O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano III | Volume 5 | Nº 14 | Boa Vista | 2021

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

http://doi.org/10.5281/zenodo.4513763

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.revista.ufrr.br/boca

BRASIL REPÚBLICA: UMA HISTÓRIA DE SURTOS, PANDEMIAS E EPIDEMIAS

Clarissa Dias Rodrigues Andrade[1]

Guilherme Augusto Hilário Lopes[2]

Resumo

O presente artigo visa analisar dados históricos sobre epidemias e pandemias que assolaram o Brasil no último século. Através desse estudo, será compreendido como a desigualdade social, as ações da sociedade e dos governantes, a crise sanitária vivida no país e a situação do sistema público de saúde influenciam na superação de surtos de enfermidades. Além disso, busca-se entender a forma que as doenças infectocontagiosas impactaram na construção e evolução do Brasil, como na sua sociedade. As bases para esse trabalho foram construídas por meio da leitura de diversos artigos acerca dos temas discutidos.

Palavras chave: Doenças Infectocontagiosas; Epidemia; Pandemia; Período Republicano.

Abstract

This article aims to analyze historical data on epidemics and epidemics that have plagued Brazil in the last century. Through this study, it will be understood how social inequality, the actions of society and governments, the health crisis experienced in the country and the situation of the public health system influence the overcoming of outbreaks of diseases. In addition, we seek to understand the way infectious diseases have impacted the construction and evolution of Brazil, as well as on its society. The bases for this work were constructed by reading several articles about the topics discussed.

Keywords: Epidemic; Infectious Diseases; Pandemic; Republican Period.

INTRODUÇÃO

As bases criativas para a realização deste trabalho surgem em meio de uma das maiores crises sanitárias, econômicas e sociais que já assolaram o mundo. No meio desse cenário caótico fruto do vírus, SARS-CoV-2, responsável pela Doença do Coronavírus 2019 - COVID-19 (SENHORAS, 2020a), uma iniciativa de realizar uma análise e estudo sobre doenças infectocontagiosas vem à tona. Nesse sentido, o que motivou essa pesquisa é o desejo por uma melhor compreensão sobre as pandemias e epidemias, seus vetores e consequências.

Segundo Ferrarini (1977), doenças infectocontagiosas são contraídas e causadas por agentes infecciosos, sendo transmitidas através dos seres. As pandemias e epidemias são o produto da existência

[1] Estudante do Ensino Médio do Colégio e Faculdade São Luiz em Brusque/SC. Pesquisadora de iniciação científica e participante finalista da Mostra Científica do Cariri edição virtual em 2020 com o trabalho intitulado "Um século de doenças Infectocontagiosas: A História de um Brasil contaminado". E-mail para contato: clarissa.andrade@alu.saoluiz.edu.br

[2] Professor de História do Ensino Médio no Colégio e Faculdade São Luiz, Brusque/SC. Licenciado em História e Ciências Sociais. Especialista em Política e Sociedade, mestre e doutorando em Desenvolvimento Regional. E-mail para contato: guilherme.lopes@prof.saoluiz.edu.br

desses patógenos, podendo ser consideradas determinantes para a existência humana. Nesse viés, a análise histórica e social de pandemias e epidemias possuem vital importância, pois por meio dessas, distúrbios sanitários e sociopolíticos podem ser evidenciados.

Pandemias e epidemias são passíveis de possuírem como vetores inúmeros microrganismos, entre eles os vírus e as bactérias. Ambas, frequentemente, apresentam graves índices de letalidade e de fácil propagação. Assim, a evolução dos casos de pandemias e epidemias, acompanhada pela do homem, impactam as decisões e os rumos dos países e mercados, dizimando vidas e mostrando a vulnerabilidade dos seres humanos.

De acordo com Zampietro (2019), umas das primeiras pragas a acometer o mundo foi a nomeada em homenagem ao líder do Império Bizantino, Justiniano. Acredita-se que o surto fora causado por uma bactéria que teria surgido no Oriente e, através do comércio chegou à essa civilização. Séculos depois, esse agente seria responsável pelo episódio conhecido como peste bubônica ou peste negra que dizimou um quarto da população da Europa ocidental (LE GOFF; TRUONG, 2006, SENHORAS, 2020b).

Para chegar à compreensão do porquê surtos de enfermidades acontecem, é necessário analisar o que torna possível o seu surgimento. Logo, fatores como o crescimento urbano desenfreado, crises sanitárias, desigualdade social e a pobreza são determinantes. Ademais, muitas vezes, os efeitos das doenças infectocontagiosa são potencializados por problemas inerentes na própria sociedade, sendo preciso analisar suas fontes e motivações.

O acesso ao saneamento básico é um direito garantido pela Lei 11.445/2007, que estabelece as diretrizes e marco regulatório também conhecida como lei do saneamento (MADEIRA, 2010). Porém, todos os anos, centenas de mortes são ocasionadas pela precariedade do sistema, já que o direito ao saneamento é uma conquista recente. Além disso, a crise sanitária vivida no Brasil, expõem disfunções muito mais profundas, como a desigualdade social. Se o tratamento de água, esgoto e a coleta de lixo fossem mais eficazes, mortes e enfermidades poderiam ser evitadas.

A desigualdade social presente na sociedade brasileira influência na ocorrência de epidemias e pandemias, além de determinar quais grupos serão mais expostos e consequente temente mais afetados. Pessoas em situações de pobreza estão expostas a condições de vida precárias, como mencionado anteriormente, facilitando o contato com patógenos. Adicionalmente, frequentemente, essas populações não possuem condições ou oportunidades de receberem a profilaxia e tratamento adequado para essas enfermidades.

A decisão tomada pelo Estado ao criar e promover o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foi um grande passo para a seguridade social na história recente do país. O SUS representa um dos órgãos capazes de diminuir o grande abismo social brasileiro, através da garantia e de acesso e

oportunidades semelhantes na área da saúde a diferentes grupos sociais. Ainda, o Sistema Único de Saúde abrange áreas distintas, como a garantia do saneamento básico para a população brasileira e as campanhas de imunização contra patógenos (LOPES, 2020).

Em um cenário pós ditatorial e marcado por uma sociedade ávida pela mudança, surge o SUS. Membros do movimento sanitário brasileiro realizaram mudanças inovadoras em relação à saúde brasileira e a gestão de órgãos de caráter social. Então, após anos de luta, o órgão que possui como princípios a equidade, a integralidade e a universalidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O bem estar de uma nação é marcadamente sentida pela tomada das ações dos cidadãos e do Estado. Assim, em períodos sensíveis e instáveis, como surtos de enfermidades, ideologias se difundem da mesma forma gerando o aparecimento de conflitos sociais (GOULART, 2005). Ainda, em um país contaminado, os indivíduos que compõe a sociedade são vetores na prevenção ou no contágio dessas doenças.

Conclui-se que as questões que englobam pandemias e epidemias requerem um estudo social. Por conta disso, discussões sobre a forma que a sociedade se comporta em tempos de crises sanitárias e a ação do governo vigente são determinantes. Além disso, dessa forma, visa-se educar e alarmar as gerações futuras sobre a necessidade de mudanças nas bases governamentais e sociais brasileiras. Neste sentido, o presente artigo busca demonstrar como problemáticas sanitárias marcaram e moldaram a relação entre política e sociedade e seus efeitos na área da saúde no último século no Brasil.

O INÍCIO DE UMA ERA CONTAGIOSA

A análise e o estudo de fatos que marcaram a humanidade, como as pandemias e epidemias, sempre foi importante. Conforme a frase atribuída ao historiador grego, Heródoto, é necessário refletir sobre o passado para entender o agora e determinar o dia de amanhã. Dessa forma, indivíduos são capazes de aprenderem com os erros do passado, ou de se inspirarem em grandes marcos e pessoas. Ainda, a história é uma ferramenta de valor imensurável, formadora de culturas e determinante para os seres.

Logo, o caminho é sempre de educar o presente e contribuir para o futuro, pois a prevenção é sempre a profilaxia mais eficaz. Na medicina social, surtos de enfermidades indicam distúrbios que afetam diretamente a coletividade (ROSEN, 1980). Assim, pandemias e epidemias possuem como vetor problemas que fogem da ciência. Portanto, faz-se necessário a compreensão de fatos históricos capazes de identificar tais barreiras, já que, o diagnóstico é o primeiro passo para a cura de um país doente.

Adicionalmente, esse artigo visa chamar atenção para a importância do sistema de saúde brasileiro e expor a relação entre ações da sociedade e a realidade de tal órgão. Para atingir os resultados esperados, apresentamos a seguir uma análise cronológica dos surtos, pandemias e epidemias em nosso país. A fim de demonstrar como as doenças e tomada de decisões por parte dos governantes e da população afetaram e ainda afetam os rumos da sociedade brasileira.

A Revolta da Vacina

O Brasil, durante o século XX, foi assolado por recorrentes epidemias, entre elas a varíola. Nesse período o então presidente, Rodrigues Alves, realizou uma série de mudanças nas principais metrópoles brasileiras, como o Rio de Janeiro. Tais reformas urbanas levaram a implementação de obras viárias, de saneamento básico e a destruição de cortiços, fato esse, que intensificou a desigualdade social no país. (MURTHA; CASTRO; HELLER, 2015)

Em 1903, os efeitos da chamada "modernização urbana" surgiram e impactaram a saúde. Então, Oswaldo Cruz, um sanitarista brasileiro, assumiu a direção geral da saúde pública. Logo, passou a atuar no combate do *Orthopoxvirus* (vírus causador da varíola) por meio da exterminação de seus vetores. Para que tal feito fosse bem sucedido, uma legislação que tornava obrigatória a vacinação desse patógeno – existente desde o século XIX – foi aprovada. A partir desse momento, a insatisfação popular e política se acentuam (CRESCÊNCIO, 2010).

Um ano depois, em 1904, os casos de varíola tomaram proporções alarmantes, chegando a 1800 internações. Porém, grande parte da população ainda relutante, era influenciada por falácias propagadas por forças políticas contrárias a Rodrigues Alves, que lutava pela imunização em massa obrigatória. Nesse sentido, a mídia teve um papel fundamental na disseminação de notícias e ideologias enganosas e manipuladoras que contribuíram para a ocorrência de levantes.

As modernizações ocorridas no Brasil durante esse século impactaram também na imprensa. Os jornais possuíam, nitidamente, uma opinião em relação ao governo, sendo, majoritariamente, contrários a esse. Manchetes como "a vacina é um artefato perigoso" e "a questão da liberdade individual" tomavam conta das gazetas e das mentes brasileiras que exigiam respostas e ações contra o mal vigente. (SALGADO, 2018)

Lentamente, as revoltas contra a vacina foram reprimidas pelo governo e a população tornava a possuir um caráter pacífico. A visão negativa em relação ao sistema de saúde brasileiro perdurava, porém, a imunização passou a fazer parte do dia a dia dos cidadãos. Mesmo não sendo aceita na época, a

iniciativa de Oswaldo Cruz, é considerada um marco inicial nas campanhas de vacinação brasileira, que se conserva até hoje.

A Revolta da Vacina, junto com suas ações e consequências, passa a ser um dos símbolos iniciais para a cultura de imunização e de saúde pública no Brasil (HOCHMAN, 2009). Ademais, a varíola, após inomináveis esforços fora, finalmente, erradicada na década de 80. Por fim, ao todo, estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas foram vitimadas por essa moléstia ao redor do mundo.

Gripe Espanhola

No ano de 1914 iniciou-se o conflito conhecido como Primeira Guerra Mundial. O Brasil, inicialmente, estabeleceu um caráter neutro diante à guerra. Dessa forma, sofreu com diversas restrições comerciais impostas pelos países envolvidos no conflito. Porém, em abril de 1917, após ataques alemães à navios brasileiros, o país revoga a neutralidade e entra na guerra em apoio à Tríplice Entente. (FAGUNDES; CARVALHO, 2017)

Nesse contexto mundial, ocorre o aparecimento de uma nova doença virulenta, a chamada Gripe Espanhola. Acredita-se que a enfermidade tenha surgido em meio às péssimas condições sanitárias provenientes da Primeira Guerra Mundial na Europa. Em razão da entrada do Brasil no conflito, médicos brasileiros, integrantes da Missão Médica Brasileira, partiram para territórios flagelados pelo embate entre potências. Entretanto, esses foram vítimas da influenza que tomava magnitudes alarmantes na Europa. (GOULART, 2005)

Na República, as notícias sobre a gripe eram ignoradas e consideras um exagero. Essa reação expunha o desconhecimento da sociedade em relação à questão que englobava o mundo, além de evidenciar o medo da mesma de viver, novamente, um surto de uma doença. Fato esse, estava diretamente relacionado à ocorrência da epidemia de varíola em 1903 (GOULART, 2005).

Doenças infectocontagiosas, muitas vezes, geram distúrbios políticos, econômicos e sociais, sendo uma forma de reação das massas em relação as medidas de controle durante esses períodos sensíveis. Ainda, a população ressentia a repetição de ações autoritárias, como a liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz que resultou na chamada Revolta da Vacina. Adicionalmente, segundo Goulart (2005) surtos e ideologias se propagam da mesma maneira, gerando conflitos sociais e movimentos de resistência.

A censura imposta pelos militares, em razão da ocorrência da Primeira Guerra Mundial, dificultava na compreensão acerca do mal vigente. Dessa forma, a comunicação entre médicos e agentes da saúde com o governo era prejudicada, gerando dúvidas e desconfianças por parte da população.

Também, o governo efetuava grande controle sobre órgãos da saúde, que possuíam mínima autonomia para controlar a propagação do vírus. (GOULART, 2005)

Enquanto os casos registrados aumentavam, a visão que perdurava em território brasileiro era de que a doença era algo simples, que atingia somente indivíduos já frágeis, como os idosos. Como resultado, a população desrespeitava normas recomendadas por médicos e sanitaristas que, muitas vezes eram divergentes. O desconhecimento sobre a influenza, fez com que chamadas "profilaxias indeterminadas" fossem postas em práticas. Essas, visavam exterminar quaisquer vetores passíveis de transmissão (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016).

As autoridades sanitárias, juntamente, recomendavam o cuidado com a higiene pessoal, além de evitar aglomerações. A moléstia, ainda, evidenciava a desigualdade social no Brasil na época, já que atingia, especialmente, regiões mais pobres, carentes em estrutura sanitárias e infraestrutura. O contágio era veloz, o período de incubação curto e o número de afetados alto, como a sua letalidade (GOULART, 2005).

Apenas no fim de setembro, cerca de trinta dias após o início dos acontecimentos, o Estado reconheceu a ocorrência de uma pandemia. Essa ação só é concretizada pela razão de não ser possível negar a sua existência. Isso acontece, pois cidades eram marcadas por corpos nas ruas, motivadas pela escassez de covas e cemitérios. Por conseguinte, a situação instaurada pela doença foi vista como resultado da negligência por parte do Estado, que estabeleceu uma conduta tardiamente (GOULART, 2005).

Hospitais e centros de atendimento viviam situações de calamidade pública. Sofriam com a falta de investimentos por parte do governo, escassez de medicamentos, leitos, profissionais e materiais. A população desesperada passara a usar medicações sem efeito comprovado contra a influenza, como remédios profiláticos para a malária, sendo um exemplo, a cloroquina. Ainda, visando barrar a propagação do vírus, escolas e centros de convivência foram fechados, o que não foi bem recebido pela sociedade (GOULART, 2005). Em 1920, São Paulo e Rio de Janeiro somavam juntas mais de 35 mil mortes pela gripe. Ao todo, estima-se que mais de 300 mil brasileiros foram vitimados, entre eles, o então presidente eleito, Rodrigues Alves. O surto perde intensidade nesse mesmo ano e, até hoje, os motivos para tanto continuam indefinidos (ROCHA, 2009).

Poliomielite

Em um Brasil frágil e pós-pandêmico um novo vírus aflige a população. A partir do ano de 1930, cerca de uma década após a pandemia da Gripe Espanhola, casos de uma nova doença contagiosa

tomam magnitudes alarmantes. Ainda, efeitos da pandemia de 1918 podiam ser vistos em medidas de isolamento, na preocupação e no temor da população abalada por ter de enfrentar novamente um surto (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Segundo Charles Rosenberg (1992), as epidemias seguem roteiros, e esses, são separados em atos. O primeiro deles seria a "negação e progressiva revelação", assim, inicialmente, a sociedade negaria a existência de qualquer agente epidêmico e só passaria a admiti-lo quando fosse extremamente necessário. O segundo, seria quando as autoridades sanitárias passassem a procurar motivos para a ocorrência da moléstia. Após isso, o terceiro seria baseado nas respostas públicas em relação a epidemia. E, por fim, o quarto ato seria os ensinamentos e mudanças sociais decorrentes do surto.

De origem europeia, a pólio, teve um grande índice de contaminação em crianças e, tinha como consequência, a paralisia. No ano de 1953, foi registrada a maior epidemia da doença no Brasil, e teve como principal cenário, as capitais brasileiras. Durante esse período, o conhecimento científico em relação ao vírus não era significativo e o governo passou a negar a existência de qualquer espécie de epidemia (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

A imprensa, em conjunto com o Estado, publicava manchetes afirmando ser irreal a ocorrência de uma nova enfermidade contagiosa, reiterando haver casos, somente, de caráter endêmico. Entretanto, o médico Oswaldo Pinheiro de Campos ressaltava, enfaticamente, a ocorrência de diversos casos de poliomielite infantil no Rio de Janeiro. Ele afirmava que seria muito mais simples reconhecer e expor uma verdade, mesmo que indesejável, do que a encobrir com mentiras (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

No momento em que a epidemia se tornou clara para todos os setores da sociedade, o pânico se instaurou. Mães imploravam a especialistas por uma forma de prevenção e uma cura para que seus filhos e filhas não fossem acometidos pela doença. De acordo com os veículos de informação da época, não havia uma única família que não possuísse algum conhecido acometido pela pólio. Também, médicos alertavam sobre maneiras de contaminação que englobavam a transmissão por: secreções, alimentos ou objetos que tiveram contato com alguma vítima (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Somente, em 1955, após anos de estudos e investimentos na área da ciência e mais de 200 mil contaminações, uma vacina para a poliomielite é introduzida no Brasil. A partir disso, veículos de informação convocavam seus leitores para participarem e apoiarem campanhas de vacinação. Porém, a imunização não abrangia todas as classes sociais sendo, majoritariamente, destinada às famílias mais abastadas. Assim, uma nova fase da epidemia se inicia, em que a desigualdade social fora a motivadora para a sua ocorrência (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Crianças em condições menos vantajosas, tornaram-se as principais vítimas da moléstia e, sem acesso à profilaxias ou à hospitais, muitas vezes, faleciam. Junto disso, por conta da grande extensão territorial e diversidade presente no país, um programa capaz de abranger toda população era impraticável naquele momento (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Já em 1971, com casos mais controlados e menos incidentes, foi instituída a primeira tentativa organizada em todo território nacional de controlar a poliomielite no Brasil. Foi adotado o processo de vacinação em massa, bem recebido pela população, e teve como resultado, uma diminuição significativa do número de infectados. Porém, ainda havia lacunas na imunização, principalmente, na região nordeste do país (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

No ano de 1989, depois de mais de cinco décadas de luta, o último caso de pólio foi registrado no país. Finalmente, em 1994, o Brasil recebe a Certificação da Erradicação da Poliomielite. Esse feito demonstrou a capacidade da realização de grandes ações por parte de setores governamentais, quando dirigidas por líderes coerentes e corretos. (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Meningite

A meningite teve seu ápice de casos no Brasil durante um período conhecido na história como Ditadura Militar. Em abril de 1964, forças reacionárias do país instituíram uma ditadura civil-militar. Esse fato foi caracterizado pela censura, forte intervencionismo do Estado na economia, cultura e política, além do uso indevido da força e do poder.

Durante os chamados “anos de chumbo”, a saúde sofreu um declínio na questão de investimentos e atenção básica à população. Os dados referentes à mortalidade infantil aumentaram e a expectativa de vida da população diminuiu (CPDOC, 1966). Em decorrência da pressão popular das classes mais abastadas, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O órgão era resultado de uma fusão de diversos institutos, como o da aposentadoria, da indústria, dos servidores públicos, dos Serviços de Assistência Domiciliar e de Urgência (SAMDU), do Serviço de Alimentação da Previdência Social, entre outros. O INPS concedia benefícios salariais e assistência médica aos trabalhadores do setor privado e funcionários públicos (CPDOC, 1966).

Nesse cenário que o Brasil é palco de mais uma doença infectocontagiosa. A meningite, é causada por bactérias, fungos ou vírus que agem inflamando membranas que envolvem o cérebro, as meninges. A epidemia inicia em São Paulo, em 1970, período do chamado “milagre econômico”, assim, a doença foi censurada dos meios de comunicação para que não houvesse prejuízos econômicos. Logo,

grande parte da população fora privada do acesso de informações sobre ações de prevenção e combate à moléstia (SCHNEIDER; TAVARES; MUSSE, 2015).

Por conta da falta de notícias ou campanhas sobre a doença, os casos se alastravam pelo país. A meningite, primeiramente, afetou a população mais pobre, suscetível a precárias condições de saneamento básico e de infraestrutura, sendo as mais expostas ao patógeno. Enquanto somente essa classe social era afetada, nenhuma medida foi tomada pelo governo ou por órgãos, tal fato ocorre apenas quando a moléstia atinge classes sociais mais altas (SCHNEIDER; TAVARES; MUSSE, 2015).

Devido a constantes pressões da população com maior poder aquisitivo e influências política, em 1974, a patogenia foi declarada como um mal vigente e a epidemia, dessa forma, foi reconhecida. Por conta do atraso na tomada de atitudes e medidas, hospitais já estavam em colapso, deficientes em medicamentos, materiais e profissionais. A partir disso, jornais e outras projeções passaram a incitar a população para que participassem das campanhas de vacinação (BARATA, 1990).

Médicos trabalhavam em turnos de 14 horas seguidas em hospitais funcionando com o dobro de sua capacidade. Além disso, pela deficiência de comunicação entre governo e saúde, frequentemente, médicos não identificam a doença imediatamente, influenciado nos casos de óbito. Em entrevista concedida a professora Rita Barata, explica que a comunicação em épocas de surtos é fundamental para a superação desse período. Ainda, afirma que, em falhas no diálogo, a população passa a não acreditar na ciência (HELAL FILHO, 2020).

Em 1974, no governo de Emílio Médici, foi criada a Comissão Nacional de Controle de Meningite, que importou doses da vacina. Também, medidas de isolamento e controle de aglomerações foram impostas como, a suspensão das aulas. Dessa forma, as escolas, como as de São Paulo, tornaram-se hospitais de campanha. Em novembro desse ano a proporção de casos era de 200 por 100 mil habitantes. (HELAL FILHO, 2020)

> O conceito do hospital de campanha foi herdado do campo de batalha, e pode ser definido como uma pequena unidade de saúde, ou mini hospital, que é utilizado como provisão de cuidados temporários de saúde, em situações emergenciais tais como catástrofes naturais ou guerras, provendo cuidado para as vítimas no próprio local, até que possam ser transportadas com segurança para as instalações permanentes (SANTOS, 2017, p. 1).

Atualmente, a meningite afeta cerca de 3 milhões de pessoas todos os anos. A vacinação, oferecida de forma gratuita pela rede pública de saúde, é a melhor forma de prevenção. A doença, após mais de cinquenta anos, ainda é responsável por milhares de mortes todos os anos no Brasil e no mundo. Países com baixos índices de desenvolvimento social sofrem com a falta de acesso a profilaxias, tratamentos e informações. A epidemia, como a Ditadura, marcou e marca a vida de todos os brasileiros.

AIDS

O Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, vivia um momento de mudanças e pressões populares. As massas, insatisfeitas com a ditadura militar que, nesse período, vivia um momento de tensão, reivindicavam pelas eleições diretas. Ainda, o movimento sanitarista, em 1970, estabelece o movimento Renovação Médica, cujo objetivo era a equidade do acesso à saúde pública (GRECO, 2016).

Nesse cenário que, a doença que acarretaria um dos maiores desafios para a ciência moderna, surge. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), conhecida mundialmente como AIDS, tornou-se um símbolo da luta de movimentos ligados aos direitos humanos, políticas, medicamentos e qualidade de vida. Essa, atingiu e atinge seres de todas as classes, raças, rendas, culturas e crenças (PINTO *et al*., 2007).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, teve seus primeiros relatos nos Estados Unidos, em pacientes adultos do sexo masculino. A enfermidade chega ao Brasil nos anos 80, em um período em que era pouco conhecida pela ciência e pela sociedade. Os primeiros casos foram registrados em São Paulo, em 1982 e, até hoje, mais de 600 mil brasileiros convivem com o vírus da AIDS (BARROS; VIEIRA DA SILVA, 2016).

A imprensa influenciou na atribuição do estigma à doença, já que as suas primeiras notícias públicas designavam a moléstia como “peste gay”. Vale lembrar que, hoje, sabe-se que a enfermidade é transmitida através de fluidos corporais e que, na época, o uso de preservativos durante o ato sexual, era escasso. Também, outros setores da sociedade foram fortemente afetados como os hemofílicos e talassêmicos que eram contaminados em transfusões sanguíneas (BARROS; VIEIRA DA SILVA, 2016).

Em 1985, com o fim da ditadura e a restituição da democracia, iniciaram-se o desenvolvimento de estratégias no controle da AIDS. As primeiras medidas efetuadas pelo Ministério da Saúde foram relacionadas a educação e informação sanitária, testagem voluntária e caracterização de uma epidemia que afetava todas as classes e pessoas, buscando, dessa forma, diminuir a discriminação aos grupos afetados (BARROS; VIEIRA DA SILVA, 2016).

Um ano depois, surge o AZT (azidotimidina), o primeiro medicamento contra a AIDS. A distribuição de remédios ARV (antirretrovirais) inicia somente em 1992, quando o governo federal autoriza a disposição gratuita da medicação ao paciente com AIDS. Essa ação levou a redução em 50% da mortalidade pela doença no Brasil, e influenciou em uma melhor qualidade de vida para o infectado. O tratamento e prevenção foram fortalecidos com a criação do SUS em 1988, visando a equidade, integralidade, inclusão e contra o preconceito (GRECO, 2016).

O Sistema Único de Saúde surge como um direito assegurado na Constituição de 1988 a todos os brasileiros. A saúde passa a ser entendida como um direito social universal e não mais como direito previdenciário. O SUS é um órgão descentralizado, que permiti a participação social e garante um atendimento integral a todos os cidadãos brasileiros. (CHIORO; SCAFF, 1999; LOPES, 2020).

Segundo a Lei Federal 8.080/90, o SUS "é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1990). Além disso, segundo Drauzio Varella (2020), o SUS garante o direito a todos os cidadãos de ter acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Atualmente, instrumentos para a diminuição de casos de AIDS estão disponíveis. Porém, para que isso aconteça de forma completa e capacitada, faz-se necessário a superação de barreiras impostas pela desigualdade social brasileira, garantido acesso à educação e informação, incluindo educação sexual para todos. Infelizmente, a pobreza ainda dificulta o acesso à prevenção e aos cuidados médicos para muitos infectados pela enfermidade (BARROS; VIEIRA DA SILVA, 2016).

Todos os dias, mais de 10 mil pessoas são infectadas pelo vírus HIV (agente que pode levar ao desenvolvimento da AIDS) e desde o início da epidemia da doença mais de 20 milhões de indivíduos foram vitimados. A AIDS, ainda é vista de uma forma estigmatizada e, frequentemente, o seu principal vilão não é a doença, e sim o preconceito (PINTO *et al.,* 2007).

Dengue

A dengue é uma das doenças reemergentes mais importantes e é considerada, hoje, a de maior destaque em relação àquelas transmitidas por artrópodes, representando um dos maiores problema de saúde pública do século XX. No Brasil, um processo de maior circulação da patogenia iniciou em 1980, marcado por epidemias de grande magnitude em todo brasil (BRAGA; VALLE, 2007).

A dengue é transmitida através de mosquitos pertencentes ao gênero *Aedes* e dentro dessa especificação, o *aegypti* é o de maior relevância. Esse ser possui facilidade de adaptação em diversos ambientes, como o urbano, e realiza a sua reprodução em locais onde há armazenamento de água. A progressão da transmissibilidade da doença é diretamente influenciada por condições sociais que facilitam a dispersão do vetor. Ainda, é importante destacar, que o mosquito é o único transmissor direto da moléstia (BRAGA; VALLE, 2007).

A partir de 1986, irrompeu, no Rio de Janeiro, uma epidemia do *Aedes aegypti,* adquirindo, assim, importância epidemiológica. Em 1994, registrou-se, em todo território, a rápida dispersão do

vetor, resultando na ascensão da enfermidade. Dois anos depois, o Ministério da Saúde introduz o Plano de Erradicação do Aedes Aegypti, cujo enfoque era redirecionado ao tipo mais letal da dengue, a febre hemorrágica (BRAGA; VALLE, 2007).

No início dos anos 2000, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Dengue, fundamentado em campanhas de informação e de mobilização da população, vigilância do ambiente doméstico passíveis de criadouros do vetor, entre outros. Estima-se que, nesse período, cerca de 70% dos municípios brasileiros possuíam algum caso de dengue. Nesse viés, é notável chamar atenção para o fato de que, através da prevenção e do comprometimento da sociedade no combate ao mosquito, o alcance da enfermidade pode diminuir consideravelmente. (BRAGA; VALLE, 2007)

Em 2015, a primeira vacina contra o *Aedes aegypti* foi liberada à população. Durante esse ano, mais de 1 milhão de casos foram reportados no Brasil. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), declarou que a vacina deve ser aplicada, somente, em indivíduos previamente infectados pela dengue, visando a prevenção de, futuramente, casos mais graves. Além disso, a imunização deve ser aplicada em indivíduos entre 9 e 45 anos de idade (SBP, 2019).

Atualmente, a dengue está presente em todo território brasileiro, possuindo casos mais graves em locais com precárias condições de saneamento básico e higiene. O governo federal, anualmente, realiza campanhas de conscientização em relação ao mosquito e aplica uma forte fiscalização epidemiológica de casas em áreas de riscos. Entretanto, locais afastados e, muitas vezes, esquecidos pelo Estado, são vítimas de uma forte incidência de contaminação da enfermidade.

Chikngunya

As precárias condições de saneamento básico facilitam a reprodução de diversos patógenos no Brasil. Entre eles, um grupo seleto de mosquitos passou a se reproduzir e propagar com velocidade, acarretando epidemias. Além disso, a desordem urbana e a deficiência do alcance de informação em partes do território brasileiro, influenciam no aumento da incidência de casos originados por vírus (BRETAS, 2016).

Inserido nesse contexto instável e inseguro, a Chikungunya chega no Brasil. Os primeiros casos autóctones registrados do país foram identificados nas regiões Norte e Nordeste, em setembro de 2014, ambas, fortemente impactadas pela carência sanitária. Em outubro daquele mesmo ano, 828 outros casos já haviam sido enunciados, fato esse decorrente da grande capacidade de transmissão e reprodução dos seus vetores, os mosquitos *Aedes albopictus* e *Aedes aegypti* (DONALISIO; FREITAS, 2015).

Mesmo possuindo sintomas semelhantes ao da dengue, a longo prazo, as consequências do vírus podem levar a poliartrite. Nesse sentido, o nome "Chikungunya" significa, na língua proveniente da África Ocidental, "aquele que se curva", caracterizando o seu principal efeito nas vítimas. Ainda, a ausência de uma imunização eficaz torna a tarefa de prevenção o único tratamento eficaz para a doença, de acordo com o Ministério da Saúde (DONALISIO; FREITAS, 2015).

Hoje, segundo o Ministério de Saúde, mais de 130 mil brasileiros já foram contaminados pelo vírus. Ainda, estados com precárias condições sanitárias e marcados por uma maior disparidade social são os principais afetados por essa enfermidade. O mosquito, continua a se reproduzir e a expor as lacunas na educação e conscientização brasileira e seus efeitos na saúde pública, que, a todo custo, tenta frear a forte propagação dessa moléstia.

Zika

Desde a década de 80, o Brasil vive surtos de doenças provocados por um único vetor direto, o mosquito. Mesmo com a realização de frequentes campanhas de conscientização, todos os anos, milhares de mortes originárias do artrópode são registradas, ocorrendo, especialmente, nas regiões norte e nordeste do país. A questão precária do saneamento básico nesses locais, acarreta criadouros do mosquito responsável pela chamada "tríplice epidêmica" (Dengue, Chikungunya e Zika vírus) (FORMENTI, 2017).

No início de 2014, o Brasil passava por períodos conturbados e conflituosos de caráter político e econômico, despertando as massas e os movimento sociais. O país, vivia uma grave crise de saúde pública e era assolado por diversas epidemias como a Dengue e a Chikungunya. Além disso, a introdução de um vírus inusitado resultou, por parte do governo federal, em uma declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (OLIVEIRA, 2017).

O Zika vírus chega para desafiar a ciência e os profissionais da saúde que estudavam avidamente essa patogenia desconhecida. Nos meados de 2014, médicos da Região Nordeste do Brasil notaram o aparecimento de uma doença de caráter leve, responsável pelo surgimento de manchas no corpo e de muita coceira e que, inicialmente, não gerou grande alarde (HENRIQUES, 2017).

Em abril de 2015, através de pesquisas realizadas pela Universidade Federal da Bahia, o vírus da Zika foi identificado. No mês de outubro do mesmo ano, a vigilância de saúde federal do Recife foi alertada para a quantidade de nascimentos anormais de bebês com microcefalia. Tecnicamente, microcefalia significa que as cavidades craniana e cerebral de recém-nascidos são notavelmente

menores do que o esperado. A doença acarreta inúmeros desafios durante a vida, como a paralisia cerebral e, em casos mais severos, a morte (HENRIQUES, 2017).

Passou a circular no campo médico que, possivelmente, o Zika vírus seria responsável pela mal formação dos bebês nascidos, mas, até aquele momento, tudo não passava de especulações. As primeiras investigações acerca dessa teoria confirmaram as impressões iniciais. Ainda, diversas mães recordavam ter tido manchas na pele e coceira no início da gravidez (HENRIQUES, 2017).

Durante o maior desenvolvimento de pesquisas acerca da origem da epidemia de casos de microcefalia no Nordeste, a convicção entre autoridades sanitárias de que havia relação com a Zika foi-se tornando mais evidente. Porém, com a popularidade e aceitação dessa ideia, suposições vindas do senso comum começaram a se destacar na imprensa. Notícias afirmando que a microcefalia seria um efeito colateral da vacina do sarampo, abriram portas para o fortalecimento de movimentos antivacina (HENRIQUES, 2017).

Quando a epidemia perdeu força nas manchetes de jornais, ocorreu a banalização da doença, impactando no enfraquecimento do sentimento de urgência e de mudanças. Além disso, com o tempo, casos do vírus passaram a ser registrados fora do Brasil. Mães estrangeiras, afirmavam ter sido contaminadas enquanto estavam em solo brasileiro. A OMS e os governos dos países afetados implementaram medidas no controle do *Aedes Aegypti* visando a diminuição de casos (HENRIQUES, 2017).

Em meados de novembro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou o fim da situação de emergência internacional. Tal ação foi tomada visando a noção de que a enfermidade não seria passageira, sendo necessário a criação de mecanismos permanentes para superá-la. Nesse sentido, iniciativas sanitárias foram estabelecidas nas regiões de maior incidência do vírus. Essa proposta priorizou a intensa vigilância epidemiológica da Zika, alerta à saúde das gestantes e bebês afetados pela microcefalia (VASCONCELOS, 2017).

Atualmente, os casos diminuíram consideravelmente, mas, ainda, atingem mães e seus filhos, expondo a desigualdade social no Brasil e a negligência do Estado e da sociedade para com as condições vividas por diversos cidadãos brasileiros em regiões mais pobres. Segundo especialistas, a verdadeira dimensão da epidemia iniciada em 2014 nunca poderá ser sabida e seus impactos sociais nunca serão, realmente, descobertos. (GUIMARÃES; ZOBEL, 2020)

COVID-19

Desde o início da humanidade, as doenças respiratórias representaram uma grande ameaça à vitalidade humana. Diversos agentes são responsáveis por tais enfermidades, entre eles, os vírus. Entre os inúmeros vírus respiratórios, é importante destacar a família dos coronavírus, que, frequentemente, provocam sintomas característicos de um simples resfriado (ALBUQUERQUE; SILVA; ARAÚJO, 2020).

Na última década, a aparição e reaparição de moléstias infecciosas como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002, a gripe aviária em 2003, a H1N1 em 2009 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) geraram grande alarde e preocupação das instituições de vigilância epidemiológica. Nesse viés, a ocorrência de novos surtos já era esperada pelas autoridades, porém, essas não imaginavam que a próxima a enfrentarem seria a maior pandemia desde a Gripe Espanhola (ALBUQUERQUE; SILVA; ARAÚJO, 2020).

Acredita-se que o surgimento do novo coronavírus SARS-CoV-2 tenha ocorrido no mercado local da província de Wuhan, na China em dezembro de 2019 (SENHORAS, 2020c). Nesse período, um surto de pneumonias acometeu a cidade, entretanto, os médicos locais não sabiam que estavam lidando com um dos patógenos mais contagiosos do século XXI. Assim, a contaminação local se inicia e, em pouco tempo, o vírus chegaria a outros continentes (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Presume-se que o vírus seja transmitido através do contato com gotículas provenientes da fala, tosse ou espirro da pessoa infectada. Características do coronavírus tornam a sua prevenção dificultosa, como a possibilidade de transmissão da carga viral mesmo antes de o enfermo desenvolver sintomas, além do longo período de incubação (ALBUQUERQUE; SILVA; ARAÚJO, 2020).

Autoridades brasileiras acompanhavam as informações sobre o surgimento de uma nova enfermidade no continente asiático. Enquanto não havia registros de contaminação ocorrida no país, eram consideradas suspeitas os indivíduos que chegavam, de lugares afetados pela moléstia e que apresentassem sintomas. Em 26 de fevereiro de 2020, é confirmado o primeiro caso da doença no Brasil. O paciente havia retornada da Itália que, durante o período, era o epicentro do surto (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

No mês seguinte, em razão da forte possibilidade de ocorrer transmissões comunitárias, foi definida a medida de quarentena no Brasil. O isolamento era e é, até hoje, a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19 e representa uma ação voltada ao coletivo, já que em pandemias, o individualismo perde espaço. Permanecer em casa beneficiaria a todos e garantiria que o sistema de saúde brasileiro tivesse meios e capacidade para atender os doentes (BUCCI, 2020).

As manchetes e notícias dos meios de comunicação, entretanto, expunham a quebra do isolamento por milhares de brasileiros que, de forma egoísta, contribuíam para o aumento de casos e mortes. Dessa forma, em pouco tempo, os hospitais e centros de atendimento começaram a sentir os efeitos da irresponsabilidade e negligência dos cidadãos brasileiros. E, em abril, o país já alcançava o marco de 50 mil infectados pelo novo coronavírus.

Locais de pronto atendimento atendiam o triplo de sua capacidade, não havia médicos suficientes, já que muitos se contaminavam ao tentar salvar vidas. Medicamentos e materiais eram escassos em razão da alta demanda de pacientes. Profissionais e autoridades trabalhavam incansavelmente, porém, em pouco tempo, o sistema de saúde entrou em colapso. Logo, no quinto mês do ano, os casos registrados já passavam de 200 mil.

O esforço global de diversos laboratórios e centros de pesquisa para o desenvolvimento da vacina contra essa patógeno é sem precedentes. Entretanto, no meio de tantos avanços e descobertas, novamente, o senso comum ganha espaço e passa a propagar falácias. Afirmações de que medicamentos destinados a outras doenças seriam eficazes passaram a influenciar milhões de cidadãos brasileiros que, mesmo sem comprovação científica, iniciaram o tratamento indevido (ALBUQUERQUE; SILVA; ARAÚJO, 2020).

Na tentativa de acalmar a população, o governo brasileiro adquiriu milhares de doses da chamada hidroxicloroquina, que fora também utilizada no Brasil de forma inadequada na pandemia conhecida como Gripe Espanhola. Mesmo não havendo uma forma de imunização específica atualmente, a principal recomendação de profissionais da saúde é o isolamento e evitar aglomerações.

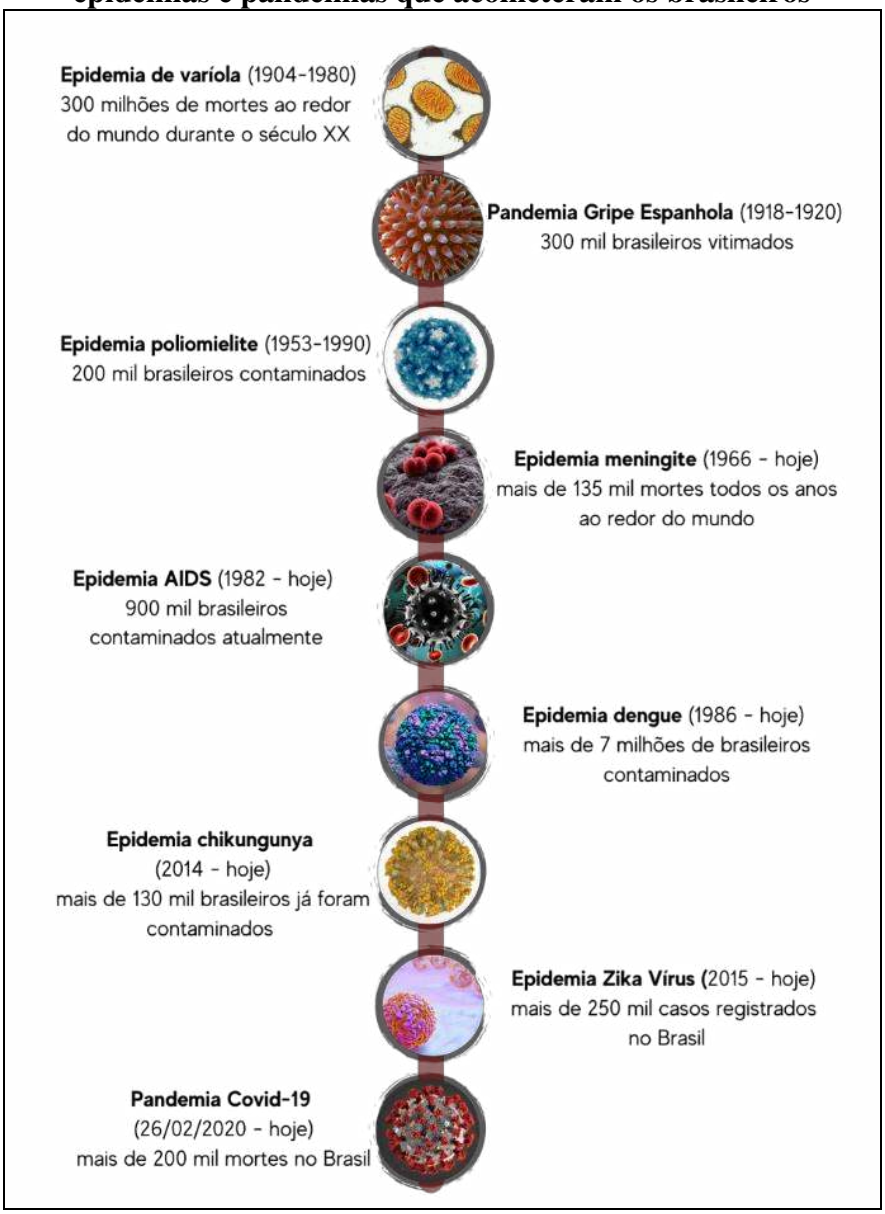
Até o dia 15 de janeiro de 2021, segundo dados da Johns Hopkins University (JHU, 2021), já foram registrados no Brasil cerca de 8 milhões de casos e mais de 200 mil mortes. No mundo, ao todo, aproximadamente 93 milhões de seres humanos já foram contaminados e 2 milhões faleceram a doença não se comporta de forma a evidenciar um fim breve e próximo e, requer, ainda, comprometimento de toda sociedade para que, futuramente, possa ser superada.

Por fim, políticos propagam uma mensagem de que a doença, nada mais é do uma simples gripe. Além disso, patrocinam movimentos que geram aglomerações e motivam outros indivíduos a se juntarem a eles. A sociedade brasileira, se vê à mercê da irresponsabilidade de seus líderes e paga o preço pela negligência e descaso com a vida e pelo o ser humano. A pandemia expôs as verdadeiras intenções daqueles que afirmam lutar pela população.

O fim da pandemia de coronavírus não necessariamente representa o fim dos problemas que existiam antes e foram acentuados durante a pandemia. De maneira contraria, exprime a complexificação de problemas pré-existentes em decorrência da pandemia e de outros fatores de ordem

social (MATTEDI *et al.,* 2020). Uma vez que no Brasil os impasses referentes a saúde, saneamento e doenças são constantes. A figura 1 apresenta informações relacionados aos surtos, de doenças que assolaram o Brasil e o mundo no último século.

Figura 1 –Linha cronológica com as epidemias e pandemias que acometeram os brasileiros



Fonte: Organização própria. Adaptada de: Andrade e Lopes (2020, p. 250).

É notável que desde o surgimento da república a população brasileira sobreviveu a vários episódios de surtos, pandemias e epidemias. A história recente nos mostra a recorrência e a superação, ainda que ocorram com muito custo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, pode-se observar que a ocorrência de epidemias e pandemias são decorrentes de fatores que englobam a realidade vivida por um país. Frequentemente, essas são frutos da irresponsabilidade do Estado e da população, que negligenciam o ato de exercer seus deveres como cidadãos.

Situações como o surto da varíola em 1904, exemplificam como ambientes fragilizados pela desigualdade, conflitos sociopolíticos e o despreparo das autoridades são mais propícios a serem dizimados por doenças infectocontagiosas. Em um contexto em que o Estado agia de forma independente em relação a sociedade, a ocorrência de revoltas e desobediência dessa são resultados dos falhos processos de liderança do governo.

A desigualdade social representa também um dos vetores para a introdução de novas doenças infectocontagiosas no território brasileiro. As péssimas condições de vida de grupos sociais excluídos e esquecidos pelo governo e sociedade facilitam a propagação de doenças.

Exemplos como a chamada “tríplice epidemia”, nomeação destinada a Dengue, Chikungunya e o Zika vírus, evidenciam a influência desse fator social. Majoritariamente, essas enfermidades têm e tiveram maior ocorrência em regiões economicamente menos prósperas e que apresentam maiores disparidades.

As diferenças de oportunidades oferecidas as classes sociais no Brasil também impactam diretamente no acesso a informações que auxiliam na prevenção de doenças. Nesse sentido, pode-se citar o surto de SIDA ocorrido no Brasil e no mundo na década de 80. Na época, a desinformação era um fator comum nas sociedades, dessa forma, auxiliando na rápida propagação da enfermidade. Porém, hoje, no século XXI, esse fator expõe problemas de magnitudes maiores.

O direito a educação está garantido na Constituição de 1988, vigente atualmente, entretanto, milhares de jovens e adultos não possuem formação básica ou oportunidades para realizá-la. Como consequência, noções prévias de grupos sociais privilegiados, como no caso da AIDS, a importância do uso de preservativos, não alcança grande parte da população. Logo, inúmeras vidas são impactadas negativamente pela falta de conhecimento sobre situações consideradas básicas, resultado da privação imposta a eles pela disparidade social.

Outro fator determinante para a saúde pública brasileira é o saneamento básico. Novamente, a precariedade desse órgão atinge, especialmente, regiões menos prósperas economicamente. Áreas dizimadas pela pobreza e pela disparidade social, frequentemente, são vítimas do descaso do Estado para com eles. Ao serem expostas ao não tratamento da água, esgotos a céu aberto, descarte incorreto de

resíduos sólidos são, diretamente, as principais vítimas de enfermidades resultantes de condições de vida impróprias.

A situação vivida por famílias em regiões como o norte e o nordeste do Brasil demostram como essa nação é excludente. A noção de que, caso as ações do Estado fossem igualitárias e integrais a todos os cidadãos brasileiros, vidas poderiam ter sido preservadas, é, no mínimo, revoltante. Até quando o futuro das pessoas será definido por atos irresponsáveis de líderes inconsequentes?

Além de questões políticas, as pandemias e epidemias são motivadas por fatores relacionados aos seres humanos, como o seu individualismo. Essa característica dos indivíduos pode ser observada em diversas situações, porém, duas serão destacadas, a Gripe Espanhola e COVID-19 e seus desdobramentos e impactos na saúde e na sociedade.

A Gripe Espanhola e a COVID-19, mesmo separadas por mais de um século de diferença, apresentam incontáveis similaridades. As ações dos governos, de 1918 e de 2020, se assemelham em diversos pontos, assim como a reação da população brasileira e suas ações. Ainda, é importante destacar que o conhecimento e acesso científico disponibilizado durante a Gripe Espanhola eram muito inferiores ao que temos atualmente, assim, a velocidade dos avanços científicos desses durante as pandemias não será comparada.

A visão sobre os vírus e sua gravidade convergem entre séculos para um mesmo ponto: a população brasileira não soube e ainda não sabe lidar com surtos de doenças infectocontagiosas. Há 100 anos, a ideia de que a doença que assolava o Brasil era simples e sofria os exageros de médicos se repete nos dias de hoje. As ações tardias de autoridades em relação às medidas de prevenção se repetem nos dois períodos. A tentativa de encobrir mortes e negar a ocorrência de uma epidemia, ocorre novamente.

As situações de calamidade de hospitais e centro de saúde incumbidos de lidar com as consequências de um governo, certas vezes, insincero e irreal, é vista outra vez no Brasil. A necessidade de líderes de nações estrangeiras alertarem para o descaso com a saúde pública brasileira realizada pelo governo e população demonstra como os brasileiros mantém a mesma mentalidade de épocas passadas. As consequências de atos falhos do passado, simplesmente, são esquecidas e os erros que poderiam ser evitados são feitos novamente.

A saúde brasileira, há anos vive esse descaso e esquecimento, e de epidemia em epidemia, vai se despedaçando um pouco mais. Ainda, a emergência de direcionar investimentos a órgãos públicos que acolhem toda a população como o SUS, é ainda mais vital durante epidemias e pandemias. Hoje, se o SUS não existisse, milhões de brasileiros não teriam direito ao acesso à saúde. A gestão do Sistema Único de Saúde, sofre com a corrupção e a instabilidade de gestores que não mantem um curso de liderança.

A população brasileira precisa exercer o seu direito de manifestar o seu desejo por mudanças. É necessário pressionar os líderes do Brasil para que atitudes que englobem todos os brasileiros sejam tomadas. A superação das desigualdades, instabilidades de órgãos públicos e a educação para todos, acerca das atitudes em tempos de surtos e suas consequências, são as bases para um futuro mais próspero. As doenças infectocontagiosas narram histórias antes nunca lidas, e o seu entendimento e compreensão, abrem portas para o futuro de um Brasil mais sadio e próspero.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. P.; SILVA, R. B.; ARAÚJO, R. M. S. "Covid-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies". **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, vol. 6, abril, 2020.

ANDRADE, C. D. R.; LOPES, G. A. H. "Um século de doenças infectocontagiosas: A História de um Brasil contaminado". **Metodologias e Aprendizado**, vol. 3, dezembro, 2020.

BARATA, R. C. B. "Saúde e direito à informação". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 6, n. 4, outubro, 1990.

BARROS, S. G.; VIEIRA DA SILVA, L. M. "A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989)". **Revista de Saúde Pública**, vol. 50, n. 43, julho, 2016.

BRAGA, I. A.; VALLE, D. "Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil". **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 16, n. 2, junho, 2007.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20/11/2020.

BRETAS, G. O "Brasil da Dengue, Zika e Chikungunya". **Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva**, vol. 2, maio, 2016.

BUCCI, E. "A humanidade encontra sua irrelevância". **Estudos Avançados**, vol. 34, n. 99, agosto, 2020.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. "A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 10, julho, 2003.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COSTA, L. M. C.; MERCHAN-HAMANN, E. "Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários". **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, vol. 7, n. 1, março, 2016.

CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. "Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)". **Portal Eletrônico da FGV** [21/11/1966]. Disponível em: <https://bit.ly/36uRDoj>. Acesso em: 04/11/2020.

CRESCÊNCIO, C. L. "Revolta da vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos". **BIBLOS**, vol. 22, n. 2, março, 2010.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R. "Chikungunya no Brasil: um desafio emergente". **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 18, n. 1, janeiro, 2015.

FAGUNDES, L.; CARVALHO, S. "Participação brasileira na Primeira Guerra Mundial". **Café no Front** [26/10/2017]. Disponível em: <https://bit.ly/35vFrEx>. Acesso em: 20/11/2020.

FERRARINI, C. D. T. "Conceitos e definições em saúde". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 30, n. 3, 1977.

FORMENTI, L. "Microcefalia, Zika e informação". *In:* BRASIL (org.). **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

GAGLIARDI, J.; CASTRO, C. "Revolta da vacina". **CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil** [28/09/2010]. Disponível em: <https://bit.ly/2IBrN9O>. Acesso em: 04/11/2020.

GOULART, A. C. "Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 12, n. 1, abril, 2005.

GRECO, D. B. "Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015". **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 5, maio, 2016.

GUIMARÃES, B; ZOBEL, S. "Epidemia". **Portal Eletrônico 37 Graus** [17/03/2020]. Disponível em: <https://37grauspodcast.com/epidemia>. Acesso em: 20/11/2020.

HELAL FILHO, W. "A epidemia de meningite que a ditadura militar no Brasil tentou esconder da população". **O Globo** [08/06/2020]. Disponível em: <https://glo.bo/3noKjSe>. Acesso em: 02/11/2020.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. "Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil". **Estudos Avançados**, vol. 34, n. 99, agosto, 2020.

HENRIQUES, C. M. "A surpresa e o grito". *In:* BRASIL (org.). **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

HOCHMAN, G. "Priority, invisibility and eradication: the history of smallpox and the Brazilian Public Health agenda". **Medical History**, vol. 53, n. 2, abril, 2009.

JHU – John Hopkins University. Center for Systems Science and Engineering. "COVID-19 Dashboard". **John Hopkins University Website** [15/01/2021]. Disponível em:

<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 15/01/2021.

LE GOFF, J.; TRUONG, N. **Uma história do corpo na Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LOPES, G. A. H. **Instrumentalidade e processo de trabalho do educador social**. Indaial: Uniasselvi, 2020.

MADEIRA, R. F. "O setor de saneamento básico no Brasil e as implicações do marco regulatório para universalização do acesso". **Revista do BNDES**, n. 33, junho, 2010.

MATTEDI, M. A. *et al.* "Epidemia e contenção: cenários emergentes do pós-Covid-19". **Estudos Avançados**, vol. 34, n. 99, agosto, 2020.

MURTHA, N. A.; CASTRO, J. E.; HELLER, L. "Uma perspectiva histórica das primeiras políticas públicas de saneamento e de recursos hídricos no Brasil". **Ambiente & Sociedade**, vol. 18, n. 3, setembro, 2015.

OLIVEIRA, N. A. "Gestão, articulação e mobilização". *In:* BRASIL (org.). **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. "Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 21, n. 1, janeiro, 2014.

PINTO, A. C. S. *et al.* "Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos". **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, vol. 19, n. 1, janeiro, 2007.

ROCHA, J. "Pandemia de gripe de 1918". **Invivo Fiocruz** [2009]. Disponível em: <https://bit.ly/3ngiAmw>. Acesso em: 2/11/2020.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

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

SALGADO, A. S. **A Revolta contra a vacina**: A vulgarização científica na grande imprensa no ano de 1904. (Dissertação de Mestrado em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. "Vacinas contra a Dengue: atualização". **Informe SBP** [20/05/2019]. Disponível em: <https://bit.ly/3pmEA0U>. Acesso em: 06/11/2020.

SCHNEIDER, C. M.; TAVARES, M.; MUSSE, C. "O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de S. Paulo". **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, vol. 9, n. 4, dezembro, 2015.

SENHORAS, E. M. "COVID-19 e os padrões das relações nacionais e internacionais". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 3, n. 7, 2020a.

SENHORAS, E. M. "Coronavírus e o papel das pandemias na história humana". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 1, n. 1, 2020b.

SENHORAS, E. M. "A pandemia do novo coronavírus no contexto da cultura pop zumbi". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 1, n. 3, 2020.

VARELLA, D. “SUS enfrentará as maiores dificuldades de sua existência neste momento”. **Folha de São Paulo**, [29/03/2020]. Disponível em: <https://bit.ly/3px9qDY>. Acesso em: 03/11/2020.

VASCONCELOS, P. F. C. “A contribuição do Instituto Evandro Chagas”. *In:* BRASIL (org.). **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

ZAMPIETRO, J. M. “Uma praga sui generis: novos caminhos para o estudo da mortalidade da Praga de Justiniano (541-750)”. *In:* **Ensaios de História**. Franca: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp Franca, 2019.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano III | Volume 5 | Nº 14| Boa Vista |2021

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima