



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Cruz de Souza, Christiane Maria

A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 15, núm. 4, outubro-diciembre, 2008, pp. 945-972

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138084004>


- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana

The Spanish Flu epidemic: a challenge to Bahian medicine

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 – Bahia – Brasil
christianecruz@hotmail.com

Recebido para publicação em maio de 2007.
Aprovado para publicação em setembro de 2008.

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, out.-dez. 2008,
p.945-972.

Resumo

Evidencia o momento em que as autoridades médicas e sanitárias da Bahia foram desafiadas a explicar um mal que se disseminava com inesperada virulência, em meio a incertezas e controvérsias sobre o diagnóstico e a etiologia da gripe, que agitavam a comunidade acadêmica e científica mundial. Analisa o posicionamento da medicina baiana diante dessas discussões e o aporte científico utilizado pelos médicos para explicar o evento epidêmico e recomendar as medidas terapêuticas e profiláticas.

Palavras-chave: medicina, epidemia, gripe espanhola, saúde pública, Bahia.

Abstract

The article describes the moment when the medical and health authorities of Bahia state (Brazil) faced the challenge of explaining an illness that was spreading with unexpected virulency through the world, provoking much uncertainty and controversy among the global academic and scientific community concerning the diagnosis and etiology of the disease. It analyzes the Bahian medical establishment's stance within these discussions and the scientific knowledge used by medics to explain the epidemic and to recommend therapeutic and prophylactic measures.

Keywords: medicine, epidemics, Spanish flu, public health, Bahia.

A gripe espanhola foi a maior e mais devastadora das doenças que grassaram no século XX – infectou mais de seiscentos milhões e vitimou entre vinte e quarenta milhões de pessoas em todo o mundo, em um curto espaço de tempo (Reid, Tautenberger, Fanning, 2001). A epidemia manifestou-se em três ondas – a primeira irrompeu em março de 1918, apresentando taxa de mortalidade bastante baixa e, por isso, não motivou preocupação excessiva; a segunda, altamente virulenta, espalhou-se pelo mundo a partir de agosto do mesmo ano; a terceira onda, menos virulenta, emergiu em janeiro de 1919, estendendo-se, em alguns lugares, até 1920 (Phillips, Killingray, 2003; Van Hartesveldt, 1993).

Durante a pandemia, cientistas e autoridades médicas e sanitárias de várias partes do mundo buscaram resposta para a crise epidêmica. Nesse processo, um conhecimento que havia alcançado situação de pretensa estabilidade foi subitamente abalado, inaugurando-se período de incertezas, controvérsias, experimentação e negociação, a fim de se estabelecerem um diagnóstico e uma terapia acertada para aquela doença.

Neste artigo, pretendemos analisar o modo pelo qual a medicina baiana se inseriu nas discussões sobre a gripe espanhola, bem como o aporte científico utilizado pelos médicos para explicar o fenômeno epidêmico, dar respostas eficazes à doença nos planos individual e coletivo, persuadir da gravidade da situação atores sociais diversos e com eles negociar a implantação das medidas necessárias para tratar a enfermidade e conter a epidemia.

Importantes veículos de informação sobre os debates que agitavam a comunidade médica, os jornais editados no estado mostraram-se fontes valiosas para o nosso estudo. Além da imprensa leiga, os periódicos médicos, assim como as teses publicadas na Faculdade de Medicina da Bahia, nos forneceram informações importantes sobre o conhecimento, a tecnologia e a prática médica e contribuíram para ampliar a nossa compreensão do processo de definição da doença e do aporte científico utilizado para explicá-la. As mensagens anualmente enviadas à Assembléia pelo governador Moniz de Aragão nos forneceram a versão oficial dos fatos. As informações obtidas na consulta a essas fontes confrontadas com as fornecidas por outras fontes, primárias e secundárias, tais como a literatura produzida sobre a Bahia, assim como os trabalhos no campo da história da medicina, da saúde e das doenças, juntamente com as narrativas sobre a gripe espanhola no Brasil e no mundo, ajudaram a enriquecer nossa análise sobre a passagem da epidemia pelo Estado da Bahia.

O conhecimento acumulado em epidemias precedentes

A gripe é velha conhecida do homem. Sucedem-se na história relatos sobre a incidência de doenças cujas características correspondem ao que hoje concebemos como uma epidemia de gripe – intempestiva aparição de enfermidade respiratória aguda, altamente contagiosa, que persiste por poucas semanas e, subitamente, desaparece (Beveridge, 1977, p.25-26). Em 412 a.C., Hipócrates descreveu a síndrome que hoje reconhecemos como aquela originada pelo vírus influenza. Existem registros de epidemias semelhantes durante a Idade Média. Desde o século XV, grassaram no continente americano. Para Roy Porter (2004, p.27), a gripe foi trazida ao Novo Mundo pelos europeus que a transportavam em suínos contaminados a bordo dos navios. De outro lado, Valdez Aguilar (2002, p.40) afirma que a gripe já existia no continente americano antes da chegada dos europeus. Menciona relatos de cronistas astecas

sobre o ‘catarro pestilencial’ que se disseminou entre 1450 e 1456, produzindo grande número de vítimas na parte central do território atualmente conhecido por México. Entretanto, Beveridge (1977, p.27-30) adverte que os registros anteriores ao século XVIII são muito irregulares para permitir uma crônica fidedigna das pandemias de gripe. No que se refere ao Brasil, os registros tornam-se mais precisos a partir do século XIX.

Ao longo do Oitocentos houve várias pandemias de gripe. Entre 1830 e 1833, uma onda de gripe varreu o mundo provocando devastação superior à da epidemia de cólera sucedida em 1832 (Mordant, oct. 2005, p.25). Em 1847-1848, outro surto de gripe se disseminou pelo planeta, atingindo também o Brasil (Beveridge, 1977, p.29-30). Em 1889, outra onda pandêmica originada na Europa espalhou-se por todo o mundo: Índia, Austrália, América do Norte e do Sul até chegar novamente ao Brasil em 1890.

No século XIX, por força dessas sucessivas pandemias, vários cientistas se debruçaram sobre a gripe e tentaram explicar sua natureza e determinar suas causas. Na Bahia, teses de final de curso apresentadas à Faculdade de Medicina discutiram o tema e periódicos leigos ou especializados repercutiram as investigações em andamento nos hospitais e institutos de pesquisa de diversos lugares do mundo. A *Gazeta Medica da Bahia*, periódico em circulação desde 1866, mantinha a classe médica informada sobre os experimentos, artigos, aulas e conferências sobre o assunto, proferidas em academias e associações médicas de vários países.¹

Algumas dessas matérias traziam relatos dos próprios pesquisadores, nos quais eram reveladas todas as etapas do processo de investigação. Um desses textos informava que O. Seifert havia obtido algum sucesso em suas pesquisas ao examinar secreções do aparelho respiratório de vários doentes, no intuito de estabelecer contraprova comparativa, examinar e isolar micrococos no sangue e inocular animais (O Microbio..., 1890). O processo de investigação conduzido por Seifert contribuiu para subsidiar futuras pesquisas bacteriológicas; entretanto o pesquisador não conseguiu isolar o microrganismo no sangue dos gripados, nem comprovar a reprodução da doença nos coelhos inoculados com o produto da expectoração dos doentes de gripe.

Em 1892, a *Gazeta* publicou os resultados preliminares da experiência realizada por Richard Friedrich Johannes Pfeiffer (1858-1945), aluno e depois assistente de Koch no Instituto de Doenças Infecciosas de Berlim, na Alemanha (Bacillo...). Em 1891, Pfeiffer examinou 31 casos de influenza, em seis dos quais procedeu a autópsias. Em todos os casos examinados encontrou um bacilo na secreção brônquica característica, assim como no tecido peribrônquico e na superfície da pleura. Constatou também a ausência daquele bacilo no catarro brônquico ordinário, em casos de pneumonia e de tuberculose. Seguindo os postulados de Koch, inoculou diferentes animais – macacos, coelhos, porcos-da-índia, ratos, pombos etc. Verificou então que só os coelhos e os macacos contraíam a gripe, mas a doença experimental induzida em animais não era conclusiva como preconizava Koch. Todavia, os resultados obtidos com esses animais levaram Pfeiffer a concluir que aquele patógeno – batizado de *Haemophilus influenzae* – era a causa da gripe, ainda que não fosse possível reproduzi-lo também nas outras cobaias.

Na mesma edição, a *Gazeta Medica da Bahia* veiculou uma matéria com o doutor S. Kitasato (1892), integrante da equipe de Koch no Instituto de Doenças Infecciosas de Berlim, na qual ele discorria sobre o método utilizado para realizar “culturas puras de

bacilos da influenza”. Outro pequeno artigo veiculado nesse periódico informava sobre a investigação desenvolvida por P. Cãnön (1892), médico da Seção de Medicina Interna do Hospital Municipal Moabit, situado também em Berlim, no intuito de isolar o patógeno da gripe no sangue dos acometidos por aquela doença.

Publicações como essas contribuíam para informar os médicos e cientistas baianos acerca dos métodos utilizados nos mais avançados laboratórios de pesquisas bacteriológicas no sentido de estabelecer o agente etiológico da gripe, ainda que nem sempre se alcançassem os resultados esperados.

Na Bahia, no final do século XIX, embora os adeptos da medicina experimental já houvessem assimilado os métodos e apregoassem os progressos devidos aos conhecimentos produzidos e validados no laboratório, o hospital ainda representava o espaço por excelência não só para a prática, como para a construção do saber médico (Barreto, 2000).² As enfermarias do hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, o Santa Isabel, eram o mais importante espaço para a investigação clínica e anatomopatológica.

Aos clínicos que exerciam a medicina então, o uso dos sentidos e a observação à cabeceira do leito do doente proporcionavam os elementos para diagnosticar a doença, se não pelas causas, por seus efeitos. Para determinar a natureza da doença e estabelecer o diagnóstico e a terapêutica adequados, bastava submeter o doente a um interrogatório minucioso e a uma investigação clínica sistemática e rigorosa, registrando os sinais e sintomas manifestados por seu organismo.

Em caso de suspeita de gripe, a investigação clínica seguia os seguintes procedimentos: anamnese (histórico dos sintomas baseado no relato do paciente); percussão e auscultação da região torácica; apalpação do abdômen (para perceber o volume e a eventual sensibilidade em algum órgão); atenção ao funcionamento dos intestinos e das funções digestivas; exame da urina e das secreções brônquicas; auscultação do coração; medição da temperatura e da pulsação; observação do estado geral do paciente: ânimo, apetite, sono, reflexos, tônus muscular etc. (Britto, 1895, p.260).

Os médicos também lançavam mão de critérios epidemiológicos na hora de estabelecer o diagnóstico: observavam a distribuição da doença na população levando em consideração sua prevalência em determinado período do ano, assim como o número de casos novos (incidência). Se a incidência aumentava, tratava-se de uma epidemia.³

Em 1890, quando “febres de caráter suspeito” começaram a grassar na rua Carlos Gomes, em Salvador, os médicos utilizaram os métodos da pesquisa clínica e epidemiológica para estabelecer o diagnóstico (Nina Rodrigues, 1891, p.550-552). O doutor Gustavo dos Santos foi o primeiro a detectar a doença. Ao comparar os sinais e sintomas apresentados por seus pacientes com os casos de influenza observados em passageiros de um paquete proveniente de Hamburgo e aportado em Salvador, Santos concluiu que se tratava da mesma doença. A disseminação rápida, dos focos iniciais para pontos de aglomeração de pessoas e, em seguida, para toda a cidade, levou o médico à conclusão de que se tratava da mesma doença epidêmica que grassava na Europa desde 1889.

Tal como veio a ocorrer anos mais tarde durante a epidemia de 1918-1919, não houve consenso em torno do diagnóstico apresentado por Gustavo dos Santos. Criou-se então polêmica entre os clínicos da cidade – enquanto uns corroboravam a opinião de Santos,

outros se empenhavam em negar a existência de uma epidemia de influenza em Salvador. Os que negavam a existência de uma epidemia argumentavam tratar-se apenas de “uma afecção catarral ligada às condições locais e causas meteorológicas gerais que atuaram ao mesmo tempo sobre um grande número de indivíduos” (Nina Rodrigues, 1891, p.551). Outros buscavam no revolvimento do solo urbano as causas dessas febres endêmicas que sazonalmente irrompiam na Bahia. Alguns suspeitavam que fosse dengue ou que esta doença estivesse associada à gripe, devido a ocorrência esporádica de erupções escarlatiniformes ou morbiliformes nos acometidos pela doença.⁴

O médico Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) teve oportunidade de acompanhar alguns casos nas enfermarias do Hospital Santa Isabel. Na ocasião, fez um estudo dos quadros clínicos, estabelecendo sua ‘filiação’ aos da epidemia em curso. A rápida disseminação da doença pela cidade de Salvador, tomando ruas inteiras e invadindo fábricas e oficinas, levou Nina Rodrigues a concluir que se tratava de doença de grande contagiosidade e rápida disseminação, e que sua incidência não estava subordinada à influência dos climas nem das estações.

Através da observação dos sintomas e sinais apresentados pelos pacientes do Santa Isabel, Nina Rodrigues (1891, p.552-553) pôde reconhecer as formas clínicas clássicas da doença: a catarral (quadro de laringite, traqueíte, bronquite ou broncopneumonia); a gastrointestinal (com catarro gastrointestinal febril, língua saburrosa, inapetência absoluta, náuseas, vômitos, cólicas intestinais e diarreia); e a nervosa (mal-estar, displicência e prostração extrema, insônias, cefalalgias, nevralgias faciais, fortes mialgias, vertigens etc., sintomas associados a “fenômenos catarrais”).⁵ A investigação clínica realizada nesse hospital e as informações obtidas de outros clínicos da cidade levaram o médico à conclusão de que, na maioria dos casos, a gripe se manifestara na sua forma catarral.

Nina Rodrigues confessou que várias vezes fora obrigado a reajustar seu diagnóstico, em razão da inconstância dos sinais e diversidade dos sintomas observados nos casos estudados. As alterações apresentadas no quadro sintomático de um paciente, cuja doença resultou em morte, levaram o médico a autopsiar o cadáver e realizar o estudo das lesões apresentadas, a fim de confirmar o diagnóstico.

Em sua tese doutoral intitulada *Ligeira contribuição para o estudo da gripe*, apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia e publicada em 1900, Nicanor J. Ferreira, discutiu detalhadamente a questão. Segundo ele, o diagnóstico da gripe sempre foi dificultado pela variabilidade dos sintomas apresentados pelos doentes. Alguns dos sintomas e mesmo anomalias da gripe eram comuns a outras moléstias, o que contribuía para gerar confusão nas conjunturas epidêmicas. Ferreira enumerou as doenças cujos sintomas assemelhavam-se aos desta doença: febre tifóide, tendo em vista a “prostração de forças”, o estado do pulso e os “frios repetidos”; reumatismo, pela ocorrência das dores articulares; varíola, em virtude da dor lombar e da febre intensa; escarlatina, quando esta de início apresentava coriza, tosse ou angina violenta com erupção cutânea; e a ‘febre dengue’, que se distinguia da gripe pela dor nos joelhos, violenta mas de curta duração, e pela erupção similar à da escarlatina ou rubéola, acompanhada de prurido intenso. Ao comparar os sintomas da gripe de forma gastrointestinal com os da cólera, Ferreira admitia semelhanças iniciais mas no desenrolar das duas enfermidades as dúvidas desapareciam.

Durante o estudo de caso que realizou no Santa Isabel, Nina Rodrigues (1891) observou que tanto a evolução da enfermidade quanto sua intensidade variavam. Embora a gripe não fosse considerada maligna, sua benignidade ou gravidade pareciam depender de condições individuais, bem como de complicações e acidentes fortuitos que poderiam acometer o gripado no decurso da enfermidade. Outro ponto esclarecido pelos pesquisadores e confirmado pelo médico foi o fato de que a gripe poderia predispor a doenças graves, como a tuberculose, ou agravar condições mórbidas e precipitar a morte, ao incidir em indivíduos já acometidos por doenças cardíacas, asma e tuberculose. Adultos debilitados por doenças precedentes, pelo estilo de vida desregrado ou pela exposição contínua a condições insalubres também poderiam sucumbir mais facilmente à gripe. Em alguns dos casos acompanhados pelo médico, a gripe concorrera para agravar quadros de lesão cardíaca e tuberculose pulmonar, apressando a morte dos pacientes.

A investigação realizada por Nina Rodrigues comprovou, entretanto, que alguns indivíduos, mesmo os de idade avançada e previamente acometidos por doenças respiratórias, alcançavam a cura, enquanto outros, em excelente condição de saúde, vinham a falecer. Neste último caso, a morte poderia ser provocada por complicações advindas no decurso da enfermidade.

O médico verificara esse fato, ao tratar de um rapaz, de apenas 25 anos e boa constituição física, que nem tivera ainda tempo de emagrecer, dado o curto espaço de tempo transcorrido entre o acometimento da doença e a sua morte. Segundo o médico, o progressivo agravamento explicava-se por não terem sido dispensados os cuidados necessários ao paciente, quando este ainda se encontrava em seu domicílio. Nessas condições, o quadro evoluiu para uma broncopneumonia, com suspeita de comprometimento das meninges cerebrais, vindo por fim a resultar em morte.

Os casos acompanhados por Nina Rodrigues (1891, p.556) demonstraram que a gripe “não respeitou idade, sexo, nem raças, manifestando-se com intensidade ... igual em velhos e crianças, em indivíduos de ambos os sexos e em representantes de todas as raças” que constituíam a população baiana. Outros estudos realizados no período chegaram a conclusão semelhante: a gripe não respeitava “idade, sexo, temperamento, constituição ou condição social” (Marques, 1890, p.355).

A investigação empreendida por Nina Rodrigues foi repetida por Alfredo Britto durante a epidemia de 1895. Nesse período, Britto (1895) publicou na *Gazeta Medica da Bahia* minucioso relato de três casos acompanhados por ele nas enfermarias do Hospital Santa Isabel. Um dos casos estudados mereceu atenção especial do médico “por ser eminentemente característico” e “valer por si só toda uma discussão diagnóstica”, tendo em vista que exibia “em suas diferentes fases, localizações diferentes do mesmo agente infeccioso em ordem a patentear à evidência sua natureza manifestamente gripal” (p.261). Tal como Nina Rodrigues, além da observação clínica, Britto também recorreu ao exame anatomo-patológico, para confirmação do diagnóstico.

Os estudos realizados pelos dois médicos nas enfermarias do Hospital Santa Isabel estavam em consonância com as pesquisas feitas em outros lugares do mundo, sobretudo aquelas cujos resultados eram publicados na *Gazeta Medica da Bahia*. Contudo, para Nina Rodrigues (1891, p.548) a utilização exclusiva da observação clínica proporcionava conhecimento incompleto e superficial dos fatos, limitando a prática médica. O médico

lamentava que a medicina professada no Brasil não estivesse suficientemente aparelhada para fazer frente às exigências da “medicina do século”, que já havia entrado “definitivamente na trilha segura das ciências positivas, rica de métodos experimentais de valor incontestável” (p.555).

Esse tipo de discurso era recorrente entre os médicos da época. Estudos recentes apontam para o caráter político de críticas como essas (Ferreira, 1993; Edler, 1992). Para Löwi (2006, p.18), os médicos brasileiros oscilavam entre o desejo de ‘civilizar’ o Brasil, por meio da transplantação do conhecimento científico e de novas tecnologias dos centros mais avançados, e o de produzir um conhecimento original, que promovesse aproximação científica com estes pólos. Os trabalhos publicados na *Gazeta Medica da Bahia* (1880-1920) e os apresentados à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia (21 jun. 1919), entre as duas últimas décadas do século XIX e as primeiras do século seguinte, demonstram que os médicos baianos estavam mais interessados na nosologia tropical e nas variáveis que interferiam no processo saúde-doença.

No período em que Nina Rodrigues publicara o seu estudo sobre a gripe, os integrantes da chamada Escola Tropicalista Baiana já haviam conseguido “criar uma tradição médica na Bahia, em consonância com os ensinamentos contemporâneos da medicina experimental européia” (Maio, abr.-jun. 1995, p.229). Na segunda metade do século XIX, as pesquisas do grupo constituído por Otto Edward Henry Wucherer, John Ligertwood Paterson e José Francisco da Silva Lima, posteriormente denominado Escola Tropicalista Baiana, contribuíram para reformular a nosologia brasileira por meio das descobertas relacionadas à ancilostomíase, ao ainhum, à filariose, além de fomentar o debate sobre beribéri, lepra, tuberculose etc. (Barreto, 2005; Edler, 2001).

Nas últimas décadas do Oitocentos, a Faculdade de Medicina da Bahia contava com laboratórios de química orgânica e biologia, fisiologia experimental, física médica e terapêutica experimental, histologia, além de um museu de anatomia e um museu patológico (Dicionário..., 2000). Em 1897, a medicina baiana já utilizava uma tecnologia médica de ponta – os raios X, descobertos na Alemanha, em 1895, pelo físico Wilhelm Conrad Roentgen. Alfredo Britto (1898, p.395-406), médico e professor da Faculdade de Medicina da Bahia, trouxera um aparelho de radioscopia da Europa, instalando-o no Hospital Santa Isabel para auxiliar o diagnóstico em cirurgia.

No que diz respeito aos estudos sobre a gripe, a observação acurada da evolução da doença, de seus sintomas e sinais, aliados às lesões patológicas, ajudara a reconhecer a gripe como entidade distinta antes mesmo de a bacteriologia determinar seu agente específico.

De outro lado, Nina Rodrigues (1891, p.555) argumentava que embora os resultados oferecidos pela bacteriologia não tivessem alcançado unanimidade, representavam avanços importantes, fosse na maior compreensão da individualidade nosológica da doença, na interpretação dos seus sinais ou nas exigências da sua terapêutica.

As múltiplas percepções da doença

Quando a gripe surgiu, em 1918, era primavera no hemisfério norte. Sua origem é controvertida, mas os primeiros registros da doença apareceram nos Estados Unidos (Crosby,

1989). Em março de 1918, mais de mil operários da Ford Motor Company, em Detroit, e muitos soldados da base militar Camp Funston/Fort Riley, no Kansas, foram hospitalizados, apresentando sintomas semelhantes aos da gripe. Todavia, na maioria dos casos, a doença se mostrava benigna – a cura era alcançada depois de três ou quatro dias da manifestação dos primeiros sinais.

Portanto, logo os combatentes americanos estavam prontos para a batalha, e embarcavam para a Europa sem saber que levavam consigo o vírus de uma doença gravíssima. Assim que as forças expedicionárias americanas pisaram as costas francesas, o mal se alastrou, atacando tanto aliados quanto alemães (Tognotti, 2003). Grande parte do efetivo dos exércitos e as populações dos países envolvidos no conflito contraíram a doença. Esta erupção de primavera não teve uma natureza particularmente agressiva. Os infectados pela influenza se queixavam de calafrios e um aumento de temperatura, incômodos que persistiam por um prazo pouco superior a três dias, recuperando a saúde após um período de convalescença.

A baixa taxa de mortalidade verificada então não motivou preocupação excessiva entre os médicos e autoridades sanitárias dos países onde incidiu. Pelos sintomas e sinais apresentados, parecia tratar-se de enfermidade benigna, que sazonalmente acometia as pessoas em diversos lugares do mundo. A Delegação da Saúde do Porto, “conquanto não pudesse ter sido estabelecido o diagnóstico bacteriológico”, qualificara de “gripe epidêmica e ligeira” o mal que grassava na Europa (*Diário da Bahia*, 26 set. 1918, p.3).

Entretanto em fins de agosto a epidemia assumira uma proporção alarmante. Houve significativo aumento do número de infectados, que apresentavam quadro clínico bastante severo. Os atingidos pela epidemia quase não apresentavam sintomas prodrômicos – a doença instalava-se bruscamente, com grande elevação da temperatura, prostração, cefalalgia, catarro nas vias aéreas superiores, tosse, intolerância à luz, dores pelo corpo, olhos injetados e conjuntivas tumefactas e, por vezes, perturbações nervosas e digestivas (*Diário da Bahia*, 26 set. 1918, p.3; 23 out. 1918, p.2). Os sinais gerais de manifestações respiratórias constantes eram seguidos por distúrbios nervosos e graves complicações pleuropulmonares, digestivas e/ou cardiovasculares (*Diário da Bahia*, 26 set. 1918, p.3; *Diário de Notícias*, 5 out. 1918, p.2). Era durante a recaída que apareciam as complicações problemáticas, especialmente no sistema respiratório, tais como a broncopneumonia e a pneumonia, bem como os colapsos cardíacos, os quais em poucos dias levavam à morte. Segundo o relato dos médicos, os cadáveres das vítimas apresentavam “a cor plúmbea dos asfixiados” (*Diário de Notícias*, 5 out. 1918, p.2).

À maioria dos médicos impressionou também o fato de indivíduos aparentemente recuperados voltarem a manifestar seriamente a doença, como se em seu organismo não subsistisse nenhum elemento capaz de desencadear o processo biológico de imunização (Silva, 1 fev. 1919, p.44). Não eram apenas o insólito aparecimento da epidemia na estação mais quente do ano (geralmente a gripe irrompia na estação mais fria), a incidência da gripe numa faixa etária incomum (vitimava adultos jovens)⁶ e a variabilidade e gravidade dos sintomas apresentados pelos acometidos pelo mal que provocavam perplexidade e inquietação na comunidade médica internacional. A inconstância do bacilo de Pfeiffer, assim como a ocorrência de microrganismos diversos no sangue, nas secreções e nos líquidos

tissulares dos enfermos e vítimas da doença, contrariava a hipótese de um agente específico, gerando controvérsias entre os médicos e pesquisadores.

Desde que Richard Pfeiffer anunciara a descoberta do *Haemophilus influenzae* em 1892, passou a ser quase consensual o fato de que o 'bacilo de Pfeiffer' era o agente etiológico da doença. A partir de então, os bacteriologistas limitaram-se a comprovar a ocorrência do microrganismo nas secreções dos enfermos e nos tecidos do aparelho respiratório das vítimas. Muitos foram os pesquisadores a confirmar a descoberta de Pfeiffer, chegando-se a afirmar que não havia influenza sem o bacilo de Pfeiffer, outros não obtinham os mesmos resultados ou os confirmavam parcialmente (Moses, 1918, p.681).

O Brasil acompanhava a tragédia a distância, através das reportagens que descreviam a trajetória da doença na Europa, publicadas nos jornais de diversos estados da federação. Em agosto de 1918, uma pequena nota publicada no *Diário de Notícias* (7 ago. 1918, p.1) informava que a 'influenza espanhola', originária da Áustria e da Alemanha, estava provocando "terríveis estragos na Suíça, matando famílias inteiras", cujos funerais e enterramentos eram realizados à noite, "sendo proibido aos parentes acompanharem o enterro".

Notícias como essas comoviam o público leitor, mas até então os brasileiros consideravam-se imunes a uma doença que grassava em países tão longínquos da Europa. Contudo, a movimentação de tropas, num período de conflito bélico que envolvia pessoas de várias partes do mundo, abalaria essa crença.

Na primeira quinzena de setembro de 1918, as autoridades brasileiras divulgaram a informação de que os brasileiros envolvidos nas operações da Primeira Guerra Mundial, integrantes das missões médico-militares Frontin e Nabuco Gouveia, após atracarem em Freetown, Serra Leoa, e em Dacar, no Senegal, foram vitimados pela gripe que assolava esses portos africanos, antes mesmo de que participassem das operações de combate das forças aliadas (*Diário de Notícias*, 23 set. 1918, p.1). Desde então os órgãos de imprensa de Salvador passaram a divulgar com maior destaque informações sobre o assunto.

A situação de calamidade que se configurou quase simultaneamente em vários quadrantes do mundo, desnor-teou a comunidade médica internacional e a ciência médica passou a suspeitar que o quadro em questão poderia significar uma doença nova. As diferentes denominações dadas à doença nos vários países em que incidiu era um reflexo dessa percepção: entre os 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*' (Crosby, 1989). Na Espanha, a gripe foi apelidada de 'la dançarina'; em Portugal ficou conhecida como 'a pneumónica', em outros países passou a ser denominada gripe ou influenza espanhola (*Diário de Notícias*, 23 set. 1918, p.1).⁷

Os jornais locais reproduziam matérias em circulação na imprensa internacional, nas quais os mais reputados médicos europeus emitiam explicações diversas sobre a doença e sobre as suas causas. Segundo tais notícias, três correntes agitavam a comunidade nacional e internacional no início da crise pandêmica: a primeira acreditava tratar-se de uma gripe que tivera início de forma benigna, porém assumira feição mais grave, tornando-se mortal; a segunda corrente admitia o diagnóstico de gripe, mas estranhava as circunstâncias e

sintomas anômalos que a epidemia apresentava; por fim, a terceira corrente desde o princípio negou o diagnóstico de gripe: a doença reinante seria a ‘febre dos três dias’ ou ‘febre papataci’⁸, provocada por agente etiológico invisível e filtrável, como o da dengue e da febre amarela (*Diario de Noticias*, 1 out. 1918, p.1).

Para o médico italiano Ferdinando de Napoli aquela doença possuía identidade com as febres estivais e com as febres de trincheiras (*Diario da Bahia*, 23 out. 1918, p.2). Artigo publicado no *British Medical Journal* e reproduzido pelo *Diario da Bahia* (26 set. 1918, p.3) qualificava aquela epidemia de ‘misteriosa’, provocada por “doença nova estranha”. O Diretor da Saúde Pública de Portugal, Ricardo Jorge, defendia o diagnóstico de influenza (*Diario de Noticias*, 27 set. 1918, p.2). Em conferência realizada na Associação Médica Lusitana, Américo Pires de Lima, professor da Universidade do Porto, destacou que o quadro sintomático apresentado pela epidemia tinha todas as características de uma infecção geral (p.1). Em sua opinião, não havia doença descrita na patologia que apresentasse um conjunto de sintomas semelhantes, a não ser a gripe ou influenza. O médico português Antonio de Azevedo destacava as circunstâncias anormais e a singularidade dos caracteres clínicos apresentados pela epidemia reinante. Na Espanha, médicos como Pittaluga e Grinda, membros da Real Academia Nacional de Medicina, consideravam indiscutível o diagnóstico de gripe. Grinda atribuía o caráter diverso daquela epidemia em relação à de 1889-1890 à variabilidade do agente da influenza que estaria sujeito à evolução natural de todos os seres vivos.

As percepções divergentes da doença e as controvérsias que dominavam as academias e centros de pesquisa dos países atingidos pela epidemia transbordavam para as páginas dos jornais: O que vinha a ser a ‘espanhola’? A enfermidade em curso naquele período era a febre catarral meteórica, a febre dengue, a febre estival, a febre das trincheiras, a febre dos três dias, ou era simplesmente a influenza ou gripe sazonal, mais virulenta naquele período? A doença era tão contagiosa quanto parecia? Se ela era transmitida por contato direto, como se disseminava pelo mundo inteiro, de forma quase simultânea? Que outros mecanismos aceleravam sua transmissão? Qual era o agente etiológico vivo que estava causando o mal? Responder a tais questões e, assim, estabelecer diagnóstico preciso da doença que afligia a população mundial no ano de 1918 era crucial para a determinação das medidas de contenção e combate. Cientistas e autoridades médicas e sanitárias dos países onde irrompeu a epidemia foram desafiados a atribuir uma denominação e propor um esquema explicativo para aquele conjunto de sinais. Nesse processo, um conhecimento que havia alcançado situação de pretensa estabilidade foi subitamente abalado, inaugurando-se período de incertezas, controvérsias, experimentação e negociação, a fim de se estabelecerem um diagnóstico e uma terapia acertada para aquela doença.

Bactéria ou vírus? Diferentes concepções da doença agitam o cenário médico

A falta de homogeneidade nas opiniões dos médicos europeus, que até então estavam lidando diretamente com os casos epidêmicos, confundiam os médicos locais e causavam apreensão em outros setores da sociedade. “Influenza? Gripe espanhola?” – não se sabia, afirmava o jornalista do *Diario da Bahia* (3 out. 1918, p.1), pois a Diretoria Geral da Saúde

Pública da Bahia (DGSPB) ainda não havia considerado o problema nem tomado providência para resolvê-lo. Enquanto não se tinha um comunicado oficial, os jornais continuavam a buscar junto aos médicos respostas para o mal que afligia a população.

No intuito de oferecer ao público leitor ‘opiniões autorizadas’, os jornalistas recorreram aos mais reputados médicos da Bahia, conforme registra a manchete estampada na primeira página de *O Imparcial* (Figura 1).

Ainda sob o primeiro impacto da epidemia, os entrevistados mostraram-se bastante cautelosos ao emitir opiniões sobre o assunto. Grande parte integrava os quadros da Faculdade de Medicina da Bahia e atendia a vasta clientela em prestigiosos consultórios particulares. Outros, além dessas funções, ocupavam o cargo de inspetor sanitário na DGSPB.

Entre os entrevistados, Frederico Koch descartava a hipótese de que a epidemia fosse a influenza espanhola. Embora ressaltasse que não tivera condições de apreender o fenômeno em toda a sua extensão, desde o mês anterior (agosto) o médico vinha tratando de pessoas atingidas pela doença e verificara que esta se manifestava de forma benigna, como ocorria sazonalmente na Bahia. Segundo Koch, não havia razão para preocupação, tendo em vista que, apesar da sua característica contagiosidade, a gripe não assumia nos trópicos a gravidade com que se manifestava em climas frios como os da Europa (*O Imparcial*, 26 set. 1918, p.1).

Tudo indica que a doença já estava presente na Bahia bem antes de ter sido registrada pelos órgãos de imprensa ou pela DGSPB. Tal hipótese não é desprovida de lógica, considerando-se a intensa movimentação de navios estrangeiros no porto de Salvador. A demora do registro do fato pela DGSPB deve-se talvez ao período de incubação e transmissão da doença – intervalo necessário para que seus primeiros sinais se manifestassem em número significativo de pessoas, alertando os órgãos competentes. Ademais, não se tratava de uma doença de notificação obrigatória, portanto só chamaria atenção das autoridades sanitárias em caso de epidemia.

Interrogado sobre o assunto, o clínico Edgar Barros informou ao jornalista de *O Imparcial* (26 set. 1918, p.1) que havia atendido muitos doentes daquela moléstia, tanto no próprio consultório quanto nos respectivos domicílios. Em vista do grande número de acometidos (em menos de dois dias, mais de cinquenta pessoas só em sua clínica particular), o médico acreditava tratar-se de mais um surto de gripe que, embora sem gravidade, mostrava-se como sempre muito contagiosa. Para reforçar este traço da influenza, Barros fez questão de informar que nem ele escapara de sua ação: encontrava-se em estado febril no momento da entrevista.

Na mesma reportagem Martagão Gesteira, médico e professor catedrático de Clínica Pediátrica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, informava que a gripe incidia com

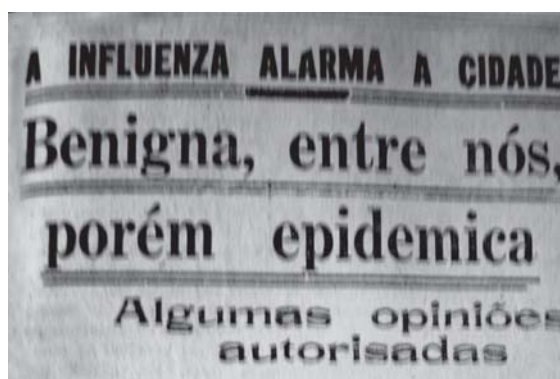


Figura 1: Manchete de primeira página do jornal *O Imparcial*, 26 set. 1918

mais intensidade em locais onde havia ajuntamento de pessoas, como quartéis e agremiações de operários. O médico concordava com seus pares quanto à natureza da doença: era a gripe de costumeira benignidade que grassava periodicamente na Bahia. Entretanto, na intenção de tranquilizar os leitores de *O Imparcial*, Martagão Gesteira acrescentava que a gripe comumente não resultava em óbito; as mortes observadas entre os acometidos ocorriam quando apresentavam algum tipo de debilidade orgânica provocada por afecções anteriores.

Naquele momento, os personagens com destaque na sociedade – principalmente os que ocupavam cargos públicos ou integravam instituições de renome – pareciam querer evitar uma exposição desnecessária e um tanto quanto arriscada. Tais personalidades tinham cautela ao emitir qualquer opinião porque não queriam parecer desinformadas diante de seus pares ou da opinião pública; ao mesmo tempo, temiam formular uma hipótese que não se comprovasse mais tarde, colocando em xeque a competência que precisavam ostentar. Assim, a maioria absoluta relutou em relacionar a enfermidade que acometia os soteropolitanos à doença pandêmica em curso na Europa; ao mesmo tempo, não se furtou a classificá-la como a mesma gripe benigna que atacava a população nos períodos mais frios do ano.

Professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, Antonio do Prado Valladares também foi procurado por repórter do *Diário da Bahia* (3 out. 1918, p.1). Declarou a ele que ainda não podia emitir opinião definitiva sobre a epidemia porquanto observara poucos doentes, mas arriscou a hipótese de que era mais grave do que se estava a supor. Para o médico, o mal não tinha relação com a febre catarral meteórica, um dos nomes que se dava à influenza. Tal conjectura baseava-se na frequência das manifestações eruptivas nos enfermos, muito semelhantes àquelas presentes em casos de dengue.

Prado Valladares suspeitava – embora sem muita convicção – que a epidemia reinante na Bahia era a mesma em propagação na África e na Europa. Cauteloso, uma vez que não detinha conhecimento preciso do agente mórbido, o médico via naquela questão um tema para pesquisa e recomendava que se debruçassem sobre o assunto aqueles com ânimo para a investigação das “coisas clínicas” (*Diário da Bahia*, 3 out. 1918, p.1).

O médico e cientista baiano Pacífico Pereira (Figura 3) não tinha dúvidas sobre a natureza da moléstia: tratava-se de gripe ou influenza. Em sua opinião, não havia outra doença com tal poder e velocidade de propagação. Facilmente transportados por homens e coisas, os germes da gripe invadiam todos os países através de suas vias de comunicação marítimas e terrestres (*Diário da Bahia*, 29 out. 1918, p.1).

Para Pacífico Pereira, como se tratava de doença microbiana infectocontagiosa, cada indivíduo atacado constituía um foco, espalhando no ambiente, ao tossir ou espirrar, os germes que proliferavam nas fossas nasais e na cavidade bucal. Assim, recomendava que fossem efetuadas freqüentes desinfecções da boca e do nariz, não só para evitar a infecção geral do organismo, como para obstar a propagação da infecção local pelos canais do crânio e da orelha média. O médico acrescentava que a assistência aos doentes pobres em domicílio e a desinfecção das habitações representavam medidas de saúde pública de largo alcance, porquanto concorreriam para extinguir os inúmeros focos da doença que



Figura 2: Prado Valladares (*Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, ano 2, n.3, jan. 1918, p.11)



Figura 3: Pacifico Pereira. (*Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, ano 2, n.3, fev. 1918, p.11)

representavam as habitações dos pobres e miseráveis; estes, ao morrerem em abandono, deixavam plantados, entre os que compartilhavam aqueles antros de miséria, os germes da infecção, que ali cresciam em virulência e em potencial de propagação.

Antonio do Prado Valladares não estava convencido de que a doença fosse gripe, tampouco que fosse provocada pelo bacilo de Pfeiffer. Ainda que não tivesse feito estudo acurado sobre o assunto, contestava a crença de que aquele bacilo fosse o responsável pela epidemia reinante. Para Prado Valladares, a hipótese de o bacilo de Pfeiffer ser o agente da influenza apenas se justificaria se o indivíduo infectado tivesse mantido contato direto com “doentes deste mal”; porém quando era contaminado também aquele “com quem de tais enfermos jamais se avizinhou ... tal hipótese se desconchava[va]”. Argumentava ainda que, na ocorrência de “contágio distal” (a distância), o germe da influenza teria de fazer “a sua migração pelo ar, ao desfavor da excitação, da luminosidade, da radiação ultravioleta e quanto outra condição atmosférica que felizmente há, microbicida”. Nesses casos, o médico acreditava ser necessária a presença de um vetor, tendo em vista que, “na afirmativa geral dos bacteriólogos, o micróbio de Pfeiffer é de extrema fragilidade e nem em meio úmido oferece vantajosa resistência” (*Diário da Bahia*, 5 nov. 1918, p.1).

Em favor da sua argumentação, Valladares acrescentava que “a noção falsa de veiculação direta pelo ar”, defendida pela medicina miasmática, fora substituída pelo “conceito preciso e positivado de um hospedeiro transmissor, pertinente no mais dos casos ao mundo dos

insetos" (*Diario da Bahia*, 5 nov. 1918, p.1).⁹ A seu ver, ninguém investigava nem levava em conta a possibilidade da veiculação culicidiana. Caso fosse comprovada essa hipótese, recomendava as seguintes medidas: "a) que os quartos ou as enfermarias de influenzados fossem todos postos à prova de mosquitos; b) que às desinfecções praticadas nos prédios e nos navios se juntassem sempre o expurgo anticulicidiano" (p.1). O médico arrematava o seu discurso com as seguintes palavras: "Também não seria dislate inoportuno que se empreendesse, de logo, a campanha integral, complexa, do extermínio a quantos mosquitos, de todo o gênero, infestam nosso país. Das que isso em nada aproveitasse à defesa contra a influenza, lucrariam com livrarmo-nos certamente do paludismo, do tifo amarel, da filariose, e talvez que de lepra e do beribéri: coorte temerosa de pragas a evitar ..." (p.1).

Na documentação consultada, nada consta sobre o fato de Prado Valladares ter desenvolvido algum tipo de investigação no sentido de validar sua formulação. Contudo, o posicionamento desses médicos era representativo das discussões que agitavam os centros acadêmicos e científicos da época.

Pacífico Pereira não foi o único a afirmar que a epidemia em curso era de gripe. O diagnóstico era defendido por médicos de vários países – a imprensa baiana deu destaque aos da Delegação da Saúde do Porto e ao diretor da Saúde Pública de Portugal, Ricardo Jorge, que acreditavam que aquela era uma epidemia de gripe. Na Espanha, nas discussões entabuladas em sessões da Academia de Medicina de Madri, predominou o diagnóstico de gripe, ainda que sua etiologia permanecesse polêmica (*Diario da Bahia*, 26 set. 1918, p.3). Na França, o anatomopatologista Arnold Netter (17 may 1918, p.548) afirmava que a epidemia de gripe de 1918 estava sob a dependência do bacilo de Pfeiffer tanto quanto a de 1889-1890.

Desde que foi divulgada a descoberta de Pfeiffer, em 1892, muitos foram os pesquisadores a confirmá-la, afirmando que não havia influenza sem aquele bacilo, mas muitos foram também aqueles que não conseguiram verificar em laboratório a descoberta ou então a confirmaram parcialmente (Moses, 1918, p.681). Em 1918, periódicos do mundo inteiro anunciaram que pesquisadores de diversos países tinham isolado o bacilo de Pfeiffer nas vítimas da gripe espanhola.

Entretanto, em outubro de 1918, nota divulgada pela imprensa informava que, em estudos realizados na Bahia, o bacilo de Pfeiffer não havia sido encontrado (*Diario da Bahia*, 17 out. 1918, p.1). Ademais, os exames anatomopatológicos revelavam a existência de lesões anatômicas diversas que apontavam a ação conjunta de vários microrganismos. A ocorrência de microrganismos diversos no sangue, nas secreções e nos líquidos tissulares dos enfermos e vítimas da doença contrariava a crença de que um agente específico era o responsável por aquela entidade mórbida. A inconstância do bacilo de Pfeiffer provocava também inquietude na comunidade médica e alimentava o debate nas academias.

Arnold Netter (17 may 1918, p.548-551) ressaltava que a ausência do bacilo de Pfeiffer nas autópsias realizadas em vítimas da gripe devia-se a uma insuficiência técnica.¹⁰ Muitas destas verificações estariam relacionadas a autópsias feitas na sequência de mortes devidas a infecções secundárias. Netter destacava que tal não ocorrera entre os observadores mais experientes de países como a Espanha, Itália, França, Inglaterra e Alemanha, onde a técnica corretamente aplicada apontara um único agente – o bacilo de Pfeiffer.

Veja por outra manchetes estampadas nos jornais anunciavam que pesquisadores haviam isolado o agente etiológico da gripe. Em 22 de outubro de 1918, a primeira página de *O Imparcial* trazia a notícia de que o médico italiano R. Ciauri havia descoberto o micróbio da influenza. Após investigação realizada com os acometidos pela doença internados no hospital militar de Contoê, conseguiu isolar um bacilo bipolar que acreditava ser o agente específico da doença (Silva, 1 fev. 1919, p.45). Como outros pesquisadores, Ciauri perseguia uma bactéria, não um vírus (Tognotti, 2003, p.105). A nota publicada no jornal baiano enfatizava as contradições dessa descoberta (Figura 4).

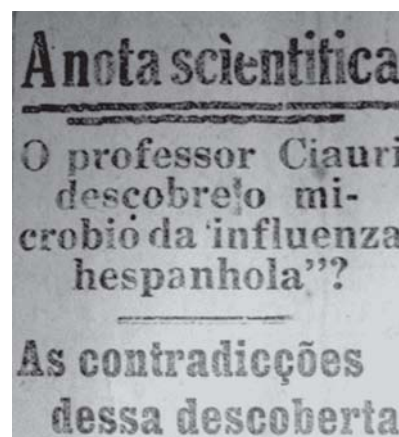


Figura 4: O micróbio da influenza
(*O Imparcial*, 22 out. 1918, p.1)

Logo a seguir a essa matéria, o *Diário da Bahia* (23 out. 1918, p.2) transcreveu artigo do doutor Nicolau Ciancio, que apontava as fragilidades daquela descoberta, destacando o exíguo espaço de tempo de que dispusera Ciauri para descobrir o agente específico da doença, diante das dificuldades características de um processo investigativo dessa envergadura. Para determinar se um microrganismo específico era o causador de uma doença, o pesquisador devia obedecer a uma série de procedimentos. Segundo Nicolau Ciancio,

quem entende um pouco de microbiologia não ignora que é preciso em geral, um espaço de tempo muito maior do que esse para se descobrir um micróbio: uma semana, pelo menos para o alarua clínico; depois, surgem as dúvidas, as idéias das várias pesquisas, as inoculações em animais de laboratório, a morte destes, as autópsias, o exame ao microscópio, etc., etc. E, ainda assim, feliz o pesquisador que descobrir um micróbio novo.

Médicos como Prado Valladares postulavam hipótese diferente: o agente etiológico seria um vírus filtrável e invisível encontrado no sangue. Esse foi o ponto de vista sustentado por Américo Pires de Lima em conferência na Associação Médica Lusitana, objeto de extensa reportagem publicada no *Diário da Bahia* (26 set. 1918, p.3). Pires de Lima ressaltou que tal proposição amparava-se na verificação de que “a inoculação de sangue, mesmo filtrado, dum doente feita num são é seguida dum ataque característico”. O médico português destacou ocorrência da febre papataci na estação seca, devido ao aparecimento dos flebotomos, que detestavam “o frio, o vento e a umidade, o que explica[va] as predileções climáticas da epidemia” que assolava a Europa.

Essa hipótese mostrava-se em conformidade com a apresentada por outro médico e pesquisador lusitano, Carlos França, que, estudava a febre papataci desde inícios da década de 1910, tendo apresentado em 1912 uma comunicação a esse respeito na Société de Pathologie Exotique de Paris, três anos depois (*Diário de Notícias*, 1 out. 1918, p.1). Quando grassou em Portugal a gripe espanhola, comparou seus sintomas com os da referida febre. Sustentou que a moléstia em curso era provocada por um agente invisível e filtrável, como o dengue e a febre amarela, e era transmitida pela fêmea de uma espécie de mosquito. Para comprovar sua hipótese, França procedeu à reprodução experimental da doença e coletou o provável transmissor, enviando espécimes para o médico baiano, doutor Arthur Neiva,

então pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, o qual os identificou como *Phlebotomus papatasi* (*Diário da Bahia*, 26 set. 1918, p.3).

A suposição de que o agente etiológico da gripe espanhola fosse transmitido por um inseto, particularmente pelo *Phlebotomus papatasi*, foi contestada por cientistas e médicos de vários países. Na Espanha, Pittaluga descartou a possibilidade de tratar-se da febre dos três dias, tendo em vista o fato de não ter sido encontrado em Madri nenhum exemplar do *pappataci* (*Diário da Bahia*, 26 set. 1918, p.3). Em Paris, Arnold Netter (17 may 1918, p.550) também contestou aquela hipótese com argumentação semelhante: conquanto o flebotomo fosse encontrado em Portugal, Espanha, Itália e em parte da França, não se podia constatar a sua presença em abril, período em que irrompeu a epidemia.

No Brasil, Henrique Beaurepaire de Aragão, um dos mais competentes protozoologistas de seu tempo, também se opôs à hipótese da veiculação culicidiana. Segundo ele, tanto a gripe pandêmica quanto o resfriado comum eram causados por um ‘vírus filtrável’ e pertenciam ao grupo de doenças que não precisavam de hospedeiros intermediários para sua transmissão (Fontenelle, jan.-fev. 1919, p.48; Aragão, 9 nov. 1918, p.355).

O estudo da categoria de agentes patogênicos conhecidos como ‘vírus filtráveis’ ou ‘ultramicroscópicos’ iniciou-se na década de 1890, tomando impulso entre os anos de 1904 e 1914 (Rosen, 1994; Benchimol, 1999; Porras Gallo, 1994).¹¹ Para Aragão (9 nov. 1918, p.353) ninguém mais acreditava que “bactérias propriamente ditas” fossem os agentes etiológicos de doenças infectocontagiosas tais como a escarlatina, a varíola, a varicela, o sarampo, a paralisia infantil e a febre aftosa. Esse cientista afirmava que tais doenças tinham por agentes causais micróbios muito diversos das bactérias – eram provocadas por espiroquetas ou vírus.

Em novembro de 1918, *A Tarde* (6 nov. 1918, p.2) divulgou nota intitulada “À procura do micróbio da ‘espanhola’”, a qual informava que o pesquisador “Henrique Beaurepaire de Aragão, do Instituto Oswaldo Cruz, diz[ia] ter encontrado minúsculos micróbios, que lhe parecem[iam] ser do rol daqueles produzidos por vírus filtráveis”. Contrário à hipótese de que a gripe fosse provocada pelo bacilo de Pfeiffer, Aragão (1918, p.354) considerava que, sob o ponto de vista clínico e epidemiológico, a gripe em nada se assemelhava a uma doença de origem bacteriana. Segundo ele, as enfermidades causadas por vírus filtráveis apresentavam curto período de incubação, além de extrema difusibilidade e contagiosidade. Outro argumento levantado pelo médico era a forte intoxicação observada no organismo dos enfermos, responsável por minar-lhes as defesas, facilitando a ocorrência de infecções secundárias, constituía quadro característico de doença de origem viral. Aragão afirmava que ao vírus da gripe associavam-se secundariamente outros microrganismos, como o bacilo de Pfeiffer, estreptococos, estafilococos, pneumococos etc., os quais eram indefectivelmente encontrados na corrente sanguínea dos doentes (Fontenelle, jan.-fev. 1919, p.48-49; Aragão, 9 nov. 1918, p.354-355).

Durante a investigação que realizou no intuito de determinar o agente etiológico da gripe, Aragão (9 nov. 1918) conseguiu isolar diminutos corpos de forma arredondada, provavelmente um *strongiloplasma* semelhante ao vírus da varíola, do tracoma e do epiteloma das aves (p.355). Contudo, o cientista não se mostrou convencido de que se tratasse do patógeno responsável pela doença, embora considerasse a possibilidade de pesquisas posteriores conseguirem determinar o agente específico.

Além de Aragão, durante a pandemia de 1918-1919, no Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro e em sua filial mineira Artur Moses (1918, p.681-687) e a equipe formada por Aristides Marques da Cunha, Olympio da Fonseca Filho (1974, p.59-60) e Octavio de Magalhães conduziram, separadamente, pesquisas sobre a etiologia da doença. Artur Moses (1918) efetuou diversificadas experiências com esputos de doentes da sua clínica particular e do Hospital Pro-Matre, no Rio de Janeiro, e concluiu que o patógeno responsável pela influenza era um vírus filtrável, conquanto não tenha conseguido efetuar ensaios em humanos, visto que as pessoas consultadas, temerosas das conseqüências, não consentiram em participar do experimento. A equipe formada pelos pesquisadores Aristides Marques da Cunha, Olympio da Fonseca Filho (1974, p.61) e Octavio de Magalhães demonstrou que os filtrados de sangue e de escarro dos doentes recém-infectados pela gripe reproduziam a doença em animais de laboratório, concluindo que o bacilo de Pfeiffer não era senão um germe de associação secundária na evolução do mal (Aragão, 9 nov. 1918).

Outros pesquisadores dedicaram-se a investigar a etiologia da influenza durante a pandemia de 1918-1919: os franceses Charles Nicolle e Charles Lebailly, do Instituto Pasteur de Túnis, e Henri Violle; H. Selter, na Alemanha; bem como T. Yamanouchi, S. Iwashima e K. Sakakami, no Japão. Esses cientistas também se interrogavam se a gripe era transmitida por um vírus ou uma bactéria e demonstraram a transmissibilidade por vírus quando conseguiram reproduzir a gripe em humanos através da inoculação de filtrados de secreção brônquica e nasofaríngea (Fontenelle, jan.-fev. 1919, p.49; Fonseca Filho, 1974, p.60; Tognotti, 2003, p.107). Tais experimentos robusteceram as evidências de que a enfermidade era causada por um agente invisível e filtrável, hipótese já cogitada por Aléxis Carrel em 1910, Walter Kruse em 1914 e Foster entre 1915 e 1916, após experiências precedentes semelhantes a essas (Moses, 1 fev. 1919, p.38; Porras Gallo, 1994, p.323-324). Este último analisou culturas desenvolvidas a partir do muco nasal recolhido em pacientes acometidos com coriza aguda e verificou a presença de corpúsculos semelhantes aos da poliomielite, conseguindo, depois, reproduzir a doença em humanos com o material filtrado recolhido em subculturas (Moses, 1 fev. 1919, p.38).

Conforme se pode observar, o esforço para precisar o agente etiológico tornou-se um problema de vulto que envolveu médicos e cientistas de todas as partes do mundo. Tais descobertas, caso se confirmassem, poderiam aparelhar a profissão médica de um conhecimento imprescindível ao combate da pandemia.

Entretanto Henrique Aragão (9 nov. 1918, p.354-355) acreditava que muitos dos microrganismos da categoria dos vírus filtráveis jamais seriam conhecidos em razão do seu tamanho diminuto, pois talvez nunca pudessem ser visualizados. Tal previsão mostrou-se correta no que diz respeito ao agente etiológico da gripe espanhola, no período da incidência dessa pandemia. Apesar das investigações em curso nos laboratórios em várias partes do mundo, a descoberta da verdadeira causa viral só veio a ocorrer ao final dos anos 20, quando uma cepa do vírus foi isolada pela primeira vez em suínos. E somente em 1933 se conseguiu isolar em paciente humano uma cepa relacionada àquela encontrada nos suínos (Beveridge, 1977, p.4-5).¹²

Assim, a moderna microbiologia, que se mostrara capaz de demonstrar que a causa externa de muitas doenças infectocontagiosas eram microrganismos específicos, não logrou determinar o agente etiológico da gripe pandêmica.

A tradição clínica e higienista orienta a medicina baiana

Enquanto a medicina não chegava ao consenso em torno do diagnóstico, a gripe se espalhava por Salvador. No início de outubro, artigo publicado no jornal *A Tarde* (5 out. 1918, p.1) advertia que a população da capital se encontrava sob ameaça de uma epidemia que vinha causando sérios prejuízos em razão de sua virulência e da rapidez de sua propagação. Segundo a reportagem, o raio de ação da epidemia alargara-se a ponto de paralisar fábricas e diminuir o tráfego da Linha Circular, tendo em vista o grande número de operários atingidos pela doença, que se mostrava altamente contagiosa. Para o articulista, por mais benigna que parecesse, não deixava de impressionar. O repórter duvidava de que fosse “simples influenza passageira”.

Nota veiculada no *Diário da Bahia* (3 out. 1918, p.1) informava que a população mostrava-se apreensiva com o “caráter indiscutivelmente epidêmico” do mal cuja “índole clínica” era desconhecida até aquele momento. Para o articulista, estava sendo erroneamente confundido, em sua feição epidemiológica, com a doença que os antigos denominavam ‘peitorrêia’ ou ‘febre catarral’. A clínica desta diferia completamente da doença que naquele momento prostrava metade ou mais da metade da população.

Desde o século XIX o processo de nomeação de um conjunto de sintomas e sinais tornou-se central tanto no pensamento social quanto no médico. Em nossa cultura uma doença não existe como fenômeno social até concordamos que ela existe – até que ganhe um nome (Rosenberg, 1992).¹³ Contudo não é fácil enquadrar a doença numa simples definição: ela se apresenta como evento biológico imediato que aciona um repertório de práticas e construções verbais específicas, e dessa forma reflete a história institucional e intelectual da medicina; ao mesmo tempo cria a ocasião para o desenvolvimento e legitimação de políticas públicas; ajuda a conformar identidades sociais e individuais; a sancionar valores culturais; a estruturar interações médico/paciente (Rosenberg, 1992).

Para os que se achavam sob a ameaça da epidemia, era emocionalmente mais fácil lidar com o reconhecimento de que se tratava de doença maligna do que com aquela misteriosa e insondável aflição. A busca por parte do sofredor de uma explicação para o seu drama, de um conselho que leve à cura de seu mal remonta às origens da medicina e do papel do médico (Rosenberg, 1992, p.310). O aspecto essencial desse papel é a capacidade de dar nome à dor e ao desconforto do paciente.

À medida que se acentuava a interferência da doença na vida cotidiana, aumentavam as apreensões e as cobranças da sociedade de uma resposta da medicina e das autoridades baianas (*Diário da Bahia*, 3 out. 1918, p.1). Para a imprensa, o governo encontrava-se paralisado: nada fazia além de aguardar que os médicos determinassem a etiologia da doença. Ainda que não tivesse sido definido o patógeno responsável por aquela doença, urgia que fossem tomadas as medidas necessárias para combatê-la. Matéria publicada no *Diário da Bahia* revelava a inquietação da população e clamava com impaciência: “influenza espanhola ou brasileira; a febre dengue, ou de papataci, qualquer que seja o mal que nos agride, deve de ser combatido” (*Diário da Bahia*, 11 out. 1918, p.1).

Mesmo sob pressão da imprensa, a DGSPB, antes de qualquer medida, nomeou uma comissão para estudar a epidemia. Os profissionais escolhidos – Frederico Koch, Dyonisio Pereira e Aristides Novis – eram representantes da elite médica estadual, com grande

credibilidade entre seus pares e na sociedade baiana. Além de integrarem a Inspetoria Sanitária, repartição subordinada à DGSPB, clinicavam e eram professores da Faculdade de Medicina local. Inspetor sanitário do 15º distrito, Frederico Koch ocupou a cadeira de farmacologia e arte de formular no período de 1917 a 1919; Aristides Novis lecionava na mesma instituição; em 1919 assumiu a cadeira de fisiologia, atuando também como inspetor sanitário do 7º distrito. Dyonisio Pereira tinha sob sua jurisdição o 4º distrito.

O objetivo da comissão era averiguar “a natureza, difusão e gravidade da moléstia” e apresentar um parecer, com a brevidade que as circunstâncias exigiam (Koch, Pereira, Novis, 1918). O posicionamento adotado pelas autoridades, bem como as críticas e reivindicações veiculadas na imprensa revelam-nos quanto se tornara importante o processo de determinação da doença. A idéia da doença como um *ontos* real, um princípio racionalmente organizado, presidia o raciocínio das autoridades médicas e sanitárias da Bahia e embasava as tarefas socialmente indispensáveis, como o diagnóstico e o prognóstico, a profilaxia e a prática terapêutica.

A ‘espanhola’ aportou em Salvador em um período tumultuado por disputas políticas, pela crise financeira do estado e do município, pelas greves de professores e operários. Ao mesmo tempo, a carestia, a corrosão salarial, o desemprego e a crise de moradia, contribuíam para alargar o espectro da pobreza, favorecendo tanto a incidência de doenças carenciais, como o beribéri, quanto a ação de outras doenças transmissíveis e infecciosas, como a tuberculose, a varíola, a febre amarela, a malária e a peste bubônica.

A ação contínua de doenças mais preocupantes que a gripe diminuía a importância desta última aos olhos das autoridades competentes. Ainda que a gripe estivesse sempre presente nas estatísticas nosológicas de Salvador, os óbitos decorrentes dessa doença desde a epidemia de 1895 eram em número insignificante diante da taxa de mortalidade provocada por doenças como a disenteria, a malária, a peste, a varíola, a febre amarela e, sobretudo, a tuberculose. Vale destacar que, no período estudado, o controle de doenças como a varíola e a febre amarela era de especial interesse tanto do governo federal, quanto do estadual, ainda que se mostrasse incipiente o aparato montado para combatê-las.

A par dessa realidade e das fragilidades do poder público, os grupos que exerciam oposição ao governo do estado, pretendendo projetar-se no cenário político baiano, aproveitaram-se da eclosão da epidemia de gripe para discutir a competência e idoneidade do grupo que se encontrava no poder e tratar de um assunto que estava na agenda das elites nacionais – a saúde pública como sinal de civilização e progresso. De outro lado, as divergências e incertezas acerca da etiologia e do diagnóstico da doença, que agitavam os meios científicos e acadêmicos mundiais, ocupavam as páginas dos jornais baianos. A imprensa pressionava as autoridades competentes no sentido de que oferecessem uma explicação para o mal e tomassem as medidas cabíveis para conter a epidemia. E além da complexidade que esses elementos conferem ao processo de aceitação e reconhecimento da epidemia, precisamos considerar também o fator tempo – a gripe propagava-se a uma velocidade inversamente proporcional ao tempo necessário para que a sociedade absorvesse o fato e tomasse as medidas cabíveis para o seu controle.

Os médicos que compunham a comissão estavam cientes do papel que representavam nesse contexto. Diante da epidemia que se disseminava com velocidade e virulência inusitada,

suscitando o temor na sociedade; frente às disputas que agitavam o cenário político e em face das dissonâncias que inquietavam médicos e pesquisadores, precisavam ostentar postura segura, competente e ágil.

A comissão optou por realizar uma investigação clínica em diversas corporações e instituições públicas e privadas de Salvador, onde havia aglomeração humana – quartéis, fábricas, asilos, escolas, internatos, etc. Após examinar um número superior a quinhentos doentes, os médicos concluíram que não se tratava de nenhuma doença nova, apavorante pela “novidade ou pelos efeitos” (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.150). Era a gripe ou influenza “periodicamente observada na Bahia, com a sua costumada benignidade”, embora se desenvolvesse, naquele período, “num raio mórbido de alcance muito maior” (p.151).

Os médicos que compunham a comissão tinham consciência da complexidade na determinação de um microrganismo específico como o causador de uma doença, a qual exigia do pesquisador o cumprimento de uma série de exigências e procedimentos que demandavam tempo. Além das diversas dificuldades para a realização de todas as etapas e procedimentos necessários a semelhante investigação científica, tempo era uma condição de que os médicos não dispunham. Consideraram que os estudos até então realizados nos prestigiados centros de pesquisa científica do mundo respondiam a questões-chave, como a etiologia, a patogenia, a sintomatologia, etc. Assim, não tiveram dúvidas sobre o patógeno com o qual estavam lidando – o *Haemophilus influenzae* – descoberto por Pfeiffer desde 1892 e, reiteradas vezes, confirmado por renomados cientistas. Essa também havia sido a opção das autoridades médicas e sanitárias de vários países onde a gripe irrompera.

A comissão médica observou que na Bahia a gripe manifestava-se na sua forma clínica mais comum – a respiratória – revelando, algumas vezes, ligeiros distúrbios gastrintestinais. A doença instalava-se rapidamente e, em geral, os acometidos apresentavam elevação da temperatura de 38° a 40°, inflamação nas vias respiratórias superiores, mialgia, cefaléia e lassidão. Tais manifestações podiam se agravar, mas sob tratamento atenuavam-se, tendendo a desaparecer em três ou quatro dias.

Os médicos também lançaram mão de critérios epidemiológicos – observaram a distribuição da doença na população e consideraram sua prevalência em determinado período do ano, avaliando o número de casos novos. Como a incidência aumentava, concluiu-se que se tratava de uma epidemia.

Para a comissão de médicos, a disseminação da doença por toda a cidade devia-se à extrema contagiosidade e capacidade de difusão da gripe. Estas características eram favorecidas, naquele período, pela “superlotação de várias habitações coletivas, por isso constituídas em núcleos evidentes de irradiação epidêmica” (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.151). A equipe de investigadores também considerava importante a instabilidade das condições meteorológicas naquela quadra – as bruscas oscilações de temperatura, pressão e umidade atmosféricas predispunham o organismo à ação do patógeno.

Apesar de os estudos estabelecerem que a irrupção da gripe não estava subordinada à influência de climas ou estações, sabia-se que determinadas condições de temperatura e umidade favoreciam a proliferação do patógeno – baixas temperaturas, umidade relativa alta, ou a combinação de ambas ajudavam a propagar a infecção (Phillips, Killingray, 2003, p.5). Com base nessa suposição, a comissão médica afirmou que a doença não tomaria

“outro caráter de virulência” na Bahia, tendo em vista que seu clima era “impróprio às calamitosas façanhas do diplobacilo de Pfeiffer” (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.153).

Os médicos integrantes da comissão eram profissionais de larga experiência e amparavam-se em teorias já consagradas no meio científico e acadêmico. Ainda assim, ao emitirem o seu parecer, fizeram questão de ressaltar que tanto o diagnóstico quanto o prognóstico eram fundamentados nos elementos clínicos que lhes fora possível reunir no breve tempo exigido pelas circunstâncias. A ressalva justificava-se, pois se de um lado a capacidade de distinguir, definir e dar nome a um conjunto de sintomas e sinais confere legitimidade à prática curativa e ao *status* alcançado pelo médico, de outro, o constrange não só pela circunstancialidade desse conhecimento, como também pelo crescente e necessário ajuste do diagnóstico e das diretrizes de tratamento (Rosenberg, 2002, p.253).

Apesar da perplexidade provocada pela virulência de uma doença que até então se manifestara de forma benigna, a opinião pública não ousou colocar em dúvida a capacidade daqueles homens da ciência para desvendar o mistério que envolvia o agente causal da gripe. Ainda que criticasse a lentidão do processo, posto que a vida e a morte urgiam, a imprensa baiana fazia questão de ressaltar: “Não se pense, contudo, que sejamos capazes de pôr em dúvida as aptidões e comprovada competência dos ilustres médicos ... que se acham incumbidos dos estudos clínicos sobre a epidemia” (*Diário da Bahia*, 3 out. 1918, p.1).

Segundo Álvaro de Carvalho (1916), nesse período já se havia instaurado na Bahia “uma evolução progressiva da clínica, tendo por ponto de partida o aperfeiçoamento e a ampliação de sua base fundamental físico-química, tanto para os recursos de pesquisa, de indagação diagnóstica, como para os seus processos curativos” (p.213). A clínica tomava para si tudo o que encontrava – os clínicos colocavam a serviço do diagnóstico o termômetro, o microscópio, o laringoscópio, o oftalmoscópio, assim como os exames de sangue, de urina e outros meios de contraprova e análises, recorrendo também às investigações bacteriológicas e experimentais (Lopes Piñero, 1985, p.111). Para tanto, concorria a formação acadêmica dos profissionais de medicina, que desde os primeiros anos na Faculdade da Bahia iniciavam as aulas práticas nas enfermarias dos hospitais e nos laboratórios anexos, onde praticavam os exames elucidativos dos casos clínicos estudados (Carvalho, 1916, p.218). Esses casos eram apresentados às associações médicas, discutidos entre os pares e, em seguida, publicados em periódicos especializados, divulgando-se assim o saber produzido na época.

Quando a ‘espanhola’ irrompeu na Bahia, o estado já contava com o Instituto Oswaldo Cruz da Bahia, voltado para as pesquisas bacteriológicas, de microbiologia e parasitologia (Moniz de Aragão, 1920, p.116). De acordo com o relato do governador Moniz de Aragão, em 1918 foram realizados “156 exames microscópicos e bacteriológicos diversos, para elucidação de diagnósticos”, atendendo a solicitações não só de médicos da saúde pública, mas também de outros clínicos (Moniz de Aragão, 1919, p.64).

A investigação anatomopatológica constituía também prática comum entre os médicos baianos. No período de incidência da epidemia, Mario Andrea dos Santos, inspetor sanitário do estado, professor de anatomia e fisiologia patológica na Faculdade de Medicina, examinou pulmões de sete pessoas vitimadas pela gripe. O médico concluiu que as alterações encontradas no aparelho respiratório das vítimas eram resultantes do processo inflamatório

observado na broncopneumonia e pneumonia, o que confirmava os exames macroscópicos criteriosamente realizados no Instituto Nina Rodrigues (*Diário de Notícias*, 26 out. 1918, p.1).¹⁴ Contudo, tais exames pouco ou nada contribuíram para a elucidação do patógeno responsável pela doença. Tanto os resultados obtidos por meio de autópsia dos cadáveres dos ‘espanholados’ quanto aqueles provenientes das análises bacteriológicas apontavam alguns caminhos, mas estes já traziam em seu bojo os germes da dúvida.

Todavia, como mostramos, era do conhecimento dos médicos baianos que a gripe era muito contagiosa e propagava-se rapidamente. Os médicos sabiam que os indivíduos infectados tornavam-se agentes disseminadores ao expelirem no ambiente esputos ou perdigotos contaminados (*Diário da Bahia*, 29 out. 1918, p.1). Naquele período já se havia adquirido a noção de que muitas doenças se propagavam por contágio direto. Segundo o médico e professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Gonçalo Moniz (1921, p.371),¹⁵

Os ... germens morbíficos ... dificilmente e só por pouco tempo podem viver no meio exterior. Dest’arte, os focos principais dos agentes produtores das moléstias infectuosas e os *habitats* e meios naturais de cultura desses microorganismos, são os próprios homens, os doentes, os convalescentes ou portadores são de tais seres animados. E assim, havendo em qualquer domicílio uma pessoa acometida de qualquer dessas doenças, aguda ou crônica, ou vetora, será o morbo tanto mais facilmente transmitido e a número tanto maior de pessoas, quanto maior for a promiscuidade das mesmas.

Assim, a comissão designada para estudar a epidemia em curso na Bahia sugeriu que os lugares ou eventos em que ocorria maior proximidade entre as pessoas deveriam tornar-se alvo da atenção médica e da ação sanitária – casas de diversões, teatros, cinemas, mercados, ascensores, bondes, templos, internatos, quartéis, etc., precisariam sofrer desinfecções sistemáticas; as ruas teriam de ser constantemente irrigadas para evitar que as poeiras irritassem as vias respiratórias; e as reuniões seriam desestimuladas (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.153). Os espaços de convívio social, como os locais de diversão ou de culto religioso, e os ambientes de trabalho e de confinamento, inclusive as habitações coletivas – cortiços, casas de cômodo, asilos, internatos, pensões, hotéis etc. – eram vistos como focos importantes de propagação da doença.

Como dissemos, os médicos atribuíam a velocidade com que a epidemia se propagava em Salvador à superlotação das habitações, bastante intensificada naquele decênio (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.152). Segundo notícias veiculadas nos jornais, a cidade transformara-se em verdadeiro hospital, com quarteirões inteiros invadidos pela gripe. Nota veiculada em *O Imparcial* (16 out. 1918, p.1), por exemplo, informava que não havia casa em Salvador onde o mal não tivesse penetrado, com maior ou menor virulência.

Além da profilaxia de caráter geral, aqueles médicos recomendavam que as pessoas cuidassem da sua higiene pessoal: evitassem as aglomerações e os espaços confinados, e, por precaução, usassem desinfetantes nas vias respiratórias superiores. Receitavam “aplicações de vaselina mentolada ou gomenolada nas narinas e gargarejos com fenosalil ou com água oxigenada” (Koch, Pereira, Novis, 1918, p.153).

As autoridades médicas e sanitárias, entretanto, reconheciam a fragilidade das ações preconizadas. As medidas defensivas e restritivas pouco ou nada adiantavam. A doença se disseminaria mesmo se fossem proibidas todas as relações sociais e comerciais, interdição

praticamente impossível numa cidade portuária, cuja economia girava em torno do comércio de exportação e importação. Os médicos argumentavam, porém, que embora as ações recomendadas “não jugulassem o mal”, restringiriam seu desenvolvimento, em virtude da relativa proteção que acarretavam (p.153).

Considerações finais

No período de incidência da gripe espanhola, pressões políticas e econômicas, nacionais e internacionais, faziam com que doenças como a peste, a varíola, a cólera e a febre amarela ocupassem lugar de destaque na agenda das autoridades, em detrimento da gripe – doença considerada benigna pelas autoridades médicas e sanitárias da Bahia. Assim, ao serem solicitados a explicar o mal que grassava de forma epidêmica em Salvador desde a primeira quinzena de setembro de 1918, os médicos trataram de tranquilizar a população e de minimizar os riscos, reforçando a idéia de que aquela era uma doença familiar e benigna.

Entretanto, a falta de homogeneidade nas opiniões dos médicos europeus, que vinham lidando diretamente com os casos epidêmicos, a respeito da natureza, das causas e dos mecanismos do patógeno em questão, causou perplexidade entre os médicos e na sociedade em geral. Ademais, reforçou, entre as autoridades sanitárias, a disposição de nomear uma equipe de médicos para investigar a doença e oferecer assim uma opinião abalizada sobre a questão. Tal medida pareceu prudente, ainda que concorresse para postergar a tomada de decisões.

Em meio às disputas políticas e às divergências que agitavam o meio acadêmico e científico internacional, os profissionais nomeados para investigar a doença epidêmica precisavam demonstrar segurança, competência e agilidade diante da população, estabelecendo não só o diagnóstico, como a profilaxia e a terapêutica. Estavam cientes da grande visibilidade que a imprensa dava ao evento, especialmente a que fazia oposição ao governo. De outro lado, sabiam que o tempo de que dispunham para investigar a doença era escasso, em comparação com a velocidade com que a epidemia se propagava na Bahia.

Guiada por larga tradição clínica e higienista da medicina baiana, a comissão optou por privilegiar a investigação clínica e epidemiológica. Após estudo realizado em diversas coletividades, concluiu que a doença que grassava em Salvador era a gripe ou influenza, já clinicamente caracterizada em estudos acumulados no decorrer de epidemias precedentes. De posse do diagnóstico, consideraram resolvido o problema da etiologia – o patógeno responsável pela gripe era o bacilo de Pfeiffer.

Conscientes da contagiosidade da gripe, recomendaram a adoção de algumas práticas de higiene individual e coletiva que poderiam contribuir para abreviar o tempo de vida do patógeno e limitar a sua disseminação. Apesar de reconhecerem a causalidade específica da doença, ponderavam que as condições materiais de existência constituíam fatores importantes a considerar, quando se tratava da resistência do organismo humano às infecções.

Os médicos que compunham a comissão integravam o quadro da DGSPB, conheciam as condições de vida e de saúde das camadas mais pobres da população. As precárias condições de moradia, a carga extenuante de trabalho, a dieta pobre, bem como os hábitos

de higiene diária figuravam nas agendas e nos discursos dos médicos. Conscientes de que esses e outros fatores contribuíam para a incidência e propagação de doenças como a gripe e para o surgimento de complicações no decurso da doença, defendiam a adoção de medidas de saúde pública voltadas para as camadas mais pobres da sociedade baiana, que não podiam prover o seu próprio tratamento, e propugnavam, também, que a ação do serviço público de saúde privilegiasse os lugares onde havia maior convívio ou proximidade entre as pessoas.

Assim, conforme se pode observar, a atuação dos médicos baianos esteve condicionada não só pela crise epidêmica em si, como pelo contexto profissional, sociocultural e político em que se achavam inseridos.

NOTAS

¹ Criada em 1866 por iniciativa dos médicos que compunham núcleo inicial da Escola Tropicalista Baiana – Wucherer, Paterson e Silva Lima –, a *Gazeta Médica da Bahia* representava importante instrumento de divulgação de conhecimento e tecnologia médicas. No que diz respeito à gripe, foram publicados, no período, os resultados de pesquisas clínicas e bacteriológicas, as aulas ministradas e as conferências sobre o assunto, nas seguintes edições desse periódico: *Gazeta Médica da Bahia*, n.21, 1890, p.334-338; p.354-373; p.433-434; n.22, 1891, p.548-557; n.23, 1892, p.92; p.425-427; p.459-461; n.27, 1895, p.234-237/257-272; n.27, 1896, p.325-329 (cf. Sant’Anna, Teixeira, 1984).

² Para Edler (2002, p.359), a medicina acadêmica oitocentista foi marcada pela disputa entre três distintas correntes sociocognitivas: a anatomoclínica, cujo espaço institucional era o hospital; a topografia médica, ligada aos métodos estatísticos, e por isso pejorativamente denominada medicina de gabinete; e a medicina experimental, baseada no laboratório.

³ Segundo Porras Gallo (1994, p.297-332), os critérios clínicos e epidemiológicos presidiam o diagnóstico da gripe desde o século XVIII, quando adquiriu existência como espécie morbosa. A autora esclarece as “bases do diagnóstico” do médico espanhol Codina durante a erupção da pandemia de 1918-1919 em Madri: “etiologia general, forma de començar el proceso, difusibilidad de la enfermedad, caracteres clínicos, localización, curso seguido y terminación que ha tenido”.

⁴ A questão das semelhanças e/ou diferenças entre a gripe e a dengue tornou-se tema de muitos debates, artigos e estudos, estendendo-se até a pandemia de 1918-1919.

⁵ Embora essa fosse a classificação corrente, havia outras formas de classificação, conforme nos informa o médico e professor da Faculdade de Medicina de Coimbra Epiphanyo Marques (1890, p.359): inflamatória, nervosa e biliosa; abdominal, torácica e encefálica; convulsiva; sincopal; hemoptóica; delirante; eruptiva; paralítica; epilética; reumatismal; com três gradações ainda: leve, comum e grave. Ver também Britto, 1895, p.260.

⁶ Era de domínio público a idéia de que a gripe vitimava os indivíduos de idade avançada, daí derivando a denominação popular ‘limpa-velhos’. Contrariando essa tese, a gripe de 1918-1919 foi benigna com os velhos – a maioria alcançou a cura – e severa com os indivíduos com idade entre 15 e quarenta anos (cf. Silva, 1 fev. 1919, p.44).

⁷ Quando a gripe irrompeu na Espanha, a notícia foi fartamente veiculada pela imprensa espanhola e mundial, e logo as autoridades admitiram sua existência (Porras Gallo, 1997, p.71-72). Tal não ocorreu nos outros países da Europa em que a doença incidiu. Diferentemente da Espanha, tais países estavam envolvidos na Primeira Guerra Mundial, e seus órgãos de imprensa voltavam-se para o conflito, além de sofrerem forte censura (Echeverri Dávila, 1993). Assim, por ter sido Espanha a dar o primeiro alarme, a todos pareceu que a epidemia tivera origem lá. Desde então, passou a ser conhecida como ‘gripe espanhola’. Na época, Pacífico Pereira declarou ao *Diário da Bahia* (29 out. 1918, p.1) que aquela denominação se devia à “neutralidade da Espanha na grande conflagração mundial”, o que teria favorecido o acesso da gripe à Península Ibérica, “de onde partiu a invasão à África, ao Brasil e provavelmente a toda a América do Sul”.

⁸ Doença provocada por um agente invisível e filtrável, tal como o da dengue e o da febre amarela, cuja transmissão se dava por meio da picada da fêmea de uma espécie de mosquito, o *Phlebotomus papatassi* (*Diário de Notícias*, 1 out. 1918, p.1).

⁹ Desde fins do século XIX, várias pesquisas tinham demonstrado ou seguiam investigando a possibilidade de transmissão de enfermidades por insetos, de forma mecânica ou na condição de hospedeiros intermediários de microrganismos, inclusive aqueles então caracterizados como vírus invisíveis aos microscópios ópticos e capazes de atravessar filtros que retinham as menores bactérias (Benchimol, 1999, p.396; Porras Gallo, 1994, p.323).

¹⁰ Netter havia conseguido isolar o bacilo em 16 a cada 26 vezes em que examinara os produtos da expectoração; em cinco a cada sete vezes em que observara o conteúdo dos brônquios, em autópsias; quatro a cada oito vezes, no suco pulmonar retirado ainda durante a vida do paciente; duas a cada 12 vezes em hemoculturas; uma a cada dez vezes no líquido purulento extravasado pela pleura (Netter, 17 may 1918, p.548).

¹¹ Prowazek e Lipschütz, mediante a utilização de uma técnica delicada, conseguiram isolar os vírus da categoria dos clamidozoários e dos estreptoplasmas (Aragão, 9 nov. 1918, p.353). Por sua vez, Noguchi e Flexener conseguiram cultivar os agentes da poliomielite e do tracoma.

¹² Richard E. Shope, do Instituto Rockefeller de Patologia Comparativa, em Princeton, Nova Jersey, conseguiu demonstrar que o vírus podia ser transmitido entre suínos por meio de material filtrado. O trabalho de Shope adquiriu notoriedade na Inglaterra e foi retomado por Wilson Smith, Christopher Howard Andrewes e P.P. Laidlaw, do Instituto Nacional Para a Investigação Médica, em Londres. Esses pesquisadores realizaram experimentos semelhantes com doninhas: inocularam nelas material filtrado de secreções retiradas da traquéia de pessoas infectadas durante a epidemia de influenza humana em 1933, e conseguiram reproduzir a doença naqueles animais (Beveridge, 1977, p.5-9).

¹³ Segundo Porter (2004, p.100), estudos realizados por Laënnec, Pierre Louis e outros na primeira metade do século XIX ajudaram a consolidar o conceito de que as doenças eram entidades específicas, 'coisas reais'. Rosenberg (1992, p.306) afirma que o acesso aos cuidados de saúde está estruturado em torno da construção da legitimidade dentro de uma diagnose consensual. Conceitos de doença implicam constrangimento e legitimação de comportamentos individuais e de políticas públicas.

¹⁴ O Instituto Médico-Legal Nina Rodrigues (IMLNR) foi criado em 1906 por Oscar Freire e assim denominado em homenagem prestada pela Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia ao catedrático de medicina-legal Raimundo Nina Rodrigues, falecido naquele mesmo ano, aos 44 anos. O IMLNR funcionou durante mais de sessenta anos junto ao prédio dessa tradicional escola, na época localizada no Terreiro de Jesus. Em dezembro de 1911 um decreto determinou a reorganização do serviço de perícias oficiais, tornando-se Oscar Freire o primeiro diretor do IMLNR. Destacam-se, entre as atribuições do Instituto, as atividades periciais em mortos – tanatologia (necropsia e exumação), identificação de cadáveres e antropologia física, além da realização de exames complementares de interesse como prova pericial (cf. Souza, 2007).

¹⁵ Gonçalo Moniz (28 jan. 1870-1 jun. 1939) era considerado por seus pares um dos maiores expoentes da medicina baseada no conhecimento etiológico de suporte experimental. Ingressou como professor da Faculdade de Medicina em 1895, apresentando a tese de concurso intitulada *Da imunidade mórbida (estudo geral)*. Inaugurou então carreira voltada para estudos no campo da microbiologia. Em 1899 montou e dirigiu o Gabinete de Análises e Pesquisas Bacteriológicas da Bahia. Publicou vários estudos sobre a peste bubônica e a tuberculose. No período da epidemia de gripe espanhola, Gonçalo Moniz estava à frente da Secretaria do Interior, Justiça e Instrução Pública, à qual se subordinava a DGSPB (cf. Souza, 1949, p.192-193, 2007).

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Henrique de B.
A proposito da gripe. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 32, n.45, p.353-356. 9 nov. 1918.

BACILLO...
Bacilo da influenza. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.23, p.73-76. 1892.

BARRETO, Maria Renilda N.
A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851). 2005. Tese (Doutorado em

História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

BARRETO, Maria Renilda N.
Nascer na Bahia do século XIX – Salvador (1832-1889). Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2000.

BENCHIMOL, Jaime Larry.
Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a

- revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; UFRJ. 1999.
- BEVERIDGE, W.I.B.
Influenza: the last great plague. London: Heinemann. 1977.
- BRITTO, Alfredo.
Contribuição para o estudo da 'gripe-influenza' em 1985. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.27, p.234-237, 257-272. 1895.
- CANON, P.
Sobre um microorganismo no sangue dos doentes de influenza". *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.23, p.459-461. 1892.
- CARVALHO, Álvaro de.
Aspecto atual da clínica na Bahia. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.48, p.213. 1916.
- CROSBY, Alfred W.
America's forgotten pandemic: the influenza of 1918. Cambridge: Cambridge University Press. [1989].
- CUNHA, Aristides et al.
Estudos experimentais sobre a influenza pandêmica. *Brazil-Medico*, Anno XXXII, n. 48, p. 377-378, 1918.
- DICIONÁRIO...
Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.dichistoria.saude.coc.fiocruz.br>. Acesso em 17.03.2007. [2000].
- ECHEVERRI D'ÁVILA, B.
La gripe española: la pandemia de 1918-1919. Madrid: Siglo XXI. 1993.
- EDLER, Flávio Coelho.
A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina Tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.357-385. maio-ago. 2002.
- EDLER, Flávio Coelho.
A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: Heizer, Alda; Videira, Antonio Augusto Passos (Org.). *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access. p.97-122. 2001.
- EDLER, Flávio Coelho.
As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854/1884). Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992.
- FERREIRA, Luiz Otávio.
Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. *Revista da SBHC*, Rio de Janeiro, n.10, p.43-52. 1993.
- FERREIRA, Nicanor José.
Ligeira contribuição para o estudo da gripe. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia d'Estandarte Catholico. 1900.
- FONSECA FILHO, Olympio da.
A Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. T.2: Oswaldo Cruz monumental histórica. São Paulo: [s.n.]. 1974.
- FONTENELLE, J. P.
A epidemia de influenza maligna. *Saude. Bi-mensário de Hygiene e de Assuntos Economicos e Sociaes. Orgão da Liga Pro-Saneamento do Brazil*. Rio de Janeiro, v.2, p.46-63. jan.-fev. 1919.
- FORMAS...
Formas clínicas da gripe infectuosa. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.21, p.334-434. 1890.
- INFLUENZA.
Gazeta Medica da Bahia, Salvador, n.23, p.92. 1892.
- KITASATO, S.
Sobre o bacillo da influenza e o modo de cultivar. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.23, p.425-427. 1892.
- KOCH, Frederico; PEREIRA, Dionísio; NOVIS, Aristides.
A epidemia de gripe: parecer da comissão nomeada pelo Diretor da Saúde Pública da Bahia. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.50, p.150-153. 1918.
- LIMA, C.
Meningite cérebro espinhal epidêmica ou gripe?. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.27, p.325-329. 1896.
- LÓPEZ PIÑERO, José M.
Ciencia y enfermedad en el siglo XIX. Barcelona: Ediciones Península. 1985.
- LÖWY, Ilana.
Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2006.
- MAIO, Marcos Chor.
A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.226-237. abr.-jun. 1995.
- MARQUES, Epiphanyo.
Gripe e febre dengue. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.21, p.354-373. 1890.
- MONIZ DE ARAGÃO, Antônio Ferrão.
Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia na abertura da

1ª sessão ordinária da 1ª legislatura. Bahia: s.n. 1919.

MONIZ DE ARAGÃO, Antônio Ferrão.
Exposição apresentada pelo dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. dr J.J. Seabra empossado nesse dia no cargo de governador do estado no quadriênio de 1920 a 1924. Salvador: s.n. 1920.

MONIZ, Gonçalo.
Relatório. Salvador: Imprensa Oficial do Estado. 1921.

MORDANT, Pierre.
La grippe espagnole, 1918-1919: la plus grande pandémie du XX^e siècle. *Info Respiration*, Paris, n.69, p.25-28, oct. 2005.

MOSES, Arthur.
Bacteriologia da gripe. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 32, n.5, p.37-39. 1 fev. 1919.

MOSES, Arthur.
Exposição dos resultados de estudos sobre a etiologia da gripe. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, Sessão de 21 de novembro de 1918, p.681-686. 1918.

NETTER, Arnold.
L'épidémie d'influenza de 1918. *Revue D'Hygiène et de Police Sanitaire/Bulletins de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, Paris, p.543-553. 17 may 1918.

NINA RODRIGUES, Raimundo.
A epidemia de influenza na Bahia em 1890. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.22, p.548-557. 1891.

O MICRÓBIO...
O micróbio da influenza. *Gazeta Medica da Bahia*, Salvador, n.21, p.334-358. 1890.

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

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

PORRAS GALLO, Maria Isabel.
Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 em Madrid. Tesis Doctoral – Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. 1994.

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

REID, Ann H.; TAUBENBERGER, J.K.; FANNING, Thomas G.
The 1918 Spanish influenza: integrating history and biology. *Microbes and Infection*, n.3, p.81-

87. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VPN-42D82SG-9&_user=683565&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000036698&_version=1&_urlVersion=0&_userid=683565&md5=2ac334e517b5f47e334e75f7494fa5e5. Acesso em: 17 mar. 2007. 2001.

ROSEN, George.
Uma história da saúde pública. São Paulo: Unesp/Abrasco. 1994.

ROSENBERG, Charles E.
The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, Oxford, v.80, n.2, p.237-260. 2002.

ROSENBERG, Charles E.
Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

SANT'ANNA, Eurydice; TEIXEIRA, Rodolfo.
Gazeta Medica da Bahia: índice cumulativo 1866/1976. v.1. Salvador: Ed. UFBA. 1984.

SILVA, Ribeiro da.
Gripe pandêmica e gripe nostras. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 33, p.44-45. 1 fev. 1919.

SMHB.
Sociedade Medica dos Hospitais da Bahia.
Relação dos trabalhos apresentados e discutidos no anno de 1918. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 33, p.25. 21 jun. 1919.

SOUZA, Antonio Loureiro de.
Baianos ilustres, 1564-1925. Salvador: Tipografia Beneditina, 1949.

SOUZA, Christiane M. Cruz de.
A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007.

TOGNOTTI, Eugenia.
Scientific triumphalism and learning from facts: bacteriology and the 'spanish flu' challenge of 1918. *Journal of the Society for the Social History of Medicine*, v.16, n.1, p.97-110. Disponível em: <http://shm.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/1/97>. Acesso em: 21 maio 2006. 2003.

VALDEZ AGUILAR, Rafael.
Pandemia de gripe: Sinaloa, 1918-1919. *Elementos*, n.47, p.37-43. Disponível em: www.elementos.buap.mx/num47/htm/37.htm. Acesso em: 13 out. 2006]. 2002.

VAN HARTESVELDT, Fred R. (Ed.).
The 1918-1919 pandemic of influenza: the urban impact in the western world. New York: The Edwin Mellen Press. 1993.

PERIÓDICOS CONSULTADOS

A Tarde. Salvador. jan.-dez. 1918; jan.-dez. 1919.

Bahia Illustrada. Rio de Janeiro, v.2, n.2-12. jan.-nov. 1918.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro. 1918-1919.

Brazil-Medico. Rio de Janeiro. 1918-1919.

Gazeta Medica da Bahia. Salvador. 1880-1920.

Diario da Bahia. Salvador. jan.-dez. 1918; jan.-dez. 1919; jan.-dez. 1920.

Diario de Noticias. Salvador. jan.-dez. 1918; jan.-dez. 1919; jan.-dez. 1920.

O Democrata. Salvador. jan.-dez. 1918; jan.-dez. 1919; jan.-dez. 1920.

O Imparcial. Salvador. maio-dez 1918; jan.-dez. 1919; jan.-abr. e jul.-dez. 1920.

O Jornal de Noticias. Salvador. jan.-dez. 1918; jan.-dez. 1919; jan.-abr. e jul.-dez. 1920.

Boletim da Academia Nacional de Medicina. Rio de Janeiro. 1918-1919.

Saúde: bi-mensário de hygiene e de assuntos economicos e sociaes. Orgão da Liga Pro-Saneamento do Brazil. Rio de Janeiro, v.2, jan.-fev. 1919.

Revue D'Hygiène et de Police Sanitaire/Bulletins de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Paris. 1918.

