

Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. II - Varíola

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

II - Smallpox

J. A. David de Morais

Resumo

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

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

Palavras-chave: epidemias em Portugal, século XX, varíola.

Abstract

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

The following epidemiometric parameters are analyzed: how the epidemics evolved over time, distribution of deaths by gender, age groups, months of the year and affected districts and regions.

Key words: epidemics, Portugal, twentieth century, smallpox.

“É vergonhoso o número de óbitos registados em Portugal devidos à varíola.”

— *Fernando da Silva Correia, 1938.*¹

INTRODUÇÃO

Dado o incipiente conhecimento sobre as doenças epidémicas ocorridas em Portugal durante a primeira metade do século passado, decidimos debruçar-nos sobre esta problemática. Conquanto a informação oficial disponível para esse período não contemple vários parâmetros que importaria analisar, designadamente no que respeita à morbidade, o facto é que aquele material estatístico – com excepção para a gripe pneumónica de 1918 – não tem suscitado o interesse dos estudiosos da matéria.

Em trabalho anterior analisámos a epidemiologia do tifo epidémico no nosso país,² sendo que agora nos debruçamos sobre a epidemia de varíola na primeira metade do século XX, e, separadamente, trataremos as restantes outras duas morbidades que então se revestiram de carácter epidémico: peste bubónica e gripe pneumónica.^{3,4}

MATERIAL E MÉTODOS

Para a prossecução do nosso objectivo, servimo-nos das estatísticas oficiais publicadas.⁵⁻¹⁴

A frequente mudança da tutela dos ministérios e instituições que, ao longo do tempo, foram publicando as estatísticas oficiais explica, em parte, a falta de critérios de uniformidade do material disponibilizado e até mesmo a sua ausência, parcial ou total, em determinados anos: para 1911, 1912 e 1928 não foram divulgadas quaisquer estatísticas, e em relação a alguns outros anos os dados são apenas parcelares.

Metodologicamente, quando indicado complementámos a nossa análise estatística com o teste do χ^2 ou com o cálculo dos limites de confiança (LC) a 95%.¹⁵

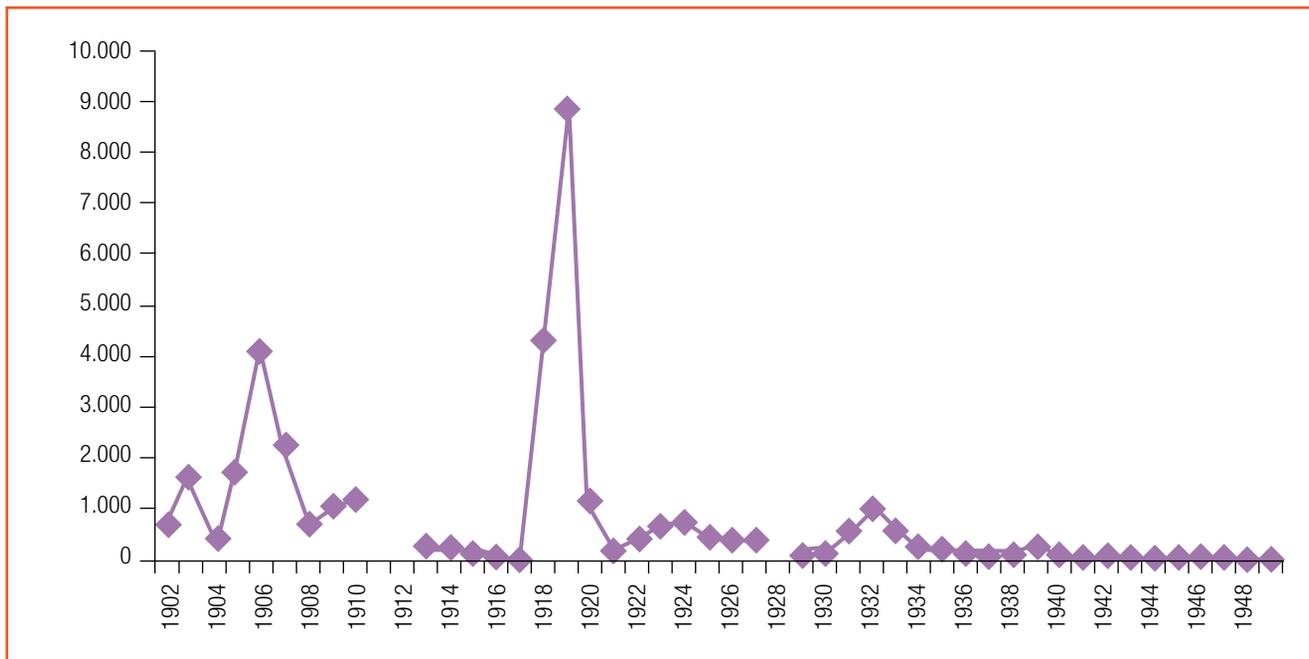
RESULTADOS

No que respeita às Ilhas Adjacentes, os casos de

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

Recebido para publicação a 19.07.10

Aceite para publicação a 16.09.11



Óbitos por varíola registados em Portugal Continental em 1902-1949.

FIG. 1

óbitos por varíola são bastante escassos no decénio 1915-1924, isto é aquele em que a doença esteve mais activa. Nos Açores, registaram-se os seguintes óbitos: 1921: 1 caso; 1923: 1 caso; 1924: 3 casos. Quanto à Madeira, foram declarados 54 óbitos em 1920 e 57 em 1921. Assim, a análise que se segue reportar-se-á tão-só ao Continente.

Mortalidade por anos. Em Portugal Continental ocorreu um pequeno surto epidémico de varíola em 1906 e um outro muito expressivo na transição 1918-1919 (Fig. 1). Se na nossa análise nos restringirmos apenas à década de 1915-1924, década em que ocorreu o grande surto epidémico do século, (Quadro I), teremos um total de 16 612 óbitos, de que 13 202 (79,5% – LC: 78,6-80,1) correspondiam a 1918 e 1919.

Mortalidade por sexos. Daqueles 13.202 casos, 7.026 eram do sexo masculino (53,2% – LC: 52,4-54,1) e 6.176 do sexo feminino (46,8% – LC: 45,9-47,6). As diferenças entre os sexos não eram estatisticamente significativas $p > 0,05$.

Mortalidade por idades. A mortalidade glo-

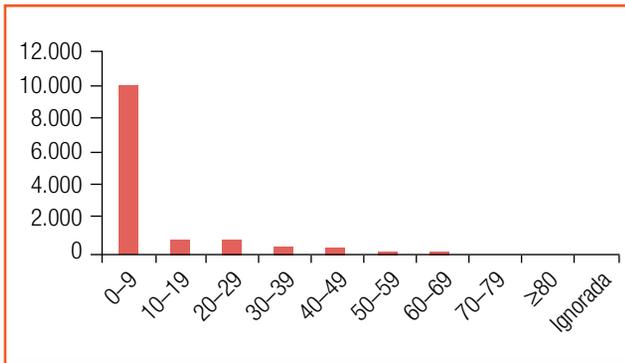
bal por idades interessou esmagadoramente o grupo etário mais jovem, dos 0-9 anos de idade (Fig. 2),

QUADRO I

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

Ano	Sexo		Total		
	Masculino	Feminino	n	%	LC*
1915	75	63	138	0,8	0,7-1,0
1916	31	28	59	0,4	0,3-0,5
1917	10	8	18	0,1	0,1-0,2
1918	2.287	2.051	4.338	26,1	25,5-26,8
1919	4.739	4.125	8.864	53,4	52,6-54,1
1920	615	539	1.154	6,9	6,6-7,3
1921	111	98	209	1,3	1,1-1,4
1922	234	191	425	2,6	2,3-2,8
1923	356	303	659	4,0	3,7-4,3
1924	400	348	748	4,5	4,2-4,8
Total	8.858	7.754	16.612	100,0	—

*LC: limites de confiança a 95%.



Óbitos por varíola registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918-1919, por grupos etários.

FIG. 2

com 76,0% (LC: 75,2-76,7) dos óbitos registados (Quadro II).

Mortalidade por meses. O Quadro III e a Fig. 3 evidenciam bem que os meses mais frios (Dezembro e Janeiro) foram os mais penalizados.

Mortalidade por distritos. Como se mostra no Quadro IV, os distritos de Lisboa e Porto foram os que apresentaram os valores mais elevados de óbitos – respectivamente 22,4% (LC: 21,7-23,2) e 19,3% (LC: 18,6-19,9). Bragança, surgiu como o distrito com o menor número de falecimentos por varíola – 0,2% (LC: 0,2-0,3).

Mortalidade por grandes regiões. Em relação aos óbitos totais por grandes regiões, o Norte, o Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentavam valores bastante próximos: 3.486 falecimentos (26,4% – LC: 25,7-27,2), 3.879 (29,4% – LC: 28,6-30,2) e 3.725 (28,2% – LC: 27,5-29,0), respectivamente. Tão-só o Sul surgiu com valores mais reduzidos: 2.112 óbitos (16,0% – LC: 15,4-16,6).

DISCUSSÃO

A varíola é conhecida na China desde o século XIII a.C.,¹⁶ e o rosto mumificado do faraó Ramsés V mostra lesões cutâneas que foram atribuídas a esta virose.¹⁷ Introduzida na Europa em especial aquando das invasões árabes,¹⁸ teve larga disseminação no nosso Continente, com surtos de grande morbidade e mortalidade. Importantes personalidades históricas, como por exemplo o imperador José I da Alemanha, o rei Luís XV da França, o czar Pedro II da Rússia, etc., foram vitimadas pela varíola.¹⁷ Levada para as

QUADRO II

Óbitos por varíola registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918-1919, por grupos etários

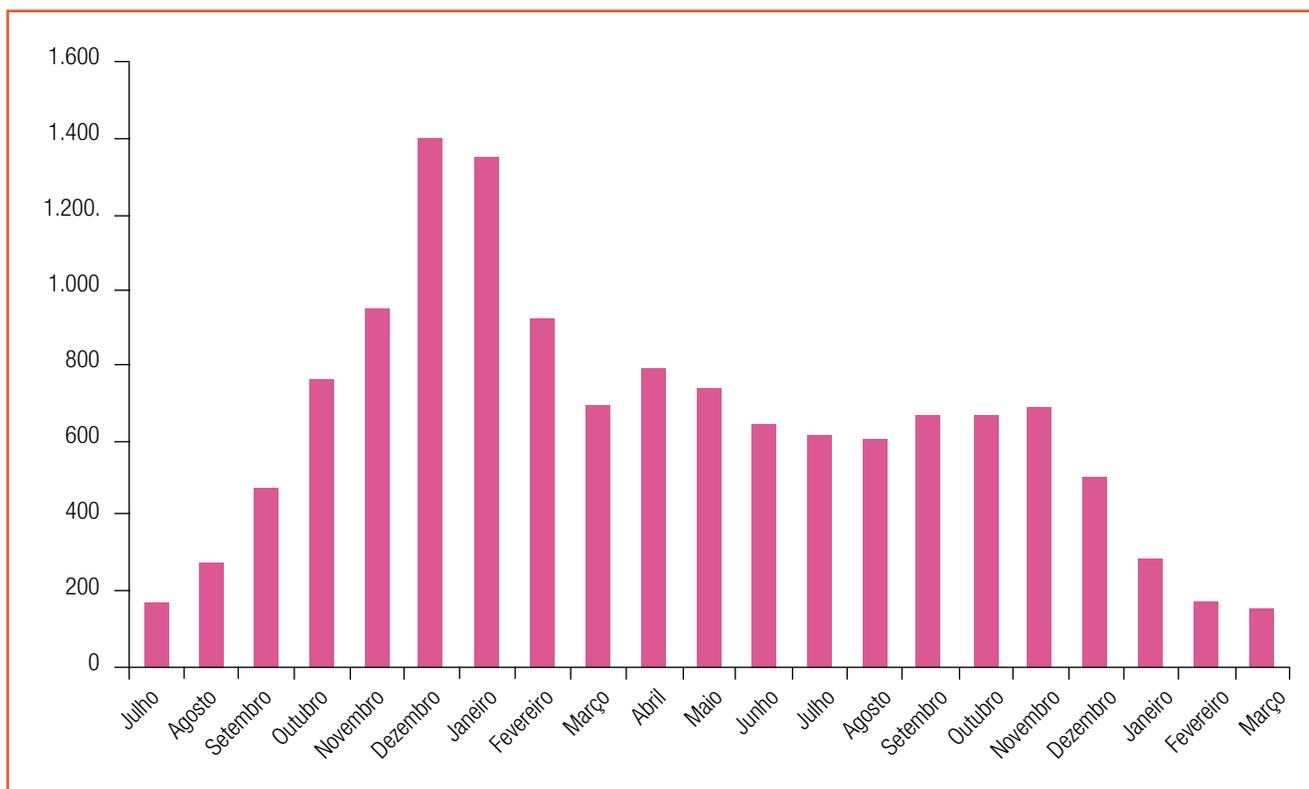
Grupos etários anos	Óbitos		
	n	%	LC*
0-9	10.029	76,0	75,2-76,7
10-19	925	7,0	6,6-7,5
20-29	861	6,5	6,1-7,0
30-39	500	3,8	3,5-4,1
40-49	411	3,1	2,8-3,4
50-59	237	1,8	1,6-2,0
60-69	138	1,0	0,9-1,2
70-79	52	0,4	0,3-0,5
≥80	12	0,1	0,1-0,2
Ignorado	37	0,3	0,2-0,4
Total	13.202	100,0	—

*LC: limites de confiança a 95%.

QUADRO III

Óbitos por varíola registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918-1919, por meses

Meses	Óbitos	
	1918	1919
Janeiro	8	1.344
Fevereiro	14	923
Março	33	687
Abril	66	793
Mai	92	736
Junho	99	640
Julho	167	611
Agosto	273	604
Setembro	474	671
Outubro	756	661
Novembro	947	691
Dezembro	1.409	503
Total	4.338	8.864



Óbitos por varíola registados em Portugal Continental em 1918-1920, por meses de maior prevalência (Julho de 1918 a Março de 1920).

FIG. 3

Américas por volta de 1520, teria, a breve trecho, conduzido à morte de cerca de 3 500 000 índios mexicanos.¹⁹ Em 1584, escrevia Frei Diego de Angelo ao rei de Espanha: “(...) A dificuldade provém das terras tornadas vagas pela morte dos Índios, porque onde havia mil índios já não há mais que cem (...)”.²⁰

Desde os empíricos tratamentos com sangrias e purgas,²¹ passando pelos opostos “tratamentos vermelhos” (os doentes deveriam permanecer em quartos fechados, com cortinados avermelhados e deveriam tomar medicamentos que induzissem sudação profusa) e “tratamentos refrescantes”, de Sydenham (os doentes deveriam manter-se em espaços bem iluminados e arejados, devendo ingerir bebidas refrescantes), os resultados no combate à varíola nunca foram eficazes até que surgiu, por fim, a via profilática, através da vacinação.²²

Também designada em Portugal como bexigas, a varíola assolou o País com grande pertinácia. Notada medievalmente, entre nós, como “bostelas”, todavia só temos a sua primeira notícia certa em 1423, em

Coimbra e nas Alcáçovas.¹⁸ Depois, as recorrências seguiram-se com regularidade por todo o território, mas a documentação que lhe diz respeito não é abundante. Só passou a ser motivo de mais corrente referência por parte dos médicos portugueses a partir do século XVIII, com a tão polémica introdução no País da inoculação variólica (Lisboa, 1768) e da vacina de Jenner (Lisboa, 1799) – picarescamente, “(...) afirmava-se que após a vacinação [com o vírus cow-pox de Jenner] poderiam nascer chifres e pêlos de vaca no vacinado, que se poria a mugir ou berrar como ela. (...)”¹⁸: era a chamada “minotaurização” ou evolução para Minotauro... Objectivamente, só após a aplicação sistemática da vacina os óbitos por varíola começaram a decrescer, mas ainda em 1938, em *Portugal Sanitário*, Fernando da Silva Correia escrevia: “(...) É vergonhoso o número de óbitos registados em Portugal devidos à varíola. (...) É raro o ano em que morrem menos de 500 pessoas com varíola (...)”.²¹ Como é sabido, na sequência da vacinação intensiva contra a varíola, a OMS viria a conseguir, em 1976,

QUADRO IV

Óbitos por varíola registados em Portugal Continental no surto epidémico de 1918-1919, por distritos

Distritos	1918	1919	Total		
	n	n	n	%	LC
Aveiro	115	873	988	7,5	7,0-7,9
Beja	237	145	382	2,9	2,6-3,2
Braga	33	333	366	2,8	2,5-3,1
Bragança	5	27	32	0,2	0,2-0,3
Castelo Branco	59	380	439	3,3	3,0-3,6
Coimbra	113	777	890	6,7	6,3-7,2
Évora	185	119	304	2,3	2,1-2,6
Faro	705	354	1.059	8,0	7,6-8,5
Guarda	61	484	545	4,1	3,8-4,5
Leiria	129	407	536	4,1	3,7-4,4
Lisboa	1.422	1.540	2.962	22,4	21,7-23,2
Portalegre	260	107	367	2,8	2,5-3,1
Porto	465	2.077	2.542	19,3	18,6-19,9
Santarém	379	384	763	5,8	5,4-6,2
Viana do Castelo	49	101	150	1,1	1,0-1,3
Vila Real	62	334	396	3,0	3,0-3,3
Viseu	59	422	481	3,6	3,3-4,0
Total	4.338	8.864	13.202	100,0	—

a erradicação completa desta virose epidémica no Mundo.²³

Popularmente, acreditava-se que S. Sebastião protegia da varíola – pelo menos as crianças: “(...) São Sebastião protegia as crianças das ‘bexigas’. A mãe, ou uma pessoa de família, rodeava o pescoço do Santo com um fio de algodão ou com um nastro fino que, depois, era colocado no pescoço da criança. O fio ou o nastro tinham o poder e a virtude de afastarem as ‘bexigas’. (...)”²⁴ Assim, ainda hoje subsistem tradições ligadas a essa crença, *verbi gratia* em Barbacena: “(...) Milhares de Bolinhos de São Sebastião, também designados por Bolos das Bexigas, são vendidos este domingo nas festas de S. Sebastião, na freguesia de Barbacena, no concelho raiano de Elvas. (...) A história remonta à altura do Conde de Barbacena, em 1816. Naquela época, terá havido uma epidemia de varíola nas crianças. A maleita era então designada de Bexigas (...). O Conde terá mandado cozer em forno de lenha os bolos para as crianças. Estas terão

ficado curadas e, desde então, os bolos são confeccionados sempre em maior escala. (...)”²⁵

Mortalidade global. Em relação aos valores globais que apresentámos – 16 612 falecimentos/ano na década de 1915-1924 (Quadro I) –, o primeiro aspecto que deverá ser realçado é que as estatísticas oficiais registam apenas os óbitos, isto é, a informação de que dispomos respeita tão-só à *mortalidade* da doença, não nos sendo fornecidos dados concernentes à *morbilidade*. Uma ideia, ainda que indirecta, da morbilidade poderia ser obtida a partir do índice de letalidade. Ora, Silva Correia¹ refere que “(...) a mortalidade [por varíola] em relação ao número de atacados parece ser de 9% (...)”, mas afigura-se-nos que este valor enferma de manifesta subavaliação – c. f., por exemplo, Juan Ignacio Carmona: “(...) letalidad mínima del 15-20% de los contagiados, pudiendo alcanzar hasta el 40 o el 50%. (...)”²⁶ Tão-só nos casos de “varíola minor” a letalidade se situaria em cerca de 1%¹⁶ (as chamadas formas “minor” ou vario-lóide eram, na sua maioria, resultantes de vacinação ou infecção anteriores).¹⁸

Ora, dado o baixo índice de vacinação no nosso país, a “varíola major”, a forma mais grave, deveria aqui sobrelevar a “varíola minor”. Aliás, é o próprio Silva Correia que, ainda em 1938, informa que “(...) a renitência do povo à vacinação é proverbial, como índice claro da imprevidência nacional (...), calculando-se em 21,5% os cegos que perderam a vista em Portugal devido a esta doença. (...)”¹

Mortalidade por anos. Como visto na Fig. 1 e no Quadro I, a mortalidade por varíola manifestou-se violentamente em 1918 e exacerbou-se ainda mais em 1919. Com efeito, vários factores de ordem sanitária, social, política, económica, baixa produtividade agrícola, decréscimo grave das importações de cereais, etc., conduziram, nessa época, a uma situação de fome generalizada no País, propiciadora de uma baixa das defesas do organismo, o que constituiu terreno ideal para o aparecimento de diversas epidemias.²⁻⁴

Mortalidade por sexos. À semelhança do que se verificou noutros países, também entre nós as

diferenças de mortalidade por sexos não eram expressivas (*Quadro I*).

Mortalidade por idades. É unanimemente reconhecida a maior susceptibilidade das crianças às infecções víricas em geral (por imaturidade do seu sistema imunitário), daí a importância das chamadas doenças exantemáticas da infância (sarampo, rubéola, varicela, etc.), que só entraram em regressão com o recurso à profilaxia pelas vacinas. Assim, o mesmo se verificou com a varíola, que massivamente colheu o seu maior tributo entre as crianças na primeira década da vida (*Fig. 2 e Quadro II*), facto este que é coincidente com o que ocorreu também em outros países.²⁷ Demais, após os surtos epidémicos a varíola entrava em fase endémica (*Fig. 1*), pelo que os adultos já tinham tido, o mais das vezes, contacto prévio com o vírus, ou tinham sido sujeitos à vacinação, estando, pois protegidos e desenvolvendo apenas quadros clínicos de “varíola menor”.

Mortalidade por meses. Reconhecidamente, era durante o Inverno que a mortalidade por este *morbis* se revestia de especial acuidade (*Fig. 3 e Quadro III*), face a uma maior proximidade entre as pessoas em espaços fechados (a doença é não só infecciosa mas também contagiosa).

Mortalidade por distritos. Lisboa e Porto lideraram claramente a maior mortalidade global por varíola, devendo-se isso ao facto de se tratar de áreas urbanas (*Quadro IV*), logo com maior densidade populacional – “(...) *Infectious bacterial and viral diseases that pass directly from human to human with no intermediate host are therefore the diseases of civilization par excellence. (...)*”²³

Mortalidade por grandes regiões. Para além da mortalidade global por grandes regiões, já acima expressa, importará, todavia, ter também em consideração o cálculo da incidência média por 100.000 habitantes/ano, que mostrou a seguinte ordem de relevância, por ordem crescente de importância (população residente reportada ao censo de 1920): Norte: 101,9 óbitos/100.000 hab./ano; Centro: 103,3; Sul: 137,2; Lisboa e Vale do Tejo: 147,2. Para a globalidade do País, a incidência de óbitos por varíola cifrou-se em 117,4/100.000/hab./ano.

CONCLUSÕES

No século passado, Portugal Continental figurou entre os países europeus que mais pesados tributos pagou aos surtos epidémicos.²⁻⁴ No que respeita à varíola,

tal facto, como dito supra, decorreu grandemente da baixa adesão à vacinação anti-variólica. Contudo, importará realçar que por motivos socioeconómicos, políticos e sanitários – “(...) *as causas do nosso atrazo sanitário encadeiam-se umas nas outras e os culpados são mais do que se julga habitualmente (...)*”¹ – se congregaram várias condições que conduziram não apenas a uma só epidemia, a de gripe pneumónica (aquela que, via de regra, é mencionada pelos epidemiologistas e pelos historiadores), mas sim a três epidemias simultâneas, potenciadoras entre si da alta mortalidade verificada: gripe pneumónica, tifo epidémico e varíola.²⁻⁴

Presentemente, com a sua erradicação a nível mundial, a varíola faz apenas parte dos compêndios de História da Medicina, mas, todavia, convirá realçar que um outro vírus do mesmo género da varíola, o *Monkeypox*, quer em África (seu possível continente de origem), quer após a sua introdução nos USA, tem conhecido uma certa recrudescência em humanos, por possível perda das defesas imunológicas cruzadas entre os dois vírus: “(...) *Monkeypox is the most important orthopoxvirus infection in human beings since the eradication of smallpox in the 1970s. (...)*”²⁸ Demais, o potencial uso do vírus *Monkeypox* em bioterrorismo constitui, actualmente, uma preocupação crescente das autoridades sanitárias e militares. ■

Bibliografia

1. Correia FS. Portugal Sanitário. Lisboa: Direcção Geral de Saúde Publica, 1938.
2. David de Moraes JA. Tifo epidémico em Portugal: um contributo para o seu conhecimento histórico e epidemiológico. *Medicina Interna*; 2008; 15 (4): 291-307.
3. David de Moraes JA. Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. I – Peste bubónica. *Medicina Interna* 2011;18(4):259-66.
4. David de Moraes JA. Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. III – Gripe pneumónica (trabalho enviado para publicação em “*Medicina Interna*”).
5. Tabelas Preliminares do Movimento Fisiológico da População do Reino de Portugal, Anos de 1902, 1903 e 1904, tomo 1. Lisboa: Inspeção Geral dos Serviços Sanitários, Secção de Demografia e Estatística, 1906.
6. Anuário Estatístico de Portugal, 1903, vol. 1. Lisboa: Ministério da Fazenda, Direcção Geral de Estatística e dos Próprios Nacionais, 1907.
7. Anuário Estatístico de Portugal, 1906 e 1907, vol. 1. Lisboa: Ministério das Finanças, Direcção Geral de Estatística, 1913.
8. Tabelas do Movimento Fisiológico da População de Portugal, Decénio de 1901-1910. Lisboa: Arquivos do Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística, 1916.
9. Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal, anos de

1913 a 1920. Lisboa: Arquivos do Instituto Central de Higiene, Secção de Demografia e Estatística, 1920 a 1926.

10. Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal, anos de 1921 a 1925. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Inspeção de Demografia e Estatística, 1927 a 1929.

11. Anuário Estatístico de Portugal, anos de 1929 a 1934. Lisboa: Direcção Geral de Estatística, 1930 a 1935.

12. Anuário Demográfico, anos de 1929 a 1934. Lisboa: Direcção Geral de Estatística. Lisboa, 1930 a 1936.

13. Anuário Estatístico de Portugal, anos de 1935 a 1945. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1936 a 1946.

14. Anuário Demográfico, anos de 1935 a 1952. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1936 a 1953.

15. Lacaine F. Les statistiques dans les articles médicaux: lecture critique. *Revue Praticien* 1983; 33 (21): 1107-11.

16. Barros J. Variola e vacina. Conceitos modernos. *Jornal do Médico* 1951; 17 (418): 169-176.

17. OMS. Variola. Alerta Constante. Praia (Cabo Verde): Imprensa Nacional, 1965.

18. Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, vol. 34. Lisboa: Editorial Enciclopédia, s. d.

19. Watts S. *Epidemics and History*. New Haven: Yale University Press, 1997.

20. Sournia J-C, Ruffie J. As Epidemias na História do Homem. Lisboa: Edições 70, 1986: 155.

21. Ferreira de Mira, M. História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1948: 178.

22. Darmon P. A cruzada antivariólica. In: Le Goff J. *As Doenças têm História*, 2ª edição. Lisboa: Terramar, 1997: 305-321.

23. McNeill WH. *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Books, 1998: 16 e 69.

24. Mendes de Matos A. A Medicina Popular no século XIX. Sua prática nas aldeias da Serra da Gardunha. *Medicina na Beira Interior. Cadernos de Cultura (Castelo Branco)* 1991, (3): 27-32.

25. www.portalalentejano.com/?p=11854 (consultado em 2010/03/10).

26. Carmona J Ignacio. *Enfermedad y Sociedad en los Primeros Tiempos Modernos*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2005.

27. Signoli M, Séguy I, Biraben J-N, Dutour O. Paléodémographie et démographie historique en contexte épidémique: la peste en Provence au XVIIIe siècle. *Population* 2002, n° 6: 821-848 (gráfico: 833).

28. Di Giulio DB, Eckburg PB. Human monkeypox: an emerging zoonosis. *Lancet Infect Dis* 2004; 4(1): 15-25.