

Diálogos

ISSN 2177-2940



Da gripe espanhola à COVID-19: uma análise comparativa de epidemias e pandemias do século XX ao XXI.

 <https://doi.org/10.4025/dialogos.v25i2.59491>

Christiane Maria Cruz de Souza

 <https://orcid.org/0000-0001-6023-6275>

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Bahia, Brasil. E-mail: chriscruz160@gmail.com

From the Spanish flu to COVID-19: a comparative analysis of epidemics and pandemics from the 20th to the 21st century.

Abstract: Throughout this text, we intend to present a comparative analysis of pandemics and epidemics that hit Bahia from the twentieth century, favoring the Spanish flu and COVID-19 pandemics. What is intended to highlight are the points of contact between these pandemics and epidemics and, obviously, the divergent points, considering the different contexts in which the diseases broke out and spread. The reflections presented are based on the author's publications on the Spanish flu in Bahia, based on primary sources, on the specialized literature on the history of health and diseases, on the news published by the Brazilian press in the course of the COVID-19 pandemic.

Key words: pandemic; epidemic; spanish flu; COVID-19; Brazil.

De la gripe española al COVID-19: un análisis comparativo de epidemias y pandemias del siglo XX al XXI.

Resumen: A lo largo de este texto pretendemos presentar un análisis comparativo de las pandemias y epidemias que azotaron a Bahía desde el siglo XX, favoreciendo la gripe española y la pandemia de COVID-19. Lo que queremos destacar son los puntos de contacto entre estas pandemias y epidemias y, por supuesto, los puntos divergentes, considerando los diferentes contextos en los que las enfermedades estallaron y se propagaron. Las reflexiones presentadas se basan en las publicaciones del autor sobre la gripe española en Bahía, basadas en fuentes primarias, en la literatura especializada en historia de la salud y las enfermedades, en las noticias publicadas por la prensa brasileña en el transcurso del COVID-19 pandemia.

Palabras clave: pandemia; epidemia; gripe española; COVID-19; Brasil.

Da gripe espanhola à COVID-19: uma análise comparativa de epidemias e pandemias do século XX ao XXI.

Resumo: Ao longo deste texto, pretende-se apresentar uma análise comparativa de pandemias e epidemias que atingiram a Bahia a partir do século XX, privilegiando-se as pandemias de gripe espanhola e de COVID-19. Objetiva-se ressaltar os pontos de contato entre estas pandemias e epidemias e, por óbvio, os pontos divergentes, considerando-se os diferentes contextos em que as doenças irromperam e se propagaram. As reflexões apresentadas apoiam-se em publicações da autora sobre a gripe espanhola na Bahia, fundamentadas em fontes primárias, na literatura especializada em história da saúde e das doenças, nas notícias veiculadas pela imprensa brasileira no curso da pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: pandemia; epidemia; gripe espanhola; COVID-19; Brasil

Recebido em: 31/05/2021

Aprovado em: 19/10/2021

Considerações iniciais

Desde o início de 2020, o mundo sofre com uma crise sanitária de grande proporção, desencadeada pela pandemia de COVID- 19. Os primeiros casos da doença, provocada pelo vírus denominado Sars-Cov-2, foram em registrados na populosa cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, no final de dezembro de 2019. A cidade é um importante polo industrial com várias conexões internacionais. Favorecida pela grande oferta de meios de transporte e rápida circulação de pessoas pelos “quatro cantos do mundo”, a doença ultrapassou as fronteiras da China e alcançou outros países, outros continentes, provocando inúmeros adoecimentos e mortes (CORONAVÍRUS, 23/01/2020).

Em 26 de fevereiro de 2020, registrou-se o primeiro caso no Brasil, tratava-se de um homem de 61 anos, que havia chegado em São Paulo após viagem à Itália (PINHEIRO e RUPRECHT, 2020). Em 6 de março de 2020, a Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (Sesab) confirmava o primeiro caso importado do novo coronavírus (Covid-19) na Bahia. Tratava-se de uma mulher de 34 anos, residente na cidade de Feira de Santana, que também havia visitado a Itália, com passagens por Milão e Roma, onde, provavelmente, aconteceu a contaminação (BAHIA, 06/03/2020). Rapidamente, a doença se propagou pelo país tomando a proporção de calamidade pública. Enquanto se escreve este texto, 459.171 mortes e 16.392.657 casos foram registrados no Brasil (GLOBO.COM, 28/05/2021). Em 28 de maio de 2021, a Bahia ultrapassou a marca de um milhão de casos confirmados e o número total de óbitos por Covid-19 no estado desde o início da pandemia é de 20.971 (BAHIA, 28/05/2021).

A brutal intervenção da pandemia em todo o planeta, contribuiu para aumentar o interesse da sociedade por epidemias e pandemias do passado, motivado pela necessidade de compreender e explicar as incertezas do presente. Ao longo deste texto, pretende-se apresentar uma análise comparativa de pandemias e epidemias que atingiram a Bahia a partir do século XX, privilegiando-se as pandemias de gripe espanhola e de COVID-19. O que se pretende ressaltar são os pontos de contato entre estas pandemias e epidemias – padrões historicamente vivenciados – e, por óbvio, os pontos divergentes, considerando-se os diferentes contextos em que as doenças irromperam e se propagaram. As reflexões aqui apresentadas apoiam-se em publicações anteriores da autora sobre a gripe espanhola na Bahia, fundamentadas em fontes primárias, na literatura especializada em história da saúde e das doenças, nas notícias veiculadas pela imprensa brasileira no curso da pandemia de COVID-19.

Antes de avançar na discussão, considera-se importante definir os significados de epidemia e pandemia – a palavra epidemia é empregada quando a manifestação de uma doença excede o número previsto de casos em uma coletividade ou região, já o termo pandemia é utilizado quando a

epidemia extrapola as fronteiras de um território, propagando-se por outros países e continentes. Da peste à COVID-19, os aspectos definidores de uma pandemia ou epidemia são, obviamente, o medo e a morte repentina e generalizada, mas há outro ponto característico que precisa ser enfatizado – a sua qualidade episódica. Epidemias e pandemias figuram entre os eventos mais dramáticos que afligiram as sociedades humanas. Estes fenômenos atraem a atenção e causam alarde por causa de sua arbitrariedade, alcance e destrutividade. Ao longo dos séculos, a intensidade e dramaticidade dos fatos vivenciados em períodos de epidemia foram descritos em cartas e diários pessoais, relatados por médicos, sanitaristas e gestores, narrados por memorialistas, encheram as páginas dos periódicos leigos e especializados, serviram de inspiração para escritores e pintores, apareceram nas charges, nos “games”, nas telas do cinema e da televisão.

Até o surgimento da COVID-19, a pandemia de gripe espanhola foi um dos fenômenos mais devastadores que a humanidade já vivenciou. A doença irrompeu no hemisfério norte na primavera de 1918. Embora tenha durado dois anos, um número significativo de mortes foi acumulado em três meses especialmente cruéis no outono de 1918. Fenômeno global, a doença matou entre 50 e 100 milhões de pessoas e infectou até um terço da população mundial – mais do que todos os soldados e civis mortos durante a Primeira Guerra Mundial juntos. Ao contrário da maioria das cepas de gripe, esta foi particularmente mortal para jovens adultos entre 20 e 40 anos, o que significa que muitas crianças perderam um ou ambos os pais. Para médicos e cientistas que acreditavam estar começando a vencer doenças infecciosas, a pandemia foi um golpe devastador.

Apesar da abrangência e da destrutividade da pandemia de gripe de 1918-1920, durante muitos anos ela foi silenciada não só pelos que sobreviveram à catástrofe, mas também pelos historiadores, mais inclinados a investigar questões relativas à economia, à política e às guerras. Não à toa, o historiador norte-americano Alfred Crosby (2003) a denominou de “a pandemia esquecida”. Contudo, a partir das últimas décadas do século XX, período marcado por sucessos da medicina, como a erradicação da varíola, por derrotas impostas pela reemergência de doenças supostamente erradicadas e pelo surgimento de novas, como a AIDS, o olhar dos historiadores se voltou para a história da saúde e das doenças. Neste contexto, estudos sobre epidemias e pandemias se multiplicaram em vários países e o Brasil tem seguido esta tendência com uma produção crescente de estudos sobre epidemias e pandemias do passado, realizados, sobretudo, nos programas de pós-graduação.

Escrever e pensar em uma epidemia é muito mais fácil do que vivê-la. É um evento público extraordinário, de notável intensidade e drama, que expõe a distância entre a experiência individual e social e a maneira como é narrada. Tanto na ficção quanto na realidade, os fatos são narrados sob o ponto de vista do indivíduo, ainda que a epidemia seja uma experiência coletiva. Como fenômeno

social, a epidemia assume forma dramática: começam em determinado momento no tempo, prosseguem em um cenário limitado no espaço e na duração e, seguindo uma trama de tensão crescente e reveladora, movem-se para uma crise de caráter individual e coletivo, derivando então para o encerramento (ROSENBERG, 1992, p. 279). A epidemia narrada em “A Peste” por Albert Camus começa com um fato circunstancial:

Na manhã do dia 16 de abril, o Dr. Bernard Rieux saiu do consultório e tropeçou e tropeçou num rato morto, no meio do patamar. No momento, afastou o bicho sem prestar atenção e desceu a escada (CAMUS, 2020, p.13).

De acordo com o historiador Charles Rosenberg (1992, p. 279), o rato morto simboliza e personifica a maneira pela qual as epidemias aparentemente começam com eventos súbitos e pouco notados quando ocorrem, mas, muitas vezes, reveladores em retrospecto. O corpo do rato atingido pela peste sugere também a maneira como o homem está preso a uma teia de relações biológicas que não é facilmente compreendida ou controlada. De um ponto de vista muito diferente, também ilustra a maneira pela qual a circunstancialidade implacável de uma epidemia coexiste com - na verdade invoca necessariamente - estruturas maiores de significado. A textura peculiar de qualquer epidemia reflete a interação contínua entre incidente, percepção, interpretação e resposta.

Inspirado na obra de Camus (2002), Rosenberg (1992, p. 278-279) apresenta a estrutura narrativa de uma epidemia com base em padrões repetitivos vivenciados no passado. À semelhança dos atos de uma peça, uma epidemia clássica se desenrola em quatro atos: no primeiro ato, a doença surge, subitamente, mas só se admite a sua existência quando isto se torna inevitável, ou seja, após inexorável acúmulo de mortos e doentes; no segundo ato, constrói-se uma base explicativa para lidar com a sua arbitrariedade; no terceiro ato, a sociedade, finalmente, responde à doença com a adoção de medidas embasadas nas ferramentas intelectuais disponíveis em cada época e influenciadas por valores socioculturais e interesses dos atores sociais; o quarto ato caracteriza-se pelo abrandamento paulatino do surto e posterior fase de retrospecto.

Tradicionalmente, objeto de estudo de cientistas e profissionais da saúde, as epidemias e pandemias tornaram-se, igualmente, importantes para historiadores e cientistas sociais. A partir das duas últimas décadas do século XX, os trabalhos realizados por historiadores extrapolaram as tradicionais narrativas de “peste”, multiplicando-se em perspectivas diversas. Dentre estas, figuram a abordagem ecológica da história global, na qual a doença assume o papel chave no processo civilizatório, ressaltando-se as “rupturas do equilíbrio biológico”, o “intercâmbio de patógenos” e a “unificação microbiana do mundo” ocorridas a partir das conquistas imperialistas, dos processos de

colonização, das diásporas e migrações; a demográfica, que ressalta os aspectos quantitativos do evento epidêmico, relacionando a incidência de doenças, óbitos e medidas de saúde pública às mudanças demográficas ocorridas em determinado tempo e lugar; a linha de inspiração foucaultiana, que enfoca doenças e etiologias hipotéticas como ferramentas de controle social, como rótulos de desvio e como base racional para a legitimação de poder e relações de classe; a história sociocultural da doença, que sofre a influência da antropologia e dos estudos culturais e elege temas como as representações do corpo, da saúde e da doença, a doença sob a perspectiva do paciente, as práticas de cura, o medo do adoecimento e da morte; destaca-se, por fim, a linha da história social da doença, fruto do diálogo entre a história social e a história das ciências biomédicas, que considera a doença como um fenômeno biossocial – não pode ser dissociada do seu aspecto biológico primário, mas que, de certa forma, não existe até que se reconheça a sua existência, atribuindo-se-lhe um nome e reagindo-se a ela (ROSENBERG, 1992).

Pontos em comum e divergentes nas narrativas de pandemias e epidemias

Em diversas culturas, a doença pode ser entendida como um desvio das normas que definem a saúde, mas Rosenberg (1992, p. 305-307) argumenta que doença é uma entidade elusiva e complexa, que não pode ser definida, simplesmente, como “um estado fisiológico inferior ao ideal”. Em um de seus aspectos primários, deve ser interpretada como um evento biológico pouco modificado pelo contexto particular em que ocorre. Como tal, existe em animais, que presumivelmente não constroem socialmente suas doenças, nem negociam respostas atitudinais, mas que experimentam dor e comprometimento funcional. Pode-se citar, também, casos de doenças humanas que existem em um sentido puramente biológico, antes que sua existência possa ser revelada.

Contudo, ainda que não possa ser dissociada do seu aspecto biológico primário, é justo dizer que em nossa cultura uma doença não existe como um fenômeno social até que concordemos que ele exista – até que seja nomeada. Rosenberg (1992) elabora o conceito de *framing*, segundo o qual as doenças “enquadram” e são “enquadradas” pela sociedade em que se inserem. O processo de reconhecimento e racionalização de tal fenômeno biológico inclui elementos cognitivos e disciplinares que estruturam o cuidado médico, assim como políticas públicas que regulamentam o comportamento coletivo e individual. Essa definição reflete não só mudança do conhecimento e das tecnologias médicas, mas também influências mais amplas, tais como os valores sociais, as concepções culturais e interesses dos atores sociais. Assim, o esforço de cognição do processo saúde-doença tanto sofre influência do contexto em que a enfermidade emerge, como pode provocar também respostas políticas, científicas, tecnológicas, econômicas e socioculturais que interferem

em tal contexto.

O nome atribuído a uma doença pode se relacionar aos sintomas ou sinais apresentados pelos infectados, como é o caso da “peste negra” ou “peste bubônica”, ou a supostos locais de origem, como, por exemplo, a gripe espanhola (1918). Quando a gripe irrompeu de forma epidêmica a partir de março de 1918, os médicos suspeitaram que se tratava de uma doença nova, devido à estação incomum que incidiu – primavera –, à diversidade dos sintomas, por acometer e levar a óbito pessoas de uma faixa etária incomum – adultos jovens. Por estes e outros fatores, recebeu, inicialmente, diferentes denominações nos lugares atingidos: entre os americanos ficou conhecida como febre dos três dias ou morte púrpura; os franceses chamavam-na de bronquite purulenta; os italianos se referiam a ela como a “febre das moscas de areia” e os alemães como febre de Flandres ou Blitzkatarrh (CROSBY, 2003, p. 25-27). Na Espanha, foi apelidada de “La dançarina”, em Portugal ficou conhecida por “a pneumónica”, porém, na maior parte do mundo, passou a ser denominada gripe ou influenza espanhola, porque se supôs que este era o país de origem da doença (SOUZA, 2009).

As denominações que se referem a um provável local de origem de uma doença podem gerar reações xenofóbicas. No final de dezembro de 2019, surgiu uma doença contagiosa na China que se disseminou pelo mundo a partir de janeiro do ano seguinte. Logo no início da pandemia, identificou-se que o patógeno pertencia a família dos coronavírus, seu genoma foi sequenciado e o novo vírus recebeu o nome de O Sars-Cov-2. A doença foi denominada de COVID-19 a partir de um acrônimo em inglês, que significa doença do coronavírus, acrescido do ano de seu surgimento. Evitou-se, desta maneira, estabelecer uma relação com sua origem provável. Ainda assim, muitos se referiram à doença como o “mal chinês” ou “vírus Chinês”, o que pode ter contribuído para estimular assédios e ataques violentos a pessoas com biotipo asiático em alguns lugares atingidos pela doença.

No caso de doenças que se propagam de pessoa para pessoa, é comum haver a eleição de culpados ou responsáveis pelo seu surgimento e disseminação. Os “bodes expiatórios” são os “outros”, os diferentes. Comumente, pessoas de condição social, raça, etnia, religião, nacionalidade e gênero diversa da de quem os elege como culpados. A tensão desencadeada por uma epidemia pode contribuir para polarizar os preconceitos sociais e julgamentos morais, principalmente, nos casos de doenças sexualmente transmissíveis. No início da pandemia de AIDS, grupos de pessoas infectadas foram estigmatizadas, sofreram julgamentos morais e preconceitos por se supor que se contaminaram voluntariamente, através de relações promíscuas. Embora tenha, obviamente, um forte componente biológico, AIDS dificilmente poderia ser desconectada do exercício de estigmatização do comportamento desviante. Nada marcou mais a pandemia do que sua capacidade

de evocar e reproduzir valores e atitudes sociais preexistentes. A diversidade e a complexidade das reações à AIDS sublinharam a necessidade de olhar cuidadosamente para o processo elusivo por meio do qual a sociedade constrói sua resposta à doença. E sabemos que não haverá respostas simples e estereotipadas; na década de 1990, eles não eram nem intelectualmente disponíveis nem politicamente convincentes (ROSENBERG, 1992, p. 258).

As doenças identificadas como socialmente seletivas ou concentradas tanto permitem que a sociedade e as autoridades se distanciem, dedicando pouco cuidado a estas, como podem ser definidas como problemas e alvos a serem atacados. Na Bahia do início do século XX, registrava-se grande número de casos e de óbitos por malária, mas havia pouca repercussão e mobilização em favor da sua erradicação, dada a errônea percepção de que esta não afetava os negócios ao atingir apenas as camadas mais pobres da população (SOUZA, 2009, p.53). Tal situação não se repetia com a febre amarela, doença com número de casos e óbitos muito inferiores aos da malária, mas que preocupava o governo federal e, por extensão, o governo estadual, por afastar investidores e negociantes estrangeiros dos portos infectados. Com uma economia voltada para o comércio de importação e exportação, a Bahia contava com um serviço especial para o controle da febre amarela. Portanto, as epidemias de doenças infecciosas, que apresentam uma ameaça perceptível de fugir ao controle e atingir os mais abastados, parecem produzir respostas mais efetivas dos gestores públicos.

A memória ou a familiaridade com uma doença também podem afetar a resposta da sociedade a esta. Quando a gripe espanhola despontou, muitos julgaram que se tratasse da gripe benigna e sazonal que atingia a Bahia periodicamente, sem causar grandes transtornos. Devido à guerra mundial em curso naquele período, havia maior preocupação com a erupção de uma pandemia de cólera, doença que já atingira a Bahia de forma devastadora em 1855. A cólera matou, aproximadamente, metade das pessoas infectadas e, além disso, o fez de maneira particularmente rápida e dramática. Nenhuma outra pandemia concentrou tanto os temores populares e profissionais desde a epidemia de peste bubônica, que atingiu a Europa entre o final do século XVII e início do século XVIII. No século XXI, quando a COVID-19 surgiu, muitos acreditaram tratar-se de simples e sazonal resfriado, costumeiramente, provocado pelos coronavírus e, assim, não foram logo tomadas as medidas de prevenção e controle da doença.

O reconhecimento público de uma epidemia e as respostas a esta sofrem a influência de variáveis diversas e costuma ser retardado porque pode trazer consequências negativas para a economia e colocam em xeque a competência de gestores e autoridades sanitárias em impedir a invasão da doença. Durante a pandemia de gripe espanhola, as autoridades demoraram a admitir a existência de uma epidemia por receio de Salvador ser declarado “porto sujo”, o que prejudicaria a

já combalida economia do estado. Na ocasião, Salvador não foi declarado porto sujo, mas os grupos que exerciam oposição ao governo do estado, aproveitaram-se da eclosão da epidemia de gripe espanhola para discutir as condições de vida da população e denunciar o grave quadro sanitário da Bahia. Se de um lado, com suas críticas, denúncias e acusações, a oposição pretendia desacreditar e desestabilizar o grupo que detinha o poder na ocasião, de outro lado tal posicionamento, entre as elites, denotava a crescente percepção da importância de se oferecer à população uma eficaz estrutura de saúde pública, como condição para superar o atraso e a “barbárie” a que estava submetida a sociedade baiana. A imprensa cobrava a rápida adoção de medidas defensivas e de controle – levantamento regular do número de infectados e de vítimas da doença, limitação do livre acesso a lugares que favorecessem o contato próximo e a aglomeração das pessoas, vigilância dos que chegavam à cidade, isolamento dos doentes e criação de enfermarias provisórias para isolar e tratar os gripados.

Durante a pandemia de COVID_19, autoridades de países como o Brasil e os Estados Unidos foram à público para declarar que a doença em curso era banal, inofensiva, que em vez das medidas de isolamento social, consideradas ineficientes e prejudiciais à economia, seria mais produtivo alcançar a “imunidade de rebanho”. A OMS reconheceu a pandemia de COVID-19 em 11 de março de 2020, cerca de três meses depois que a notícia dos primeiros casos veio à tona. O diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, justificou a demora: “Pandemia não é uma palavra para ser usada de maneira leviana ou descuidada. É uma palavra que, se mal utilizada, pode causar medo irracional ou aceitação injustificada de que a luta acabou, levando a sofrimento e morte desnecessários” (MOREIRA; PINHEIRO, 2020). O diretor de programas de emergência da entidade, Michael Ryan, também chamou a atenção para o risco decorrente do uso da palavra: “as pessoas não devem usar a declaração como desculpa para desistir do combate e de tentativas de conter a circulação do vírus” (MOREIRA; PINHEIRO, 2020). Adhanom Ghebreyesus recomendou aos países afetados pela doença que se concentrassem em detectar, proteger, tratar, reduzir a transmissão, inovar e aprender.

As epidemias e pandemias costumam evidenciar tanto os sucessos quanto os limites da ciência e da medicina. A partir do século XIX, o desenvolvimento de recursos tecnológicos e de conhecimento especializado proporcionaram avanços significativos para a compreensão do funcionamento do corpo humano e identificação dos agentes patogênicos de doenças como o antraz, a cólera, a tuberculose, a peste bubônica, a febre amarela, o tétano, a pneumonia, a febre tifóide, a gonorréia, a difteria, a meningite, a lepra, a brucelose e a sífilis (PORTER, 2004; TOGNOTTI, 2003; LAWRENCE, 1985). Com o surgimento da bacteriologia, a doença passou a ser vista como um *ontos* real, um princípio racionalmente organizado, uma entidade específica causada por um

agente específico que deveria estar presente em todos os casos (PORTER, 2004, p. 100). A determinação do agente etiológico passou a ser crucial para o estabelecimento do diagnóstico, do prognóstico, como também para a racionalização da profilaxia e da prática terapêutica.

Assim, as repostas à doença passaram a depender da capacidade de médicos e cientistas de identificar o patógeno e estabelecer a etiologia da doença. Em 1891, depois de investigar 31 casos de gripe, Richard Pfeiffer, chefe da seção científica do Instituto de Berlim para doenças infecciosas, determinou que o agente etiológico da gripe era um bacilo – o *Haemophilus influenzae* –, que ficou conhecido como o bacilo de Pfeiffer. A partir de então, os bacteriologistas limitaram-se a comprovar a ocorrência desse microrganismo nas secreções dos enfermos e nos tecidos do aparelho respiratório das vítimas (PORRAS GALLO, 1994, p. 313). Contudo, o bacilo de Pfeiffer nem sempre era encontrado nos exames de laboratório e pesquisas anatomopatológicas realizados nos acometidos e vítimas da gripe espanhola, o que alimentou as dúvidas e controvérsias entre médicos e cientistas em relação à etiologia da doença. As opiniões divergentes em torno do agente etiológico e as diferentes percepções da doença, em vista da gravidade e diversidade dos sinais e sintomas apresentados pelos doentes, agitaram o cenário internacional e transbordaram para as páginas dos jornais baianos.

Cientistas do Brasil e do mundo se preocuparam em determinar o patógeno a fim de estabelecer a etiologia, o prognóstico, a profilaxia e o tratamentos acertados. Suspeitou-se, na época, que o microrganismo responsável pela doença fosse um vírus invisível e filtrável, mas a tecnologia disponível não permitiu visualizar nem isolar o vírus. Não havia, naquela época, equipamento com potência suficiente para tal.

Na Bahia, os médicos vinculados à Diretoria Geral da Saúde Pública consideraram que não dispunham de tempo para realizar pesquisa de laboratório e isolar o patógeno – o protocolo de pesquisa exigia o cumprimento de diversas etapas e a doença se espalhava com grande velocidade. Optaram, então, pela realização de um estudo clínico e epidemiológico realizado em várias coletividades, onde foram examinadas mais de 500 pessoas. Diante do crescente número de infectados e dos sintomas e sinais apresentados, chegaram à conclusão de que se tratava de gripe, doença de extrema difusibilidade e contagiosidade, que, na ocasião, apresentava um grau de virulência maior. Estavam igualmente cientes que, em casos de gripe, o alcance das medidas profiláticas e terapêuticas eram limitados, pois não contavam com uma vacina, nem remédio específico para a doença, mas recomendaram medidas de higiene individual e coletiva na esperança de diminuir o contágio e controlar o avanço da epidemia.

Os médicos sabiam que um indivíduo infectado se tornava um agente disseminador da doença – ao falar, tossir ou espirrar, expelia em seu ambiente esputos ou perdigotos contaminados,

que contagiavam, ao serem inalados, os que estavam em contato com o doente. Para impedir a propagação da doença, foram implantadas as medidas clássicas – interdições de eventos que favorecessem aglomerações, vigilância domiciliária e portuária, quarentena dos navios, desinfecções dos locais públicos, isolamento dos infectados. As relações sociais também se tornaram objeto de recomendações médicas – as pessoas deveriam evitar visitas a casas de amigos e parentes, abraços, beijos e apertos de mão. Aconselhava-se a adoção de medidas de higiene como lavar sempre as mãos e desinfetar as vias respiratórias superiores.

As autoridades médicas e sanitárias, entretanto, reconheciam a fragilidade das ações preconizadas. Medidas defensivas e restritivas só funcionariam se fossem proibidas todas as relações sociais e comerciais, interdição praticamente impossível numa cidade portuária, cuja economia girava em torno do comércio de exportação e importação. Os médicos argumentavam, porém, que embora as ações recomendadas não debelassem a epidemia, teriam certamente a valia de restringir seu desenvolvimento, em virtude da relativa proteção que acarretavam. Ao mesmo tempo, com a recomendação de tais providências esperavam atacar os elementos que afetavam correntemente o quadro sanitário geral e, naquele momento, influenciavam negativamente o curso da epidemia em Salvador.

Como não havia um remédio específico para a gripe, os médicos procuravam aliviar sintomas como a febre, dor no corpo, diarreia, garganta inflamada, astenia, etc., e fortificar o organismo para resistir à doença. Os remédios mais receitados eram os estimulantes combater a astenia, os tônicos para fortificar e os purgativos para limpar o corpo, os analgésicos e antipiréticos. Panaceia das doenças sem remédio, como a este se referia o médico Acácio Pires em 1919, o quinino, alcaloide com propriedades antitérmicas, antimaláricas e analgésica, foi considerado por muitos como remédio específico para a gripe. Os purgativos e o quinino não só se mostram ineficazes, como provocaram efeitos colaterais indesejados como desidratação, no caso do primeiro, e intoxicação, no caso do segundo. Na Bahia, a ineficácia do quinino foi tema do poeta popular Lulu Parola, que atribuía o insucesso da quina à “impureza do remédio”.

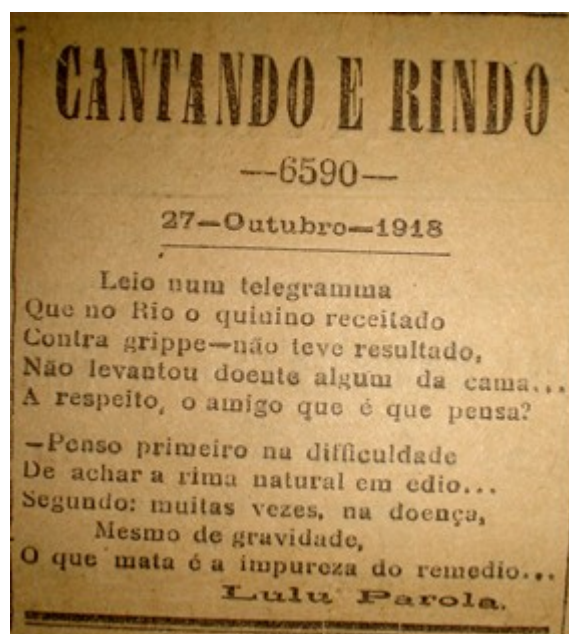


Figura 1 - A ineficácia do quinino
Jornal de Notícias, 27.10.1918, p. 2

Durante a pandemia de COVID-19, os avanços da tecnologia e da biomedicina permitiram o rápido sequenciamento genético do vírus e o desenvolvimento em tempo recorde de uma vacina. Não foi possível, entretanto, desenvolver um remédio específico para doença, sendo testadas várias substâncias para prevenir, controlar a infecção, atenuar os sintomas e sequelas. Muitos medicamentos recomendados como preventivos ou terapêuticos têm-se mostrado ineficazes depois da realização de estudos científicos desenvolvidos no desenrolar da pandemia. No Brasil, o presidente da República Jair Bolsonaro, seguindo o então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, recomendou fortemente o uso da hidroxicloroquina, droga empregada no tratamento da malária, como preventivo e curativo da COVID-19 (BERTOLLI FILHO, 2021, p. 60). Bolsonaro ignorou as pesquisas científicas que apontam a ineficácia da droga e relatam efeitos colaterais indesejados. Tal posicionamento em relação ao medicamento não é exclusivo do presidente e seus correligionários, muitos médicos continuam a defender o uso da cloroquina para diminuir a carga viral no início da infecção.

A questão é que foram destinados recursos públicos importantes para a fabricação do medicamento em desfavor de medidas de saúde pública necessárias e eficazes. Ademais, respondendo às críticas da OMS e de especialistas brasileiros, o presidente resolveu politizar o uso do medicamento ao declarar que “quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaína” (BERTOLLI FILHO, 2021, p. 60). Além disso, tem se empenhado em desacreditar as medidas de controle da pandemia empreendidas por governadores e prefeitos, como o uso de máscaras, o distanciamento social e a quarentena, retardando a compra de vacinas. Bolsonaro argumenta que o

contágio e as perdas de vidas são inevitáveis e que as medidas de contenção serão prejudiciais à economia do país.

Tal como a gripe espanhola, a COVID-19 é uma doença viral, transmitida pelo indivíduo infectado ao sã, ao lançar no ar perdigotos contaminados ao falar, rir, tossir ou espirrar. Assim, além do uso de máscaras para impedir o contágio, recomendou-se a higienização constante das mãos, a ventilação dos ambientes, a limpeza contínua das superfícies e dos locais de grande circulação de pessoas. Recomendou-se, igualmente, a realização da medição da temperatura e de testes para identificar a presença ativa do vírus na saliva, nas secreções do nariz e da garganta e no sangue, para tentar controlar a circulação do Sars-Cov-2. Em paralelo, medidas clássicas de controle de epidemias foram adotadas – quarentena, interdições, isolamento do doente, vigilância sanitária, desinfecções, etc. –, tendo se tornado mais severas conforme surgem variantes mais contagiosas e letais do vírus e a vacinação ocorre em velocidade inversamente proporcional ao avanço da pandemia. Para atender os doentes graves, foram pela construídos ou adaptados e equipados enfermarias e hospitais provisórios, constituiu-se também centros de testagem e atendimento aos suspeitos de terem contraído a doença.

Além de serem instrumento de disputas políticas e ideológicas, as epidemias e pandemias expõem as fragilidades e mazelas da sociedade. A epidemia de gripe espanhola desnuda a realidade das cidades brasileiras, cindidas entre a face progressista, civilizada e moderna, desejada e desfrutada pelos mais abastados, e a outra caracterizada pelo atraso, assolada pela pobreza, sofrida pelos despossuídos. Quando a epidemia irrompe, o negacionismo, a opiniões divergentes dos médicos e a crença na benignidade da doença interferiram na tomada de decisões por parte dos agentes públicos. A rápida propagação da gripe espanhola nas cidades, somada ao desemprego, à carestia, à crise de moradias e à falta de água e saneamento urbano nas áreas mais pobres, ao grave quadro sanitário do país, assolado por doenças endêmicas e epidêmicas e à falta de equipamentos de saúde, resultou em consequências funestas na maior parte das cidades.

No Brasil do século XXI, o cenário em que a COVID-19 irrompe e se propaga também não é dos mais lisonjeiros. Nos últimos decênios, o país tem sofrido o assédio de doenças transmissíveis como a dengue, a chicungunha, a zica, a febre amarela, a sífilis, a tuberculose, dentre outras. A polarização política iniciada na campanha eleitoral de 2018 se intensificou, alimentando ódios, com reflexos negativos na crise sanitária em curso. O exemplo e as palavras do dirigente máximo da nação, de outras autoridades públicas e religiosos desqualificam e desautorizam as recomendações baseadas na ciência. As redes sociais tem contribuído para amplificar a desinformação sobre a doença, as formas de prevenção e terapêutica. As desigualdades foram aprofundadas, as cidades continuam divididas em partes ocupadas pelas elites, urbanizadas e bem servidas de modernos

equipamentos urbanos, e partes invadidas pela população pobre, sem a devida infraestrutura e com moradias tão pequenas e precárias, que se torna impossível impedir o contágio entre seus moradores. A crise econômica, em curso desde meados de 2014, resultou em aumento progressivo do desemprego, da pobreza e da fome. Por outro lado, a pandemia de COVID-19 tem contribuído para aumentar a pobreza e a fome, turbinadas pela alta dos preços dos alimentos e pelo número crescente de falências dos negócios e de desempregados.

Embora o vírus não escolhesse suas vítimas, durante a pandemia de gripe espanhola observou-se um maior número de óbitos entre aqueles cujo organismo se encontrava enfraquecido – fosse por estado puerperal, doenças preexistentes ou crônicas, fosse em razão das precárias condições materiais de existência. As fontes revelam que os que viviam em total indigência ou subalimentados, extenuados por longas horas de trabalho, em péssimas condições de moradia ou expostos às intempéries do tempo e às bruscas mudanças climáticas, eram mais vulneráveis à doença. A pandemia de COVID-19 também mostrou que nem “todos estavam no mesmo barco”, expressão repetida a exaustão na mídia e redes sociais para caracterizar a ação democrática dos vírus – atingem ricos e pobres, pessoas de diferentes faixas etárias, sexo e etnia. As pessoas com as chamadas comorbidades, gestantes ou puérperas, obesas, dentre outras questões que fragilizam a saúde, mostram-se menos capazes de resistir à infecção. É de se supor, também, que as condições de trabalho e moradia dos despossuídos influenciaram o aumento do contágio, a fome resultante da extrema pobreza contribuiu para enfraquecer as defesas do organismo de grande parte da população e a dificuldade de obter assistência médica de imediato e com a mesma qualidade que a das camadas mais abastadas da sociedade influenciou no desfecho fatal da doença entre os desprovidos de recursos financeiros.

Segundo os registros oficiais, o número de infectados pela gripe espanhola foi grande – em pouco mais de três meses a doença atingiu aproximadamente 1/3 da população da capital do estado –, mas a taxa de mortalidade específica da gripe foi relativamente pequena em Salvador se comparada com outras capitais do país. As estatísticas oficiais registraram 386 óbitos em uma população com pouco mais de 300.000 habitantes. O avanço da gripe sobre o sertão durou até os primeiros meses de 1919, mas os números de óbitos e de infectados não foram contabilizados pelos órgãos competentes. Não se pode confiar, portanto, nos números de adoecimentos e mortes atribuídos à gripe espanhola. Sabe-se que o quadro da mortalidade geral no estado aumentou durante este período. A gripe espanhola abreviou a vida de puérperas, portadores de tuberculose pulmonar, cardiopatias, nefropatias, etc., resultando em registros de óbitos por outras enfermidades.

O fato de a gripe não figurar como doença de notificação obrigatória resultou em omissão de informações dadas pelos médicos aos órgãos competentes e contribuiu, também, para que o

diagnóstico fosse mascarado. Na época, os jornais chamaram a atenção para os atestados de óbito que tinham como *causa mortis* as doenças do aparelho digestivo, tuberculose, arteriosclerose ou meningite, mas, informalmente, as famílias reconheciam que seus parentes haviam sido vitimados pela gripe. As restrições impostas aos infectados e os problemas adjacentes ao registro de óbito por doença infectocontagiosa ganhavam peso na hora informar a ocorrência da doença e de registrar o óbito. A legislação vigente determinava que os que não podiam prover o seu tratamento ou que colocavam outras pessoas em risco de contaminação deveriam ser isolados no hospital ou em enfermarias provisórias, em caso de morte, os familiares não podiam velar o corpo nem acompanhar o féretro, a casa devia ser expurgada e os objetos de uso pessoal do enfermo, queimados. A supressão da liturgia fúnebre, dessacraliza a morte, tornando-a ainda muito mais temível.

Na pandemia de COVID-19 também não se pode confiar nos dados oficiais. Além dos casos assintomáticos, muitos acometidos se trataram e morreram em casa e nos registros de óbitos constaram as síndromes respiratórias agudas ou as comorbidades agravadas pela COVID-19. Em certo momento da pandemia, o portal do Ministério da Saúde, onde são divulgados o número de mortos e contaminados, ficou indisponível (GLOBO.COM, 08/06/2020). Após um intervalo de mais de 19 horas, o sítio passou a apresentar informações apenas sobre os casos registrados durante o dia, desaparecendo os números consolidados e o histórico da doença desde seu começo. Entre os itens que deixaram de ser publicados figuravam a curva de casos novos por data de notificação e por semana epidemiológica, os casos acumulados por data de notificação e por semana epidemiológica, as mortes por data de notificação e por semana epidemiológica e os óbitos acumulados por data de notificação e por semana epidemiológica (GLOBO.COM, 08/06/2020). Diante das restrições de acesso, falta de transparência e confiança nos dados oficiais, veículos de imprensa decidiram formar uma parceria e trabalhar de forma colaborativa para buscar as informações necessárias nas secretarias de saúde dos 26 estados e no Distrito Federal.

A tensão desencadeada por uma crise epidêmica tanto pode estimular a adoção de atitudes escapistas e negacionistas. A gripe espanhola provocou na Bahia os transtornos característicos de uma epidemia clássica – adoecimentos, mortes, isolamento de infectados, vigilância sanitária, paralisação de fábricas e serviços, etc. –, mobilizando, para o seu controle, diversos setores da sociedade. Embora não tenha assumido no estado a dimensão de calamidade pública semelhante a vivenciada durante pandemia de COVID-19, o adoecimento e morte de pessoas próximas, as mudanças de hábito, as interdições, mesmo que nem sempre obedecidas, suscitou na população um sentimento de angústia próprio dos tempos de peste.

Durante a pandemia de COVID-19, as já mencionadas medidas clássicas de controle das “pestes” seguem sendo adotadas e intensificadas na medida que os casos e óbitos aumentam.

Todavia, periodicamente, assiste-se a manifestações públicas que questionam e pedem o fim das medidas de isolamento social, interdição de eventos e quarentena. À revelia das autoridades públicas, são realizadas festas em locais fechados, onde as pessoas se aglomeram sem as máscaras de proteção, ignorando totalmente as recomendações dos médicos e autoridades sanitárias. Nestes casos, as polícias estaduais são acionadas, o local do evento é fechado e os responsáveis são multados.

Em ambas pandemias, o risco de adoecimento e o perigo de morte fez com que pessoas de diversas camadas da sociedade buscassem o amparo da fé e o auxílio das forças sobre-humanas. Muitos esperam encontrar na religião explicação e consolo para o castigo da doença. Durante as pandemias de gripe espanhola e de COVID-19, a igreja católica promoveu procissões para invocar a misericórdia divina, a diferença é que na pandemia de COVID-19 os fiéis acompanharam o percurso da imagem sagrada dentro dos carros. Nas duas pandemias, os cultos religiosos não deixaram de ser realizados em igrejas, casas de oração, centros espíritas e terreiros de candomblé e umbanda. Os religiosos parecem não temer o risco de contaminação nos espaços sagrados, mesmo quando os rituais propiciam aglomerações em locais fechados, desafiando as recomendações das autoridades sanitárias. Outros buscam a proximidade com o plano espiritual, não por desacreditarem na ciência ou por falta de acesso aos médicos, mas por esperar encontrar na religião explicação e conforto para a dor provocada pelas perdas de entes queridos, cura e proteção contra a doença e a ameaçada morte.

Considerações finais

Conforme se pode observar após a leitura do texto, apesar das diferenças entre doenças, patógenos e contextos, as epidemias e pandemias revelam reações e respostas semelhantes diante da necessidade de explicar, compreender a doença e responder ao evento epidêmico. A ameaça de adoecimento e morte, de possíveis perdas econômicas, de quebra de valores culturais, enfim, da violenta interferência na normalidade da vida cotidiana, geram respostas são ecléticas, constituídas por elementos cognitivos e emocionais e informadas tanto por concepções científicas quanto religiosas.

A atuação de médicos e cientistas é condicionada pela velocidade em que a epidemia se propaga, que é sempre superior ao tempo necessário para investigar a doença, determinar o agente etiológico e desenvolver medidas profiláticas e terapêuticas acertadas. O processo de diagnose, bem como a profilaxia e a terapêutica adotadas têm como base o conhecimento científico e a tecnologia disponíveis em cada época e lugar. Durante a pandemia de COVID-19, o conhecimento científico e os recursos tecnológicos disponíveis proporcionaram o rápido estabelecimento do agente etiológico

e consecutivo desenvolvimento de vacinas. Contudo, tal como ocorreu durante a gripe espanhola, não se pode desenvolver um remédio específico para a doença.

Epidemias e pandemias colocam em xeque a eficiência dos poderes públicos, evidenciam os limites da medicina, revelam o estado de saúde coletiva, a infraestrutura do serviço de saúde pública e dos cuidados com a saúde. Descortinam, igualmente, as mazelas das sociedades em que incidem: as condições materiais de vida e de saúde da população; a relação entre a crise sanitária, a necessidade de evitar o aumento de adoecimentos e mortes e os interesses econômicos e políticos; os problemas sanitários, as estratégias e recursos utilizados pelas autoridades locais e pela população em geral para enfrentar os tempos de epidemias.

Podem, também, estimular iniciativas em saúde pública e, deste modo, acelerar a ampliação da autoridade estatal, tanto no âmbito social quanto na vida privada. No que se refere a pandemia de gripe espanhola, não se pode observar grandes mudanças na sociedade ou nas iniciativas de saúde pública. A pandemia eclodiu no final da Primeira Guerra Mundial, período de grande violência, restrições e mortes e muita tristeza. Depois de tantas privações e tristeza, tudo que se queria era esquecer. É possível que o período denominado de “anos loucos”, marcado por um sentimento geral de descontinuidade associado com a modernidade, pela ruptura com as antigas tradições e caracterizado pela efervescência cultural, pelo modo de vida alienado e superficial, tenha sido uma reação da sociedade a tais eventos. No campo da saúde pública, Hochman (1993, p. 12) argumenta que a epidemia de gripe espanhola “como uma experiência coletiva singular [...] teve impactos significativos sobre a política de saúde”. Segundo o autor, a epidemia expôs a falência da União em administrar a crise sanitária e foi um fator decisivo no processo de ampliação e centralização das ações de saúde pelo Estado, através do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Quanto à epidemia de COVID-19, ainda é cedo para se opinar sobre as mudanças que ocorrerão com o esperado fim da pandemia. É difícil para uma historiadora, afeita a voltar seu olhar para o passado, praticar o exercício da futurologia. O presente oferece pistas, mas é mais prudente aguardar o desenrolar dos acontecimentos.

Referências

BAHIA. Governo do Estado. Emergências em Saúde. Bahia confirma primeiro caso importado do Novo Coronavírus (Covid-19). Secretaria de Saúde, 06/03/2020. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/06/bahia-confirma-primeiro-caso-importado-do-novo-coronavirus-covid-19/> Acesso em: 31/05/2021.

BAHIA. Governo do Estado. Emergências em Saúde. Bahia ultrapassa marca de um milhão de casos de Covid-19. Secretaria de Saúde, 28/05/2021. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/2021/05/28/bahia-ultrapassa-marca-de-um-milhao-de-casos-de-covid-19/> Acesso em: 31/05/2021.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. “A morte indignada: a banalização do adoecer e do morrer em tempo de pandemia.” In: MOTA, André (org.). *Sobre a pandemia: experiências, tempos e reflexões*. São Paulo: HUCITEC, 2021, p. 50-76.

CAMUS, Albert. *A peste*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

CORONAVÍRUS: como é Wuhan, a cidade chinesa onde surgiu surto de coronavírus e que foi isolada. *BBC News Brasil*, 23/01/2020. Disponível em:

<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51216386> Acesso em: 28/05/2021

CROSBY, Alfred W. *America's forgotten pandemic: the influenza of 1918*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.

LAWRENCE, Christopher. Incommunicable knowledge: science, technology and the clinical art in Britain 1850-1914. *Journal of Contemporary History*, v. 20, p. 503-520, 1985.

MOREIRA, Ardilhes; PINHEIRO, Lara. OMS declara pandemia de coronavírus. Bem Estar, Coronavírus, *Globo.com*, 11/03/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml> Acesso em: 28/05/2021

MORTES e casos de coronavírus nos estados. Onde as mortes estão subindo, em estabilidade e em queda. Bem Estar, Coronavírus, G1 – São Paulo, *Globo.com*, 28/05/2021. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/> Acesso em: 31/05/2021.

PAROLA, Lulu. Cantando e rindo. *Jornal de Notícias*, 27.10.1918, p. 2.

PHILLIPS, Howard; KILLINGRAY, David (Ed.). *The spanish influenza pandemic of 1918-19: new perspectives*. London ; New York : Routledge, 2003.

PINHEIRO, Chloé; RUPRECHT, Theo. Coronavírus: primeiro caso é confirmado no Brasil. O que fazer agora? Veja Saúde, 26/02/2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/coronavirus-primeiro-caso-brasil/> Acesso em 28/05/2021.

PIRES, Accacio. A gripe e a terapêutica. *Saúde: órgão da Liga Pro-Saneamento do Brasil*: mensário de higiene e de assumptos sociais e econômicos, Rio de Janeiro, v. II, jan.-fev., p.2-6, 1919.

PORRAS GALLO, Maria Isabel. *Um reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*. Madrid: Editorial Complutense, 1997.

PORTER, Roy. *Das tripas coração*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, c1992.

SOUZA, Christiane M. C. de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana.

Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dec. 2008 .Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400004&lng=en&nrm=iso)

59702008000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Apr. 2012.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000400004>.

TOGNOTTI, Eugenia. Scientific triumphalism and learning from facts: bacteriology and the 'Spanish Flu' Challenge of 1918. *Social History of Medicine*, v. 16, n. 1, p. 97-110, 2003.

VEÍCULOS de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19. Política,

Globo.com, 08/06/2020. Disponível em: [https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-](https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml)

[de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml](https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml) Acesso em:

28/05/2021