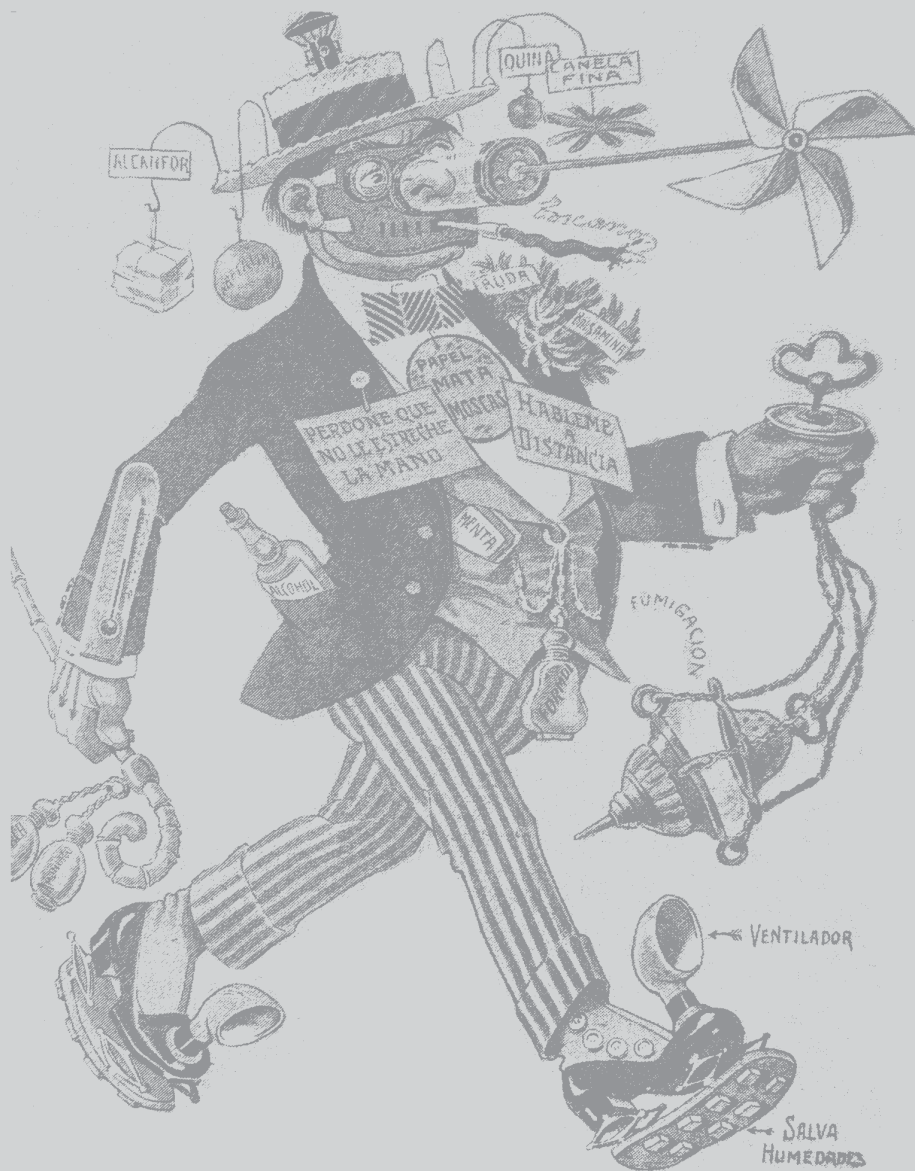


A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009

The flu far and near: comparing the 1918 and 2009 pandemics



ALVAREZ, Adriana et al. A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online]. ahead of print, p.0-0.

Resumo

Neste debate, historiadores latino-americanos comparam a pandemia de gripe de 1918-1919 com a que varre o continente em 2009, sobretudo as experiências de México, Argentina e Brasil. Analisam as estratégias adotadas nos dois momentos, com ênfase em isolamento, vigilância em portos e aeroportos, intervenções nas cidades. Comparam a atuação dos Estados nacionais e governos locais, a posição dos médicos e dos meios de comunicação e o comportamento das populações, especialmente no tocante ao medo e à morte. Analisam o desempenho das estruturas de assistência às populações e as medidas terapêuticas e profiláticas recomendadas por órgãos públicos de saúde, por interesses privados ligados à venda de medicamentos e pelas medicinas populares e caseiras. O debate trata, ainda, da influência que a experiência de 1918 teve sobre as avaliações da crise atual, bem como do legado que deixará para o futuro.

Palavras-chave: gripe suína; gripe Espanhola; Influenza A (H1N1); história das doenças; América Latina.

Abstract

In this debate, Latin American historians compare the 1918-1919 flu pandemic with the one sweeping the continent in 2009, focusing especially on the experiences in Mexico, Argentina, and Brazil. They analyze the strategies adopted on both occasions, above all isolation measures, port and airport surveillance, and urban interventions. Comparisons are drawn between the actions of federal and local governments, positions taken by doctors and the media, and people's behavior, particularly regarding fear and death. The debaters also analyze the performance of assistance structures, the treatment and prevention measures recommended by public health agencies and private groups with a vested interest in drug sales, and popular and home remedies. The debate extends to how the 1918 experience has influenced the evaluation of today's crisis and what legacy it may leave behind.

Keywords: swine flu; Spanish flu; influenza A (H1N1); history of diseases; Latin America.

Adriana Alvarez

Pesquisadora do Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet); professora da Universidad Nacional de Mar del Plata; co-diretora do Grupo de Investigación Hisa
Funes, 3350, cuerpo 3
7600 – Mar del Plata – Buenos Aires – Argentina
acalvare@mdp.edu.ar

Claudio Bertolli Filho

Docente do Programa de Educação para a Ciência e do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade Estadual Paulista
Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14/01
17033-360 – Bauru – SP – Brasil
cbertolli@uol.com.br

Adrián Carbonetti

Pesquisador do Conicet; professor da Escuela de Historia de la Facultad de Filosofía y Humanidades e do Centro de Estudios Avanzados/Universidad Nacional de Córdoba
Rómulo Carbia, 2771
5008 – Córdoba – Argentina
acarbonetti@cea.unc.edu.ar

Liane Maria Bertucci-Martins

Professora do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação/Universidade Federal do Paraná
Rua General Carneiro, 460/5. andar
80060-150 – Curitiba – PR – Brasil
liane@ufpr.br

Ana María Carrillo

Professora do Departamento de Salud Pública/Facultad de Medicina/Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Edificio B/6º piso
04510 – México D.F – México
farga@servidor.unam.mx

Nara Azevedo

Diretora e pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365, Prédio do Relógio
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
nazevedo@fiocruz.br

Christiane Maria Cruz de Souza

Professora e pesquisadora do Núcleo de Tecnologia e Saúde/ Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia.
Rua Oscar Carrascosa, 160/201
40130-010 – Salvador – BA – Brasil
christianecruz@hotmail.com

Nesta edição de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, convidamos alguns historiadores latino-americanos, com trabalhos já publicados sobre a gripe de 1918-1919, para que desenvolvessem análises comparativas com a pandemia que varreu o continente americano no corrente ano. No texto apresentado a seguir, os leitores encontrarão informações, *insights* e especulações muito interessantes sobre o desenrolar dessas crises médico-sociais em três países fortemente atingidos na atual pandemia: México, Argentina e Brasil.

Em artigo publicado na revista *Tempo*, Oswaldo Porto Rocha, amigo querido que morreu precocemente, e sua companheira Maria Luiza comentam cenas descritas pelos escritores Pedro Nava e Nelson Rodrigues, que vivenciaram o impacto da gripe no Rio de Janeiro da *Belle Époque*.¹ Naquele Rio ainda machadiano dos lampiões, bondes e enterros residenciais, as avenidas e palacetes há pouco edificadas resplandeciam como testemunhos de uma época em que a ciência médica de Pasteur e Oswaldo Cruz² parecia ter derrotado as ‘pestes’ urbanas e prometia, agora, vencer as mazelas rurais. A gripe que se avizinhou por navios, antecedida por nervosas notícias propagadas pelo telégrafo, pareceu aos cariocas, a princípio, tão remota quanto os horrores da guerra mundial que chegaria ao fim em novembro daquele ano de 1918. Mas entre setembro e novembro, verdadeiro cataclismo se abateu sobre a capital brasileira. “O sujeito morria nos lugares mais impróprios, insuspeitados: – na varanda, na janela, na calçada, na esquina, no botequim. ... Muitos caíam rente ao meio fio, com a cara enfiada no ralo. ... Nem um vira-latas vinha lambê-los”. E adiante Nelson Rodrigues comenta: “vinha o caminhão de limpeza pública e ia recolhendo e empilhando os defuntos. ... Muitos ainda viviam, mas nem família nem coveiros, ninguém tinha paciência. Ia alguém para o portão gritar para a carroça de lixo: – Aqui tem um, aqui tem um”.³ A cidade parou. Colégios, quartéis, fábricas, igrejas e boa parte do comércio interromperam suas atividades. Nava descreve a penúria enfrentada até mesmo pela classe média, que assistia apavorada aos “ataques a padarias, armazéns e bodegas por aglomerados de esfaimados e convalescentes esqueléticos, roubando e tossindo”.⁴

Transcrevo essas impressões, escolhidas entre muitas outras igualmente dantescas, para induzir um lampejo na mente do leitor a respeito da tragédia coletiva vivida então. Durante a Primeira Guerra Mundial, estima-se que tenham morrido 15 milhões de pessoas, sendo 9,2 milhões em combate. Não se sabe quantos morreram de gripe no mundo inteiro; os cálculos oscilam entre vinte e cem milhões.⁵ Só em outubro de 1918, foram notificados 930 óbitos de gripe na cidade do Rio de Janeiro, registra Goulart.⁶ É quase o equivalente ao

¹ Rocha, Oswaldo Porto, Rocha, Maria Luiza Burlamaqui Soares Porto, Quando a História se cala: memórias da Espanhola, *Tempo*, v.12, n.23, 2007, p.201-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-77042007000200013&script=sci_arttext.

² Falecido em 11 de fevereiro de 1917.

³ Rodrigues, Nelson, *Memórias de Nelson Rodrigues*, Rio de Janeiro, Ed. Correio da Manhã, 1967, p.73-74.

⁴ Nava, Pedro, *Chão de ferro*, Rio de Janeiro, José Olympio Editora, 1976, p.202.

⁵ Kolata, Gina, *Gripe: a história da pandemia de 1918*, São Paulo, Editora Record, p.17.

⁶ Goulart, Adriana da Costa, Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.101-142, 2005, p.101-142; p.105.

número de mortos em todo o Brasil, em consequência da epidemia que irrompeu em abril de 2009: 1.047, segundo a *Folha de S. Paulo* de 23 de setembro deste ano.

A gripe hoje viaja por aviões, as notícias propagam-se quase em tempo real, as pessoas morrem principalmente em hospitais, em sua maioria péssimos mas integrados a uma rede de instituições médico-sanitárias muito mais densa que a de 1918-1919, e, de uma forma ou de outra, mobilizada pela saúde pública internacional, incipiente na epidemia anterior. Essas realidades novas não impediram a repetição de práticas médicas e comportamentos sociais que nos aproximam daquela outra crise sanitária, muitíssimo mais grave. As novas realidades incluem a virologia, disciplina então inexistente, e o conhecimento muito sofisticado dos vírus causadores dos vários tipos de gripe que acometem os hospedeiros humanos e outros vertebrados. Isso traz a reboque medicamentos que não existiam e a perspectiva próxima de uma vacina, que não se conseguiu fazer com os recursos proporcionados pela microbiologia de 1918⁷, ainda que ela tenha contribuído para reduzir o papel das doenças na Primeira Guerra Mundial, deixando o morticínio a cargo sobretudo das armas, do engenho e da maldade humanas. São muitas as realidades novas, mas elas coexistem com estratégias ‘arcaicas’ de enfrentamento de doenças infecciosas – os antiquíssimos cordões sanitários, as quarentenas –, ainda que os atuais recursos de detecção e informação, de âmbito mundial, sejam incomparáveis aos dos tempos de nossos avós e bisavós. Tais recursos colaboraram para propagar a expectativa de que a humanidade experimentaria outro desastre, equivalente ao de 1918.

Remeto os leitores a excelente material compilado em “Nature Reports: Avian Flu” (<http://www.nature.com/avianflu/index.html>), especialmente a linha do tempo (<http://www.nature.com/avianflu/timeline/index.html>), que remonta à pandemia de influenza de 1890, registra as de 1957 e 1968 e nos leva ao começo de 1999, quando a origem das várias cepas de vírus influenza começou a ser decifrada com as ferramentas da biologia molecular, graças a estudos feitos com corpos de vítimas da pandemia de 1918 enterrados no Alasca, em solo *permafrost* (constituído por terra, gelo e rochas permanentemente congelados). Com base no tecido de um dos cadáveres exumados na tundra alasca e em lâminas preparadas com tecido de pulmão colhido em autópsias e arquivadas no Instituto de Patologia das Forças Armadas norte-americanas, Ann H. Reid e colaboradores sequenciaram o gene uma das proteínas do revestimento externo do vírus de 1918.⁸

“De repente, passou a gripe – escreveu Nelson Rodrigues. – A peste deixara nos sobreviventes não o medo, não o espanto, não o ressentimento, mas o puro tédio da morte. Lembro-me de um vizinho perguntando: – quem não morreu na Espanhola? E ninguém percebeu que uma cidade morria, que o Rio machadiano estava entre os finados.

⁷ Ver, a respeito, Eyler, John M., The fog of research: influenza vaccine trials during the 1918-19 pandemic, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, New Haven, v.64, n.4, 2009, p.401-428.

⁸ Reid, Ann H. et al., Origin and evolution of the 1918 ‘Spanish’ influenza virus hemagglutinin gene, *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States, Washington*, v.96, n.4, Feb. 16, 1999, p.1651-1656. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/96/4/1651.full.pdf+html>.

Ver também Taubenberger, Jeffery K., Reid, Ann H., Fanning, Thomas G., À caça do vírus da gripe assassina. *Scientific American do Brasil*, edição 35 - Abril 2005. Disponível em http://www2.uol.com.br/sciam/reportagens/a_caca_do_virus_da_gripe_assassina_imprimir.html

Alvarez, Adriana et al.

Uma outra cidade ia nascer. Logo depois, explodiu o carnaval. E foi um desabamento de usos, costumes, valores, pudores”.⁹

Pois agora também a epidemia se esvai e o carnaval se aproxima. O desabamento de valores e costumes fica, hoje, por conta de outras mazelas, com destaque para as de ordem política. E o que aprendemos com a experiência recente? O que ambas as crises, a de 1918 e a de 2009, legam aos que nos sucederão?

É o que tentam responder, a seguir, os debatedores.

Jaime L. Benchimol
Organizador



⁹ Rodrigues, Nelson, op.cit., p.74.

Por mais que pesquisas sejam desenvolvidas, e apesar de 92 países constarem na rede orquestrada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), totalizando 122 laboratórios em 2009, é doloroso constatar a impotência de médicos e da medicina perante a gripe em pleno século XXI. Milhares de pessoas ainda morrem dela. Especialistas das mais diferentes formações propõem estratégias, nem sempre coincidentes, para enfrentar o deus-nos-acuda de uma nova pandemia, que agora se propaga com mais rapidez que no passado. Que associações ou comparações podemos fazer entre a conjuntura atual e aquela de 1918, em que reinou a chamada gripe Espanhola? Pensando nos casos brasileiro, mexicano, norte-americano e argentino, são muito diferentes as formas de registro, por autoridades sanitárias e meios de comunicação, da efetiva presença da pandemia? Há diferenças notáveis no comportamento dos grupos que controlam o Estado nacional e os governos locais? A posição dos médicos e o comportamento da população prestam-se a observações comparativas relevantes?

Ana María Carrillo – En primer lugar, consideraría importante dejar de llamar ‘española’ a la pandemia de 1918. Si bien el lugar en que ésta comenzó aún se discute, parece haber acuerdo en que no fue España. Algunos historiadores piensan que tuvo su origen en Francia; pero la mayoría la ubican en campos de Kansas y Texas donde los soldados estadounidenses se preparaban para unirse a las tropas aliadas. Se le llamó influenza española, pues, tratando de evitar el desánimo de las tropas y de las poblaciones, se censuró la difusión de esas noticias en la prensa de los países combatientes en la Primera Guerra Mundial; pero España – que no participaba en la contienda – no impuso esa censura, por lo que muchos creyeron que era el origen de la pandemia. Aunque esta información es conocida, vale la pena insistir en ella en vista de que en la pandemia actual la prensa médica y la política han vuelto a esa denominación.

Agregar gentilicios a las enfermedades nos da con frecuencia una idea equivocada del verdadero origen de las epidemias y hace ver como ‘culpables’ a determinados países o regiones. El cólera ‘asiático’ del siglo XIX es hoy para la medicina solo ‘cólera’. Sin duda, la enfermedad era endémica en el valle del Ganges, pero Asa Briggs¹⁰ y muchos otros historiadores han analizado el papel que desempeñaron en la India la colonización británica y las guerras, entre otros factores, en la extensión de la enfermedad en sucesivas oleadas por todo el mundo. Me sorprende que la OMS insista hoy en denominar ‘influenza asiática’ a la causada por el subtipo A H2N2 en 1957-1958, ‘influenza de Hong-Kong’ a la causada por el subtipo A H3N2 en 1968-1969, o ‘influenza de América del Norte’ a la que hoy aflige al planeta. De hecho, la mayor parte del mundo identifica a México como el origen de la pandemia; pero pudo haber comenzado en Estados Unidos como Laurie Garret ha señalado. De acuerdo con esta experta estadounidense en políticas internacionales de salud, el primer caso fue detectado en Texas en septiembre de 2008 y a éste siguieron otros. La verdad es que, aún en nuestros días, es difícil precisar cuándo y dónde comienza una pandemia y cómo y por qué termina. Ponerle ‘apellido’ sólo favorece la discriminación y es excusa para políticas proteccionistas.

¹⁰ Briggs, Asa, El cólera y la sociedad en el siglo XIX, *Ciencia y Desarrollo*, México D.F., v.3, n.17, 1977, p.65-76.

Christiane Maria Cruz de Souza – Apesar de ficar mundialmente conhecida como gripe ou influenza Espanhola, a de 1918 recebeu várias denominações no período da epidemia, decorrentes das diferentes percepções da doença nos vários países em que incidiu. Entre os norte-americanos, ficou conhecida como ‘febre dos três dias’ ou ‘morte púrpura’; os franceses chamaram-na de ‘bronquite purulenta’; os italianos, de ‘febre das moscas de areia’, e os alemães foram assaltados pela ‘febre de Flandres’ ou *Blitzkatarrh*. Na Espanha, a gripe foi apelidada de La Dançarina; em Portugal ficou conhecida como a ‘pneumônica’. ‘Batizar’ a doença de acordo com o possível local de origem ou as formas de transmissão pode realmente causar transtornos. Talvez por isso, durante a atual epidemia, os suinocultores protestaram contra a denominação ‘gripe suína’, e a imprensa passou a denominá-la ‘gripe A’. Mas acho difícil controlar a popularização de uma denominação. Sempre escapa ao controle, tanto que continuam a aparecer manchetes referindo-se à gripe suína.

Claudio Bertolli Filho – No caso brasileiro – e baseio-me sobretudo nos pronunciamentos das autoridades sanitárias – primeiramente considerou-se a atual gripe como coisa dos ‘outros’: mexicanos, norte-americanos e, na sequência, de alguns países europeus. Em seguida noticiou-se que, se chegasse aqui a epidemia, haveria assistência médica e medicamentos para todos, acrescentando-se ainda que a gripe A não era muito diferente de uma gripe comum. Com o passar do tempo, houve nova alteração nas falas oficiais: somente os casos mais graves seriam alvo de internação, mas todos teriam acesso gratuito ao Tamiflu. Pouco depois, exigiu-se prescrição médica para que o medicamento fosse liberado para o paciente.

Não estou afirmando que as autoridades sanitárias brasileiras sejam mentirosas ou algo parecido. Epidemias que atingem tais proporções, como a atual e a de 1918, apresentam aspecto que tenho qualificado como inadmissível. Seguem-se os procedimentos padrões, mas a epidemia só se torna pandemia porque a medicina conta com recursos algo precários para enfrentar o desafio sanitário. É por força dessa circunstância que o conteúdo das falas oficiais se altera, revelando contradições que as autoridades tendem a não assumir. São surpreendentes as semelhanças dos pronunciamentos de Arthur Neiva, diretor do Serviço Sanitário paulista em 1918, e do atual ministro da Saúde, José Gomes Temporão.

Christiane Maria Cruz de Souza – Também percebo semelhanças nos posicionamentos das autoridades das duas conjunturas históricas. Quando a imprensa denunciou a presença da epidemia de gripe em Salvador, em meados de setembro de 1918, as autoridades públicas apressaram-se em negar o fato ou minimizar sua gravidade. Algo parecido ocorreu agora, quando foram noticiados os primeiros casos da doença. Em alguns lugares, o discurso foi quase o mesmo: trata-se de gripe sazonal, benigna, que acomete as pessoas durante a estação fria e rapidamente se extingue. A doença propagou-se, ocorreram as primeiras mortes e a epidemia tornou-se evidente. Médicos e autoridades sanitárias assumiram, então, posicionamento análogo ao adotado em 1918. Abro uma revista ou ligo a tevê e vejo o ministro da Saúde passar uma imagem de tranquilidade, segurança e competência na gestão da crise; pede prudência à imprensa, tenta não alarmar a população – tal como fizeram as autoridades sanitárias da Bahia em 1918.

Adrián Carbonetti – Considero que el que se le dé una denominación a la epidemia no necesariamente conlleva a la discriminación. La revista cómica *Caras y Caretas*, en un editorial del 19 de octubre de 1918, enumeraba los nombres que se le otorgaron, por parte de la sociedad argentina, a esa pandemia. ‘Influenza de los campamentos’, ‘influenza española’, ‘gripe infecciosa’, ‘gérmen de los hunos’ eran, como dice el mismo editorialista, nombres caprichosos que en muchos casos no tenían nada que ver con su origen.

A las diferentes pandemias, aparentemente se les ha dado, a lo largo del tiempo, algún nombre por su origen: influenza china, rusa, japonesa, chilena, española (*La Nación*, 16 de octubre de 1918). Considero que el nombre no genera discriminación hacia los habitantes de los países que en algún momento la sufrieron con más fuerza. La construcción social que se hace de la enfermedad es la que genera xenofobia y discriminación. En eso creo que debemos actuar los científicos sociales: en dilucidar las contrucciones que se hacen sobre una enfermedad para evitar la discriminación.

Claudio Bertolli Filho – Uma das diferenças que observo nas falas das autoridades norte-americanas e brasileiras publicadas na mídia – tenho como fonte jornais que leio diariamente, *Folha de S. Paulo* e *The New York Times* – diz respeito à vacina. Os norte-americanos referem-se com insistência às tentativas de produzir uma vacina específica que imunize contra o vírus da pandemia, mas isso fica pouco claro no contexto brasileiro. Os pronunciamentos oficiais nunca deixam claro duas coisas. O Tamiflu e as demais drogas indicadas para os infectados (também consumidas como preventivas contra a gripe) não constituem estratégias contra a infecção. O Instituto Butantan recebeu amostras do vírus gripal e dispõe de tecnologia para a produção da vacina, mas esta, para ser fabricada em larga escala, tem de obedecer a uma série de protocolos, desde testes de eficiência até os de ausência de efeitos colaterais que podem colocar em risco a saúde e até mesmo a vida dos imunizados. Além disso, a produção em larga escala, a distribuição e a aplicação demoram tempo considerável, mesmo que tudo seja feito em caráter de urgência.

Na cidade em que atualmente resido e trabalho, Bauru, no interior de São Paulo, com cerca de 350 mil habitantes e unidades da Universidade Estadual Paulista e da Universidade de São Paulo, tenho percebido que os médicos parecem ainda pouco preocupados com a situação, informam seus pacientes que a atual epidemia pouco se diferencia de uma gripe comum e que os casos fatais são de pessoas vitimadas por outras enfermidades.

Apesar disso, a população está alarmada. Ontem, no elevador do prédio em que resido, uma adolescente tossiu e outras duas pessoas afastaram-se imediatamente. Hoje, no ônibus que me conduziu para o *campus* da universidade, várias pessoas usavam máscaras. Ao chegar, verifiquei a ausência de muitos funcionários, pois o diretor da unidade deixou a critério de cada um comparecer ou não ao trabalho até que as aulas começassem, um fato incomum. As férias escolares foram prorrogadas até duas semanas após o estabelecido no planejamento, e um número considerável de alunos não foi à escola na primeira semana de atividades. Constataram-se também algumas mudanças de hábitos, entre eles a troca de beijos e mesmo o aperto de mãos. Em vez disso, muitos estudantes preferiam tocar o ombro no do colega, como forma de cumprimento amigável. Acrescento outro fato ilustrativo: um professor local de zoologia tornou-se matéria na mídia ao anunciar que o uso de gel

mentolado nas narinas diminuiria as chances de contrair a gripe. Algumas empresas passaram a enviar *e-mails* aconselhando o uso de seus produtos, sobretudo géis, vitaminas e produtos naturais, como proteção contra o vírus da gripe atual. Coisas muito parecidas se deram em 1918, como registro no meu livro *A gripe Espanhola em São Paulo*¹¹.

Merecem também ser comentados os boatos em tempo de peste – alguns propagados pelos próprios profissionais de saúde, outros, por ‘leigos’ – certamente relacionados ao alto grau de desconfiança que a sociedade nutre em relação aos serviços oficiais. Dias atrás, minha esposa encontrou no salão de beleza uma enfermeira do Hospital Estadual de Bauru. Esta confidenciou-lhe que, devido à gripe, já havia ocorrido mais de uma centena de óbitos na cidade, o que estaria sendo omitido pelas autoridades locais, que admitem apenas três mortes na cidade decorrentes da epidemia. A enfermeira falou também que o hospital abrigava centenas de doentes gripais e que muitos eram mandados para casa por falta de leitos.

Outra consequência sociocultural da epidemia são as pontificações de ordem religiosa. Na rua central de Bauru, destinada apenas a pedestres, um pastor neopentecostal apregoava que a epidemia era punição divina aos pecadores. Teor semelhante foi difundido em um noticiário policial de tevê, cujo apresentador, depois de relatar os casos de estupro e morte de uma criança e de maus tratos impostos a uma anciã, concluiu: “Depois vocês não querem que haja Aids e a gripe!”. Discursos como esses me fazem lembrar a época da gripe Espanhola, quando vários artigos de jornais, escritos até por personagens da área da saúde, afirmavam que a gripe era resultado de punição divina a homens corrompidos pelas guerras ou pela ganância.

O medo mostra-se claramente em várias situações. Antes de serem suspensas as aulas, duas crianças tossiram em sala e foram imediatamente retiradas dela, sendo os pais notificados de que os alunos só poderiam retornar ao colégio com atestado médico que declarasse não serem eles portadores do vírus da gripe A. Várias situações semelhantes ocorreram até a suspensão das aulas, no dia seguinte ao caso referido.

Em suma, toda epidemia é acompanhada por seu duplo: a epidemia de medo.

Liane Maria Bertucci – Em 2009 a OMS emitiu o alerta sobre a letalidade do vírus da gripe A. Em 1918, as informações eram, a princípio, esparsas, descontraídas e, em muitos casos, censuradas, inclusive devido ao momento em que a pandemia varreu o mundo: os meses finais da Primeira Guerra Mundial. Uma decisão ímpar foi anunciada em 10 de agosto de 2009, na 5ª Cúpula dos Países da América do Norte. Os chefes de governo de Canadá, Estados Unidos e México declararam que compartilhariam informações sobre a epidemia e que acreditavam em novo surto epidêmico durante o inverno, no hemisfério norte. Isso é um diferencial, não apenas por governantes terem acordado publicamente a liberação de informações sobre a doença, mas também por admitirem a possibilidade de novo surto dela.

Dois outros episódios se destacam, até agora, pela singularidade. No início da epidemia, o México apareceu como o seu lugar de origem, em que, supunham alguns, ela poderia ser

¹¹ Bertolli Filho, Cláudio, *A gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*, São Paulo, Paz e Terra, 2003.

controlada. A semana em que a Cidade do México parou foi emblemática tanto da gravidade da situação quanto por expressar ação das autoridades sanitárias. Meses depois, com a pandemia de gripe, a notícia informando que, na Argentina, o número real de doentes – cerca de 100 mil pessoas até agosto – teria sido sonegado à população por razões políticas causou indignação e mais medo em todo o mundo.

Entre os países mencionados há semelhanças nos registros dos primeiros casos da gripe atual: no Brasil, Estados Unidos e Argentina, os doentes foram anunciados ostensivamente, por médicos, governos e meios de comunicação, como ‘oriundos de outro lugar’ (em geral, do México). A impressão que davam à população era que, se o doente ‘de fora’ fosse isolado e tratado corretamente, a doença continuaria ‘estrangeira’. Essa ideia de moléstia estrangeira, mal invasor, também esteve presente, com algumas nuances, no início da pandemia de 1918. Em 2009, de forma muito análoga a 1918, casos ‘nacionais’ da doença foram anunciados em todos os países, e em poucas semanas a tese da doença estrangeira sumiu, na mesma velocidade com que cresceu o número de doentes. Chama a atenção, também, as manchetes de alguns jornais nas primeiras semanas da gripe A. Como em periódicos de 1918, a palavra epidemia apareceu em negrito, maiúsculas, ocupando espaço pouco usual, mesmo para manchetes. Pareciam anunciar o apocalipse.

Nara Azevedo – Em 2009, a mídia brasileira divulgou a ocorrência de controvérsias entre técnicos do Ministério da Saúde e dos governos locais, sobre os procedimentos a adotar para controle da transmissão da gripe, e sei de vários especialistas (clínicos, infectologistas etc.) que contestaram a diretriz relativa ao uso do Tamiflu.

Observo que o comportamento da população não está dissociado da posição pública assumida pelos médicos, que foi e continua sendo a de admitir que o desconhecimento sobre o novo vírus requer cautela quanto a previsões sobre o comportamento dele daqui em diante. Aumentará ou diminuirá a virulência (após mutações)? Novos surtos ocorrerão no ano que vem? Tal desconhecimento aumenta a sensação de insegurança da população.

Liane Maria Bertucci – No Brasil, como em vários outros países, depois do alerta da OMS, mas principalmente depois após a doença ser considerada problema nacional, os médicos investiram na prevenção, difusão de informações e práticas que poderiam amenizar a propagação da doença. Os meios de comunicação foram decisivos nessa educação popular, mas também foram importantes os folhetos distribuídos e os cartazes afixados em locais de grande fluxo de pessoas. Em 1918, desde os primeiros casos de gripe, publicaram-se nos jornais os ‘conselhos ao povo’, complementados cotidianamente por outras instruções.

Como escrevi em editorial para a *Revista da Associação Médica Brasileira*¹², as recomendações de 1918 e 2009 são muito semelhantes: evitar aglomerações e causas de resfriamentos; não fazer visitas; tomar cuidados como não beijar, abraçar ou cumprimentar com aperto de mãos. Apesar de algumas pessoas, em 1918, insistirem em visitar parentes e amigos doentes, a população tendeu a seguir as recomendações, e essa tendência mantém-se na

¹² Bertucci, Liane Maria, Editorial: Gripe A, uma nova ‘Espanhola’?, *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.55, n.3, 2009, p.230-231.

gripe A. Uma determinação de 1918 que se repetiu em 2009 foi o fechamento das escolas. Durante a gripe Espanhola, outros locais públicos foram rapidamente fechados: cinemas, clubes, teatros, igrejas. Em 2009 isso não se repetiu em todo o Brasil (na Argentina, parcialmente), mas em cidades do norte do estado do Paraná foi decretada a interdição desses locais.

Quanto aos gripados, as primeiras recomendações médicas em 1918 eram que, depois de consultar profissionais competentes, permanecessem de repouso em suas casas, fizessem o tratamento indicado e não recebessem visitas. A indicação para a hospitalização se generalizou quando já não havia como tratar separadamente tantos doentes, mas houve resistências por parte da população, pois ainda era forte, no início do século XX, a percepção do hospital como local de morte ou para indigentes. A esse respeito a mudança foi significativa, e em 2009, com a crescente recomendação para a hospitalização dos gripados mais graves, hospitais da região sul do Brasil, durante o mês de julho, ficaram sem leitos para atender à demanda.

Para finalizar, muitas pessoas agiram motivadas pelo medo e pela incerteza em 1918 e 2009. Durante a gripe Espanhola, o quinino era apresentado como uma das substâncias mais indicadas para tratar a gripe; guardadas as devidas proporções, foi o Tamiflu da época. E em 1918, como em 2009, as autoridades sanitárias tiveram de intervir na comercialização de um e outro produto, pois a corrida às farmácias foi desenfreada.

Adriana Alvarez – La gripe A H1N1¹³ en la Argentina se hizo presente en el mes de junio de 1918. Hasta entonces, los matutinos daban cuenta del devenir de la gripe española en otras geografías como problema lejano y, si bien alertaban sobre el peligro de la enfermedad, el mensaje periodístico era tranquilizador puesto que situaba a la Argentina como ajena a los efectos de la pandemia, siendo la finalización de la contienda mundial y la posible recuperación de la economía del país – fruto del restablecimiento del comercio exterior – lo que acaparaba la atención de la prensa nacional.

En los periódicos del interior bonaerense, desde los primeros meses de 1918, la existencia de ‘fiebre de los cerdos’ o ‘fiebre porcina’ ocupaba extensas notas dedicadas a estimular el consumo de las carnes procesadas en los mataderos municipales y no la que procedía de chacras o quintas donde era habitual la cría y el abate de estos animales. Estos acontecimientos, que en la provincia de Buenos Aires fueron la antesala al desarrollo de la pandemia, no generaron grandes cambios en los hábitos de consumo de una población que era afecta a las carneadas caseras, como tampoco los provocó la pandemia de gripe propiamente dicha, a pesar que perduró hasta 1919 inclusive.

¹³ Investigações posteriores mostraram qual foi o vírus responsável pela gripe de 1918, desconhecido à época. As origens do H1N1 têm sido objeto de muitos estudos. Alguns sugerem migração direta de pássaros a humanos; outros supõem que houve incubação num hospedeiro intermediário, como o porco ou outro animal ainda não identificado. A esse respeito, ver Jeffery K. Taubenberger, Ann H. Reid, Raina M. Lourens, Ruixue Wang, Guozhong Jin, Thomas G. Fanning, *Molecular virology: was the 1918 pandemic caused by a bird flu? Was the 1918 flu avian in origin? (Reply)*, *Nature*, v.440, Apr. 27, 2006. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v440/n7088/pdf/nature04825.pdf>. (nota do editor).

Adrián Carbonetti – En Argentina, los registros de la aproximación de la pandemia de gripe española fueron distintos entre el caso de 1918-1919 y el actual. Hacia 1918, los medios de comunicación, como el diario *La Nación*, le dieron limitada importancia a la epidemia gripal que se desarrollaba en Europa. Las noticias eran escasas y salvo excepciones se referían generalmente a España. Fueron publicadas por los periódicos argentinos durante los meses de mayo y junio, previamente a que se desatara la epidemia en el país a partir de octubre y noviembre de 1918.

Los medios de comunicación y las autoridades argentinas observaban la epidemia gripal como algo lejano, que se desarrollaba en Europa, un continente donde la mayoría de las muertes atribuidas a la gripe eran precedidas por los estragos de las deficiencias alimentarias, la guerra y la crisis. Una hipótesis que podría explicar la notable despreocupación de la sociedad argentina en relación a los riesgos de la epidemia se basa en un imaginario colectivo sustentado en la consideración de Argentina como un país productor y exportador de alimentos y de sus ciudadanos como un pueblo con una alimentación completa y abundante. Sólo cuando la gripe llegó, se comenzaron a tomar medidas que, sin embargo, en muchos casos, no tenían ningún efecto sobre el desarrollo de la epidemia sino que sólo contemplaban acciones sobre la higiene de las ciudades. Por su parte, los medios de comunicación de la época demostraban hallarse inmersos en una especie de confusión, en tanto describían a la epidemia gripal como una ‘extraña y exótica’ enfermedad.

Esto no parece haber sucedido con las acciones que se tomaron en el caso de la pandemia de gripe en el año 2009, donde los medios de comunicación – ahora masivos – se hicieron eco inmediatamente de las noticias que inicialmente llegaban de México. Su énfasis por resaltar que en dicho país se inició la epidemia y que albergaba la mayor cantidad de enfermos propició la generación de un ambiente social de cierta hostilidad hacia los mexicanos, a quienes se indicaba como ‘responsables’ de la propagación de la enfermedad.

A diferencia del tratamiento que la epidemia recibió en las noticias en 1918-1919, los *mass-media* convocaron a profesionales, especialistas y académicos. Fueron ellos quienes explicaron a la opinión pública los alcances e implicancias de la gripe A H1N1.

Adriana Alvarez – Apesar de lo prolongado que fue la presencia del virus en 1918-1919, en estas tierras, no han quedado recuerdos en la memoria pública relativos al padecimiento de la enfermedad, a los miedos o a la incorporación de hábitos o cuidados preventivos, como al parecer está dejando la epidemia actual. Una posible explicación es que en 1918 el número de muertes fue significativamente menor en la Argentina en comparación a lo acaecido en otras naciones del continente americano.

En la actualidad, la situación es inversamente proporcional, con lo cual existe una estrategia defensiva integral que involucra en los niveles comunales a diversos actores provenientes del ámbito educativo, empresarial, médico, político etc. Tanto los cuidados como los seguimientos de los casos detectados, son objeto de un mayor control de lo que fueron en 1918. Esto permite aventurar una primera percepción acerca de los legados de la crisis sanitaria actual referida a que hay ciertos hábitos, sobre todo entre las generaciones más pequeñas, que parecen estar destinados a perdurar, como es la higiene de las manos

con alcohol en gel o los cuidados propios y ajenos frente a manifestaciones de la enfermedad, como el taparse la boca con el brazo y no con la mano al toser.

Igualmente, en ambas etapas (1918 y 2009), se observa un sub registro estadístico de la enfermedad y una falta de datos que precisen la cantidad de casos fatales como de infectados. En la primera etapa, las explicaciones al sub registro estadístico y a la ausencia de medidas centralizadas pueden ser la expresión de la falta de un Ministerio Nacional de Salud Pública. Por ese entonces, J.J. Capurro, presidente de la máxima autoridad sanitaria (1917-1920), el Departamento Nacional de Higiene (DNH), a raíz de la experiencia que había dejado en la nación la epidemia de gripe, señalaba las deficiencias que esa repartición tenía frente al desarrollo de enfermedades infectocontagiosas, dado a que “su acción en el interior del país queda supeditada al pedido de auxilio de las autoridades de los respectivos estados federales ... cuando los auxilios son solicitados al DNH, éste tiene que recurrir a la improvisación, siempre deficiente y onerosa”. Es decir que la existencia entonces de múltiples direcciones sanitarias (provincial y municipal) traía como consecuencia “una verdadera confusión donde predominaron diversos criterios científicos “no siempre acertados y suficientes”.¹⁴

A esto habría que agregar la forma en que se difundió la pandemia en la Argentina. En Buenos Aires, el brote había comenzado en octubre de 1918. Desde allí se propagó hacia el norte del país, siguiendo las líneas fluviales de navegación y los ramales ferroviarios más transitados, haciendo saltos, respetando a su paso algunas poblaciones y cambiando de carácter epidémico o modalidad clínica en otras.¹⁵ Esto hizo que en ciertas localidades se presentara como benigna y en otras arreciaran las complicaciones con neumonías. Estos cambios no han sido registrados claramente por las autoridades de esa época, entre otras cuestiones, por la multiplicidad de diagnósticos.

Por otro lado, y a pesar de lo antes expresado, el camino recorrido en relación al reconocimiento de la pandemia de gripe A H1N1 fue semejante en ambas etapas. En 1918, las primeras manifestaciones de la enfermedad fueron leves, de nula letalidad, reduciéndose solo a “fiebre, tos, a veces vómitos, dolores diversos y postración”.¹⁶ Basándose en ello, se generaron opiniones diversas en el campo médico argentino puesto que algunos especialistas entendieron que se trataba de gripe estacional, estableciendo una vinculación directa con el brote de gripe que había sufrido la Argentina en 1916. Estas primeras impresiones hicieron que algunos matutinos, frente a la diversidad de opiniones, se preguntaran “¿hay o no hay gripe?”, primando el desconcierto entre la población ya que, para algunos lectores, era “solo una enfermedad de moda”. Esa situación se prolongó en la clase médica que no terminaba de ponerse de acuerdo si el contagio o infección se debía al neumococo únicamente o al bacilo de Pfeiffer, que por otro lado era la opinión más aceptada.¹⁷ La clase política no estuvo exenta de tensiones y debates entorno a la pandemia. El opositor

¹⁴ *Anales del Departamento Nacional de Higiene* Buenos Aires v.26, n.3, mayo-jun. 1920, p.214-218.

¹⁵ *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, v.26, n.3, mayo-jun. 1920, p.214-218; y v.26, n.6, nov.- dic. 1920, p.375ss.

¹⁶ Méndez, Julio, Estudio y tratamiento de la gripe, *La Semana Médica*, Buenos Aires, n.29, jul. 1919, p.54.

¹⁷ Muchos científicos no lo habían aceptado, y en efecto, no era el agente causal de la enfermedad.

Partido Socialista, sobre la base de datos de la marcha de la enfermedad en el continente europeo, sobre todo en España, reclamaba medidas sanitarias más drásticas como el cierre de escuelas, la prohibición de aglomeración de personas en lugares públicos como bares, cinematógrafos o iglesias, con el fin de que la pandemia no tomara las mismas características letales que tenía en otros países, algunos de ellos vecinos como Brasil. De cara a los reclamos políticos y a una situación de incertidumbre, el gobierno nacional reaccionó con cautela y fue la ciudad de Buenos Aires la primera en tomar medidas más concretas cuando a mediados de octubre, junto a los casos leves, aparecieron las primeras víctimas mortales.

En 1919, en abril, volvieron a registrarse casos de gripe española en Jujuy, y desde allí la enfermedad descendió de Norte a Sur, castigando a las provincias andinas y terminando en junio. En ambos años, del 50% al 60% de los expuestos enfermaron. Las defunciones por gripe, que en 1917 habían sido de 317, ascendieron en 1918 a 2.240 y en 1919, a 12.755. Los fallecimientos por enfermedades bronco pulmonares, de 13.254 en 1917, ascendieron a 16.811 en 1918 y a 17.297 en 1919. La tasa de mortalidad general fue de 16.6 por mil en 1916, de 15.4 en 1917 y ascendió en 1918 a 17.5.¹⁸ Sin embargo, la lectura de estos datos difería según los actores. Los médicos en general concordaban con las apreciaciones de galenos de reconocimiento internacional, como fue Emilio Coni, quien analizaba la situación en una clave esperanzadora puesto que eran significativamente menores las cifras comparadas con las españolas o de otras naciones americanas. Esto brindaba los fundamentos necesarios para que Coni manifestara que ello era consecuencia del avance que en materia sanitaria gozaba la Argentina. Dicha lectura era muy acertada para ciudades como Buenos Aires, pero en el interior del país y en las zonas alejadas de las principales ciudades, la realidad era otra. Fue precisamente la escasez de médicos, de hospitales y las costumbres lugareñas familiarizadas con la medicina marginal y/o hogareña lo que hizo que el aislamiento de los enfermos fuera escaso, provocando un mayor grado de difusión del mal, y que el registro de los infectados fuera más deficiente aun que en la capital federal.

Sin embargo, la población de cara a la segunda oleada, cuando las neumonías irrumpieron cobrando el mayor número de víctimas, respondió – por lo menos en el mes de octubre de 1918 y en julio de 1919 – con medidas de aislamiento concreto que fueron más efectivas en los sectores sociales de mayores ingresos. De hecho, en algunos diarios del interior bonaerense, en la sección de sociales, se incorporó una nueva sub sección para los enfermos donde las familias más acomodadas informaban sobre el estado de los pacientes: “completamente restablecidas las señoritas Emma Lausecker y Emma Gémoli..., atacado de influenza guarda cama Orazi” (*El Trabajo*, 1918). Estos anuncios sirvieron para evitar visitas o restablecerlas según el caso, comunicando la situación de aislamiento en que se encontraban. Este comportamiento fue diferente entre los sectores populares. De hecho, muchas veces las condiciones habitacionales conspiraban para realizar el aislamiento recomendado por médicos y autoridades. La prensa, de manera compasiva, daba cuenta de algunos casos considerados ‘trágicos’, como fue el de un conventillo en la provincia de Buenos Aires donde de diez hijos de una misma familia murieron seis afectados por la gripe.

¹⁸ *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, Buenos Aires, v.26, n.6, nov.- dic. 1920, p.376

Actualmente la pedagogía preventiva de la gripe A H1N1 padece los mismos límites, puesto que una de las grandes limitantes a las acciones de atención, control y prevención es la pobreza. Antes y ahora, el acceso a los implementos necesarios para una higiene defensiva no solo se encarecen por la sobre demanda existente sino que la provisión gratuita a estos sectores no fue ni es generalizada. Antes y ahora, iniciativas como estas fueron y son efectuadas a nivel municipal, lo que trae aparejado disímiles niveles de cobertura que terminan afectando la equidad sanitaria y por ende el control de la gripe a lo largo del territorio.

Adrián Carbonetti – Estoy de acuerdo con Adriana en lo referido al impacto de la gripe en la población Argentina. En otro trabajo¹⁹, demuestro que la gripe, si bien en términos de la morbilidad es posible que haya sido uniforme, no lo fue en lo referido a la mortalidad. De esos 14.995 casos que se dieron en los dos brotes epidémicos, las tasas más altas correspondieron a las provincias del norte argentino. Salta y Jujuy tuvieron tasas de mortalidad específica de 118 y 95 por cada 10 mil personas en 1919. Mientras, la ciudad de Buenos Aires tan solo tuvo tasas de cuatro por 10 mil. Esta diferencia estaba dada por dos cuestiones: las condiciones materiales de vida de la población del norte y las condiciones sanitarias de cada provincia a que hace referencia Adriana. Otra cuestión que aborda y que debe ser señalada es el subregistro: las muertes registradas fueron de las provincias, no la de los territorios nacionales. En el trabajo antes mencionado, he proyectado la población y la mortalidad para los territorios nacionales: esta operación dejaría ver que la mortalidad en la Argentina fue el doble de la registrada oficialmente.

Existen diferencias notables en el accionar del Estado nacional y de los Estados provinciales en las epidemias de 1918-1919 y la actual. Un dato importante es que dicho sistema sanitario, alrededor de los años 1918-1919, funcionaba en forma descentralizada. La institución central estaba constituida por el Departamento Nacional de Higiene. Sin embargo, éste no incidía directamente sobre los sistemas de salud provinciales sino que, en la mayor parte de los casos, un Consejo Provincial de Higiene ejecutaba acciones a nivel local a partir de los recursos económicos que le enviaba el Estado nacional, cuya acción e injerencia se limitaba a esto. Específicamente para el caso de la segunda oleada de la epidemia de gripe de 1918-1919, el Departamento Nacional de Higiene se limitó a enviar un médico y un guardia sanitario a recorrer algunas regiones, no más que dos o tres provincias. Esas acciones no contribuyeron a crear verdaderas y efectivas acciones para el combate de la enfermedad.

En la actualidad y luego de profundos procesos de cambio, el sistema de salud funciona también de forma descentralizada y es el Ministerio de Salud Nacional el organismo que define las medidas que han de tomar cada uno de los estados provinciales. Sin embargo, los cambios en términos operativos son notables. En la epidemia de gripe que sufrió Argentina en el año 2009, se realizaron esfuerzos por coordinar las acciones de los distintos Ministerios de Salud de las provincias y se implementaron políticas comunes en todos los casos.²⁰ El

¹⁹ Carbonetti Adrián, Historia de una epidemia olvidada: la pandemia de gripe española en la Argentina – 1918 -1919, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados/Conicet/UNC, 2009, p.7.

²⁰ En la Argentina, se crea, en octubre de 1946, el Ministerio de Salud de la Nación. A partir de ese momento, durante el primer gobierno peronista, las provincias fueron implementando sus ministerios de salud.

gobierno nacional proveyó de antivirales a los sistemas de salud pública de las distintas provincias para garantizar su rápida distribución y promover una política homogénea de ataque a la enfermedad en todo el territorio nacional. Incluso se tomaron acciones tendientes a evitar la llegada de la enfermedad desde el exterior, lo que desembocó en la cuestionada decisión de interrumpir los vuelos entre Argentina y México. Además se incorporó tecnología en los aeropuertos para detectar síntomas de la gripe en los pasajeros provenientes del exterior y se instalaron dispensarios de campaña para la realización de análisis.

Existen ciertas similitudes entre el comportamiento de los médicos y de la población. Un punto en común es el pánico en la población. Em 1918, *La Nación* describía cómo, al inicio de la epidemia, emergió un “pánico exagerado” entre la población que disminuyó como consecuencia de las medidas que asumieron los encargados de la salud pública de la época. En el caso de la epidemia de A H1N1, los medios de comunicación (periódicos, televisión, radios) parecen dar cuenta del pánico social y a la vez contribuir a éste, en un proceso que se retroalimenta. Permanentemente se emiten noticias acerca del aumento del número de casos fatales, primero a nivel mundial y paulatinamente a nivel local, lo que instala en la sociedad la sensación de un irremediable avance de la epidemia, convirtiéndose la enfermedad en una especie de espectáculo, montado sobre estadísticas y entrevistas a familiares de fallecidos por la gripe. Estos discursos por momentos superan a la información que médicos y especialistas dan a través de los medios que los consultan. Tales condiciones crearon una especie de terror a contraer la dolencia, especialmente en los centros urbanos, donde es difícil evitar la concentración y el contacto con otros. Incluso la saturación de información sobre medidas individuales para preservarse y prevenirse del contagio de la gripe instaló la sensación de cierta psicosis generalizada.

Existe otro aspecto en común entre los hechos históricos consignados: cómo los medios no oficialistas, en ambas epidemias, utilizan a la enfermedad como arma política en contra del gobierno. Las medidas tomadas por ambos gobiernos, tanto el de Hipólito Yrigoyen a inicios del siglo XX como el de Cristina Fernández de Kirchner, fueron y son criticadas por los medios de comunicación. En relación al accionar de los médicos y los distintos ministros de salud de las principales provincias, así como el Ministro de Salud de la Nación, coincidieron en asumir una conducta contraria a la instalación del pánico, resaltando, en todo caso, que la enfermedad no necesariamente era mortal.

El caso argentino tiene la particularidad de que la presencia de la epidemia A H1N1 sobreviene inmediatamente a la epidemia del dengue, desplazando a esta de la lista de prioridades de la cartera de salud nacional.

Un elemento a destacar de estas epidemias es la acentuación del proceso de medicalización. Las epidemias sirven y sirvieron a la medicina para ir consolidando un lento proceso de medicalización y generar un monopolio en el cuidado de la salud.

Ana María Carrillo – En el caso de México en 1918, la epidemia llegó de los Estados Unidos; en cambio, en 2009, México fue el primer país en reportar la epidemia. Durante la dictadura de Porfirio Díaz (1876-1910) – que precedió a la revolución y en la que se sentaron las bases de la salud pública moderna en el país – el Consejo Superior de Salubridad, entonces máxima autoridad sanitaria, obligaba a los médicos a declarar ante las autoridades sanitarias

los casos de enfermedades sujetas a cuarentena; pero la política del organismo era informar, en reciprocidad, a la población acerca del momento en que en determinado lugar aparecía una enfermedad epidémica, así como del número exacto de enfermos y muertos. Eduardo Liceaga, presidente del Consejo, combatió la convicción – que compartían muchas autoridades políticas y algunos médicos y que él consideraba funesta – de que era correcto ocultar las enfermedades para evitar la alarma general. Sostenía que la información no provocaba pánico, como se pensaba, y que, en cambio, la desinformación sí era causa de epidemias. En 1918, el Estado habló de la llegada de la epidemia y de su marcha por todo el país, la cual, por otro lado, causaba tales daños que era inocultable (si bien se trató de minimizar su gravedad cuando la influenza atacó a la capital del país); mientras que en 2009, la presencia de casos inusuales de influenza se ocultó hasta que ya no fue posible hacerlo.

A diferencia de lo que nos relatan Adriana Álvarez y Adrián Carbonetti para la Argentina, en México desde 1917 había un Departamento de Salubridad Pública con jurisdicción en todo el país; pero, al igual que allá, había poca capacidad para dar respuesta a la situación nacional. También como en Argentina y casi toda América Latina, desde los años 1980, comenzó un proceso de descentralización que dificulta responder de manera unificada a la pandemia. Hace noventa años, mientras algunos daban cuenta de los enfermos y muertos, en parte para obtener recursos o algún tipo de ayuda, otros intentaban negarlos, unas veces para proteger al comercio y otras para tratar de poner un velo a las deficiencias de sus administraciones. Esta doble situación se repite en nuestros días aunque se hable de la existencia de un sistema nacional de salud que de ninguna manera existe, pues al lado de la seguridad social, conviven la medicina privada, la asistencia social (para los que no pueden pagar ésta pero tampoco están protegidos por aquélla) y las medicinas alternativas, dentro de las que destaca la medicina tradicional indígena.

Diría, en términos generales, que en 1918 hubo más solidaridad, y en nuestros días, más individualismo. Hace noventa años, médicos y estudiantes de medicina de la capital se trasladaron a los estados que carecían de facultativos; mientras que en 2009 las escuelas privadas de medicina retiraron a sus internos de los hospitales durante el punto más alto de la epidemia, si bien el Ministerio de Salud los obligó a regresar bajo pena de cancelarles los campos clínicos. En 1918, había muchos gestos de apoyo de la sociedad y las organizaciones de caridad hacia los afectados por la influenza; mientras que en 2009, la población se refugió en sus hogares, si bien hay que reconocer que esto fue también resultado del llamado hecho por las autoridades. Eso sí, mientras unos salían de los centros urbanos para ir a sus casas de campo, otros quedaban hacinados en sus viviendas, lo que sin duda representaba mayor peligro de contagio que haber salido a la calle. Sin embargo, podemos decir que entonces y ahora conviven ambos comportamientos: son comunes, a uno y otro momento, la elevación de los precios de los medicamento por parte de los farmacéuticos y que algunos profesionales de la salud huyan de los enfermos, mientras otros trabajan y hasta dan la vida por ellos.

Adrián Carbonetti – En Argentina parece haber pasado una situación similar para las dos pandemias. En Buenos Aires, apenas desatada la epidemia, en octubre de 1918, ya los periódicos denunciaban la subida de los precios de fármacos que, se creía, servían para

prevenir y curar la gripe. Un fenómeno similar sucedió en el 2009 cuando los precios de barbijos y alcohol tuvieron un crecimiento importante. No me consta que los médicos hayan huido de la gripe en la pandemia de 1918-1919, pero esa práctica que menciona Ana María era una constante cada vez que se declaraba una epidemia. Los sectores dominantes huían hacia sus casas de campo. A ese sector pertenecía la mayoría de los médicos argentinos a principios del siglo XX.

Adriana Alvarez – A juzgar por las opiniones de los colegas de Brasil, México y Argentina, podríamos afirmar que información, desinformación, cifras inexactas, desconcierto médico, acciones diversas son denominadores comunes entre la pandemia de 1918 y la actual. Ahora bien, estos tópicos que sirven para describir situaciones similares entre estos países, tanto para el siglo XX como para los tiempos que corren, ayudan a explicar las limitantes que han tenido algunas de esas medidas, como puede ser el cierre de fronteras. Es decir, ningún país estará a salvo del mal por ser selectivo en sus relaciones internacionales o por más efectivo que sean los cordones epidemiológicos establecidos en algunas naciones del continente.

Lo dicho nos ubica frente a nuevo núcleo problemático que aparentemente carece de interés político y mediático: la falta de acciones coordinadas de tipo sanitario y científico entre los países de la región frente al desarrollo de la pandemia actual. Posiblemente, repensar las acciones de cooperación sanitaria a nivel hispanoamericano pongan también sobre el tapete uno de los problemas que hoy padece la región frente a la expansión de otras enfermedades – dengue o malaria – como es la ausencia de una política regional integrada que establezca cordones epidemiológicos efectivos no solo para Brasil, México y Argentina, sino para el resto de los países, algunos de ellos con menor capacidad financiera, para lo cual dichas acciones deberían construirse sobre la solidaridad sanitaria.

Es decir, coincido con lo planteado por Ana María Carrillo acerca de cómo ha jugado la solidaridad en la actualidad frente al avance de un individualismo que viene impregnando varios aspectos de nuestras sociedades, entre ellos no solo los limitados a la esfera privada – a los cuales ha hecho referencia Carrillo – sino los de la esfera pública. Lo cual se traduce en la falta de iniciativas entre los gobiernos para pensar acciones coordinadas entre los diferentes países, pero lo que es peor aún es la ausencia de voces, ya sean periódicas o especializadas, que las reclamen.

A partir de lo expuesto, considero que una cuestión que merece ser analizada es la solidaridad sanitaria como herramienta de acción, lo cual no es necesariamente una utopía sino que esta idea, que propongo discutir, hunde sus raíces en la historia.

Todos, o una gran mayoría, reconocen los éxitos que tuvo la primera etapa del proceso de aplicación del DDT en el control de enfermedades que asolaban nuestras tierras hacia la década de los años 1940. En ese entonces, las acciones no se limitaron a las acciones fronterizas de adentro de Brasil y Argentina. Por el contrario, uno de los problemas era la reinfestación por las vías fronterizas con Bolivia, Paraguay y Brasil, de tal manera que durante la primera reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada en Buenos Aires, en 1947, el director del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil propuso una campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en el continente.

Paraguay, para esa época, era la fuente más importante de reinfestación para países como Brasil o Argentina que, para entonces, estaban libres de ese mal. Pero, Paraguay se encontraba en un estado político difícil que lo imposibilitaba de realizar por sí solo las acciones estipuladas por la OPS. Por esto se acordó una cooperación internacional donde el gobierno de Brasil prestó y financió los servicios de sus técnicos, la Oficina contribuyó con pasajes y dietas y Argentina facilitó los elementos motorizados necesarios para la campaña.

Considero que hoy estamos frente a la evidencia de que es imposible, con la fragmentación actual, tener controles sobre cualquier caso de epidemia que se presente, y que los cordones epidemiológicos serían incapaces de impedir la propagación de la gripe A o de otras enfermedades en un breve lapso de tiempo.

E o que dizer do grau de eficácia e preparo das estruturas de assistência à população, fornecidas pelos serviços de saúde? As imagens dos centros de saúde lotados apavoram tanto quanto no passado.

Nara Azevedo – Em 1918, o Brasil não possuía uma estrutura estatal de assistência médica. Isso não quer dizer que hoje tenhamos uma estrutura de saúde (Sistema Único de Saúde; SUS) capaz de atender às necessidades de saúde da população. Não temos. Hospitais e centros de saúde estão sempre lotados, como todo dia denunciam os jornais. Do ponto de vista cognitivo, também considero incomparável o conhecimento disponível sobre esses agentes biológicos – ainda que seja insuficiente para dar conta daquele relativo ao novo vírus.

Ana María Carrillo – En México, ambas pandemias coincidieron con momentos de carencias en los hospitales y de abandono de las políticas de salud pública. Hace noventa años, la causa fue una guerra civil de casi una década. Ahora fueron dos décadas de políticas neoliberales, impulsadas por gobiernos de derecha y de extrema derecha.

La primera pandemia, que llegó en el otoño de 1918 por la frontera con los Estados Unidos y en los dos meses siguientes atacó a toda la República durante un tiempo medio de seis semanas, tuvo sus efectos agravados por la disminución de la resistencia creada por la hipo alimentación, consecutiva a la guerra. Numerosos expedientes del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, de México, dan cuenta de la preocupación de los estados a causa de la epidemia y de los esfuerzos del Departamento de Salud Pública para combatirla. Sólo como ejemplos, Sinaloa decidió crear una Junta de Sanidad; Jalisco pidió ayuda para instalar oficinas de inspección sanitaria en las estaciones de ferrocarril; pero en todos lados hicieron falta médicos y medicamentos.

La recomendación en 1918-1919 era que los enfermos de la ‘clase menesterosa’ fueran llevados a los nosocomios, y que el resto de los atacados fueran tratados en su casa. No había entonces un miedo a los hospitales llenos, sino en sí a los hospitales, como ya comentó Liane Maria Bertucci. En esta epidemia se hacen llamados a que acudan al hospital todos los que presenten determinados signos y síntomas, y asustan sin duda los hospitales llenos, pero hay un miedo todavía mayor a no ser atendido o a no poder pagar el servicio.

Los pacientes denunciaron, en muchas ocasiones, el alto costo del mismo en un país donde menos de 10% de la población cuenta con seguro. La prensa anunció repetidamente que el Instituto Mexicano del Seguro Social atendería a los no derechohabientes, pero esto no ocurría, pues en los últimos años la seguridad social ha sido desmantelada (como Cristina Laurell²¹ y Gustavo Leal²² han documentado ampliamente). Son muchos los que han señalado el fracaso de la política de salud en México, sobre todo en la última década. Lo mismo puede decirse de otras políticas públicas, como el regateo de recursos para la ciencia o los servicios públicos. La campaña contra la influenza pone el acento en el lavado de manos, cuando más de 26 mil escuelas públicas – por no mencionar a las poblaciones – carecen de agua y, todavía más, escuelas carecen de drenaje.

Adrián Carbonetti – Mc Keown²³ observa que la gripe es la única enfermedad epidémica infecciosa que en los países tecnológicamente avanzados representa actualmente una amenaza comparable a la experimentada en siglos anteriores a causa de enfermedades tales como la peste y el tifus. Esto no fue una excepción para la Argentina ni en 1918-1919 ni en el año 2009. En ambos casos el sistema de salud fue rebasado totalmente y los hospitales públicos colapsaron frente al número de consultas. El pánico desembocó en la concurrencia desenfrenada a los centros asistenciales de personas que presentaban alguno de los síntomas generando el sobre poblamiento de los nosocomios.

En la epidemia de principios de siglo XX, se requirió de la mano de obra de estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina para atender pacientes que concurrían a los hospitales. En forma similar, en 2009, tanto en la capital federal como en algunas provincias del interior, se convocan a estudiantes de medicina y a profesionales de la salud jubilados (médicos, enfermeros/as) para que colaboren en la prestación de asistencia a pacientes en dispensarios, hospitales y hospitales móviles dispuestos en lugares estratégicos de las vías públicas etc. Esta política de convocar excepcionalmente mano de obra externa al sistema de salud pública se tradujo en los medios de comunicación – tanto en el caso de 1918-1919 como en 2009 – como una clara muestra de ineficiencia y falta de previsión del gobierno para contener la enfermedad.

Adriana Alvarez – En apartado anterior hice referencia al desconcierto que reinó en los primeros brotes de la gripe de 1918, el cual con diferencias, claro está, también se reiteró en las primeras semanas de la pandemia del 2009 cuando los casos fueron tratados como gripe estacional, estableciendo, el protocolo médico, el suministro de Tamiflu solo en los casos positivos. El problema radicó en que los análisis bacteriológicos, concentrados en el Instituto Malbran de la ciudad de Buenos Aires, tardaban aproximadamente 15 días en brindar el resultado. De tal manera que los pacientes, al tratarlos como portadores de una

²¹ Laurell, Asa Cristina, *El modelo privatizador en los sistemas de salud*, en Ortiz Magallón, R. (Coord.), *Diez años de reformas a la seguridad social en México*, México, Cámara de Diputados Congreso de la Unión, 2008, p.73-88.

²² Leal, Gustavo, *El IMSS bajo el calderonismo: el pliego hostil de Molinar Horcasitas*, México, ADN, 2008.

²³ Mc Keown, Thomas, *El crecimiento moderno de la población*, Barcelona, Editorial Antoni Bosch, 1976.

gripe común, se atenuaron los resguardos y en algunos casos se agudizaron las complicaciones del cuadro clínico.

En el 2009, las guardias de los centros de salud se vieron desbordados – hecho que no está claro para el brote de 1918 – ya que desfilaban pacientes que, frente a algunos de los síntomas, por el temor reinante, igualmente realizaban la consulta médica. En 1918, pareciera ser que las consultas no fueron tan inmediatas, por lo menos no hay evidencia de ello. Las personas llegaban a la consulta con síntomas evidentes de la enfermedad y ahí si se procedía a la hospitalización o al aislamiento.

Christiane Maria Cruz de Souza – As epidemias colocam em cheque a estrutura e a eficiência do serviço sanitário. Tal como no passado, as autoridades temem a falência do sistema de saúde, temem que as pessoas, alarmadas com os sintomas da gripe comum e juntamente com as infectadas por gripe epidêmica ou outras doenças que grassam concomitantemente, corram em massa para os postos de saúde e hospitais. Não temos estrutura para fazer frente a um problema dessa proporção. Não há médicos nem leitos suficientes nem para as nosologias habituais!

Em 1918, a preocupação era a mesma. Os jornais noticiavam que os médicos não davam conta de atender a tantos chamados e que as farmácias não conseguiam manipular tantas fórmulas. Na Bahia, um médico publicou uma nota intitulada “Influenzafobia”, alertando a população para os efeitos danosos do pânico. As autoridades sanitárias da época diziam, inclusive, que o pânico enfraquecia o organismo, tornando o indivíduo mais vulnerável à doença.

Adrián Carbonetti – Es interesante observar como las reacciones de la prensa tienden a similitudes en diferentes países respecto a una epidemia como la gripe. En Argentina, un semanario denominado *Caras y Caretas*, el 26 de octubre de 1918, titulaba una de sus páginas como “La epidemia de moda o el pánico de la gripe”. Podemos encontrar también en los diarios de grandes tiradas, como *La Nación*, artículos destinados a tranquilizar a la población ya que, según los editorialistas de esta prensa, el 21 de noviembre de 1918, el pánico era contraproducente en el organismo. Esto mismo aparecía en otra edición de *Caras y Caretas* del 2 de noviembre, donde hacía referencia, justamente, al impacto que el miedo podía provocar sobre el sistema nervioso.

Liane Maria Bertucci – As imagens dos centros de saúde em 2009 impressionam, geram medo; impossível não lembrar de 1918. Quanto à estrutura de assistência à população, nas primeiras cidades brasileiras em que a gripe Espanhola se manifestou – com rapidez e letalidade, é preciso frisar, diferentes da gripe atual²⁴ – a situação ficou caótica. Em alguns momentos, autoridades médicas do governo declararam-se impotentes diante das proporções que a epidemia assumia. O caso do Rio de Janeiro é exemplar. Porém, nas cidades

²⁴ Além dos textos acadêmicos dos últimos anos e dos jornais de 1918, conferir os dados em Meyer, Carlos Luiz, Teixeira, Joaquim Rabello, *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*, São Paulo, Casa Duprat, 1920.

brasileiras em geral, a despeito de todas as dificuldades, houve mobilização do pessoal da área de saúde e de governantes que, balizados inclusive pelo exemplo carioca, prestaram atendimento razoável aos doentes por meio da estrutura de atendimento à saúde que existia, mas, principalmente, de postos e hospitais improvisados. Foi decisiva a mobilização e colaboração da população e de entidades da sociedade civil. Quanto à estrutura dos serviços de saúde oferecidos à população hoje, mesmo se levarmos em conta as diferenças entre as várias cidades brasileiras, ela é muito deficitária e em algumas localidades é caótica. A pergunta que faço é: se fosse necessário, conseguiríamos fazer mais e melhor do que foi feito durante a gripe Espanhola?

Claudio Bertolli Filho – Pelas imagens associadas à gripe A, acredito que parte significativa dos profissionais de saúde não está preparada para atender à população, talvez menos por desconhecimento do mecanismo de transmissão da doença ou carência de medicamentos, e mais pelo receio de serem eles também infectados pelo grande número de usuários que correm aos postos de saúde, o que deixa claro os limites da humanização dos serviços de saúde. As imagens disseminadas pela mídia são contraditórias: por um lado, reitera-se que a enfermidade atual não é muito diferente de uma gripe comum; por outro, mostram-se imagens das unidades de saúde lotadas e entrevistam-se especialmente mães com crianças nos braços a reclamar de horas de espera por atendimento médico. Da mesma forma, fala-se que a cidade não está recebendo, da Secretaria de Saúde, a quantidade de Tamiflu necessária para os pacientes mais graves. Essa defasagem entre as necessidades coletivas e a capacidade de o Estado satisfazê-las guarda muita semelhança com o que ocorreu em 1918.

Retomo a desconfiança coletiva em relação à qualidade dos serviços públicos. De duas pessoas ouvi que, mesmo estando elas gripadas, os médicos que as atenderam ‘mentiram’ dizendo que não estavam infectadas com o vírus da gripe A.

No caso da gripe Espanhola, logo que a epidemia chegou à capital paulista, boa parte dos médicos e dos políticos fugiu da cidade, alegando problemas particulares a serem resolvidos em cidades menores. Atualmente ninguém abandonou seus postos, ao menos por enquanto. Uma diferença a ser apontada é que em 1918 a comunidade médica divergia sobre os recursos terapêuticos, ao passo que hoje todos os profissionais de saúde parecem endossar a idéia de que o Tamiflu é o medicamento indicado para a gripe, assim como todos esperam – não sem ansiedade – uma vacina imunizante. Mas eu me pergunto: se a epidemia ganhasse maiores proporções, seria mantida essa coerência?

As formas de controle parecem ser essencialmente as mesmas: isolamento, quarentena, vigilância em portos e – agora – aeroportos, incidindo nos espaços urbanos. Concordam?

Liane Maria Bertucci – Sem dúvida, pois apesar dos novos conhecimentos tecnocientíficos e das pesquisas para a fabricação de uma vacina, em 2009, como em 1918, o controle e a prevenção efetivos da moléstia continuam desafiando médicos-pesquisadores de todo o mundo.

Nara Azevedo – As medidas preventivas não fazem parte apenas do repertório médico-sanitário; elas integram a experiência humana numa dimensão mais profunda. O ‘isolamento do mal’ (doenças, epidemias) povoa o imaginário ocidental há séculos.

Claudio Bertolli Filho – As mesmas estratégias sanitárias estão sendo implementadas, mas a mídia, na maior parte do tempo, atua diferentemente. Em 1918, os jornais empenharam-se, desde o início, em alarmar a população e pontificar que o tempo de provação chegara. Atualmente, boa parte da mídia age em sentido contrário e tenta conter os receios sociais, apesar do caso mencionado anteriormente. De qualquer forma, a desconfiança campeia em momentos de crise, e já ouvi pessoas afirmar que a mídia também omite a gravidade da situação.

Christiane Maria Cruz de Souza – As medidas adotadas são as mesmas do passado e têm sua eficiência questionada desde a pandemia de 1918. Médicos e autoridades sanitárias como Pacífico Pereira, na Bahia, e Carlos Seidl, diretor-geral da Saúde Pública, no Rio de Janeiro, afirmavam então que não havia profilaxia internacional eficaz contra a doença. A epidemia não foi contida por regulamentos, nem por medidas administrativas, nem mesmo por quarentenas. Os médicos ponderavam que era impossível impedir que doença invadisse uma região ou cidade, a menos que fossem interrompidas todas as relações sociais. Cientes de lidar com uma doença microbiana de grande contagiosidade, os médicos elegeram os espaços de convívio social como objeto da sua ação. Era do conhecimento da medicina que, ao falar, tossir ou espirrar, um indivíduo infectado tornava-se agente disseminador do mal, pois lançava no ambiente secreções ou perdigotos contaminados com o germe, o qual poderia ser inalado pelos que se encontravam na circunvizinhança. Aconselhavam medidas profiláticas para grupos limitados como escolas, prisões, cinemas, fábricas e quartéis, assim como a profilaxia individual, como procuramos fazer agora.

Em 12 de agosto do corrente ano, um telejornal informava que deveríamos abolir cumprimentos como beijos e apertos de mão, tal como aconselharam os periodistas baianos na epidemia de 1918. Em princípios de setembro, as prefeituras de duas cidades vizinhas na Bahia, Serrinha e Teofilândia, suspenderam as aulas na rede pública e privada e proibiram festas e aglomerações em locais públicos por uma semana, mesmo sem terem sido registrados casos suspeitos da gripe A. Tal medida foi tomada para tentar evitar a chegada da doença, depois da realização de uma festa tradicional, que atraiu a Serrinha milhares de visitantes.

Adrián Carbonetti – Concuero con la afirmación de que las medidas tomadas en 1918-1919 fueron idénticas a las impuestas en el año 2009; aunque es lógico notar que en este último caso se utilizó mayor tecnología que a inicios del siglo pasado. En ambos momentos históricos, se cerraron escuelas, se prohibieron las reuniones públicas, se cerraron teatros, bares, etc., y todo espacio que se considerara de riesgo por promover la cercanía entre personas.

Cada época tuvo sus particularidades en la implementación de las medidas de prevención, como cuando en 1918, en la ciudad de Buenos Aires, se prohibió el funcionamiento de bares, confiterías y teatros luego de las 11 de la noche, despertando en

la prensa comentarios capciosos relacionados con que, para las autoridades públicas, el virus atacaría desde la medianoche. No obstante, en la misma época, también se dispusieron medidas tendientes a evitar el 'arribo' de la enfermedad, como la determinación de lugares especiales para realizar el aislamiento de inmigrantes, una mayor revisión médica a aquellos que llegaban del exterior y la obligatoria cuarentena de la población que arribaba en los barcos al puerto de la ciudad de Buenos Aires, todo esto cuando ya la epidemia se había desatado.

En el año 2009, las medidas fueron similares: se extendieron las vacaciones en los establecimientos educativos de todos los niveles; se prohibieron vuelos directos provenientes de o dirigidos a México, el primer país infectado por la gripe; se estableció en el aeropuerto de Ezeiza un dispensario de campaña donde se realizaban análisis a aquellos que, llegando al país, presentaban síntomas de la enfermedad. Si bien en algunos lugares se dispuso el cierre de espacios de reunión pública, como bares, cines, teatros etc., tal como sugiriera el Ministerio de Salud de la Nación, la aplicación de esta medida quedó en manos de las autoridades locales, como intendentes de las ciudades o autoridades provinciales. En ese sentido, tanto en lo referido a las medidas que se tomaron como el momento en que se llevaron a cabo, éstas fueron completamente heterogéneas.

Adriana Alvarez – Como dijo Adrián, la Dirección de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, en 1918, puso en práctica el cierre de escuelas, de espectáculos públicos en locales cerrados y hasta impedía reuniones en los cafés, obligando con estas medidas a la mayoría a permanecer en sus casas. Sin embargo, para profesionales de la salud, un aliado eficaz que condicionó la forma benigna en que se desarrolló la gripe española fue la estación del año en la cual se había iniciado, la primavera.²⁵

En la Argentina dichas formas de control parecen – a juzgar por el grado de desarrollo de la enfermedad – más efectivas en 1918 que en el 2009, a pesar de ser más intensas en la actualidad que en antaño. Otro dato curioso: en el 2009, se cerraron todos los establecimientos educativos del territorio nacional. En 1918, no; fue una decisión que se tomó a nivel de cada municipio, de tal manera que, por ejemplo, Gral. Pueyrredón (a 400km de Buenos Aires) no accedió, a pesar del insistente pedido del Partido Socialista y al alto ausentismo a finalizar el ciclo lectivo. Sin embargo, las consecuencias no parecen ser más graves que otros distritos que sí lo hicieron, con lo cual habría que pensar en otros factores de tipo clínico y social para ensayar las primeras aproximaciones que expliquen los alcances concretos de estas medidas.

Ana María Carrillo – Aunque en 1918 el agente causal de la influenza no había sido identificado, los médicos sabían que la transmisión de la enfermedad se da por secreción respiratoria y por objetos contaminados. Por ello, la profilaxis consistió básicamente en evitar que las personas sanas penetrasen en la proyección de las partículas virulentas de los enfermos; éstos fueron aislados, y hubo llamados a no concurrir a lugares de reunión. En los primeros días de octubre de 1918, las autoridades sanitarias no creían posible una

²⁵ *La Semana Médica*, Buenos Aires, dic. 1919, p.747.

orden federal que prohibiera el cierre de lugares públicos, incluyendo las iglesias; pero menos de un mes más tarde, la Basílica de Guadalupe – tan simbólica para el pueblo mexicano – fue clausurada por mandato sanitario.

En 2009, se han puesto en práctica las medidas preventivas señaladas en el Reglamento Sanitario Internacional: aislamiento, es decir secuestro de pacientes con síntomas de la enfermedad, en su casa o en hospital, de modo que no infecten a otros; cuarentena, o sea separación de la comunidad de personas asintomáticas pero que hayan estado expuestas a infección; y distanciamiento social, como cierre de escuelas y lugares de trabajo o diversión, así como también prohibición de reuniones amplias. En México, las escuelas (desde preescolar hasta universidad) fueron cerradas en todo el país y, en muchos lugares, lo mismo sucedió con teatros, cines, restaurantes, discotecas y gimnasios.

Otro elemento común han sido las desinfecciones en lugares públicos (incluyendo hoy al metro), si bien los métodos han variado; hace noventa años, por ejemplo, el ayuntamiento de México utilizó enormes cantidades de creolina para regar las calles. Entonces, entraron en vigor reglamentos que castigaban a quienes fumaban en público o escupían en los trenes. En la capital del país, está prohibido fumar en lugares públicos desde antes de la epidemia, y en todos lados se han hecho llamados a no escupir en la vía pública, lo que trae a la memoria las primeras campañas contra la tuberculosis.

En México, el presidente de la República había hecho propuestas de ley para que los agentes de la Secretaría de la Defensa Nacional o de la Seguridad Pública Federal pudiesen allanar las casas, sin orden de cateo, en su lucha contra el narcotráfico, lo cual no había sido aceptado por el Congreso por temor a violaciones de los derechos humanos. Sin embargo, a partir de la epidemia de influenza, los congresistas aprobaron, aunque con reticencias, que las autoridades sanitarias puedan penetrar a las habitaciones privadas en su búsqueda de enfermos, lo que representa otra semejanza en las medidas dictadas en una y otra pandemia.

Sin embargo, en 1918 la vigilancia en puertos era muy estricta, con inspección individual de cada pasajero; mientras que ahora, al menos en México (no es el caso de China y otros países), simplemente se pide a los viajeros, mexicanos o extranjeros, que respondan un cuestionario escrito en el que las autoridades aduaneras les preguntan si en los últimos días han tenido síntomas o signos de gripe. Lo anterior quizá se deba a que, como ha señalado la OMS, con la rapidez de las comunicaciones actuales es prácticamente imposible evitar el paso de epidemias de un país a otro por medio de medidas cuarentenarias.

Uma característica notável da conjuntura de 1918 foi a oferta selvagem de panacéias para a cura dos doentes e mesmo para a prevenção. Hoje, toda a polêmica está centrada na liberação ou controle exclusivo, pelo Estado, dos poucos antivirais, com relativa e controvertida eficiência. A enfermidade atingiu milhões em 1918, e agora seriam milhares de pessoas doentes, com menor letalidade. Os grupos de risco também parecem ter mudado. O que vocês pensam sobre as diferenças no combate ao vírus, nos dois momentos?

Nara Azevedo – Pelo que sei, o controle atual sobre os medicamentos (existem apenas dois) é motivado, principalmente, pelas incertezas quanto à extensão dos efeitos colaterais

em certos indivíduos, sobretudo crianças. Em 1918 não havia nenhuma droga, pois sequer se sabia de que se tratava. Esse desconhecimento abriu as portas para as panacéias. Desse ponto de vista, não vejo termo de comparação. Além disso, hoje existe vacina, que será produzida no Brasil pelo Butantan.

Christiane Maria Cruz de Souza – Hoje conhecemos o agente etiológico e seu DNA foi até sequenciado. Durante a gripe Espanhola, os médicos discutiam se era vírus ou bactéria, e mesmo os que sustentavam a hipótese de vírus não podiam identificá-lo, pois não havia meios para isso.

Os médicos em 1918 sabiam que não havia remédio eficaz contra a gripe. A quinina, tida como específico da gripe tanto do impaludismo, mostrou-se ineficaz. Além dos compostos do quinino, remédios como aspirina, piramido e salofeno, utilizados com a pretensão de eliminar o micróbio, mostraram-se meros paliativos para a dor e a hipertermia. Os tonificantes à base de álcool, cola, canela e quina destinavam-se a restaurar as forças dos enfermos. Estimulantes como estriquinina, adrenalina, cafeína e óleo canforado foram usados para regularizar as funções do coração e combater a astenia. Purgativos como calomelano, salol e benzanofitol, para alívio de complicações gastrointestinais, de nada serviram. Os médicos reconheceram então que, para a gripe, só dispunham de medicação sintomática, que não difere muito daquela prescrita atualmente nos casos de gripe sazonal. Como o vírus tem grande capacidade de mutação, discute-se a eficácia dos antivirais.

Já havia, naquela época, os que lutavam para desenvolver uma vacina, como Ulisses Paranhos, em São Paulo. Hoje, as autoridades prometem disponibilizá-la somente em 2010, quando se espera que a atual epidemia tenha sido extinta (a gripe Espanhola durou pouco mais de noventa dias).

Os grupos de risco continuam quase os mesmos. Em 1918 ocorreu maior número de mortes na faixa etária de vinte a 45 anos. Portadores de doenças cardíacas e renais e sobretudo os tuberculosos eram considerados grupo de risco, visto que o organismo já depauperado não resistia à ação debilitante da gripe. Ressaltavam os médicos também que havia maior número de mortes entre os que viviam na indigência ou em estado de subalimentação, os extenuados por jornada de trabalho excessiva, os expostos a intempéries do tempo e a bruscas mudanças climáticas e, ainda, entre aqueles sujeitos a condições precárias de trabalho. Entre as mulheres, as que se encontravam no puerpério eram as que mais morriam. Não se falava em obesos, talvez porque essa seja uma preocupação contemporânea.

Panacéias e receitas retiradas da farmacopeia doméstica continuam a circular. Basta dar uma olhada na internet.

Claudio Bertolli Filho – Em 1918, panacéias foram distribuídas inicialmente pelos médicos atrelados aos serviços públicos e em seguida pelas instituições de caridade, algumas organizadas na crise sanitária. Paralelamente, a medicina popular funcionava em ritmo excepcional. Várias empresas procuraram adaptar as propagandas de seus produtos anunciando-os como ideais para o combate à gripe Espanhola, desde filtros e vassouras até redes para descansar, aguardentes e, é claro, fortificantes. No momento atual, tanto nas organizações públicas como nas farmácias há uma disputa pela aquisição do Tamiflu. Mas

já deparei com várias peças de propagandas, inclusive pela internet, que apresentam produtos mais 'científicos' que os de 1918 como auxiliares na proteção contra a infecção, inclusive gel para ser aplicado nas narinas e sabões medicinais para manter as mãos limpas. No circuito popular, ressurgem referências ao tradicional poder anti-infeccioso do alho e da cebola. De qualquer maneira, são bem menos frequentes, hoje, as referências a mercadorias postas à venda e aquelas da medicina popular.

Estou finalizando minha tese de livre-docência, que enfoca a mídia e as reações populares a notícias que apresentam a genética como explicadora da saúde e da enfermidade. Assim, por esses dias, estive fazendo pesquisas de campo complementares, o que me obrigou a conversar com pessoas de diferentes níveis educacionais, de analfabetos a docentes universitários. Encontrei várias versões sobre a atual pandemia. Muitos, quando se referem à genética, ponderam se ela não poderá resolver o presente impasse sanitário, pois se atribui a ela a competência de "conhecer o genoma do vírus" e fazer a vacina contra a gripe A. Dois universitários disseram-me que não há epidemia alguma, que a gripe atual é aquela comum e que os 'donos do poder' estão alarmando a população para desviar a atenção de outros problemas nacionais, como a corrupção no Senado. Um manifestou a suspeita de que o vírus da gripe atual, assim como o da Aids, foi produzido em laboratório e disseminado intencionalmente no seio da população, mas sem explicar os motivos dessa suspeita.

Liane Maria Bertucci – Vou retomar pelos grupos de risco. Em 1918, nas primeiras semanas da epidemia no Brasil, os órgãos de saúde pediam maior cuidado com os idosos, mas é perceptível a preocupação dos médicos de então com crianças e doentes crônicos. Entretanto, com a veloz difusão da gripe e sua crescente letalidade, a questão dos grupos de risco ficou em segundo plano. Hoje a situação se inverteu: a preocupação com idosos existe, mas são os cuidados com as crianças e doentes crônicos que ganham destaque, inclusive na mídia, além da preocupação com as gestantes. Esses grupos têm motivado ações particulares da área de saúde e da sociedade em geral. São exemplos significativos o controle rigoroso das escolas, especialmente das salas de aula, a atenção redobrada com práticas de prevenção entre os alunos e as licenças para mulheres grávidas. Os cuidados especiais com grupos de maior risco têm efeito multiplicador na sociedade, pois transmitem a sensação de que a doença pode ser controlada com meios preventivos, incentivando a adoção, por todos, dos meios de prevenção.

Sobre as panacéias, divido minhas considerações em duas partes. Primeiro, refiro-me à diferença entre a oferta de medicamentos, pelas autoridades médico-governamentais, durante a gripe Espanhola e as discussões especializadas sobre antivirais hoje. É inegável que a medicina conseguiu avanços significativos em seus conhecimentos sobre a gripe, e muitos dos tratamentos propostos pelos médicos no início do século XX foram substituídos por alguns poucos, mais eficientes. Outro aspecto da questão: em 1918, quando se anunciaram os primeiros casos epidêmicos no Brasil, as autoridades médicas indicaram alguns medicamentos, já usados regularmente pela maioria das pessoas, que poderiam auxiliar no tratamento da doença, entre eles o quinino, como preventivo e antipirético; a vaselina mentolada, para inalações; e o ácido cítrico ou tanino, para gargarejos. Mas, em poucas semanas, o número de substâncias e remédios prescritos pelos médicos cresceu

assustadoramente. Em São Paulo seriam cerca de cem, segundo relatório apresentado à Academia Paulista de Medicina.²⁶ Contudo, os medicamentos recomendados publicamente por autoridades médico-governamentais continuaram poucos, em geral os mesmos dos primeiros dias da gripe.

Em 2009, os meios de comunicação anunciaram amplamente a gripe A como doença grave, cujo tratamento adequado, para a maioria da população, seria o antiviral Tamiflu, que passou a ser sinônimo de cura, o remédio para liquidar a gripe. Ao comparar 1918 e 2009, percebemos semelhanças na forma como médicos tornaram público os tratamentos possíveis para a doença. Mas o Tamiflu, remédio novo, o único a ser indicado ao público, foi rapidamente identificado como o meio para a cura da gripe, e não como tratamento. Mesmo o quinino, muitíssimo utilizado em 1918, não teve, na época, o mesmo *status* que o Tamiflu adquiriu na epidemia atual.

Destaco agora um segundo aspecto relacionado às panacéias. Durante a gripe Espanhola, foi extraordinária a oferta de medicamentos associados ao tratamento, à prevenção da doença e, também, à convalescença. Os fabricantes de pílulas, xaropes – sobretudo os que tinham o quinino em sua fórmula – e fortificantes, conhecidos há décadas, usaram a gripe para aumentar as vendas de seus produtos. Certamente a declaração, por parte de médicos, da inexistência de um remédio para liquidar a doença e a indicação de mais de uma substância para tratar o enfermo, colaboraram para a proliferação desse tipo de propaganda, que infestou os jornais. As proporções assumidas pela epidemia levaram, também, à grande difusão de receitas da medicina popular, e aquelas preparadas com limão, alho e cebola foram as mais recorrentes. Ao mesmo tempo, houve um tipo particular de abuso comercial, o de produtos não medicamentosos, cujos fabricantes aproveitavam-se da situação epidêmica para aumentar suas vendas. Menciono como exemplos o filtro de água Fiel, o dentifrício Lidol e os cigarros Sudan, cuja propaganda dizia: “Nada de pânico, fumem Sudan!”. Isto tudo parece muito distante hoje. Mas, na primeira quinzena de agosto de 2009, camelôs vendiam um suposto Tamiflu nas ruas centrais de Porto Alegre, e pela televisão, uma conhecida marca de sabonete, durante poucos dias, anunciou que seu produto, eficaz para higienizar as mãos, poderia ajudar na proteção contra gripe A. O comercial saiu do ar e os camelôs foram imediatamente denunciados, via satélite, para todo o Brasil. Governo e autoridades sanitárias estão atentos, mas os dois casos são um alerta sobre o que pode acontecer.

Adrián Carbonetti – En Argentina, también, en 1918 aparecieron un sinfín de productos destinados a combatir la enfermedad. Un ejemplo de ello es el editorial que publicaba *La Nación*, el 18 de octubre de 1918, donde da cuenta que quienes tenían partidas de alcanfor, medicamento que el público, ingenuamente y sin razón alguna, consideraba como un preservador eficaz, vendieron esta mercadería hasta diez veces su valor. Lo mismo sucedía con sales de quinina y laxantes, y hasta el alcohol, aunque este último no era utilizado de la forma como se recomienda en la coyuntura epidémica actual, como elemento para destruir el virus de la gripe, sino como preservativo a partir de su ingesta. Una contradicción

²⁶ *Annaes da Academia Paulista de Medicina*, São Paulo, v.1, n.1, ago.-dez. 1918, p.1-10.

interesante es que el mismo periódico mostraba publicidades sobre remedios similares a los que se criticaba en el editorial. Un ejemplo de ello es la propaganda de un elixir desarrollado por un médico en Pavía, Italia, y un té suizo; ambos servían como purgantes.

Los medios de difusión recomendaban la aplicación de una serie de terapéuticas por fuera de las referencias médicas. Una editorial de *Caras y Caretas*, del 2 de noviembre de 1918, daba las recetas para curar los síntomas de la gripe: aconsejaba tomar primero un laxante de magnesia o aquel que se tenga hábito de tomar; segundo, tomar cada cuatro horas un sello de lo siguiente: sulfato de quinina, antipirina; tercero, hacer gárgaras calientes y alcalinos con bicarbonato de sodio, disuelto en un litro de agua. Esta oferta oportunista de productos, en muchos casos inútiles, posibilitaba el crecimiento de un sector del mercado que aprovechaba la coyuntura responsable por la desarticulación de este mismo mercado.

En la actualidad han cambiado los productos, y por otro lado los medios no recomiendan automedicación, sino la asistencia al médico. No obstante esos cambios, se ha desarrollado ese mercado oportunista a partir de la oferta de barbijos y alcohol, apoyado por los consejos de la medicina que asegura que estos productos son los únicos eficaces para preservarse del contagio de la enfermedad. La epidemia hizo crecer este sector del mercado, al igual que el de toda la farmacopea destinada a combatir los síntomas de la gripe.

Hoy toda la polémica está centrada en la liberación o el control exclusivo por el Estado de los pocos antivirales con relativa y controvertida eficacia. Han sido controlados por el gobierno nacional y su distribución gratuita se coordina desde el Ministerio de Salud Nacional. La tardanza en su distribución y una serie de desencuentros entre las carteras de salud provinciales y nacional despertaron críticas hacia el gobierno. Sin embargo, existe acuerdo implícito en desalentar la automedicación y la consecuente compra de los antivirales en farmacias.

Adriana Alvarez – Los diarios de 1919 señalan que los grandes beneficiados de la aparición del virus de la gripe eran los farmacéuticos quienes se veían “invadidos por romerías de clientes”. Uno de los productos muy publicitado era el lisonform, el cual se recomendaba para desinfectar los cuartos de los enfermos; para calmar la fiebre y los dolores, las tabletas de Bayer de Aspirina o el Alquitrán Guyot, un jarabe cuya promesa radicaba en que no solo curaba hasta la gripe más persistente sino también la tisis. Los sectores populares podían acceder a parte de estos medicamentos en las asistencias públicas. El problema es que muchas de esas dependencias – por lo menos en la provincia de Buenos Aires – fueron creadas a partir de la década del 1920, con lo cual no parece haber sido fácil para los sectores de bajo recursos el acceso a los medicamentos en la pandemia de 1918.

En la actualidad es diferente. Al ser manejada por el Estado, la cobertura universal con Tamiflu está garantizada. El problema por momentos ha sido la existencia del medicamento, pero una vez resuelto eso, es lo más seguro.

Adrián Carbonetti – Otra de las diferencias entre las epidemias que analizamos es la mortalidad. La gripe atacó millones en 1918 y ahora serían miles de millones de personas enfermas con menor letalidad. En 1918-1919, se calcula que aproximadamente murieron, en todo el país, cerca de 15 mil personas, una tasa de 16,9 por cada 10 mil personas.

Comparado con los países europeos e incluso con Brasil, el impacto de la gripe no fue alto.²⁷

Sin embargo, si se analiza el impacto de la mortalidad por gripe según condición social, se pueden apreciar diferencias. En Córdoba, estas diferencias, según división geográfica y social de la ciudad, eran reflejadas por el periódico *Los Principios*, el 19 de junio de 1919: “Las estadísticas de mortalidad por la epidemia están demostrando con evidencia incuestionable que la enfermedad, benigna y casi sin consecuencias de un principio, se ha tornado un mal gravísimo que asume proporciones ... cada vez más alarmantes”. El 14 de junio, el mismo periódico daba cuenta de que “esos estragos se están potenciando de modo especial entre la población pobre que carece de los recursos suficientes para atenderse en forma debida. Explicase así la alarmante cantidad de casos fatales producidos hasta ahora”.

La menor mortalidad en los lugares donde habitaban los sectores más pudientes no significa que estos no hayan sido atacados por la enfermedad, sino que frente a ella poseían mayores recursos para superarla como atención médica permanente, acceso a instituciones sanitarias, acceso a algún tipo de tratamiento, mejor estado nutricional, lo que acarrea mayor resistencia orgánica. Los sectores menos pudientes, ubicados en las zonas periféricas, debieron soportar la enfermedad en condiciones de indefección frente a un Estado que no respondía a los requerimientos de la sociedad y cuyos servicios sanitarios fueron rebasados rápidamente.

En referencia a los grupos etarios que fallecieron frente a la gripe, no se tienen datos a nivel nacional, pero en la ciudad de Córdoba, contrariamente de lo que sucedía en otras partes del mundo, los más afectados por la gripe española fueron los niños menores de un año y los mayores de sesenta años, especialmente en ocasión del segundo brote epidémico de 1919.²⁸

En la actualidad, pareciera que los grupos más afectados son también los sectores pobres que abarrotan los hospitales. Sin embargo, la mortalidad impacta especialmente en aquellas personas que, por la incidencia de alguna otra patología, no cuentan con las condiciones inmunológicas adecuadas para soportar el impacto de gripe. La muerte sorprendió a enfermos de cáncer, cardíacos y, en muchos casos, a embarazadas, razón por la cual el gobierno nacional concedió licencia a aquellas mujeres que se encontraban en ese estado. Desde el punto de vista etario, los principales atacados fueron niños de entre cero y cuatro años, con una tasa de morbilidad de 39,09 casos por cada 100 mil habitantes, no obstante el grupo de mayor letalidad fue el de 50-59 años.

Ana María Carrillo – En 1918-1919, el virus de la influenza no había sido descubierto, por lo que no había vacuna ni medicamentos específicos; de ahí que los remedios proliferaran; los médicos recurrieron lo mismo a la quinina y el guayacol, que al aceite de ricino y al salvarsán. Es importante recordar que el virus fue visto e identificado por primera vez

²⁷ Ver para el caso español, por ejemplo, Echeverri Dávila, Beatriz, *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, Madrid, Editorial Siglo XXI, 1993.

²⁸ Carbonetti, Adrián, Incidencia de la pandemia de gripe de 1918-1919 en la mortalidad de la ciudad de Córdoba, ponencia presentada en las 8. Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, 31 jul.-2 ago. 2009. Buenos Aires, 2009, p.12.

a mediados de los años 1930; que entre 1933 y 1954, fueron identificados y aislados los tipos A, B y C del virus causante de la influenza, además de muchos subtipos que mutan y se recombinan constantemente; y que en los años 1940 se dio la primera producción masiva de vacunas para prevenir la enfermedad. En la pandemia de 1918-1919, los médicos fueron insuficientes en todos lados, como señalan los colegas de Brasil y Argentina. El Departamento de Salubridad Pública envió facultativos a varios estados, como Colima y Querétaro. Pero a otros, como Oaxaca y Veracruz, envió a pasantes de medicina que iban en calidad de delegados sanitarios.

Actualmente, en prácticamente cualquier región del país hay acceso a médicos diplomados, pero no hay suficientes medicamentos y, menos aún, vacunas. El gobierno de la ciudad de México señaló que de ser necesario se aplicaría la vacuna a los sectores más vulnerables de la población; pero el gobierno federal, que no podría haber dado una respuesta semejante en todo el país, señaló – con el apoyo de la OMS – que eso no era necesario en vista de que no había una vacuna específica para la nueva cepa. Sin embargo, el personal de salud que tenía contacto con enfermos sí fue vacunado y, al parecer, entre la población, hubo menor mortalidad en vacunados que en no vacunados. En el momento en que está teniendo lugar este intercambio de opiniones, la influenza, cuya vuelta se esperaba en el invierno, está acometiendo de nuevo con fuerza a inicios del otoño, y es totalmente contradictoria la información acerca del número de vacunas que estarán disponibles.

En México, desde los años 1990, la producción de sueros y vacunas, que era considerada un asunto de seguridad nacional, fue desmantelada. La tradición en la producción de vacunas comenzó en México en 1888. En los años 1980, había en el país recursos humanos y tecnológicos así como capacidad instalada para producir, controlar, almacenar y distribuir biológicos en cantidad, calidad y oportunidad requerida; es decir, había autosuficiencia en esa área, y México exportaba vacunas a 15 países. Sin embargo, el sector privado estaba aumentando enormemente su inversión en la producción de biológicos, al tiempo que el sector público reducía la suya. Actualmente el Estado mexicano produce sólo vacunas contra la poliomielitis y toxoide diftérico y tetánico.

Por lo que toca a los grupos de riesgo, me parece una pregunta difícil de responder, pues la información ha sido muy deficiente y los estudios epidemiológicos no se han hecho públicos. La pandemia de 1918-1919 atacó a personas de todas las edades, profesiones y clases sociales. Puede decirse que fue un asunto de todos, aunque, sin duda, hubo regiones, profesiones, grupos de edad y clases sociales más castigados: quienes vivían congregados o hacinados, como presos, internos, militares y estudiantes; los profesionales de la salud y los servidores públicos; pero, sobre todo, los pobres. Lo mismo puede decirse de personas con enfermedades crónicas, como la tuberculosis.

En la pandemia actual, si pensamos en términos de morbilidad, hay semejanzas, pues el padecimiento ha afectado a personas de todas las clases sociales, si bien quienes padecen VIH-Sida o asma son especialmente vulnerables. Pero si hablamos de letalidad, desde el principio llamó la atención de los epidemiólogos la muerte de jóvenes con buenas condiciones de vida que, a diferencia de niños y viejos, no estaban vacunados. Sin embargo, la mayor letalidad se ha dado entre personas de 65 años y más, lo mismo que entre quienes tienen menor acceso a tratamientos adecuados.

Claudine Herzlich e Janine Pierret, em Malades d'hier, malades d'aujourd'hui²⁹, comparam a morte causada por doenças crônicas, individuais, com as doenças infecciosas que atingem as coletividades durante as epidemias. A morte ocasionada pelas primeiras incide na esfera privada e a que resulta de doenças infecciosas, na esfera pública, atingindo famílias, vizinhos, o bairro, a cidade, países e continentes. Observando os dois contextos históricos, o que se pode dizer sobre a reação das pessoas à morte e o impacto social dela? O que tal experiência, de grande número de doentes e mortos em espaço e tempo circunscritos, deixa como herança para o imaginário social?

Ana María Carrillo – Desde luego, la epidemia-pandemia actual despertó miedos, sobre todo en el momento en que las autoridades sanitarias avisaron que al día siguiente no habría clases en la capital del país y en el Estado de México y prefirieron no salir de sus casas. Otros se quedaron dentro por prudencia. Los historiadores teníamos la sensación de estar viviendo algo que pertenecía al pasado y creíamos que no íbamos a conocer más que en las fuentes, mientras buena parte de la población no tenía noticias de que situaciones así se hubieran presentado antes. La mayor preocupación se centró en las pérdidas económicas por el cierre de establecimientos y los turistas que dejaron de venir al país, las cuales profundizaron una ya grave crisis económica.

Pero, nada de lo vivido hasta septiembre de 2009 es comparable a la situación de 1918, cuando el mundo entero esperaba la paz y llegó la epidemia de influenza. Desde el principio, los servicios públicos se vieron interrumpidos: muchos empleados aduanales enfermaron, lo que dificultó la inspección de equipajes y pasajeros; también fue muy alta la morbilidad entre los empleados de ferrocarriles y los carteros. El avance de la epidemia era tan rápido que un día se daba la orden de que no salieran trenes de un lugar infestado y al día siguiente el presidente de la República dejaba ésta sin efecto en vista de que la influenza había invadido varias regiones del país. No hubo clase social, profesión o sexo que lograra ponerse al abrigo de la enfermedad; la gente caía muerta en la calle y fueron muchos los que tuvieron que ser enterrados sin ataúd. Sólo en la ciudad de México, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, la influenza causó 1.906 muertes; en Torreón, Gómez Palacio, San Pedro de las Colonias y algunas otras poblaciones de Coahuila, murieron 21 mil personas. En algunos pueblos de Querétaro, toda la gente murió a causa de la influenza. John Womack calcula que en todo el país enfermaron cinco millones de mexicanos, de los cuales unos 400 mil habrían fallecido.

En 1918-1919, la población tenía la sensación de que apenas empezaban a cerrarse las fosas por los muertos durante la guerra civil, cuando ya tenían que abrirse otras para los fallecidos por influenza. En la epidemia de 2009, quienes conocen a alguien que murió se muestran impactados porque en general se trataba de personas hasta entonces sanas; pero quienes no conocen a nadie que haya enfermado o muerto dudan incluso de la existencia de la epidemia. En ambos momentos, la población trató de identificar a los culpables de sus males: en 1918, los estadounidenses y las autoridades que no supieron imponerles cuarentenas; en 2009, los habitantes de la capital del país y las autoridades que no alertaron a tiempo a la población.

²⁹ Herzlich, Claudine, Pierret, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.

Adrián Carbonetti – La reacción de la gente frente a la enfermedad no ha cambiado demasiado en el tiempo. En principio se generó, como dije anteriormente, una especie de psicosis donde se ejercían todos los cuidados para no contraer la enfermedad. La idea de la muerte como consecuencia de la gripe ronda en la sociedad en ambos momentos históricos, pero es posible que en la epidemia de 2009 exista una especie de mirada sobre el ‘otro’ y una mirada sobre ‘sí mismo’ que hace que ciertos sectores de la sociedad piensen que a ellos no les puede suceder, entre otras cosas por su posición social, por los hábitos de higiene que tienen, por no poseer una enfermedad preexistente que pueda debilitar su organismo etc.

Es posible que eso haya pasado también en 1918-1919, especialmente si observamos, por algunas noticias en los periódicos de la época, que las personas salían de paseo y se comparaba Buenos Aires con París, dando cuenta de una sensación de tranquilidad social y continuidad del cotidiano. Considero que a pesar de la peligrosidad de la enfermedad, se continuaba con la idea de que la gripe no podría ser una enfermedad que mate a las personas, idea que considero que continúa naturalizada y arraigada en la memoria y en el imaginario social.

Toda epidemia deja una marca social que queda en el imaginario social. Por ejemplo, la epidemia de cólera de 1991-1993, que ocurrió en el norte argentino, tuvo efectos sobre el imaginario social muy similares a los de la epidemia de gripe de 2009. También en aquella ocasión se habló mucho en los medios de comunicación, se extremaron cuidados, se temió a la enfermedad aun cuando se la observaba como lejana y extranjera, se generaron reacciones sociales xenófobas, en ese caso frente a los bolivianos y peruanos (en la epidemia de gripe de 2009 son los mexicanos).

En el caso específico de la epidemia de 1918-1919, considero, como hipótesis, que fueron los inmigrantes de las regiones donde se desarrollaba la enfermedad – como España e Italia – tomados como ‘sujetos’ portadores del contagio y, por lo tanto, sufrieron la discriminación y la xenofobia. Este tratamiento hacia el extranjero que trae la gripe se dejaba traslucir en el periódico *La Nación* que, en su edición del 24 de octubre de 1918, observaba que a los enfermos que desembarcaban de los barcos se los hospitalizaba pero a aquellos que estuvieran sanos se les permitía “pasearse por la ciudad”.

Adriana Alvarez – Está claro que las enfermedades epidémicas impactan de forma estructural en el contexto social, político y científico de una comunidad. Algunas dejan huellas más visibles que otras. En el caso de la Argentina, la fiebre amarilla dejó una impronta en la memoria pública mayor que la gripe de 1918. Aún así, fueron experiencias destinadas a impactar en la realidad cotidiana puesto que pusieron en evidencia las deficiencias del sistema sanitario nacional, pero también potenciaron respuestas más localizadas. Por ejemplo, a partir de la gripe de 1918-1919, emergieron un número muy importante de asistencias públicas municipales en el interior bonaerense, destinadas a una atención primaria de la salud. De esta manera, se facilitó el acceso de los sectores más bajos a la atención médica, a la vacunación y, más tarde, a las especialidades como odontología etc. Con lo cual, considero que el impacto que las enfermedades infecciosas en general tuvieron en la esfera pública, en el siglo XX, estuvo íntimamente vinculado a diversos procesos de institucionalización de las cuestiones sanitarias.

Christiane Maria Cruz de Souza – Em Salvador, em 1918, além da própria doença, que invadia lares e prostrava ou vitimava pessoas queridas, a quebra na rotina e as interdições da Diretoria Geral da Saúde Pública interferiram nos hábitos e costumes dos soteropolitanos, modificaram-lhes também o humor. A gripe levava ao isolamento e disseminava sentimentos característicos dos períodos de crise epidêmica, como apreensão, abatimento, angústia e medo da morte. Pessoas de diversas camadas da sociedade buscaram o auxílio de forças sobrenaturais. Houve uma intensificação da fé, traduzida em rituais religiosos como as oferendas aos orixás, o uso de amuletos, benzeduras, banhos de folhas, as missas com orações específicas para o tempo de peste, a adoração de imagens etc.

A final da epidemia, em Salvador, o número de mortes computado pelas estatísticas oficiais foi inferior ao observado nas demais capitais do país, disseminando-se a idéia de que em regiões quentes como a Bahia o vírus perdia parte de sua força. Esse fato, aliado a crises epidêmicas mais graves como a de varíola – que no ano seguinte (1919) vitimou mais de duas mil pessoas –, contribuíram para que a experiência da gripe pandêmica fosse esquecida pelos baianos.

Liane Maria Bertucci – A meu ver, nos dois contextos históricos as pessoas reagiram à morte de modo muito parecido, e o impacto social também foi semelhante. Durante o período epidêmico as pessoas se isolam, pois o ‘outro’ torna-se o inimigo, o mensageiro da doença e da morte. Com o agravamento da epidemia e o aumento do número de mortos pode acontecer aquilo que o historiador Jean Delumeau chamou de abolição de ritos coletivos de tristeza, isto é, a supressão de velórios e enterros com acompanhamento. O impacto disso sobre as pessoas é muito grande. No Brasil, ainda não aconteceu em 2009, como em 1918, a interdição desses ritos, entretanto circularam, no sul do país, informações sobre caixões lacrados e enterros sumários de mortos pela gripe A.

Tais experiências produzem uma sensação avassaladora, o medo de desestruturação da vida familiar e social, da morte iminente, individual e coletiva. Em alguns aspectos existem semelhanças com a impressão deixada no imaginário das pessoas pela guerra, mas esta pode ser diretamente vinculada à vontade/ação dos homens, ao passo que a epidemia, não. Durante a gripe Espanhola e, menor proporção, durante a gripe atual – assim como em epidemias de outros tempos, como a peste negra – o que se evidencia é a impotência humana, são nossas limitações. A herança deixada no imaginário social lembra a de catástrofes naturais.

Como procurei discutir em “A onipresença do medo na influenza de 1918”, a ser publicado em *Varia História*, é preciso lembrar que o medo é um sentimento de mais de uma face, que pode impulsionar, além de discriminação, exclusão e isolamento, ações solidárias das pessoas, tentativas, muitas vezes desesperadas, de liquidar a doença. Isso ocorreu em 1918. As doações de alimentos e a colaboração na organização de postos de socorro aos gripados, que mobilizaram vários moradores da cidade de São Paulo, são exemplares.

Nara Azevedo – Quando o assunto é morte, creio que o impacto social é o mesmo. Não é isso que sugere a literatura que trata do assunto (história das mentalidades), pelo menos quando se debruça sobre o Ocidente? As experiências epidêmicas suscitam medo imediato e insegurança quanto ao futuro: acontecerá novamente?

Claudio Bertolli Filho – As doenças de cunho individual continuam a ser vistas como resultado de algum ‘desvio’ cometido pelo enfermo, como trabalhar demais, consumir bebidas alcoólicas ou tabaco. Nesses casos, há uma responsabilização do indivíduo e/ou de seus familiares. Por outro lado, as doenças epidêmicas são avaliadas sob duas perspectivas: as vítimas foram azaradas, e o acaso fez com que fossem atacadas por um micróbio, como num acidente; ou os homens, coletivamente, têm ‘pecado’ no plano religioso ou no convívio com o mundo natural.

Repete-se muito do que se falava em 1918. Uma das pessoas que entrevistei há pouco tempo, atuante no movimento ecológico, explicou-me que a gripe deve-se, como as demais enfermidades epidêmicas, à devastação imoderada do meio natural. Analogamente, a gripe Espanhola foi definida como fruto da devastação causada pela guerra na Europa. Um telepastor apregoou, como fizeram muitos religiosos em 1918, que as epidemias são resultado da não observância dos princípios religiosos, acrescentando que os “puros de coração” não seriam penalizados com a “peste”. Por outro lado, a morte foi ‘naturalizada’ como consequência possível da vida social, tendo em vista o grande número de óbitos causados pela violência urbana. Assim, quando se fala em duzentas mortes em todo o país, ainda parece uma cifra pequena em relação ao número de mortes noticiada cotidianamente, por efeito de outras situações de cunho social.

As experiências traumáticas de caráter coletivo, como uma epidemia com as proporções da atual, sempre gera uma memória coletiva, parte dela imaginada. O número de mortes, o contato direto com infectados e mortos, o tratamento que a mídia destina aos eventos do cotidiano e as asseverações oficiais deverão estabelecer os contornos desse imaginário da ‘peste’.

Em que medida a sombra de 1918 interfere nas avaliações de leigos e especialistas sobre a crise atual?

Nara Azevedo – A gripe de 1918 está muito distante da memória coletiva das atuais gerações. Creio que a devastação da pandemia de Aids constitui signo mais poderoso a guiar o imaginário social contemporâneo sobre o significado (nem sempre idílico) das interações humanos/natureza.

Claudio Bertolli Filho – A gripe Espanhola tornou-se referência para as epidemias ocorridas após 1918. No caso da pandemia atual, numerosas matérias midiáticas introduzem o assunto mencionando a Espanhola e o número de mortes que ocasionou. Alguns médicos e acadêmicos com quem dialogo sempre se referem a 1918. Aqueles que leram textos sobre o assunto dizem esperar que a tragédia não se repita, mesmo porque a medicina e a epidemiologia estão mais avançadas. De qualquer forma, a gripe de 1918 é um parâmetro sempre invocado. Nos últimos dias, li uma matéria num jornal local que começava falando sobre ela para, em seguida, dizer: “Mas, não se apavorem” – e usava os argumentos mencionados. As epidemias contam secularmente com uma estrutura imaginária, e muito

do que se está dizendo já se dizia no século XVI. Basta ler alguns capítulos de *O medo no Ocidente*, de Jean Delumeau³⁰, para comprovar isso.

Christiane Maria Cruz de Souza – Também recomendo *Epidemics and ideas*, de Paul Slack³¹ para ampliar a compreensão do comportamento das sociedades durante as crises epidêmicas. Para Slack, o que torna uma doença mais ou menos temida que outras é a memória que ela evoca. As epidemias de gripe que irromperam na Bahia, especialmente as de 1891 e 1918, apesar da extrema virulência, não provocaram tantas mortes. A sazonalidade e benignidade com que a gripe passou a se manifestar desde então estimularam mais ainda o sentimento de familiaridade em relação à doença. Creio que isso interfere, de alguma maneira, na resposta atual à epidemia, tanto da população como das autoridades. Na Bahia não se vê muita mobilização em torno do assunto.

Conforme a Coordenação de Vigilância às Emergências em Saúde Pública (Cevesp) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), entre 24 de abril a 1º de setembro de 2009 a gripe A H1N1 provocou um óbito; 711 casos foram contabilizados como suspeitos, dos quais 124 foram descartados, 490 estão em investigação e 97 foram confirmados. Apesar desse quadro, a mídia tem dado pouco destaque à doença. Outros assuntos merecem mais atenção: a incidência de dengue e minigite, o surto de violência decorrente do tráfico de drogas.

Adriana Alvarez – No tengo una respuesta clara a esta pregunta tal vez porque ese registro en Argentina, insisto no es muy claro. Es más evidente la evocación de otro brote de gripe que ocurrió a mediados del siglo XX, pero no el de 1918.

Adrián Carbonetti – Para el caso de Argentina, considero que la epidemia de gripe de 1918-1919 es una especie de ‘epidemia olvidada’, al punto de que no existen investigaciones suficientemente fundadas que permitan conocer las características que tuvo la enfermedad en dicho período, las medidas que se tomaron y cómo reaccionó el imaginario social. La epidemia de inicios del siglo XX es un antecedente insoslayable de la actual epidemia.

Es posible que el impacto epidemiológico, que fue menor en la región central, no haya despertado el interés que reunió el caso de otras epidemias como el cólera, la viruela, la poliomielitis, entre otras, y por lo tanto no es demasiado recordada ni por médicos ni por especialistas dedicados a la historia de la enfermedad. Los médicos, por su parte, ignoran los aspectos sociales e históricos de la epidemia de 1918-1919 para concentrarse en los hechos esencialmente biológicos de la enfermedad en el año 2009.

Liane Maria Bertucci – Poucos leigos sabiam algo sobre a gripe Espanhola até que a epidemia de 2009 alarmasse as pessoas. A terrível constatação de que uma moléstia considerada banal, corriqueira havia se tornado muito perigosa para a vida humana levou

³⁰ Delumeau, Jean, *O medo no Ocidente, 1300-1800: uma cidade sitiada*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

³¹ Slack, Paul, Introduction, in Ranger, Terence, Slack, Paul (Ed.), *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p.1-20.

várias pessoas a procurar saber mais sobre a gripe e suas epidemias. A internet é o principal meio para obtenção de informações, e muito do que é pesquisado circula por e-mails. Mesmo para as pessoas informadas de forma superficial, a gripe nunca mais será percebida 'apenas' como moléstia comum, sem gravidade. Para os médicos e outros especialistas, pode ocorrer uma espécie de redescoberta. O tema gripe ganha novas perspectivas. Como é possível termos procedimentos tão parecidos com os de 1918? Acho que esta é a primeira questão, até certo ponto desconcertante, que muitos médicos estão se colocando e que poderá remodelar a percepção que tinham da epidemia de 1918, das pesquisas que seus colegas do início do século XX fizeram sobre a doença, das hipóteses que defenderam e das que descartaram e, sobretudo, de como perceberam a extraordinária letalidade da moléstia, independente das complicações causadas por infecções oportunistas ou doenças crônicas.

Ana María Carrillo – En opinión de Terence Ranger³² y Alfred W. Crosby³³, que han estudiado pandemias de influenza independientemente uno del otro, si una epidemia violenta ocurre únicamente una vez, produce un solo trauma que puede ser rápidamente olvidado. Fue el caso de la devastadora epidemia de influenza de 1557-1559 en Inglaterra, y también de la de 1918-1919 en todo el planeta, la cual el mundo parece no recordar a pesar de que ha sido la más mortífera de la historia y de que ahí perdieron la vida nuestros abuelos o bisabuelos. Como los colegas que han hablado antes de mí, he podido constatar que, con excepción de ciertos historiadores de la medicina y algunas personas mayores que recuerdan haber oído algo sobre ella en su niñez, en México no hay una memoria sobre esa pandemia. Esta desmemoria puede deberse a lo que señalan Crosby y Ranger, o tal vez a que la cruenta revolución haya opacado su tragedia.

Lo que, en mi opinión, sí ha influido en las estrictas medidas tomadas en todo el mundo – que hasta hoy no parecen ser equiparables a los daños causados por la enfermedad – son las predicciones de los epidemiólogos. A partir de que en 1996 hubo brotes de influenza de origen aviar (detectada en gansos en China), y fue identificado el subtipo H5N1 que tenía la propiedad de pasar a seres humanos (aunque aún no de transmitirse de humano a humano), la comunidad médica alertó sobre la posibilidad del paso de humano a humano y el desarrollo de una pandemia con gran número de enfermos y muertos (en los peores escenarios, hasta 360 y 180 millones, respectivamente). Se preveía que una siguiente pandemia de influenza podía ser una de las más desafiantes para la historia médica; era – señalaban – como si se supiera que el reloj despertador iba a sonar, pero no se sabía cuándo ni dónde. De esa preocupación surgió el plan en seis fases de la OMS, dependiendo de si había predominantemente infecciones animales, infección humano/humano o extendida infección humana, y que llevó a declarar, tarde en opinión de muchos, la existencia de una nueva pandemia.

³² Ranger, Terence, *Plagues of beasts and men: prophetic responses to epidemia in eastern and southern Africa*, en Ranger, Terence, Slack, P. (Ed.), *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p.241-268.

³³ Crosby, Alfred W., *America's forgotten pandemic: the influenza of 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

Adriana Alvarez – Una de las primeras representaciones de la gripe actual es que era una enfermedad de los sectores sociales altos. De hecho, en la Argentina, los primeros casos se manifestaron en costosos barrios privados, en competencias hípicas y en colegios de elite, cuyo común denominador fue que se trató de pacientes que habían estado de viajes por Estados Unidos, Canadá y en menor medida – según la prensa – México. Estas noticias, tal vez, contribuyeron en un primer momento a fortalecer esta idea que sostiene Carbonetti en relación a que los médicos argentinos están acotando la interpretación de la pandemia actual estrictamente a la perspectiva biológica, dado que no se trataba ni de personas mal alimentadas o cuyas condiciones materiales de vida sirviera para explicar el desarrollo de la enfermedad en ese segmento social. Sin embargo, me parece que en 1918 no fue muy distinto, ya que los primeros brotes también se dieron o se detectaron entre los sectores altos de la sociedad que habían pasado sus vacaciones en Europa, como fue, por ejemplo, el viaje en el barco *Infanta Isabel de Borbon* donde, durante la travesía, fallecieron nueve pasajeros que viajaban en primera y segunda categoría “entre los que se encontraban conocidos comerciantes porteños”.³⁴

Es decir, a diferencia, por ejemplo, del cólera – que asoló a la Argentina hace unos años – interpretado desde una visión que integraba variables sociales, entendiéndolo como una enfermedad que se propagaba de ‘abajo hacia arriba’, en el caso de la gripe A es la inversa: fue desde ‘arriba hacia abajo’. El tema es que una vez instalado el virus se irradió rápidamente hacia los sectores más vulnerables y fue entonces cuando se demostró que los hospitales públicos no estaban preparados para el embate. Faltaron médicos, medicamentos y esto afectó al protocolo aplicado. Como ya dije, consistió en brindarse solo a los casos dectados, haciendo que un gran porcentaje fuera tratado como gripe común hasta la llegada de los estudios clínicos que confirmaban el tipo de gripe, situación que sirvió para propagar con mayor intensidad la enfermedad. Retomando la idea señalada por Carbonetti, la pregunta sería: ¿ello fue el producto de una mirada estrictamente biológica sobre la enfermedad o fue fruto de los condicionantes que puso el Estado, no provisto de las dosis necesarias de Tamiflu?

Em que os estudos de história ou o historiador que pesquisa história de doenças podem contribuir em momentos de crise epidêmica como a atual?

Ana María Carrillo – Cuando el cólera se presentó en el siglo XX, después de un siglo sin epidemias de la enfermedad, los historiadores de la medicina fuimos solicitados en hospitales, escuelas de medicina y medios de comunicación; pero nada de eso fue comparable a lo que ha sucedido con la epidemia de la influenza A H1N1, quizá porque el cólera es una enfermedad que ataca principalmente a los más vulnerables económicamente (que carecen de agua potable y drenaje) y además porque hay contra ella un tratamiento accesible y efectivo; mientras que el virus de la influenza sigue siendo un reto para la ciencia médica y una amenaza para todos.

³⁴ *Diario la Capital*, Mar del Plata, 9 nov. 1918, p.1.

No hay duda de que los enfoques sanitarios pasados sobre determinadas enfermedades son antecedentes importantes para la lucha actual contra las mismas; si bien, como dice Allan M. Brandt³⁵, la historia no alberga verdades simples, por lo que las respuestas a las epidemias actuales deben estar configuradas por la ciencia, la política y la cultura contemporáneas. Las complejas relaciones entre países en época de pandemias pueden ser iluminadas por la historia de la salud pública internacional. El historiador también puede contribuir a explicar lo que nos ha ayudado o no en el pasado. Señalar culpables y discriminarlos, por ejemplo, nunca lo ha hecho; como tampoco ha ayudado tratar de evitar el pavor de la población manteniéndola desinformada. En cambio, han sido benéficos dar la alerta oportuna, proporcionar datos fidedignos a la comunidad internacional, realizar estudios epidemiológicos y desarrollar servicios de salud.

Nara Azevedo – Concordo. Em uma crise epidêmica, quanto mais conhecimento (histórico, biológico etc.), melhor. Além disso, as experiências passadas podem contribuir para a compreensão da experiência presente.

Liane Maria Bertucci – O historiador Marc Bloch dizia que a história não é a ciência do passado, mas o resultado de uma relação de mão dupla: de questões do presente que nos instigam ao estudo do passado, e do passado que pode nos ajudar a compreender inquietações que temos no presente.

Claudio Bertolli Filho – Acredito que o papel do historiador deve ser o de advertir a população de que ao lado da epidemia de alguma doença há também uma epidemia de medo, e que boa parte do medo que nutrimos em época de crise não tem fundamento objetivo. O papel do historiador é lutar contra a tradição que vê, em cada epidemia, a possibilidade de catástrofes inenarráveis. No fundo, é se opor à tendência, comum aos seres humanos, de se sentir impotente diante de uma crise sanitária de grandes proporções. Por isso, é crucial o acesso dos historiadores aos canais massivos de comunicação. Agora que a epidemia parece ter amainado, resta também ao historiador tecer novas comparações entre o que está acontecendo e o ocorrido em 1918. Após a gripe Espanhola, a imprensa falou durante meses sobre o que ocorrera, cristalizando-se a avaliação de 1918 como um 'ano funesto'. Na atualidade, em poucos dias o assunto passou a ser evitado. Pergunto-me se a modernidade tardia não tem por característica este evitar, como mau gosto, discorrer sobre os medos e aflições vivenciadas pelo sujeito. Nas falas cotidianas constato que a gripe rapidamente deixou de ser um tema invocado. Parece que nem ocorreu.

Christiane Maria Cruz de Souza – Tenho sido procurada por jornalistas de alguns periódicos, e meu artigo veiculado recentemente em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*³⁶

³⁵ Brandt, Allan M., El sida en perspectiva histórica: cuatro lecciones de la historia de las enfermedades de transmisión sexual, en Platts, M. (Comp.), *Sida: aproximaciones éticas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México; Fondo de Cultura Económica, 1996, p.17-33.

³⁶ Souza, Christiane Maria Cruz de, A epidemia de gripe Espanhola: um desafio à medicina baiana, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, 2008, p.945-972.

motivou a publicação de resenhas nos *sites* da Fiocruz, da Sociedade Brasileira de Infectologia, no *blog* InovaBrasil. Tal como os colegas, acredito que essa procura se deve à necessidade de compreensão do evento epidêmico. Segundo Charles Rosenberg³⁷, mesmo uma doença maligna, quando tornada inteligível, familiar, pode ser mais bem manejada emocionalmente do que aquela desconhecida. Os relatos de epidemias passadas podem contribuir para a compreensão do evento atual.

Adrián Carbonetti – La enfermedad no es sólo un fenómeno de carácter biológico. Las formas como las epidemias son vistas por las sociedades contemporáneas resultan de construcciones históricas y socialmente elaboradas a lo largo del tiempo. En el caso de la gripe, fenómenos como el miedo, la xenofobia, la generación de chivos expiatorios, las estrategias de salvación individuales son expresiones habituales de quienes se sienten amenazados. Si se revive la enfermedad desde la historia social estaremos en condiciones, como sociedad, de verificar en cuánto se ha avanzado en el plano social, político y cultural frente a este tipo de amenazas.

Adriana Alvarez – El estudio de las enfermedades en perspectiva histórica puede contribuir para hacer comprensibles ciertos procesos contemporáneos que, a veces, son vistos como únicos y desconocidos cuando, en realidad, es posible que hayan ocurrido en otro tiempo y lugar. La perspectiva histórica es una vía de privilegio para poder comprender cómo se forjaron, qué características tuvieron y cuál fue el devenir de las distintas políticas higiénicas, en este caso, aplicadas en la Argentina frente al brote de la pandemia de 1918.

Esto ocurre, en gran parte, porque las enfermedades, tanto en su estado endémico como epidémico, tornan visibles aspectos que, desde otras perspectivas, no lo son tanto. Permiten complejizar algunos problemas en la medida que el historiador puede vincular la historia natural y la historia social de las enfermedades, prestando atención tanto a los factores biológicos y ecológicos que las producen, a las técnicas y políticas implementadas para combatirlas y a las reacciones sociales que éstas generaron. El producto final no solo debe ser de consumo de médicos y/o especialistas, sino del público en general, puesto que se enfrentan a un relato donde se muestra que las epidemias son más que un hecho biológico, alcanzando a distinguir los diferentes niveles de responsabilidad, inclusive el individual.

Vivemos em uma sociedade em que o acesso a informações é amplo e diversificado. Atualmente, sonegar ou manipular uma informação é bem mais difícil do que a décadas atrás. Também é difícil gerenciar questões de saúde, principalmente em épocas de epidemias, como essa da gripe A H1N1. E uma das atribuições das autoridades, nessas conjunturas, é manter a sociedade bem informada, de modo a evitar o pânico e contribuir para que ela esteja pronta para tomar as decisões acertadas. Como comparam o papel da imprensa na epidemia de 1918 com a cobertura atual, em que

³⁷ Rosenberg, Charles E., *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1992.

existem novas tecnologias de informação? Médicos e outros profissionais de saúde, especialistas e autoridades têm sido mais acessíveis e esclarecedores? Eles utilizam bem as tecnologias para divulgar as informações necessárias?

Nara Azevedo – O comportamento espetacular da imprensa parece o mesmo.

Christiane Maria Cruz de Souza – Durante a passagem da epidemia de 1918 pela Bahia, havia lá grande número de jornais em circulação, e raras eram as cidades que não contavam com seus órgãos de imprensa. Os jornais vinculados aos grupos que disputavam o poder na Bahia exploraram o evento ao máximo, visando vantagens políticas. Facções contrárias ao governo do estado buscaram desacreditar o grupo que se encontrava no poder, denunciando, entre outros problemas, o precário estado sanitário de Salvador. Colocando-se na defensiva, as autoridades públicas e sanitárias procuraram passar uma imagem de controle e competência para gerir a crise, ao mesmo tempo que acusavam a oposição de superdimensionar os fatos em proveito próprio.

Além do uso político da epidemia, a imprensa apresentou ao público um arsenal de informações sobre doença. Alguns jornais baianos tinham seções específicas para informar sobre medicação, dieta e cuidados a serem adotados por aqueles que contraíam a doença. Noticiavam experiências científicas e debates ocorridos nos centros acadêmicos de várias partes do mundo. Autoridades médicas e sanitárias eram convidadas a emitir opinião sobre o assunto. Circulavam também, nos jornais, informações sobre as condições sanitárias do estado, o número de pessoas infectadas e vítimas da influenza, a profilaxia adotada pelas autoridades sanitárias, as práticas de cura da medicina doméstica e as informadas pela religião etc.

Hoje, artigos em circulação na imprensa e na internet também trazem informações importantes sobre etiologia, profilaxia e tratamento da gripe. A diferença é que a acessibilidade aumentou. É preciso não esquecer que, no começo do século XX, mais de 80% da população baiana era analfabeta, o que dificultava o acesso aos jornais.

Adrián Carbonetti – Según el censo de población de 1914, el 35,1% del total de población en Argentina de más de siete años era analfabeta y un 2,7% semianalfabeta, con lo cual gran parte de los habitantes no podían conocer las noticias ni información detallada de la gripe por el único medio de información que existía en ese momento. Los periódicos de mayor tirada estaban centrados en la ciudad y provincia de Buenos Aires, y la mayoría de las noticias del mundo, e incluso de Argentina, tardaban en llegar a las diferentes regiones que componían el país.

Más allá de eso, también debemos considerar las tendencias político-ideológicas que sustentaban dichos periódicos. Existían diarios liberales como *La Nación*, periódicos partidarios como *El Radical* y *La Voz del Interior*, en Córdoba, católicos como *Los Principios*, entre otros. Cada uno de ellos daba un tratamiento particular a la información. Unos ponían el acento en la prevención, mediante entrevistas a médicos – es el caso de los dos primeros periódicos nombrados. En el tercero de ellos, un editorial denominado “Por la salud pública” llamaba, en medio del momento más álgido de la epidemia, a una procesión

con la virgen del Milagro, mientras la Iglesia veía la gripe como un castigo divino. De esta forma, dependiendo de la orientación, la prensa tendía a informar o desinformar a la población.

En la actualidad, los medios de información se han desarrollado, no sólo los periódicos, también radio, televisión, internet permiten llevar información a toda la población. Sin embargo, la prensa argentina jugó un papel crítico y en muchos casos desarrolló un bombardeo informativo. Un sector importante de la prensa utilizó las estadísticas de las muertes por gripe A H1N1 como forma de criticar al gobierno por su falta de previsión y planificación en salud.

Considero que los profesionales de la salud y las autoridades fueron claros y asequibles, incluso muchos trataron de no generar un clima de terror frente a la enfermedad; se trató de llevar calma a la población y las tecnologías de información fueron bien utilizadas. No debemos olvidar de que en la Argentina, antes de la aparición de la gripe A H1N1, grandes sectores de la sociedad, especialmente en el Nordeste, se encontraban bajo la influencia de otra epidemia: el dengue. Por lo tanto, se utilizaron los mismos medios para informar y divulgar noticias que con esta epidemia. También debemos tener en cuenta que en medio de la crisis provocada por la gripe, en Argentina, se cambiaba el ministro de Salud, lo que implicó que se estableciera una nueva relación entre la cartera gubernamental y los medios. Es un tanto complicado hacer un análisis definitivo del accionar de los medios de comunicación nacional frente a la epidemia actual, dado que existe entre ellos y el gobierno nacional un abierto enfrentamiento preexistente que tiñe la objetividad que debieran tener la información que brindan. Las críticas desmedidas al accionar oficial están también contaminadas por oposiciones políticas.

Adriana Alvarez – En 1918, la prensa fue cautelosa, brindaba información pero no magnificaba los hechos. Como ya fue mencionado, el único medio entonces era la prensa escrita con lo cual comparar con el rol que hoy juegan los medios de comunicación es complejo a partir de la asimetría existente. No han quedado recuerdos en la memoria pública relativos al padecimiento de la enfermedad, a los miedos provocados por la misma o a la incorporación de hábitos o cuidados preventivos, como al parecer está dejando la epidemia actual.

Adrián Carbonetti – Si bien es cierto que hoy la información es más difícil de ser manipulada, también es cierto que la epidemia de 1918 se desarrolló en un contexto caracterizado, en el caso argentino, por la emergencia del higienismo y el positivismo en el área médica, lo que amplió la necesidad de contar con información fidedigna y de la cual se podrían servir aquellos que planificaban cómo combatir la enfermedad. Esta necesidad posibilitó generar datos confiables y constantes respecto a las enfermedades en su conjunto y especialmente en relación a las epidemias, que eran aquellos fenómenos que generaban crisis en la sociedad.

En el caso de la epidemia actual, observamos que, si bien la información se desarrolla y se verifica mediante una serie de procedimientos, no llega al público en su conjunto. Un ejemplo de ello es que se sabe que en Argentina se registraron, en este primer brote epidémico, 811.940

casos, de los cuales 439 fueron mortales (*Clarín*, 22 de agosto de 2009). Lo que se desconoce son las condiciones socioeconómicas de aquellos que enfermaron y murieron, mientras que sólo se conocen el grupo etario y la provincia donde ocurrió la defunción etc.

Ana María Carrillo – Considero que a pesar de la menor tecnología de hace un siglo, el papel de la prensa mexicana fue mejor en 1918. En esa época estuvo muy atenta al avance de la enfermedad en los Estados Unidos, y algunos periódicos hablaron con claridad de la epidemia cuando llegó a México.

Este año, cuando fue reconocido que había una epidemia, los periódicos y, sobre todo, la televisión parecieron acatar la petición gubernamental de hacer comprender a la población que las estrictas medidas tomadas eran necesarias y prácticamente no hablaban de otra cosa. Las críticas al manejo de la epidemia fueron pocas. Luego, casi todos los medios de comunicación aseguraron que la situación había sido superada, lo que estaba lejos de ser cierto, y la influenza desapareció de los medios de comunicación tan súbitamente como apareció. En este momento hay nuevamente información, pero ésta no es proporcional al número de enfermos y de escuelas cerradas. Si bien hoy, como hace noventa años, es difícil hacer un balance pues hay muchos diferentes tipos de prensa e incluso en un mismo periódico se presentan posiciones diversas. Destacaría positivamente el papel de *El Demócrata* en 1918 y de *La Jornada* y TV Unam en nuestros días.

En la internet, circuló ampliamente la versión – y fue la que prevaleció en ese medio – de que la epidemia sencillamente no existía y que se trataba de un experimento de los Estados Unidos para destruir al país o de un proyecto gubernamental para controlar a la población, sin que se intentara una explicación sobre el modo en que se habrían puesto de acuerdo gobiernos de posiciones políticas opuestas, países diversos y organismos sanitarios internacionales.

Liane Maria Bertucci – Durante a gripe Espanhola, autoridades governamentais censuraram a imprensa em algumas cidades brasileiras, e diversos jornais foram publicados com colunas em branco. Hoje isso seria impensável, e mesmo em 1918 foi desastroso, pois a desconfiança de que informações importantes sobre a enfermidade eram sonegadas levou muita gente ao pânico. Mas durante a gripe Espanhola, como em 2009, os jornais noticiaram ‘a marcha da moléstia’, transcreveram a fala de autoridades médico-governamentais e de outros médicos e informaram sobre locais de atendimento ao gripados.

Uma diferença observada em 1918 é que vários jornais publicaram artigos criticando ações de combate à moléstia, e a intensidade das críticas correspondeu à intensidade da doença. Será que o mesmo aconteceria, se a gripe atual tomasse proporções semelhantes às do início do século XX? Já em 2009, a diferença é a multiplicidade dos meios de comunicação. A televisão e o rádio trazem a doença para dentro de nossas casas, em tempo real, e mesmo se considerarmos a concisão das informações – sujeitas ao tempo raro e caro desses meios de comunicação –, isso representa uma mudança fantástica em comparação a 1918.

É preciso destacar o papel singular da internet, ao disponibilizar quantidade praticamente ilimitada de informações sobre a gripe A no Brasil e no mundo, e também sobre a gripe

Espanhola e outros surtos de gripe, mesmo que muitas dessas informações sejam de credibilidade, no mínimo, duvidosas.

O que tudo isso pode ocasionar? Maior conscientização sobre a enfermidade e difusão de práticas preventivas? Pânico? Falsa e perigosa sensação de conhecimento sobre a doença e seus possíveis tratamentos? Não sei.

Ana María Carrillo – En 1918, algunos facultativos hacían declaraciones a la prensa en que desmentían las versiones oficiales, pero casi siempre ocultaban su identidad. En general, los médicos y otros profesionales de la salud se han abstenido de hacer declaraciones a la prensa en la epidemia actual, y es que hay sobre el asunto un rígido control. Sin embargo, trabajadores de hospitales, especialmente de aquellos donde estaban internadas personas con cuadros de influenza, se manifestaron en algunos momentos públicamente – cuando varios de ellos habían enfermado y al menos un médico había muerto – para protestar porque no se les había proporcionado la vacuna, porque carecían del más elemental equipo de protección o porque no se les había informado sobre la situación. El Ministerio de Salud calificó esas preocupaciones como ‘reacción psicológica exagerada’. En entrevistas confidenciales, como las hechas a la esposa de Bertolli Filho en Bauru, trabajadores de salud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias me han asegurado que la situación fue mucho más grave de lo que se comunicó al público.

Por parte de las autoridades sanitarias, la información ha sido totalmente inadecuada. El 23 de abril de 2009, el Ministerio de Salud reportó veinte muertes de adultos jóvenes por la influenza en la ciudad de México y comentó que se preveía que la cifra seguiría en aumento porque había enfermos graves en los hospitales y la notificación de los decesos no era inmediata. Sin embargo, llamó a la población a mantenerse tranquila, y aunque reconoció carecer de información del resto del país, aseguró que no había una epidemia de influenza ni motivo de alarma, sino que se trataba simplemente de “la colita de la epidemia” de influenza estacional de Estados Unidos. A las 11 de la noche del mismo día, tras una reunión con autoridades de salud, educación y seguridad, anunció la suspensión de clases en todos los niveles (desde preescolar hasta universidad), tanto en los planteles públicos como en los privados, en el área metropolitana del valle de México. Avisó que los contagios eran consecuencia de un nuevo virus (información que en realidad tenía desde el día anterior). A la mañana siguiente, el ministro de Salud reportó que en veinte de 68 muertos se había confirmado la presencia de la cepa recién descubierta. Luego, ha modificado esos datos a voluntad, hacia arriba o hacia abajo, en lo que ha sido calificado como ‘danza o malabares de las cifras’, sin dar una explicación plausible sobre el cambio de las mismas. Días después de declarada la alerta sanitaria, cuando ya había reportado 149 casos confirmados por laboratorio, hubo un ‘ajuste y actualización de cifras’, y el secretario de Salud dijo que la epidemia “no era para tanto”, puesto que sólo había siete muertos a causa de la influenza porcina (luego llamada humana). No dijo si esos siete fallecimientos habían ocurrido antes o después de paralizar a todo el país; tampoco dio información sobre la causa de las restantes muertes y culpó a los estados de la maraña de las cifras. La prensa, los legisladores, los científicos y la población demandaban a la Secretaría de Salud transparencia en la información. Pedían datos sobre las características de los fallecidos, el

mapeo de los lugares en que se habían presentado casos y una explicación de por qué en México, a diferencia de otros países, la influenza estaba provocando muertes; pero no obtuvieron respuestas.

El hecho de que un día, por la mañana, la burocracia sanitaria negara que había una epidemia, y ese mismo día en la noche tomara estrictas medidas, provocó pánico y sólo tiene tres explicaciones posibles: las medidas no eran necesarias; la epidemia se desarrolló sin ser advertida por las autoridades a causa de un deficiente sistema de vigilancia epidemiológica; o las autoridades ocultaron información a su población y al mundo. Esta última parece ser la respuesta, aunque quizá se trata de una combinación de todo ello. Si se analizan los datos publicados por la Dirección General de Epidemiología en su *Boletín Epidemiológico*, puede comprobarse que desde mediados de la cuarta semana del año hubo un aumento sostenido de morbilidad por influenza en todo el país que salía del comportamiento de la morbilidad por esa enfermedad en años anteriores, además de que estaba atacando a un grupo de edad no considerado vulnerable: el de adultos jóvenes de entre veinte y 45 años. También desde febrero, el Instituto Mexicano del Seguro Social, detectó un incremento en los casos de neumonía grave; pero su alerta fue difundida a sus delegaciones por su Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica apenas el 18 de abril, un día después de la visita de Obama a México. Brasil y Francia reprocharon a las autoridades sanitarias del país por haber dado la alerta demasiado tarde y Cuba las acusó de haber ocultado información cuando 60% de los tres mil residentes de La Gloria, en Veracruz – localizada cerca de Granjas Carroll, subsidiaria de la compañía Smithfield – enfermaron de neumonía atípica. A pesar de que había un plan para México, otro para Norteamérica y otro de la OMS para enfrentar una posible epidemia de influenza, no hubo capacidad, o voluntad, para dar una respuesta inmediata. Cuando Cuba, Argentina, Perú, Ecuador y China cerraron sus aeropuertos a vuelos mexicanos, la OMS insistió ante ellos que el Reglamento Sanitario Internacional recomendaba no hacer nunca la interrupción absoluta del tráfico de personas o mercancías. Pero la medida era quizás un intento desesperado de estos países de evitar la llegada de la epidemia. Cabe destacar que Cuba tiene vedada la compra de medicamentos extranjeros a causa del bloqueo impuesto por Estados Unidos, en Argentina estaba próximo el invierno, China tiene una altísima densidad de población. La referida decisión era tal vez una forma de decirle a México que ellos no estaban cumpliendo su parte del Reglamento Sanitario Internacional porque este país no había cumplido la suya, que era desarrollar una adecuada vigilancia sanitaria (sólo desde enero de este año, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica perdió 5% de su presupuesto) y dar aviso a la comunidad internacional de una situación anormal. El presidente de México trató de cubrir las deficiencias sanitarias del país con un discurso nacionalista ante las reales y supuestas medidas discriminatorias por parte de algunos países. No tocó a la Unión Europea, Estados Unidos o Canadá (a pesar de que las embajadas de estos dos últimos países habían suspendido los servicios de visado e inmigración), pero se enfrentó a China y a varios países latinoamericanos, particularmente a Cuba.

Claudio Bertolli Filho – Toda a epidemia, como disse, guarda em seu bojo um imponderável, uma novidade que as ciências e a administração sanitária ainda não têm condições

de resolver em tempo relativamente curto. Se a mídia desempenha seu papel social e os especialistas se pronunciam a respeito do que está acontecendo, será que devem ser totalmente transparentes, inclusive sobre a possibilidade de uma epidemia trazer enigmas de difícil, se não impossível solução? Claro que, como professor, inclusive de cursos de jornalismo, tendo a dizer que a mídia e os personagens que entrevista deveriam ser objetivos, claros e honestos. Mas será que, no caso de que estamos tratando, isso é aconselhável em sua plenitude? Falar sobre a possibilidade de a situação tornar-se de escasso controle não implicaria intensificar o medo coletivo? As diferentes fases discursivas das autoridades sanitárias, que mencionei na primeira questão, não são um exemplo dessa censura? Dizer que uma 'próxima peste' já era preconizada, entre outros por Laurie Garrett – que alude inclusive à possibilidade de ser uma gripe – não levaria os leigos a indagar por que nada foi feito para evitá-la? Publiquei vários textos sobre isso, mas os canais acadêmicos dirigem-se a um público leitor que não é aquele dos jornais. Confesso que tenho dúvidas se o dever dos profissionais de saúde é dizer tudo o que pode acontecer, ainda que não tenha dúvida alguma de que devem dizer tudo o que está acontecendo. Estarei sendo cínico ao afirmar isso?

De qualquer forma, concordo com a afirmação de que a mídia está sendo bem utilizada por médicos e autoridades sanitárias. Há entrevistados e mesmo articulistas que resistem a abandonar os jargões da profissão, assinando artigos ou entrevistas cujo teor é de difícil entendimento para o público leigo, mas também há informações e comunicados que ajudam muito a orientar a população sobre a especificidade da doença e os meios disponíveis para dificultar a infecção.

Passado o momento de susto, algumas novas ponderações podem ser feitas. Se a imprensa tendeu a evitar o sensacionalismo, a grande mídia viu-se, com frequência, tentada a incorrer nesse desvio, sendo agora criticada por seus próprios avaliadores internos. Em entrevista publicada pela *Folha de S. Paulo*, em 22 de setembro, com o título "Jornalistas são arrogantes e não querem ser melhorados", Carlos Eduardo Lins da Silva, *ombudsman* desse diário, afirmou que são os erros e exageros cometidos por um jornal, mais do que o choque de opiniões, que levam à desqualificação e queda de credibilidade do meio e dos jornalistas. Entre os erros cometidos pela *Folha*, o *ombudsman* destacou o tratamento dado ao evento epidêmico: "Há exatamente dois meses, a *Folha*, em chamada de primeira página, disse: 'em dois meses, trinta e tantos milhões de brasileiros devem estar infectados e 4,4 milhões devem estar internados'. Isso baseado em modelo matemático que não era alimentado por dados sobre a gripe atual, mas sim de gripes do passado". Ou seja, mesmo contida, a mídia teve seus momentos de fraqueza. Deu-se isso pelo afã dos jornalistas em criar o fato sensacionalista? Acredito que não. Esses profissionais são seres humanos que compartilham os medos da sociedade em que vivem. Ao vislumbrar um futuro próximo catastrófico, apenas confundiram seus próprios receios, que eram os de toda a sociedade.

Superado o paroxismo epidêmico, fica relativamente fácil apontar os erros da imprensa, mas é necessário considerar que muitas pessoas, como o jornalista, pensavam que a gripe faria número bem maior de vítimas. Nas poucas conversas que tive nesse período de abrandamento da epidemia, percebi uma tendência a acreditar que houve um número de infectados e mortos superior ao que tem sido publicado. O mesmo ocorreu durante a gripe

Alvarez, Adriana et al.

de 1918. Apesar de ela ter sido responsabilizada por cerca de 5.100 óbitos em São Paulo, como constatei no livro que escrevi sobre o assunto³⁸, tanto os depoimentos do período imediatamente posterior ao evento, quanto os que colhi quando fazia aquela pesquisa falavam em 10, 20 e até 50 mil mortos, somente na cidade de São Paulo.



³⁸ Bertolli Filho, Cláudio, *A gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*, op. cit.

BIBLIOGRAFIA DOS COLABORADORES SOBRE O TEMA

- ALVAREZ, Adriana Carlina.
Entre los mosquitos y la muerte: la historia de una erradicación frustrada. Buenos Aires: 2009. p. 150.
- ALVAREZ, Adriana; CARBONETTI, Adrián (Ed.).
Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida. Mar del Plata: Eudem. 2008.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio.
A gripe Espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade. São Paulo: Paz e Terra. 2003.
- BERTUCCI, Liane Maria.
Editorial: Gripe A, uma nova 'Espanhola?'.
Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.55, n.3, p.230-231. 2009.
- BERTUCCI, Liane Maria.
Gripe espanhola: da casa ao hospital. In: Nascimento, D.R. do; Carvalho, D.M. de (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15. p.165-181. 2004.
- BERTUCCI, Liane Maria.
Influenza, a medicina enferma. Campinas: Ed.Unicamp. 2004.
- BERTUCCI, Liane Maria.
Remédios, charlatanices ... e curandeirias: práticas de cura no período da gripe Espanhola em São Paulo. In: Chalhoub, Sidney et al. (Org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Ed.Unicamp. p.197-227. 2003.
- BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria.
Entre doutores e para os leigos: fragmentos do discurso médico na influenza de 1918. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.143-157. 2005.
- BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria.
'Conselhos ao povo': educação e higiene contra a influenza de 1918. *Cadernos CEDES*, Campinas, v.23, n.59, p.103-117. 2003.
- BRITO, Nara Azevedo de.
'La dansarina': a gripe Espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.11-30. 1997.
- CARBONETTI, Adrián.
Historia de una epidemia olvidada: la pandemia de gripe española en la Argentina – 1918-1919. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados/Conicet/UNC. 2009.
- CARBONETTI, Adrián.
Incidencia de la pandemia de gripe de 1918-1919 en la mortalidad de la ciudad de Córdoba. las 8. Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, 31 jul.-2 ago. 2009. Buenos Aires. 2009.
- CARRILLO, Ana María.
Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud: 1902-1940. En: Fajardo, G.; Carrillo, A.M.; Neri Vela, R. (Ed.). *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*. México D.F.: Organización Panamericana de la Salud; Universidad Nacional Autónoma de México; Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. p.17-64. 2002.
- CARRILLO, Ana María.
Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, sup., p.67-87. 2002.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de.
A epidemia de gripe Espanhola: um desafio à medicina baiana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.945-972. 2008.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de.
A gripe Espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.71-99. 2005.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de.
A gripe Espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de.
As dimensões político-sociais de uma epidemia: a paulicéia desvairada pela gripe Espanhola. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.567-573. 2005.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de.
La epidemia de gripe en Salvador (1918): acciones defensivas y prácticas de cura. In: La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, 14. Granada: Editorial Universidad de Granada. p.1-522. 2008.