



**EDUCAÇÃO CIÊNCIA E SAÚDE**  
<http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v9i1.426>

## **ANÁLISE DAS PANDEMIAS GRIPE ESPANHOLA E COVID-19 EM TERRITÓRIO BRASILEIRO: REVISÃO NARRATIVA**

Adyverson Gomes dos Santos<sup>1</sup>; Maria Eduarda da Silva Rodrigues<sup>1</sup>; Bruna Braga Dantas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, Brasil.

<sup>2</sup> Profª Unidade Acadêmica de Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, PB, Brasil.

Email para correspondência: [brunabdantas@gmail.com](mailto:brunabdantas@gmail.com)

### **Resumo**

O Brasil esteve sujeito a diversas doenças emergentes, cujo controle tem relação direta com aspectos políticos e socioeconômicos. O objetivo do trabalho foi compreender os agravos e medidas de contenção estabelecidas para as pandemias da “Gripe Espanhola” (1918) e Novo Coronavírus (2019). Para isso, foi realizado uma revisão de literatura narrativa, com coleta dos dados realizada entre maio e outubro de 2020, nas bases de dados SciELO, PubMed, MedRxiv e Google Scholar. Sendo considerados estudos originais, disponíveis gratuitamente na íntegra, em português, inglês e espanhol. Foram encontrados 981 estudos, desses apenas 28 seguiram os critérios de inclusão e foram utilizados no corpus deste estudo. O surto epidemiológico de cada pandemia não teve origens específicas, mas apenas supostas teorias. No Brasil, tanto no século XX como no XXI, ambas pandemias estabeleceram um novo desafio a ciência, incorporando novas técnicas profiláticas e de tratamento, além das medidas de supressão implementadas para redução nas taxas de mortalidade. A implementação do isolamento social, a disseminação de informações sobre as medidas de prevenção e higiene foram contribuições do passado aplicadas na atual pandemia, no entanto, houveram erros cometidos em 1918 que se reproduziram atualmente, como a negligência do governo nacional e implementações de saúde tardias.

**Palavras-chave:** Vírus da influenza A. Infecções por coronavírus. Pandemias. Brasil.

### **Abstract**

Brazil has been subject to several emerging diseases, whose control is directly related to political and socioeconomic aspects. The objective of the work was to understand the grievances and containment measures established for the “Spanish Flu” (1918) and New Coronavirus (2019) pandemics. For this, a narrative literature review was carried out, with data collection carried out between May and October 2020, in the SciELO, PubMed, MedRxiv and Google Scholar databases. Being considered original studies, freely available in full, in Portuguese, English and Spanish. 981 studies were found, of which only 28 followed the inclusion criteria and were used in the corpus of this study. The epidemiological outbreak of each

pandemic did not have specific origins, but only supposed theories. In Brazil, both in the 20th and 21st centuries, both pandemics established a new challenge to science, incorporating new prophylactic and treatment techniques, in addition to the suppression measures implemented to reduce mortality rates. The implementation of social isolation, the dissemination of information on prevention and hygiene measures were past contributions applied in the current pandemic, however, there were mistakes made in 1918 that are reproduced today, such as the negligence of the national government and late health implementations.

**Keywords:** Influenza A virus. Coronavirus infections. Pandemics. Brazil.

## 1 Introdução

A humanidade, por tempos, enfrentou diversas doenças infectocontagiosas e que no Brasil, tornaram-se problema de saúde pública, a exemplo da cólera, varíola, influenza aviária, febre amarela, destacando a epidemia de H1N1 (2009) e a epidemia de zikavirus entre 2015-2016. A superação dessas enfermidades deu-se pela implementação de medidas de saúde unificada, mediante a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) com aprimoramento de respostas rápidas a emergências epidemiológicas (CRODA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020; CAETANO et al., 2020). No entanto, quando a propagação de doenças infectocontagiosas torna-se fora de controle e com amplitude mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza o quadro como pandemia (OPAS, 2020).

No século XX, especificamente em 1918, o vírus H1N1 teve propagação descontrolada, com origem geográfica incerta que ficou conhecida como Gripe Espanhola, quando dizimou 20 milhões de pessoas em todo o globo, com exceção, a população de países sem portuários, já que a doença alastrou-se associada ao fluxo de pessoas, aglomerações e déficit de higiene, comum nos portos (SOUZA, 2005; MARTINS, 2003).

Entretanto, a 'Gripe Espanhola' foi considerada pela maioria como um resfriado simples, todavia o surto dessa virulência passou a ser agravante à medida que o vírus passava por mutações, caracterizando um quadro de letalidade exponencial (SOUZA, 2005; SANTOS, 2006; COSTA, 2020). Somente a partir do momento que a imprensa começou a reportar a quantidade de mortos é que houve a conscientização populacional à cerca da gravidade da disseminação da doença em evolução (GOULART, 2005).

No século XXI, surge uma nova pandemia, de origem inicialmente associada à países da Ásia, desencadeada pelo vírus Síndrome Respiratória

Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV- 2). Este vírus é responsável por um conjunto de sinais e sintomas que ainda vem sendo estudados e a fisiopatologia desvendada diariamente associado a um esforço internacional na contenção desta doença avassaladora, denominada COVID-19 (*coronavírus disease* 2019), que já infectou 362.510.675 pessoas no mundo, até a realização deste estudo. Nesse sentido, a pandemia em questão por ser o novo problema de saúde pública, se tornou um desafio a mais para o SUS (CRODA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

De certo modo, ambas as pandemias - 'Gripe Espanhola' e COVID-19 - chegaram ao Brasil pelos grandes centros comerciais e políticos, e espalharam-se de forma exponencial entre as populações mais vulneráveis. Em 1918, estes centros eram marcados pela presença de portos marítimos, a exemplo, dos estados de São Paulo, Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia (SOUZA, 2005). Em 2019, os grandes centros, comumente classificados como capitais, são responsáveis pelas principais trocas econômicas, por decisões políticas e pelo fluxo turístico, de caráter internacional e nacional, em todo o país, seja através de portos, como também através de aeroportos (CRODA et al., 2020; FLECKNOE; WAKEFIELD; SIMMONS, 2018; OPAS, 2020).

Assim, o objetivo do trabalho foi compreender sobre o fluxo dessas pandemias em território brasileiro, descrevendo desde a introdução da doença em nosso território até os avanços geográficos caracterizando a interiorização das doenças, sem deixar de relatar os agravos sociais, a mortalidade de cada época e as políticas de saúde adotadas para contenção destas doenças. Destaca-se que, até a data de realização deste estudo a pandemia de 2019 ainda não havia sido controlada.

## **2 Metodologia**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura de aspecto comparativo entre a pandemia da 'Gripe Espanhola' (1918) e a pandemia do Novo Coronavírus (2019) no Brasil. A revisão narrativa tem por desígnio descrever o estado da arte sobre uma determinada temática e proporcionar uma discussão ampliada (CORDEIRO; OLIVEIRA, 2007).

## **2.1 Problemática**

A fundamentação da pesquisa originou-se a partir do seguinte questionamento: Quais foram os principais aspectos da pandemia da ‘Gripe Espanhola’ que refletiu direta ou indiretamente na pandemia da COVID-19 em território nacional?

## **2.2 Fontes de informações**

Toda a coleta foi feita durante o período de Maio a Outubro de 2020, em periódicos disponíveis nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, medRxiv e Google Scholar. Além disso, a busca fundamentou-se no cruzamento dos descritores combinados com operadores booleanos: “Vírus da Influenza A OR Influenza A vírus”, “Infecções por Coronavírus OR Coronavirus Infections” AND “Pandemias OR Pandemics”, “Profilaxia OR Prophylaxis”, “Brasil OR Brazil”, “Tratamento OR Treatment”.

Para a construção desse trabalho e alcance do objetivo, a pesquisa foi realizada em dois momentos: (I) busca de documentos sobre a ‘Gripe Espanhola’ e (II) busca de documentos sobre a COVID-19 com realização de cada uma dessas etapas, utilizando as bases de dados supracitadas (Fluxograma 1).

## **2.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram englobados estudos originais e dispostos gratuitamente na íntegra, compreendendo artigos, notas técnicas e protocolos dispostos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, documentos referentes a ‘Gripe Espanhola’ foram caracterizados por publicações mais antigas, haja vista de ter sido um evento de saúde pública ocorrido no século XX, mas que devido a veracidade das informações contidas nessas publicações, foram incluídas para agregar a discussão dessa revisão.

Estudos referentes a outras pandemias, que não estão disponíveis gratuitamente nas plataformas mencionadas e que apenas tangenciam o objetivo proposto, foram excluídos da pesquisa.

## **3 Resultado e discussão**

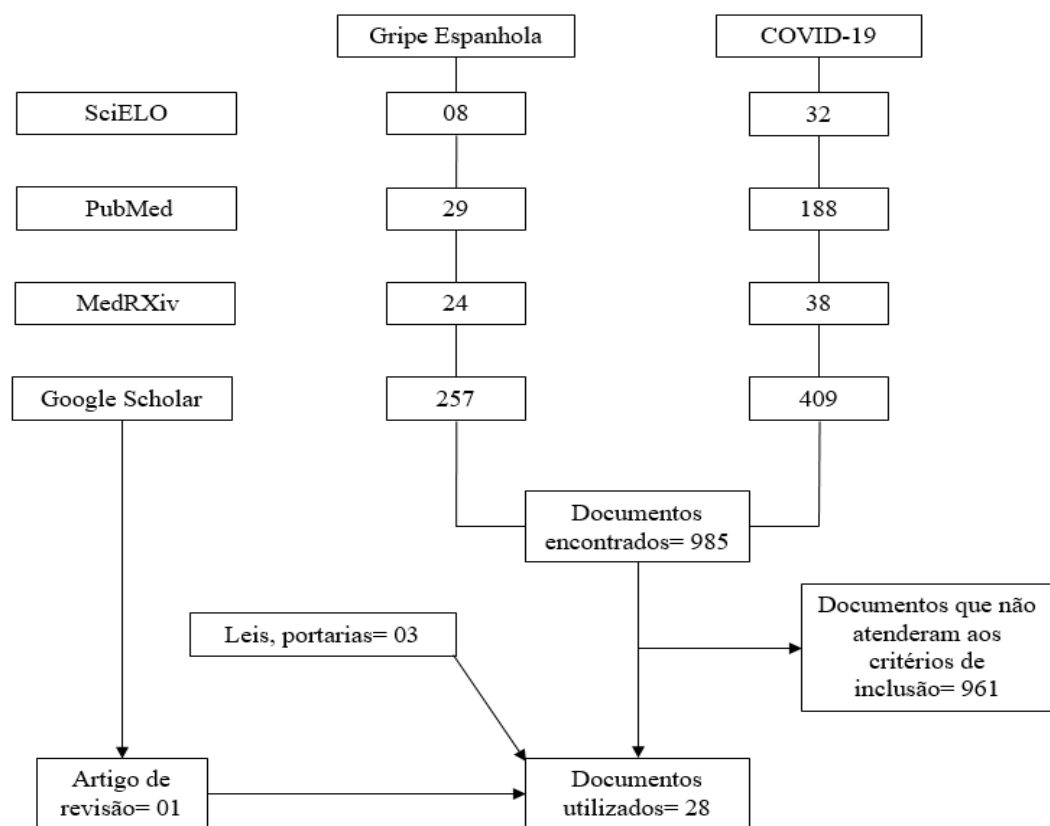
No desenvolvimento desta revisão narrativa foram encontrados 981 documentos já provenientes da utilização de filtros, 953 não atenderam aos

critérios de inclusão e 28 documentos foram utilizados, bem como demonstrado no Fluxograma 1.

A maioria dos artigos utilizados foram publicados entre os anos de 2010 a 2020, com exceção de quatro artigos que não estão nesse intervalo temporal, mas que são estudos originais e que trazem informações pertinentes para a discussão deste trabalho.

Os artigos e documentos aqui expostos, abordam duas pandemias: a ‘Gripe Espanhola’ causada pelo vírus da influenza A (H1N1) e a pandemia do Novo Coronavírus desencadeada pelo vírus SARS-Cov-2, relatando distintas vertentes dos acontecimentos de cada época, a exemplo da origem geográfica de cada patologia, sintomatologia, comportamento da população, meios de comunicações propagação de informações, medidas governamentais e mortalidade.

**Fluxograma 1. Fluxograma de busca e categorização dos estudos. Cuité/PB, Brasil. 2020.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

### 3.1 Breve histórico: pandemia de 1918 - ‘Gripe Espanhola’

A origem da ‘Gripe Espanhola’ nunca foi confirmada levando em consideração que a época em questão não propiciava a troca de informações acerca da doença, por limitações científicas e tecnológicas. Conseqüentemente, houve o levantamento de algumas teorias, a exemplo do possível surgimento do vírus no norte da França já presente em acampamentos militares, com transmissão evidenciada pelo contato com animais domésticos. Outra teoria é sobre o vírus ser proveniente do Sudeste Asiático, e que depois teria se espalhado através de chineses envolvidos na guerra (ANDRADE; FELISMINO, 2018; SOUZA, 2005; ZHU et al., 2019).

Seja qual for a origem da ‘Gripe Espanhola’, é evidente que ela não veio da Espanha. É importante frisar que a nomenclatura de “espanhola” ficou marcada devido a uma notícia publicada pelo *Medical Journal*, mostrando uma avassaladora taxa de mortalidade no país, inspirando essa nomenclatura (ANDRADE; FELISMINO, 2018; FLECKNOE; WAKEFIELD, SIMMONS, 2018; LUTHY; RITACCO, KANTOR, 2018).

Sabe-se porém, que a ‘Gripe Espanhola’ foi classificada em três fases, tidas como ondas de virulência em torno do mundo. A primeira onda teve início em maio de 1918, com a taxa de mortalidade parcialmente baixa; porém, a segunda onda ainda em 1918, foi caracterizada por um alto índice de letalidade a partir do mês de Agosto, quando a retomada do tráfego de navios possibilitou a rápida disseminação do vírus para outros continentes, aumentando a incidência especificamente em locais com aglomerações, acarretando dificuldade respiratória aguda na população e muitas vezes morte súbita; no entanto, a terceira onda, ocorrida entre os meses de fevereiro e março de 1919, foi menos virulenta, possivelmente devido a imunidade adquirida por parte da população mundial (ANDRADE; FELISMINO, 2018; FLECKNOE; WAKEFIELD; SIMMONS, 2018; MAMELUND, 2018).

A agressividade da ‘Gripe Espanhola’, durante a segunda onda, foi determinada pela mortalidade acentuada em populações com status socioeconômicos baixos que refletiram diretamente nos índices de mortalidade, ou seja, pessoas de baixa renda estão mais comumente relacionadas as

aglomerações e conseqüentemente a transmissão do vírus ou de outras doenças infecciosas (MAMELUND, 2018).

Ainda em 1918, o vírus causador da Gripe Espanhola chegou ao Brasil por distintos lugares, a princípio em Salvador (BA) – 24 de setembro, em seguida pelo Rio de Janeiro (RJ) - 30 de setembro, posteriormente em Pernambuco (PE) - 8 de outubro, depois no Pará (PA) – 10 de outubro, e por fim no Rio Grande do Sul (RS) – 12 de outubro, sendo que não houve uma especificação de que onda acometeu a população brasileira. No entanto, a rápida disseminação do vírus proporcionou uma onda única que atingiu as classes sociais mais vulneráveis, que vivenciavam a escassez de comida, conseqüências trazidas pela guerra, favorecendo a gravidade da infecção viral (ANDRADE; FELISMINO, 2018; GOULART, 2005; MARTINS, 2003; SANTOS, 2006; SOUZA, 2005).

Uma das maiores fragilidades da época era a falta de informações ou falta de meios para disseminá-la, pois a difusão das informações era lenta através de jornais impressos e a imprensa não deu a devida importância a pandemia, logo que a mesma atingiu o território brasileiro (COSTA, 2020). Entretanto, alguns autores divergem quanto o papel da imprensa, quando Martins (2003) relata que os jornais publicaram incessantemente sobre a pandemia iminente no país, mas a própria população não estava preocupada com a notícia.

Em contraste, os principais influentes da população brasileira – autoridades governamentais – estavam preocupados somente em como a pandemia pudesse afetar na economia do país, além de acobertar informações e conseqüentemente causar pânico a população, uma vez que o clima era de incerteza (COSTA, 2020; MARTINS, 2003).

### **3.2 Breve histórico: pandemia de 2019 - COVID-19**

No dia 11 de março de 2020, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, declarou a disseminação do Novo Coronavírus como pandemia, associada a notificação de alguns casos de pneumonia com rápida disseminação e de causas desconhecidas na cidade de Wuhan, na província de Hubei (ZHU et al., 2020). Essa foi primariamente a origem do SARS-CoV-2 definida pela OMS, todavia, estudos feitos posteriormente na cidade de Florianópolis-SC, Brasil, apresentaram a análise de amostras de 200 ml de esgotos urbanos,

encontrando partes do genoma do SARS-CoV-2, ou seja, antes do surto do Novo Coronavírus alastrar-se mundialmente, o vírus já circulava em território fora da China (FONGARO et al., 2020).

Além do Brasil, a existência do genoma viral também foi notificada em outros países, a exemplo da Itália, nas cidades de Milão, Torino e Bolonha, através de uma análise das águas de uma estação de tratamento de esgoto, realizada entre outubro de 2019 a fevereiro de 2020 (LA ROSA et al., 2019). Na Espanha, seis estações de tratamento de água também foram analisadas e apresentaram resultado positivo para presença do SARS-CoV-2, em outubro de 2019 (RANDAZZO et al., 2020).

Na oscilação entre o surgimento e disseminação do SARS-CoV-2, a resposta à pandemia da COVID-19 pode ser compreendida de acordo com Werneck e Carvalho (2020) em quatro fases: I) Contenção, inicia-se quando há incidência de casos em uma região ou país; II) Mitigação, quando a infecção afeta o país causando uma epidemia, com tentativa de reduzir o número de casos e transmissão (isolamento vertical); III) Supressão é a etapa em que a mitigação não é efetiva, necessitando de medidas mais radicais de isolamento populacional, (isolamento horizontal) e IV) Recuperação, quando ocorre redução dos índices de incidência e inicia-se a reestruturação social.

Em contrapartida, a pandemia da COVID-19 ainda está em vigor no Brasil e no mundo, interpondo entre a fase de mitigação e supressão. Na fase de mitigação, foram estabelecidas medidas de isolamento vertical, na qual o Ministério da Saúde (2020) consolidou essas medidas destinadas a orientações para os profissionais, instruindo-os à prevenção, avaliação, tratamento e desenvolvimento de estratégias locais para o atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados. Além disso, foi feito o acompanhamento dos planos de contingências estabelecidos na estratégia de enfrentamento da COVID-19 (CAETANO et al. 2020; CORDA et al. 2020).

### **3.3 Contextualização Epidemiológica**

A agressividade da COVID-19 mobilizou a rápida busca pelo entendimento dos mecanismos fisiopatológicos, tendo erudição somente sobre os sintomas: febre (37 a 38° C), tosse e dificuldade respiratória, taquicardia, dor pleurítica e fadiga (ZHU et al., 2020 e BRASIL, 2020). A princípio, os sintomas da COVID-19,



assemelham-se com os sintomas da ‘Gripe espanhola’, evidenciados por apneia, distúrbios gastrointestinais, febre, mialgia e cefaleia (GOULART, 2005; SOUZA, 2005).

Em consequência disso, em território brasileiro, foi registrada uma média diária de 5,2 óbitos causados pela ‘Gripe Espanhola’ (SOUZA, 2005). Por outro ângulo, as notificação para COVID-19 entre os meses de fevereiro a setembro de 2020, atingiram um pico de 1.595 óbitos diários, ressaltando que tais valores informados para a pandemia da COVID-19 podem ter sofrido ajustes (BRASIL, 2020).

Diferentemente de outras pandemias ou de quaisquer outras doenças que levam a morte, a ‘Gripe Espanhola’ estabeleceu uma curva de mortalidade em forma de “W”, no entanto, normalmente a curva traçada para definir a taxa de mortalidade de uma epidemia é em forma de “U” correspondendo os picos entre jovens e idosos (ANDRADE; FELISMINO, 2018; LUTHY; RITACCO; KANTOR, 2018; MAMELUND, 2018).

A mudança conformacional da curva é explicada pelo fato de não somente crianças ou idosos estarem sendo acometidos pela enfermidade, como também jovens adultos com idades entre 20 e 40 anos, formando outro pico no meio da curva, rompendo a ideia de ser apenas uma gripe sazonal ou conhecida na época como “limpa-velhos” (ANDRADE; FELISMINO, 2018; GOULART, 2005).

À vista disso, a curva de mortalidade para COVID-19 está intrinsecamente ligada ao distanciamento social, isto é, em estudos recentes, foi verificado no estado de São Paulo, que logo quando o Novo Coronavírus deu entrada no Brasil – abril, 2020 – houve uma queda radical na mobilidade populacional, porém a partir do mês de maio, a mobilidade teve crescimento gradativo e consequentemente o aumento em paralelo da mortalidade (SCHWARTZ, 2020).

A curva de mortalidade associada a COVID-19 não é representada em formato “U”, mas apresentada através de um crescimento diretamente proporcional a faixa etária populacional, ou seja, quanto maior for idade, maiores serão as taxas de mortalidade, principalmente sobre idosos octogenários, destacando ainda a prevalência da população masculina (OMS,

2019). Até dia 2 de setembro de 2020, o Brasil apresentava 3.997.865 casos confirmados de COVID-19 e 123.780 óbitos confirmados (BRASIL, 2020).

### **3.4 Divergências entre os avanços científicos e tecnológicas de 1918 e 2019**

Ademais, a ciência na época de 1918 estabelecia uma caminhada ainda lenta sobre as doenças infectocontagiosas com relação a microbiologia e principalmente sobre o agente etiológico vírus Influenza (H1N1), destacando também que ainda não existiam antivirais e nem vacinas já produzidas, o que representou um grande desafio à ciência do século XX (ANDRADE; FELISMINO, 2018; GOULART, 2005).

No que concerne o conhecimento dos cientistas de 1918, acreditava-se que algumas pessoas tinham imunidade contra o vírus da ‘Gripe Espanhola’ associado a um contato prévio – durante o período de 1830 e 1847 – com o gene da glicoproteína Hemaglutinina (H1) de um outro subtipo vírus H1N1, criando uma resposta imune adaptativa ao vírus de 1918. Essa glicoproteína possui distintas variações presentes no envelope viral permitindo a ancoragem do vírus a célula hospedeira (ANDRADE; FELISMINO, 2018; FLECKNOE; WAKEFIELD; SIMMONS, 2018; LUTHY; RITACCO; KANTOR, 2018).

Outro fator agravante durante a pandemia de 1918 foi a deficiência na troca de informações, associado ao período da Primeira Guerra Mundial, dificultando a discussão de métodos que pudessem evitar a disseminação da doença e retardar a contaminação mundial (ANDRADE; FELISMINO, 2018; FLECKNOE; WAKEFIELD; SIMMONS, 2018; SOUZA, 2005).

Com o decorrer dos anos, os avanços científicos proporcionaram uma significativa evolução sobre doenças emergentes, sejam essas crônicas ou infectocontagiosas. Neste ínterim, o surto do Novo Coronavírus tem causado uma situação de angústia à população mundial, mas também instigado pesquisadores de todas as áreas da saúde na busca por medidas profiláticas, de prevenção e até o estabelecimento de uma vacina para imunização horizontal (BRASIL, 2020).

Reflexo dessa evolução científica, foi a rápida identificação e reconhecimento de uma nova mutação de um vírus da família viral *Coronaviridae*, do gênero betacoronavírus que foi detectado, através do ensaio

de RT-PCR em tempo real, possibilitando o sequenciamento total ou parcial do genoma viral, e medidas rápidas na busca de tratamentos farmacológicos e de vacinação (WERNECK; CARVALHO, 2020; ZHU et al., 2019).

### **3.5 Medidas governamentais e populacional**

No dia 03 de fevereiro de 2020, foi estabelecida a Portaria nº 188 do Ministério da Saúde (2020), como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), na qual fomenta o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), atribuindo o planejamento e coordenação congruente com o Ministério da Saúde para organização do SUS e divulgações de informações pertinentes sobre a pandemia.

Ao mesmo tempo que em 6 de fevereiro de 2020, foi sancionada no Brasil, a Lei nº 13.979 (BRASIL, 2020), que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, recomendando a população brasileira manter isolamento social, quarentenas a fim de evitar a propagação do Novo Coronavírus.

Um passo importante para promoção da saúde no Brasil, foi a criação do SUS respaldado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que engloba o indivíduo como um todo, conforme as suas diretrizes e princípios. Todavia, por se tratar de um novo conceito de doença até então inédita, o SUS necessitou implementar novas práticas que garantem a eficácia, mediante as iniciativas prestadas pelo governo federal no enfrentamento da COVID-19 (CAETANO et al., 2020).

Para maior consolidação das novas medidas implementadas pelo SUS, foi fundamental a utilização de meios de comunicações para levar informações pertinentes, detalhando sobre o perfil epidemiológico geral e divulgação de novos achados sobre a pandemia em consonância com o conhecimento científico (BRASIL, 2020; CAETANO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

Uma das ferramentas inovadoras desenvolvidas foi aplicabilidade da telessaúde cujas medidas de consultoria, diagnóstico, monitoramento, regulação, educação e consulta, foram estabelecidas de maneira virtual, levando informações e recomendações relevantes à população brasileira de forma segura (OLIVEIRA et al., 2020; CAETANO et al., 2020). O uso da internet está sendo fundamental durante a pandemia, por se tratar de uma

emergência global de saúde pública, a rápida difusão de informações nacionais e internacionais está favorecendo a troca e construção de conhecimento de modo ágil, possibilitando a implementação de rápidas intervenções sociais e no âmbito hospitalar (CRODA et al., 2020; BRASIL, 2020).

Nesse contexto, através da difusão de informações tem sido possível buscar práticas de prevenção e controle da COVID-19, fazendo uso das precauções padrões: higienização e fricção antisséptica das mãos com solução alcoólica, evitar tocar boca, nariz ou olhos, manter o distanciamento de pessoas com sintomas gripais e até mesmo de pessoas assintomáticas e limpeza de objetos de uso pessoal (BRASIL, 2020).

Além disso, é de extrema relevância a utilização das máscaras, sejam cirúrgicas para pessoas sintomáticas, ou sejam feitas de tecido para pessoas assintomáticas, mas que exerçam a função de retenção das partículas virais. Anteriormente, usar máscara era prática comum apenas na população asiática, porém, foi necessário que a população mundial adotasse essa cultura na tentativa de diminuir a transmissão e morbimortalidade causada pelo Novo Coronavírus (CRODA et al., 2020).

A recomendação para profissionais da saúde no atendimento ao paciente em ambiente pré-hospitalar e intra-hospitalar, é também a utilização de máscaras cirúrgicas com maior impermeabilidade, N95, N100, PFF2, PFF3 ou equivalente, além de outros EPIs (CAETANO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

Nas possíveis intervenções terapêuticas para sintomáticos, até a data do estudo, recomendava-se o uso do Fosfato de Oseltamivir em pessoas consideradas de grupo de risco, seguindo os protocolos desenvolvidos para o tratamento de Influenza (BRASIL, 2020). Todavia, recomendações feitas a profissionais de saúde em Portugal, preconiza que o Oseltamivir seja usado apenas em casos graves de pneumonia associado a outros antibióticos, visto que impossibilitam a coexistência de infecção bacteriana (MENDES et al., 2020).

Para amenizar os sintomas causados por ambas as enfermidades foram implementadas terapias farmacológicas alternativas. Entretanto, as terapias utilizadas não demonstraram comprovação científica quanto a segurança e efetividade no tratamento da 'Gripe Espanhola' e nem da COVID-19, e

tampouco influenciaram na redução ou controle dos elevados números de mortes em território nacional (CAPONI, 2020).

No que concerne à saúde brasileira, o Ministério da Saúde buscou a implementação de ações baseadas no fortalecimento do SUS, com contratações de 5.811 profissionais para 1.864 municípios, investiu na capacitação dos profissionais e na formação prematura de alunos da saúde, na tentativa de suprir a possível demanda imposta pela pandemia (OLIVEIRA et al., 2020). O fato é que o governo do Brasil de 2018, finalizou o programa Mais Médicos, reduzindo o número de médicos no país, o que desestabilizou e saturou a qualidade de atendimentos no SUS diante do alto fluxo de contaminados pela COVID-19 (BRASIL, 2020).

As medidas para combater a COVID-19 foram realizadas envolvendo os três poderes da Constituição Federal do Brasil, porém, as medidas necessárias não foram adotadas de imediato. Melhor dizendo, o negacionismo imposto pelo governo federal em 2020 diante da pandemia da COVID-19, dissimulou e fez descaso com a pandemia, pregando a idealização de que não seria imprescindível medidas contra a propagação do vírus, transferindo a responsabilidade aos representantes de cada estado para tomada de decisões acerca da iminente pandemia (CANPONI, 2020; The Lancet Global Health, 2020).

A nível mundial, a situação pandêmica de 1918 foi divergente, haja vista que as relações mundiais estavam conflituosas devido a guerra como limitações de informações científicas acerca de medidas preventivas para a 'Gripe Espanhola'. Sendo assim, não houve uma padronização mundial dos cuidados com a 'Gripe Espanhola', de modo que cada país foi responsável por liderar de forma individualizada suas próprias precauções (ANDRADE; FELISMINO, 2018).

Nesse contexto, a Espanha tomou providências, realizando exames de imigrantes que adentrassem em seu território, indicando quarentena aos sintomáticos e reprovando qualquer tipo de aglomeração, além de estabelecerem uma rigorosa higiene da população (LUTHY; RITACCO; KANTOR, 2018). Em contrapartida, Portugal recomendava apenas descanso, tisanas (ervas medicinais) e dieta de qualidade para fortalecer o sistema

imunológico, o que na época tornou-se difícil devido à escassez de alimento (ANDRADE; FELISMINO, 2018).

No Brasil, a população de 1918 utilizou tratamentos do senso comum, que era dito como eficientes na época, a exemplo do sal de quinino utilizado nas doses de 0,25 a 0,50 centigramas por dia, cuja distribuição passou a ser feita de forma ampla ainda que sem comprovação científica da eficácia de tal medicamento (LUTHY; RITACCO; KANTOR, 2018; MARTINS, 2003; SOUZA, 2005).

Dentre estados brasileiros que foram mais atingidos pela ‘Gripe Espanhola’, somente São Paulo implementou de imediato quarentenas e isolamentos à população, ativou o serviço sanitário e estabeleceu medidas profiláticas e de prevenção (MARTINS, 2003). Estados como Bahia e Rio de Janeiro desacreditaram da fatalidade da doença e afirmavam que se tratava apenas de um pretexto para interferir na vida cotidiana (GOULART, 2005; SOUZA, 2005).

Assim, poucas foram as medidas adotadas no Brasil para controle da pandemia de 1918 e lenta foi a difusão das informações coerentes, visto que os jornais impressos estavam muitas vezes incompletos em consequência da censura imposta pelo governo à medida que o vírus se difundia rapidamente. A população brasileira de 1918, encontrava-se em situação de vulnerabilidade, uma vez que não existiam sistemas de saúde, profissionais com formação adequada e tampouco fontes de informações fidedignas na mudança de concepção da população e do governo (SOUZA, 2005; GOULART, 2005; COSTA, 2020).

#### **4 Conclusão**

As duas pandemias, tanto a da ‘Gripe Espanhola’ como a da COVID-19, surgiram impondo um novo desafio à ciência do século XX e XXI, respectivamente, porém ambas foram consideradas pelo governo como simples resfriado. Todavia, o enfrentamento da COVID-19 no Brasil é retratada em elevadas taxas de incidência e diferentes índices de mortalidade de acordo com localidade ou com as condições socioeconômicas.

O levantamento bibliográfico mostrou ainda que houve erros do passado que foram superados no combate a COVID-19, como a rápida implementação

do isolamento social, a troca constante de informações e medidas de prevenção e higiene, bem como a evolução da ciência para fundamentar a detecção, profilaxia e possíveis intervenções terapêuticas, sendo o SUS o protagonista no combate ao Novo Coronavírus.

. Ainda assim, houveram também posicionamentos passados que se repetiram, a exemplo da negligência do governo nacional em ambas as pandemias, resultando em um enfrentamento tardio, restando a população utilizar do senso comum.

Por conseguinte, a veracidade apresentada pela 'Gripe Espanhola' e COVID-19, solidificaram a concepção de que é substancial investir em conhecimento científico e em melhorias para o sistema de saúde, sendo à saúde pública o bem maior de uma nação e que deve ser compreendida dentro do eixo coletivo.

## 5 Referências

ANDRADE H.R., FELISMINO D. A pandemia de gripe de 1918-1919: um desafio à ciência médica no princípio do século XX. *Ler História*. V. 3 p. 67-92, 2018. Disponível em: < <https://journals.openedition.org/lerhistoria/4070> > Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL, Lei nº 13.979, de 06 fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 06 fev. 2020. Seção 1. p. 1.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19 Set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. DataSUS. 2020. Disponível em: < <https://covid.saude.gov.br/> >. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. 1ª edição, 2020. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL, Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. **Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 03 fev. 2020. Seção 1, p. 1.

CAETANO, R., et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 36, n. 5, p.1-16, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTTrnYRw98Rz3drwpJf/?lang=en>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CAPONI S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados**. v. 34, n. 99, p. 209-233, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/?lang=pt>>. Acesso em: 02 set. 2020.

COSTA, M. A. A gripe espanhola em Mato Grosso e suas lições em tempos de pandemia da COVID-19. **Vigil. Sanit. Debate**. v. 8, n. 3 p.26-36, 2020. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1665>>. Acesso em: 31 maio 2020.

CORDEIRO AM, OLIVEIRA GM. Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 2007, 34(6): 428-431, nov/dez, 2007.

CRODA J. et al. COVID-19 no Brasil: vantagens de um sistema unificado de saúde socializado e preparação para conter casos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. v. 53, p.1-6. 2020 Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/bwLKC6ZfGhyFn3mp4RDhdQ/abstract/?lang=en>> . Acesso em: 21 set. 2020.

FLECKNOE D, WAKEFIELD BC, SIMMONS A. Plagues & wars: the ‘Spanish Flu’ pandemic as a lesson from history. **Medicine, Conflict and Survival**, 2018. Disponível: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13623699.2018.1472892>>. Acesso em: 12 set. 2020.

FONGARO G, et al. SARS-COV-2 in human sewage in Santa Catalina, Brazil, November 2019. **medRxiv**, 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.26.20140731v1>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GOULART AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.12, n.1, p. 101-142, 2005.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Wkqm45R4ptVzTqSpKxJhfRh/?lang=pt>>. Acesso em 14 jul. 2020.

LA ROSA G, et al. SARS-CoV-2 has been circulating in northern Italy since December 2019: **Evidence from environmental monitoring**. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32835962/>>. Acesso em: 12 set. 2020.

LUTHY IA, RITACCO W, KANTOR IN. A cien años de la gripe “española”. **Medicina (Buenos Aires)**. v. 78, n. 2, p. 113-118, 2018. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954959>>. Acesso em: 21 maio 2020.

MARTINS LMB. “Conselhos ao povo”: educação contra a influenza de 1918. **Cad.**

**CEDES**. v.59, n. 23, p.103-118, 2003. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ccedes/a/w549Hz4PW6V5tLXQg7XbSTM/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

MAMELUND SE. 1918 pandemic morbidity: The first wave hits the poor, the second wave hits the rich. **Influenza Other Respir Viruses**, v. 12, n. 3, p. 307-313, May. 2018.

Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2020.



MENDES, J.J. et al. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecções e Sépsias para abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v.32, n. 1, p. 2-10, jan/mar, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/yqFV4gtrJ7HT69JrYNx7jyw/?lang=pt>>. Acesso em: 16 ago. 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). OMS afirma que COVI-19 é agora caracterizada como pandemia. [*homepage na internet*]. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)>.\_Acesso em 01 de ago. 2020.

OLIVEIRA, W. K., et al. How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 29, n.2, p.1-8, Abr. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/KYN SHRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

RANDAZZO W., et al. SARS-CoV-2 RNA in wastewater anticipated COVID-19 occurrence in a low prevalence area. **Water Res.** v.181, n. 15, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229723/>>. Acesso em: 23 set. 2020.

SANTOS RA. O carnaval, a peste e a ‘espanhola’. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.13, n. 1, p. 129-158., 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Z9Lr5HqtjXzFsTD5FFvGFBQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SCHWARTZ FP. Distanciamento social e achatamento das curvas de mortalidade por COVID-19. **Rev. Thema**. v.18, p. 54-69, 2020. Disponível em: <<http://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/1810>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOUZA CMC. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 12, n.1, p.71-99, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fTb86X8wDhnpSkfbgXzsYks/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

The Lancet Global Health. Brazil enters the Bolsonaro zone. *Lancet Glob Health*. February, 2019, 7(2), e160. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30002-6.

WERNECK GL, CARVALHO MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/en/>>. Acesso em: 13 set. 2020.

World Health Organization. Report of the Who-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2020.

ZHU N, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**. 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>>. Acesso em: 23 set. 2020.