias com melhor nível

---

<sup>6</sup> No caso das Ilhas Canárias, o isolamento insular pode ter tido influência.

<sup>7</sup> Outro país onde se detectou o efeito da imunidade adquirida foi o Japão. V. Palmer e Rice (1992a e b).

de vida, como Barcelona e as Balears, mas aquelas que se situavam no Noroeste e no Sul do país tinham condições de vida muito inferiores.

Ao analisarmos a mortalidade gripal percebemos que aquelas províncias com elevados índices de mortalidade infantil,<sup>8</sup> que não tiveram uma grande exposição à primeira vaga e, como tal, careciam de imunidade, foram as que mais sofreram durante a segunda vaga. Foi por isso que as províncias de Burgos, Zamora, Orense e Almería tiveram taxas de mortalidade gripal perto de 14-13 por mil, ao passo que a mortalidade das províncias em condições de imunidade semelhantes, mas com melhores níveis sanitários, como as províncias catalãs, não ultrapassou os 4 em cada mil. As associações estabelecidas entre mortalidade gripal e nível sanitário, uma vez descontado o factor imunidade, mostraram resultados significativos.

Ficou comprovado, em todo o mundo, que as que mais sofreram foram as povoações ou regiões mais pobres e com as organizações sociais mais precárias. Afirmou-se muitas vezes que a gripe espanhola atingiu toda a gente sem distinguir classes sociais. Poderá ser assim no que respeita ao contágio, mas não no que respeita à mortalidade. Verificamos que, só na Europa, os países do Sul – com a Espanha à cabeça – e de Leste tiveram uma maior mortalidade por gripe do que outros países mais desenvolvidos, como a Grã-Bretanha e os países escandinavos (Johnson e Mueller 2002). Além disso, existem numerosos indícios de povos marginalizados que tiveram uma mortalidade muito superior ao resto dos seus concidadãos; basta citar a população negra da África do Sul, os inuit do Alaska ou os maori da Nova Zelândia (Crosby 1976, 247; Rice 2003, 74). Embora todos estivessem expostos à doença, aqueles que estavam desnutridos, que viviam amontoados e com más condições de higiene tiveram menos probabilidades de sobreviver.

Por outro lado, seria necessária uma organização social muito eficaz para poder alimentar e cuidar de milhares de doentes quando existe um absentismo laboral evidente que afecta os organismos governamentais, comerciais e sanitários, entre outros. O caos que ocorre inevitavelmente durante a pandemia nas sociedades mais precárias contribuiu para o aumento da mortalidade. Existem testemunhos muito eloquentes sobre o sofrimento destes povos como, por exemplo, o das comunidades indígenas do Norte do Canadá que, no Inverno, vivem espalhados por pequenos núcleos familiares, dependendo deles próprios para irem buscar

---

<sup>8</sup> A mortalidade infantil é um bom indicador do nível sanitário, quando carecemos de outros indicadores.

alimentos e lenha para se aquecerem. O reverendo Henry Gordon encontrou «famílias inteiras [que] jaziam inanimadas no chão da cozinha, sem poderem alimentar-se nem tratar do fogo... A impotência daquela pobre gente fazia doer o coração. Era aflitivo ver as pessoas a chorar, crianças a morrer por todo o lado.»<sup>9</sup>

A história da gripe espanhola está repleta de cenas desoladoras. Famílias camponesas que não tinham quem pudesse ganhar a jorna ou tratar do campo e dos animais, doentes que morreram sem cuidados médicos ou por falta de alimentação, corpos por enterrar.

## O controlo da infecção

Ainda hoje se discute a origem da gripe espanhola. Para alguns especialistas, a gripe aparece primeiro em locais tão distantes como a França ou a China (Oxford *et al.* 2005). É possível que o vírus circulasse no mundo animal muito antes de 1918 sem ter capacidade para contagiar o homem e produzir uma pandemia. No entanto, as primeiras notícias de uma epidemia gripal em 1918 registaram-se no mês de Março, no Midwest dos Estados Unidos. Consta que dali terá alastrado para a costa leste do país, transmitido pelas tropas que embarcaram rumo à Europa durante os últimos meses da Primeira Guerra Mundial. A 1 de Abril surgiram os primeiros casos entre as forças expedicionárias americanas aquarteladas em Bordéus e Brest. A infecção estendeu-se dali aos países europeus beligerantes e a Espanha e, em Julho, chegou à Ásia e África. Durante a primeira vaga, por causa da guerra, da falta de informação e da própria benignidade clínica da doença, não se tentou controlar a expansão da pandemia.

Em Espanha, a poucos dias de reaparecer a segunda e mais virulenta vaga de gripe, decidiu-se travar a invasão epidémica nas fronteiras. Então, os cordões sanitários e a quarentena eram, desde a Peste, os mecanismos de controlo da expansão de uma epidemia.<sup>10</sup> As primeiras vítimas destas medidas foram os trabalhadores portugueses que regressavam de França. Em Medina del Campo, onde se fazia o transbordo dos passageiros com destino a Portugal, eram colocados em vagões vigiados pela Guardia Civil, de onde não podiam sair durante oito ou nove horas, até ao reinício da viagem. Este tratamento desumano e inútil motivou protestos por

---

<sup>9</sup> Tradução própria, cit. in Herring e Sattenspiel (2003, 158-159).

<sup>10</sup> *Nota do revisor:* Ao referir-se à Peste, a autora reporta-se à peste bubónica que atingiu a Europa no século XIV provocando dezenas de milhões de vítimas.

parte de Portugal, que acusou a imprensa pró-germânica espanhola de provocar o pânico da gripe para prejudicar os aliados. Em qualquer caso, como afirmou o seu inspector-geral de saúde, a única nação que tinha todo o direito de chamar a gripe «espanhola» era Portugal, que tinha sido contagiado através da sua fronteira (Jorge 1919b). Nas principais estações de caminho-de-ferro espanholas foram impostos cordões sanitários onde os passageiros eram profusamente desinfectados e, se alguém estivesse visivelmente doente, era isolado e colocado em quarentena.

Estas medidas foram pouco eficazes, em primeiro lugar porque a infecção já estava presente no país e, em segundo lugar, porque não detectavam os doentes que estavam a incubar a doença ou que não apresentavam sintomas. Para se conseguir deter uma doença tão contagiosa como a gripe a nível local, teria sido necessário isolar milhares de doentes e colocar em quarentena todas as pessoas que tinham tido contacto com eles. Em 1918, a Espanha estava longe de ter a infra-estrutura sanitária necessária para realizar semelhante façanha. Essa infra-estrutura ainda não existe agora, em 2008, como se pode verificar pelos colapsos hospitalares que se dão por altura da epidemia anual de gripe.

Nos portos marítimos também se estabeleceram cordões sanitários. Toda a gente dos barcos que chegavam com algum doente com gripe era colocada em quarentena. Embora no geral não tivessem conseguido controlar a epidemia, houve excepções significativas.<sup>11</sup> É provável que esta tenha sido a causa da baixa mortalidade gripal que se verificou nas Canárias, em 1918.

Enquanto se desperdiçavam recursos em desinfectações inúteis e cordões fronteiriços ineficazes, o vírus percorria a geografia espanhola, transportado pelos movimentos dos trabalhadores que regressavam de França e dos recrutas que se dirigiam aos quartéis. O caminho-de-ferro foi, novamente, o elo principal de transmissão da pandemia.

Como assinala Rosenberg, verificamos que, ao longo da história, a maioria das comunidades demoraram a reconhecer uma epidemia. A população resiste a aceitar que recai sobre ela um perigo eminente que afecta a própria vida e influencia negativamente os interesses económicos e institucionais (Rosenberg 1992a, 280-282). Encontramos este comportamento em Espanha, durante a segunda vaga. Setembro é o mês das festas dos santos padroeiros e da vindima e, apesar de os cadáveres se começarem a acumular, as autoridades locais atrasaram a declaração oficial de

---

<sup>11</sup> O caso mais conhecido é o das ilhas do Pacífico que se salvaram graças às medidas de prevenção tomadas pelas autoridades australianas.



epidemia para que não afectasse as festas – que, por sua vez, serviram para expandir a doença pela região. Outra das razões evocadas pelas autoridades para explicar a demora foi a de que esta se devia à tentativa de evitar semear o pânico entre a população (Porras Gallo 1997a, 71-72).

Actualmente, sabemos que um alerta epidemiológico rápido é essencial perante o surgimento de infecções com potencial epidémico e que, para isso, é necessária a colaboração de todos os países. No entanto, a falta de transparência e a pretensão de evitar o custo económico que as medidas de controlo de infecções acarretam não são algo do passado. Os primeiros casos de SRA na China surgiram em Novembro de 2002, mas as autoridades chinesas esconderam a existência desta nova e grave doença pneumónica até Fevereiro de 2003, quando finalmente informaram a OMS. Por essa altura, a epidemia já tinha alastrado ao Vietname, Singapura, Hong Kong e Tailândia, no Sueste asiático, à Alemanha e à Suíça na Europa, e ao Canadá no continente norte-americano. Como se desconhecia o perigo desta nova infecção, num primeiro momento não se impuseram as medidas de isolamento necessárias nos hospitais. Esta foi uma das razões que levou ao contágio de um grande número de pessoal sanitário. Em finais de Março, uma equipa da OMS viajou para a China para investigar se a epidemia existente era a mesma que tinha surgido noutros países do Sueste asiático e descobriu que se tinha minimizado a gravidade da epidemia. As autoridades chinesas tinham informado que, entre 16 de Novembro de 2002 e 28 de Fevereiro do ano seguinte, tinham sido registados 305 casos e 5 mortes. A verdade era que, durante esse período, houve 792 casos e 31 mortes. A China pediu desculpa pelo encobrimento da epidemia e demitiu vários ministros do Governo. A partir dessa altura colaborou largamente com a OMS (WHO 2004).

Em Fevereiro de 2003, passageiros provenientes da Ásia levaram a SRA para o Canadá. Houve dois focos da infecção, um em Vancouver e outro em Toronto. Em Vancouver estavam informados do surgimento de uma nova doença pneumónica na Ásia e, com o primeiro caso, impuseram-se medidas de isolamento do doente e dos seus contactos. Pelo contrário, no Ontário, devido a um acumular de faltas e erros por parte dos organismos sanitários, entre eles a descentralização do sistema de saúde da província, a doença foi transmitida à comunidade, principalmente a partir dos hospitais e das clínicas de cuidados primários.

Em Abril de 2003, a OMS, finalmente consciente do perigo que se corria, colocou o mundo inteiro em alerta, impondo-se medidas de quarentena rígidas e restrições nas comunicações com os países do Sueste da Ásia, da China e do Canadá. Como a transmissão da SRA é moderada,

foi quase sempre possível conhecer a cadeia epidemiológica e isolar as pessoas que tinham tido contacto com os doentes. Em Toronto foram colocadas 23 103 pessoas em quarentena, um por cento da população da cidade (Lim *et al.* 2004, 702). Isto implica graves problemas logísticos e pode ser muito angustiante para os indivíduos afectados. A medida causou graves perdas económicas para quem se viu obrigado a abandonar os seus trabalhos ou negócios, e um terrível sofrimento para os doentes e moribundos que não contaram com o consolo das suas famílias. Mas serviu para travar a expansão da doença. No entanto, registaram-se múltiplos casos de pessoas que não cumpriram a quarentena e em Singapura, por exemplo, as pessoas que abandonavam a sua quarentena sem autorização foram ameaçadas com a prisão.

Assim, devido ao contágio moderado da SRA,<sup>12</sup> à existência de organismos internacionais de saúde eficazes e a um maior compromisso dos países afectados, foi possível debelar a epidemia, embora ainda surjam casos isolados de SRA.

## A protecção do pessoal sanitário

«Na guerra, quem tem a espingarda na mão sabe que tem uma espingarda à sua frente; em contrapartida, nós não sabemos onde está o inimigo. Quando há uma epidemia, o médico tem de fechar os olhos e lutar. Se for contagiado: é esse o seu ofício, tal como o da Irmã da Caridade ou o da enfermeira.»<sup>13</sup>

Em Espanha, cento e quarenta e cinco médicos morreram vítimas da pandemia em 1918, e foram inúmeros os heróis anónimos, enfermeiras, freiras, sacerdotes e simples voluntários que arriscaram as suas vidas para dar assistência aos doentes.

Não havia médicos suficientes para atender o enorme número de casos; foi o que aconteceu, por exemplo, na povoação de Drieves, onde o médico, ao chegar, percebeu que nenhuma das dezoito pessoas que tinham falecido «tinham visto um médico passar pela sua cabeceira».<sup>14</sup> O pessoal sanitário estava esgotado por excesso de trabalho, desprotegido contra a infecção e sem recursos terapêuticos eficazes para a combater.

---

<sup>12</sup> Ainda não são claras as formas de transmissão da SRA. Parece que não se transmite pelo ar, mas através de expectorações respiratórias significativas e matéria fecal.

<sup>13</sup> Entrevista com o doutor Galo Leóz, sobrevivente da gripe de 1918, em Madrid, em 1991.

<sup>14</sup> *La Medicina Ibera*, 9 de Novembro de 1918.

O que se poderia esperar no ano de 1918 e num país cujo nível sanitário estava entre os piores da Europa? Mas, em 2003, no Ontário, o pessoal sanitário também se sentiu indefeso perante a SRA. Dos 375 casos registados nessa província, 72% foram infectados nos meios hospitalares ou de cuidados primários e 45% era pessoal sanitário. A epidemia colheu Toronto de surpresa. Os hospitais careciam de equipamentos suficientes, tais como máscaras e luvas para a protecção dos trabalhadores. O pessoal sanitário não tinha sido preparado para o controlo de infecções e houve negligência no contacto com os doentes (Lim *et al.* 2004, 698-699).

A comissão investigadora criada em resultado do fiasco epidémico na província de Ontário concluiu que o elevado número de doentes entre o pessoal médico se deveu ao claro declínio das instituições provinciais de saúde pública. Um exemplo desta descoordenação residiu no facto de se ter aconselhado a população a dirigir-se às clínicas de cuidados primários no caso de detectarem sintomas eventuais de SRA, sem que os médicos fossem informados sobre os procedimentos e protocolos a seguir e sem terem sido distribuídos os meios necessários para proteger o pessoal sanitário, dada a sua escassez.<sup>15</sup>

## **Algumas razões para ter esperança**

É indiscutível que o futuro trará novas doenças infecciosas e sobretudo uma pandemia de gripe. Todavia, estaremos melhor apetrechados do que em 1918. Em primeiro lugar, existem poderosos organismos internacionais de vigilância epidemiológica que darão o alerta e informarão sobre os protocolos a seguir. Em segundo lugar, o conhecimento científico avançou muito desde 1918.

Na Primavera de 1918, a Real Academia de Medicina de Espanha teve poucas dúvidas de que a epidemia em causa era de gripe, devido ao enorme poder de difusão e aos sintomas que apresentava. No entanto, quando a segunda vaga começou, a gravidade dos sintomas, os casos de morte fulminante (pneumonia gripal primária) e as complicações bacterianas mortais fizeram com que muitos duvidassem que a gripe fosse a causa da epidemia. Como o inspector de saúde de Orense escreveu, «os sintomas são tão horríveis que se confundem com a peste pneumónica» (Parada Justel 1919, 1).

---

<sup>15</sup> V. *SARS Commission Executive Summary* (2006a e b).

Além disso, o bacilo de Pfeiffer, então considerado como o agente etiológico da gripe, não estava presente num importante número de casos analisados nos laboratórios, pelo que não se podia afirmar que ele fosse a causa. Os médicos não chegaram a um consenso para atribuir esse papel a nenhum outro germe. Como tal, não houve possibilidade de fabricar uma vacina específica contra a gripe. Por outro lado, não havia, na altura, um microscópio com potência suficiente para ver os vírus.

Só em 1930 foi possível identificar o primeiro vírus da gripe de origem suína A/swine/Iowa/30 (H1N1). Posteriormente, foi comprovado através de análises serológicas feitas a sobreviventes da pandemia, que o vírus de 1918 estava relacionado com este vírus suíno.

Em finais do séc. XX, quando todos pensávamos que o vírus de 1918 seria uma incógnita para sempre, o investigador do Instituto de Patologia das Forças Armadas dos Estados Unidos Jeffrey Taubenberger e os seus colegas conseguiram recuperar partículas víricas de tecidos de soldados e do cadáver congelado de uma mulher inuit que tinham morrido vítimas da pandemia. Investigações posteriores permitiram reconstruir a sequência completa do genoma do vírus.

Oitenta e cinco anos depois da gripe espanhola, graças aos avanços da ciência e à união de recursos e experiências entre cientistas de todo o mundo, foi possível fazer o isolamento do coronavírus causador da SRA, a sua descodificação genética e o desenvolvimento de um exame diagnóstico em apenas um mês.<sup>16</sup> Nas palavras do director da OMS, Heymann: «Estes directores de laboratório puseram de parte o benefício, o prestígio e o orgulho nacional para trabalharem juntos com o objectivo de passarem para o domínio público esta informação tão necessária para conhecermos esta doença. E isso foi feito num tempo recorde.»<sup>17</sup> Isto significou, portanto, uma grande vitória médica. Basta recordar que, na década de 1980, foram necessários dois anos para identificar o vírus da imunodeficiência humana (SIDA).

Outro sinal de esperança é que, actualmente, contamos com antibióticos para combater as infecções bacterianas e antivíricos para prevenir infecções virais em caso de epidemias. Em 1918, a luta foi muito desigual e os médicos ficaram impotentes perante a virulência da pandemia.

---

<sup>16</sup> *The Lancet Infectious Diseases* (2004, 651).

<sup>17</sup> Cit. in Kay (2003).

## Discussão e reflexão final

A aposta dos organismos sanitários mundiais, no caso do aparecimento de qualquer doença infecciosa nova e em especial se se tratar de um novo vírus da gripe com capacidade pandémica, reside na sua detecção cedo. A batalha visará atrasar a sua expansão para haver tempo para fabricar uma vacina.<sup>18</sup>

No entanto, existe o perigo de os interesses nacionais se sobreponham aos da saúde mundial. O atraso no reconhecimento do surgimento de uma nova epidemia é um risco grave. Em 1918 fez-se um esforço muito grande para ocultar a presença da doença nos países beligerantes e, em 2002-2003, a China escondeu novamente, durante vários meses, o surgimento da SRA. Se as razões bélicas predominaram em 1918, durante a SRA foram os interesses económicos. É preciso ter em conta que os efeitos socioeconómicos de um alerta epidémico dificilmente serão suportados em países com escassos recursos e devem ser contrabalançados com a ajuda internacional.

O risco agrava-se devido a grande parte do mundo não contar com uma infraestrutura sanitária nem sistemas de comunicação adequados. Na China, por exemplo, depois da SRA fez-se um grande esforço para modernizar o sistema sanitário mas, no meio rural, os centros de saúde continuam a sofrer um atraso tecnológico de séculos, e não existem sistemas de vigilância.<sup>19</sup> A situação noutras regiões (por exemplo, em algumas regiões africanas) é ainda pior.

Por outro lado, a falta de recursos económicos e sanitários tem sido e será um factor determinante para a evolução de uma catástrofe epidemiológica. Estudos feitos com base nas correlações realizadas entre rendimentos e mortalidade durante a pandemia de 1918 indicam que, se aparecesse um vírus de gripe tão agressivo, causaria a morte de sessenta e dois milhões de pessoas no mundo, residindo 95% das vítimas nos países em vias de desenvolvimento (Murray *et al.* 2006, 2211-2218; Ferguson 2006).

O sofrimento em países pobres será terrível. Perante uma pandemia de gripe com as características da de 1918, carecerão de médicos suficientes para atender os inúmeros doentes e de uma infra-estrutura hospitalar capaz de os isolar. Com milhões de pessoas doentes, será difícil manter

---

<sup>18</sup> Actualmente, demora-se seis meses para fabricar uma vacina contra uma nova estirpe gripal.

<sup>19</sup> *The Lancet Infectious Diseases* (2004, 651).

as comunicações, proteger a segurança dos cidadãos, cuidar, alimentar os doentes e manter uma higiene mínima, mesmo em comunidades muito organizadas.

É verdade que a utilização de antibióticos e antivíricos inibidores da neuraminidase pode ajudar a reduzir a mortalidade. De facto, já está em curso uma triste corrida entre os países mais ricos para controlar as doses milionárias destes medicamentos. O que irá acontecer aos países menos desenvolvidos?

Na sua obra *A Peste*, Camus adverte-nos que os felizes habitantes de Orão «julgavam-se livres e ninguém será livre enquanto existirem epidemias» (Camus 1996, 329). Também nós, cidadãos satisfeitos de países desenvolvidos iremos sofrer. Cálculos realizados pelo Instituto Real El Cano indicam que, no caso de haver uma pandemia de gripe em Espanha, mesmo que seja considerada relativamente «benigna» como a de 1969, a morbidade seria pelo menos de 30%, ou seja, cerca de 13 milhões de espanhóis teriam de se manter acamados, o que poderia paralisar as provisões e as comunicações. Destes, quase metade dirigir-se-iam a algum tipo de centro sanitário, primário ou hospitalar.

É oportuno perguntar como funcionariam os organismos sanitários debilitados pela ausência de 30% do seu pessoal. No mesmo estudo, neste cenário mais optimista, a mortalidade máxima rondaria os 30 000 mortos, mas, no caso do cenário mais grave – de uma pandemia com características de virulência semelhantes às de 1918 –, as mortes oscilariam entre 250 000 e 500 000 (Sandell 2006).

Nos últimos anos temos visto como a OMS e os CDC colocaram o mundo em alerta face ao surgimento da gripe das aves e sua possível mutação para um vírus transmissível ao homem.<sup>20</sup> Para alguns, a reacção destes organismos foi exagerada, semeando o pânico e causando perdas de milhares de milhões de dólares nos países envolvidos. É possível que o H5N1 não sofra as mutações necessárias para poder infectar o homem, mas a história ensinou-nos que as pandemias de gripe aparecem com certa regularidade. O público deve estar informado e os organismos sanitários preparados. Talvez não aconteça este ano ou no próximo, e poderá não ser tão agressiva como a de 1918, mas é inevitável.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> *Nota do revisor*: CDC significa Centers for Disease Control and Prevention, um organismo governamental norte-americano.

<sup>21</sup> *Nota do revisor*: o texto foi escrito em 2008, antes da pandemia de gripe A em 2009.