

A Epidemia da Gripe Espanhola e do COVID-19 no Brasil: um paralelo

The epidemic of Spanish Flu and COVID-19 in Brazil: a parallel

Luís Filipe Bortolotto Ugalde¹, Renata dos Santos Rabello², Leonardo Oleques Schomberg¹, José Ricardo Cerezer Benetti¹, Bruno Lopes Marcal¹

RESUMO

O artigo traça um paralelo entre a pandemia da Gripe Espanhola e da COVID-19 perante suas repercussões em âmbito social, governamental e de saúde no Brasil. Através da análise de textos e registros que retratam os impactos dessas doenças infectocontagiosas separadas por um período secular, nota-se que as evoluções e mudanças na ciência e na sociedade durante esse distanciamento cronológico não foram o suficiente para impedir a máxima: a história é cíclica. Falsas notícias, remédios caseiros milagrosos, polêmicas na condução dos responsáveis pela saúde pública, contradição no discurso da saúde e até a vitimização desproporcional da população devido à raiz histórica marcada pela desigualdade social do país são alguns dos denominadores comuns desses eventos. Por outro lado, os pontos divergentes demonstram como um século possibilitou a aquisição de conhecimentos que propiciaram o surgimento de novas alternativas para enfrentar desafios semelhantes. Dessa forma, o paralelo permite incitar reflexões acerca da sociedade e do estado brasileiro e a suas formas de enfrentamento frente a esses eventos sombrios que as epidemias representam, cujos desfechos são razão de registro e fascínio desde a Antiguidade.

Palavras-chave: COVID-19, Gripe espanhola, pandemia, saúde pública.

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

² Médica Veterinária formada pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, mestre e doutora em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ESNP/FIOCRUZ), e especialista em saúde pública (ENSP/FIOCRUZ). Docente do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.

Instituição:

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo..

* Autor Correspondente:

Bortolotto Ugalde Luís

E-mail: filipeugalde@hotmail.com

Recebido em: 27/10/2020.

Aprovado em: 10/03/2021.

ABSTRACT

The article draws a parallel between the Pandemic of the Spanish Influenza and COVID-19 in view of its social, governmental and health repercussions in Brazil. Through the analysis of texts and records that portray the impacts of these infectious diseases separated by a secular period, it is noted that the evolutions and changes in science and society during this chronological distancing were not enough to prevent the maxim: history is cyclical. False news, miraculous home remedies, controversies in the conduct of those responsible for the public health, contradiction in health discourse and even the disproportionate victimization of the population due to the historical root marked by social inequality in Brazil are some of the common denominators of these events. On the other hand, the divergent points demonstrate how a century has made it possible to acquire knowledge that has enabled the emergence of new alternatives to face similar challenges. In this way, the parallel allows us to stimulate reflections about society and the Brazilian state and their ways of confronting these dark events that the epidemics represent, whose outcomes have been a reason for registration and fascination since antiquity.

Keywords: COVID-19, Spanish flu, pandemic, public health.

INTRODUÇÃO

A dinâmica que as doenças exercem na estrutura social repercute historicamente no modo de organização dos estados nacionais, tendo em vista a necessidade em administrar de forma adequada os serviços públicos de saúde.¹ Diante das doenças infectocontagiosas, evidenciam-se não apenas semelhanças no impacto frente à organização do estado, mas também em relação às similaridades culturais em distintas formações sociais, seja essa distinção promovida pelo espaço geográfico ou pelo tempo.¹ O medo, por exemplo, é um denominador comum em todas as epidemias das quais se tem registro, desde a obscura doença que assolou Florença e foi descrita por Giovanni Boccaccio na obra *Decameron* em 1348, a Peste Negra registrada na bibliografia sobre a Idade Média, a Gripe Espanhola retratada em jornais em 1918 e até a pandemia recente da COVID-19 causada pelo novo coronavírus.¹ Desse modo, o presente estudo visa comparar as dinâmicas impostas pela pandemia da Gripe Espanhola e da COVID-19 na sociedade brasileira, evidenciando as similaridades e pontuando as diferenças dos impactos em estruturas sociais que estão separadas por 100 anos.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 e, ao passo que o número de infectados aumentava, ficaram evidentes as vulnerabilidades sociais, além da intensificação da crise econômica, política e salutar.^{2,3} A Gripe Espanhola, por sua vez, chegou ao litoral brasileiro em setembro de 1918, alavancando reações sociais e políticas, bem como acarretou em prejuízos econômicos e em saúde.⁴ Histórias semelhantes em um intervalo de tempo secular reforçam as similaridades presentes na dinâmica que as pandemias estabeleceram em âmbito social, político e

científico no Brasil, cuja compreensão possibilita a prevenção de equívocos em outras prováveis pandemias futuras.

Percebe-se também que os fenômenos que acometem a sociedade brasileira durante a gripe Espanhola e a COVID-19 acontecem de forma semelhante: vírus que escancaram desigualdades sociais revelando fragilidades de assistência, incertezas que possibilitam o conflito entre discurso científico e popular, informações em excesso que, em parte, são tendenciosas e carregam posições políticas – cabe ao leitor distinguir.^{1,3,5,6} Essas adquirem papel importante em ambos os contextos, ressaltando o papel da mídia, ainda que se deva atentar para um fator propulsor de desinformação na atualidade: as redes sociais que possibilitam e impulsionam a disseminação de “Fake News”.^{7,8}

Perante a chegada das duas grandes pandemias ao Brasil, nota-se que o trajeto de disseminação acontece através da interiorização: ambas chegam ao país pelas capitais e locais com maior fluxo de viajantes e adentram o território, sendo importadas de outros continentes.^{3,9} Respeitando a disseminação territorial e a importação das doenças, a contaminação progride lentamente em direção às classes sociais mais baixas e vitimizadas de modo desigual devido às vulnerabilidades sociais.^{3,10,11}

Deve-se ressaltar que a passagem da Gripe Espanhola pelo Brasil é um dos capítulos que corroboraram para o surgimento de políticas públicas no país e, consequentemente, para o Sistema Único de Saúde (SUS) – atualmente desafiado pela COVID-19.^{5,12} Naquela época, os órgãos de saúde também reforçaram recomendações de distanciamento social e medidas de higiene, porém com suas peculiaridades em relação às orientações atuais.^{1,13,14,15} Ainda sobre o sistema de saúde brasileiro, em ambas as epidemias houve rápido

aumento na demanda de pacientes que culminou em colapso da estrutura de saúde em determinados estados, bem como influência política resultou na saída de pessoas que ocupavam cargos importantes na área da saúde e estavam envolvidas no manejo da situação.^{1,13,16,17,18}

Outro aspecto que determina grande parte do enfrentamento ao contexto pandêmico é a postura do Estado e como esse se relaciona com o posicionamento científico. Nesse sentido, pode-se perceber que os discursos se encontram – ciência e política de mãos dadas – e, em dado momento, separam-se e acarretam conflitos.^{13,17,18} Soma-se o fato que a retórica científica, ainda que adaptada da forma mais didática, pode-se apresentar como um empecilho ao entendimento do povo, o que abre brechas para o surgimento de alternativas populares para enfrentar o desconhecido.^{1,7} Por vezes, o próprio discurso médico acaba por apresentar falas imprecisas e contraditórias, revelando a tamanha problemática que o enfrentamento a uma doença nova e desconhecida representa.^{6,13,19}

Frente ao exposto, o objetivo do trabalho é analisar de forma crítica-reflexiva a literatura científica e construir um paralelo entre a pandemia do novo coronavírus e a Gripe Espanhola no Brasil. Trata-se de uma problematização acerca da temática, cuja finalidade é retratar e comparar as diferentes dimensões – social, política, científica – que o fenômeno pandêmico representa para a sociedade brasileira em diferentes momentos.

CHEGADA DA DOENÇA, DISSEMINAÇÃO E DESIGUALDADES

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a reportar um caso de COVID-19 no dia 26 de fevereiro de 2020, cujo infectado era um homem que retornava da Itália e se encontrava em São Paulo.^{2,20} Desde então, as notificações começaram a aumentar em todo país, porém deve-se ressaltar que os primeiros casos e mortes ocorreram na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro.³ A explicação para isso é o fato dessas cidades serem consideradas portas de entrada para o Brasil: são o destino da maior parte dos voos da Europa e Estados Unidos, possuem alto fluxo de passageiros internacionais, bem como possuem a maior concentração de voos domésticos do país e dinâmicas socioeconômicas de alta conectividade com outros centros urbanos – fato que favorece a disseminação da doença para outros estados.³

No geral, os primeiros casos foram reportados nas capitais brasileiras e, a partir daí, apresentaram disseminação para regiões mais longínquas em um processo de interiorização: dos grandes centros para áreas menos desenvolvidas através da transmissão comunitária. Um exemplo disso foi constatado por um estudo realizado no estado do Ceará perante a análise espacial dos casos, com o qual demonstrouse que as taxas de contaminação são maiores na Capital e na região metropolitana – aproximadamente 85% dos casos, ainda que já possam ser notadas marcas de interiorização da COVID-19.²⁰

A Gripe Espanhola, que os brasileiros só conheciam até então por meio de raras notícias vindas da Europa, chega ao Brasil, de acordo com as fontes da época, em setembro de 1918 pelo navio inglês Demerara que atracou em Salvador, Recife e Rio de Janeiro.^{9,21} Um mês depois, notícias de São Paulo indicavam a presença de vários suspeitos e o primeiro

caso confirmado: um estudante vindo do Rio de Janeiro.¹ Em novembro, todo país era considerado enfermo, abalando o sistema de saúde, médicos e a população.²¹

Tal disseminação se assemelha muito com a atual: locais de maior fluxo – como os portos onde o navio Demerara atracou e desembarcou passageiros e tripulantes, que recebiam pessoas que haviam viajado ao exterior propiciaram a entrada da doença no território brasileiro. Aos poucos, a Gripe Espanhola seguiu o processo de interiorização, a exemplo da Bahia, cuja transmissão se deu a partir de Salvador pelos pontos de conectividade socioeconômicos: rios e estradas de ferro.⁹ Ressalta-se que o contexto do mundo contemporâneo e globalizado implica em aceleração e maior quantidade de contatos entre as pessoas, o que propicia um potencial de propagação de uma epidemia de forma mais rápida, ainda que a trajetória de disseminação possua uma dinâmica parecida.²²

Ao passo que a COVID-19 se interioriza no território brasileiro, percebe-se que a estatística varia de acordo com a vulnerabilidade da população e acesso da mesma aos serviços de saúde.³ Exemplo disso é que embora os primeiros casos tenham sido confirmados no eixo Rio de Janeiro e São Paulo, em final de abril a taxa de mortalidade no Amazonas era quase o dobro daqueles dois estados, o que sugere forte influência dos fatores sociais, demográficos e de assistência em seu contexto.³

Perante a assistência em saúde, Rio de Janeiro e São Paulo possuem aproximadamente 3 vezes mais leitos de UTI para cada 100.000 habitantes em comparação ao Amazonas.³ Em relação ao número de médicos, Manaus, a capital deste estado, possui 7 vezes menos médicos que as capitais do sul do Brasil.¹⁰ Por fim, levando em consideração a baixa quantidade de recursos humanos na capital e que a doença apresenta processo de interiorização, deve-se ressaltar que o número de médicos no interior do Amazonas é 10 vezes menor que o encontrado em Manaus, revelando a fragilidade da assistência em saúde.¹⁰

Os estados de Pernambuco e Ceará situados no nordeste brasileiro, também apresentam a relação entre maior mortalidade e vulnerabilidade social: possuem menos de 2 médicos por 1000 habitantes – comparados a taxa de aproximadamente 7 médicos para cada 1000 habitantes no Rio de Janeiro e São Paulo.³ Ainda que a vulnerabilidade fique evidente perante a comparação entre Estados, pode-se verificar a mesma disparidade dentro de um mesmo município. Exemplo disso é a cidade do Rio de Janeiro, cujas desigualdades sociais englobam condições de habitação, renda e estrutura demográfica – fatores que expõem os indivíduos a maior risco de adoecimento.²³ Um estudo realizado nesta cidade perante a vulnerabilidade intramunicipal à COVID-19 corrobora esse fato, uma vez que demonstrou que as áreas mais acometidas estão nas regiões Norte e Oeste do Rio de Janeiro, bem como em comunidades fixadas próximas a áreas nobres, como Rocinha e Cidade de Deus.²³

A Gripe Espanhola, por sua vez, foi veiculada, inicialmente, pela imprensa como uma doença “democrática”, assim como outras epidemias, em que o acometimento ocorria de forma independente de classes sociais.^{9,21} Porém, ao passo que a epidemia provocava mais vítimas, ficou claro que ela era muito mais letal em organismos debilitados devido a condições precárias de sobrevivência.^{1,21} Em outras palavras, era produto de um contexto de vulnerabilidade social daqueles indivíduos.

A maior parte dos serviços prestados à população durante a Gripe Espanhola estavam concentrados nos centros urbanos, deixando as pessoas aquém deste perímetro em grande carência.²¹ No Rio de Janeiro por exemplo, os subúrbios e cortiços foram atingidos intensamente, justamente por apresentarem frágil estrutura sanitária, bem como os indivíduos com maior deficiência nutricional e de saúde foram mais vitimizados.²¹ Além disso, ainda que o governo tenha tentado evitar, ocorreu uma grave crise de abastecimento na cidade que, se próximo ao centro urbano dificultava o acesso de alimentos, estes se tornaram escassos nos perímetros suburbanos, o que acarretou em saques de armazéns e depósitos de comida.^{1,9}

Da mesma forma que o acesso a alimentos foi dificultado nos perímetros distantes do centro urbano, não foi diferente com a assistência médica.¹ As estatísticas em diferentes locais do país demonstravam que as regiões mais distantes, cujo atendimento médico era quase inexistente, possuíam maior mortalidade.^{1,4} Por exemplo, a Faculdade de Medicina da Bahia formava médicos qualificados todo ano, porém poucos deles optavam por morar em cidades pequenas ou nas zonas rurais, resultando em um número reduzido de profissionais no interior.⁴

Quando a gripe espanhola espalhou-se pela Bahia, muitos moradores do interior do estado tinham o obstáculo de não possuir acesso a serviço médico e muito menos a qualquer serviço oficial de saúde, cuja solução seria submeter-se a uma longa e dispendiosa viagem para conseguir uma consulta na capital. Dessa forma, optavam por amenizar o sofrimento através das práticas de cura da medicina caseira ou na religião.⁴

SAÚDE PÚBLICA, ESTADO E DISCURSO CIENTÍFICO

O sistema de saúde brasileiro não estava preparado para enfrentar a Influenza, em 1918, nem o novo coronavírus, em 2020. Quando as duas doenças atingiram caráter pandêmico e chegaram ao país, evidenciaram que a medicina não pode ser o único artifício de combate contra a crise instalada pelas doenças. Desse modo, o Estado necessita adequar-se às diferenças sociais, políticas, econômicas e científicas, para criar e distribuir recursos de saúde pública, visto que o momento é capaz de revelar limitações e fragilidades desse serviço. No entanto, o Estado e o discurso médico nem sempre apresentam visões semelhantes do problema enfrentado, acarretando, por vezes, em discordâncias nas medidas de controle. Nesse âmbito, as enfermidades atingiram o Brasil em contextos diferentes de saúde pública, porém, geraram problemas semelhantes.

A gripe espanhola chega pouco depois do saber médico-sanitário e suas ideias voltadas para as doenças coletivas ter iniciado seu processo de estruturação, pois foi a emergente microbiologia do paradigma Pasteuriano que passou a fundamentar o modelo sanitário, justificando o isolamento, a quarentena, a vacinação, o monitoramento das águas, de alimentos, de bebidas e do controle de vários outros setores, práticas e atividades da sociedade.^{12,24} As políticas públicas, até então, tinham o foco em preservar a força de trabalho e criar condições básicas para a existência de cidades portuárias. Porém, esta lógica de acesso à saúde estava presente apenas nos locais que vivenciavam a

racionalidade capitalista, ao passo que muitos municípios do interior do país não contavam com a mesma estrutura na medicina e saúde pública.^{12,13}

Até 1920, época em que o medo das greves era maior do que o das doenças, as atuações das políticas públicas eram pautadas em campanhas sanitárias voltadas para problemas que ameaçassem as relações de produção, mesmo com as evoluções ocasionadas pela medicina científica e a atuação de Oswaldo Cruz na diretoria geral de saúde pública.¹² Foi à crise econômica dos anos 10 e sua posterior recessão por conta da Primeira Guerra Mundial que agravou os problemas da época, causando um ambiente propício para revoltas populares, além de gerar inquietação cultural e ideológica nos meios médicos-sanitários.¹² Nesse contexto, a chegada da gripe espanhola, em 1918, causou extensa crise, ao ponto de modificar a postura do Estado diante da situação, visto que pretendia manter a imagem de salubridade das cidades.¹²

Desse modo, esse momento levou o Governo Federal, no ano de 1919, a iniciar uma reforma no sistema de saúde nacional, criando o ministério da Saúde Pública dividido em: Saúde Pública, Prophylaxia Rural, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, além da emergência de um projeto de Organização Sanitária Nacional no início da década de 20, aumentando as atribuições do poder central nos assuntos relacionados à saúde pública.¹² Já em 2020, a luta contra o COVID-19 no Brasil tem como principal protagonista o Sistema Único de Saúde (SUS), presente na Constituição Federal de 1988, e instituído em 1990 o qual representa a democratização da saúde.⁵ Esse é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo e, por mais que tenha desafios, proporciona o acesso universal e a atenção integral com foco na qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. Além disso, realiza atendimentos e procedimentos de baixa, média e alta complexidade, bem como é responsável por serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilâncias epidemiológicas, sanitárias, ambientais e efetua assistência farmacêutica.⁵

O impacto da Gripe Espanhola e da COVID-19 no sistema de saúde brasileiro, ainda que separados por 100 anos de história e evolução, revelam muitos aspectos semelhantes. Porém, deve-se ressaltar que o comportamento negacionista de autoridades e da mídia frente à doença, no início de seu surgimento, foi mais presente na gripe Espanhola que na atualidade, uma vez que existe maior velocidade de disseminação de informações – científicas ou não – no mundo contemporâneo através dos novos meios de comunicação.^{22,24} Ainda que a influenza espanhola estivesse dizimando a população na Europa, com uma letalidade que posteriormente foi estimada entre vinte a trinta milhões de pessoas no mundo todo, a Diretoria Geral de Saúde Pública não tomou inicialmente nenhuma medida efetiva diante da doença.¹³

Por outro lado, em 2020, antes da chegada do novo coronavírus no Brasil, o Presidente da República já havia sancionado a Lei de Quarentena devido a declaração de situação de emergência pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse sentido, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz se mobilizaram a fim de capacitar tecnicamente representantes da América do Sul e Central para diagnóstico do novo coronavírus, bem como foi instalada a operação Regresso, cujo objetivo foi repatriar brasileiros localizados em Wuhan. Vale destacar que todas

estas medidas foram realizadas 19 dias antes da confirmação do primeiro caso, demonstrando que a reação do Estado frente à possibilidade do acometimento do território brasileiro foi mais ágil na pandemia da COVID-19 do que na Influenza Espanhola.²

É importante ressaltar que, após a chegada do novo coronavírus no Brasil, o Ministério da Saúde reforçou a importância da higiene, da etiqueta respiratória e defendeu o isolamento social, ainda que o consequente fechamento de escolas e serviços tenha sido fruto de embates com o Governo federal devido ao impacto econômico.¹⁷ Por outro lado, após a chegada da Gripe Espanhola no território brasileiro, o diretor geral de saúde Pública posicionou-se afirmando que a passagem da doença pelo país seria benigna e sem maior relevância, porém, o aumento no número de mortos tornou impossível negar a letalidade da gripe.^{1,13} Da mesma forma, em início de Outubro de 1918, os jornais noticiaram que a Academia Nacional de Medicina posicionou-se enfatizando a benignidade da gripe: “simples influenza”.¹³ É curioso notar que, ainda que o Estadotenha reagido com maior prontidão e eficácia à ameaça da COVID-19 em relação a Espanhola, o Presidente da República, em Março de 2020, referiu-se à nova doença de forma semelhante às entidades de saúde em 1918: afirmou que ela seria uma “gripezinha”.²⁵

Fica evidente que, ao analisar o comportamento das autoridades de saúde em ambas pandemias, suas falas e posicionamentos são influenciados pela política e opinião pública, bem como momentos críticos podem alcançar uma limiar de tensão que resulta em demissões como, por exemplo, do Ministro da Saúde em 2020 e do Diretor Geral de Saúde Pública em 1918. Nesse sentido, durante a gripe espanhola, Carlos Seidl sucumbiu devido pressão da opinião pública e da imprensa, uma vez que foi acusado de estar inerte frente à doença, sendo substituído por Teófilo Torres, que visou atenuar os problemas de atendimento médico através, por exemplo, da transformação fábricas e repartições públicas em postos de socorro.¹³ Já na pandemia do novo coronavírus, o antigo ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta foi demitido devido ao posicionamento divergente perante a ideia de flexibilização econômica defendida pelo Governo Federal.^{13,17} Vale ressaltar que o embate perante os discursos de flexibilização do isolamento em prol da economia brasileira ocorreu nas duas pandemias e reduziu a efetividade das ações públicas no país, como será comentado adiante. Posteriormente, Nelson Teich assumiu o Ministério da Saúde em 2020, porém, após divergências no uso da cloroquina defendido pelo Presidente da República e suas implicações na condução do sistema de saúde, foi substituído pelo General Eduardo Pazuello, cujo objetivo foi solucionar a cisão entre discurso político e o técnico-científico.¹⁸ Por fim, a postura deste último Ministério apresenta semelhança com as autoridades da Gripe Espanhola e seus órgãos de imprensa, uma vez que optou por não divulgar e apagar dados do site oficial da COVID-19, revelando a adoção de uma postura negacionista que visou atenuar o impacto da doença e resultou em repercussão mundial perante o episódio.^{1,15,26,27}

Ainda que tenham ocorrido avanços médicos, a COVID-19 chegou ao Brasil ainda sem tratamento efetivo protocolado e com incógnitas em relação às suas características patológicas, por mais que já se soubesse o agente etiológico, enquanto na Gripe Espanhola nem este último sabia.^{13,24} O rápido contágio e a elevação brusca

de números de ambas pandemias em território brasileiro demonstrou a ineficácia de parte das medidas tomadas pelos responsáveis pela saúde pública desafiados por estes episódios. É curioso notar que, frente à necessidade de enfrentar uma doença nova e a demora da ciência para fornecer respostas, os próprios governos cederam uso de medicamentos sem comprovação científica. Em 1918, o quinino passou a ser receitado por médicos e distribuído pelo governo, ainda que não existisse comprovação terapêutica ou conhecimento sobre os perigos frente a sua ingestão sem controle, bem como a Diretoria Geral de Saúde forneceu essência de canela à população como tentativa de atenuar o impacto da gripe.¹ Já em 2020, a hidroxicloroquina e a azitromicina passaram a fazer parte de protocolos do Sistema de Saúde para o manejo de pacientes contaminados pelo novo coronavírus mesmo sem estudos rígidos que comprovassem sua eficácia terapêutica, o que resultou no posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em que requisitava a retirada destes medicamentos, demonstrando contradição no discurso dentro de órgãos de saúde que, a priori, devem ter embasamento técnico-científico.^{6,18}

Esse cenário de incertezas que resultou na recomendação oficial de medidas sem comprovação científica também propiciou que crenças populares se disseminassem na sociedade brasileira. Durante a pandemia da influenza em 1918, eram sugeridos, através de jornais ou por meio do discurso de profissionais da saúde, o uso de remédio caseiro a base de limão, canela, alho, cebola e folhas de eucalipto. Tal fenômeno repete-se na epidemia de 2020, por exemplo, através da recomendação do uso de água quente com vinagre na prevenção ou da informação que a COVID-19 poderia ser curada através de uma tigela de água de alho recém fervida, entre outras inúmeras receitas de remédios caseiros que surgem diariamente em grupos nas mídias sociais.⁷ A disseminação dessas falsas informações com intuito enganoso – também chamadas de Fake News – ganha maior alcance com o advento da Internet, mas também ocorreram nos anos 20. Porém, em 1918, era a imprensa, e por vezes até mesmo as autoridades de saúde, que assumiam o papel de defender e propagar o uso de caldo de galinha, ovos, limões e quinino no combate à Gripe Espanhola.⁷ Por fim, deve-se destacar que recentemente o Ministério da Saúde criou o projeto online “Saúde sem Fake News” a fim de esclarecer o que é comprovado cientificamente e o que é fonte de desinformação, cuja explicação pela qual cada fake news é, de fato, falsa, está localizada em um site de fácil acesso para a população.⁸

É importante notar que em relação às orientações oficiais do Estado sobre a prevenção também ocorrem similaridades e divergências. Durante a Gripe Espanhola, os órgãos de saúde optaram por aconselhar o método indicado pelo Departamento de Saúde de Nova York, enquanto em 2020 o Ministério da Saúde possui suas próprias orientações.^{13,14} O não compartilhamento de utensílios de uso pessoal e recomendação de cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar está presente nas recomendações dos dois momentos, ainda que tenha sido ressaltada a necessidade de evitar tocar olhos, nariz e boca antes da higiene das mãos na pandemia da COVID-19, a fim de evitar a autoinoculação.^{13,14} Por outro lado, as recomendações de higiene pessoal possuem peculiaridades devido a aquisição de conhecimento frente a disseminação de doenças infectocontagiosas, uma vez que durante a espanhola eram orientados cuidados higiênicos

com a mucosa nasofaríngea, enquanto em 2020 recomenda-se higienizar com frequência o celular e os brinquedos das crianças, manter os ambientes limpos e lavar com frequência as mãos até a altura dos punhos – o que demonstra maior compreensão acerca da transmissão do agente etiológico.^{13,14}

Durante a Influenza Espanhola era aconselhado manter distância daqueles que não tomassem a precaução adequada enquanto que, em 2020, as orientações foram mais abrangentes, englobando uma série de cuidados perante o contato físico: manter distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando, evitar abraços, beijos e apertos de mãos, bem como evitar contato com outras pessoas se estiver contaminado – principalmente idosos e doentes crônicos, ficar em casa até melhorar e utilizar máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência.^{13,14} Também, nas duas pandemias foi recomendado evitar aglomerações, não fazer visitas e evitar circulação desnecessária.^{13,14} Porém, os desdobramentos das medidas de distanciamento social são pontos à parte.

No que se refere à adoção – ou não – do isolamento social, faz-se notar que a medida seguiu caminhos opostos durante o curso das duas pandemias no Brasil. Diferente do embate durante a pandemia do COVID-19 entre Ministério da Saúde e Governo Federal, no ano de 1918, o governo e os órgãos de saúde, inicialmente, convergiram e orientaram apenas providências usuais: isolamento dos doentes, desinfecção de navios e bagagens, proibição do desembarque de passageiros em trânsito e aparelhamentos, além de aconselharem à população para evitar locais de aglomeração.¹ Porém, o isolamento de parcela dos brasileiros em suas casas deu-se pela sensação de medo ocasionada pelo aumento do número de mortes.¹⁵ Essas, forçaram o fechamento do comércio e das indústrias, bem como a interrupção dos serviços públicos, mesmo com a resistência por parte de certos chefes – que por sinal ocorreu em ambas pandemias, devido ao receio e pela própria falta de pessoal, visto o elevado grau de contaminação e óbitos.^{1,15} Foi nesse momento que a mudança de atitude dos políticos e dos órgãos de saúde frente à pandemia ocorreu. Em Sorocaba, por exemplo, foi imposta a restrição de horários e o fechamento de clubes, medidas que se assemelham as preconizadas inicialmente pelo Ministério da Saúde no combate à COVID-19.¹⁵ Como consequência do embate em relação ao isolamento e suas repercussões – fechamento de comércio, indústrias, escolas e outros – o número de casos e mortes cresceu de forma exponencial, sem que a medida fosse implementada em sua totalidade.

Em relação aos registros de vítimas da doença, entende-se que há uma visão parcial dos dados de casos e óbitos em ambas as pandemias devido à subnotificação. Durante a Gripe Espanhola, utilizavam-se os números dos registros de mortalidade, mas nem todo doente falecia, além disso, a influenza não era uma doença de notificação obrigatória antes da pandemia. Soma-se o fato de que nem todos os doentes tinham acesso aos serviços de saúde e faltavam funcionários na Repartição de Estatística Demógrafo-Sanitária, fatores que levaram à clara discrepância entre o número de enterros e o número de óbitos registrados.^{24,26,28} Nos dias de hoje, os números declarados sobre a COVID-19 aspiram incertezas, visto que existem discordâncias entre as taxas apresentadas por outros países e as do Brasil e, apesar de

haver testagem de pacientes sintomáticos ou contactantes, há evidente falta de testes diagnósticos para a população.^{29,30}

A atribuição de outras causas-morte às causadas pela doença parece ter ocorrido nos dois momentos da realidade brasileira. Durante a influenza, infecções secundárias como a pneumonia e a broncopneumonia eram utilizadas como diagnóstico, ainda que essas fossem manifestações da mesma, bem como, muitas vezes definiam as mortes da gripe espanhola como causas naturais devido ao fato de que os distritos suburbanos não contavam com serviços médicos permanentes.^{26,28} Atualmente, apesar do serviço de vigilância de óbitos das Secretarias Municipais de Saúde utilizar metodologia padronizada internacionalmente para seleção da causa subjacente do óbito, existem evidências de que óbitos por pneumonia, síndrome respiratória aguda grave, insuficiência respiratória, septicemia e causas mal definidas tenham ocorrido por conta do novo coronavírus.^{29,30}

Por fim, o Brasil presenciou cenas trágicas em ambas as pandemias devido ao colapso do sistema de saúde. Na Gripe Espanhola, os cadáveres encontravam-se atirados na rua e o odor fétido contaminava o ar da cidade, paisagem nefasta que acometeu até as regiões mais desenvolvidas da época, como o caso do Rio de Janeiro, tendo sido o próprio Presidente da República Rodrigues Alves vítima da doença.¹³ Na COVID-19, por sua vez, a elevada quantidade de óbitos e o sistema de saúde saturado pode ser ilustrado e sintetizado através da aquisição de câmaras frigoríficas no Amazonas, a fim de armazenar corpos das vítimas da doença.¹⁶

CONCLUSÃO

Nota-se que, apesar da evolução em âmbito social, científico e político que ocorreu durante o período secular que separa a Gripe Espanhola e a pandemia da COVID-19, a percepção defendida por Maquiavel de que a história se repete em seus pontos fundamentais e a máxima popular “a história é cíclica” assumem papel de destaque nessa comparação: organizações sociais distintas com desfechos similares frente a uma doença infectocontagiosa. Os remédios caseiros, as notícias falsas, a sensação de impotência da medicina, o medo e a vulnerabilidade social são denominadores comuns nos dois contextos, ainda que o século XXI seja reconhecido pelo início de um processo de democratização do acesso à educação e do combate das iniquidades.

Em relação às vulnerabilidades, tanto o passado quanto o presente expuseram o abismo social histórico intrínseco à sociedade brasileira, cujas diferenças, sejam estas evidentes ou latentes, foram expostas através de números e estatísticas que revelaram a tamanha desproporção na estrutura social e no acesso a serviços de saúde no Brasil, em que até o impacto de uma doença infectocontagiosa segue o ritmo da desigualdade social: sofre mais quem tem menos. Por outro lado, fica evidente que a problemática cursa com diferentes narrativas da mesma história, o que acarreta no surgimento de modos de enfrentamento distintos e suas respectivas soluções. Assim, o discurso político, científico e o popular acarretam em conflitos semelhantes e até em demissões de cargos equivalentes em épocas distintas.

Dessa forma, a compreensão dos fenômenos, suas semelhanças e diferenças, que assolaram a sociedade brasileira em dois momentos distintos possibilita a reflexão acerca da estrutura social, do Estado e dos protagonistas

que o compõem. É por meio da análise de situações de crise que as fragilidades ficam evidentes e, portanto, surge a oportunidade de reestruturação através do estímulo ao debate e da construção do conhecimento entre aqueles que constituem a sociedade, possibilitando a prevenção de equívocos comuns em outras prováveis pandemias futuras. Assim sendo, o presente trabalho contempla o objetivo de incitar estareflexão, contribuindo para educação médica em seu eixo histórico e sociocultural.

REFERÊNCIAS

- Santos RA. O Carnaval, a peste e a ‘espanhola’ [Internet]. *Hist cienc saúde-Manguinhos*. 2006Mar [citado em 15 Jul 2020];13(1):129-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n1/08.pdf>
- Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus [Internet]. Ministério da Saúde. [citado 5 Ago 2020]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>
- Souza CDF, Santana GBA, Leal TC et al. Spatiotemporal evolution of coronavirus disease 2019 mortality in Brazil in 2020 [Internet]. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020 Jul [citado em 19 Jul 2020]; 53:e20200282:1-3. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822020000100912
- Mahony MA. Epidemia como desafio sociopolítico: a gripe espanhola na Bahia [Internet]. *Hist cienc saúde-Manguinhos*. 2012 [citado em 27 Jul 2020];19(4):1341-1343. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000400014&lng=en&nrn=iso
- Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. Ministério da Saúde. [citado em 5 Ago 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
- Brasil. Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19 [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 15 Jul 2020]. 36 p. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/COVID-FINAL-16JUNHO-Livreto-1-V3.pdf>
- Albuquerque C. „Fake news circularam na imprensa durante surto de gripe espanhola no Rio em 1918 [Internet]. *Fiocruz*. 2020 [citado em 13 Jul 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fake-news-circularam-na-imprensa-durante-surto-de-gripe-espanhola-no-rio-em-1918>
- Saúde Sem Fake News [Internet]. Ministério da Saúde; 2020 [citado 13 Jul 2020]. Disponível: <https://www.saude.gov.br/fakenews>
- Souza CMC. A gripe espanhola na Bahia de todos os santos: entre os ritos da ciência e os da fé [Internet]. *Dynamis*. 2010 Fev [citado em 11 Jul 2020];30:41-63. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362010000100002
- Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate* [Internet]. Set 2018 [citado em 12 Jul 2020]; 42(spe1): 81-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500081&lng=en
- Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil [Internet]. *Rev bras educ med*. 2014 Ago [citado em 5 Jul 2020];38(4):451-459. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000400006&script=sci_abstract&lng=pt
- Galvão MAM. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930 [Internet]. *Cader de Tex do Depart de Ciên Méd da Escol da Farm da Univ Fed de Our Pret*. 2009[citado em 18 Jul 2020];1-33. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8959434-Origem-das-politicas-de-saude-publica-no-brasil-do-brasil-colonia-a-1930.html>
- Brito NA. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. *Hist cienc saúde-Manguinhos*. 1997 Jun [citado em 23 Jul 2020]; 4(1):11-30. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000100002&script=sci_abstract&lng=pt
- Sobre a doença: Como se proteger [Internet]. Ministério da Saúde; 2020 [citado em 10 Jul 2020]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger>
- Dall Ava JP, Mota A. A gripe espanhola em Sorocaba e o caso da fábrica Santa Rosália, 1918: contribuições da história local ao estudo das epidemias no Brasil [Internet]. *Hist cienc saúde-Manguinhos*. 2017 Abr [citado em 23 Jul 2020];4(2):429-446. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000200429&lng=pt&lng=pt
- Amazonas usará contêiner frigorífico para mortos com coronavírus [Internet]. *Estadão Conteúdo*; 2020 [citado em 6 Jul 2020]. Disponível em: <https://exame.com/brasil/amazonas-usara-conteiner-frigorifico-para-mortos-com-coronavirus/>
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 05 Jun 2020 [citado em 6 Jul 2020];25 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext
- Para Teich, recontagem de casos de Covid-19 vai indicar mais mortes [Internet]. *CNN*; 08 Jun 2020 [citado em 14 Jul 2020]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/06/08/para-teich-recontagem-de-casos-de-covid-19-vai-indicar-mais-mortes>
- Recomendação Nº 042 [Internet]. Conselho Nacional de Saúde; 22 Mai 2020 [citado em 7 Jul 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-maio-de-2020>
- Pedrosa Nathália Lima, Albuquerque Nila Larisse Silva de. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Jun [citado 2020 Ago 05]; 25(Suppl 1): 2461-2468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702461&lng=pt. Epub 05-Jun-2020.
- Goulart AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *HistCienc Saude Manguinhos* [Internet]. Abr 2005 [citado em 12 Jul 2020]; 12(1): 101-142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000100006&lng=en
- Czeresnia D. Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. *Cad Saude Publica* [Internet]. Set/Out 2005 [citado em 7

- Jul 2020];21(5) Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500040
23. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: Uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 18 Mai 2020 [citado em 12 Jul 2020];36(5) Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000506001
 24. Duarte IG. O código sanitário estadual de 1918 e a epidemia de gripe espanhola. *Cad. hist. ciênc* [Internet]. Jun 2009 [citado em 10 Jul 2020];5(1) Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342009000100004&lng=en&nrm=iso&ctlng=en
 25. Phillips T. Brazil's Jair Bolsonaro says coronavirus crisis is a media trick [Internet]. Rio de Janeiro: The Guardian; 23 Mar 2020 [citado 10 Jul 2020]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/23/brazils-jair-bolsonaro-says-coronavirus-crisis-is-a-media-trick>
 26. Olinto BA. “Uma Epidemia sem Importância” A Influenza Espanhola e o Colapso do Sistema de Saúde no Sul do Brasil, 1918. *Quipu* [Internet]. Set/Dez 1993 [citado em 10 Jul 2020];10:285-303. Disponível em: www.academia.edu/38377850/Uma_epidemia_sem_import%C3%A2ncia_a_Influenza_Espanhola_e_o_colapso_do_sistema_de_sa%C3%BAde_no_sul_do_Brasil_1918
 27. Phillips D. Brazil stops releasing Covid-19 death toll and wipes data from official site [Internet]. Rio de Janeiro: The Guardian; 07 Jun 2020 [citado em 10 Jul 2020]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/07/brazil-stops-releasing-covid-19-death-toll-and-wipes-data-from-official-site>
 28. Souza CMC. As dimensões político-sociais de uma epidemia: a paulicéia desvairada pela gripe espanhola. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. Ago 2005 [citado em 12 Jul 2020]; 12(2):567-573. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200023&lng=en
 29. Gate R. Análise Subnotificação [Internet]. 11 Abr 2020 [citado em 12 Jul 2020]. Disponível em: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/analise-subnotificacao/>
 30. França EB, Ishitani LH, Teixeira RA, Abreu DMX, Corrêa PRL, Marinho F, et al. Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando?. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 22 Jun 2020 [citado em 12 Jul 2020]; Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200053/>