

CRISES DE MORTALIDADE EM PONTA DELGADA NO 1º QUARTEL DO SÉC. XX

por
Albertino José Ribeiro Monteiro*

O estudo da mortalidade é o ponto de partida da ciência demográfica, segundo Lévy, que expõe vários argumentos que sustentam a sua posição: um filosófico, é que a tomada de consciência da morte é uma característica que define o ser humano; outro é que, de entre os fenómenos demográficos, a mortalidade é o mais simples, pois só se morre uma vez e por isso não há problemas de quantificação, apenas de calendário (quando?); em termos conceptuais, os indicadores que servem de base à análise desta variável encontram-se definidos há largo tempo, já desde o séc. XVIII; como argumento histórico salienta-se que a transição demográfica começa pela baixa da mortalidade, pois nos modelos de transição, a curva desta inicia a sua descida numa fase anterior à da natalidade¹. A Demografia enquanto ciência pode, como defende Sauvy, ser dividida em demografia pura e demografia em sentido lato², movendo-se a primeira num campo essencialmente quantitativo e a segunda numa vastidão de conhecimentos que vai muito para além desse âmbito, interligando-se com áreas como a sociologia, a história, a economia, a medicina, a biologia, a geografia, entre outras, no sentido de procurar explicar, por um lado, as causas por detrás dos comportamentos demográficos e por outro as implicações destes na dinâmica das sociedades.

* Mestre em História Insular e Atlântica (séculos XV-XX) pela Universidade dos Açores.

¹ Michel Louis Lévy, *Déchiffrer la Démographie*, col. Alternatives Économiques, Paris, Syros, 1998, p. 72.

² Alfred Sauvy, *Éléments de Démographie*, col. Thémis – Sciences Sociales, Paris, P.U.F., 1976, p. 16.

Neste contexto, a mortalidade é uma variável demográfica sobremaneira ligada a múltiplos aspectos da vida de uma sociedade, como sejam o económico, o social, o cultural e de mentalidades e mesmo o político. A morte das pessoas é em si um fenómeno natural, que faz parte do próprio ciclo da vida como seu momento final, mas passa a ser um fenómeno social, económico, cultural, a partir do momento em que esse acontecimento é condicionado por uma série de factores que, interagindo, criam as condições para que os riscos de falecer sejam maiores ou menores conforme a idade, o espaço físico em que se vive, a profissão que se desempenha, o grupo social a que se pertence, com influência ao nível da alimentação, dos cuidados de saúde, entre outros. Muitos desses factores permitem compreender também a amplitude das crises demográficas que num passado mais ou menos distante afectavam a dinâmica demográfica de certas comunidades, muitas das vezes provocadas, como na realidade espaço/tempo que serviu de base a este estudo, pela incidência anormalmente elevada de certas infecções.

O presente trabalho pretende fazer uma abordagem das crises de mortalidade no concelho de Ponta Delgada no primeiro quartel do séc. xx, procurando avaliar a dimensão dessas crises e, projectando a abordagem para além da sua dimensão quantitativa, tentar conhecer os condicionamentos que as enquadraram e que podem por isso, dar um contributo no sentido de se perceber o como e o porquê da sua ocorrência e da sua amplitude.

*Atribui-se geralmente às crises demográficas, sejam de subsistências ou devidas a epidemias, efeitos catastróficos que podem além do mais, segundo alguns autores, ser reguladoras do nível de povoamento de um país ou de uma região*³. Vários demógrafos se têm debruçado sobre esta problemática no sentido de definir metodologias que possam ser universalmente utilizadas para medir os efeitos mais ou menos catastróficos destes fenómenos sobre a dinâmica populacional. Têm, assim, sido propostos vários métodos para detectar as crises de mortalidade e acima de tudo medir a sua amplitude. Não pretendendo aqui fazer uma injustificada discussão de metodologias, prosseguiremos com uma abordagem superficial de algumas delas optando por aqueles que nos parecem mais capazes de dar uma ideia objectiva e rigorosa e simultaneamente de fácil in-

³ Jean-Michel Chevet, “Les crises démographiques en France à la fin du XVIIe siècle et au XVIIIe siècle: un essai de mesure”, em *Histoire & Mesure*, 1993, VIII-1/2, 117-144, ..., p. 117.

teligibilidade das crises de mortalidade que afectaram a realidade espaço/tempo analisada.

Algumas propostas baseiam-se na avaliação do número de óbitos face ao número de nascimentos, como é o caso das de J. Meuvret ou Hans Oluf Hansen, mas isto faz com que a medição das crises de mortalidade esteja em parte dependente do comportamento da variável natalidade, o que, não obstante serem métodos simples de aplicar e conducentes a dados de fácil interpretação, retirará rigor à medição e análise daquelas crises. Este problema põe-se com mais acuidade em se tratando de realidades caracterizadas por efectivos limitados em termos de valores absolutos e como tal sujeitos a maiores distorções porque as variações são proporcionalmente mais sensíveis. Estes condicionamentos estão na base do princípio posto em evidência por J. Dupâquier segundo o qual a avaliação das crises de mortalidade deve ser feita com base apenas nos efectivos de óbitos⁴. Lorenzo Del Panta e Massimo Livi-Bacci definiram uma metodologia que na sua essência não é muito diferente da de Dupâquier, seguindo aquele princípio. Nesta, os valores de referência são calculados através de um sistema de médias móveis, sendo depois o número de óbitos do ano comparado à média móvel de 11 anos, incluindo o próprio e os dez anos enquadrantes, dos quais são excluídos os quatro valores extremos (os dois mais altos e os dois mais baixos). Na nossa análise optámos por privilegiar esta metodologia, por considerarmos ser a que nos permite uma análise mais objectiva e rigorosa, pois o método de Dupâquier tem a desvantagem de o nível de mortalidade de um determinado ano poder ser artificialmente esbatido ou empolado se em anos próximos houver níveis mais ou menos elevados.

As médias móveis dão-nos um panorama de mortalidade normal, alheio quer a crises que existam, quer a eventuais casos de sub-registo (não tendo estes, todavia, significado no caso que estudamos). É então calculada, para cada ano, a percentagem do desvio do respectivo valor absoluto em relação à média-móvel respectiva⁵.

⁴ *idem, ibidem*, p. 118. A tabela de classificação proposta por Dupâquier é a seguinte:

ÍNDICE (I_x)	MAGNIT.	CLASSIFIC.
entre 1 e 2	1	crise menor
entre 2 e 4	2	crise média
entre 4 e 8	3	crise forte
entre 8 e 16	4	crise maior
entre 16 e 32	5	super crise
≥ 32	6	catástrofe

⁵ Cf quadro n.º 1 em anexo.

Gráfico n.º 1

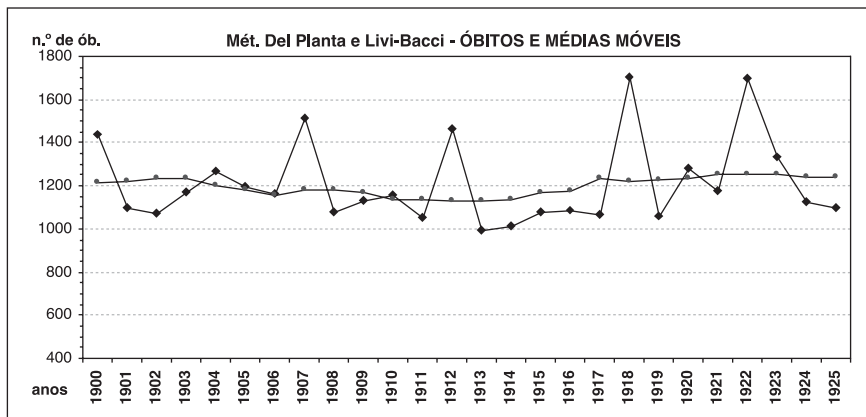
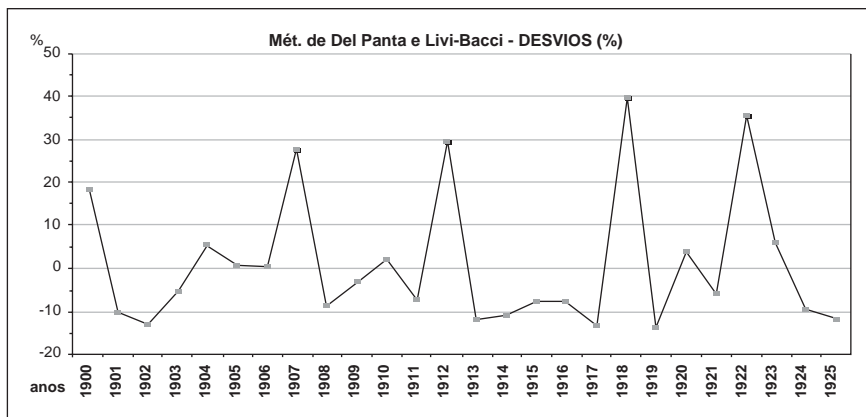


Gráfico n.º 2



Podemos constatar que existem anos em que a percentagem do desvio dos valores absolutos em relação às médias móveis é bastante significativa, sendo eles, por ordem decrescente: 1918 (39,9 %), 1922 (35,4 %), 1912 (29,6 %), 1907 (27,8 %) e 1900 (18,3 %), correspondendo, na metodologia de Dupâquier e segundo a sua classificação, a crises médias nos anos de 1907, 1912 e 1922 e crise forte no ano de 1918.⁶

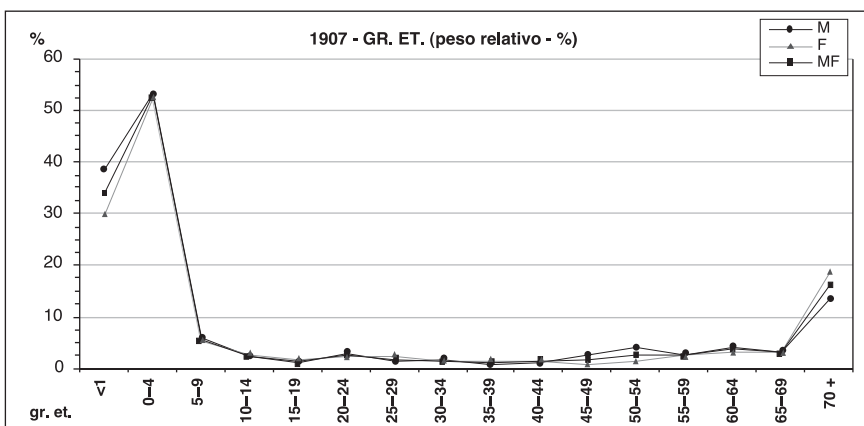
⁶ Embora os efectivos de óbitos em 1922 prefigurem uma crise de magnitude idêntica à de 1918, o método de medição de Dupâquier faz com que esta seja esbatida, uma vez que o elevado número de óbitos em 1918 faz com que a média dos anos anteriores a 1922 seja bastante mais elevada do que o normal.

Partindo da determinação das crises feita anteriormente, abordaremos em seguida alguns aspectos sobre a situação sanitária do concelho nessas alturas, no sentido de procurar compreender melhor as condições da ocorrência da sobremortalidade verificada estatisticamente. Neste sentido, focaremos os anos críticos que são 1907, 1912, 1918 e 1922, dando atenção sobretudo às condições de ocorrência de epidemias que estão na base dessas crises e seguindo como vectores de abordagem: o enquadramento histórico do seu aparecimento no concelho, a sua propagação e os seus efeitos nos níveis de mortalidade. É mais difícil esta tarefa para os anos de 1907 e 1912 por nessa altura serem muito raros os assentos de óbito com informação da causa de morte. Assim, procurámos chegar a algumas conclusões através de outros dados como a distribuição dos óbitos por idades ou a sua sazonalidade, por exemplo, ou cruzando os dados obtidos com outras informações, sobretudo as veiculadas na imprensa sobre o estado sanitário do concelho, como os relatórios anuais do sub-delegado de saúde ou artigos publicados sobre aquela temática.

1907

Como atrás referimos, a primeira situação de verdadeira crise de mortalidade ocorrida no concelho de Ponta Delgada no séc. xx foi em 1907, correspondendo a uma crise média (magnitude 2) na escala de Dupâquier, atingindo o respectivo índice o valor de 2,400 e a um desvio de 27,8 % relativamente à curva das médias móveis no sistema de Del Panta e Livi-Bacci⁷.

Gráfico n.º 3

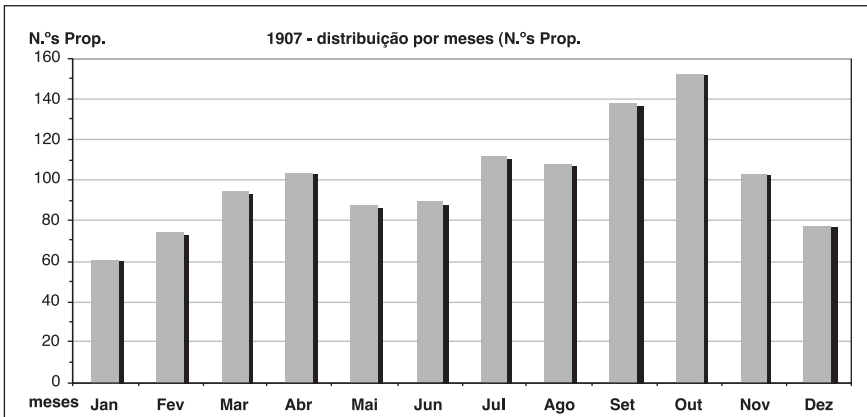


⁷ Cf quadro n.º 1 em anexo e gráficos n.ºs 1 e 2.

Uma leitura da estatística referente à distribuição dos óbitos deste ano por grupos etários (quinquenais), em termos de percentagem relativamente ao total (gráfico n.º 3)⁸ indicia desde logo que esta crise teve a ver sobretudo com a ocorrência de doenças com maior incidência nas crianças. A percentagem de indivíduos falecidos com idades inferiores a 5 anos no ano em causa (52,8 %), é bastante superior à verificada para a totalidade dos decessos do período que estudamos (43,9 %)⁹.

No que respeita à frequência mensal de óbitos, neste ano destacam-se com nitidez os meses de Setembro e Outubro como os de maior mortalidade, o que coincide com a época do ano em que se verificava uma maior propagação de doenças afectando o sistema digestivo.

Gráfico n.º 4



A informação, ainda que escassa, colhida em outras fontes vem confirmar aquilo que os dados indicam. Próximo do final do ano, a propósito da varíola, uma notícia do “Diário dos Açores” refere que esta doença se vem juntar a *outras que nos tem visitado, varias e abundantes*, todas de carácter epidémico, como a escarlatina e as febres tifóides, embora se tenha limitado a tempo a propagação daquela¹⁰.

⁸ Cf quadros n.º 2 em anexo.

⁹ Cf quadro n.º 3 em anexo. O mesmo conjunto de dados indica que as crianças com menos de 1 ano de idade não foram especialmente afectadas, uma vez que a percentagem é de 33,7 % em 1907 e 33,3 % no global

¹⁰ Jornal *Diário dos Açores*, n.º 4928, 04 de Novembro de 1907.

No seu relatório anual, o subdelegado, comparando o estado sanitário do concelho com o do ano anterior, afirma que *o quadro seria até mais carregado, se eu porventura abordasse a prophylaxia de doenças infecto-contagiosas, de que houve exemplo frisante e concludente durante alguns meses do ano que findou [1907]*¹¹. No mesmo relatório há referência específica à disseminação de uma epidemia de escarlatina, havendo registadas 45 defunções devidas a esta causa, 18 de pessoas do sexo masculino e 27 do sexo feminino. A propagação da doença é atribuída ao facto de não se ter procedido ao conveniente isolamento dos indivíduos contaminados aquando das primeiras manifestações.

No contexto deste tipo de doenças são ainda referidas, com o respectivo número de vítimas mortais: o sarampo, com 27; as febres tifóides, com 18; a tosse convulsa, com 18; a difteria, com 7. Estes números, porém, como os relativos à escarlatina acima mencionados e bem assim a outras causas, estão muito desfasados da realidade uma vez que, como se refere no citado relatório, das 18 freguesias do concelho, só em 6 delas (e nem sempre) as certidões referem a causa do óbito. Como complemento a estes dados relativos aos óbitos, há dados referentes a casos de indivíduos afectados por estas doenças, conforme as participações feitas pelos médicos, salvaguardando que nem todos os casos eram participados, ou porque alguns clínicos só o faziam nos meses em que lhes era solicitado, ou porque nalgumas freguesias e em muitos casos eles só iam ver os doentes quando os enfermeiros ou curandeiros entendessem. De qualquer forma, os números apontam para a predominância da escarlatina entre as doenças infecciosas, com 212 casos participados. Seguem-se as febres tifóides, também com número significativo (169), a tuberculose pulmonar (73), o sarampo (53), a tosse convulsa (23), as tuberculoses não pulmonares(7) e a lepra (1)¹².

Ainda que não dispunhamos de dados precisos sobre a letalidade destas doenças em 1907, a crise de mortalidade constatada ter-se-á ficado a dever à propagação anormal de doenças infecto-contagiosas com carácter epidémico afectando sobretudo as crianças, neste caso essencialmente a escarlatina.

1912

O ano de 1912 foi também caracterizado por um pico de mortalidade, com uma crise média (índice 2,24) segundo o método de Dupâquier e um

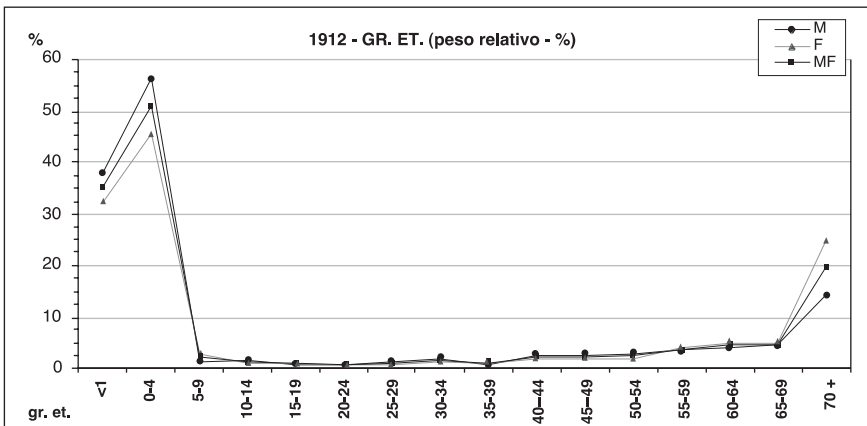
¹¹ Relatório anual do subdelegado de saúde (1907), *Jornal Diário dos Açores*, n.º 5025, 29 de Fevereiro de 1908.

¹² Relatório anual do subdelegado de saúde (1907), cit.

desvio de 29,6 % em relação às médias móveis medido pelo método de Del Panta e Livi-Bacci¹³. Quando pretendemos compreender a ocorrência desta crise, deparamo-nos com falta de informação, nas fontes por nós pesquisadas, o que não nos permite avançar explicações concretas, ao contrário do que acontece a respeito das demais, sobretudo as de 1918 e 1922. Desde logo, não pudemos aceder ao relatório do subdelegado de saúde, elemento importante neste contexto porque, diferentemente de outros anos, não se encontra publicado na imprensa por nós pesquisada. Por outro lado, não há nesta informações que nos permitam concluir da eventual ocorrência de uma qualquer doença de carácter epidémico, acrescentando o facto de a maioria dos assentos de óbitos neste ano – cerca de 53 % - não indicar a causa de morte, o que torna muito mais difícil detectar a disseminação anormal de alguma doença. Ainda assim podemos adiantar que neste ano se destacam as afecções ligadas ao sistema respiratório como a tuberculose, a pneumonia e broncopneumonia bem como algumas do sistema digestivo como a enterite e a gastroenterite.

Relativamente às idades mais atingidas, o tratamento por grupos etários (gráfico n.º 11) mostra uma situação idêntica à verificada em 1907, ou seja, o grupo 0-4 anos tem neste ano um peso maior na mortalidade global (50,9 %) do que no conjunto dos 26 anos estudados (43,9 %), sendo no primeiro ano de vida apenas ligeiramente superior (35,1 % e 33,5 %)¹⁴.

Gráfico n.º 5

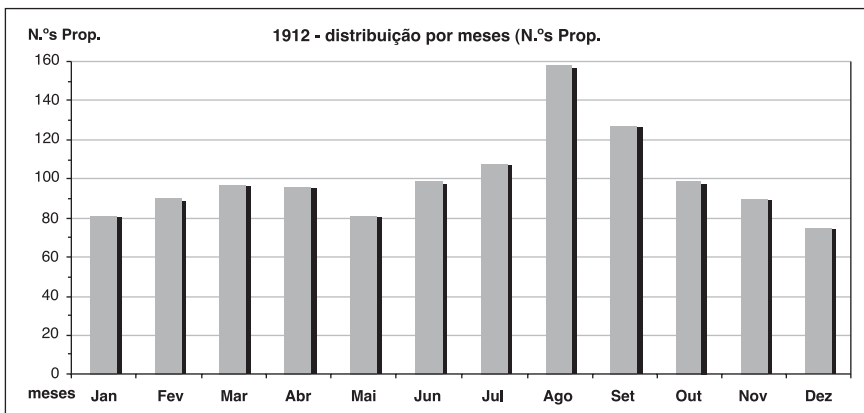


¹³ Cf. quadro n.º 1 em anexo e gráficos n.ºs 1 e 2.

¹⁴ Ver quadros n.ºs 2 e 4 em anexo.

Uma outra especificidade diz respeito à distribuição mensal dos óbitos. A representação gráfica com base nos números proporcionais relativa ao ano em causa desde logo evidencia que o mês de maior mortalidade, destacado de todos os demais, é o de Agosto (158).

Gráfico n.º 6



Isto poderá significar que se tratou, em boa parte, de doenças cuja propagação é favorecida pelas condições meteorológicas próprias da época estival, mas o facto de não possuímos dados concretos sobre as causas de morte, não nos permite avançar esta ideia senão como hipótese, reforçada no entanto pelo facto de que algumas das causas mais registadas neste ano serem a enterite (59 casos), a gastroenterite (29 casos) e a febre tifóide (26 casos).

1918 – A Gripe Pneumónica

O concelho de Ponta Delgada registou em 1918 a maior crise demográfica do período que estudamos, atribuída à pandemia de gripe pneumónica (vulgar mas erradamente conhecida por “gripe espanhola”) que se disseminou à escala do globo nesse ano. Qualquer dos métodos usados para medirmos a intensidade das crises de mortalidade não deixa quaisquer dúvidas a este respeito. Como já referimos, o método de Dupâquier indica a existência de uma crise forte, de magnitude 3 (índice 4,709), enquanto o de Del Panta e Livi-Bacci quantifica um desvio de 39,9 % em relação

á curva das médias móveis¹⁵. Ao contrário do que aconteceu em outros momentos críticos, neste caso as condições em que ocorreu a crise são fáceis de conhecer, tratando-se da terrível pandemia gripal que, propagando-se no último trimestre do ano, fê-lo com tal virulência que em cerca de um mês e meio fez a grande maioria das vítimas provocando assim, em tão curto espaço de tempo, um aumento inusitado da mortalidade.

*A aparição repentina e multifocal da epidemia fez com que durante séculos se pensasse que era consequência da influência dos astros, daí o nome de «influenza» por que também é conhecida*¹⁶. Até 1933, altura em que se conseguiu o isolamento do vírus, a ocorrência de uma epidemia gripal era identificada essencialmente pelas suas características epidemiológicas, sendo a primeira e mais notória a sua explosividade: atinge em poucos dias grande parte de uma comunidade. O que está na base desta aparente característica é a forma de contágio: a doença transmite-se através das gotículas salivares expelidas pelo doente quando fala, tosse ou espirra e tem um período de incubação muito rápido (um ou dois dias). Aqui reside a explicação para a elevada morbidade que caracteriza também esta pandemia: no final da sua ocorrência uma grande parte da população da comunidade afectada tê-la-ia contraído, pois estima-se que possa atingir entre 40 a 60 % da população. A sua duração numa comunidade é de cerca de um mês e meio, atingindo o ponto alto duas ou três semanas depois de se ter declarado.

A primeira notícia que há quanto ao aparecimento do que seria a pandemia de gripe parece ser a respeitante a um acampamento do exército americano, no Kansas, no início de Março desse ano, sendo provável que a violenta avalanche tenha tido início nos EUA de onde, numa altura coincidente com as grandes movimentações de soldados americanos em direcção à guerra na Europa, terá sido transportada para este continente. Em 1 de Abril detectaram-se os primeiros casos de gripe entre as tropas americanas estacionadas em dois dos principais portos de desembarque – Bordéus e Brest –, donde se depreende que a gripe terá sido trazida para a Europa pelos homens dos exércitos americanos, embora haja outras hipóteses de explicação avançadas por vários especialistas para a origem da pandemia, situando-a uns na Europa e outros na Ásia.

Em Maio tinha atingido a bacia mediterrânica - Sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Albânia) e Norte de África, bem como

¹⁵ Cf. quadro nº 1 em anexo e gráficos n.ºs 1 e 2.

¹⁶ Beatriz Echeverri Dávila, *La Gripe Espanõla. La pandemia de 1918-19*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, col. “Monografías”, 1993, p. 4.

a Escócia e em Junho convertia-se em pandemia, difundindo-se por todo o globo. Para a Ásia, os transportes militares levaram-na para Bombaim, donde se espalhou sobretudo através das vias-férreas. Às zonas mais austrais chegou em Setembro de 1918, coincidindo com o aparecimento da segunda onda no resto do mundo, seguindo inexoravelmente o seu caminho de mortandade. Em Outubro de 1918, excepto a Austrália, todos os continentes enterravam os seus milhões de mortos. Por altura do Natal a maior parte do mundo via-se livre da epidemia. Mas a trégua foi curta e nas primeiras semanas do novo ano a gripe começou a recrudescer em amplas zonas, sobretudo na América do Norte e Europa. Esta terceira vaga não foi tão definida nem tão mortal como a anterior, mas teve o mesmo carácter maligno: uma alta percentagem de complicações pulmonares e uma mortalidade que castigava sobretudo os jovens adultos.

Depois de um ligeiro enquadramento histórico da gripe de 1918 e sua propagação pelo mundo, debruçemo-nos sobre a sua acção no espaço que constitui o contexto geográfico deste nosso trabalho – o concelho de Ponta Delgada, o qual num ponto de cruzamento de rotas marítimas intercontinentais, nomeadamente entre Europa e América, onde tocavam navios de muitas procedências, dificilmente poderia escapar à acção nefasta de uma pandemia com a virulência e difusibilidade revelada pela “influenza” de 1918.

A primeira vaga de gripe que se disseminou na Primavera de 1918 pelo mundo causou apreensão e receio de que atingisse a ilha dadas as comunicações frequentes via marítima com o exterior. Havendo em algumas pessoas uma noção mais ou menos clara dos riscos que se corriam e das não muito eficazes condições de defesa perante tal inimigo, apela-se às autoridades para que tomem as medidas necessárias em relação aos navios procedentes de Lisboa, onde grassava a pandemia. Receava-se que os passageiros vindos de lá pudessem contaminar a cidade, uma vez que o posto de desinfecção existente não se situava no porto, o que obrigava as pessoas a passar por parte da cidade¹⁷. Mas nesta primeira vaga, o concelho e a ilha, pode dizer-se, escaparam à difusão da doença. Entre fins de Julho e fins de Agosto, chegou a haver algumas pessoas infectadas pelo vírus, trazido de Lisboa, mas não se pode falar em epidemia, havendo apenas a computar dois óbitos devidos à doença em causa. No Outono do mesmo ano, quando novamente a pandemia espalhava a morte por todo o globo, o concelho e a região foram então atacados com grande intensidade pela gripe infecciosa, cuja (...) *difusão foi brusca e rápida, atingindo*

¹⁷ Jornal *Açoriano Oriental*, n.º 4337, 29 de Junho de 1918.

o “acmé” em novembro, atacando de preferencia as classes pobres, o sexo masculino, os individuos de 20 a 40 anos, os trabalhadores do campo e operários, ceifando tuberculosos, cardiopatas, diabeticos, albuminuricos, nefriticos, depauperadas por doenças organicas e as gravidas¹⁸.

Sobre como entrou esta segunda onda epidémica em Ponta Delgada, alguns escritos da imprensa, corroborados pelos registos de óbitos não deixam grandes dúvidas. O vírus terá sido introduzido por tripulantes de um navio japonês que aqui chegou em Setembro, procedente de Bordéus e no qual, segundo as notícias, de cerca de 60 tripulantes, 35 chegaram aqui infectados. A mando do Guarda-mor chefe de saúde foram internados de imediato no Hospital de isolamento, o qual não tinha capacidade para acolher simultaneamente mais de 15 doentes. Houve por isso algumas dificuldades no internamento, como teria havido no transporte dos doentes e não só, não fosse o auxílio de médicos, enfermeiros e viaturas da base norte-americana estabelecida nesta cidade. Entre os dias 15 e 21 de Setembro faleceram cinco destes japoneses, que terão sido então as primeiras vítimas desta vaga a sucumbir em Ponta Delgada. Os restantes regressaram a bordo depois de tratados e curados e de se ter procedido à desinfecção do navio em causa¹⁹. Pela mesma altura chegaram também navios de guerra americanos em que parte das tripulações vinha atacada pela gripe, sendo alguns internados no hospital da base americana e outros tratados a bordo, tendo ocorrido também entre estes alguns óbitos embora em menor número²⁰.

Eis a porta de entrada da terrível moléstia – o porto. O problema do porto e das condições que possuía para defender a população de ataques desta natureza fez correr alguma tinta e deu azo a alguma polémica entre os que punham em causa a sua eficácia a este nível e os que afirmavam estar ele dotado das condições necessárias. Esta questão assumiu nesta altura especial acuidade pois foi por aí que entrou a infecção e por isso alguns duvidaram que os recursos materiais e humanos existentes fossem suficientes para obstar à entrada de doenças desta natureza, face à alegada permissividade dos regulamentos internacionais de sanidade marítima²¹.

¹⁸ Relatório do Subdelegado de saúde (1918), jornal *Diário dos Açores*, n.º 8261, 07 de Agosto de 1919.

¹⁹ *Jornal Açoriano Oriental*, n.º 8017, 21 de Setembro de 1918; *Jornal Diário dos Açores*, n.º 8052, 16 de Novembro de 1918 e n.º 8055, 20 de Novembro de 1918; Relatório do Subdelegado de saúde, já cit.; Registo Civil de P. Delgada, Registos de óbitos, livro n.º 1 – 1918, fls. 159v-161, 163v, 164.

²⁰ *Jornal Açoriano Oriental*, n.º 8029, 07 de Outubro de 1918; Registo Civil, cit.

²¹ *Jornal Diário dos Açores*, n.º 8052, 16 de Novembro de 1918.

No entanto, a entidade com responsabilidade na matéria, o director dos serviços sanitários marítimos (Dr. António da Silva Cabral), quanto ao hospital de isolamento e meios de defesa sanitária, afirma que (...) *felizmente estamos dotados dos precisos meios preconizados pela ciência, e que o nosso hospital de isolamento rivaliza, dentro das suas proporções, com os melhores similares estrangeiros (...)*, adiantando ainda que (...) *dispomos de tudo quanto é necessario para combater e evitar o contagio de qualquer epidemia, cuja profilaxia seja conhecida*²². Enfim, se os meios de defesa sanitária relativamente aos contactos com o exterior não padeceriam de uma situação tão precária como alguns a faziam, é de crer que também não seriam tão eficazes quanto as autoridades afirmavam. Seja como for, os receios antes demonstrados revelaram-se por demais fundados e a “influenza”, com a explosividade que lhe era característica, tomou de assalto o concelho e a ilha, semeando copiosamente a infecção e com ela o pânico e a morte.

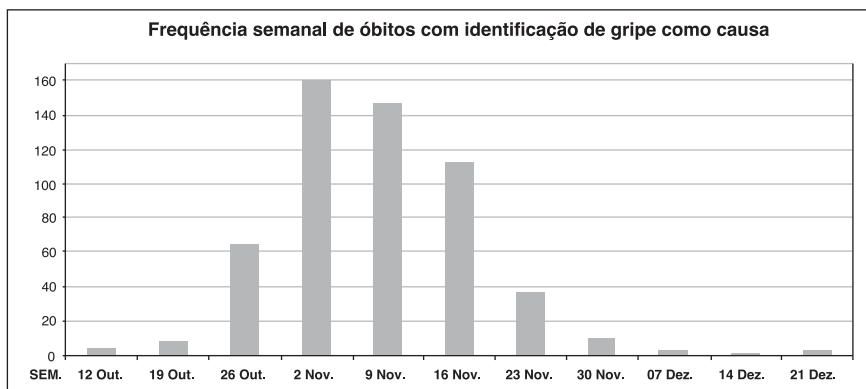
A freguesia de S. José, a mais populosa da cidade e do concelho e aquela em que estavam implantados o hospital de isolamento e o hospital da base naval norte-americana, onde estiveram internados os marinheiros japoneses e americanos infectados, terá sido o ponto de onde irradiou a epidemia para o resto da ilha. Antes do fim do mês de Outubro, a epidemia grassava (...) *a valer por todas as vilas e aldeias limítrofes*, começando por atacar os médicos e enfermeiros e alastrando em seguida a uma grande parte da população dessas comunidades²³. A sua vida quotidiana foi por algum tempo perturbada pela infecção, que fez cair de cama uma boa parte das pessoas, afastando-as das suas ocupações. Houve mesmo casas comerciais e outras empresas que fecharam as suas portas em virtude da maioria dos seus funcionários terem sido atingidos pela gripe²⁴. O próprio jornal “Diário dos Açores”, por exemplo, viu-se obrigado a interromper a sua publicação por alguns dias em virtude desta situação.

Através das datas dos assentos de óbito com gripe como causa indicada relativo ao último trimestre de 1918 podemos ver a evolução da intensidade e a propagação no tempo e espaço da mortalidade provocada pela epidemia em questão.

²² Idem, n.º 8055, 20 de Novembro de 1918.

²³ Jornal *Açoriano Oriental*, n.º 4353, 26 de Outubro de 1918.

²⁴ Jornal *Diário dos Açores*, n.º 8029, 7 de Outubro de 1918.

Gráfico n.º 7

Podemos constatar desde logo que o grosso da mortalidade devida a esta epidemia se situa sobretudo entre meados de Outubro e meados de Novembro, ou seja, grosso modo no intervalo de um mês, na lógica do princípio da curta duração que caracteriza a epidemiologia da doença.

Geograficamente, as primeiras freguesias em que a frequência de óbitos se torna mais intensa são, como seria de esperar, as freguesias urbanas, nas quais começa a haver vários óbitos por dia a partir do dia 20 de Outubro. Estas freguesias, bem como as de Arrifes e Relva, limítrofes da cidade e cujas condições sanitárias eram em geral mais precárias do que em muitas outras, apresentam neste trimestre o primeiro assento de óbito causado por gripe antes de todas as outras, entre 9 e 19 de Outubro, pela ordem seguinte: Matriz, Arrifes, S. José, Relva e S. Pedro. As demais freguesias do concelho tiveram os primeiros decessos registados a partir do dia 22 de Outubro e algumas só em Novembro: Fenais da Luz, Feteiras e S. Vicente Ferreira.

Analisando o gráfico da frequência semanal de óbitos registados (gráfico n.º 7), constatamos que na penúltima semana de Outubro o movimento de óbitos é já bastante elevado comparativamente às anteriores (64), mas o ponto alto da mortalidade em consequência da gripe dá-se na semana entre 27 de Outubro e 2 de Novembro (160), isto é, pouco mais de um mês após a ocorrência dos primeiros óbitos provocados por esta vaga – os dos tripulantes japoneses. Declina depois progressiva mas lentamente nas duas semanas seguintes (147 e 112), apresentando uma baixa notória à medida que nos aproximamos do final de Novembro: na semana que termina em 23 de Novembro desce para 36 e na última semana do mês para 10. A partir daqui

torna-se cada vez mais escassa a ocorrência de óbitos tendo a gripe como causa definida e no mês de Dezembro são já em número bastante limitado (7).

O declínio da epidemia começou também a verificar-se primeiro nas freguesias da cidade, onde a intensidade dos óbitos começa a diminuir nos princípios do mês de Novembro, altura em que o estado sanitário da cidade tende a normalizar-se, com a gripe em *manifesta decadência*. Em meados de Novembro a intensidade de decessos atribuídos à gripe quebra decididamente e antes do fim do mês ocorrem as últimas mortes na maioria das freguesias do concelho²⁵.

No início de Dezembro a epidemia começa a dar-se por extinta em alguns locais e inclusivamente um grupo de soldados da companhia de saúde que vinha prestar serviço de enfermagem a S. Miguel foi reencaminhado para os distritos de Angra e Horta, por o estado sanitário do distrito ter melhorado muito e aquele grupo ser mais necessário naquelas ilhas. Ainda antes do Natal a epidemia estava a dar-se por extinta em toda a ilha de S. Miguel, estimando-se na altura o número de vítimas num valor entre 2 e 3 milhares²⁶. Nos inícios de 1919 ocorreram ainda algumas defunções devidas à gripe mas em número insignificante, como acontecera aliás já no mês de Dezembro de 1918.

Esta incursão da gripe, coincidente com a segunda vaga a nível mundial foi incomparavelmente mais virulenta, com uma mortalidade muito superior, como vimos. Calcula-se que terão sido contaminadas perto de 17 000 pessoas (cerca de um terço da população) em todo o concelho²⁷, das quais terão falecido cerca de oito centenas²⁸, cifrando-se a letalidade entre 4,3 % e 5 %. Ainda que estes valores da letalidade, relacionando o número de defunções com o total de indivíduos contaminados, possam parecer baixos, o certo é que a difusibilidade da doença é tal que, atingindo uma grande parte da população, acaba por provocar um aumento muito significativo da mortalidade. É que, além do mais, não podemos esquecer-lo, a quase totalidade dos óbitos provocados pela epidemia ocorreram no intervalo de cerca de um mês e meio.

²⁵ Jornal *Diário do Açores*, n.º 8041, 04 de Novembro de 1918 e n.º 8045, 08 de Novembro de 1918.

²⁶ Idem, n.º 8069, 06 de Dezembro de 1918, n.º 8072, 09 de Dezembro de 1918 e n.º 8082, 21 de Dezembro de 1918

²⁷ Relatório do subdelegado de saúde (1918), cit.

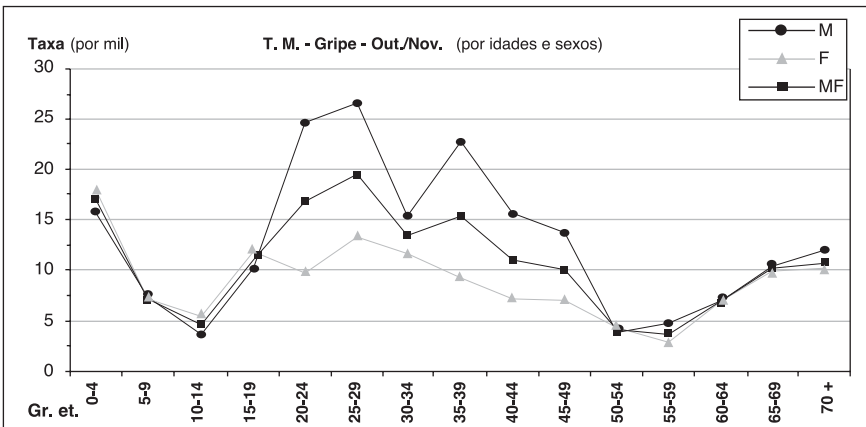
²⁸ Nem todos os assentos de óbitos mencionam a causa da morte, sendo por isso impossível saber ao certo o grau de letalidade que a pandemia atingiu no concelho. O subdelegado de saúde, no relatório citado, refere uma cifra de 727 decessos causados pela epidemia, acrescentando aos ocorridos com gripe como causa identificada no último trimestre a diferença em óbitos com causa desconhecida relativamente a igual período do ano anterior.

Quanto à diferenciação geográfica e seguindo a divisão em espaço urbano, suburbano e rural²⁹, os dados disponíveis mostram claramente que a zona mais atingida pela epidemia foi a zona suburbana, situação que está de acordo com o facto de haver nesta área freguesias cujo estado sanitário era tradicionalmente mais precário, o que as tornou mais vulneráveis à incursão epidémica.

Em relação à Taxa de Mortalidade calculada para os meses de Outubro e Novembro deste ano, nas zonas urbana e rural a taxa atinge valores muito próximos uma da outra, considerando os sexos reunidos (16,4 ‰ e 15,8 ‰), embora naquela haja uma discrepância entre sexos (M: c. de 22 ‰; F: c. de 12 ‰) muito maior do que nesta, em que os valores são muito aproximados entre homens e mulheres. A zona suburbana apresenta valores muito acima daquelas, atingindo no mesmo período uma taxa de 25,7 ‰, enquanto a taxa referente à globalidade do concelho apresenta um valor de 18,62 ‰. A intensidade da epidemia pode ser mais ou menos forte também (...) *conforme a ignorância do povo, os cuidados ou descuidos e sobretudo conforme a falta de recursos, agasalhos, dieta, alimentos*³⁰.

No que respeita à estrutura populacional, a conclusão genérica a retirar desde logo partindo da análise dos dados é que, tanto em termos de estrutura etária como de diferenciação por sexos o comportamento da infecção em causa diferiu bastante.

Gráfico n.º 8



²⁹ A zona urbana inclui as freguesias da cidades (S. José, Matriz e S. Pedro), a suburbana engloba as freguesias que circundam a cidade (Relva, Arrifes, Fajá de Cima, Fajá de Baixo e S. Roque), a zona rural integra todas as restantes.

³⁰ Jornal *Diário dos Açores*, n.º 8045, 08 de Novembro de 1918.

Da observação do gráfico n.º 8 facilmente podemos constatar essa diferenciação, de acordo aliás com a afirmação do subdelegado de saúde, no relatório já citado, segundo o qual a epidemia atingiu preferentemente o sexo masculino e os indivíduos entre os 20 e os 40 anos.

Em relação à distribuição por idades da mortalidade nos meses da epidemia, calculámos a taxa reportando os óbitos atribuídos à gripe em cada grupo etário à população média dos grupos respectivos no ano em causa. A curva apresenta uma configuração em W, o que indicia que estamos perante uma situação em que proporcionalmente foram mais afectados os grupos de indivíduos em princípio mais robustos fisicamente – 20 a 40 anos (taxas entre 13,49 ‰ e 19,54 ‰), sendo que a elevação da linha nas idades mais baixas e mais altas corresponde ao que podemos considerar o modelo normal de mortalidade.

Considerando a diferenciação por sexos, salienta-se desde logo que a evolução das duas curvas é bastante divergente em certas idades, nomeadamente nas idades que fazem parte do grupo de adultos. Até à idade de 19 anos, os valores da taxa são muito próximos entre o sexo masculino e o feminino, com a particularidade de a curva deste último apresentar o seu valor mais elevado de todas as idades, distintamente, no grupo 0 – 4 anos. A mesma proximidade de valores se regista nos grupos etários a partir dos 50 anos.

A diferenciação a este nível acontece, bastante forte, nos grupos intermédios, entre os 20 e os 40 anos. Embora haja também uma elevação da curva relativa ao sexo feminino no grupo 25-29 anos, ela é muito mais esbatida do que na curva referente ao sexo masculino (26,56 ‰ e 13,36 ‰, respectivamente), atingindo esta última aqui o seu ponto máximo. Segue-se uma quebra acentuada no grupo 30-34 (15,52 ‰), subindo outra vez bruscamente no seguinte (22,81 ‰), para depois descer progressivamente até à idade de 50-54 anos (3,91 ‰), em que quase coincide com a taxa do sexo feminino. Esta apresenta uma descida gradual entre as idades de 30 e 59 anos (de 13,36 ‰ para 2,85 ‰).

O comportamento da mortalidade nos dois sexos separados mostra, pois, que nas pessoas com idades entre 20 e 49 anos houve grandes diferenças na intensidade com que um e outro foram atingidos pela epidemia, com grande desvantagem para os homens, havendo também em termos de estrutura etária, como vimos, diferenças significativas, sendo mais atingidos os indivíduos com idades entre 20 e 40 anos.

As condições sócio-económicas são também um factor que condicionou a incidência maior ou menor da crise epidémica conforme os es-

tratos sócias, sendo as classes mais desfavorecidas aquelas que mais sofreram os seus efeitos, como salienta o Dr. Mont'Alverne de Sequeira no relatório a que já nos referimos. São frequentes as informações que denotam a situação especialmente precária em que as famílias de poucos recursos, bastante numerosas, vivem e lutam contra o terrível inimigo. *Sem recursos para medicamentos, visitas medicas, enfermagem e para seu sustento conveniente, o desconhecimento em que ficassem essas miseraveis residencias não seria apenas um crime moral; o seu abandono tornar-se-ia um dos perigos da grassante epidemia, intensificando-a.(...)*³¹.

Este problema atingia tais proporções que suscitou diversas medidas oficiais no sentido de procurar minimizar as dificuldades, bem como uma onda de solidariedade que envolvia vários sectores da sociedade.

Prova disto é a criação de uma Comissão Central de Assistência Sanitária às Famílias Pobres, dependente do Alto Comissariado da República para os Açores, com a missão de coordenar todos os esforços de entidades colectivas e particulares tendentes a minimizar o sofrimento dos mais carenciados. As verbas com que esta comissão ia ser dotada para o desempenho da sua missão, além do subsídio esperado do governo, eram provenientes de uma subscrição com o objectivo de angariar fundos para obstar às carências dos necessitados, procurando evitar na medida do possível o (...) *deshumano abandono a que inevitavelmente tanta gente tinha de ficar entregue, pela mingua ou ausencia absoluta de recursos e pelo desconhecimento do seu misero estado(...)*³². Um exemplo da acção desta comissão é a distribuição aos necessitados de vales para aquisição de leite destinado à alimentação dos doentes, sendo os comerciantes obrigados a fornecer este género em troca dos referidos vales, conforme portaria do Alto Comissariado da República nos Açores de 30 de Outubro de 1918. Saliente-se ainda a este propósito que, por ordem do Governador Civil de Ponta Delgada, havia sido proibido o fabrico de queijo com leite de vaca, necessário à alimentação dos doentes afectados pela gripe, por edital publicado em 29 de Outubro.

Por outro lado, dentro da sociedade civil, quer empresas, quer particulares, prestaram um contributo importante no sentido de limitar os efeitos da epidemia: Houve muitas senhoras que se dedicaram à confecção de agasalhos para os doentes pobres; particulares que além de dinheiro para a subscrição, ofereceram artigos diversos, como chá, roupas, co-

³¹ Jornal *Diário dos Açores*, n.º 8039, 18 de Outubro de 1918.

³² *idem*, n.º 8041, 04 de Novembro de 1918.

bertores, lençóis, colchões, etc.; proprietários de automóveis que se colocaram à disposição da comissão para transporte de pessoal médico; empresas que baixaram o preço de certos produtos, como álcool ou tecidos, para facilitar a sua aquisição e oferecendo mesmo alguns bens à Comissão para cedência aos pobres. O comandante da Base Naval Americana em Ponta Delgada, Almirante Dunn desempenhou um papel muito importante no auxílio tão necessitado nesses momentos difíceis da vida da comunidade e a oferta de gasolina e petróleo, de medicamentos, de dinheiro, de tecidos, a cedência de um rebocador para transportar de Lisboa medicamentos, de que havia grande carência, entre outros acções, granjearam-lhe grande admiração, simpatia e profundo reconhecimento por parte de toda a sociedade de Ponta Delgada³³.

Estes são alguns exemplos que mostram a mobilização da sociedade perante a adversidade que se abateu sobre ela e que, se por um lado permitem pensar que a dimensão da catástrofe teria sido mais ampla não fosse a solidariedade de muita gente, por outro, pela intensidade dos esforços envolvidos, nos podem dar uma ideia da intensidade com que a epidemia de gripe atingiu o concelho de P. Delgada, como por certo o resto da ilha. Ela dizimou preferencialmente os estratos mais desfavorecidos e os homens com idades entre os 20 e os 40 anos, numa acção em que (...) *à brutalidade da invasão quasi explosiva, tem de se ajuntar a surpresa dolorosa, que depressa descambou em verdadeiro pânico(...)*³⁴.

A catástrofe, aqui como pelo mundo, foi feita de muitas tragédias individuais e familiares cujo sofrimento não podemos quantificar mas, por exemplo através dos assentos de óbitos, podemos fazer uma vaga ideia da dor que trespassou muitos lares, alguns dos quais viam desaparecer em poucos dias marido e esposa, pai e filho, irmãos.

1922

No ano de 1922 conheceu o concelho de Ponta Delgada a segunda crise de mortalidade mais grave do primeiro quartel do século XX, com especial incidência nas zonas suburbana e rural, nas quais a Taxa Bruta de Mortalidade chegou a ser ligeiramente superior à de 1918. Segundo o es-

³³ Jornal *Açoriano Oriental*, n.º 4354, 02 de Novembro de 1918; Jornal *Diário dos Açores*, n.ºs 8042, 8043, 8046, 8051, 8055, 8059, 05 a 25 de Novembro de 1918.

³⁴ Relatório anual do subdelegado de saúde (1918), cit.

queima de análise de Dupâquier, tratou-se de uma crise média, de magnitude 2 (índice 2,318), pelo que seria de menor intensidade do que as de 1907 e 1912 por ser enquadrada por diversos anos de mortalidade elevada. Mas pelo método de Del Panta e Livi-Bacci, como já salientámos, ela é hierarquizada em segundo lugar, com um desvio do valor absoluto de óbitos face à média móvel cifrando-se em 35,4 %³⁵. Ficou a dever-se esta situação sobretudo à propagação da peste, que grassou nos anos 20 de século passado em S. Miguel, como aconteceu noutras ilhas e em outras partes do país, mas também não será alheia a incidência anormal de outras infecções costumeiras como foi o caso da enterite. Centraremos por isso a nossa abordagem nestas duas causas, embora relevando a primeira.

Desde o início do século que o receio de uma invasão da ilha pela peste leva a tomar medidas preventivas, porque esta doença grassava em muitos pontos do globo desde fins do século XIX, difundida por via do comércio à escala internacional e ia-se tornando cada vez mais próxima. Tomou proporções alarmantes primeiro na Ásia (Hong-Kong, Bombaim e Suez) e depois em outros pontos, como África do Sul, São Francisco e chegou ao Porto em 1900³⁶.

Em 1906 a sua propagação na Madeira provocava alguma apreensão e levava as autoridades a agir no sentido de serem tomar medidas preventivas, como o combate aos ratos ou a tentativa de que o vapor “S. Miguel”, que fazia as ligações regulares Continente – Madeira – Açores, não fosse à Madeira antes de vir aos Açores³⁷. A partir de 1908 as preocupações intensificam-se pois a peste fica ainda mais próxima, após se ter declarado na Ilha Terceira em meados do ano, tendo-se depois propagado a outras ilhas próximas daquela, nomeadamente o Faial³⁸. Este surto epidémico foi declarado extinto em Outubro do ano seguinte³⁹, mas volvidos três anos fez o seu reaparecimento voltando a causar grande apreensão em Ponta Delgada⁴⁰.

³⁵ Ver quadro n.º 1 em anexo e gráficos n.ºs 1 e 2.

³⁶ Jean-Charles Sournia e Jacques Ruffie, *As epidemias na História do Homem*, col. “Perspectivas do Homem”, Lisboa, Edições 70, 1986, p. 111.; *Jornal Açoriano Oriental*, n.º 3375, 06 de Janeiro de 1900; *Jornal Diário dos Açores*, n.º 2744, 28 de Maio de 1900.

³⁷ *Jornal Diário dos Açores*, n.ºs 4399, 4400, 4401 e 4406, 16, 17, 18 e 24 de Janeiro de 1906; *Jornal Açoriano Oriental*, n.ºs 3690 e 3693, 20 de Janeiro e 10 de Fevereiro de 1906.

³⁸ *Jornal Açoriano Oriental*, n.ºs 3820 e 3821, 18 e 25 de Julho; 3823 e 3825, 08 e 22 de Agosto; 3830, 26 de Setembro de 1908.

³⁹ *idem*, n.º 3883, 02 de Outubro de 1909.

⁴⁰ *Jornal Diário dos Açores*, n.º 6363, 30 de Setembro de 1912.

Durante vários anos conseguiu-se evitar que S. Miguel fosse atingido pela peste, sobretudo pelas restrições impostas às comunicações marítimas com os locais infectados que, além do controlo de carga e passageiros, iam por vezes ao ponto de se cortarem as relações com esses portos. Mas essas restrições não terão sido praticadas com o rigor necessário e não se revelaram de todo eficazes senão durante alguns anos e em 1920 o perigo agrava-se, ao mesmo tempo que a epidemia grassava com intensidade na ilha do Pico.

*É preciso dizermos que se estivermos com meias medidas, sem precauções serias no porto e em terra, contra a invasão da peste – renitente e temerosa epidemia que tem ferido já as populações d’algumas ilhas açoreanas – essas medidas tanto podem valer como nada(...)*⁴¹, escrevia-se no início daquele ano num diário local, no mesmo onde dias depois alguém considerava que *com a frequencia do nosso porto, com as nossas relações continuadas com portos inficionados tem sido um milagre o não termos sido visitados pela peste(...)*⁴². Milagre ou não, o certo é que este estado de graça não se manteria por muito tempo mais, durando apenas mais alguns meses, até Setembro desse ano, altura em que *entrou e fez casa, como é seu costume*, tendo aparecido na freguesia da Relva em 20 de Setembro e sido declarada oficialmente a sua existência em 29 do mesmo mês⁴³. Depois seguiu para a freguesia de Arrifes, vizinha daquela, onde apareceu no início de Outubro, após o que se disseminou pelo resto do concelho.

Não há certezas sobre a forma como a peste entrou em S. Miguel, sendo difícil a averiguação, mas há algumas hipóteses de explicação, avançadas pelo delegado de saúde, Dr. Jaime Tavares Neto. Pode ter sido trazida por meio de porcos vindos da Terceira e outras ilhas infectadas e levados para vários locais da ilha, sobretudo para a Relva e Arrifes e pode até ter sido transportada pelas pessoas que trouxeram estes animais. Uma outra hipótese são os navios procedentes do continente, onde existia a peste havia muitos anos e também de portos estrangeiros onde grassava endemicamente a doença, como Londres, Liverpool, Glasgow, Havre, Marselha e portos americanos. Além disso, é possível que a doença estivesse na ilha havia vários meses e só então se manifestasse no homem, depois de se manter muito tempo nos ratos, o que torna ainda mais difícil averiguar o verdadeiro veículo de entrada da epidemia⁴⁴.

⁴¹ Jornal *Diário dos Açores*, n.º 8396, 22 de Janeiro de 1920.

⁴² *idem*, n.º 8404, 31 de Janeiro de 1920.

⁴³ Relatório do subdelegado de saúde (1920), Jornal *Diário dos Açores*, n.º 8789 02 de Junho de 1921.

⁴⁴ Jornal *Correio dos Açores*, n.º 155, 07 de Novembro de 1920.

Do que não restam dúvidas é que, como sempre acontecia neste género de situações, a peste entrou por via marítima, por certo transportada pelos ratos, hospedeiro privilegiado da pulga transmissora do bacilo de Yersin, responsável pela infecção. É que, citando o Dr. Hermano de Medeiros, *o rato é passageiro incomodo e gratuito em todos os barcos, desde o transatlântico de luxo onde viajam nababos, até ao veleiro mercante mais humilde. É ele que, depois de haver destruído mercadorias preciosas nos porões onde se instala, vem para terra trazer-nos a mais pavorosa das enfermidades (...)*⁴⁵.

As condições sanitárias (caracterizadas pela insalubridade, a precariedade da higiene pública e privada), a ignorância de grande parte das pessoas aliaram-se à grande capacidade de proliferação e migração dos murídeos e à difusibilidade da própria doença para, em poucos meses, esta estar disseminada pelo concelho e pela ilha. No mês de Outubro, além da Relva e Arrifes, estavam já contaminadas as freguesias de S. José e Matriz (cidade), S. Roque, Capelas, Fenais da Luz e S. Vicente Ferreira. Em Novembro alargou-se à freguesia urbana de S. Pedro e em Dezembro atingia a Fajã de Cima. Em Maio do ano seguinte, das dezoito freguesias do concelho, apenas quatro estavam ainda incólumes⁴⁶.

Nos primeiros meses após o aparecimento da infecção, como era normal, a incidência da doença foi bastante forte (recordemos que quase todos os óbitos de 1920 ocorreram no último trimestre), mas o surto epidémico, embora não eliminado, foi dominado nos seus ímpetos em alguns meses, sendo reduzido a alguns casos isolados, mercê da acção elogiada do delegado de saúde e das pessoas que com ele trabalharam e também da *benignidade do clima*, que contrariava de certa forma a precariedade das condições sanitárias⁴⁷.

A luta tenaz contra a infecção, quer pelas entidades responsáveis, quer pelo próprio público (sobretudo no que respeita à desratização), despoletada pela evidência dos factos mas sobretudo pelo pânico que se gerou na maioria da população⁴⁸, deu os seus resultados e em 1921 a intensidade da epidemia decresceu significativamente, como já referimos (o número de óbitos por peste registados ao longo do ano não é muito superior ao registado no último trimestre de 1920). Mas este decréscimo levou também a al-

⁴⁵ Entrevista ao Dr. Hermano de Medeiros, médico e deputado por Ponta Delgada, *Jornal Diário dos Açores*, n.º 9011, 02 de Março de 1922.

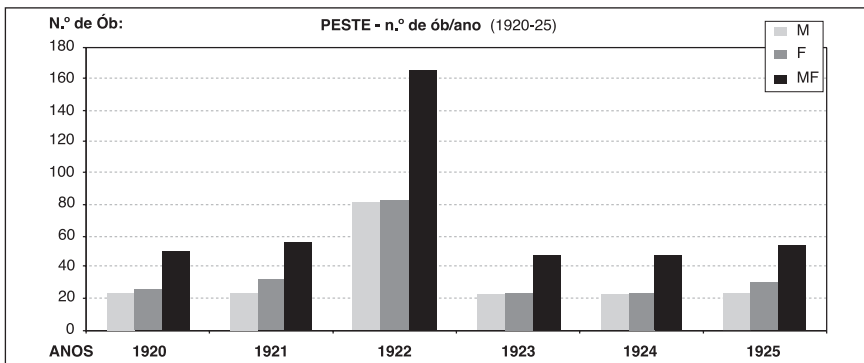
⁴⁶ Relatório do subdelegado de saúde (1920), cit.

⁴⁷ Idem.; Entrevista ao Dr. Hermano de Medeiros, cit..

⁴⁸ Relatório ... (1920), cit.

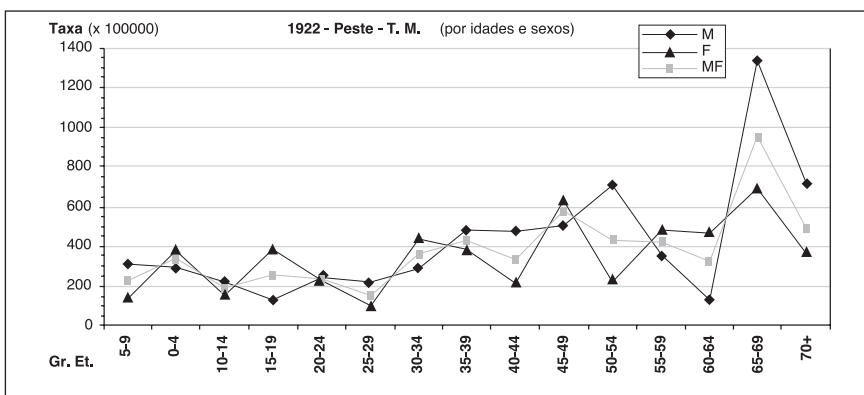
gum desleixo e as pessoas a esquecerem a (...) *dolorosa verdade*: “a peste é uma doença terrível que raras vezes perdôa e devemos conjugar todos os esforços e meios para a debelar”⁴⁹.

Gráfico n.º 9



É neste contexto que em 1922 há um recrudesimento da epidemia, contribuindo então para a última crise de mortalidade observada no contexto espacio-temporal que estudamos. Como podemos observar no quadro⁵⁰ e gráfico respectivos, neste ano o número de óbitos registados tendo com causa identificada a peste (165) foi bastante superior ao de qualquer dos anos do período enquadrante.

Gráfico n.º 10



⁴⁹ Entrevista ao Dr. Hermano de Medeiros, cit.

⁵⁰ Ver quadro n.º 6 em anexo.

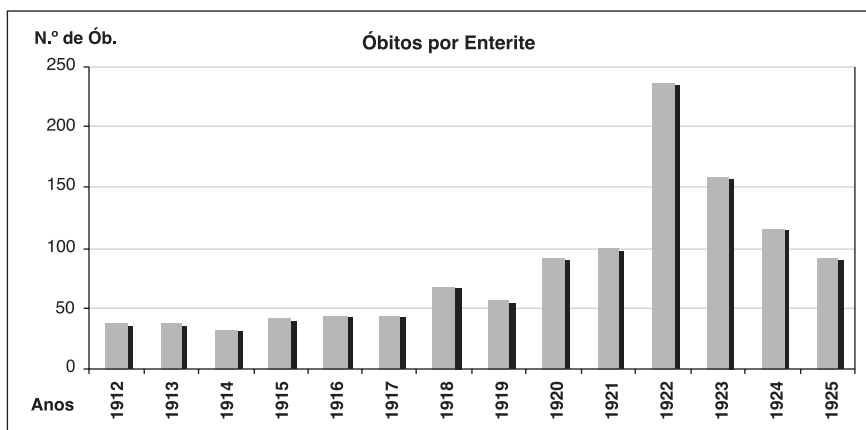
A taxa de mortalidade por peste por grupos etários (gráfico n.º 10)⁵¹ mostra que esta doença teve uma incidência menor em pessoas com idade inferior a 35 anos, sendo a taxa mais alta entre estes grupos etários de 366,5 por 100.000 (30-34). A partir daqui a tendência é para um aumento da taxa à medida que a idade avança, até aos 70 anos, em que há um decréscimo, sendo o grupo etário em que se registou maior mortalidade o de 65-69 anos.

Em termos de diferenciação por sexos, a relação entre um e outro está longe de ser linear, antes havendo uma alternância ao longo dos grupos etários. É de salientar, no entanto, a discrepância no grupo de maior risco atrás referido, em que a taxa do sexo masculino (1337 por 100.000) suplanta largamente a do sexo feminino (686,5 ‰).

Apesar da enorme importância que teve neste contexto crítico, não terá sido só a peste que esteve na base da crise de mortalidade de 1922, isto porque segundo os dados de que dispomos há uma outra doença que, sendo omnipresente ao longo de todo o período estudado, atingiu especial incidência no ano em causa: trata-se da enterite.

O número de óbitos registados com esta doença como causa atinge neste ano uma cifra bastante mais elevada do que em qualquer um entre 1912 e 1925, como se pode ver no gráfico apresentado.

Gráfico n.º 11



Em termos de diferenciação por grupos etários, como é característico desta doença, ela afectou sobretudo as crianças de mais tenra idade,

⁵¹ Ver quadro n.º 6, em anexo.

sendo que dos óbitos a ela atribuídos neste ano, cerca de 91 % foram de crianças com menos de 5 anos de idade, salientando-se ainda que 65,5 % dos indivíduos falecidos não tinham atingido ainda 1 ano. No resto do conjunto populacional, a incidência da doença apresenta valores comparativamente pouco significativos, sobretudo nas pessoas com idade de 10 ou mais anos.

Apesar deste comportamento fora do normal por parte desta doença, ainda assim a peste, pelas suas características, pelo pânico colectivo que lhe está associado e obviamente pelas vítimas que provoca, teve um papel fundamental na crise de mortalidade ocorrida no concelho de Ponta Delgada em 1922.

Depois da abordagem que acabamos de fazer poderemos dizer, em conclusão, que, se aplicarmos à curva da Taxa Bruta de Mortalidade relativa ao concelho de Ponta Delgada entre 1900 e 1925 uma linha de tendência verificamos que esta apresenta um sentido ascendente, ainda que bastante ténue. Isto está relacionado com a existência, nos últimos oito anos do período em causa de dois anos de mortalidade excepcional que foram os de 1918 e 1922, devido essencialmente, no caso do primeiro, à invasão da pandemia de gripe que varreu o mundo nesse ano e no segundo sobretudo à epidemia de peste mas também à ocorrência de óbitos por enterite muito acima do que era normal acontecer. Além disso, não são de desprezar de todo, nesta altura, os anos de 1920 e de 1923, embora no nível de mortalidade não chegue a atingir carácter de crise, segundo a classificação de Dupâquier. Estes anos, em consequência da peste, doença de cariz epidémico que, após vários anos de sucesso nos esforços para impedir a sua incursão, *entrou e fez casa*, registaram um nível de mortalidade acima da média, como mostram os índices de Dupâquier ou de Del Panta e Livi-Bacci. Antes de 1918 os picos são mais isolados e só em dois anos, 1907 e 1912, se registaram crises de mortalidade, sendo também de referir neste contexto o ano de 1900 com um nível de mortalidade excepcional mas que não chega a atingir, de acordo com o método de Dupâquier, uma dimensão de crise.

Procurámos aqui fazer o enquadramento destas crises tentando apreender o que está por detrás delas e como é que algumas doenças chegaram até cá e se propagaram e procurámos avaliar de que forma interagiram com as condições de sanidade geral, com o objectivo de contribuir para o conhecimento do comportamento desta variável essencial na dinâmica demográfica (a mortalidade) no concelho de Ponta Delgada.

Bibliografia Essencial

- CHEVET, Jean- Michel, «Les crises démographiques en France à la fin du XVIIème siècle et au XVIIIème siècle: un essai», *Histoire & Mesure*, 1993, VIII –1/2, 1993, pp 117 – 144.
- DÁVILA, Beatriz Echeverri, *La Gripe Española - la Pandemia de 1918 – 1919*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociologicas, 1993.
- HENRY, Louis, «Mortalité des Hommes et des Femmes dans le Passé», *Annales de Démographie Historique*, 1987, Paris, Soc. de Démographie Historique – E. H. E. S. S., 1987, pp 87 – 118.
- LÉVY, Michel Louis, *Déchiffrer la Démographie*, col. Alternatives Économiques, Paris, Syros, 1998.
- MAIA, José João Maduro, *Flutuações e Declínio da Mortalidade na Cidade do Porto*, Porto, Lusolivro, 1994.
- NAZARETH, J. Manuel, *Demografia, A Ciência da População*, 1ª Ed, Coleção Fundamentos, Lisboa, Editorial Presença, 2004.
- ROCHA, Gilberta, *Dinâmica Populacional dos Açores no século XX – Unidade, Permanência e Diversidade*, Ponta Delgada, Universidade dos Açores, 1991.
- RODRIGUES, Precília Pinto, «As Crises de Mortalidade na Freguesia de Campanhã (1790 – 1900)», in *Rev. População e Sociedade*, N.º 2, Porto, CEPFAM, 1995. pp 273 – 329.
- SCHOFIELD, Roger e REHER, David S., «El descenso de la mortalidad en Europa», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XII – 1, Barcelona, Asociación de Demografía Histórica, 1994, pp 9-32.
- SAUVY, Alfred, *Éléments de Démographie*, col. Thémis – Sciences Sociales, Paris, P.U.F., 1976.
- SOURNIA, Jean- Charles e RUFFIE, Jacques, *As Epidemias na História do Homem*, Coleção Perspectivas do Homem, Lisboa, Edições 70, 1986.
- VALLIN, Jaques, «La Mortalité en Europe de 1720 à 1914: Tendences à Long Terme et Changements de Structure», *Annales de Démographie Historique*, 1989, Paris, Societé de Démographie Historique – E. H. E. S. S., 1989, pp 31-53.

ANEXOS
QUADRO Nº 1:

P. Delgada (concelho) - Mortalidade Geral e Crises de Mortalidade

Anos	Mortalidade geral						Medição das crises			
	Óbitos			T. B. M.			Mét. de Dupâquier		Mét. de D. Panta / Livi-Bacci	
	M	F	MF	M	F	MF	Índice	Magnit.	M. M.	Desv. (%)
1900	711	723	1434	29,35	25,92	27,51	0,464		1212	18,3
1901	581	515	1096	24,37	18,90	21,45	-1,363		1218	-10,0
1902	537	535	1072	22,52	19,63	20,98	-1,393		1234	-13,1
1903	574	597	1171	24,07	21,91	22,92	-0,373		1234	-5,1
1904	613	651	1264	25,71	23,89	24,74	0,443		1200	5,3
1905	608	585	1193	25,50	21,47	23,35	-0,168		1184	0,8
1906	567	593	1160	23,78	21,76	22,70	-0,484		1155	0,4
1907	751	761	1512	31,50	27,93	29,59	2,400	2 (méd.)	1183	27,8
1908	574	504	1078	24,07	18,50	21,10	-1,287		1183	-8,9
1909	557	573	1130	23,36	21,03	22,12	-0,683		1165	-3,0
1910	562	596	1158	23,57	21,87	22,67	-0,371		1133	2,2
1911	534	516	1050	22,76	19,40	20,97	-1,089		1135	-7,5
1912	724	738	1462	31,56	28,82	30,11	2,240	2 (méd.)	1128	29,6
1913	499	492	991	21,75	19,21	20,41	-1,552		1128	-12,2
1914	505	507	1012	22,01	19,80	20,84	-1,166		1136	-10,9
1915	545	530	1075	23,76	20,69	22,14	-0,591		1166	-7,8
1916	572	509	1081	24,94	19,87	22,27	-0,478		1173	-7,8
1917	533	534	1067	23,24	20,85	21,98	-0,509		1232	-13,4
1918	882	822	1704	38,45	32,09	35,10	4,709	3 (forte)	1218	39,9
1919	565	494	1059	24,63	19,29	21,81	-0,525		1229	-13,8
1920	626	655	1281	27,92	26,60	27,23	0,524		1234	3,8
1921	580	593	1173	23,98	22,25	23,07	-0,023		1250	-6,2
1922	862	834	1696	35,64	31,30	33,36	2,318	2 (méd.)	1253	35,4
1923	688	640	1328	28,44	24,02	26,12	0,447		1253	6,0
1924	567	555	1122	23,44	20,83	22,07	-0,511		1238	-9,4
1925	584	512	1096	24,14	19,21	21,56	-0,685		1241	-11,7

Fontes: *Registos Paroquiais de Óbitos; Registos de óbitos da Administ. do Concelho - católicos e não católicos*
Regstos de Óbitos do Hospital da Miseric. de P. Delgada; Livros de Óbitos do Registo civil

QUADRO Nº 2:
Total de óbitos (sexos separados)
Distribuição por grupos de idade e peso relativo

Gr. Et.	N.º de Óbitos			Peso relativo (%)		
	M	F	MF	M	F	MF
<1	6061	4881	10942	36,6	30,2	33,5
0-4	7806	6539	14345	47,1	40,5	43,9
5-9	349	388	737	2,1	2,4	2,3
10-14	206	222	428	1,2	1,4	1,3
15-19	243	308	551	1,5	1,9	1,7
20-24	326	315	641	2,0	2,0	2,0
25-29	323	317	640	1,9	2,0	2,0
30-34	288	297	585	1,7	1,8	1,8
35-39	325	278	603	2,0	1,7	1,8
40-44	393	281	674	2,4	1,7	2,1
45-49	443	314	757	2,7	1,9	2,3
50-54	571	460	1031	3,4	2,8	3,2
55-59	605	451	1056	3,7	2,8	3,2
60-64	878	815	1693	5,3	5,0	5,2
65-69	815	784	1599	4,9	4,9	4,9
70+	2997	4373	7370	18,1	27,1	22,5
TOTAL	16568	16142	32710	100,0	100,0	100,0

Fontes: *Reg. Paroq. de Ób.; Reg. de Ób. da Administ. do Conc.
 Reg. de Óbitos do Hospital da Miseric. de P. Delgada*

**QUADRO Nº 3:
1907 – Distribuição dos óbitos por gr. de id. e peso relat.**

Gr. Et.	N.º de Óbitos			Peso relativo (%)		
	M	F	MF	M	F	MF
<1	281	232	513	38,5	29,7	34,0
0-4	388	410	798	53,2	52,4	52,8
5-9	44	42	86	6,0	5,4	5,7
10-14	16	19	35	2,2	2,4	2,3
15-19	8	14	22	1,1	1,8	1,5
20-24	20	17	37	2,7	2,2	2,4
25-29	10	17	27	1,4	2,2	1,8
30-34	12	10	22	1,6	1,3	1,5
35-39	6	11	17	0,8	1,4	1,1
40-44	9	11	20	1,2	1,4	1,3
45-49	18	7	25	2,5	0,9	1,7
50-54	29	10	39	4,0	1,3	2,6
55-59	18	19	37	2,5	2,4	2,4
60-64	29	25	54	4,0	3,2	3,6
65-69	22	25	47	3,0	3,2	3,1
70+	100	145	245	13,7	18,5	16,2
TOTAL	729	782	1511	100,0	100,0	100,0

Fontes: *Reg. Paroq. de Ób.; Reg. de Ób. da Administ. do Conc.
Reg. de Óbitos do Hospital da Miseric. de P. Delgada*

QUADRO Nº 4:
1912 – Distribuição dos óbitos por gr. de id. e peso relat.

Gr. Et.	N.º de Óbitos			Peso relativo (%)		
	M	F	MF	M	F	MF
<1	274	238	512	37,9	32,3	35,1
0-4	407	336	743	56,3	45,7	50,9
5-9	11	20	31	1,5	2,7	2,1
10-14	12	9	21	1,7	1,2	1,4
15-19	7	9	16	1,0	1,2	1,1
20-24	7	7	14	1,0	1,0	1,0
25-29	10	7	17	1,4	1,0	1,2
30-34	14	10	24	1,9	1,4	1,6
35-39	6	9	15	0,8	1,2	1,0
40-44	19	14	33	2,6	1,9	2,3
45-49	18	14	32	2,5	1,9	2,2
50-54	20	15	35	2,8	2,0	2,4
55-59	26	28	54	3,6	3,8	3,7
60-64	29	38	67	4,0	5,2	4,6
65-69	34	37	71	4,7	5,0	4,9
70 +	103	183	286	14,2	24,9	19,6
TOTAL	723	736	1459	100,0	100,0	100,0

QUADRO Nº 5:
1918 -Tx. Mortal. – Out. e Nov. (por gr. de idade e sexo)

Gr. Et.	Óbitos			T. M. (Out. e Nov.)		
	M	F	MF	M	F	MF
<1	12	11	23			
0-4	45	49	94	15,78	18,04	16,88
5-9	20	19	39	7,28	7,16	7,22
10-14	10	14	24	3,75	5,43	4,58
15-19	23	28	51	10,26	11,81	11,06
20-24	46	20	66	24,55	9,79	16,85
25-29	42	24	66	26,56	13,36	19,54
30-34	21	18	39	15,52	11,71	13,49
35-39	28	14	42	22,81	9,31	15,38
40-44	19	10	29	15,75	7,13	11,12
45-49	14	9	23	13,73	7,02	9,99
50-54	4	6	10	3,91	4,31	4,14
55-59	4	3	7	4,75	2,85	3,69
60-64	6	8	14	7,10	7,00	7,04
65-69	6	7	13	10,37	9,94	10,14
70 +	10	14	24	12,01	10,14	10,85

QUADRO Nº 6:
Peste - 1922: Tx de Mortalidade (por idades, sexos separados)

Gr. Et.	Óbitos			T. M. (por 100000)		
	M	F	MF	M	F	MF
0-4	9	4	13	311,96	139,93	226,34
5-9	9	11	20	293,54	379,24	335,20
10-14	6	4	10	218,62	153,02	186,62
15-19	3	10	13	124,17	388,88	260,65
20-24	5	5	10	237,42	226,86	232,02
25-29	4	2	6	219,78	101,50	158,29
30-34	4	7	11	288,60	433,30	366,48
35-39	7	6	13	482,76	384,86	432,04
40-44	6	3	9	472,81	209,42	333,15
45-49	5	8	13	506,84	632,41	577,39
50-54	7	3	10	710,66	221,08	426,99
55-59	3	5	8	350,47	486,38	424,63
60-64	1	5	6	126,50	467,51	322,58
65-69	7	5	12	1337,15	686,34	958,47
70+	6	5	11	716,42	359,71	493,83
TOT.	82	83	165	339,95	312,45	325,54

Fonte: *Livros de Óbitos do Registo Civil*