



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO DE HISTÓRIA
PROFHISTÓRIA**

LEANDRO GARCIA COSTA

**O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil?
Orientações didáticas para o ensino fundamental**

**GOIÂNIA
2021.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Leandro Garcia Costa

3. Título do trabalho

O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil? Orientações didáticas para o ensino fundamental

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **LEANDRO GARCIA COSTA, Discente**, em 13/01/2022, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria De Magalhães, Professor do Magistério Superior**, em 14/01/2022, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2625016** e o código CRC **F38B046E**.

Referência: Processo nº 23070.067483/2021-37

SEI nº 2625016

LEANDRO GARCIA COSTA

**O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil?
Orientações didáticas para o ensino fundamental**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino de História da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre profissional em Ensino de História.

Área de Concentração: Ensino de história

Linha de Pesquisa: Saberes históricos no espaço escolar.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sônia Maria de Magalhães.

GOIÂNIA

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

COSTA, Leandro Garcia

O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil? [manuscrito] :
Orientações didáticas para o ensino fundamental / Leandro Garcia
COSTA. - 2021.
clxxxi, 201 f.: il.

Orientador: Prof. Sônia Maria de Magalhães.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História
(profissional), Goiânia, 2021.

Bibliografia.

Inclui siglas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Ensino de História. 2. Epidemias. 3. Doenças. 4. Livros Didáticos.
I. Magalhães, Sônia Maria de, orient. II. Título.

CDU 94



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE HISTÓRIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **086/2021** da sessão de Defesa de Dissertação de **LEANDRO GARCIA COSTA**, que confere o título de **Mestre em Ensino de História**, na área de concentração em **Ensino de História**.

Ao/s **dezesesseis dias de dezembro do ano de dois mil e vinte e um**, a partir da(s) **14h00**, via **videoconferência**, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **“O QUE A HISTÓRIA ENSINA SOBRE AS EPIDEMIAS NO BRASIL? ORIENTAÇÕES DIDÁTICAS PARA O ENSINO FUNDAMENTAL”**. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **Sônia Maria de Magalhães (ProfHistória/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Elias Nazareno (ProfHistória/UFG)**, membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) **Leicy Francisca da Silva (UEG)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) **Sônia Maria de Magalhães (ProfHistória/UFG)**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **dezesesseis dias de dezembro do ano de dois mil e vinte e um**

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Elias Nazareno, Professora do Magistério Superior**, em 10/03/2022, às 12:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria De Magalhães, Professora do Magistério Superior**, em 10/03/2022, às 12:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2748183** e o código CRC **1487DF35**.

Referência: Processo nº 23070.067483/2021-37

SEI nº 2748183

LEANDRO GARCIA COSTA

O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil? Orientações didáticas para o ensino fundamental

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino de História da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre profissional em Ensino de História.

Área de Concentração: Ensino de História

Aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sônia Maria de Magalhães (Orientadora)

Prof.^a Dra. Leicy Francisca Brandão da Silva (Membro titular)

Prof. Dr. Elias Nazareno (Membro titular)

Prof.^a Dra. Ana Karine Garcia (Membro Suplente)

Prof.^a Dra. Heloísa Selma Fernandes Capel (Membro Suplente)

GOIÂNIA

2021

Dedico essa dissertação aos mais de 600 mil mortos de Covid-19 no Brasil. Muitos mortos por negligência de um governo negacionista e genocida.

Ao meu tio, Emir do Nascimento Garcia, falecido e enterrado em um saco preto devido a regras sanitárias e sem direito a velório. Que o senhor esteja em um lugar melhor, cercado por aqueles que já se foram e o amam como filho, irmão, marido e pai. Que os espíritos de luz possam acompanhar seus passos futuros! Deus esteja com você!

Ao meu padrasto, Luiz Tito Brandão, excelente pessoa, de caráter exemplar, sempre calmo e compreensivo. Suas limitações físicas não o impediram de cuidar e amar minha mãe como um verdadeiro companheiro! Que nossa senhora possa te cobrir com seu manto! Deus te ilumine!

Ambos falecidos por Covid-19.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que de uma forma ou de outra estiveram comigo durante esse período de mestrado. Foi um período de altos e baixos, pois quando adentrei o programa estava saindo de uma internação, e durante o programa encarei outra internação, agora por Covid-19. Agradeço a Deus por estar vivo e compartilhando o resultado da minha pesquisa.

Agradeço à minha mãe Miriam, sempre solícita aos meus pedidos, com a compreensão, companheirismo e amor necessários para me auxiliar a vencer as dificuldades que encontrei nesses dois últimos anos. Foram tantas, e por isso serei eternamente grato! Conte comigo sempre, eu te amo!

À minha irmã Rúbia, por sempre me ajudar nos momentos de dificuldade. E por me presentear com meus sobrinhos que amo tanto, Lays e Matheus. Amo vocês! Tiaguera, você também!

Às minhas amigas próximas e de trabalho, Paula, Lysia, Magda, Nathalle e Mariana, que sempre me ajudaram nas horas de desespero.

À professora Sônia Maria de Magalhães, pela dedicação, profissionalismo, conhecimento, preocupação e paciência durante a minha jornada pelo ProfHistória. Muito obrigado pela orientação!

Aos professores Leicy Francisca e Elias Nazareno, por terem participado da minha banca de qualificação e pelas pertinentes observações. Muito obrigado!

Agradeço ao programa ProfHistória pela oportunidade cedida. Foi um sonho que se realizou, algo que sempre almejei e finalmente consegui. Sou muito grato!

Agradeço aos professores e professoras que tive o prazer de acompanhar durante esse período: Alexandre, Armênia, Heloísa, Cristiano, Alcilene e Jiani.

A todos os companheiros da primeira turma do ProfHistória (2020) em Goiás, em especial: Aurélio, Gabriel, Karoline e Julientina, amigos para a vida! Obrigado pela ajuda e pelas longas conversas por WhatsApp.

Um muito obrigado!

Confia sempre

Não percas a tua fé entre as sombras do mundo

Ainda que os teus pés estejam sangrando

Segue para a frente, erguendo-a por luz celeste

Acima de ti mesmo

Crê e trabalha

Esforça-te no bem

E espera com paciência

Tudo passa e tudo se renova na Terra

Mas o que vem do céu permanecerá

De todos os infelizes

Os mais desditosos são os que perderam a confiança em Deus e em si mesmos

Porque o maior infortúnio é sofrer a privação da fé

E prosseguir vivendo

Eleva, pois, o teu olhar e caminha

Luta e serve

Aprende e adianta-te

Brilha a alvorada além da noite

Hoje é possível

Que a tempestade te amarfanhe o coração

E te atormente o ideal

Aguilhoando-te com aflição

Ou ameaçando-te com a morte

Não te esqueças, porém

De que amanhã será outro dia.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo elaborar orientações didáticas para o ensino de história das doenças no Ensino Fundamental, por meio de um arrolamento bibliográfico e da análise de livros didáticos que compõem o Plano Nacional do Livro Didático, o PNLDD do ano de 2019. A análise proposta por essa dissertação incide nos livros de história do 7º, 8º e 9º anos do ensino fundamental, nos quais se verificou a incidência, mesmo que incipiente, das abordagens temáticas das doenças por intermédio das narrativas históricas voltadas à história do Brasil. A análise dos livros didáticos permitiu a composição de um banco de dados, propiciando o entendimento das doenças e epidemias que assolaram o Brasil ao longo do tempo. Esse histórico das doenças na história do Brasil fomentou a composição da parte propositiva, constituída pelas orientações didáticas que auxiliarão professores e alunos no ensino da temática nas aulas de história. Investigou-se também como a história das doenças insurge nos currículos nacionais, tais como a Base Nacional Curricular (BNCC), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e o Documento Curricular de Goiás (DC/GO). A finalidade foi a de apreender como esses currículos influem diretamente na composição dos livros escolares presentes no Programa Nacional do Livro Didático, para escolas públicas em todo o Brasil. Nas tratativas do histórico das doenças e na elaboração das orientações didáticas foi incluída uma análise sobre a Covid-19, atentando para seus impactos na sociedade brasileira na contemporaneidade.

Palavras-Chave: Ensino de história, Doenças, Epidemias, Livros didáticos.

ABSTRACT

This research aims to develop didactic guidelines for teaching the history of diseases in Elementary School through a bibliographic list and analysis of textbooks that make up the National Textbook Plan, the PNLD of the year 2019. The analysis proposed by this the dissertation focuses on the history books of the 7th, 8th and 9th grades of elementary school, in which the incidence, even if incipient, of thematic approaches to diseases through historical narratives focused on the history of Brazil was verified. The analysis of textbooks allowed the composition of a database, providing an understanding of the diseases and epidemics that plagued Brazil over time. This history of diseases in the history of Brazil, fostered the composition of the propositional part, consisting of didactic guidelines that will help teachers and students in teaching the subject in history classes. It was also investigated how the history of diseases appears in national curricula, such as the National Curriculum Base (BNCC), National Curriculum Parameters (PCNs) and the Curriculum Document of Goiás (DC/GO), in order to understand how these resume influence directly in the composition of textbooks present in the National Textbook Program for public schools throughout Brazil. In the discussions on the history of diseases and in the preparation of didactic guidelines, an analysis of Covid-19 was included, paying attention to its impacts on contemporary Brazilian society.

Key words: History teaching, Diseases, Epidemics, Textbooks.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Determinantes Sociais de Saúde.

Figura 2 – Os Quatro Humores.

Figura 3 – Astecas com Varíola.

Figura 4 – Revolta da Vacina. Rio de Janeiro, 1904.

Figura 5 – A Febre Amarela.

Figura 6 – Mulheres procuram alimento no lixo na Alemanha após o fim da Primeira Guerra Mundial.

Figura 7 – Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e Sarampo.

Tabelas

Tabela 1 – A distribuição geográfica da incidência da meningite no município de São Paulo durante os anos de 1965 a 1977.

Tabela 2 – Análise das Coleções PNLD 2019 – Doenças Epidemias na História do Brasil.

Quadros

Quadro 1 – Banco de dados do Guia PNLD 2019.

Quadro 2 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Varíola.

Quadro 3 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Febre Amarela.

Quadro 4 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Cólera.

Quadro 5 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Influenza.

Quadro 6 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Tuberculose.

Quadro 7 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Poliomielite.

Quadro 8 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Meningite.

Quadro 9 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Aids/HIV.

Gráficos

Gráfico 1 - Citações sobre Doenças e Epidemias por coleções didáticas do PNLD 2019.

Gráfico 2 - Análise das doenças por textos e imagens.

Gráfico 3 - Poliomielite

Gráfico 4 - Sarampo.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AZT – Zidovudina ou Azidotimidina.

BNCC – Base Nacional Comum Curricular.

CBE – Conselho Brasileiro de Educação.

CDC – Centro de Controle de Doenças.

CNE – Conselho Nacional de Educação.

CNLD – Comissão Nacional do Livro Didático.

COLTED – Comissão do Livro Técnico e Livro Didático.

COVID-19 – Corona Vírus Disease 2019.

DC/GO – Documento Curricular para Goiás.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EJA – Ensino de Jovens e Adultos

FAE – Fundação de Assistência ao Estudante.

FENAME – Fundação Nacional do Material Escolar.

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

ICTV – Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus.

INL – Instituto Nacional do Livro.

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis.

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

MEC - Ministério da Educação e Cultura.

MERS – Síndrome Respiratória do Oriente Médio.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais.

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV.

PLIDEF – Programa do Livro Didático Para Ensino Fundamental.

PNBE – Programa Nacional Biblioteca na Escola.

PNDST – Plano Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

PNE – Plano Nacional de Educação.

PNLD – Programa Nacional do Livro Didático.

PrEP – Profilaxia pré-exposição ao HIV.

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave.

SARS COV 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave do Corona vírus 2 (COVID-19).

SUS – Sistema de Único de Saúde.

TCTs – Temas Contemporâneos Transversais.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

UNAIDS – Programa das Nações Unidas contra AIDS.

USAID – United States Agency for International Development.

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
Capítulo 1 – A História das doenças e ensino de história: trajetórias e perspectivas	21
1.1. Doenças: a compreensão por meio do tempo	21
1.2. Doenças Europeias no Brasil	34
1.3. As epidemias no Brasil Colonial	41
1.3.1. A Varíola	46
1.3.2. A Febre Amarela	50
1.4. Epidemias: do Império a República	54
1.4.1. Cólera	54
1.4.2. A Influenza	56
1.5. As Epidemias no Século XX	58
1.5.1. A Tuberculose	58
1.5.2. A Poliomielite	62
1.5.3. A Meningite	64
1.5.4. A Aids/HIV	69
1.6. A Pandemia da Covid-19	74
Capítulo 2 – Análise das coleções didáticas do Plano Nacional do Livro Didático de 2019	80
2.1. – Programa Nacional do Livro Didático: compreensões gerais sobre o programa	80
2.2. As doenças e os Parâmetros Curriculares Nacionais de história e transversal de Saúde	87

2.3. A Base Nacional Curricular Comum, Documento Curricular de Goiás e a História das doenças	90
2.4. Análise do guia do PNLD 2019	94
Capítulo 3 – Orientações didáticas das doenças para o ensino de história	120
3.1. Doenças europeias no Brasil: Varíola	123
3.2. Febre amarela, a doença do vômito preto	126
3.3. Cólera	129
3.4. Influenza: doença do catarro epidêmico	132
3.5. Tuberculose, o fantasma branco	135
3.6. Poliomielite, doença que produz deficientes físicos	138
3.7. Meningite, doença ignorada pelo Governo Militar	141
3.8. Aids: estigmas	144
3.9. Covid-19, doença negligenciada no Brasil	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
GLOSSÁRIO DAS DOENÇAS	154
FONTES DE PESQUISA	160
REFERÊNCIAS	164

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa propõe-se a analisar como as doenças são abordadas nos livros didáticos de história que compõem a escolha quadrienal oferecida pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) do ano de 2019, que influenciará o trabalho dos professores brasileiros até o ano de 2024, compondo a base de estudo de milhares de estudantes dos anos finais por todo país. A escolha do tema surgiu mediante a percepção em sala de aula da ausência da história das doenças no livro didático adotado pelo Colégio em que leciono, o Centro de Ensino em Período Integral Joaquim Edson de Camargo, localizado no Jardim Novo Mundo, em Goiânia. O insight surgiu, com o início da pandemia da Covid-19, pois muito se debateu sobre as questões pertinentes à pandemia e sobre como ela estava prejudicando o ensino no Brasil, sobretudo na escola onde leciono. Essa conjuntura me remeteu a um olhar crítico sobre a coleção de livros didáticos adotada na minha instituição, *História: Escola e Democracia*, publicada pela Editora Moderna e de autoria dos professores Flávio de Campos, Regina Claro e Miriam Dolhnikoff. Após a análise da obra, percebi que a coleção não se aprofundava na temática, tanto na parte contextual, dedicada a professores, quanto no livro para alunos.

Diante dessa ausência, verifiquei a importância do desenvolvimento de uma pesquisa mais aprofundada, contemplando as demais coleções listadas no Guia do PNLD 2019, para a verificação de como a temática vem sendo abordada no Programa Nacional do Livro Didático. Porém, seria necessário perpassar a análise nos currículos nacionais, como a Base Nacional Curricular Comum (BNCC), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) e o currículo que tange Goiás, o Documento Curricular Ampliado para Goiás (DC/GO).

No ano de 2019, o PNLD disponibilizou onze coleções de livros didáticos (História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade & Cidadania, Historiar, Vontade de Saber, Geração Alpha, Convergências, Estudar História, Inspire e Teláris) de seis editoras diferentes (Moderna, Ática, FTD, Saraiva, Ed. Quinteto e SM) para que os professores, em conjunto, fizessem a análise e escolha da coleção a ser adotada por sua unidade escolar. Antes de serem encaminhadas para a escolha dos

docentes, as coleções didáticas participam de um edital de concorrência¹. As obras inscritas são encaminhadas para análise de triagem e avaliação por especialistas das áreas do conhecimento de cada disciplina, para garantir a qualidade do material didático e a padronização exigida pela BNCC e pelos PCNs. As coleções, se aprovadas, integrarão as orientações didáticas que balizarão a escolha dos docentes, sendo os livros distribuídos no ano seguinte, no caso 2020, início do quadriênio.

As atuais coleções de livros didáticos obedecem aos critérios curriculares da BNCC e dos PCNs, não ocorrendo adaptações diretas ao DC/GO. Para o professor goiano, cabe a escolha da coleção que mais se adequa às orientações exigidas pelo DC/GO. As questões orientadas para as doenças são encontradas na BNCC e nos PCNs de História de forma subjetiva, sendo diluídas nos diversos conteúdos obrigatórios. A temática é abordada de maneira sutil, ou apenas para exemplificar determinados eventos históricos como a “Revolta da Vacina”, a “Peste Negra” ou “A varíola durante a chegada dos europeus na América”. Resta, assim, às coleções, desenvolver atividades de final de capítulo ou pequenos fragmentos sobre o assunto contextualizados com outras disciplinas. Nos PCNs de Saúde, em abordagem do cuidado com o corpo (tabagismo, higiene corporal, alcoolismo, obesidade e nutrição), ressalta-se a melhor forma de se evitar as doenças. Não é desenvolvido, assim, o conteúdo que explicaria a doença ou questões de transmissão, reflexos ou narrativas sociais provocadas por doenças/epidemias. Deixa-se para as disciplinas voltadas às ciências biológicas a explicação unicamente do fator patológico das enfermidades.

Na avaliação da documentação oficial, algumas doenças se destacaram por estarem presentes na maioria das coleções, mas recaindo na falta de estrutura dos currículos na abordagem histórica das doenças. A ausência da temática das doenças e epidemias no ensino de história empobrece o processo de ensino/aprendizagem dos alunos, uma vez que esse conhecimento se torna basilar na compreensão das conjunturas, como a que vivemos atualmente com a pandemia da Covid-19. A compreensão de epidemias e pandemias passadas é essencial para se fazer uma leitura do tempo presente, das narrativas e das medidas sanitárias a serem tomadas pelos governos e pelas

¹ O processo de escolha do livro didático passa por várias etapas, entre elas: adesão, editais, inscrição das editoras, triagem e avaliação, guia do livro, escolha, aquisição, produção, análise de qualidade física e recebimento. A parte de editais corresponde aos requisitos obrigatórios exigidos em cada coleção didática, sendo apreciada nas triagens técnicas para a obtenção da aprovação do MEC (BRASIL, 2021).

sociedades. Nos livros didáticos, esses conteúdos são relegados ao fim, como mera ilustração ou atividade complementar de final de capítulo.

A metodologia escolhida para a análise dos livros didáticos foi a organização por meio de um quadro de citações, no qual as menções ao tema são organizadas detalhadamente. Para melhor constituir essa base de conhecimentos, foram utilizadas algumas palavras-chave para refinar a pesquisa, como doenças, epidemias, endemias, pandemias, surtos e o próprio nome de algumas enfermidades, como varíola, febre amarela, cólera, influenza, tuberculose, poliomielite, meningite, aids/HIV, entre outras que ocorreram dentro da história do Brasil. O banco de dados das doenças abarcou também epidemias e mazelas de outros períodos. Foi necessário um refino das informações voltadas ao período histórico abordado na pesquisa. A partir disso, a escolha das enfermidades para o desenvolvimento da parte propositiva foi organizada no primeiro capítulo, com o desenvolvimento de um histórico das doenças. As análises curriculares, compreensões do processo de escolha do livro didático e identificação das ausências serão debatidas no segundo capítulo.

A partir desse aspecto, o histórico das doenças e epidemias perpassará períodos que se estendem da colonização até a história recente do Brasil. O histórico auxiliará a organização da parte propositiva da pesquisa, formando a base necessária das orientações didáticas da história das doenças para o ensino fundamental. A preocupação com a fomentação do primeiro capítulo discorre sobre os aspectos fundamentais para a compreensão das doenças e suas etiologias no período analisado. De forma complementar, as doenças e os termos usados para identificar os malefícios serão referenciados a fim de enriquecer a produção das orientações didáticas.

A análise das doenças recupera o período da chegada dos europeus na América, verificando o impacto das enfermidades em solo americano, sua disseminação e intempéries enfrentadas pelos colonizadores e pelos povos originários. Parte-se para a compreensão de doenças específicas que acometeram o país, desde os primórdios da Colonização até a Contemporaneidade.

Na história da humanidade, as questões relacionadas aos conceitos e narrativas sobre a saúde são diversas e sempre associadas às doenças. Para Quaresma (2011), a doença é um fenômeno que ultrapassa a representação, não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, ou seja, suas compreensões podem ter

sentidos diferentes e interferir diretamente nas interpretações coletivas. A doença passa a ser exatamente um quadro da sociedade e de suas imposições aos indivíduos.

Percebe-se, assim, que as relações entre a saúde-doença têm contextos diferentes em determinados momentos históricos. Ao longo do tempo, ocorrem particularidades que as especificam e as diferenciam, exigindo do historiador interpretações abrangentes na análise de temas e conceituações que dialogam interdisciplinarmente com outros ramos do conhecimento, medicina, biologia, sociologia, antropologia, ciências e química. Conceitos sobre a epidemiologia, a transmissibilidade das doenças e a saúde pública passam a ser muito discutidos, devido à diversificação de apontamentos. (QUARESMA, 2011). Ainda sobre esse aspecto, Revel e Peter (1974) consideram que:

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma (REVEL; PETER, 1974, p. 144).

O histórico abarcará a história das doenças e a atual pandemia da Covid-19 e os seus impactos na atualidade. Para tal, serão utilizadas fontes jornalísticas e pesquisas científicas que evidenciam o surgimento e os impactos socioeconômicos da doença no Brasil. A política e o histórico da Covid-19 comporão um verbete detalhado na composição da parte propositiva da pesquisa.

O segundo capítulo será voltado para a análise minuciosa dos livros didáticos. O exame resultará em um banco de dados que evidenciará as ocorrências de informações sobre Saúde, Doenças, Epidemias, Surtos epidêmicos e pandemias de maneira sistemática, que também funcionará como um material de apoio das orientações didáticas. A sistematização das ocorrências servirá para o desenvolvimento dos verbetes que comporão a parte propositiva da pesquisa, direcionando a composição, as narrativas e a contextualização com as informações que os livros didáticos já oferecem. Ainda nesse capítulo, serão analisadas as documentações da BNCC, dos PCNs e do DC/GO que apontam as questões curriculares ligadas às doenças e às epidemias para o ensino de história. Será necessário um arrolamento e inclusão das leis que abordam as questões de saúde e ensino, a fim de complementar o estudo sobre o assunto.

O terceiro capítulo é composto pelas orientações didáticas por meio de um histórico das doenças, a partir da pesquisa realizada no primeiro e segundo capítulos da dissertação. Ele comporá a parte propositiva, oferecendo um material rico de informações para os professores e alunos da educação básica. Farão parte do desenvolvimento da parte propositiva imagens relacionadas aos eventos e *QR codes* que direcionam os alunos a uma ampla rede de informações que eles poderão acessar durante a utilização do material didático. A utilização dos *QR Codes* foi possibilitada pelo uso de um aplicativo de celular – *QR Code*, da empresa *Clim App* – que converte os endereços eletrônicos em imagens que vão direcionar outros aparelhos ao recurso a ser trabalhado. Para cada orientação didática foi proposta uma ampliação diferenciada sobre a temática das doenças, como alguns museus virtuais que diversificam as imagens sobre as enfermidades ou conteúdos ligados à saúde pública. Também foram elencados, nos *QR codes*, fontes audiovisuais, livros, páginas de internet que exploram a história das doenças e epidemias, materiais médicos de época, dentre outros.

A parte propositiva da pesquisa contará com uma rica parte iconográfica. Para tal, foi necessária uma busca por fonte precisas de imagens. Embora a internet seja um grande advento para a humanidade, muitas imagens ali dispostas não contextualizam a realidade em que elas foram postadas, possuindo conexão com outros assuntos. A fim de evitar quaisquer equívocos, algumas imagens utilizadas nas orientações didáticas foram retiradas de fontes oficiais, e as que não existiam nesse banco de dados foram pesquisadas em várias páginas, para garantir que a imagem utilizada realmente estivesse inserida no contexto abordado pelas orientações didáticas da história das doenças. Algumas doenças possuem amplo material disposto nos bancos de dados virtuais e outras, como a cólera e a meningite, mostraram-se mais difíceis de serem organizadas, por terem pouco material disponível.

A criação de um glossário se tornou essencial na parte propositiva, que corresponde à ampliação e fundamentação do conteúdo referente ao histórico das doenças desenvolvido no primeiro capítulo. Esse material dispõe da conceituação e explicação de alguns termos utilizados para representar enfermidades na história do Brasil, assim como a descrição de medicamentos e métodos empregados durante o tratamento dos doentes. Também foi elaborado um quadro de localização das doenças nas coleções didáticas, a fim de auxiliar os professores na utilização das orientações didáticas para a dinamização de planejamentos e aulas de história.

Capítulo 1 - A história das doenças e o ensino de história: trajetórias e perspectivas.

1.1. Doenças: a compreensão por meio do tempo.

Ao iniciar o primeiro capítulo, tenho como objetivo apresentar aspectos da historiografia da doença e da saúde. A partir do debate bibliográfico, será formado um histórico de estudos e narrativas da origem das doenças e da preocupação em torno da saúde. Serão indicados caminhos que apontem como pensadores narravam historicamente os aspectos relacionados aos malefícios do corpo, e como a sociedade passou a valorizar a saúde por meio da compreensão e prevenção das doenças.

Um dos primeiros aspectos que quero ressaltar para iniciar a dissertação é uma passagem da constituição federal de 1988, artigo 196, que embora não defina saúde faz a seguinte referência: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990). Esse princípio é o eixo central que move o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

A partir da constituição de 1988 e do ponto de vista de Scliar (2007), o cuidado com a saúde colabora para desenvolver a dignidade dos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. Mas o conceito de saúde no Brasil é reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural. Corroborando com esse ideal, Paulo M. Buss enaltece o direito à saúde baseando-se nos direitos humanos:

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. (BUSS, 2007).

Buss ressalta a importância da saúde e a relaciona diretamente com a qualidade de vida, deixando evidente que esse princípio só existe desde que a pessoa goze de uma saúde excepcional, evidenciando que promover a saúde é promover a qualidade de vida, mas que para isso é necessário viabilizar os determinantes sociais da saúde (BUSS, 2007). Ainda segundo o autor, esses determinantes são: fatores sociais, econômicos, culturais,

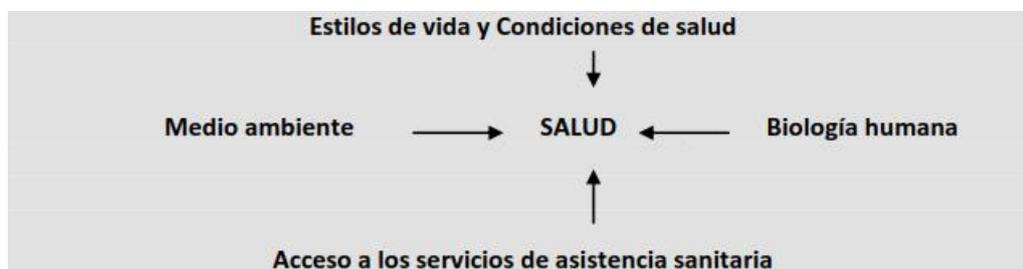
étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Marc Lalond (2013) estabelece quatro pontos principais dos determinantes sociais relacionados à saúde pública:

- a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- a organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde (LALOND, 2013).

Lalond (2013) desenvolve o seguinte esquema sobre a saúde e seus determinantes²:

Figura 1: Determinantes sociais da saúde



Transcrito de: (LALOND, 2013).

Assim, o conceito básico de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, além do meio ambiente. Dependendo da conjuntura dos determinantes, os conceitos ligados à saúde serão relacionados diretamente à forma que as pessoas agem socialmente. Além do mais, as mudanças que possam ocorrer para a significação desse conceito podem ser alteradas dependendo do lugar, da época ou da classe do indivíduo, de concepções filosóficas, religiosas e científicas.

² LALOND, Marc. Los determinantes de salud. In: ACEVEDO G, MARTÍNEZ D, Utz L. **Manual de Medicina Preventiva y Social I**. Unidad 1. La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. México; 2013. Disponível em: <<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1- Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>> Acesso: 01/05/2021 às 20:46

As relações entre a saúde e a doença não podem ser analisadas apenas pela visão clássica da história, mas por meio das relações humanas, seus corpos e as representações de uma cultura da saúde e da doença (SEVALHO, 1988). Esse apontamento também é referenciado por Le Goff (1991, p. 8): “A doença pertence não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também a história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades”. Torna-se importante compreender que os determinantes sociais, especificamente o comportamento humano, ora doente, ora tratando doentes, ora narrando a trajetória de saúde do doente, revelam mais uma faceta a ser encarada quando desenvolvemos o assunto saúde/doença no quesito do relacionamento social. Outra visão a ser analisada é a do corpo, pois ali o binômio saúde/doença se estabelece. Roy Porter (1992) enfatiza que o corpo não é um mero objeto de estudo histórico, técnico ou científico, o corpo supera essa visão e oferece um extrato de análises extremamente grande. Áreas como a sociologia e a antropologia podem oferecer elucidações mais abrangentes dentro do espectro social, atendendo assim a uma compreensão maior sobre a relação entre saúde/doença/corpo.

A doença é uma entidade híbrida, esquiva e impalpável, uma mistura que envolve suas características biológicas e os sentidos que lhe são imbuídos. Concomitantemente, é um problema substantivo e um aparato analítico (ROSENBERG, 1997). A doença possui um caráter histórico e social, de modo que a natureza social se verifica no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos, havendo diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos resultantes das transformações da sociedade. Esta é composta por classes que mostrarão condições de saúde diversas, de acordo com o momento histórico (BACKES, 2009). Na visão de Nazareno e Cardoso (2013), o conhecimento sobre a doença se dissocia de aspectos de curas tradicionais, deixando aos doentes a crença no sobrenatural:

O conhecimento científico, hoje considerado hegemônico partiu da prática, porém, dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática, a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico, positivista, destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo. Com a divisão entre mente/alma e o corpo, a ciência médica passa a cuidar apenas do corpo, colocando o sagrado, o subjetivo absolutamente à margem

na abordagem do doente (NAZARENO; CARDOSO. 2013, p, 250 Apud MENDONÇA, 2004, p.11).

“Que sabemos sobre a doença?”, questionamento levantado por Revel e Peter (1974), que fazem uma abordagem mais específica voltada à saúde e aos determinantes sociais da saúde. Iniciarei, a partir desse ponto, a evidenciar como as doenças são observadas e estudadas em períodos diferenciados, desenvolvendo assim um aspecto historiográfico delas. Segundo o entendimento de Anny Silveira e Dilene Nascimento:

[...] a ordem biológica e a ordem social se correspondem a doença uma realidade construída e o doente um personagem social. Para toda a sociedade, a doença é um problema que exige explicação, é necessário que ela tenha um sentido. Desse modo, a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se dá a ver, pois a doença funciona como significante social, é suporte e uma das expressões da sociedade (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004, p. 17-18).

Nas sociedades indígenas brasileiras a doença é vista como algo sobrenatural, algo que atingia a humanidade a fim de puni-la por ter cometido algum revés antinatural e/ou herético, conforme a compreensão humana naquele momento. Essas concepções, descritas por Hegenberg (1988, pg. 18), apontam a doença como um revés divino, que também poderia se estabelecer por meio de atividades naturais bruscas, como a tempestade, uma erupção vulcânica ou um inverno mais severo. Em uma de suas passagens, Leonidas Hegenberg aponta: “a doenças com suas dolorosas consequências, seria obra de algum espírito, cuja a ira importaria aplacar com sacrifícios, ou seria obra de algum inimigo, dotado de poderes especiais, cuja animosidade haveria de ser combatida por meio de sortilégios”. Jean-Michel Sallmann (2002) levanta o precedente sobre as questões voltadas a “poderes especiais”, bruxaria e xenofobia:

A crença segundo a qual um indivíduo podia prejudicar outro, ou toda a sociedade, é conhecida desde a época merovíngia, cujos documentos escritos nos transmitiram casos de feitiços. Era preciso explicar os infortúnios que afligiam com tanta frequência populações frágeis: as epidemias dos homens, as epizootias do gado, as safras ruins e os acidentes climáticos. Desse modo, as epidemias eram atribuídas, ordinariamente, à ação conjunta de alguns grupos, os judeus, na maioria das vezes, acusados de envenenar os poços ou espalhar gordura nas maçanetas das portas e nas paredes para facilitar o contágio. (SALLMANN, 2002, p. 25)

A justificativa das doenças por meio de sortilégios mágicos e/ou bruxaria é comum naquilo que o homem não consegue explicar. Henry Boguet, na obra de Sallmann (2002, p. 41), atribui as doenças e epidemias aos bruxos que “particularmente [...] lhes infligem todos os tipos de doenças: do estômago, da cabeça, paralisia, inchação, etc”. As crenças em feitiços desenvolveram-se no imaginário popular, por não haver uma explicação para as causas das doenças. De acordo com Boguet, “será preciso esperar o fim do século XVII para que se registrem progresso, essencialmente no domínio da higiene e da profilaxia. E será no meio médico parisiense que se levantarão, no começo do século XVII as primeiras vozes que contestarão a existência do crime de bruxaria” (SALLMANN, 2002, p. 41).

Na visão de Jean Delumeau (1989), os religiosos fazem menção à peste como uma punição divina ao orgulho, à cupidez e à luxúria. A peste era como flechas lançadas por Jesus, para servir de castigo aos homens. Essas flechas, retratadas em obras de arte naquele período, sempre atingiam as partes onde os homens desenvolviam os bubões: sempre embaixo dos braços, pescoço e virilha. Porém, pintavam também pessoas protegidas pelo manto de nossa senhora e pessoas fugindo de flechas que ainda não as haviam atingido. Nessas pinturas não se expressavam apenas pessoas de idade mortas, mas crianças, mulheres, homens fortes, ou seja, a doença não escolhia um biótipo ou gênero, ela matava a todos sem discriminação.

As pessoas sempre procuraram um bode expiatório que tenha iniciado o malefício. Algum estopim que tenha dado o pontapé a eventos que exterminariam a humanidade. Os sinais podiam ser vários, desde um cometa a cruzar os céus, até mesmo um grupo de pessoas que tenha iniciado a ira divina sobre os homens. A má qualidade do ar, mesclada a sinistras conjunções e influências malignas, já era suposição suficiente para que as pessoas acreditassem que isso era o gerador principal da peste. No parecer de Delumeau (1989, p. 138):

Por mais chocada que estivesse, uma população atingida pela peste procurava explicar-se o ataque de que era vítima. Encontrar as curas de um mal é recriar um quadro tranquilizador, reconstruir uma coerência da qual saíra logicamente a indicação dos remédios. Ora, três explicações eram formuladas outrora para dar conta das pestes: uma pelos eruditos, a outra pela multidão anônima, a terceira ao mesmo tempo pela multidão e pela igreja. A primeira atribuía a epidemia a uma corrupção do ar, ela própria provocada seja por fenômenos celestes (aparição de cometas, conjunção de planetas, etc.), seja por diferentes emanções

pútridas, ou então por ambos. A segunda era uma acusação: semeadores de contágio espalhavam voluntariamente a doença; era preciso procurá-los e puni-los. A terceira assegurava que Deus, irritado com os pecados de uma população inteira, decidira vingar-se; portanto, convinha apaziguá-lo fazendo penitência. DELUMEAU (1989, p. 138).

Sobre a justificativa das doenças por fenômenos sobrenaturais, George Rosen (1994) deixa claro que o homem sempre foi afligido pela doença, e que as enfermidades fazem parte do complexo de viver. A partir disso, o homem se adapta a essa triste realidade da melhor forma possível. Na Antiguidade, o enfrentamento às doenças endêmicas e aos surtos epidêmicos fazia com que as pessoas agissem conforme a natureza do malefício e segundo seu “intelecto primitivo”. Isso lhes fazia crer nas questões de superstição e em termos sobrenaturais, de acordo com Rosen (1994, p. 33).

As narrativas que ligam a doença às questões sobrenaturais são muito comuns nas civilizações antigas. No Egito, “Sekhmet, deusa da pestilência, provocava epidemias, se irritada, e as extinguiu quando acalmada. Essa teoria teúrgica³ da doença perdurou por vários milênios” (ROSEN, 1994). Wilson Badaró (2018) ressalta a importância da mesma deusa, relatando que “[...] Sekhmet faz alusão à deusa da guerra, da medicina e da vingança, uma vez que ela era invocada em campos de batalha antes, durante e principalmente após as guerras, quando os guerreiros necessitariam de seus tratamentos e cuidados”. A civilização egípcia também enfrenta as pragas cristãs, que são creditadas ao Deus do povo Hebreu destacado no livro de Êxodo, punido pela sua má conduta e desobediência aos desígnios divinos.

Embora esses aspectos fossem ligados diretamente ao intangível sobrenatural, nesse mesmo período surgem pensadores que descredita as doenças a qualquer fator divino, e indicam que eram ligadas diretamente a fatores naturais. Hipócrates desenvolve a seguinte perspectiva: “Sobre a salubridade das localidades, ao se estabelecer uma nova comunidade, necessitava-se garantir não apenas que o sítio satisfizesse exigências religiosas e militares, mas também a sua salubridade. Antes de se assentar, observava-se minuciosamente o solo, evitavam-se locais encharcados e regiões pantanosas, e as casas deveriam estar em áreas mais altas, sempre expostas ao sol para que os ares fossem sempre saudáveis” (ROSEN, 1994, p. 34). Surgem, nesse ínterim, aspectos ligados ao

³ Teurgia é um antigo nome para ritos e práticas religiosas que deveriam possibilitar o contato com os seres divinos e obter ajuda deles.

saneamento, em prol da uma saúde pública. Ou seja, “O primeiro esforço sistemático para apresentar as relações casuais entre fatores de meio físico e doenças, por mais de dois mil anos, o texto epidemiológico essencial, o sustentáculo teórico para a compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas” (ROSEN, 1994, P. 34).

Trilhando um histórico das concepções de saúde e doença pela Antiguidade, surge também um conceito inicial de medicina, que segundo Hegenberg (1998):

“No período clássico (a Grécia dos tempos heroicos), encontramos Apolo, o Deus da medicina. Ele enviava as doenças para a Terra e só ele podia afastá-las. Apolo curava os males com a raiz de peônia⁴, [...] aplicada aos praticantes da medicina. A mitologia diz que Apolo e sua irmã Artemis teriam ensinado Medicina a Quiron, filho de Saturno, encarregado de Esculápio [...] que teria se tornado um excelente médico, responsável pela diminuição de almas enviadas ao inferno, o que lhe valeu o castigo de Zeus – a morte” (1998, p. 5).

Ainda discorrendo sobre o conto, os templos voltados a Esculápio/Asclépio, o qual pode ser nomeado de ambas as formas, tornaram-se locais sagrados de cura, preces, sacrifícios e onde os pacientes passavam por rituais de purificação. Esses templos exaltavam as ações de Esculápio e seus remédios desenvolvidos em vida ganharam fama de milagrosos. (HEGENBERG, 1998, p. 5-6). Na perspectiva de Fernandez (2008, p. 155), Esculápio possuía três filhas, que segundo a mitologia grega eram Iaso, deusa dos remédios, Higeia, deusa da saúde e muitas vezes relacionada à higiene e Panaceia, deusa da cura. Nessa concepção, os termos gregos ligados às deusas tomaram forma em aspectos médicos com o passar do tempo, pela importância representada na Antiguidade.

As doenças e epidemias da Grécia foram também descritas por Heródoto, ele compôs a ligação das epidemias com as guerras, entre elas a guerra do Peloponeso⁵. Nas palavras de Ujvari (2003), a guerra entre a Grécia e a Pérsia foram vencidas devido a uma infecção intestinal, nomeada de “Peste de Xerxes”:

[...] A fome castigou os acampamentos militares, os persas sentiam os sinais de sua fraqueza, e, segundo relatos talvez exagerados, comiam grama, capim, folhas e cascas de árvore para que pudessem sobreviver. O Caos se instalou com o surgimento

⁴ Planta silvestre das montanhas do sul da Europa (HEGENBERG, 1998).

⁵ No contexto das doenças, um mal se espalhou por Atenas durante o conflito, para o qual não existiam antecedentes. Tucídides aponta que ocorreram duas grandes ondas epidêmicas, sendo a segunda de maior proporção. O flagelo é apontado como impactante e incontrolável, acarretando mortes de ambos os lados da batalha. Sua natureza era obscura, altamente contagiosa e não existiam meios de controle epidêmico. (SILVA, 2020, p. 2).

de uma epidemia de disenteria nos acampamentos militares improvisados. A contaminação das águas de riachos e lagoas favoreceu a disseminação da doença, que matou muitos guerreiros persas. A bactéria causadora da infecção intestinal era eliminada pela diarreia no meio ambiente, contaminava a água e os alimentos ingeridos pelo exército, fazendo com que a doença se alastrasse. O contato de pés e mãos com objetos ou substâncias contaminadas pelas bactérias e o contato dessas mãos com objetos ou substâncias contaminadas pelas bactérias e o contato dessas mãos com outros guerreiros e com os alimentos levados à boca provocavam a diarreia geral. O debilitado exército persa foi derrotado em Plateia, e a Grécia livrou-se dessa ameaça (UJVARI, 2003, p. 25).

Além dessa epidemia, Heródoto descreveu outras, influenciando também pensadores da época, entre eles, Tucídides. Este, diferentemente de Heródoto, desenvolvia seu trabalho baseado em suas experiências, ignorando as lendas locais e boatos fantásticos, realçando o valor da sua escrita epidemiológica. Nas descrições de Ujvari (2003, p. 26), Tucídides viu de perto a epidemia que assolava a cidade de Quios, da qual ele também se infectou, mas por um sortilégio conseguiu sobreviver à doença. O autor relata os detalhes voltados a essa doença: “uma dor de cabeça súbita no início, uma vermelhidão nos olhos acompanhada de inflamação na língua e boca com sangramento, espirros, tosse e rouquidão. [...] seguido de vômito, diarreia e excesso de sede, aparecimento de manchas avermelhadas na pele que podiam ulcerar e causar necrose nas extremidades dos dedos e dos genitais. Geralmente a morte ocorria entre o sétimo e nono dia” (UJVARI, 2003, p. 27).

O surto epidêmico acima descrito conseguiu ceifar a vida de praticamente um quarto da população ateniense, alastrando-se também para os soldados espartanos, que se retiraram da cidade a fim de evitar a epidemia. De acordo com o autor, as pessoas tinham noção do contágio epidêmico e, por medo de se infectar, morriam em casa, sem ajuda e sozinhos, denominando-se assim o pavor do contágio. Esses aspectos voltados ao pavor, ao medo, ao desespero e às insanidades se repetem ininterruptamente por várias épocas. São, assim, bem detalhados nas obras de Delumeau (1989) e Duby (1998) e exaustivamente debatidos por vários pesquisadores em epidemias contemporâneas, como a de ebola e da própria Covid-19.

Para Leonidas Hegenberg, a partir de Hipócrates as doenças foram ligadas às causas naturais, dissociando-as do sobrenatural. Estabelece-se, a partir de suas observações, a abordagem científica racional das doenças em detrimento dos fenômenos

naturais, o que favorece a visão metodológica de Tucídides de buscar fatos concretos para se compreender as doenças. Rosen (1994, p. 34), dialogando com esse contexto, apresenta as questões voltadas a esses aspectos naturais, estabelecendo que a doença pode-se ligar a um local e a uma população de forma endêmica, e seu descontrole pode-se tornar uma epidemia. Explicita-se, a partir disso, as causas diretas das doenças: clima, solo, água, modo de vida e nutrição. Um dos exemplos dados pelo autor: “Sobre a salubridade das localidades, ao se estabelecer uma nova comunidade, necessitava-se garantir não apenas que o sítio satisfizesse exigências religiosas e militares, mas também a sua salubridade. Antes de se assentar, observava-se minuciosamente o solo, evitavam-se locais encharcados e regiões pantanosas, e as casas deveriam estar em áreas mais altas, sempre expostas ao sol para que os ares fossem sempre saudáveis” (ROSEN, 1994, p. 35)

Embora o pai da medicina já fornecesse à humanidade um avanço inédito na forma de pensar, o mais importante elabora-se a partir da teoria dos humores do homem. A compreensão desse termo é implícita no artigo de Joffre Marcondes Rezende (2009, p. 50), “Dos quatro humores às quatro bases”, no qual ele divaga sobre várias explicações sobre a importância do número quatro, para elucidação e importância dos quatro humores⁶: “[...] na escola hipocrática, era de uma substância existente no organismo, necessária à manutenção da vida e da saúde. [...] com seu simbolismo totalizador: o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra”. Atrás com Hipócrates, Rezende (2009), Cairus (2005) nos servem a seguinte colocação:

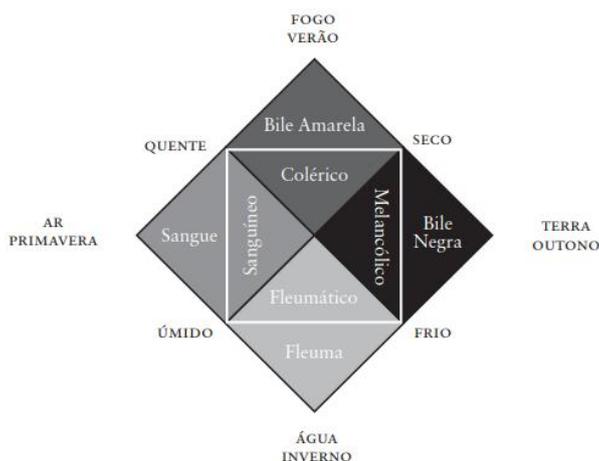
O corpo do homem contém sangue, fleuma, bile amarela e bile negra – esta é a natureza do corpo, através da qual adoece e tem saúde. Tem saúde, precisamente, quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados. O homem adoece quando há falta ou excesso de um desses humores, ou quando ele se separa no corpo e não se une aos demais. (CAIRUS, 2005)

A compreensão que se dá sobre os quatro humores é a de que seu funcionamento ocorre partir do sangue armazenado no fígado e levado ao coração, lá ele é aquecido e é considerado, a partir desse processo, quente e úmido; a fleuma, é a extensão completa de

⁶ Herança de Hipócrates, a teoria dos humores afirma que o homem é constituído por quatro substâncias: a bÍlis amarela (associada ao símbolo do fogo, é produzida no fígado e sofre influência do calor e do ar seco), o sangue (ligado ao elemento ar, também é produzido no fígado, mas é influenciado pelo calor e pela umidade), a pituíta (também conhecida como linfa ou fleuma, está conectada à água, sendo produzida nos pulmões e sob controle do frio e da umidade) e a atrabÍlis ou bÍlis negra (agregada ao Elemental terra, é produzida no baço e está conectada ao frio e ao tempo seco). Essas matérias devem estar em total equilíbrio e bom funcionamento para que a saúde se mantenha intacta (QUARESMA, 2011).

todas as secreções mucosas, proveniente do cérebro, tem aspecto frio e úmido; a bile amarela é secretada pelo fígado, sendo quente e seca; finalizando, a bile negra se produz no baço e estômago, sendo fria e seca (REZENDE, 2009, p. 51). A concepção dos quatro humores também se encaixa na concepção filosófica da estrutura do universo, como mostra a imagem:

Figura 2: Os quatro humores



Transcrito de: (REZENDE, 2009, p. 51)

Hipócrates, afastando a ideia do sobrenatural, pôde, por meio de seus estudos, determinar várias enfermidades em suas implicações com o meio ambiente, desenvolvendo normas voltadas à anamnese e exames físicos em pacientes diversos, essa observação minuciosa também lhe aprouve a descrição de doenças e condições patológicas. Suas pesquisas e desenvolvimento ético da profissão médica estendeu-se pelos séculos, conseguindo influenciar outros pensadores. (REZENDE, 2009, p. 181).

As obras de Hipócrates deram impulso a outras a partir da visão de Galeno de Pérgamo, romano que no final do Século II sistematizou e revitalizou o pensamento hipocrático, desenvolvendo a importância dos quatro humores: “sanguíneo, fleumático, colérico (de cholé, bile), melancólico (de melános, negro + cholé, bile). Colérico, portanto, é aquele que tem mais bile amarela, e melancólico, o que tem mais bile negra” (REZENDE, 2009, p. 52). Por meio dessa análise, estabeleceu-se o comportamento humano, de forma que as iras coléricas se davam devido à bile amarela; pessoas melancólicas estavam sob a influência da bile negra; devido a essas transformações de humor, desenvolve-se o comportamento humano.

Galeno desenvolveu que o princípio básico da vida é o espírito, também chamado de “Pneuma”, por meio do qual ele define a ideia de que o corpo é o abrigo da alma, conseguindo com isso o apoio da igreja. De acordo com Hegenberg (1988): [...] “o ar, esse pneuma ingressa no corpo através dos pulmões, atinge o coração e se mistura com o sangue. Por seu turno, os alimentos chegam ao fígado, um órgão que transforma o quilo em sangue venoso, dotando-o de um segundo espírito, um “espírito natural”, presente em todos os organismos, enquanto permanecem vivos”.

O conhecimento de Galeno trouxe para as pessoas a clareza sobre o funcionamento do organismo, sendo suas descobertas consideradas muito importantes para o desenvolvimento da área da saúde. Esse conhecimento, aliado aos estudos anatômicos do corpo, possibilitou o repensar do corpo e seus malefícios por meio das doenças. Na observação de Camille Bertha Stülpe e Samira Schultz Mansur (2019, p. 157): “A anatomia foi aprimorada na escola de Alexandria, onde Galeno teve como professor Rúfus de Éfeso e seu aprendizado foi guiado pelos ensinamentos de Herófilo, além de ter sido o local onde obteve a sua base cultural para que colocasse suas teorias anatômicas em prática, diagnosticando e classificando doenças a partir de sinais e sintomas”. Como médico, Galeno trabalhava diretamente com os gladiadores. Logo, seu trabalho exaustivo se dava para curar as chagas que cada um dos pacientes conseguia nas arenas, além das doenças, como a malária, a peste e a tuberculose. (STÜLP e MANSUR, 2019, p. 158).

Isidoro de Sevilha, bispo espanhol do século VII, autor de tratados teológicos⁷, defendia a ideia da transmissão das doenças por meio do ar infecto, reforçando a teoria miasmática, esse ar seria produzido pela decomposição e podridão de corpos humanos e de animais. Esses odores estragariam o ar, o que culminaria mais tarde em doenças capazes de matar multidões. O mesmo ocorria com a infecção⁸, que também poderia ser causada por eventos celestes, como estrelas cadentes, os corpos celestes, entre outros (MARTINS, 1997, p. 2-3). Avicena, um polímata – pessoa cuja área de conhecimento não é restrita a uma única área do estudo – do século X, estabelece em seus estudos a ligação direta entre doenças e a podridão. Menciona que as febres pestilentas ocorrem

⁷ Compêndio de informações utilizadas na Idade Média que compilava vários tipos de conhecimento, entre eles conhecimentos sobre medicina (MARTINS, 1997, p. 2).

⁸ Do latim *infectio* (infecção), as doenças dessa natureza são desencadeadas por um mecanismo patogênico (vírus, parasita unicelular ou multicelular) que invade o organismo, irrompendo em processos e reações que obedecem a um padrão evolutivo específico, os quais passam a se reconstituir em entidades nosológicas típicas (QUARESMA, 2011).

devido a tal podridão, a qual corrompe o ar e a água por meio da decomposição dos corpos, que em contato com a água pantanosa emanava o ar pestilento que provocaria os malefícios. Avicena, de acordo com ideais hipocráticos, desenvolvia a ideia de que a umidade provocava essas doenças, sendo necessário limitar certas práticas como o banho, utilizar incensos e defumações para produzir bons odores, a fim de purificar o ar e o ambiente. Embora essas teorias da podridão e do ar corrompido fossem aceitas durante a renascença, a teoria galênica-hipocrática sobre o desequilíbrio humoral ainda era a mais assimilada (MARTINS, 1997).

Na Contemporaneidade, mais especificamente em Londres no ano de 1902, as teorias miasmáticas estavam presentes nas infecções provocadas por gases venenosos, provavelmente oriundos das fezes dos animais. O conhecimento sobre o mundo bacteriológico não existia e, logo, culpava-se o ar infecto pela disseminação de doenças e pestilências. Na visão de Ujvari (2003), “[...] dizia-se que as moscas dispersavam as emanções venenosas contidas no ar ao voarem com seus movimentos rápidos e mudanças abruptas de direções. Mas os tempos mudaram e os miasmas perderam espaço para as bactérias recém-descobertas. As moscas tornaram-se inimigas da saúde humana. No Egito comprovou-se que suas patas seguravam bactérias e, ao voarem, transportavam esses microrganismos” (UJVARI, 2003).

Os estudos científicos voltavam-se para o corpo. Um de seus espectros foi a análise detalhada da anatomia científica, presente nas obras artísticas de vários pintores e escultores renascentistas que se esmeravam em reproduzir fielmente em suas obras os detalhes do corpo humano, entre eles Leonardo da Vinci (1452 – 1519), Michelangelo (1475 – 1564) e Andréas Vesalius (1514 – 1564), sendo esse último um estudioso do corpo. (BALESTRIN, 2009, p. 21). Andréas Vesalius é retratado por meio de um pequeno histórico desenvolvido por TARCHIS (1950):

[...] era belga de nascimento, natural de Bruxelas; estudou em Louvain e Paris e ensinou anatomia na Universidade de Pádua, na Itália, na época a mais importante escola medica da Europa. Com base na dissecação de cadáveres, demonstrou todos os erros de anatomia cometidos por Galeno, que se baseava na dissecação de animais, uma vez que era proibida a dissecação de corpos humanos no Império Romano. Aos 29 anos de idade publicou sua monumental obra intitulada *De humanis corporis fabrica* (A estrutura do Corpo Humano), que lhe deu um lugar de destaque na História da Medicina e lhe valeu a ira dos seus

Contemporâneos, os quais não aceitavam que Galeno houvesse errado.

Vesalius dissecava pessoalmente os cadáveres, o que não era costume entre os professores de anatomia, que permaneciam sentados em uma espécie de púlpito (cátedra), de onde assistiam à dissecação feita por auxiliares, geralmente cirurgiões-barbeiros, e comentavam o que se encontrava nos livros de Galeno. Em uma das sessões públicas de dissecação, Vesalius foi advertido de que uma de suas afirmações estava em desacordo com Galeno, ao que ele replicou que, nesse caso, o erro era de Galeno. Os professores presentes retiraram-se da sala em protesto contra a arrogância desse jovem pretensioso (TARCHIS, 1950, p. 18-78).

Vesalius, por meio de técnica médica, estabeleceu os fundamentos da anatomia moderna, reforçando as relações que os órgãos internos tinham entre si. Ele acreditava que a verdade só poderia ser encontrada no cadáver, não apenas em textos. O impacto das suas descobertas abriu um novo horizonte científico e rompeu com a medicina especulativa (RONAN, 1987, p. 23-28). Outro representante desta época foi o médico suíço Paracelso (1493-1541), responsável por conceituar e descrever as doenças mentais, destacando a insensatez, a insanidade, a desordem mental, a melancolia, a mania e as mudanças do caráter (BRANCO, 2003, p. 75). A doença a partir da perspectiva renascentista tinha um aspecto de mal externo ao homem, é algo que invade seu corpo e tenta destruí-lo. Em resposta, a medicina passa a se desenvolver como um aliado do homem nessa guerra, e juntamente com os avanços científicos desenvolvidos no período, o remédio surge para auxiliar no combate às doenças. A exemplo disso, Paracelso chegou a receitar mercúrio para o tratamento de uso interno contra a sífilis, embora seu uso externo já fosse usual. Para a Peste, receitou sapos secos ou pardais vivos sobre os bubões⁹ (BALESTRIN, 2009, p. 21).

A Europa sempre foi um grande celeiro de doenças e epidemias, essa cadeia virulenta não se fixava unicamente dentro de suas fronteiras. Devido às transformações econômicas, culturais e sociais vividas desde a renascença, o comércio marcou o compartilhamento de mazelas para dentro e fora do continente. Pestes vindas da Ásia e África são descritas na história europeia com vasta riqueza de detalhes, como a sífilis, peste, influenza, dentre outras. O continente americano não ficaria de fora desse

⁹ LUZ, Madel, T. Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna. Edições Livre. Rio de Janeiro, 2019.

intercâmbio de enfermidades, com o avanço das investidas navais no Atlântico, não tardaria a inserção de doenças dentro da América.

1.2. As doenças europeias no Brasil

As intensas transformações econômicas europeias foram resultado da expansão marítima, estimulada pela colonização de novas áreas e o forte comércio de especiarias. Os marinheiros, frequentemente em viagens, deparavam-se com doenças oportunistas, oriundas da manutenção dos víveres, da água potável, das condições de higiene e do cansaço de noites mal dormidas. A alimentação deveria ser uma das preocupações principais de cada comitiva. Contudo, o aumento da duração das viagens, ora por tempestades, ora por calmarias, aumentava muito o tempo e a presença das pessoas nos oceanos. A comida muito mal acondicionada, disputada também por ratos e baratas, geralmente estragava rápido, gerando bactérias que desenvolviam doenças intestinais contínuas nos marujos, entre elas: a disenteria, vários tipos de doenças febris e a diarreia infecciosa. As doenças eram muito temidas nas viagens, a mais fatal entre os navegantes era o escorbuto. Esse mal foi descrito durante a viagem de Vasco da Gama para a Índia como o “mal das gengivas”. A pessoa acometida pela doença apresentava um inchaço anormal nas gengivas, além de ter apodrecimento e odor fétido, sendo necessário cortá-las para que não cobrissem os dentes. Outro fator apresentado era o inchaço nos pés. (UJVARI, 2003, p. 71-73).

Na viagem de Vasco da Gama¹⁰, cerca de cinquenta e cinco marujos vieram a falecer por conta do escorbuto. Outros relatos apontam mais mortes na viagem de Jacques Cartier¹¹, em uma exploração pelo Canadá no ano de 1535, na qual, de maneira violenta, esse mal atacou sua tripulação. Conforme Rosen (1994, p. 83), essa doença continuou a dizimar as vidas dos marinheiros por cerca de 200 anos, o autor ressalva: “embora os holandeses, já no meio do século XVI, tivessem reconhecido o valor de vegetais frescos e sucos de fruta em sua prevenção. Purchas, em 1601; Lancaster, em 1605; Wooddall, em 1617; Cockburn, em 1696; Mead, em 1749, todos afirmavam o valor dos sucos de limão

¹⁰ Navegador português nascido em Sines, no ano de 1469. Comandou uma expedição portuguesa que tinha como objetivo estabelecer um intercâmbio comercial com as Índias, ricas em especiarias, tecidos e pedras preciosas. Destacou-se por ter sido o primeiro a desenvolver essa rota comercial (FONSECA, 1997, p. 197 – 214).

¹¹ Explorador francês conhecido por liderar três viagens ao Canadá em busca de ouro. Suas conquistas envolvem a região de Hochelaga e o Triângulo das Bermudas (BAXTER, 1906, p. 9-27).

e de laranja.” Entretanto, apenas em 1795, por meio de um almirante britânico, uma lei foi formalizada para a obrigatoriedade de uma provisão de limão aos marinheiros, encerrando o caso do escorbuto durante as longas viagens.

No ínterim das grandes navegações e movimentos de expansão comercial europeu, muitos fundos econômicos incentivavam as longas viagens, entre elas a expedição que localizou a área insular do continente americano. Segundo Batistella (2007, p. 37), as conquistas marcaram uma nova linha de eventos, mas iniciou-se também o genocídio das populações ameríndias, visto que nas viagens as doenças infecciosas acompanharam os europeus, e as civilizações indígenas não possuíam defesa imunológica contra os agentes contaminantes que aportavam no continente.

Além dos aspectos econômicos em expansão, as fronteiras europeias avançaram para a África e o ocidente por meio do oceano Atlântico. As primeiras incursões ofereceram à Europa uma série de colônias pela costa africana e ilhas próximas ao continente. Nessa incursão sobre as ilhas atlânticas, depararam-se com os Guanchos, civilização nativa das Ilhas Canárias. Povos originários da África que há muito tempo haviam migrado para essa área insular, onde viviam de modo rudimentar e sem conhecimento tecnológico. Essa população foi escravizada para trabalhar na Ilha da Madeira, outra colônia portuguesa. A escravização dos Guanchos foi facilitada graças aos agentes infecciosos, pois ali, isolados por muito tempo, não possuíam imunidade para combater as doenças e infecções. O território foi finalmente conquistado pelos espanhóis após vencerem os portugueses em várias batalhas. Em seguida, entre os anos de 1478 a 1483, conseguiram dominar a ilha, com o auxílio de uma doença de causas não identificadas, mas chamada vulgarmente de “modorra”¹². Essa doença exterminou três quartos de nativos das ilhas, e os sobreviventes declararam rendição, findando assim a conquista pelos espanhóis (UJVARI, 2003, p. 71 – 72).

O que Stefan Cunha Ujvari (2003) expõe acima é apenas um prelúdio ao que aconteceria no continente americano no ano de 1492, com a chegada de Colombo ao arquipélago Caribenho. As expedições espanholas, no século XV, iniciaram-se de ilha em ilha pelo Caribe, até a obtenção do conhecimento sobre a civilização Asteca na área

¹² Tipo de encefalite letárgica que teria grassado no século XV e XVI na península Ibérica, também chamada de Modorra ou Modorrilha, causa letargia, febre e coma, fazendo com que os doentes tenham uma sonolência carregada com delírios (JORGE, 1921, p. 3 – 8).

continental da América. A capital desse império, Tenochtitlán, possuía um grau avançado de organização social, política, de construções, templos religiosos e um comércio bem afluído. De acordo com Soustelle (2002, p. 34): “[...] havia se transformado numa grande capital imperial e cosmopolita”. Ribeiro (2018, p. 187) aponta que: “em apenas dois anos, com o emprego de montarias e técnicas de cavalaria desenvolvidas na Península Ibérica ao longo de milhares de anos, com armas navais e notável engenharia militar, Cortez derrotou os astecas e o governante do maior império da história da Mesoamérica, em Tenochtitlán.” Mas, nos bastidores do conflito, um agente pestilento agia de maneira silenciosa, ceifando várias vidas:

[...] esse inimigo invisível e mortal, desconhecido até então no Novo Mundo, levou a óbito cerca de um terço da população indígena. Eles tratavam a doença com seu vasto conhecimento sobre as propriedades medicinais das plantas e dos animais, com banhos coletivos e de vapor, entretanto, nada remediava o ataque da varíola, que se proliferava ainda mais e matava os afetados depois de meses de terríveis sofrimentos. A civilização indígena considerava as doenças epidérmicas um castigo do deus Tezcatlipoca, senhor do fogo e da morte. A imunidade dos espanhóis aos efeitos da pestilência, devido à exposição anterior ao vírus, fez com que parecessem ainda mais poderosos, reavivando a noção de que não eram homens e sim deuses e se não eram deuses, tinham um deus mais poderoso” (LEVY, 2012, p. 199).

Abatidos pela doença e já sem provisões para manter as resistências, os espanhóis terminaram o que a doença não conseguiu exterminar, muitos astecas foram mortos e vários outros escravizados. Evidentemente, outros aspectos colaboraram para a derrota dos Astecas, mas o fator primordial foi a epidemia de varíola, que sozinha dizimou cerca de um terço de toda a população indígena naquele momento (RIBEIRO, 2018).

Na visão de Freitas (2019, p. 33), podemos afirmar que o que ocorreu foi um gigantesco genocídio e que, mesmo que houvesse vontade dos espanhóis em determinar essas mortes, eles não teriam conseguido devido à quantidade numerosa de habitantes. A grande responsável pelas mortes foi a doença. A visão de Cortez sobre a cidade derrotada foi a seguinte:

Os inimigos estavam em tão má situação que não possuíam nem mais flechas e lanças para combater e tinham que caminhar por sobre os corpos de seus mortos. Foi tanta mortandade que causamos que entre mortos e presos somou-se mais de quarenta mil almas era tanto o choro de mulheres e crianças que não havia a quem não ferisse o coração. Nossa preocupação passou a ser a

de conter nossos aliados para que não cometessem tanta crueldade com os índios inimigos. Aliás, em nenhuma parte do mundo vi tanta maldade como entre os nativos desta região. Os índios nossos amigos fizeram tão grande despojo que não podíamos lhes conter, pois éramos apenas Novecentos espanhóis e eles mais de cento e cinquenta mil (CORTEZ, 2001, p. 141).

A ideia de que as epidemias europeias levadas para a América geraram a evidência principal do colapso demográfico dos indígenas americanos do hemisfério ocidental é conhecida como a hipótese da epidemia em solo virgem, atribuída a Alfred Crosby e William MacNeil. Segundo Crosby (2011, p. 179), a varíola foi uma das várias pandemias a assolar uma população em tão pouco tempo, “a doença exterminou uma grande parcela dos astecas e abriu caminho para os forasteiros até o centro de Tenochtitlán e à fundação da Nova Espanha. Adiantando-se aos conquistadores, logo surgiu no Peru, vitimando uma grande parcela populacional inca. A Guerra civil e o caos seguiram-se até a chegada de Francisco Pizarro. Os triunfos miraculosos desse conquistador, e os de Cortés, a quem ele soube imitar tão bem, foram em grande parte triunfos do Vírus da Varíola”.

Com o fim da civilização Asteca, podemos expandir essas questões epidêmicas às civilizações andinas, que também foram conquistadas pelos espanhóis e desenvolveram doenças epidêmicas como sarampo, gripe, peste bubônica, malária, difteria, tifo e cólera. Sendo esses os principais problemas das enfermidades na América, essa importação das doenças europeias exerceu um papel fundamental para o extermínio dos nativos. A catastrófica perda de vidas marcou permanentemente a história do continente americano, que a partir desse momento passaria por um longo ciclo de colonização exercida pela Europa.

Mais ao sul, os portugueses aportavam no Brasil, e o mesmo ciclo evidenciado entre Guanchos, Astecas e Incas também ocorreria com os indígenas da América do Sul, durante o período pré-colonial. Os portugueses tiveram contato com várias tribos indígenas, inicialmente os Tupis, Aimorés, Tremembés e os Goitacazes. Nesses primeiros anos de convívio, os portugueses fizeram uma detalhada análise sobre a vida indígena, assim como um levantamento dos principais problemas de saúde, doenças e desenvolvimento tecnológico (GURGEL, 2010). Um dos aspectos relevados é a inexistência da domesticação de animais, um ponto que, segundo Gurgel (2010, p. 32), “é importante fator para o desenvolvimento da imunidade”. A imunidade dos indígenas

era apenas relacionada a doenças parasitárias, não existindo ligação com a criação de animais. Gurgel (2010, p. 30) afirma que “o problema da imunidade indígena quanto a microrganismos é muito mais profundo e abrangente”. Ou seja, estando em um lugar com um grave surto epidêmico de uma determinada doença, seu sistema imunológico é incapaz de responder e combatê-la, o que pode gerar um número muito alto de fatalidades. Santos Filho (1977, p. 96) reafirma essa teoria, julgando que os indígenas eram “naturalmente sadios” e “suportavam, sem prejuízo para a saúde, as intempéries e os inconvenientes da vida nas selvas”. Contudo, sua resistência a fatores desconhecidos pelo seu sistema imunológico era inerte.

Seguindo a linha de pensamento de Santos Filho (1977, p. 39), as doenças mais frequentes nas populações indígenas brasileiras após o encontro dos dois mundos são as seguintes, “lues (sífilis), maculo, disenterias, ‘ar de estupor’, catarros (influenza), opilação, dermatoses, verminoses, febres, espasmos, bouba, tétano, tosses, verminoses, hemeralopia, parasitose (bicho-do-pé), e doenças próprias das crianças e mulheres”. André Vasques Vital (2011, pg. 21) cita outras doenças como o sarampo, a varíola e a coqueluche, e reforça as questões voltadas à imunidade inexistente aos malefícios europeus.

Na visão de Yamamoto (2004, p. 9-10), a cultura indígena classifica as doenças em dois grupos, místicas e naturais. As questões ligadas ao místico apontam que as doenças são causadas por espíritos, más ações, quebras de tabu e alterações na alma. As causas naturais mostram que os fatores físicos como chuva, sol, estresse e má alimentação seriam fatores ligados à falta de saúde que gera os malefícios do corpo. As doenças estariam ligadas ao pensamento religioso e suas crenças. Existe a representatividade de que a vivência, as dificuldades, os sofrimentos e a morte estão ligados às belicosidades da vida, que são definidas pelo seu destino no mundo.

Segundo Baida e Chamorro (2011, p. 5), a sífilis encontrada nos indígenas provocava-lhes um verdadeiro pavor, que no auge do seu desespero se embrenhavam nas matas e deles não se tinha mais notícias. Quanto ao catarro, as autoras delineiam que os índios possuidores desse mal poderiam ou não ter pego uma infecção por parte dos europeus, podendo ser sintoma de outras doenças, inclusive as intestinais, “as afecções catarrais, [...] são desenvolvidas na esfera intestinal e se manifestam por complicadas diarreias, pleurísias, inflamações nos olhos, garganta e ouvido, ou também por

parotidites”. As dermatoses davam-se por conta de pequenos ferimentos, e geralmente eram tratadas com recursos medicinais da própria floresta, de uso comum para os indígenas. Em maior atenção às Boubas, Santos Filho (1977, p. 186) assemelha essa enfermidade a uma framboesa pequena, a qual acometia a população indígena, geralmente quando meninos, e comumente foi relacionada à lascívia. Outros relatos informam que a doença poderia ser repassada por picada de mosquitos, porém poderia ser tratada com a tinta do jenipapo, que secava os bulbos. O autor sentencia que muitas vezes essa doença era categorizada erroneamente como sífilis.

A varíola na colônia portuguesa recebeu o nome de Omolu e Obaluaê¹³, e conseguiu contaminar todo o território até o ano de 1588, causando uma enorme mortalidade em ambos os hemisférios do continente americano. Geralmente, entre trinta a cinquenta por cento da população indígena padecia dessa moléstia, logo nos primeiros dias após o contágio (GURGEL; ROSA. 2012, p. 390). Como essa pestilência não era conhecida e nem originária das Américas, a compreensão da doença pelos indígenas acontecia de várias formas, sempre voltada a produtos retirados das florestas ou banhos frios nos rios, visto que a doença provocava febres constantes. Ficou vulgarmente conhecida como “doença das bexigas” e possuía um ciclo evolutivo parecido a mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta e cicatriz, sempre acompanhadas por toxemia – intoxicação no sangue por fatores internos ou externos –, e as pessoas a confundiam com a varicela. Entrementes, diversos autores afirmam que a responsável pela grande tragédia indígena no Brasil é a varíola. Entre os índios, manifestava-se de uma forma mais mortal, denominada de “púrpura variolosa”, essa variante matava a pessoa rapidamente, pois se dava quando não existia resposta imune do infectado. Considera-se, a partir da pesquisa das autoras, que o malefício havia chegado em 1555 no Rio de Janeiro, trazido por calvinistas franceses fundadores de um determinado núcleo habitacional. Em 1562, uma epidemia de varíola que se iniciou em Portugal causou reflexos imediatos na ilha de Itaparica, e no prazo de um ano já infectava Ilhéus, espalhando-se por toda a área costeira brasileira. Esse foi apenas um dos surtos que ocorreram durante todo o período colonial, a doença foi apontada no século XVII, do ano de 1616 até 1684, em vários surtos diferentes. (GURGEL, 2010, p. 123).

¹³ Orixás africanos relacionados à cura.

As doenças epidêmicas mostram uma letalidade exacerbada, principalmente nas populações indígenas, enquanto a varíola, já supracitada, matou milhares, outra doença também fez suas vítimas, no caso o sarampo. Para Coimbra Jr. (1987, p. 23), “os índices de letalidade verificados durante epidemias de sarampo são particularmente elevados, quando um grupo é atingido, são deixados à própria sorte, sem os cuidados médicos básicos. Nas populações indígenas, é comprovado segundo o autor, comportamentos mediante a epidemia: a) dispersão e fuga de seus membros; b) a aglomeração dos habitantes da aldeia em uma mesma residência comunal; c) a interrupção voluntária das atividades básicas de subsistência” (COIMBRA JR. 1987, p. 23). As explicações para cada uma dessas atitudes relevam vários pontos importantes. Inicialmente, quando um indígena fugia, geralmente ele buscava refúgio em outras aldeias e, estando assintomático, contaminaria outros indivíduos. As marcações b e c apenas favoreciam o aumento do contágio e a diminuição das resistências biológicas, pois, ao se aglomerar, aumentava-se o número de pessoas contaminadas. Além disso, ao deixar de praticar as atividades básicas, a quantidade de comida diminuía, levando-os a comprometer seriamente o estado nutricional do grupo. Esses fatores contribuíram para o alastramento em larga escala da doença entre as tribos indígenas. (COIMBRA JR. 1987, p. 24)

A influenza, assim como a varíola, também vitimou várias populações indígenas. A gripe suína veio por meio das embarcações europeias no ano de 1554, na capitania de São Vicente. No livro de Hans Staden¹⁴ de 1557, ele notou o adoecimento e a morte de famílias indígenas inteiras, sem que ele mesmo adoecesse (GURGEL, 2009). No conto de Simão de Vasconcelos¹⁵, apresentado por Ana Carolina Viotti (2012), é mostrada uma visão similar à que foi narrada por Hans Staden. Em 1552, na Bahia, surge uma “peste terrível de tosse e catarro mortal”, que se assemelhava à gripe europeia. As doenças também chegaram nos vilarejos, atacando colonos e negros, como pode se ver na passagem abaixo:

A morte, seja nos campos de batalha ou por doenças infectocontagiosas trazidas pelos colonizadores (sarampo, varicela, gripe, entre outras), dizimou gradativamente povos, tradições, línguas, costumes. Talvez as reais dimensões da mortalidade nativa após o “descobrimento” jamais serão conhecidas, já que a literatura especializada discute índices diferentes, que variam em milhões; mas é preciso reconhecer que

¹⁴ STADEN, H. Duas viagens ao Brasil. Porto Alegre: L&PM, 2010. p. 9.

¹⁵ VASCONCELLOS, Simão. **Chronicas da Companhia de Jesus do Estado do Brasil**. Lisboa, 1865.

sua tragédia foi expressiva, mudou a formação sociocultural brasileira e tornou-se decisiva para outra catástrofe sentida por povos do outro lado do atlântico sul – os africanos. A morte indígena, suas moléstias, as incapacitações dos sobreviventes para o trabalho não conceberam a escravidão negra [...] mas fomentaram-na (GURGEL, 2009, p. 176).

1.3. As epidemias no Brasil Colonial

Durante o período colonial no Brasil, a imagem paradisíaca do país desapareceu, os dias se mostraram mais longos, mais difíceis, o que se misturou a um ambiente desconhecido e nem um pouco amistoso. A vida dos pioneiros europeus era desoladora, pois corriam riscos de todas as formas, animais desconhecidos, clima pouco amistoso, plantas venenosas e doenças ainda não conhecidas do território americano. A vida longe dos grandes centros urbanos e a falta de produtos que facilitavam a vida faziam toda a diferença. Nas palavras de Gurgel (2009, p. 134):

Diante da difícil adaptação ao clima e ao aparecimento de epidemias, os “bons ares do Brasil” foram colocados à prova e a salubridade de suas paragens, duramente questionada. No Final do século XVI, as descrições sobre a vida na colônia eram de uma terra “quente como um vulcão e doentia”, considerada imprópria para uma vida saudável e tranquila.

A salubridade dos vilarejos realmente condizia com os relatos, visto que os dejetos eram um problema característico e idêntico ao da Europa. Cabia aos escravos “tigres” – receberam esse nome por carregarem os dejetos que escorriam pelas cestas de palha em suas costas – dar um fim a esses dejetos. Geralmente, eram eliminados em córregos, rios ou mar. Nos centros urbanos era comum jogar os dejetos no oceano, algumas cidades organizavam canaletas que escorriam os dejetos para o mar. Quando ocorria maré alta, os dejetos eram carregados e a cidade geralmente era higienizada apenas quando chovia. Enquanto não chovia os dejetos se acumulavam e proviam o local ideal para a disseminação de doenças. A falta de higiene provocou uma explosão de icterícia na população, que na verdade é uma doença de alerta, visto que o real problema se encontrava em doenças ligadas ao fígado, as mais comuns eram a leptospirose, a hepatite e a malária. Essas pragas se alastravam pelos vilarejos principalmente nos meses chuvosos. A chuva, que deveria ser um alívio para a podridão, trazia consigo as doenças e, além da icterícia, existem relatos de escrófulas, erisipelas, doenças gastrointestinais,

tracoma, além de problemas de pele. Algumas doenças coloniais são citadas como “corrimento”, “frialdade” e a “gota coral”. Outro fator que colaborava para a eclosão de epidemias nos vilarejos coloniais era a proximidade existente entre as habitações, provocando aglomerações (GURGEL, 2009, p. 135-137).

Apenas duas cidades possuíam as “Casas de Misericórdia” no período colonial, como exposto por André Luiz de Oliveira (2012, p. 33), uma estava em Salvador e outra em São Vicente. Com o passar do tempo, outras instituições foram criadas por “homens bons¹⁶”, como cita o autor. Essas instituições eram geralmente administradas por pessoas ligadas à Igreja. Contudo, o cenário da saúde no Brasil era sinônimo de descaso, tanto o índio como o negro geralmente não possuíam acesso a essas benesses desenvolvidas para curar os doentes. Muitas pessoas sem acesso à saúde geralmente padeciam nas ruas e sem assistência, muitos morriam em casa (OLIVEIRA, 2012, p. 33).

Calainho (2005) aponta que os jesuítas que já atuavam no Brasil. Além de oferecerem formação educacional e a fé cristã, atuaram na área da saúde ofertando tratamento a doenças e epidemias, desenvolvendo hospitais, integrando o saber indígena e a medicina ocidental sobre as plantas curativas com sua formação prévia obtida na Europa, conseguindo inclusive manter boticas ativas na Colônia. Alguns jesuítas já saíam de Portugal formados na arte médica. Esses religiosos ocuparam esse lugar, trabalhando informalmente no combate às doenças e epidemias, e com o passar do tempo se estabeleciam e eram respeitados.

Mediante compromissos com os reis Ibéricos, os clérigos tentaram a sorte em terras inóspitas e enfrentaram vários perigos, desde animais selvagens até enxames de mosquitos e índios pouco amistosos. Uma doença comum a esses religiosos era as “Câmeras de Sangue” – diarreia – disenterias com sangramento intestinal, podendo ser atribuída a amebas, parasitas ou salmonela. Essa era uma doença comum para o período e afetava tanto colonizadores quanto indígenas (GURGEL, 2009, p. 37-40).

Considerando essa quantidade de males, dois personagens dedicados aos ofícios da cura ganharam destaque no Brasil, o cirurgião e o boticário. Os cirurgiões chegaram ao Brasil e ganharam notoriedade, primeiro pela profissão e porque também, em seu

¹⁶ Pessoas ricas e influentes (latifundiários) das vilas, integrantes da Elite Colonial (Câmara Municipal de Caparaó, 2016). Disponível em: < <https://camaradecaparao.mg.gov.br/a-camara/noticias/item/84-camaras-municipais-no-periodo-colonial.html>> acesso: 03/11/2021 às 20:11.

cotidiano, desenvolviam publicações sobre o tratamento de doenças e manuais sobre medicina doméstica. Essas pessoas adaptavam seus procedimentos à realidade brasileira e integravam seu saber aos saberes farmacológicos desenvolvidos na colônia. (RIBEIRO, 1997, p. 37). No caso dos boticários, sua lida era basicamente o desenvolvimento de medicamentos e sua venda. No parecer de Betânia Gonçalves Figueiredo (1997, p. 56-77), eles possuíam um bom conhecimento, atendiam a várias parcelas sociais e eram considerados pelos locais como pontos de referência, visto que suas lojas eram fixas. Em regiões isoladas, costumavam diagnosticar doenças e receitar remédios.

Os doutos, como eram conhecidos, identificaram uma doença no século XVII, em Pernambuco, que provocou uma enorme epidemia. Viotti (2012, p. 44) aponta, por meio de várias análises, que a febre amarela foi responsável pela morte de várias pessoas, recebendo vários nomes de acordo com o tempo, entre eles: “vomito negro”, “males da bicha”, “mal de Sião”, ou simplesmente “bicha”. Muitas pessoas morreram na região, inclusive os doutos que estavam ali para reverter a situação. Pouco se sabia sobre a doença, acreditava-se que sangrias conseguiriam reverter o quadro epidêmico, tudo em vão. Segundo a visão de Viotti (2012, p. 44):

[...] os próprios doutos, temendo por sua saúde, postulavam que se o enfermo apresentasse determinados sintomas, não chegava nem a ser atendido. Se, por exemplo, o doente botasse ferrugem pela boca, a recomendação do cirurgião era clara: que se preparassem o enterro do infeliz, pois para ele já não haveria esperança de vida – e, muito menos, contato com o médico¹⁷.

Neste contexto, não se sabia a etiologia das doenças, um de seus principais sintomas era a febre, contudo várias outras enfermidades também apresentavam esse sintoma, o que muitas vezes levava o médico ao erro e proporcionava ao paciente um tratamento incorreto. As febres causavam desfalecimento, brotoejas, aumento da temperatura corpórea, convulsões, arrepios e, pungentemente, levou várias pessoas à morte, preferencialmente crianças recém-nascidas. A febre tifoide, igualmente chamada de “typho”, segundo Viotti (2012), também foi altamente letal. Grande parte das explicações das epidemias que surgiram foram creditadas às teorias miasmáticas. Outro fator que reforçava esse apontamento era o clima, Sanches (1757, p. 29) reforça essa ideia:

¹⁷In: VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. Estudo: **A febre amarela no século XVII no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Edgard Blücher Ltda, 1971. p. 75.

As colônias de Portugal das Ilhas de Cabo Verde até a China: aquelas mais habitadas são as do Maranhão, Brasil, Costa da Mina, Angola, Moçambique, e na Índia: nestes sítios o calor é contínuo; os dias são por todo o ano quase igual à noite [...] desta podridão provêm aquelas febres pestilentas, que chamam carneiradas nas minas do Mato Grosso, Cuiabá, Guaianazes. Da mesma origem vêm outros males tão comuns a todo o Brasil, como são os insetos mais noviços à saúde, e outras moléstias vulgares.

Outra observação que Sanches (1757) realiza é acerca dos miasmas, é uma referência direta sobre a prática de enterrar cadáveres dentro das igrejas. A prática era apontada pelo autor como causa da contaminação do ar e da proliferação de doenças, visto que a terra úmida não permite uma decomposição rápida dos corpos. Além disso, o ato de abrir covas para enterrar mais pessoas permitia que os gases da decomposição tomassem conta dos templos, desenvolvendo uma atmosfera extremamente desagradável.

Sobre os escravos, a partir do olhar de Pôrto (2006), afirma-se que sua identidade na sociedade colonial era ligada unicamente ao seu valor econômico, logo, seu status era de propriedade, valor investido ou coisa. Quando acometido por doenças, “o tratamento dispensado ao cativo podia variar de acordo com sua situação” (PÔRTO, 2006, p. 1022). O melhor tratamento ao escavo ocorria nas pequenas propriedades, em que seus donos empregavam grandes esforços para curar os doentes. Nas cidades, o “escravo urbano”, embora fosse independente, enquanto doente somente conseguia apoio de seus iguais, que organizavam confrarias e irmandades para se ampararem em sua própria solidariedade. Apesar de os senhores de escravos custearem o tratamento, escolhiam a melhor forma de não interromper a sua produtividade, sendo a intenção curar e prolongar a sua vida útil.

Aos escravos eram atribuídas as culpas – contágio e epidemias. Seu valor sempre foi mais econômico do que humano, vistos como animais de carga ou seres impuros que mereciam as chagas que lhes acometiam. A vida e a saúde do escravo, durante os períodos colonial e imperial no Brasil, foram deveras pesadas, sua alimentação era precária, as jornadas de trabalho longas, sofriam com castigos físicos, poucas horas de sono, entre outras tantas situações que não colaboravam com uma boa saúde. Segundo Dazille (1801, p. 1):

A mudança de clima, a diferença de tratamento, um trabalho contínuo, e desmedido, e até a fome raríssimas vezes interrompida, junto à triste consideração de seu peno estado, são outras e tantas causas das singulares e gravíssimas enfermidades,

a que é sujeita entre nós esta raça desventurada de homens, e que fazendo-lhes a vida pesada, e adiantando-lhes a morte, levam à sepultura o melhor dos cabedais daquela e das outras colônias da América portuguesa; enterrando com eles o mesmo ouro, que os seus braços haviam desenterrado, e secando assim na origem um de seus primeiros mananciais das riquezas da Coroa e do Estado.

O escravo era o vilão social, servindo para justificar as mazelas que empestevam as populações, uma vez que era mais fácil acusar o negro por essas pestilências do que tentar descobrir as reais causas. A eles foram imputados: o escorbuto, a bouba, o sarampo, o maculo, a varíola, a febre tifoide, a peste bubônica, o bicho do pé, a sífilis e as causas que iniciavam um achaque. Para os médicos à época era completamente plausível conceder-lhes a culpa por essas doenças. A exemplo disso, na cidade de Salvador durante o século XVII, culpou-se um tumbeiro por disseminar enfermidades. Afirmou-se que os navios chegavam cheios de pestilência, as quais os negros carregavam para a cidade. A preocupação era tamanha que os escravos eram colocados em quarentena antes de serem vendidos e encaminhados para a casa dos brancos. A trajetória do negro da África para o Brasil lhes gerava, além de um dano psicológico irreparável, doenças crônicas como o Banzo, as sarnas, as lombrigas, os cancos, as hidropisias e o ressecamento dos bofes, além das outras doenças já citadas anteriormente. Era uma travessia dura e cruel, e muitos não sobreviviam. A viagem dos escravos é composta pelo surgimento das doenças, as condições insalubres do transporte geravam-nas, aliadas à má alimentação e a diminutas porções de água, o que intensificou o avanço das doenças e o sofrimento causado por elas. (VIOTTI, 2012, p. 64-66).

Em face a essa infinidade de doenças, os negros possuíam seus próprios métodos de cura. Na obra de Laura de Melo e Souza, *O diabo e a terra de Santa Cruz* (1986, p. 166-167), é apresentado que os africanos, índios e mestiços possuíam vasto conhecimento medicinal e curandeiros munidos de experiência para praticar a arte da cura por meio de “ervas medicinais e de procedimentos rituais específicos a seu universo cultural”. A prática era cultivada tanto por homens quanto por mulheres, dependendo da população que usufruía dessas benesses. Na sociedade europeia, as pessoas tratavam as doenças como uma entidade maligna/sobrenatural, que só poderia ser derrotada com ajuda específica espiritual ou por meio de recursos naturais. Ainda segundo Souza (1986), “na falta de explicações naturais, o homem se voltava para as sobrenaturais”. Na credence popular, assim, fatores que não podem ser explicados fugiam à naturalidade das coisas e tendiam a ser explicados de maneira magnífica ou irreal, na tentativa de tentar curar aquilo

que não se possuía conhecimento para superar, por meio de rituais mágicos ou à espera de milagres que nunca chegavam.

As pessoas que apelavam para o sobrenatural também se utilizavam de “beberagens e banhos” que tinham ação terapêutica e funcionavam tanto quanto as ações sobrenaturais utilizadas para extirpar a doença. Esses instrumentos de cura eram utilizados pelos “Curadores negros”, como aponta André Luís Lima Nogueira (2013, p. 165), como parte dos seus rituais religiosos que confluíam com suas crenças africanas. A prática do curandeirismo, segundo Benedito Carlos Costa Barbosa (2019, p. 141-142), “destacou-se em diversas partes do Brasil nos tempos de epidemias [...] Na Amazônia, esta prática não se caracterizou de modo diferente de outras regiões [...] os elementos indígenas se mesclaram a outros saberes, dando origem ao que se conhece atualmente como pajelança cabocla, que seria uma mistura de saberes Tupinambás, saberes negros e saberes brancos”.

1.3.1. A Varíola

A varíola fazia-se presente no Brasil durante a transição Colônia/Império. Algumas mudanças no trato da doença já começavam a ser percebidas a partir do final do século XVIII, como o processo de “variolização” e o nascimento da medicina científica. Rezende (2009, p. 228) aponta o método que propiciou um tratamento para a varíola:

Na luta contra a varíola, os povos orientais utilizavam há mais de mil anos a chamada “variolização”, que consistia na inoculação de material retirado das pústulas de um enfermo, na pele de um indivíduo são. Este, adquiria a enfermidade em forma mais branda do que através do contágio natural. Contudo, apesar de sua relativa benignidade, a doença se manifestava com todo o seu cortejo sintomático, deixando, por vezes, cicatrizes no rosto e no corpo das pessoas inoculadas.

A variolização foi então um método usado para prevenir uma infecção mortal. Para Chalhoub (2008, p. 103-104), o uso da variolização se deu com maior afinco após uma onda epidêmica de varíola em 1720. Embora fosse uma questão que possuísse controvérsias sociais, pois existiam grupos negacionistas que não aceitavam o tratamento, algumas pessoas foram selecionadas e inoculadas para testagem, algumas pessoas faleceram. Embora negativo em alguns casos, o experimento foi aceito e utilizado em outras nações, como os Estados Unidos, em eventos variólicos de 1721, e na Alemanha. Já no Brasil Colonial, a doença era frequentemente devida ao intenso tráfico de escravos

e, segundo o autor, “há duas escassas referências a missionários que tentaram o método na região amazônica em meados do século XVIII, mas não há notícia de que a iniciativa tenha tido continuidade” (CHALHOUB. 2008, p. 105).

Em Goiás, Oliveira (2003) aponta que a vacinação era vista como loucura em algumas localidades, existindo uma resistência disseminada nos primeiros momentos, dos mais pobres até as classes economicamente mais abastadas. Existiram alguns fatores que levaram à recusa da vacina: o processo doloroso da vacinação; a falta da matéria-prima, que era proveniente do Rio de Janeiro e não resistia à longa viagem e ao calor; o incômodo das pessoas em retornar ao local de vacinação para receberem o material de outra pessoa; além da recusa de receberem a vacina animal por temerem que seus filhos nascessem com aspectos bovinos. Outra recusa, apontada por Oliveira (2003), era o quesito religioso, no qual “[...] padres chegavam a dizer que tal invento era presente de Satã e que vinha perturbar a marcha da natureza” (CHALHOUB, 2004, p. 145). A sociedade goiana naquele momento era muito voltada à religiosidade, o que tornava o processo de vacinação algo profano.

Havia um tom negacionista entre os goianos, essa imagem surgiu fruto das mesmas questões que ocorreram no Rio de Janeiro. Nos apontamentos de Pereira (2002, p. 24) e Chalhoub (2004, p. 100), essa negação veio das classes mais abastadas, baseada em dois aspectos, as tradições religiosas que ligavam a doença a orixás africanos como Omulu, gerando nessa parcela social um temor irracional, e as questões voltadas à tradicionalidade, pois a imposição das vacinas infligiria à população a violação de seus lares e a desonra das famílias.

Embora a variolização fosse razoavelmente efetiva para enfraquecer a doença em algumas pessoas, a real cura para a doença só foi desenvolvida depois. O método de desenvolvimento se deu por conta de algumas pessoas que estavam com uma variante da doença que afetava mais animais, no caso as vacas. A essa doença se dava o nome de “cowpox”, que em contato com humanos causava pequenas lesões parecidas com pústulas, que logo desapareciam. Aparentemente, as pessoas que acabavam se contaminando com essa doença apresentavam uma proteção contra a variante da doença em humanos, denominada “smallpox”.

Em meados do século XVIII, na Inglaterra, Edward Jenner estudou e observou as duas variantes (Cowpox e Smallpox), e estava determinado a criar um método que

protegesse as pessoas da doença. Segundo Rezende (2009, p. 229), a experiência ocorreu da seguinte forma:

“Uma mulher, de nome Sara Nelmes, havia adquirido a varíola bovina (cowpox) ordenhando vacas doentes. Jenner inoculou a linfa retirada de uma vesícula da mão direita de Sara Nelmes na pele do braço de um menino de oito anos, de nome Jacobo Phipps. A criança desenvolveu a conhecida reação eritemato-pustulosa no local da escarificação e escassos sintomas gerais. Decorridas seis semanas Jenner inoculou o pus da varíola humana na criança, que não adquiriu a doença. Estava descoberta a vacina antivariólica. [...] depois de ter inoculado com sucesso mais três pacientes, fez a sua primeira comunicação à Royal Society de Londres, a qual fazia parte”.

Segundo Fernandes (2010, p. 44-46), a monarquia portuguesa, após a chegada ao Brasil, criou a Junta Vacínica da Corte, com o intuito de organizar a vacinação antivariólica. Essa junta seguiria a mesma linha de difusão que as cortes europeias, o combate aos surtos epidêmicos. Uma das justificativas para a criação dessa junta é creditada à morte de dois irmãos e um filho, que faleceram devido ao agravamento da doença. Embora fosse um projeto ambicioso, a junta não obteve muita efetividade, e suas falhas eram reportadas nas publicações oficiais.

A vacinação antivariólica no Brasil encontrou resistência em grupos negacionistas que não acreditavam na efetividade da vacina, creditando a ela o aumento do número de pessoas doentes¹⁸. Com isso, até o século XIX ocorreu a proliferação de surtos epidêmicos desnecessários, já que a vacina era eficaz¹⁹. Na concepção de Chalhoub (1996), um dos fatores preponderantes para a não aceitação da vacina era o de que forças demoníacas articularam o seu desenvolvimento e que suas almas seriam corrompidas. Outro fator era o exame de pústulas e a transposição de linfa, extremamente desagradável e que espantava as pessoas que se disponibilizam para o processo de imunização.

Fernandes (2010, p. 47) aponta que a vacinação, mesmo que obrigatória, mostrou pouca adesão da população em geral. A obrigatoriedade foi cumprida parcialmente nas

¹⁸ Inicialmente ocorreu a partir da divergência dos médicos que pesquisavam as vacinas. Um grupo acreditava que a vacina seria uma prevenção contra a varíola, enquanto outro acreditava que a vacina transmitiria doenças bovinas para o homem. A dificuldade da produção da linfa e a dificuldade de transportar o produto para as províncias mais distantes fortaleceram o movimento negacionista. Iniciou-se um processo de difamação do processo de vacinação, gerando notas de que algumas crianças vacinadas estariam com sífilis e de que a transmissão havia ocorrido durante o processo de variolização (CHALHOUB, 1996).

¹⁹ Apenas em 1980 a Organização Mundial da Saúde declarou a erradicação mundial da varíola (REZENDE, 2009, p. 230).

fazendas escravagistas, nas quais o vacinador era solicitado para fazer o serviço de imunização nos escravos. A maior parcela da população temia quaisquer efeitos do processo de vacinação.

Os desdobramentos desses episódios culminaram na, tão famosa e presente na maioria dos livros didáticos, “Revolta da Vacina”²⁰. Em análise nas coleções didáticas de história do PNL D 2019, todos os livros de nona série do ensino fundamental II abordam a temática e a reforma sanitária presente no Rio de Janeiro. Geralmente com ênfase na questão social, política, econômica e negacionista da população carioca do século XX, principalmente no uso de charges.

A Revolta da Vacina é marcada como um dos maiores movimentos negacionistas que já ocorreu no Brasil, na visão de Myriam Bahia Lopes (2001, p. 79-95), sendo o Brasil “retratado pela historiografia como um país em desenvolvimento, que segue, no seu lento compasso, as inovações científicas adotadas pelos países europeus”. A sociedade e os jornais zombavam da vacina, ofereciam tratamentos ineficazes e atravancavam qualquer oportunidade de políticas públicas voltadas à vacinação. Segundo Eduardo Aguiar (2021, p. 13), o movimento político agitou os bastidores para a aprovação da vacina, enquanto outros criticavam a efetividade da mesma, algo bem parecido com o que ocorre na atual pandemia de Covid-19. Embora a vacina não tivesse conseguido um avanço considerável em números, sua efetividade salvava vidas. Porém, o plano de vacinação obrigatória falhou, e todos que se recusaram a se vacinar ficaram à mercê da pestilência.

²⁰ “Em meados de 1904, chegava a 1.800 o número de internações devido à varíola no Hospital São Sebastião. Mesmo assim, as camadas populares rejeitavam a vacina, que consistia no líquido de pústulas de vacas doentes. Afinal, era esquisita a ideia de ser inoculado com esse líquido. E ainda corria o boato de que quem se vacinava ficava com feições bovinas. No Brasil, o uso de vacina contra a varíola foi declarado obrigatório para crianças em 1837 e para adultos em 1846. Mas essa resolução não era cumprida, até porque a produção da vacina em escala industrial no Rio só começou em 1884. Então, em junho de 1904, Oswaldo Cruz motivou o governo a enviar ao Congresso um projeto para reinstaurar a obrigatoriedade da vacinação em todo o território nacional. Apenas os indivíduos que comprovassem ser vacinados conseguiriam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento, autorização para viagens etc. Após intenso bate-boca no Congresso, a nova lei foi aprovada em 31 de outubro e regulamentada em 9 de novembro. Isso serviu de catalisador para um episódio conhecido como Revolta da Vacina. O povo, já tão oprimido, não aceitava ver sua casa invadida e ter que tomar uma injeção contra a vontade: ele foi às ruas da capital da República protestar. Mas a revolta não se resumiu a esse movimento popular. Após um saldo total de 945 prisões, 461 deportados, 110 feridos e 30 mortos em menos de duas semanas de conflitos, Rodrigues Alves se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória. “Todos saíram perdendo. Os revoltosos foram castigados pelo governo e pela varíola. Mais tarde, em 1908, quando o Rio foi atingido pela mais violenta epidemia de varíola de sua história, o povo correu para ser vacinado, em um episódio avesso à Revolta da Vacina”. (A revolta da Vacina. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Abril/2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>> Acesso: 12/03/2020 às 22:47).

1.3.2. A Febre Amarela

A população brasileira também passou por várias epidemias de febre amarela. Refazendo o caminho da inserção da doença no Brasil, Odair Franco (1969, p. 5) aponta que, em 1685, ocorrem as primeiras anotações sobre esse malefício dentro do território brasileiro, mais especificamente em Recife. Uma das suposições para chegada da doença ao país seria sua proveniência das Antilhas. Estima-se, a partir da observação dos cronistas²¹, que logo após a chegada da moléstia cinco pessoas de uma mesma moradia adoeceram e que até o dia 10 de dezembro cerca de seiscentas pessoas morreram. Uma longa campanha profilática ocorreu nos dias vindouros, desde a purificação das casas para que os ares ruins saíssem, até a separação dos doentes do convívio dos sadios.

Na Corte, a princípio, a febre amarela foi considerada um desígnio de Deus, uma forma de punição devido à boemia no Rio de Janeiro. Contudo, o ritmo da cidade, as festas, eventos e bailes não diminuía. Em contramedidas, grupos de pessoas se esmeravam em desenvolver penitências, procissões e todos os tipos de atividade religiosa para amenizar os males sanitários que ocorriam por toda capital. Mediadas por teorias religiosas, as pessoas perceberam que era necessário adotar os pensamentos científicos para estancar a peste que acometia a cidade. Logo as autoridades do império passaram a adotar medidas públicas profiláticas visando a controlar os males urbanos. Porém, grande parte das discussões se dividiam sobre se a peste se propagava por contágio ou infecção²². As medidas mais lógicas que se encontravam naquele momento eram as quarentenas estipuladas para os navios que estavam chegando, e o isolamento das pessoas doentes em áreas mais distantes. Contudo, a ideia de isolamento e quarentena desagradava em muito os comerciantes, principalmente os ingleses, que viam nessas atitudes um grande problema e usavam o argumento do livre-comércio e de que as medidas só impediam a economia. Declaravam, ainda, que as medidas sanitárias eram pressupostos científicos

²¹ Miguel Dias Pimenta, Familiar do Santo Ofício, mascate de profissão, exercendo a clínica médica e cirúrgica entre os escravos, escreveu o livro “Notícias do que é o Achaque do Bicho”, publicado em Lisboa no ano de 1708. É considerado o terceiro livro escrito em vernáculo sobre a medicina no Brasil (SCHLEMPER, 1969, p. 10).

²² O contágio seria o contato com determinado vetor, que se proliferava na pessoa, podendo assim ser transmitido. A infecção dava-se por meio de vetores pútridos no próprio ambiente, que o contaminavam, disseminando assim a doença. (CHALHOUB, 1996).

inúteis de fanáticos que defendiam que a doença se espalhava por infecção, e que essas medidas nada influíam contra a doença²³ (CHALHOUB, 1996).

As capitais de Montevideú e Buenos Aires, mencionadas por Cleide de Lima Chaves (2013), submetiam as embarcações a períodos de observação durante um determinado período, até que foi decretado o fechamento total para as embarcações brasileiras, “portanto as medidas para se precaverem contra o vômito preto²⁴ deveriam ser drásticas”. Esses apontamentos só refletiam a crise de saúde em que o Império Brasileiro estava inserido. Segundo Ilana Löwy (2006), embora a doença tenha se tornado endêmica na cidade do Rio de Janeiro e em várias outras pelo Brasil, por volta de 1849-50, ela não atingia tanto as pessoas com melhores condições financeiras e escravos “aclimatados”, afetando os mais pobres devido a sua condição sanitária. A doença não era, assim, vista como um grande problema para a faixa mais abastada da sociedade. Ainda segundo Löwy (2006, p. 95), para alguns era um meio de se livrar o país dos estrangeiros indesejáveis. Chalhoub (1996) via na doença uma forma de erradicação da pobreza e de limpeza sanitária da capital.

Outro ponto, indicado por Chalhoub (2006), é o de que se desenvolveu, no Rio de Janeiro, um verdadeiro clamor popular para a extinção dos cortiços. Entretanto, não eram apenas as instalações pobres que deveriam desaparecer, o pobre em si incomodava e era vetor das principais doenças das quais a cidade padecia. O marco foi a demolição do cortiço²⁵ denominado “Cabeça de Porco”, pois pretendia-se expandir a ordem sanitária, mas também promover outro fator, uma limpeza social. Estabeleceu-se que a figura do pobre era um perigo real de contágio, e que as pessoas que compunham as altas classes eram os verdadeiros flagelados.

²³ Em discurso feito na cidade de Sorriso, em Mato Grosso, o presidente Jair Bolsonaro exaltou nesta sexta-feira o poder do agronegócio brasileiro e voltou a criticar o isolamento social adotado por governadores e prefeitos durante a pandemia de Covid-19. Para o presidente, o agronegócio "não caiu" no que chamou de "conversinha mole de ficar em casa". MURAKAWA, Fabio. **Bolsonaro chama isolamento social contra covid de 'conversinha mole de ficar em casa'**. Revista Valor. Brasília, setembro/2020. Disponível em <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/09/18/bolsonaro-chama-isolamento-social-contracovid-de-conversinha-mole-de-ficar-em-casa.ghtml>> Acesso: 10/03/2021 às 00:39.

²⁴ Denominação para febre amarela (CHALHOUB, 1996).

²⁵ Segundo Backheuser, cortiços são “As estalagens antigas com um aspecto mais primitivo, mais grotesco, mais mal-acabado. São ligeiras construções de madeira, que o tempo consolidou pelos consertos clandestinos, atravancadas nos fundos de prédios, tendo um segundo pavimento acaçapado como o primeiro e ao qual se ascende dificilmente por escadas íngremes, circundado também por varandinhas de gosto esquisito e com textura ruínoza. Isto que aí fica resumido é o cortiço”. Definição presente na obra Cidade Febril, de Sidney Chalhoub (2006).

De forma direta, eles realmente eram vetores de doenças, mas não pelo fato de serem pobres, e sim pelo fato de estarem sujeitos às mazelas que a pobreza trazia. Isso porque ninguém, de fato, queria viver naquelas condições. Não existia, contudo, outro jeito de sobreviver ao momento pelo qual passavam, por só poderem contar com o que tinham e não possuírem nenhum tipo de assistência do Estado. A figura do pobre para a sociedade era a de um perigo real de contágio. Eram pessoas expostas a todo tipo de mal, que não se cuidavam e que viviam em um lugar pior que o outro. Até sua prole era considerada um meio disseminador de doença, pois aprenderia com os pais e quando adulto teria as mesmas atitudes. O fato de os cortiços estarem ligados à pobreza, à aglomeração e à falta de saneamento levou as pessoas a utilizarem todo o tipo de repúdio possível a seus moradores (CHALHOUB, 2006).

As primeiras doenças que começaram a se disseminar nessas localidades foram a febre amarela e a cólera, que alcançaram um número alto de mortalidade. Houve várias propostas políticas e sanitárias a fim de regular essas localidades. Contudo, o aumento crescente do número de pessoas de baixa renda na cidade passou a oferecer um risco para a elite urbana. Fomentou-se meios de dificultar o acesso dessas pessoas a moradias, a exemplo disso ocorreu o aumento de alugueis. Outras imposições foram realizadas, como mudança de rotina, reparos, construção de latrinas e toque de recolher (CHALHOUB, 2006).

Uma das grandes preocupações que passou a determinar o desenvolvimento social era a tuberculose, perante um aumento considerável de pessoas com esse mal. Logo os cortiços se tornaram novamente os vilões, visto que, no entendimento médico, existia uma associação desse mal às péssimas condições de vida dos pobres. Deste modo, os cortiços se tornaram um problema social que deveria ser resolvido. Novas medidas sanitárias começaram a entrar em vigor, no sentido da destruição de alguns cortiços visando a combater os maus hábitos desse segmento social. (CHALHOUB, 2006).

Outra forma de se erradicar a doença no Rio de Janeiro seria acabar com a escravidão. Löwy (2006) e Chalhoub (1996) apontam que a corte passou a pensar na questão dos negros, pois acreditava que o fim do tráfico traria para o Brasil uma melhora no quesito de saúde pública. A febre amarela e a resistência dos negros à doença enchiam de pavor a sociedade escravista no momento. Uma solução para esse problema seria a introdução da mão de obra imigrante. Entretanto, esta era muito suscetível ao “mal do

vômito preto”. Porém, para garantir uma tranquilidade social, os médicos reais falaram aos habitantes da capital que a doença afetava mais os estrangeiros que não eram acostumados com o clima brasileiro, visto que a doença nos aclimatados era benigna. A imigração passaria a ser a principal forma de manter o sistema agrário, pois com a libertação dos escravos resolveriam dois problemas, o contínuo aumento social promovido pelo fim da escravidão e as pestilências trazidas pelos tumbeiros, iniciando com isso o processo de “embraquecimento” social e de sanitização (LOWY 2006; CHALHOUB, 1996).

Apenas em 1870, com o advento da teoria microbiana, que as pesquisas se intensificaram. A descoberta do agente causador do mal não implicou na confecção da vacina. Acreditava-se que o agente causador da febre amarela obedecia a fases, e que a latência ocorria em determinados momentos e a virulência em outros, fazendo-se necessário sanear a cidade como medida basilar de enfrentamento à doença (LOWY 2006; CHALHOUB, 1996). A partir do século XX, de acordo com Cláudia Santos Turco e Eduardo Nazareth Paiva (2018, p. 36), as descrições em estudos voltados à doença revelaram a sua forma de transmissão:

“O mosquito *Stegomyia fasciata*, identificado como vetor intermediário da febre amarela. [...] tinha trazido à tona em pesquisas sobre malária e filariose. A hipótese de transmissão pelo mosquito foi inicialmente elaborada em 1881 pelo pesquisador cubano Carlos Finlay²⁶ e estabilizada por experimentos da Comissão Reed também em Cuba, 20 anos depois. As experiências da Comissão confirmaram que a febre amarela na natureza só pode ser transmitida através da picada do mosquito *Stegomyia fasciata*. A consequência desses resultados foi o estabelecimento de um programa de eliminação dos

²⁶ Nasceu em Cuba, então colônia espanhola, na cidade de Porto Príncipe (hoje Camagüey), em dezembro de 1833. Filho de pais europeus, recebeu seus primeiros estudos em Paris. Formou-se médico no Jefferson Medical College da Filadélfia, em 1855. Dois anos depois teve o diploma reconhecido em Cuba e passou a clinicar. Em 1872 foi admitido na Real Academia de Ciências Médicas, Físicas y Naturales de Havana. Durante a década de 1870 fez pesquisas sobre a influência das condições atmosféricas na prevalência de febre amarela. No início de 1881, já convencido de que a doença era causada por um agente infeccioso e tendo observado que só se transmitia sob certas condições topográficas e climáticas, apresentou uma comunicação preliminar durante a Conferência Sanitária Internacional, pontuando que a transmissão da febre amarela requeria um agente autônomo específico, necessário para viabilizar a transmissão do doente para o susceptível. Em agosto, apresentou à Real Academia de ciências o estudo "O mosquito hipoteticamente considerado como agente de transmissão da febre amarela", no qual descreve os hábitos do mosquito *Stegomyia fasciata* (hoje *A. aegypti*), apresenta os resultados de seus experimentos expondo voluntários susceptíveis à picada de mosquitos infectados e estabelece três requisitos para a transmissão: 1- A existência de um doente que possa ser picado. 2- A sobrevivência do mosquito pelo tempo necessário a tornar-se infectante. 3- Que o indivíduo picado em seguida seja susceptível. PALMEIRA, Guido. O homem e a doença. Brasil, 2021. Disponível em <<http://www.ohomemeadoenca.com.br/biograf/Biocarlosfinlay.html>> Acesso: 10/03/2021 às 21:55.

mosquitos e, a partir de 1901, obteve-se uma rápida queda nos casos de febre amarela em Havana.”

A pesquisa desenvolvida por Carlos Finlay²⁷ possui consonância com Löwy (2006), estudos direcionados à descoberta de agentes infecciosos que desenvolveram uma linha de pesquisa voltada para a ecologia e direcionaram-se ao clima e ao ambiente, abrindo a porta para a descoberta de várias outras doenças e suas disseminações.

1.4. Epidemias: do Império à República.

1.4.1. Cólera

Outra doença predominante no período foi a cólera, percebida como uma das piores doenças já surgidas no Continente Americano. O medo que essa doença provocava nas pessoas era terrível. Kaori Kodama (2012) aponta que, em um momento no qual o Brasil já passava pela epidemia de febre amarela, a cólera surgia como mais um meio de mortandade entre a população. Irrompia no verão, por volta do ano de 1855, e já em seus primeiros surtos causou a morte de milhares nos principais locais de embarque e desembarque de pessoas, os portos. As cidades mais atingidas por esse mal eram o Rio de Janeiro, Salvador e Belém. Os documentos oficiais da época apontaram uma embarcação portuguesa como o possível foco da doença, e a propagação do malefício já havia vitimado cerca de trinta e seis passageiros. Chaves (2013) aponta que “O Brasil foi atingido pela terceira pandemia²⁸, cujo flagelo foi importado de navio oriundo de Portugal”. A doença foi ignorada e não aceita como cólera, desdobrando assim o fato em um forte surto epidêmico que vitimou mil e nove pessoas em Belém, e mais cinco mil na província do Pará. Ganhando proporção, chegava ao Amazonas e Maranhão. Quatro meses depois, o alastramento já havia chegado ao Rio de Janeiro, que geralmente possuía mais foco das governanças locais (KODAMA, 2012, p. 59-62).

Em relatórios médicos, José Pereira do Rego, membro da junta de Higiene Pública do Rio de Janeiro, relatou que a doença atacava primordialmente:

[...] os pretos, os homens de cor, e alguns ilhéus empregados em trabalhos árduos por desprezarem os preceitos higiênicos; poucas foram as vítimas dadas nas outras classes, assim como nas tripulações dos navios ancorados no porto, exceto quanto estas

²⁷ Em 1881, o médico Carlos Juan Finlay realizou experimentos que visavam a verificar a ação de mosquitos como possíveis meios de transmissão da doença. Em 1882, detectou o gênero *Aedes* como agente transmissor (ORTIZ, 2008, p. 24).

²⁸ Segundo CHAVES (2013), houve seis grandes surtos epidêmicos de cólera no mundo.

eram compostas de pretos e de homens de cor. Os mendigos, que infestavam esta cidade em grande número, e dormiam nos ados das igrejas e nas praças públicas, foram das primeiras vítimas das epidemias, e desapareceram quase todos (REGO, 1872, p. 87).

Nas observações de Silva (1857, p. 19), as principais relações entre a mortalidade da cólera e a população pobre, em sua maioria, pretos, eram: “o clima quente e úmido, as variações atmosféricas e as habitações em lugares baixos, mal arejados, pouco espaçosos e de alta concentração humana. Além das condições de vida, falta de alimentação, higiene, trabalhos pesados e de maus-tratos”, e a situação piorava no interior do país. Com o advento da doença, e a preocupação geral no país com o crescimento excessivo, algumas atitudes foram tomadas para que a enfermidade diminuísse de intensidade e, logo, o cuidado com os negros se tornou fundamental. Cândido (1855, p.12) indica que se “recomendava que os escravos nas fazendas tivessem alimentação adequada, fossem bem agasalhados, não trabalhassem muito tempo em rios ou pântanos e que as senzalas não ficassem em lugares baixos, sombrios e úmidos [...] suas moradas deveriam ser varridas, arejadas, deixando-se entrar o sol, e os dejetos deveriam ser feitos a distância, era permitido ou obrigado ao escravo dormir perto do fogo” (KODAMA, 2012, p. 64).

Cabe mencionar que a cólera também esteve presente na Guerra do Paraguai, desde o seu início até a disseminação pelos países sul-americanos, várias pessoas foram afligidas por esse mal, causando um forte pesar internacional entre as nações, Chaves (2013) estima que “O cólera-morbo marcou definitivamente os Oitocentos, com seis pandemias mundiais e foi a nona doença do Século XIX. A epidemia de cólera durante a guerra chegou a ceifar, até o final do ano de 1867, cerca de quatro mil soldados brasileiros”, que Doratioto (2002, p. 284) aponta que em termos de guerra, “[...] em um dia, o malefício tombou vidas, sem o exército ter saído do lugar”. A epidemia de cólera provocou tantos reveses que foi necessário desenvolver medidas drásticas para impedir ainda mais o avanço da doença, medidas sanitárias foram instaladas nos portos, nenhum navio devia entrar no país sem autorização, e os que aportavam geralmente ficavam sob regime de quarentena. Chaves (2013) aponta a saída diplomática para resolver o revés epidêmico: “No final do século XIX, dois acordos sanitários internacionais, estabelecidos entre o Império do Brasil e as repúblicas da Argentina e do Uruguai nos anos de 1873 e 1887, viriam buscar solucionar os problemas gerados pelas epidemias e pelas quarentenas”.

1.4.2. A Influenza.

Outra doença presente no período colonial brasileiro, descrita como “catarrhos”, a influenza teve uma infinidade de definições sociais ao longo do tempo. No Reino Unido, os termos “catarro epidêmico”, “febre catarral” ou “destempero” foram utilizados para categorizar a doença, sendo chamada de “Influenza” somente após a pandemia de 1918. A gripe, vulgarmente chamada assim na antiga capital imperial, é documentada ao longo da história, ocorrendo desde a colonização, flagelando principalmente as populações indígenas nos anos de 1552 e 1559, comunidades que morriam devido a sua imunidade não reagente ao vírus. Porém, sua ocorrência aumenta com o passar do tempo, sendo fortemente documentada entre os séculos XVIII e XIX no Brasil (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 12).

Assim como outras epidemias, a Influenza também chega pelos portos, em um desses casos, Parsons (1891) relata que nos fins do século XIX “uma onda pandêmica de Influenza, grassando a Europa, também atingira o Brasil. Um navio procedente de Hamburgo teria atracado em Salvador, trazendo a bordo doentes infectados. Sua tripulação, [...] liberada por alguns dias contaminou metade da população local, disseminando-se depois para o nordeste”. Em outro caso, Rodrigues (1891) aponta que, após da chegada da doença no Nordeste, metade da população dessa região contraiu a doença. Parsons (1891, p. 354) afirma que, após esse surto epidêmico, no ano seguinte ocorreu outro, porém com maior nível de contágio devido à sazonalidade que favoreceu o aumento de casos naquela localidade.

A partir do século XX, embora surtos de gripe ocorressem, sua mortalidade acontecia prioritariamente em indígenas. Outras pessoas se contaminavam, mas sobreviviam à doença. Contudo, esse fator mudou no ano de 1918, com o advento da gripe espanhola. Bertucci (2004, p. 442) avalia que a gripe espanhola foi um dos maiores acontecimentos epidêmicos do século XX, vitimando milhares de pessoas, devastando populações e determinando a incapacidade do homem de lidar com aquela pestilência. Há divergências sobre a origem da doença, como o mundo passava por mudanças e guerras, atribuiu-se inicialmente a culpabilidade do surgimento à Espanha. Outra possibilidade é a de que a gripe tenha sido introduzida por trabalhadores que desenvolviam uma linha férrea na França. Uma terceira teoria seria a de que a doença se desenvolveu no front de

batalha durante a Primeira Guerra Mundial, sofreu uma mutação e ganhou proporções mundiais (MAMELUND, 2008.)

No Brasil, de acordo com as observações de Passos e Walter (2020, p. 13-17), a doença oficialmente chegou pelo porto do Rio de Janeiro. Uma embarcação inglesa, o Demerara²⁹, trazia consigo o vírus mortal, em seu diário de bordo havia notificações de passagem por Liverpool, Portugal, Recife, Salvador e Rio de Janeiro. A princípio foi noticiado por jornais que uma vítima do sexo feminino, que fora passageira da embarcação, havia falecido e contagiado outros familiares. Goulart (2005, p. 106) aponta que “[...] constatou-se doentes com a forma benigna da doença”. A partir desse momento, especulou-se como a doença havia se instalado. Não existiam respostas contundentes, apesar disso, algumas pessoas já constatavam que a doença poderia ter chegado bem antes e já estar em circulação há um bom tempo. Embora o Governo do Rio de Janeiro tivesse tomado medidas para se barrar a doença, já havia ocorrido a inserção da transmissão social no Brasil. Em uma passagem, Damasceno Neto (2010, p. 63) aponta que a doença havia chegado em Goiás por vias férreas, atingido as cidades do seu curso, no caso Ouvidor, Catalão, Goiandira, Ipameri, Urutaí e Roncador.

Não existia cura para a doença e a disseminação atingia as principais capitais do país. O governo local não possuía preparo para combater tamanho malefício e também não estavam preparadas para tamanho contágio. As cidades passavam por um processo de modernização, fatores que visavam a melhorar as condições sanitárias existentes. Outro aspecto fundamental, na compreensão desse momento, era a preservação da elite em detrimento dos miseráveis na régua das medidas sanitárias, que visavam a limpar as ruas. A população mais pobre recorria a meios “alopáticos, homeopatia, fitoterápicos, rezas das benzedadeiras, aos santos católicos ou divindades das religiões de africana. A febre era um dos sintomas mais recorrentes, por isso era receitado o quinino, houve até o

²⁹ Um dos primeiros jornais a noticiar o que todos já desconfiavam foi O Combate, de São Paulo. Na edição de 27 de setembro de 1918, estampou na primeira página: "A 'espanhola' já chegou ao Brasil". Àquela altura, o Demerara já era conhecido pelo macabro apelido de "navio da morte". Estima-se que, só no Brasil, a gripe espanhola tenha matado 35 mil pessoas. No mundo inteiro, a moléstia teria dizimado, segundo as estimativas mais conservadoras, 30 milhões de pessoas - quase quatro vezes o número de mortos durante a Primeira Guerra (1914-1918). BERNARDO, André. **Gripe espanhola: a viagem em que o 'navio da morte' Demerara venceu bombardeios alemães e trouxe a doença ao Brasil. BBC News Brasil.** Rio de Janeiro. Nov/2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54907997#:~:text=O%20Demerara%20fez%20sua%20C3%BAltimana%20primeira%20viagem%20q%20e%20fez>> Acesso: 11/03/2021 às 21:57.

relato de “uso da vacina da varíola como prevenção da influenza” (FRANCO *et al.*, 2016, p.413; SCHLEMPER JR; DALL’OGLIO, 2011, p.107). Outras medidas tomadas foram o fechamento de escolas, igrejas, teatros, associações esportivas, festas foram canceladas, todos os meios que pudessem formar aglomeração foram evitados, alterando profundamente a vida das pessoas no território brasileiro (PASSOS; WALTER, 2020). Bertucci (2004, p. 442) indica que:

“Em meio à impotência e ao desespero, o socorro aos doentes foi palco de manifestações contraditórias. Por um lado, tentativas de aliviar o sofrimento com a busca de remédios e sua distribuição aos necessitados; por outro, os abusos com a venda de produtos inúteis, viabilizada por intermédio da manipulação do pânico das pessoas.”

Tendo por base Damasceno Neto (2009, p. 5), afirma-se que “A virulência que a epidemia de gripe grassou é explicada pela associação do vírus da gripe com bactérias que causam a pneumonia e outras complicações, depois que os sintomas das vítimas evoluíam, dificilmente a pessoa se tornava convalescente”. Percebe-se que o corpo debilitado possibilitava a entrada de outras doenças, principalmente as respiratórias. Somente a partir de 1933, quando ocorreu um surto na Inglaterra que possibilitou a descoberta do vírus por Wilson Smith, Christopher Andrews e Patrick Laidrow³⁰, que por meio de testes com animais replicaram o vírus. Ocorreram outros surtos, porém a letalidade do vírus diminuiu ao ponto de praticamente não produzir vítimas. Estima-se que a Gripe Espanhola tenha sepultado cerca de trinta e cinco mil pessoas em todo o território nacional. (FGV, 2016).

1.5. Epidemias no século XX.

1.5.1. A Tuberculose.

Aproveitando o contexto das doenças na contemporaneidade, partirei nesse momento para as doenças que marcaram o século XX. Embora essas doenças já existissem, e seus surgimentos sejam de eras imemoriais, a pesquisa caminhará para explorá-las nesse período. A exemplo, partimos para a tuberculose, que segundo Rosenberg (1999), Antunes (2000) e Bertolli (2001), Maciel (2012), já se fazia presente

³⁰ William I. W., **Influenza: the last great plague**, op. cit.; Edwin Kilbourne, “Influenza”, Ricardo Veronesi (Org.), *Doenças infecciosas e parasitárias*, 8ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

no mundo há cinco mil anos antes de cristo, evidência comprovada por sua presença em múmias. Essas provas foram conseguidas por meio de três métodos: o carbono 14, exames de ácido desoxirribonucleico (DNA) e por autópsias³¹ realizadas nas múmias. As autópsias revelaram sintomas característicos, um deles o “mal de pott”. Os pulmões mumificados em bom estado, autopsiados, apresentaram lesões pleuropulmonares, assim como o sangue na traqueia, confirmando a presença da tuberculose. Além disso, os exames de DNA realizados nos tecidos coletados apresentavam a presença da bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Há mil e cem anos a.C., estudos também apresentaram a presença da tuberculose em múmias peruanas, levando a crer que a doença já estava presente no continente americano bem antes de os europeus aportarem por aqui. Contudo, segundo Maciel (2012, p. 227), enquanto a colonização portuguesa já se estabelecia, no Brasil alguns religiosos e primeiros colonos aportavam munidos desse mal, que eles chamavam de “peste branca”. É revelado na historiografia que o jesuíta Manoel da Nóbrega era possuidor do mal, e relatava por cartas³² seus sintomas, sem ao menos imaginar do que se tratava sua real condição de saúde. Claudio Bertolli Filho (2001, p. 76) aponta: “Não faltam afirmações de que os padres fimatosos Manoel da Nóbrega e José de Anchieta tenham sido os primeiros disseminadores da doença entre os indígenas, contribuindo para o decréscimo populacional entre os tupis-guaranis catequizados”.

Em contato permanente com os povos indígenas locais, transmitiram a eles a doença, provocando mortes e convalescência entre as populações indígenas. Filho (2001, p. 76) reforça a ideia da mortalidade indígena, atribuindo essa questão a outra teoria, que fora relevada com as questões indígenas e a varíola, no caso, a teoria do solo virgem. Segundo o pesquisador, “a moléstia firmou-se como uma das principais causas de óbitos entre os indígenas a partir do século XVI, fenômeno que sugere pouca intimidade grupal com o bacilo de Koch”, ou seja, a peste branca adentrou um sistema que não possuía defesas e marcou o desaparecimento de várias populações indígenas. Outro grupo social

³¹ No século XIX, a autópsia da múmia de uma mulher de 50 anos, Irtyersenu, levou ao diagnóstico equivocado da causa de sua morte. Pesquisadores de Londres estudaram tecidos retirados do corpo de 2,6 mil anos e descobriram que Irtyersenu morreu vítima de tuberculose, doença muito difundida no Egito, e não de câncer de ovário. The Guardian. **Nova autópsia em múmia de 2,6 mil anos revela tuberculose**. Out/2009. Disponível em: <<https://www.estadao.com.br/noticias/geral,nova-autopsia-em-mumia-de-2-6-mil-anos-revela-tuberculose,443944>> Acesso: 13/03/2021 às 17:53.

³² “A mim devem-me já de ter por morto, porque ao presente fiquo deitando muito sangue polla boca. O médico de quá hora diz que hé vea quebrada, ora que hé do peito, hora que pode ser da cabeça: seja donde for, eu o que mais sinto hé ver a febre ir-me gastando pouco a pouco”. LEITE, S. **Cartas dos Primeiros Jesuítas do Brasil**. São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1957.

brasileiro infligido por esse mal era o dos escravos. Ao chegar no novo continente, acredita-se que também não eram “tuberculinizados” e, logo, passaram a ser outro grupo muito contagiado. Em muitos casos o seu cotidiano ajudava no desenvolvimento social da doença. Ritmo de trabalho exacerbado, poucas horas de descanso, pouca alimentação, vícios (tabaco e álcool), higiene e durante seu tempo de descanso estavam em um recinto pouco arejado, úmido, muitas vezes frio demais ou quente demais e repleto de pessoas. Ou seja, o ambiente ideal para a doença se proliferar. Entretanto, isso durante a colônia era algo sacramentalizado não apenas para os negros, os pobres que possuíam péssimas condições de vida também eram alvo da doença.

Durante o Império, a tuberculose ganhava outro status que, na visão de Rosenberg (1999, p. 6), reflete uma transição das populações mais carentes para a elite, pois os poetas e filósofos acreditavam que a doença lhes outorgava intelectualidade, conforme descrito na citação abaixo:

De épocas passadas, desde a Antiguidade, a maior informação que nos chega sobre as vítimas da tuberculose é relativa às camadas sociais mais altas. Como disse Marx, a história da humanidade é a história das classes dominantes. Por isso, em relação à tuberculose, sabemos muito mais dos dramas e comportamento dos doentes mais destacados e sua repercussão social na época considerada. Dos milhões de desvalidos que morreram consumidos pela tuberculose, tanto no passado como na modernidade, praticamente nenhuma notícia se tem relativamente aos seus sofrimentos e dramas. Nada de lirismo, pobre não tem possibilidades de ser romântico.

A doença possuía, entre as pessoas de maior renda, um status “positivo”. Até a metade do século XIX, a pessoa tuberculosa era percebida por seus iguais como uma pessoa refinada e motivada pelo ideal romântico, algo muito difundido entre intelectuais e artistas³³ (ANTUNES, 2000). Somente a partir do século XX, com o avanço da medicina, ocorre a desvinculação, ligando a doença a um espectro com as categorias sociais desfavorecidas. Porém, isso gera um novo problema, a exclusão e estigmatização do tuberculoso (MACIEL, 2012, p. 227 - 228). Na visão de Sontag (1984, p. 10), a

³³ Manoel Bandeira convivía com uma tuberculose de surtos agudos, que com o passar do tempo tornou-se crônica, durante esse tempo ele desenvolveu inúmeras poesias, que descreviam o seu estado de espírito e de saúde: “Minha respiração se faz como um gemido / Já não entendo a vida e se mais a aprofundo / Mais a descompreendo e não lhe acho sentido - Temo a monotonia e apreendo a mudança / Sinto que minha vida é sem fim, sem objeto... / Ah, como dói viver quando falta a esperança” (ROSENBERG, José. Tuberculose – **Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação**. Boletim de Pneumologia Sanitária. Vol. 7, nº2. Jul/Dez, 1999).

tuberculose é “desintegração, estado febril, desmaterialização. Trata-se de uma doença de líquidos – o corpo transforma-se em fleuma, muco, escarro e, finalmente, sangue – e de ar, criando a necessidade de melhores ares”, exemplificando bem os motivos da tratativa social com os doentes e o medo de contrair a mazela.

O século XX é marcado também pelas cobranças ao setor público por medidas que combatessem a peste branca, devido à alta mortalidade da moléstia, que se estende até os anos 1940. Vários tipos de medicamentos foram usados na tentativa de amenizar seus efeitos. Foram criadas ligas de combate à tuberculose, campanhas de educação sanitária, atendimentos aos pobres, criação de locais próprios para o cuidado dos tuberculosos, entre outras ações (MACIEL, 2012, p. 228-229). Dilene Raimundo do Nascimento (1991) relata que a Liga Brasileira contra a Tuberculose possuía objetivos de “[...] divulgação de esclarecimentos sobre como evitar o contágio e sobre recursos terapêuticos, além da construção de dispensários e sanatórios. [...] a liga propugnava maior participação do Estado nos esforços de prevenção e controle, através da reestruturação de serviços e cumprimento de preceitos já previstos pelas posturas municipais” (NASCIMENTO, 1991). Embora tenha havido várias cobranças, o setor público pouco fez para resolver a situação referente à tuberculose. Os planos de ações elaborados por Oswaldo Cruz, que era naquele momento Diretor Geral de Saúde Pública, foram louváveis no sentido de perceber a importância de se priorizar as ações sanitárias para combater a doença. Entretanto, houve poucos efeitos práticos para sanar o grande problema, por falta de verbas ou por descaso do poder estatal.

A criação de um diagnóstico mais preciso, que mesclava a radiografia e a fotografia, desenvolvido pelo médico brasileiro Manoel Dias de Abreu, ficou conhecido como “abreugrafia”. Esse processo se difundiu mundo afora por ser um procedimento com baixo custo. Abreu (1930) também inovou com a tese do “aparentemente sadio”, que eram as pessoas opostas às tradicionalmente apontadas como doentes e que serviam, contudo, como disseminadoras assintomáticos da doença (ABREU, 1930).

As questões oriundas ao controle da doença se iniciam com melhores tratamentos farmacológicos. Com isso, a pessoa afetada pelo malefício conseguiu uma melhoria na qualidade de vida no arrastar do tratamento, que diminuiu consideravelmente de 24 meses para 6 meses. A mortalidade também decaiu mediante novos tratamentos, passando a ser uma doença completamente curável na maioria dos casos. Novos aumentos

de caso de tuberculose ocorreram a partir de 1993, pois a doença apareceu vinculada a outro malefício, o HIV – vírus da imunodeficiência humana –, que tratarei em outro momento. (MACIEL, 2021).

1.5.2. Poliomielite.

Outra epidemia que também foi controlada por meio da vacinação foi a da poliomielite, comumente chamada de paralisia infantil. A doença grassou no Brasil de maneira mais incidente nos anos de 1930, 1940 e 1953. Partirei da análise de Campos, Nascimento e Maranhão (2003); Tavares (2015); Silva (2004) e Silva e Camara (2011), para compor um pequeno histórico da doença e de sua trajetória no Brasil. Historicamente, a pólio é descrita há mais de dois mil anos a.C. em escrituras egípcias, nelas são relatadas pessoas monstruosas, débeis, deformadas e paraplégicas, identificando assim que a doença já era presente socialmente naquele período. Silva (2004, p. 19) aponta que imagens sobre a pólio podem ser vistas em artefatos produzidos na décima oitava dinastia (1580 – 1350 a. C.) do Egito antigo.

No ano de 1840, foi constatado clinicamente que a doença se desenvolvia na medula espinhal, por Jacob Von Heine (PRESCOTT, 1996). A doença surge após um período de incubação que ocorre entre 4 a 35 dias, sendo mais comuns sintomas de 6 a 20 dias. Possui, segundo Silva (1988), uma transmissão assintomática que pode ocorrer pela saliva, catarro ou fezes. A descrição da doença foi descoberta apenas em 1908, na qual se estabelece três tipos possíveis de poliovírus³⁴, extremamente virulentos. Os padrões básicos da doença são descritos como paralítica ou não-paralítica. Os casos mais graves ocorrem quando o vírus chega no sistema nervoso, podendo causar, na maioria das vezes, enfraquecimento dos músculos, causando também descontrole e, em casos extremos, paralisia completa, o que é chamado de paralisia flácida aguda (SILVA, 2004).

No parecer de Silva e Camara (2011), os primeiros casos no Brasil ocorreram no ano de 1911, em São Paulo, sendo descritos pelo Dr. Luiz Hoppe na Santa Casa de Misericórdia. Nesse mesmo ano, é relatada a primeira epidemia de poliomielite no território nacional, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, onde outro surto

³⁴ Das três cepas de poliovírus selvagem (tipos 1, 2 e 3), o poliovírus selvagem tipo 2 foi erradicado em 1999 e nenhum caso de poliovírus selvagem tipo 3 foi encontrado desde o último caso relatado na Nigéria, em novembro de 2012. O último caso de poliovírus selvagem nas Américas foi notificado em 1991, no Peru. (OPASBRASIL, 2019).

acontece no ano de 1917. Novos casos surgiram a partir de 1930 e, embora a doença se alastrasse epidemicamente, as governanças a ignoravam, tratando-a como não existente ou de diminuta quantidade de casos. Geralmente, quando uma notícia negativa ou alarmante se alastrava, logo tentavam omiti-la, a fim de se manter uma aparente estabilidade. Nos anos seguintes (1937 e 1939), a epidemia alcançou os grandes centros urbanos, somente a partir desse alastramento a doença ganhou mais visibilidade. Entretanto, questões negacionistas prevaleciam, o que fica evidente na seguinte passagem: “[...] no auge da epidemia carioca, um anônimo autor clamava pela verdade e denunciava: ‘a obscuridade que ainda reina’” (CAMPOS, NASCIMENTO e MARANHÃO, 2003, p.576-578).

Tavares (2015, p. 9-11) relata que, entre os anos de 1940 a 1950, surgiram duas frentes de pesquisa para a criação de uma vacina. Uma dificuldade para essa produção se dava porque o vírus se alastrava por vias neurais, e a replicação do vírus nesse tipo de tecido era inviável. Jonas Salk conseguiu, em 1949, replicar o vírus em tecidos diferentes, o que ocasionou a produção de uma vacina com vírus inativado. Possibilitou também a vacina produzida por Sabin, com o vírus atenuado. A vacina com vírus inativado foi aplicada no território brasileiro a partir do ano de 1955, contudo, com alcance menor. A vacinação de maior amplitude no território nacional ocorreu a partir do ano de 1961, com a segunda vacina, produzida por Sabin e adotada pelo Ministério da Saúde.

A partir dos anos 1980, a pólio foi finalmente controlada no Brasil, e a redução dos casos de doentes diminuiu consideravelmente em relação aos números anteriores. Essa década ficou marcada como o período de vacinação em massa. Contudo, ainda nesse ano, ocorreu uma última epidemia de poliomielite na região Nordeste, devido à baixa cobertura vacinal e problemas na conservação das vacinas. Já nos anos seguintes, em 1989, registrou-se os últimos casos de poliomielite no país. Na década seguinte, no ano de 1994, o continente americano não apresenta nenhum caso de pólio gerado pelo vírus selvagem. Consta que o plano de vacinação contra a pólio seguirá até o ano de 2024, possivelmente marcando a erradicação dessa doença (TAVARES, 2015, p. 11).

Embora a poliomielite não se apresente atualmente como um problema, é válido lembrar que uma das principais dificuldades geradas pela doença se dava para algumas pessoas após a cura, pois em 1% dos casos a doença deixava sequelas graves. As imagens de jovens em cadeira de rodas ou com deformidades nos membros que aparecem hoje,

em fotografias antigas, não refletem apenas a deformidade, mas a exclusão e a marginalização dessas pessoas. Desde o ano de 2015, o número de crianças vacinadas vem caindo. No último ano, em 2020, apenas 70% das crianças foram vacinadas, o que acende o alerta para uma possível epidemia de poliomielite em pleno século XXI³⁵.

1.5.3. Meningite

A epidemia ocorreu entre os anos 1970 a 1974, no contexto da ditadura civil militar estabelecida após o Golpe de 1964. A análise da doença durante esse período partirá da visão de Schneider (2015 e 2016), Barata (1988 e 2006), Bernardo (2020) e Iversson (1976). No parecer desses pesquisadores, o país, de modo geral, passava por um período denominado de milagre econômico, no qual a economia foi centralizada e houve intensa participação da iniciativa privada estrangeira e privatizações de empresas públicas. Significou, para uns, um grande avanço econômico e, para outros, os “Anos de Chumbo”. Como o Brasil vivia vigor econômico, a epidemia de meningite foi ignorada, pois na visão do governo militar nada poderia ofuscar o seu sucesso econômico.

No parecer de Schneider (2016, p. 94), ocorreram dois grandes ciclos epidêmicos nos grandes centros urbanos brasileiros durante a década de 1970, com maior incidência em São Paulo e no Rio de Janeiro. O mundo também já havia enfrentado esses tormentos durante as duas grandes guerras mundiais. Fato esse que colaborou com a disseminação do agente transmissor da doença, os meningococos A e C. A doença no Brasil passou de epidêmica para endêmica nos anos de 1950 e 1960, assim como no restante do mundo (BARATA, 1988). A partir da metade da década de 70 no Brasil, o surto epidêmico se difundiu e os militares no comando, tendo conhecimento da infecção generalizada entre as pessoas, escolheram encobrir os fatos e declarar de forma superficial que eram casos isolados, ou optavam simplesmente por negar a existência da epidemia (SCHNEIDER, 2015, p. 8). Em 1971, pessoas que moravam em distritos próximos da capital paulista já apresentavam sintomas clássicos da doença, como dor de cabeça, febre alta e rigidez na nuca.

³⁵ CURSINO, Frederico. Poliomielite: vacina tem baixa adesão pelo quinto ano consecutivo. UOL, Rio de Janeiro. Out/2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/10/30/vacina-contrapolio-tem-baixa-adesao-e-risco-da-doenca-volta-a-assustar.htm>> Acesso: 17/03/2021 às 00:33.

Grande parte população daquela época, de acordo com Barata (1988), era composta basicamente por pessoas que viviam em zonas periféricas e em situação de pobreza, desenvolvendo-se ali o cenário ideal para a proliferação da moléstia. A pesquisadora cita que os fatores econômicos aliados a um regime de trabalho muito extenso, exploração da mão-de-obra, baixos salários e alimentação insuficiente e um crescimento populacional acentuado colaboraram para o alastramento da doença meningocócica. Por efeito, a doença chegou também aos setores que gozavam de mais privilégios sociais. Na medida em que as classes privilegiadas começaram a sofrer com essa situação, iniciou-se um movimento de pressão aos setores governamentais.

Iversson (1976, p. 11 e 12) aponta que não existe uma explicação objetiva para os surtos epidêmicos da doença meningocócica, e não existindo uma imunidade natural contra a doença, leva-se a crer que o surgimento da moléstia se deve ao crescimento populacional migratório e à mobilidade populacional no estado de São Paulo. Como a cidade crescia industrialmente e novos postos de trabalho surgiram, foram ocasionalmente ocupados por migrantes. Iversson (1976, p. 12) evidencia o principal motivo dos surtos gerados pelos migrantes:

“[...] vivendo em condições de aglomeração habitacional, mal alimentados, exercendo trabalho braçal com maior estafa física, não aclimatados, submetidos a stress físico e emocional pela diferença de modo de vida na metrópole, apresentando possivelmente um estado imunológico de menor defesa ao meningococo, constituíram um terreno ótimo para a estação e propagação da infecção meningocócica. [...] A movimentação diária do município, de suas residências para os locais de trabalho, assim como de outros municípios para São Paulo, feita em transportes superlotados, proporciona condições muito favoráveis à transmissão da doença e a sua propagação para locais mais distantes. Nos meses frios a maior incidência da meningite meningocócica já é referida desde os primeiros estudos epidemiológicos. É relacionada a possibilidade de maior transmissão do meningococo, pelo confinamento das pessoas em ambientes fechados.”

O sistema de saúde paulistano, que já era bem precário, dava sinais de esgotamento de vagas por conta da superlotação. Doentes peregrinavam pelos hospitais da cidade em busca de vagas, geralmente passavam horas e dias em busca de tratamento, que se iniciava assim que se detectava a doença, que se desenvolvia com uma recuperação rápida e sem sequelas. Para piorar a situação, no ano de 1974, outra variante da doença começou a se alastrar da mesma maneira, o meningococo A, que segundo Schneider

(2015, p. 8), a “periculosidade é muito maior do que a do meningococo C, que já circulava desde 1971”. O único hospital que atendia a pacientes com esse mal possuía apenas trezentos leitos, mas, superlotado, atendia a mil e duzentas pessoas. Não havia mais leitos, não havia mais medicamentos e também não se possuía funcionários para atender tamanha demanda. Essas informações eram controladas pelo governo militar, para que não se causasse alarde populacional. Contudo, em face da superlotação, era impossível esconder o cenário epidêmico, o que obrigou o governo a assumir a situação caótica. Segundo Barata (1998), a única saída era a vacinação em massa, feita no mais curto prazo. A segunda via foi tomar medidas profiláticas que auxiliaram na diminuição dos números da doença, medidas que previam o afastamento social. Entre as atitudes iniciadas estavam a suspensão de aulas e eventos esportivos. Algumas escolas, como aponta Bernardo André (2020), tornaram-se hospitais de campanha, e quando havia notícia de alguma pessoa infectada nas redondezas se exigia cuidado máximo ao se circular³⁶.

Barata e Moraes (2005) apontam que a epidemia meningocócica teve um grande avanço entre os anos de 1970 a 1977, chegando a um pico de 179,1 casos por 100 mil habitantes no ano de 1974, diminuído sua proliferação com o advento da vacinação. Abaixo, apresenta-se uma comparativo com surtos de anos passados e a epidemia de 1970.

Tabela 1. A distribuição geográfica da incidência da meningite no município de São Paulo durante os anos de 1965 a 1977.

Área	1965/1969	1970/1977	RR (epidemia/ endemia)
Centro	0,90	23,20	25,78
Oeste	1,80	36,11	20,06
Sul	1,57	46,78	29,80
Norte	1,91	37,82	19,80
Leste	1,72	39,21	22,80
Total	1,52	36,78	24,20

Transcrito de: (BARATA; MORAES, 2005).

³⁶ BERNARDO, André. **Escolas fechadas, hospitais lotados, eventos cancelados e dados censurados: O Brasil da meningite de 1974**. BBC News Brasil. Rio de Janeiro. Mar/2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52058352>> Acesso: 15/03/2020 às 22:46.

O negacionismo em relação à epidemia imposto pelo governo militar, que omitia as notificações sobre a doença, mesmo depois de vir a público a questão de superlotação do Hospital Emilio Ribas, era o maior problema. Após o ano de 1974, a repressão viria de todas as formas para não permitir o acesso à informação da população, seguindo até 1975 (BARATA, 1998). A partir desse momento, sem outras opções, a única medida viável foi garantir a vacinação para todas as pessoas acima de seis anos e, segundo Schnider (2016, p. 99-100), “[...] foram vacinadas quase 80 milhões de pessoas”. Schnider (2016) afirma também que “não haveria tantas mortes na época e talvez não chegasse a virar uma epidemia. O silêncio impediu que medidas adequadas fossem adotadas no momento do surgimento da doença, como medidas preventivas, vacinações, informações para não gerar pânico na população, entre outros fatores”.

As mortes geradas durante a epidemia em muito se deram por conta do descaso governamental em querer esconder a doença, em detrimento da econômica nacional. Essa análise é explorada na entrevista realizada com o Dr. José Cássio de Moraes, ao portal “Voz Dissonante”, revelando uma quantidade alta de óbitos e uma população que deveria ser priorizada, mas que ficou mantida na sombra da ignorância sob o pretexto de que a verdade criaria um alarde desnecessário, ou de que pobres não liam jornal.

Em 1975, o país iniciou o processo de vacinação nacional contra a meningite (BARATA; MORAES, 2005). O sucesso vacinal obtido naquele momento ocorreu devido à liberação oficial do número dos doentes, movimentando a população aos postos de saúde para se imunizar. Esse movimento deu início à diminuição dos números de infectados no Brasil, diminuindo a taxa de letalidade de 10% para 2% (ANDRADE, 2020). Para Barata (1988), se o diagnóstico do doente era positivo e o mesmo fosse tratado rapidamente com antibióticos, o risco de morte diminuía consideravelmente. Os números sobre a quantidade de casos e mortes são discordantes, mas estima-se que, entre 1971 e 1976, foram registrados 19,9 mil casos de infecção e 1,6 mil mortes (ANDRADE, 2020).

1.5.4. **Aids / HIV.**

A epidemia da AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – aparece como uma das mais recentes doenças a flagelar a humanidade durante o século XX. Surgida em 1980 de forma misteriosa, ela influi biologicamente, psicologicamente e socialmente na vida do doente, tal qual a lepra, a peste, entre tantas outras. A análise sobre a doença

partirá por meio da visão de Ujvari (2003 e 2012), Greco (2008 e 2016), Almeida (2004), Barata (2006), Nascimento (2010) e Pollak (1990).

As primeiras alegações quanto ao surgimento do vírus ocorrem no ano de 1980, sendo os primeiros casos detectados na África e nos Estados Unidos. As causas de seu aparecimento ainda cerceiam o campo da dúvida, embora já se admita, por meio de hipóteses, que a doença é proveniente de primatas. Contudo, a forma pela qual ocorreu a transmissão só é tateada no campo das especulações. Na opinião de Ujvari (2003, p. 259), a partir de estudos dos materiais genéticos do vírus da AIDS foi possível compreender sua formação genética. Durante a década de 1990, foram comprovados dois aspectos, o primeiro foi o de que a doença é encontrada em macacos, e o segundo foi o de que a doença já existia antes de infectar humanos. As pesquisas genéticas comprovaram esse resultado e atribuíram uma semelhança entre o vírus humano e o vírus símio. Esses estudos levam a crer que o contato entre homem e primata aumentou no século XX, tendo o homem invadido nichos ecológicos, desmatando, caçando e se alimentado de primatas. Acredita-se que o vírus já circulasse bem antes de 1980, visto que amostras de sangue coletadas nos anos de 1950 já apresentavam a infecção. Talvez, ainda, já existisse desde o século XVII, por meio cálculos de ancestralidade (UJVARI, 2003, p. 261).

O HIV se dissemina por meio de dois vírus, o Tipo 1 e o Tipo 2. O Tipo 1 é proveniente de chimpanzés do Camarões e Gabão, e o Tipo 2 de macacos da Guiné-Bissau. Ambas as formas de infecção, acredita-se, ocorreram por meio da alimentação da carne desses animais que, malcozidas, fizeram a interligação entre homem e vírus. No corpo do homem, o vírus extremamente mutagênico se adaptou para se disseminar entre humanos, e a cada nova mutação leva consigo uma parte do hospedeiro anterior (UJVARI, 2012, p. 7-8).

Devido às mutações e à virulência do HIV, aliados a um momento social em que se pregava a liberdade sexual e individual das pessoas, formou-se o campo fértil para a proliferação epidêmica entre as pessoas. Em junho de 1981, declarava-se pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) o surgimento de uma nova doença muito agressiva. Nascimento (2005, p. 81) aponta que os primeiros casos detectados foram apresentados em uma publicação³⁷ que relatava que cinco homens homossexuais, nos Estados Unidos,

³⁷ Morbidity and mortality weekly Report – é o boletim oficial do CDC, cujo objetivo é divulgar informações e recomendações relacionadas à saúde pública nos EUA. (NASCIMENTO, 2005, p. 108).

sem histórico de imunodeficiência, desenvolveram pneumonia pela bactéria *Pneumocystis carini*, considerada uma doença que ataca imunodeprimidos. Além de tuberculose, Sarcoma de Kaposi e uma baixa severa no sistema imunológico. A conclusão era de que se tratava de uma doença desconhecida, de alta transmissibilidade. Como o malefício se disseminou fortemente na comunidade gay, pejorativamente, passaram a chamar a doença desconhecida como “câncer gay”³⁸, pneumonia gay, síndrome gay e imunodeficiência ligada à homossexualidade. Apenas em 1982 a doença passou a ser chamada de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) (ALMEIDA, 2004, p. 12-13).

O fato de a mazela ocorrer entre um grupo sexualmente ativo, não aceito socialmente, fez com que as acusações contra essa comunidade aumentassem substancialmente. É possível observar o trato social a partir da passagem de Ujvari (2012, p. 77):

[...] na época em que surgiu a Aids. Ainda temos na lembrança as explicações para o seu aparecimento na década de 1980. Membros da Igreja diziam que a doença fora enviada por Deus como castigo às imoralidades sexuais dos primeiros pacientes, uma vez que no início só eram acometidos homossexuais masculinos. Muitos acreditam, ainda hoje, que a Aids surgiu para conter o avanço da liberdade sexual que está implícita em um contexto de imoralidade. O preconceito está caracterizado nos diversos sinônimos que a doença recebeu, como "doença dos gays" e "peste gay". Esse mesmo preconceito se reflete na postura de esconder os familiares ou amigos que apresentam a doença. Na década de 1980, dizer que alguém tinha Aids era o mesmo que declará-lo homossexual, e os casos se mantinham como um segredo guardado a sete chaves pela família.

Michael Pollak (1990, p. 20-21) reforça a ideia do preconceito e o drama das pessoas que viviam vidas duplas, tornando assim a homossexualidade e a bissexualidade práticas clandestinas e vexaminosas socialmente, na maioria das vezes, cruéis para quem se assumia. Com o advento da AIDS, a sensação de exclusão e preconceito só aumentou, principalmente no âmbito familiar, pois a família, ao tentar esconder a sexualidade de um ente, movia “mundos e fundos” para manter a imagem familiar ilibada. As pessoas com

³⁸ A AIDS, cuja radicalidade da experiência dessa epidemia fez detonar processos subjetivos e supostamente superados, reativando no imaginário social as imagens simbólicas da ‘peste’ (CZERESNIA, 1997).

diagnóstico positivo para a AIDS recebiam o título de homossexual no mesmo instante em que o conhecimento da doença viesse a público.

Nascimento (2005, p. 82) relata que “[...] a nova e misteriosa doença que atacava homens jovens homossexuais, levando-os inclusive à morte, tornou-se notícia constante na grande imprensa e na mídia geral”, isso aumentou consideravelmente o fator de exclusão e discriminação dos homossexuais, pois passaram a ser ligados diretamente ao malefício, e a doença passou a ser vista como a síndrome da ira de Deus.

Na concepção de Almeida (2004, p. 17), o padrão definido da AIDS nesse momento, além de punição divina ou doença imunda e contagiosa, seria o de que ela era uma afecção exclusiva dos homossexuais. No entanto, com o passar do tempo, essa extensão negativa da doença iria recair em outros grupos, como o da prostituição e o de toxicômanos, imputando a essas pessoas o título de “grupo de risco”³⁹. Isso aumentou ainda mais o sentido de exclusão e estigmatização desses indivíduos, e gerou outro problema, pois as pessoas que não se creditavam a esses grupos de risco se imaginavam livres da doença, o que representava um ledo engano. Nascimento (2005, p. 84) reforça essa ideia:

“Dado o desconhecimento dos mecanismos de transmissão da doença e sua associação às relações homossexuais, sendo apenas tardiamente admitida a possibilidade de contaminação também por relacionamentos heterossexuais, o resultado foi a veloz expansão universal do número de casos da doença, forçando o reconhecimento da existência de uma pandemia.”

Percebida nesse momento como doença crônica, de alta letalidade e sem um tratamento específico, ela arrastava lentamente as pessoas para a morte. A primeira medicação utilizada foi o AZT, que anteriormente foi utilizada como droga experimental para o tratamento do câncer, passou a ser a medicação indicada para o combate à AIDS em 1986 (BARATA, 2006, p. 38). Outro fator citado pela autora para o combate à disseminação da doença foram as campanhas publicitárias, os telejornais e a troca de informação entre agências jornalísticas.

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS surge em um delicado momento político, a transição da ditadura militar para o Estado democrático. Teodorescu e Teixeira (2015, p.

³⁹ Um grupo de risco corresponde a uma população sujeita a determinados fatores ou com determinadas características que a tornam mais propensa a ter ou adquirir determinada doença.

423) indicam que a política nacional de medicamentos e combate à AIDS se iniciou paulatinamente em 1983, sendo firmada por meio da lei federal nº 9313/1996⁴⁰, comumente conhecida como Lei Sarney. Contudo, até a criação da lei, o Estado brasileiro não fornecia medicamentos para os doentes, apenas oferecia tratamento ambulatorial.

A partir de 1988, criou-se o Centro de Referência e Tratamento da AIDS, no qual a Secretária do Estado de São Paulo organizou, na ação orçamentária, meios para adquirir medicamentos específicos para o enfrentamento das doenças oportunistas, especificamente para esse centro, excluindo o restante do estado. As medicações adquiridas no programa eram: aciclovir, ganciclovir, pentamidina e o fluconazol. Outros medicamentos já faziam parte do tratamento ambulatorial, como: trimetoprim/sulfametoxazol, sulfadizina e o cetoconazol. Esse tipo de prioridade de tratamento contemplou também o Hospital Emílio Ribas. Em 1988, com a disponibilidade do AZT no mercado, o Ministério da Saúde recebeu amostras da medicação para uso laboratorial, e a partir de 1989 alguns estados como São Paulo passaram a adquirir a medicação, porém a custos altíssimos, atendendo a uma parcela ínfima de doentes. Somente em 1990, um plano de aquisição e distribuição gratuita foi efetivado para o AZT, DDI (didanosia, alternativa para AZT) e em seguida o DDC (zalcitabina) (TEODORESCU; TEIXEIRA. 2015, p. 423-424).

O país se reorganizava politicamente e já combatia as questões ligadas à doença, segundo Greco (2016, p. 1554), “[...] de modo inusitado, se compararmos a outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando a AIDS de frente”, por meio da criação do SUS, criou-se o PNDST/AIDS⁴¹, que passou a coordenar as medidas de enfrentamento à doença passando a fornecer os meios profiláticos para o

⁴⁰ Art. 1º Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2º As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento. (BRASIL, 1996).

⁴¹ Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida - O PN DST/aids visa reduzir a incidência de HIV/aids e outras DST e melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras dessas doenças (PNDST, 1999).

enfrentamento da doença, no caso, a camisinha. Além de oferecer gratuitamente a medicação de controle aos infectados, assim como todo o suporte laboratorial para acompanhamento e monitoramento da infecção. Esse processo de distribuição das medicações no Brasil se inicia em 1991. Desenvolveu-se, em 1993, a fabricação da medicação em território nacional.

A partir de 1990, constata-se uma mudança no perfil epidemiológico da doença no Brasil, segundo Rodrigues Jr. e Castilho (2004) a transição ocorre “[...] na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia [...] apresentando crescente ocorrência de casos em indivíduos com baixo grau de escolaridade”. Observa-se que as questões voltadas ao grupo de risco⁴² e comportamento de risco⁴³ entram em desuso, visto que qualquer pessoa que tivesse contato sexual com sangue contaminado ou por objetos contaminados de fato se contaminaria. Essa transição de dados, segundo Almeida (2004), ocorre entre 1987/1992. Posteriormente, a partir de 1995, surgiram os coquetéis, que seriam a combinação de vários medicamentos que ajudavam a reduzir a carga viral dos pacientes em tratamento, alterando consideravelmente os paradigmas da infecção.

Nos anos que se seguiram, as medidas de enfrentamento se amplificaram, no Brasil se estabeleceu a partir de 1996 um sistema de tratamento aos doentes, rastreio das principais cepas encontradas no território e os locais de maior incidência de infectados. Já em 2002, com investimentos do governo brasileiro por meio de um programa de combate a AIDS/HIV, desenvolveu-se formas de tratamentos, reduziu-se o índice de mortalidade da doença, a morbidade, internações, hospitalizações e aposentadorias compulsórias, gerando para o país uma imensa economia reconhecida internacionalmente (GRECO, 2016).

Em 2007, o Ministério da Saúde decretou o licenciamento compulsório do medicamento antirretroviral Efavirenz. A justificativa do Ministério era o valor abusivo cobrado pelas grandes farmacêuticas em um momento em que o número de infectados só

⁴² Os grupos de risco têm a função de selecionar quais pessoas precisam de atenção imediata com seu estado de saúde. Em geral, essas pessoas já possuem alguma doença que pode se agravar, mas isso não é regra. É possível haver um grupo no qual a intenção é prevenir doenças, como, por exemplo, mulheres acima de 39 anos que não realizam a mamografia periodicamente (IMP, 2021).

⁴³ Comportamentos de risco são práticas adotadas que aumentam o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível (DST). O consumo de álcool, drogas e a prática de atividade sexual sem proteção, são fatores que potencializam o risco de um indivíduo adquirir uma doença. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso: 06/10/2021 às 21:23.

aumentava. Após longas negociações, o Ministério de Saúde Brasileiro conseguiu obter a medicação por meio de versões genéricas, que possuíam valor de baixa oferta e poderiam ser produzidas nacionalmente, por meio do laboratório Farmanguinhos (Fundação Oswaldo Cruz). A destinação dessa medicação, por lei, só ocorreria por via pública, para respaldar o licenciamento compulsório e atender a um grande número de pessoas que não possuem acesso econômico para adquirir a medicação. Essa medida foi vista como uma grande vitória por outros países e pela OMS (RODRIGUES; SOLER, 2009, p. 553-557).

Atualmente, segundo a UNAIDS (2020)⁴⁴, os casos aumentaram por todo o Brasil do período de 2010 a 2018, de acordo com Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde. Mesmo com as novas medidas profiláticas, a falta de conhecimento e de cuidado colaboram para o aumento de números no país. As novas medidas profiláticas para a não infecção da doença são descritas da seguinte forma:

Alguns grupos de pacientes que se expõem de maneira repetida ao vírus podem tomar uma parte do coquetel chamado PrEP, que é a profilaxia pré-exposição. Eles tomariam esse remédio de forma indefinida, não como tratamento, mas justamente para evitar o vírus. Há, também, a profilaxia pós-exposição, a PEP, para pessoas que foram expostas de maneira desprotegida ao HIV. Nesse caso, o indivíduo pode tomar um coquetel por 28 dias, tentando reduzir a aquisição”. Ambas as estratégias são oferecidas pelo SUS: a PEP está disponível desde 2010 e a PrEP desde o fim de 2017. [...] nem a PEP ou a PrEP servem como substitutas à camisinha; a PrEP também não protege de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como sífilis, gonorreia e clamídia, devendo sempre ser combinada com outras formas de prevenção.⁴⁵

Atualmente, vacinas contra o HIV estão sendo testadas na expectativa de se desativar ou eliminar o vírus no corpo do infectado. A UFMG desenvolve um estudo, já em fase 3, sobre a eficácia de duas vacinas contra o vírus causador da aids. A pesquisa chama-se Mosaico e conta com a participação de várias empresas farmacêuticas. Acredita-se que as duas vacinas em desenvolvimento consigam estimular uma resposta

⁴⁴ O UNAIDS está liderando o esforço global para acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública, até 2030, como parte dos objetivos de um desenvolvimento sustentável. **Salvando Vidas, não deixando ninguém.** UNAIDS. Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en>> Acesso: 21/03/2021 às 01:00.

⁴⁵ **HIV e AIDS: da prevenção ao tratamento.** UFJF Notícias, Revista A3. Governador Valadares. Fev/2020. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/02/21/hiv-e-aids-da-prevencao-ao-tratamento/>> Acesso: 21/03/2021 às 00:46.

imunológica para a redução dos riscos de infecção provocados pelo HIV⁴⁶. Atualmente, as medicações que coíbem a infecção de HIV trouxeram outros problemas, como a infecção por outras DSTs. As pessoas, por acreditarem que estão protegidas do HIV pela PREP, deixam de usar camisinha e ficam suscetíveis a outras doenças. A infecção causada por sífilis tem aumentado consideravelmente, principalmente entre gays. Acreditava-se, segundo o Portal da Faculdade de Medicina UFMG, que com o isolamento social esses números diminuiriam, mas a contaminação tem aumentado (PROJETOMOSAÍCO, 2021).

1.6. A Pandemia da Covid-19.

Recentemente, em meio ao turbilhão político pelo qual a nação brasileira está passando, um ingrediente a mais foi incluído a esse caos, a COVID-19. Doença respiratória grave, adentrou no território brasileiro e escancarou as políticas públicas brasileiras, expondo a realidade brutal do atual governo na administração de recursos e medidas de saúde e no combate à doença. O vírus, originário da cidade de Wuhan, na China, no ano de 2019, foi descrito inicialmente por Silveira, et al (2020, p. 225) como “uma pneumonia de causa desconhecida”. Segundo os autores, Li Wenliang, um médico chinês, alertou amigos por meio de um aplicativo de mensagens sobre uma doença misteriosa, com sintomas similares aos da SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave), que teria infectado sete pessoas. Devido ao controle de informação chinesa, o médico foi advertido e suas suspeições sobre a doença foram tratadas como *fake news*.

Mesmo com o avanço da doença na província de Hubei, em janeiro de 2020, os profissionais que haviam vazado informações sobre a “doença misteriosa” foram acusados de “perturbar seriamente a ordem social” e os canais de divulgação de notícia voltaram a negar a doença. O caso lembra aspectos de doenças e epidemias anteriores, em que as autoridades preferiam negar a doença a fim de manter a aparência de normalidade.

Em uma análise preliminar do vírus, segundo Gräf (2020), “os coronavírus compõe a família mais diversa dentro da ordem Nidovirales. Quarenta e seis espécies já foram descritas pelo o ICTV (Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus), estima-se que,

⁴⁶ **Entenda como funciona a vacina contra HIV estudada na UFMG.** Revista Galileu. Rio de Janeiro. Fev/2021. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2021/02/entenda-como-funciona-vacina-contr-hiv-estudada-na-ufmg.html>> Acesso: 21/03/2021 às 01:06.

apenas em morcegos, existam mais de três mil espécies de coronavírus”. O vírus é mais comum em animais, como porcos e em aves, causando grande mortandade e perdas econômicas detectadas no ano de 1930. Os primeiros casos registrados em humanos ocorreram em 1960, mas com sintomas leves associados aos de uma gripe comum. Em 2002, aconteceram os primeiros registros de uma doença grave atribuídos ao Coronavírus, chamada de SARS (SILVEIRA, MARQUES e PIMENTA (2020, p. 228). A partir do relatório da OMS, a doença provocou um grande distúrbio na saúde pública, já que esta não estava preparada o enfrentamento da enfermidade. Aparentemente erradicado em 2003, o SARS é apontado como insurgente a partir da transmissão dos animais supracitados. Já em 2012, o MERS surge no Oriente Médio, com uma alta taxa de transmissibilidade e com uma média de mortes referente a 35% dos infectados. Atribui-se o surgimento dessa nova variante do Coronavírus ao contato dos homens com os dromedários ou produtos derivados desse animal. A doença aparece e desaparece em surtos esporádicos na região da Península Arábica. Acredita-se que os dromedários sejam o animal reservatório da doença, mas que o vírus ancestral estava presente nos morcegos (GRÄF, 2020).

Em referência à COVID-19, estima-se que a transmissão foi proveniente do pangolim para o homem, pois o mercado de animais silvestres de Wuhan vende esse tipo de animal para usos gastronômicos e medicinais. Adiciona-se outros fatores, como o de que o genoma do coronavírus presente no animal é o mais próximo ao coronavírus humano. Leva-se a crer, no campo hipotético, que esse animal transmitiu a doença aos homens (GRÄF, 2020). Contudo, ainda é muito cedo para estipular com precisão seu surgimento e como a doença foi transmitida.

Em Wuhan, as primeiras vítimas que apresentaram o quadro grave da doença expuseram os sintomas iniciais, como tosse seca, febre alta e dispneia, evoluindo em seguida para um quadro respiratório grave, e em seguida para um estado crítico. Foi somente em 31 de dezembro que a OMS foi notificada sobre a doença desconhecida. Conhecia-se apenas os sintomas iniciais da doença, e desconhecia-se sua etiologia e modos de disseminação e contágio. Alguns dias depois, após algumas análises, sentenciou-se que o Coronavírus era o responsável pela doença. O médico que havia relatado sobre o malefício, após sentir os primeiros sintomas da doença, foi internado, vindo a falecer dias depois (SILVEIRA, MARQUES e PIMENTA (2020, p. 229).

Sendo a China a primeira nação a reportar a doença, até o dia 21 de abril de 2020 vários outros países relataram casos de COVID-19 e ultrapassou-se dois milhões de casos da doença no mundo. Embora o governo brasileiro tenha estipulado um plano de contingência para a doença no país, é registrado o primeiro caso de COVID-19, oficialmente, no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo (BRASIL, 2020). O cenário da doença no país não é satisfatório e são necessárias, urgentemente, medidas de saúde pública dos gestores em todas as esferas governamentais, com o objetivo de mitigar as taxas de morbidade e mortalidade, o que não vem acontecendo devido a uma gestão negacionista da esfera federal. O mesmo governo que mencionou que a COVID-19 era uma fantasia viu a OMS, no dia seguinte (11/03/2020), decretar a pandemia da COVID-19 (GARCIA; et al, 2020).

A princípio, no Brasil, o Ministro da Saúde Henrique Mandetta optou por compartilhar de maneira clara os números da pandemia no país, por meio da imprensa e de canais oficiais. Foram oferecidos boletins diários no formato de coletivas de imprensa ou na plataforma virtual que fora desenvolvida para apresentar os dados via internet, pelo Ministério da Saúde⁴⁷. Nessas reuniões eram expostos o número de pessoas mortas e de casos confirmados. Fato que desagradava ao presidente, pois este considerava que sua popularidade estava em queda, passando a ver o Ministro da Saúde como um rival político⁴⁸. Conforme a tensão aumentava, a melhor saída vista pelo presidente foi demitir o Ministro da Saúde. No lugar de Henrique Mandetta foi escalado o médico Nelson Luiz Sperle Teich, que teve uma breve passagem pelo ministério, deixando o cargo em alegação de que não havia alinhamento com o presidente⁴⁹. Em face da saída de Teich, o

⁴⁷ “O ministro fazia comunicados diretos e diários sobre o avanço da epidemia no território nacional e dos trabalhos de resposta do SUS. Mesmo que as notícias não fossem fáceis e as ações acanhadas, Mandetta conduzia com segurança o processo e tornou-se popular. Sua condução chegou a ser aprovada por 76% dos brasileiros” (GONÇALVES, 2020).

⁴⁸ “Se a consistência técnica e política era reconhecida pela população, o presidente Bolsonaro desqualificava diariamente o ministro Mandetta. Dizia à imprensa que ninguém é insubstituível, que o ministro se comportava como uma estrela, que queria “aparecer”; que a doença era como uma “gripezinha”, que a cloroquina era sua solução e que a população produtiva brasileira não sofreria maiores consequências, pois a Covid-19 afetava “velhos” e que cada família se responsabilizasse pelos seus; que a principal medida de enfrentamento à epidemia tomada no Brasil, o distanciamento amplo, mataria mais que o próprio vírus por paralisar a economia; promoveu a campanha “O Brasil não pode parar” e convocou milhares de apoiadores seus para fazer carreatas por todo o Brasil” (BERTONI, 2020).

⁴⁹ “Não houve alinhamento com o presidente. Ele é o chefe da Nação, ele me colocou. Se por algum motivo não existe alinhamento, eu tenho que sair. A posição dele é essa, ele tem direito de fazer isso. Mas, se não existe alinhamento... O que preciso dizer que desalinhamento não é conflito. Ele resolveu antecipar. É uma escolha. Como a posição era distinta, eu preferi sair”, disse o ex-ministro. **Teich sobre saída do Ministério da Saúde: 'Não houve alinhamento com o presidente'**. Estado de Minas Política. Minas Gerais, 2020.

ministério fica vago, sendo organizado por um interino, que seria empossado somente quatro meses depois da saída do antigo ministro. Eduardo Pazuello é empossado no Ministério da Saúde meses depois em meio ao caos na saúde pública do Brasil, seguindo piamente a linha definida pelo presidente, excluindo as questões pertinentes ao isolamento social e fazendo críticas a esse método. O não uso da máscara e o tratamento precoce marcaram sua gestão. Pazuello segue a linha do ministro anterior e continua a nomear militares para áreas estratégicas dentro do Ministério da Saúde (GONÇALVES, 2020).

Entre o primeiro óbito até a ascensão de Pazuello ao ministério já se somavam 133 mil mortos. A gestão Pazuello será marcada pelo descaso, negacionismo, mentiras e desorganização. Fato que obrigou governadores e prefeitos do Brasil a assumirem a frente no combate às doenças e compras de vacinas. Segundo Basílio (2020), só “a nomeação é um desastre [...] um equívoco profundo”, seu mandato é marcado por erros crassos. Embora a gestão logística tenha sido apontada como seu maior trunfo, deixou cerca de 7 milhões de testes para Covid-19 estocados com o prazo de validade perto da data de vencimento, teve fraco desempenho na aquisição de vacinas⁵⁰, houve falta de oxigênio em Manaus⁵¹, entre várias outras falhas. O ministro passa a ser investigado e são atribuídas a ele falhas na gestão, principalmente na questão referente à falta de oxigênio no estado do Amazonas. Vários documentos oficiais e declarações tentam reverter a situação do ministro, mas a pressão faz cair o terceiro ministro na gestão Covid-19. O quarto ministro a assumir o Ministério é o médico Marcelo Queiroga, que assume a gestão, mas que deixa claro que vai seguir o que a linha presidencial ditar como correto. Porém, o novo Ministro, a priori, já havia feito declarações que defendiam a vacinação, o uso de máscaras e o isolamento social, contrariando a posição presidencial.

Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/05/24/interna_politica,1150288/teich-sobre-saida-do-ministerio-nao-houve-alinhamento-com-bolsonaro.shtml> Acesso: 21/03/2021 às 22:45.

⁵⁰ Após falhas na logística, Pazuello diz que entregou doses de vacina antes do planejado. Folha de São Paulo. **Saúde**. São Paulo, 2020. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/apos-falhas-na-logistica-pazuello-diz-que-entreg-ou-doses-de-vacina-antes-do-planejado.shtml>> Acesso: 22/03/2021 às 00:39.

⁵¹ “Nos dias 14 e 15 de janeiro, falta de oxigênio nos hospitais de Manaus levou a cidade a um cenário de caos”. G1 Amazonas. **Documentos mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus**. Amazonas, 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/25/documentos-mostram-que-mais-de-30-morreram-nos-dois-dias-de-colapso-por-falta-de-oxigenio-em-manaus.ghtml>> Acesso: 22/03/2021 às 00:45.

Sem um rumo certo, o Brasil segue com um número de mortes extremamente alto, contando com mais 619 mil pessoas mortas até o momento. O país ainda conta com um número muito baixo de pessoas imunizadas⁵², embora tenha um dos melhores programas de vacinação do mundo⁵³. Compreender o processo da COVID-19 no Brasil requer uma compreensão maior do cenário político do que um entendimento do combate à doença. Isso porque o governo federal lava as mãos em defesa da economia, em detrimento da vida das pessoas. Governos estaduais e prefeitos unem forças para o combate à pandemia, estabelecendo medidas para conseguir manter o sistema de saúde funcional, mesmo com o sistema completamente esgotado, recebendo o mínimo do Governo Federal. Os problemas da gestão positiva do enfrentamento à Covid-19 no Brasil se esbarram no egocentrismo do Presidente. Este se empenha mais em fazer *lives* para disseminar *fake news* do que reativamente combater a pandemia que cresce a cada dia. Algo que agitou o cenário político, favorecendo de maneira subjetiva o combate à doença, foi a aparição do ex-presidente Lula⁵⁴ que, de maneira involuntária, obrigou o atual presidente a tomar atitudes positivas no combate à COVID-19. Entre essas medidas, houve um maior empenho em comprar mais vacinas e a adoção, inclusive, de uma postura a favor da vacinação, bem como a promoção de uma campanha em rede televisiva. O que surpreendeu, visto que, anteriormente, a posição era contrária à vacinação obrigatória.

Neste momento, o Brasil vive um impasse entre governadores, prefeitos e o Governo Federal, visto que o último não reconhece o fator de falta de UTIs, o desabastecimento dos insumos básicos para se manter uma pessoa na UTI⁵⁵, falta de

⁵² “Apesar de ter administrado mais de 12 milhões de doses de vacinas contra a covid-19, o Brasil tem uma taxa de vacinação baixa: 5,6 doses para cada 100 pessoas, segundo dados da plataforma Our World in Data, da Universidade de Oxford (Reino Unido)”. **Vacinações contra Coronavírus**. Our World in Data. Oxford, Inglaterra. Março/2021. Disponível em: < <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>> Acesso: 22/03/2021 às 10:06.

⁵³ “O Brasil registrou 1.259 mortes pela Covid-19 nas últimas 24 horas e totalizou neste domingo (21) 294.115 óbitos desde o início da pandemia. Com isso, a média móvel de mortes no país nos últimos 7 dias chegou a 2.255, mais um recorde no índice. Em comparação à média de 14 dias atrás, a variação foi de +46%, indicando tendência de alta nos óbitos pela doença”. G1. **Brasil registra 1.259 mortes por Covid-19 em 24 horas**. G1 Bem-Estar. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/21/brasil-registra-1259-mortes-por-covid-19-em-24-horas-e-chega-a-294-mil-obitos-desde-o-inicio-da-pandemia.ghtml>> Acesso: 22/03/2021 às 01:04.

⁵⁴ “Lula afirmou que as “fake news” elegeram o presidente Jair Bolsonaro. “Esse país não tem governo”, disse o petista”. **As principais frases de Lula em sua 1ª fala após decisão de Fachin**. BBC NEWS. São Paulo, março/2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56349767>> Acesso: 22/03/2021 às 13:02.

⁵⁵ “Médicos e entidades da saúde estão em alerta para um potencial crise de desabastecimento de remédios cruciais usados no combate contra a covid-19 em todas as regiões do Brasil - algo que, segundo parte dos especialistas, tem o potencial de ser tão grave e mortal quanto a escassez de oxigênio que afetou cidades como Manaus”. IDOETA, Paula Adamo. **'Kit intubação': médicos alertam que escassez de remédios**

oxigênio em várias cidades e atrasos de vacinas. A imagem do país, vista por órgãos internacionais, preocupa, pois considera-se que as próximas ondas podem ser provenientes do Brasil. Isso implicaria em um estado calamidade que ultrapassaria as fronteiras brasileiras⁵⁶.

Em face desse contexto, é necessário que o Estado, principalmente o Ministério da Saúde, recobre a sobriedade, passando a estabelecer procedimentos de enfrentamento e assistência aos estados de maneira colaborativa. A falta de estabilidade na política governamental refletiu diretamente no combate à doença e, inevitavelmente, na alta morbidade e mortalidade do vírus. São necessárias atitudes que coíbam a aglomeração social, incentivando, em locais com descontrole epidêmico, o isolamento e, se necessário, o lockdown. É imprescindível a promoção do uso de máscaras e do álcool em gel, o incentivo à vacinação em massa e a exclusão de medicações inúteis da lista de tratamento (LOPES; LEAL, 2020, p. 277).

Vírus, bactérias e outros agentes das pestilências fazem parte da trajetória da história da humanidade. As doenças surgem e desaparecem, permanecendo apenas nos registros históricos. Sobra apenas a compreensão de como a sociedade foi afetada e obrigada a se adaptar a esses episódios. As visões sobre as epidemias seguem o curso histórico e refletem o entendimento que a sociedade tem sobre a vida e a sua existência. Compreender a doença, os processos epidêmicos e as pandemias tornam-se essenciais para o conhecimento de crises e rupturas socioeconômicas passadas e atuais. Dessa forma, torna-se importante entender como as metodologias se cristalizam, a partir da análise desses processos, e como elas se adaptam para a formação dos currículos escolares e para a confecção de livros didáticos para o ensino de história. Será trabalhada, no segundo capítulo, a análise das coleções didáticas do ensino de história no Guia do PNLD 2019 sobre doenças, epidemias e pandemias.

essenciais contra covid-19 pode gerar número ‘assustador’ de óbitos. BBC NEWS. São Paulo, março/2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56452240>> Acesso: 22/03/2021 às 13:46.

⁵⁶ “A cobertura da crise sanitária agravou a percepção de um Governo irresponsável, de uma gestão sem liderança, cheio de declarações negacionistas sobre a doença”. MENDONÇA, Heloísa. **Imagem do Brasil derrete no exterior e salienta “crise ética e de falência de gestão” com Bolsonaro.** EL PAÍS BRASIL. São Paulo, Jul/2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-13/imagem-do-brasil-derrete-no-externo-e-salienta-crise-etica-e-de-falencia-de-gestao-com-bolsonaro.html>> Acesso: 22/03/2021 às 13:52.

Capítulo 2 – A história das doenças nos livros didáticos: potencialidades e ausências.

2.1 – Programa Nacional do Livro Didático: compreensões gerais sobre o programa.

Um dos pontos principais da pesquisa é o livro didático, pois ele tem um papel fundamental no ensino-aprendizagem dos alunos. Para tal, existem programas específicos para a fomentação dos livros para todo o ensino público do Brasil. Um dos programas que atendem a essa demanda é o Programa Nacional do Livro Didático (PNLD), que constitui uma das maiores difusões educacionais do mundo.

Partindo de um histórico, originalmente, uma das primeiras legislações sobre livros didáticos ocorreu em 1929, quando o Estado cria um órgão específico para direcionar as políticas de incentivo e legalização do livro didático, o Instituto Nacional do Livro (INL). Segundo Soares e Souza (2011), por meio do Decreto 1006⁵⁷, de dezembro de 1938, fundou-se a Comissão Nacional do Livro Didático (CNLD), que “estabeleceu o controle e produção dos livros didáticos no Brasil”.

Um ponto válido a se ressaltar era a função política-ideológica da CNLD, que, segundo Freitag (1989, p. 13), sobrepunha-se às questões didáticas. Cabia à comissão determinar, por meio de julgamentos, os livros ideais para a tradução e influência na produção de livros ainda não existentes no Brasil. A CNLD, desenvolvida pelo Estado Novo, determinava a formação e deliberação das matérias disciplinares, até mesmo para livros de leitura dos programas escolares.

No ano de 1939, por meio do Decreto 1177⁵⁸, ocorre uma manobra para aumentar o número de membros da comissão, gerando um maior controle sobre a produção e a circulação dos livros didáticos, assim como uma influência político-ideológica. Um dos membros da comissão era o próprio Ministro da Educação. Ferreira (2008, p. 23) indica que essas articulações davam início a ações mais incisivas do Estado na educação. Entre esses aspectos, a escolarização mínima surge como um grande viés desenvolvimentista e,

⁵⁷ Decreto nº 1006 de 30/12/1938 – Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1006-30-dezembro-1938-350741-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 11/10/2021 às 21:44.

⁵⁸ Decreto-Lei nº 1177 de 29/03/1939 – Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1177-29-marco-1939-349194-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 02/11/2021 às 15:46.

para tal, seria necessária uma institucionalização de métodos e conteúdos a serem oferecidos em âmbito educacional, entre eles:

[...] uniformizar o ensino oficial e particular, o Estado pretendia padronizar comportamentos, atividades e interesses da juventude brasileira. O conhecimento do idioma, noções básicas de Geografia e História da Pátria, arte popular e folclore, formação cívica, moral e a consciência do bem coletivo sobreposto ao individual seriam a base da formação do cidadão político. Os grupos sociais teriam acesso a conhecimentos gerais e específicos, cada qual desempenhando funções que garantissem a unidade do todo [...] A identidade nacional era entendida como algo que dependia da construção de certas práticas disciplinares, introjetando no cotidiano dos cidadãos uma consciência de vida cívica e comum” (FERREIRA. 2008, p. 22-23).

Mediante essas alterações promovidas pela CNLD, foi desenvolvido o decreto 8460/45⁵⁹, o qual legitimaria todas as ações tomadas pela comissão no ano de 1938. O CNLD, por meio do decreto, determina a legislação para a produção, importação e utilização dos livros didáticos, estabelecendo também ao professor a escolha do livro para uso dos alunos. Após essas mudanças, novas alterações nas questões de ensino só ocorreriam em 1942. Contudo, as novas determinações afetariam o ensino, não a produção dos livros didáticos. A partir desse período, a educação sofreria com influências da igreja e o fortalecimento do ensino de línguas. Mesmo após a mudança de governo presidencial, as deliberações realizadas pela CNLD só sofreriam modificações após o golpe militar no Brasil em 1964.

No ano de 1966, por meio de convenções formadas entre o Brasil e os Estados Unidos, estabeleceu-se o MEC/USAID⁶⁰, que recomendaria uma profunda mudança educacional no Brasil, desde o ensino superior até os demais ensinos, por meio da inserção de um modelo educacional norte-americano, além de escalar assessores que auxiliariam o governo durante essa reforma na educação pública (MENEZES, 2001). Constituiu-se também a Comissão do Livro Técnico e Livro Didático (COLTED), com intuito de orquestrar as ações ligadas à produção, à edição e à distribuição dos livros didáticos (SOARES; SOUZA, 2011). Menezes (2021) aponta que, devido a discordâncias

⁵⁹ Decreto nº 8460 de 26/12/1945 – Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-8460-26-dezembro-1945-416379-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 11/10/2021 às 21:48.

⁶⁰ Ministério da Educação e Cultura e a United States Agency for International Development (MEC / USAID).

voltadas a movimentos sociais estudantis e intelectuais ligados às universidades, esse modelo educacional proposto seria revisto. O acordo realizado entre o MEC e a USAID havia firmado um financiamento para cerca de 51 milhões de livros, para o período de três anos, antes do início dos protestos. Entretanto, a perspectiva de privatização da educação, notada pela oposição popular, levou o grupo encarregado pela mudança a propor outro modelo educacional (MENEZES, 2001).

Em 1970, o MEC, por meio de suas atribuições, instaura o sistema de coedição de livros com editoras nacionais, com recursos do INL, pela Portaria nº 35. Em 1971, o INL passa a desenvolver o Programa do Livro Didático para Ensino Fundamental (PLIDEF), assumindo também o programa COLTED, com o financiamento dos estados federados, devido ao fim do acordo MEC/USAID. Em 1976, extingue-se a INL e transfere-se ao Estado a aquisição de parte dos livros didáticos que seriam distribuídos no país. Insurge agora a Fundação Nacional do Material Escolar (FENAME), que se torna responsável pelo processo de desenvolvimento do programa do livro didático, com recursos diretos do FNDE e dos estados brasileiros devido ao decreto nº 77107 / 1976⁶¹. Futuramente, a FENAME seria substituída pela FAE (Fundação de Assistência ao Estudante), incorporando o PLIDEF (Programa do Livro Didático para o Ensino Fundamental). Esse novo programa proporia a participação ativa de professores para sanar problemas ligados aos livros didáticos e aumentaria a abrangência da distribuição dos livros para as séries do ensino fundamental (PORTAL FNDE, 2021).

O PNLD foi criado por meio do Decreto 91.542⁶², no ano de 1985. Suas premissas eram a aquisição e distribuição de livros didáticos para a rede pública brasileira, que atingiria inicialmente o ensino de 1º grau (SCHIVIANI; SOUZA; LIVRA, 2020, p. 1). O PNLD contaria, por meio do próprio decreto, com a participação de professores do mesmo grau de ensino, para a análise e a escolha dos títulos a serem adotados pelas unidades escolares. O decreto estipula que os livros devem atender a alguns requisitos básicos, como currículo educacional e regionalidades do país. Os livros adotados continuaram a ser analisados pelos professores, no caminho docente do ano letivo para o aprimoramento do processo de seleção, além de possuírem uma durabilidade maior,

⁶¹ Decreto nº 77107 / 1976 de 04/02/1976 – Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77107-4-fevereiro-1976-425615-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 11/10/2021 às 22:55.

⁶² Decreto nº 91542 de 19/08/1985 – Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-91542-19-agosto-1985-441959-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 11/10/2021 às 20:57.

devido ao aperfeiçoamento das especificações técnicas de produção (PORTAL FNDE, 2021).

Entre os anos de 1995 e 1997, ocorre de forma gradual a distribuição dos livros didáticos que, devido a problemas econômicos dos anos anteriores, ligados a uma dura recessão econômica herdada de 1980 e a uma inflação exorbitante, havia sido limitada. Inicialmente são distribuídos os livros de Língua Portuguesa e Matemática, a partir do ano de 1996, Ciências e, em 1997, História e Geografia. Nesse mesmo ano, a FAE é extinta, e toda a responsabilidade da produção recai no FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação), que amplia o programa e passa a adquirir de forma contínua os livros didáticos para a alfabetização e para os alunos do 1º ao 8º ano do ensino fundamental. Nos anos seguintes, as principais alterações ocorridas no PNLD foram: sua ampliação gradual, distribuição de dicionários bilíngues e trilíngues para a primeira fase do ensino fundamental, livros adaptados para alunos com necessidades especiais, livros específicos para diversas disciplinas, no sentido de dar apoio às aulas, como atlas geográfico e histórico, CDs interativos, enciclopédias, entre outros materiais de apoio pedagógico e o guia básico do PNLD, que favoreceu a escolha do material didáticos pelos professores. Além disso, abrangeu novas áreas educacionais, como o Ensino de Jovens e Adultos (EJA) para alfabetização, EJA primeira e segunda fases (PORTAL FNDE, 2021).

A partir de 2017, por meio da Portaria nº 1321 / 2017⁶³, o Ministério da Educação estabelece a relação de instituições e entidades da sociedade civil que foram responsáveis pela indicação de especialistas para a composição das comissões de edições para o PNLD de 2019 e 2020. Ainda nesse ano ocorreu a deliberação do Decreto nº 9099 / 2017⁶⁴, que definiria a unificação do PNLD e do Programa Nacional Biblioteca na Escola (PNBE), aumentando também a difusão de “outros materiais didáticos, como obras pedagógicas, softwares e jogos educacionais, materiais de reforço educacional e correção de fluxo, materiais de formação e destinado a gestão escolar” (PORTAL FNDE, 2021).

⁶³ Portaria 1321 de 17/10/2017 – Relação de instituições para comissões técnicas do PNLD 2019 e 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19361697/do1-2017-10-18-portaria-n-1-321-de-17-de-outubro-de-2017-19361632> Acesso: 12/12/2021 às 10:19.

⁶⁴ Decreto nº 9099 /2017 – Unificação do PNLD e PNBE. Disponível em: <<https://www.fn.de.gov.br/index.php/legislacoes/decretos/item/10941-decreto-n%C2%BA-9099,-de-18-de-julho-de-2017>> Acesso: 12/12/2021 às 10:35.

As comissões técnicas que compõem o edital de fomentação das obras são formadas por especialistas de várias áreas, estes ficam responsáveis pela avaliação dos livros didáticos em relação a aspectos técnicos de produção e requisições básicas como número de páginas, manual do professor, material digital, entre outros. A mesma comissão tem por objetivo analisar o conteúdo dos livros para verificação das exigências curriculares da Base Nacional Curricular Comum (BNCC) e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Entre as propostas estabelecidas pelas duas bases, aponta-se a inserção dos temas transversais⁶⁵, que já vem sendo inseridos gradualmente desde 1997 pelos PCNs e adotados mais firmemente agora, pela BNCC no ensino fundamental e na educação infantil. Isso ocorre por meio de propostas que implementam temas contemporâneos transversais (TCTs) aos demais conteúdos, como forma de trabalho contextualizado em todas as áreas do conhecimento, para aprimorar a formação do aluno/cidadão (BRASIL, 2019, p. 7). No parecer nº 7, de 2010 ⁶⁶, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aborda a transversalidade da educação para a formação do aluno como cidadão:

A transversalidade orienta para a necessidade de se instituir, na prática educativa, uma analogia entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real (aprender na realidade e da realidade). Dentro de uma compreensão interdisciplinar do conhecimento, a transversalidade tem significado, sendo uma proposta didática que possibilita o tratamento dos conhecimentos escolares de forma integrada. Assim, nessa abordagem, a gestão do conhecimento parte do pressuposto de que os sujeitos são agentes da arte de problematizar e interrogar, e buscam procedimentos interdisciplinares capazes de acender a chama do diálogo entre diferentes sujeitos, ciências, saberes e temas (CNE/CEB, 2010, p. 24).

A partir dessa colocação, torna-se imprescindível que as coleções didáticas atendam a esses requisitos para conseguirem aprovação, para que posteriormente sigam para os docentes efetuarem as escolhas e sejam encaminhadas ao ensino público. Segundo Monteiro e Ströher (2018, p. 222), foi após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), em 1996, que se orquestrou a formulação dos PCNs, estabelecendo-se alterações

⁶⁵ Inicialmente foi proposto pelos PCNs, eram recomendações de assuntos que deveriam ser desenvolvidos pelas disciplinas escolares. Tinham como objetivo potencializar a educação, interdisciplinarizar os saberes e disciplinas, a fim de ligar o conhecimento obtido na escola com os conhecimentos alinhados à vida social e cidadã dos discentes (BNCC, 2019, p. 9).

⁶⁶ Parecer nº 7 de 14/12/2010 da CNB – Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para Ensino Fundamental. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf> Acesso: 12/10/2021 às 12:28.

no cenário educacional, por meio de um norte educacional que os guias dos livros didáticos seguiriam. Lopes (2004, p. 110) salienta que os currículos vinham sofrendo adaptações das políticas educacionais devido ao mundo globalizado. Essas mudanças fornecidas pelas legislações alteravam a forma de financiamento dos programas educacionais – inclusive o de livros didáticos –, as relações de poderes entre Governo Federal, Estadual e Municipal, a gestão educacional dentro das escolas, as instituições que formam professores e o processo de avaliação que prevê a centralização dos resultados. Devido a essas novas orientações político-educacionais, estipulou-se que quaisquer adoções de obras didáticas com verbas públicas deveriam ser sujeitas a inscrições e avaliações prévias por meio de edital. Elas passariam por olhares diversos, críticas e leituras de um programa de avaliação (MIRANDA; LUCA, 2004, p. 126).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) formam uma espécie de base curricular nacional para o ensino fundamental brasileiro, de forma que as escolas reelaborem essa proposta, readequando-a ao seu próprio projeto educacional, no qual reconhecem a sua própria realidade educativa. Entre os objetivos dos PCNs, destacam-se:

- Rever objetivos, conteúdos, formas de encaminhamento das atividades, expectativas de aprendizagem e maneiras de avaliar;
- Refletir sobre a prática pedagógica, tendo em vista uma coerência com os objetivos propostos;
- Preparar um planejamento que possa de fato orientar o trabalho em sala de aula;
- Discutir com a equipe de trabalho as razões que levam os alunos a terem maior ou menor participação nas atividades escolares;
- Identificar, produzir ou solicitar novos materiais que possibilitem contextos mais significativos de aprendizagem;
- Subsidiar as discussões de temas educacionais com os pais e responsáveis (PCN, 1998, p. 6).

Os PCNs, por meio disso, estabeleceram um currículo mínimo⁶⁷ a ser transmitido na escola básica, definindo as premissas básicas que norteiam as concepções curriculares e a função da escola. Isso ocorre por meio de reflexões sobre o que, quando, como e para que ensinar e aprender, que envolvam não apenas escolas, mas pais, governo e sociedade (BRASIL, 1998a, p. 9).

⁶⁷ O currículo mínimo é a forma de se adaptar o conjunto de conteúdos necessários a serem trabalhados em cada bimestre (GOIÁS, 2006, p. 13).

A transversalidade proposta pelos PCNs apresentava seis eixos básicos: Saúde, Ética, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, Meio Ambiente e Trabalho/Consumo. Cada eixo pode ser inserido nos estudos disciplinares, passando a orbitá-los, aprimorando o sistema de ensino, desenvolvendo nos alunos o senso crítico para a compreensão do mundo e promovendo a interdisciplinaridade entre as disciplinas básicas do currículo, melhorando o ensino-aprendizagem. Contudo, segundo Galian (2014, p. 654-656), existiram críticas a esse tipo de sistema, pois “vinculava-se os PCN às novas exigências da ordem econômica globalizada e das políticas neoliberais [...] focalizavam a questão do conhecimento, da informação e do domínio técnico-científico com objetivo de formação de recursos humanos flexíveis, adaptáveis às exigências do mercado. Os temas transversais destacam uma visão de escola ‘imune’ à ação de causas extraescolares e uma opção clara por ignorar os conflitos existentes entre diversas culturas e etnias, o que reduz a pluralidade cultural a um multiculturalismo conservador e uma postura assimilacionista”. Essa visão gera a questão de um currículo engessado que pretende encaixar as demandas políticas e econômicas, não permitindo contextualizações com outras temáticas, pois o currículo, além de saturado, acaba não gerando a oportunidade de desenvolver outros temas que não são abordados pelos PCNs. Segundo Neto (2009, p. 3), o ponto primordial proposto pelos PCNs, que é a proposta voltada à cidadania e à democracia, não contou com uma vasta participação popular em sua construção, revelando, assim, um desenvolvimento contrário à construção democrática. Além disso, sua flexibilização proposta, na verdade, esconde uma organização curricular hierarquizada e centralizadora.

Embora houvesse críticas às inovações propostas pelos PCNs, pouco ou quase nada se alterou na proposta de ensino oferecida pelo Governo Federal, em sua visão, os PCNs “tinham natureza flexível, ou seja, podiam ser adaptados às realidades de cada sistema de ensino e de cada região [...] efetivando-se como um marco de referência e objetivos gerais que orientariam a organização do trabalho docente” (BRASIL, 1998a, p. 9). Nos anos seguintes à implantação do sistema curricular, ficava a critério ou não incluir os temas transversais nas bases curriculares. O desenvolvimento dos temas

contemporâneos transversais passou a ser obrigatório apenas em 2010, por delimitação da Resolução nº 7⁶⁸, anteriormente tratada nesse capítulo.

2.2. As doenças e os Parâmetros Curriculares Nacionais de História e Transversal de Saúde.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, como dito anteriormente, de forma resumida, são um currículo mínimo que deve ser adaptado à realidade de uma determinada localidade, objetivando a adoção de conteúdos fundamentais e currículos estaduais/municipais. Possuem a finalidade de desenvolver no aluno a compreensão de sua participação social e política, assim como o discernimento de seus direitos e deveres políticos, civis e sociais, além de noções históricas nacionais e regionais, despertando um pensamento crítico e consciência em relação à realidade em que ele está inserido. Segundo NETO (2009, p. 5), em referência ao PCN de História, “[...] é apresentado como uma referência aos professores na busca de práticas que incentivem o gosto pelo saber histórico”.

Ströher e Monteiro (2018, p. 227) argumentam que, dentro do contexto dos PCNs, o ensino de história deve oferecer aos alunos a compreensão do outro, não a de contraponto ou de guerra. O ensino necessita desenvolver o protagonismo no estudante, oportunizando uma educação voltada à promoção dos direitos humanos em sentido amplo, tanto na escola como fora dela. Deve, assim, auxiliar a compreensão e a reflexão da sociedade em várias temporalidades, buscando sempre a formação da conscientização e da criticidade nos estudantes.

Os PCNs foram organizados por ciclo, e cada ciclo aborda um eixo temático. O primeiro ciclo (1^a e 2^a séries) é composto pelo eixo temático – História local e do cotidiano; O segundo ciclo (3^a e 4^a séries) é composto pelo eixo temático – História das organizações populacionais; No terceiro ciclo (5^a e 6^a séries) o eixo temático é – História das relações sociais da cultura e do trabalho, sendo desdobrado em “As relações de trabalho” e as “Relações sociais e de natureza”; o quarto ciclo (7^a e 8^a séries) desenvolve o eixo temático – História das representações e das relações de poder, que é subdividido em dois subtemas: “Nações, povos, lutas, governos e revoluções” e “Cidadania e cultura no mundo contemporâneo” (NETO, 2009, p. 7). Quando relacionamos o assunto doenças

⁶⁸ Parecer nº 7 de 14/12/2010 da CNB – Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para Ensino Fundamental. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf> Acesso: 12/10/2021 às 12:28.

ao ensino de história, vemos uma abordagem voltada para o quarto ciclo. Os PCNs apontam que:

Novas abordagens iluminam as análises políticas de instituições, de líderes governamentais, de partidos, de lutas sociais e de políticas públicas. Ao mesmo tempo novos temas sociais e culturais ganham relevância. É o caso de pesquisas destinadas a aprofundar e revelar as dimensões da vida cotidiana de trabalhadores, mulheres, crianças, grupos étnicos, velhos e jovens e das pesquisas que estudam práticas e valores relacionados às festas, à saúde, à doença, ao corpo, à sexualidade, à prisão, à educação, à cidade, ao campo, à natureza e à arte (BRASIL, 1998a, p. 30).

A abordagens realizadas pelos PCNs sobre a temática das doenças apontam que a saúde e doença não são valores abstratos que possam simplesmente ser divididos. Seu desenvolvimento dentro da grade curricular deve abordar a relação do ser humano e o ambiente, sendo necessário reconhecer que a compreensão sobre a saúde tem alto grau de subjetividade e determinação histórica, considerando que os sujeitos podem ter mais ou menos saúde dependendo do momento e dos valores que possam alterá-los. A saúde é produto direto do estilo de vida, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de interpretação da realidade humana. Logo, as causas das doenças a serem contempladas nos currículos de forma transversal se delimitam às condições desfavoráveis da vida do indivíduo: desnutrição infantil, anemia, prevalência de doenças, má alimentação, vícios, via sedentária, entre outras. Por meio da lei 5692⁶⁹, art. 7, de 1971, torna-se obrigatória a inclusão de programas de saúde nos currículos plenos – currículo que atende a todo o ano letivo – para escolas de ensino fundamental e médio. Portanto, a temática da saúde levaria as crianças e adolescentes ao desenvolvimento de hábitos saudáveis referentes à alimentação, à higiene, às práticas desportivas e à preservação da saúde (BRASIL, 1998, P. 250-258). Contudo, não se infere ao ensino de história a temática da história das doenças, adota-se uma visão reducionista sobre a saúde, padroniza-se o estudo etiológico das doenças para as disciplinas de ciências da natureza.

Com o advento da Covid-19, tornou-se imprescindível compreender os processos que envolvem a história das doenças e epidemias. Contudo, não simplesmente como uma compreensão do passado, mas pela formação de uma consciência histórica,

⁶⁹ Lei nº 5692, de 11 de agosto de 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências.** Ministério da Educação. Brasília, 1971.

para entender o presente e se antecipar ao futuro. Oliveira (2021, p. 35) indica que “[...] aprender sobre a história das doenças, epidemias e pandemias do passado não tem o fim em si mesmo. Essa aprendizagem significa uma operação cognitiva possível através do pensamento histórico importante para a cultura humana”.

A compreensão da história das doenças pelos estudantes viabiliza uma maior noção da realidade. O pensamento histórico aponta que a humanidade já enfrentou outras doenças, epidemias e pandemias. Por meio dessas dificuldades, encontrou meios de superar as calamidades que surgiram, seja por mitigação da doença ou por avanços científicos, levando à superação da crise. Colapsos sanitários geralmente desenvolvem socialmente/economicamente vários avanços, como formas de se controlar a crise, ampliação de infraestrutura para se cuidar dos doentes, organização do sistema sanitários e de saneamento.

Embora a história das doenças permeie várias áreas do conhecimento, os PCNs apenas orientam que existe uma impossibilidade de se estudar a história de todos os tempos e sociedades. Torna-se necessário selecionar os conteúdos, baseando-se nos critérios de preferência de cada região. Ou seja, mediante as escolhas de conteúdo que fomentaram as bases curriculares, as formações didáticas referentes ao PNLD, desenvolvem-se livros que melhor se adaptem a essas escolhas. Cabe, assim, ao professor, ampliar esse estudo com materiais complementares.

Uma forma de se adequar a essa questão é a transversalidade. Aqui entram os PCNs de Saúde, que articulam o conteúdo já abordado nos PCNs de História e integram o estudo com “reflexões históricas sobre saúde, higiene, vida e morte, doenças endêmicas e epidêmicas e drogas” (BRASIL, 1998a, p. 48). A temática das doenças nos currículos de história surge como forma de complementar o estudo sobre determinadas narrativas históricas, como é o caso da revolta da vacina, que usa a doença variólica para explicar os movimentos políticos e sociais do período. Essa aproximação com a história das doenças, se melhor desenvolvida, apoia-se na interdisciplinaridade, fazendo a conexão com a explicação etiológica das doenças, endêmicas e epidêmicas, nas disciplinas de ciências da natureza, no caso: ciências no ensino fundamental e biologia e química para ensino médio. Entretanto, o ensino carece de orientações didáticas que ampliem o conhecimento sobre as doenças por meio das narrativas históricas e a compreensão sobre a sociedade, nesses momentos epidêmicos, visto que o conteúdo disposto nos livros

didáticos é insuficiente, e não existem materiais didáticos extras que abordem o tema. Essa taxativa não é amparada pelos PCNs transversais de saúde, pois o enfoque é dado para a prevenção das doenças, e não para a discussão dos fatores históricos que abordem as doenças (BRASIL, 1998b, p. 275).

Como não existe um eixo temático de doenças, esse conteúdo recaiu no eixo temático transversal de saúde. Santos e Martins (2011, p. 85) fazem o seguinte apontamento: “[...] as discussões sobre saúde foram incorporadas às disciplinas como Higiene, Puericultura, Nutrição, Dietética e Educação Física. Atualmente o tema saúde passou a fazer parte das disciplinas de ciências e biologia, devendo estar presente nos livros didáticos dos Ensino Fundamental e Médio”. O tema saúde, que é desenvolvido pelos PCNs, parte do princípio da Organização Mundial de Saúde (OMS) que contempla um estado de bem-estar físico, mental e social, não se limitando apenas à ausência da doença e outros aspectos fisiológico/patológicos que determinam o ser humano. Não se resume o ensino de saúde às discussões sobre as doenças (SANTOS; MARTINS, 2011, p. 85).

Em uma breve análise, apesar de os PCNs não indicarem diretamente uma história da saúde e das doenças, a transversalidade como ideal permite que, nas aulas de história, interligue-se determinados conceitos à saúde, devido à compreensão histórica de surtos epidêmicos, já que fazem parte da rotina social, como tratativa de prevenção às doenças e/ou adoecimento (OLIVEIRA, 2021, p. 39). Partindo desse pressuposto, conteúdos podem ser reorganizados a fim de se trabalhar, espacial e temporalmente, fatos que contribuam para a história das doenças e suas narrativas em sala de aula, cumprindo as determinações curriculares.

2.3. A Base Nacional Curricular Comum, Documento Curricular do Estado de Goiás e a história das doenças.

A Base Nacional Curricular Comum está presente na Constituição de 1988, na LDB (Lei de diretrizes e bases, 1996) e no PNE (Plano Nacional de Educação, 2014), que definem o direito de aprendizagem de todos os alunos no Brasil. Assim, regulamenta-se os currículos de escolas públicas e particulares a fim de diminuir as desigualdades e garantir o ensino democrático ao aluno em qualquer área do território nacional. Logo, a BNCC determina os conhecimentos essenciais que todos os alunos da educação básica devem aprender, indiferentemente a seu local de moradia ou ensino. O currículo é

elaborado para desenvolver o essencial para a formação dos discentes em todos os graus de conhecimento e ensino, no caso: Fundamental I, Fundamental II e Ensino Médio.

Em 2017, com a aprovação do BNCC, evidenciou-se a maior inclusão dos conteúdos voltados aos temas contemporâneos transversais. Houve uma diversificação das temáticas dentro daquelas que já estavam estabelecidas anteriormente. A incorporação de novos temas visa a atender às novas demandas sociais, complementando assim a construção da cidadania devido à compreensão social, de direitos, deveres e responsabilidades ligadas à vida pessoal. As abordagens feitas pelo BNCC são:

[...] Ciência e Tecnologia, Direitos da Criança e do Adolescente; Diversidade Cultural, Educação Alimentar e Nutricional, Educação Ambiental; Educação para valorização do multiculturalismo nas matrizes históricas e culturais brasileiras; Educação em Direitos Humanos; Educação Financeira; Educação Fiscal; Educação para o Consumo; Educação para o Trânsito; Processo de envelhecimento, respeito e valorização do Idoso; Saúde; Trabalho e Vida Familiar e Social. (BRASIL, 2017).

A BNCC aborda a saúde e as doenças por meio de habilidades e competências⁷⁰, de forma a atender às unidades temáticas referentes às etapas de aprendizagem dispostas no currículo. Em suas três versões⁷¹, a saúde é um tema pouco explorado, contudo, na análise de Sousa, Guimarães e Amantes (2019, p. 129), os conceitos de “cuidados com a saúde” são bastante enfatizados. Essa abordagem estimula o processo educativo ao “conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade de lidar com elas” (BRASIL, 2018, p. 10). As competências, na visão de Beltrão e Aguiar (2019, p. 69), ampliam habilidades que contribuirão para o desenvolvimento de conhecimentos voltado aos valores, aos hábitos saudáveis, à integridade física, à qualidade auditiva e visual. No caso da saúde-doença, as referências voltam-se para a dinâmica do equilíbrio do corpo, para a promoção da saúde individual e coletiva dentro e fora das escolas. Garcia e Silva (2020) apontam que os estudos voltados à saúde não estão presentes apenas na área de Ciências da Natureza, mas também não estão descritos explicitamente nas outras áreas. Não existem menções diretas à história

⁷⁰ Na BNCC, competência é definida como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho (BNCC, 2020). Disponível em: < <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/a-base> > acesso: 04/11/2021 às 14:20.

⁷¹ Existem atualmente três versões da BNCC: 2015, 2016 e 2017 (BNCC, 2020).

da saúde e das doenças no componente curricular de história, sendo a saúde priorizada nas áreas de ciências, biologia e na educação física.

O currículo de história oferecido pela BNCC falha em oferecer amplitude sobre esse conhecimento, pois o componente curricular não proporciona o suporte para privilegiar as narrativas históricas sobre as doenças, cabendo aos docentes complementarem os estudos e suas aulas por meio de materiais acadêmicos que se referem ao assunto abordado nas preleções. Os livros didáticos orquestrados pelos currículos não oferecem uma ampliação do conteúdo e, quando o fazem, perpetram de forma a complementar a temática por meio de fragmentos de textos que são desenvolvidos nas atividades de final de capítulo, ou por meio de imagens que abordam a temática a fim de desenvolver iconograficamente o conteúdo mediante as passagens abordadas no texto principal.

Embora a qualidade dos livros didáticos baseados nas novas formas curriculares (BNCC e PCNs) e as exigências do PNLD tenham melhorado, ainda existem falhas referentes à forma por meio da qual o tema saúde/doenças é explicitado nos livros didáticos. Isso porque não são abordados os fatores sociais e antropológicos que desenvolvem a narrativa histórica do conteúdo, defasando o ensino-aprendizagem (FERREIRA, 2016, p. 29). Fracalanza e Neto (2003, p. 149):

Para que ocorra mudanças pertinentes nos livros didáticos, é necessário que exista uma reflexão profunda na formulação dos currículos, de forma a adequar conteúdos às realidades sociais existentes. Quando tratamos diretamente do conteúdo voltado às doenças, far-se-á necessário estímulos que incentivem a implementação desse conteúdo baseado na pluralidade da formulação social.

Os livros didáticos que têm por base a BNCC não oferecem ao ensino de história a discussão necessária sobre a história das doenças. Embora os livros didáticos do guia do PNLD 2019 abordem esse conteúdo, eles não aprofundam o conhecimento sobre as narrativas históricas das doenças. Deixa a cargo dos professores a busca por outros materiais, geralmente acadêmicos, do conteúdo, para ampliar o conhecimento dos alunos em sala de aula. Os materiais acadêmicos passam pelo olhar do professor, que os adapta da melhor forma para privilegiar o alunato. Os livros didáticos, quando muito, oferecem conteúdos complementares, ou indicação de bancos de dados nos quais o professor poderá

se orientar para concluir parte do ofício. Contudo, cabe ressaltar que, mesmo os conteúdos complementares, por vezes, são apenas fragmentos contextualizados com outros assuntos, não facilitando aos discentes uma compreensão ampla das narrativas sobre as doenças.

Quando partimos para a regionalização do currículo, encontramos a influência direta dos PCNs e da BNCC nos conteúdos ligados à região Centro-Oeste e ao estado de Goiás. Ou seja, o DC/GO “é fruto de uma ação cultural coletiva em torno da implementação da BNCC no território goiano.” (DC/GO, 2021, p. 41). O documento curricular ampliado que é exercido na educação do estado de Goiás adapta praticamente 100% de todo o conteúdo estipulado pela BNCC, mais as inserções regionais. A intencionalidade dessa adaptação é manter o preceito constitucional que assegura o desenvolvimento integral do sujeito, reconhecendo que a educação tem um compromisso do ser humano em várias dimensões: intelectual, física, afetiva, social, ética, moral e simbólica (DC/GO, 2021, p. 46).

A estruturação do DC/GO assemelha-se ao BNCC, pois mantém os preceitos basilares que compõem o currículo nacional. O DC/GO aprofunda a relação ensino-aprendizagem à realidade goiana, oferecendo contextualizações e conteúdos que são ligados diretamente à regionalidade, à cultura e às tradições goianas, garantindo às novas gerações o conhecimento necessário à preservação da história e à “goianidade”⁷². A construção desse currículo já ocorre desde 1996, e ele vem sendo adaptado e revisado com o passar dos anos pelos professores da rede estadual de ensino e por equipes multidisciplinares, que fomentam discussões sobre o currículo voltadas à melhoria da qualidade de ensino (DC/GO, 2021, p. 47-49).

Como o DC/GO é uma adaptação regional dos PCNs e do BNCC, o ensino voltado a doenças também é direcionado à saúde. Os cuidados com o corpo são privilegiados nessa base curricular, e os direcionamentos são idênticos aos já citados anteriormente. Ou seja, não existe menção à história das doenças para ser trabalhada em sala de aula. Fica a cargo das disciplinas de ciências da natureza o tratamento etiológico do conteúdo, e as demais disciplinas dão suporte no quesito higiene, alimentação, cuidados com o corpo, vícios, etc. No caso, educação voltada à prevenção e à prática de

⁷² A “goianidade” abrange uma época em que se procura mesclar o “velho” e o “novo”, fundir o “antigo” e o “moderno”, envolver o rural e o urbano e confluir o “atraso” e o “progresso” pelos caminhos da História (CHAUL, 2011, p. 42).

atividades físicas para o bem-estar do corpo. O DC/GO (2021, p. 111) aponta em seus descritores:

(GO-EI01CG08) Vivenciar com adultos e crianças, situações de cuidados com a saúde e a prevenção de doenças – tomar banho de sol, experimentar novos alimentos, higienizar as mãos antes de pegar algum alimento etc.

(GO-EI02CG08) Reconhecer os cuidados necessários para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças – evitar colocar mãos e objetos na boca, lavar e assoar o nariz, não compartilhar objetos de higiene pessoal etc.

Um último apontamento sobre o DC/GO é que o mesmo não altera livros didáticos, pois o PNLD baseia-se unicamente na BNCC para a fomentação das obras para o território nacional. No caso, o DC/GO funciona como currículo paralelo que tem a função de acrescentar as peculiaridades regionais ao ensino nos estados e reforçar a “Goianidade” de forma contextualizada aos estudantes. (DC/GO, 2021. p. 187).

2.4. Análise do Guia do PNLD 2019.

A metodologia adotada para realizar a análise dos livros didáticos presentes no Guia do PNLD 2019 foi o levantamento das menções textuais e iconográficas das doenças referenciadas no projeto de pesquisa: Varíola, Febre Amarela, Cólera, Influenza, Tuberculose, Poliomielite, Meningite e AIDS/HIV, presentes na história do Brasil. As coleções didáticas estavam disponíveis de forma online e gratuita. Apenas duas coleções da editora SM (Geração Alpha e Convergências) encontram-se em suas versões eletrônicas, porém de maneira não gratuita. Todavia, estão disponíveis na unidade escolar em que leciono, o CEPI Joaquim Edson de Camargo.

A análise ocorreu prioritariamente nos livros do professor de 7º, 8º e 9º anos, devido ao recorte temporal escolhido para desenvolvimento da pesquisa (História do Brasil). Contudo, fez-se necessário, por conta da transversalidade, realizar a análise nos livros de 6º ano, por fazerem abordagens às civilizações originárias, ampliando o espectro da busca. As coleções que fazem parte do Guia do PNLD do ano de 2019 para a escolha dos livros didáticos são: Araribá Mais: História; História, Sociedade & Cidadania; Estudar História: das origens do homem à era digital; História: escola e democracia; Historiar; Vontade de Saber: História; Geração Alpha: História; Convergências: História; Inspire: História; História.doc; Teláris: História. Algumas palavras-chaves como:

Doença, Epidemia, Pandemia e Surtos Epidêmicos foram acrescentadas à pesquisa para ampliar o espectro da análise, devido à história das doenças.

Quadro 1 – Banco de dados do Guia PNLD 2019

LIVRO	CITAÇÃO	PÁGINA
1. História e Democracia – 7º ano – moderna.	CAMPOS, Flávio de; DOLHNIKOFF, Miriam. História: escola e democracia. Ed. Moderna, 6ª ao 9º ano. São Paulo, 2018.	PG. 02
	No séc. XIV quando a peste se alastrou por diversas partes do continente, morreram mais de 13 milhões de pessoas. Havia dois tipos de peste, um era transmitido pela pulga dos ratos; matava as pessoas infectadas em menos de um mês. O outro era transmitido pela saliva humana, matava a pessoa em 3 dias.	Pg. 24 – Peste Negra. Página toda dedicada a fala da peste negra. Dita-se o conto de Hamelin.
	Farmácia natural – [...] nos remédios, nas misturas empregadas em cultos religiosos, as especiarias eram procuradas e cobiçadas. [...] o óleo retirado do seu grão contém uma substância química que possui propriedades anti-inflamatórias e analgésicas. Uma conhecida receita médica.	Pg. 34 – farmácia natural.
	“[...] Trabalhos exaustivos, violências de todo tipo e doenças como varíola e malária dizimaram os indígenas.	Pg. 119
	Os Xamãs – texto define suas atribuições e não cita doenças.	Pg. 136
	O autor faz menção aos núcleos colonizadores franceses no Brasil 1555, mas não faz menção a epidemia de varíola no mesmo ano (CHALLOUB, Cidade Febri).	Pg. 169
	Subtítulo – Inferno a bordo faz apenas menção a falta de higiene, e em momento algum aborda as doenças e práticas utilizadas de descarte de pessoas doentes nos tumbéis.	Pg. 193
	“A falta de um sistema de água e esgotos nas cidades obrigou o escravizado a ter como função carregar os excrementos dos senhores até a praia. Eram os Tigres, porque a matéria fecal sujava seu corpo, produzindo manchas parecidas com as do animal. (não faz menção a doenças)	Pg. 205

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Como a concatenação de dados ficou muito extensa, fez-se necessário organizar as informações de maneira mais precisa e concisa para evidenciar a ausência da história das doenças nos livros didáticos. Para tal, as epidemias ocorridas no Brasil foram organizadas por quadros, que geraram uma sistematização de menções por coleção didática, série e número de página. Isso resultou em um guia de menções que, embora não faça parte da pesquisa, será incluído em sua parte propositiva, como forma de orientação a professores, em formato de guia em relação aos livros didáticos.

Quadro 3 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Varíola.

VARÍOLA			
Coleções Didáticas	Série	Citação / Imagens / Links	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	7 ano	“[...] Trabalhos exaustivos, violências de todo tipo e doenças como varíola e malária dizimaram os indígenas.”	119
	7 ano	- O autor faz menção aos núcleos colonizadores franceses no Brasil 1555, mas não faz menção à epidemia de varíola no mesmo ano (CHALLOUB, Cidade Febri).	169
	9 ano	- Subtítulo – A Revolta da vacina.	77

		- Doenças epidêmicas no Rio de Janeiro no ano de 1903 – peste bubônica, febre amarela e varíola. - Em 1904 foi decretada a vacinação obrigatória contra a varíola.	
	9 ano	- Charge – Vaccina obrigatória, Leônidas. Revista “O Malho”, Rio de Janeiro, 1904. - Subtítulo – Governo Suspeito (texto explicando o desfecho da situação e a suspensão da vacinação)	78
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	7 ano	- “Outro fator que contribuiu para essas mortes foi a disseminação de doenças trazidas nos navios europeus, como a Varíola, [...]. Os indígenas não possuíam imunidade contra essas doenças, e o contato com elas teve um efeito devastador nas populações nativas.” - Em uma nota abaixo é dito: “BNCC – Ao abordar os impactos da conquista portuguesa da América para as populações ameríndias do Brasil, a habilidade EF07H109 ⁷³ é contemplada parcialmente.”	107
	7 ano	Texto complementar sobre a varíola na atividade. “a Varíola podia manifestar-se sob uma forma fulminante, denominada ‘púrpura variolosa’, cuja vítima era rapidamente levada à morte [...]. Esta terrível apresentação da varíola [...] foi a provável forma que ocorreu entre os indígenas [...] no grande surto de 1563-64. Nele, os nativos morreram aos milhares [...]. A epidemia, iniciada em Portugal em 1562, chegou primeiramente a Itaparica [atual Bahia] e em menos de um ano foi reintroduzida em Ilhéus. Daquele local espalhou-se de norte a sul do Brasil [...], não poupando sequer os mais fortes guerreiros. ” GRUGEL, Cristina B. F. Martin. Índios, jesuítas e bandeirantes. Medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII. Campinas, 2009. (123 e 124)	116
	9 ano	Subtítulo: A Revolta da Vacina “Em 1904, Oswaldo Cruz convenceu o Congresso a aprovar uma lei que determinava a vacinação obrigatória contra a varíola. Essa medida, aparentemente sensata dada ao volume de mortes causadas pela doença, produziu uma crise social em razão do método aplicado na imunização contra a doença. [...] brigadas sanitárias tinham autorização para recorrer à força na aplicação da vacina [...] instauraram pânico na população, que desconhecia e temia os efeitos da vacina. ”	30 e 31
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina - “A política de remodelamento da capital federal se somava a realização de campanhas pela higienização da cidade e erradicação da febre amarela, da varíola e da peste bubônica. Incumbido dessa tarefa, em 1903, o médico sanitarista Oswaldo Cruz, diretor-geral de saúde pública, criou brigadas sanitárias para eliminar o mosquito transmissor da febre amarela. No ano seguinte, foi aprovada a lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola”. - Caricatura de Oswaldo Cruz, Bambino. 1910.	32

⁷³ Código alfanumérico da BNCC; EF, significa ensino fundamental; 07, grupo por faixa etária; H1, Campo de Experiências; 09, posição da habilidade a ser desenvolvida para cada grupo/faixa etária (BNCC, 2020, p. 26).

		Link – http://www.ccms.saude.gov.br/revolta.html para aprofundamento do assunto.	
HISTORIAS – ED. SARAIVA	7 ano	- “Segundo historiadores, as doenças trazidas pelos europeus se transformaram em epidemias que mataram mais do que as armas. Milhares de indígenas morreram por não terem resistência contra a varíola, o sarampo, o tifo e a coqueluche. Sem imunização contra as doenças europeias desconhecidas, uma simples gripe foi capaz de matar populações inteiras da América. As epidemias também impactaram o psicológico, [...] imaginavam que essas doenças fossem castigos dos deuses, ficavam apáticos e aflitos diante dos invasores”. - Imagem sobre a varíola – Biblioteca Medicea Laurenziana, Florença, Itália.	114
	9 ano	Subtítulo – Revolta da Vacina - “Além da pobreza e do desemprego, havia também epidemias de <u>febre amarela, peste bubônica e varíola</u> , que matavam milhares de pessoas todos os anos.”	45
	9 ano	- “[...] ampliaram-se o abastecimento de água e rede de esgotos, e remodelou-se o porto. Muitos cortiços [...] foram demolidos, e seus moradores, desalojados [...]” - “[...]1904, [...] Oswaldo Cruz, [...] tornava obrigatória a vacinação contra a varíola.” - “Alegava-se que um dos objetivos da reforma da capital era combater as epidemias.” Subtítulo – Revolta e repressão - Charge – Revista o Malho, Indignação popular – Leônidas. Rio de Janeiro, 10/11/1904.	46
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	7 ano	Subtítulo – Epidemias arrasadoras “[...]aldeias inteiras desapareceram da noite para o dia, atacadas por epidemias mortais. [...] uma gripe podia matar milhares de indígenas, que não tinham anticorpos [...] a Varíola, outra doença trazida pelos europeus, também foi mortal.” Subtítulo – Varíola e Sífilis: as doenças têm história - “enquanto a varíola matava milhares de indígenas no Brasil, a sífilis fazia o mesmo com os europeus. A sífilis é uma infecção sexualmente transmitida (IST), causada por uma infecção bacteriana. [...] Os primeiros casos de sífilis na Europa ocorreram pouco depois de a frota de Colombo regressar da América.”	90
	8 ano	Subtítulo – O controle da <u>Varíola</u> “A varíola foi a doença que mais matou gente no mundo. [...]no final do século XVIII, o médico inglês Edward Jenner conhecia a tradição oral que dizia que as pessoas que ordenhavam vacas não contraíam varíola [...] descobriu que era o contato com o pus das feridas do ubre desses animais, infectados com a varíola bovina, que imunizada as pessoas contra a doença. [...] é uma infecção que causa pequenas erupções no ubre das vacas. As pessoas que ordenhavam que contraíam a doença, mas não era uma doença séria. [...] Jenner constatou que aqueles que contraíam a varíola bovina não contraíam a varíola humana [...] estavam imunizados. [...] propôs que o pus das feridas das vacas fosse extraído e	239

		colocado em um corte no corpo da pessoa que se desejava imunizar.” Termos médicos nas palavras marcadas e suas definições.	
	8 ano	Texto complementar para atividade – Ciências da natureza. (Varíola) “os chineses já praticavam uma forma de imunização havia séculos, soprando pus seco retirado das crostas dos variolosos nas narinas de pessoas saudáveis.”	240
	9 ano	- “[...] o médico Oswaldo Cruz foi convocado [...] para eliminar mosquitos e ratos que transmitiam doenças.” - Charge – O Malho – Leônidas – “a revolta popular” 1904 – Rio de Janeiro.	30
	9 ano	- “O Rio de Janeiro [...] era chamada de ‘cidade morte’. Periodicamente havia surtos de varíola, febre amarela, malária, tuberculose, cólera, peste bubônica, entre outras doenças.”	42
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	7 ano	- Subtítulo – um novo olhar sobre as razões da conquista espanhola. - “O primeiro e mais determinante foram as doenças trazidas pelos europeus e contra as quais o corpo indígena não tinham resistência; essas doenças, como sarampo, varíola e gripe, mataram mais do que as armas de fogo. O sucessor de Montezuma foi uma dessas vítimas: reinou por apenas 80 dias e morreu de varíola.” - Imagens: Astecas com varíola, doença transmitida pelos espanhóis. História Geral das coisas da Nova Espanha, de Frei Bernardino de Sahagún. Séc. XVI. - Link para exposição – “Grandes Epidemias” 5m8s – http://livro.pro/c87e3i - Instituto Butantan - Epidemia de Varíola através dos séculos.	139
	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “[...]o médico sanitário Oswaldo Cruz era nomeado pelo governo para combater a <u>febre amarela, varíola e a peste bubônica</u> , doenças que matavam milhares de pessoas na cidade do Rio de Janeiro.”	32
	9 ano	Tabela de argumentos pró e contra a Vacinação: “1. A varíola matava mais de 4 mil pessoas todos os anos no Rio de Janeiro.” Charge – Revista O Malho.	33
INSPIRE – ED. FTD	8 ano	Subtítulo – Reforma para poucos “[...] as zonas mais pobres tornavam-se cada vez mais precárias e insalubre. Os pobres eram obrigados a viver em cortiços superlotados. Essas habitações não dispunham de esgoto. Por isso, a cidade era constantemente assolada por doenças, como a <u>febre amarela, a cólera e a varíola.</u> ”	198
	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “Foram adotadas medidas sanitárias como estímulo à caça aos ratos, a pulverização de veneno pela cidade para matar mosquitos transmissores de doença e a aprovação de uma lei que tornava obrigatória a vacinação.”	45
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	7 ano	“Entre os séculos XVI e XVII houve uma drástica diminuição das populações indígenas [...] foram extintos devido às doenças trazidas pelos europeus, como sarampo e varíola, contra os quais os indígenas não tinham anticorpos.”	221

	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “Essa higienização compreendia desde a construção de sistemas eficientes de água e esgoto até a restrição à presença de moradias populares em determinadas áreas da cidade. O objetivo dessa medida implicava também eliminar epidemias de <u>tuberculose, sarampo e tifo</u> [...] em 1904, após o surto de varíola no Rio de Janeiro o presidente determinou a obrigatoriedade da vacinação.”	33
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	9 ano	Subtítulo – Mobilizações nas cidades “[...] no começo do século XX, estava passando por um intenso processo de reformas urbanas. Além disso, para combater as frequentes epidemias, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, doenças que causavam grande número de mortes, foi colocada em prática uma política de saneamento e higienização”. Charge – o Espeto obrigatório. Revista A avenida. 1904.	32
TELÁRIS – ED. ÁTICA	7 ano	“[...]As doenças trazidas pelos europeus (varíola, gripe, peste), inexistentes na América, também contribuíram para o declínio populacional desses povos.”	68
	7 ano	“em 1521, depois de dois meses de confrontos e de uma devastadora epidemia de varíola entre os astecas, os europeus obtiveram a vitória final.”	134
	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “[...]epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola atingiram várias cidades brasileiras, vitimando muitas pessoas.”	61
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	7 ano	“[...]um aliado invisível seria o mais fundamental: as epidemias. O contato com os espanhóis expôs os astecas a novas formas de doenças, para as quais não tinham defesa: a varíola, a gripe, o sarampo e tantas outras. [...] epidemias que dizimaram milhares de nativos.” KARNAL, Leandro. A conquista do México. São Paulo: FTD, 1996. P. 30.	146
	7 ano	Texto Complementar – Atividade “Quando se foram os espanhóis do México e ainda não se preparavam os espanhóis contra nós, primeiro se difundiu entre nós uma grande peste, uma enfermidade geral. Começou em Tepeilhuitl (mês do calendário asteca). Sobre nós se estendeu: grande destruidora de gente. Alguns bem os cobriu, por todas partes (de seu corpo) se estendeu. Na cara, na cabeça, no peito etc. Era uma enfermidade destruidora. Muitas pessoas morreram dela. Ninguém podia andar, no máximo estavam deitadas, estendidas em sua cama. Ninguém podia mover-se, não podia virar o pescoço, não podia movimentar o corpo, não podia deitar de cabeça para baixo, nem deitar-se sobre as costas, nem mover-se de um lado para outro. E quando moviam algo, davam gritos. A muitos deu morte pegajosa, atormentadora, dura enfermidade dos grãos. Muitos morreram dela, mas muitos somente de fome morreram: houve mortos pela fome: já ninguém cuidava de ninguém, ninguém com outro se preocupava. [...] uns ficavam cegos, perderam a visão. O tempo que esta peste manteve-se forte foi de sessenta dias, sessenta dias funestos [...]” LEÓN-PORTILLA, Miguel. A	156/157

		visão dos vencidos: a tragédia da conquista narrada pelos astecas. Porto Alegre. L&OM, 1985. P. 99-100. Imagem – Astecas contaminados por varíola em Tenochtitlán. Códice Florentino, Século XVI.	
	9 ano	Subtítulo – As reformas no Rio de Janeiro “[...] as ruas da cidade eram sujas e estreitas, e quase não havia saneamento básico. Doenças como varíola, malária, febre amarela e peste bubônica atingiam frequentemente a população.”	46
	9 ano	Subtítulo – A revolta da Vacina “[...]Oswaldo Cruz foi encarregado de conduzir [...] combate de doenças como a febre amarela e a peste bubônica, eliminando mosquitos e ratos. Em Seguida, comandou o processo de erradicação da varíola, porém o único meio de combater essa doença era vacinar a população.”	48
	9 ano	Título – Como Surgiram as vacinas (texto aborda o que é a vacina e como surgiu a partir do desenvolvimento da vacina contra a varíola).	49

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 4 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Febre Amarela

FEBRE AMARELA			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	9 ano	“... baseados na experiência do combate à febre amarela, seus opositores afirmavam que os responsáveis pela aplicação da vacina eram violentos e os soros, pouco confiáveis.”	77
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	x	Doença não mencionada na coleção.	x
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “A política de remodelamento da capital federal se somava a realização de campanhas pela higienização da cidade e erradicação da febre amarela, da varíola e da peste bubônica. Incumbido dessa tarefa, em 1903, o médio sanitário Oswaldo Cruz, diretor-geral de saúde pública, criou brigadas sanitárias para eliminar o mosquito transmissor da febre amarela. No ano seguinte, foi aprovada a lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola”. Caricatura de Oswaldo Cruz, Bambino. 1910. Link – http://www.ccms.saude.gov.br/revolta.html para aprofundamento do assunto.	32
HISTORIAR – ED. SARAIVA	9 ano	Subtítulo – Revolta da Vacina “Além da pobreza e do desemprego, havia também epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, que matavam milhares de pessoas todos os anos.”	45
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	“O Rio de Janeiro [...] era chamada de ‘cidade morte’. Periodicamente havia surtos de varíola, febre amarela, malária, tuberculose, cólera, peste bubônica, entre outras doenças.”	42

		O texto continua descreve como era a cidade do Rio de Janeiro.	
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “[...]o médico sanitariano Oswaldo Cruz era nomeado pelo governo para combater a <u>febre amarela, varíola e a peste bubônica</u> , doenças que matavam milhares de pessoas na cidade do Rio de Janeiro.”	32
INSPIRE – ED. FTD	8 ano	“O governo brasileiro tinha grande preocupação em modificar a imagem de ‘atraso’ associada ao Brasil na Europa. Na época, por exemplo, as condições sanitárias e urbanísticas das cidades brasileiras eram péssimas. Isso facilitava a transmissão de doenças, e as epidemias eram frequentes.” Charge – Morte e Febre amarela. 1873. Autor desconhecido.	196
	8 ano	Subtítulo – Reforma para poucos “[...] as zonas mais pobres tornavam-se cada vez mais precárias e insalubre. Os pobres eram obrigados a viver em cortiços superlotados. Essas habitações não dispunham de esgoto. Por isso, a cidade era constantemente assolada por doenças, como a <u>febre amarela, a cólera e a varíola</u> .”	198
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	8 ano	Verbetes sobre “higiene e saúde no Brasil Império” Subtítulo – A importância dos hábitos de higiene “[...]provocaram epidemias de doenças, como a peste bubônica, a cólera e a febre amarela. Por isso, o Rio de Janeiro, capital do império na época, ficou conhecido pelos estrangeiros como o “túmulos dos viajantes”	120
	9 ano	Subtítulo – Mobilizações nas cidades “[...] no começo do século XX, estava passando por um intenso processo de reformas urbanas. Além disso, para combater as frequentes epidemias, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, doenças que causavam grande número de mortes, foi colocada em prática uma política de saneamento e higienização”. Charge – o Espeto obrigatório. Revista A avenida. 1904.	32
TELÁRIS – ED. ÁTICA	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “[...]epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola atingiram várias cidades brasileiras, vitimando muitas pessoas.	61
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	9 ano	Subtítulo – As reformas no Rio de Janeiro “[...] As ruas da cidade eram sujas e estreitas, e quase não havia saneamento básico. Doenças como varíola, malária, febre amarela e peste bubônica atingiam frequentemente a população.”	46
	9 ano	Subtítulo – A revolta da Vacina “[...]Oswaldo Cruz foi encarregado de conduzir [...] combate de doenças como a febre amarela e a peste bubônica, eliminando mosquitos e ratos. Em seguida, comandou o processo de erradicação da varíola, porém o único meio de combater essa doença era vacinar a população.”	48

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 4 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Cólera.

CÓLERA			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção	x
HISTORIANAR – ED. SARAIVA	9 ano	“[...]Diante da miséria, muitas pessoas ficaram desnutridas e vulneráveis a doenças como <u>tuberculose, tifo, cólera e gripe.</u> ” 1º guerra mundial.	76
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	“O Rio de Janeiro [...] era chamada de ‘cidade morte’. Periodicamente havia surtos de varíola, febre amarela, malária, tuberculose, cólera, peste bubônica, entre outras doenças.” O texto continua a descrever como era a cidade do Rio de Janeiro.	42
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	X	Doença não citada na coleção.	x
INSPIRE – ED. FTD	8 ano	Subtítulo – Reforma para poucos “[...] as zonas mais pobres tornavam-se cada vez mais precárias e insalubre. Os pobres eram obrigados a viver em cortiços superlotados. Essas habitações não dispunham de esgoto. Por isso, a cidade era constantemente assolada por doenças, como a febre amarela, a cólera e a varíola.”	198
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	8 ano	Verbetes sobre “higiene e saúde no Brasil Império” Subtítulo – A importância dos hábitos de higiene “[...]provocaram epidemias de doenças, como a peste bubônica, a cólera e a febre amarela. Por isso, o Rio de Janeiro, capital do império na época, ficou conhecido pelos estrangeiros como o “túmulos dos viajantes”	x
TELÁRIS – ED. ÁTICA	x	Doença não citada na coleção.	x
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	x	Doença não citada na coleção.	x

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 5 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Influenza/Gripe

INFLUENZA			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x

ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	7 ano	<p>“Outro fator que contribuiu para essas mortes foi a disseminação de doenças trazidas nos navios europeus, como a Varíola, a gripe, o sarampo, a tuberculose e a lepra. Os indígenas não possuíam imunidade contra essas doenças, e o contato com elas teve um efeito devastador nas populações nativas.”</p> <p>Em uma nota abaixo é dito: “BNCC – Ao abordar os impactos da conquista portuguesa da América para as populações ameríndias do Brasil, a habilidade EF07H109 é contemplada parcialmente.”</p>	107
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTORIANAR – ED. SARAIVA	7 ano	<p>“Segundo historiadores, as doenças trazidas pelos europeus se transformaram em epidemias que mataram mais do que as armas. Milhares de indígenas morreram por não terem resistência contra a varíola, o sarampo, o tifo e a coqueluche. Sem imunização contra as doenças europeias desconhecidas, uma simples gripe foi capaz de matar populações inteiras da América. As epidemias também impactaram o psicológico, [...] imaginavam que essas doenças fossem castigos dos deuses, ficavam apáticos e aflitos diante dos invasores”.</p>	114
	9 ano	<p>“[...]Diante da miséria, muitas pessoas ficaram desnutridas e vulneráveis a doenças como tuberculose, tifo, cólera e gripe.” 1º guerra mundial</p>	76
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	<p>Subtítulo – Ciências da natureza</p> <p>“[...]doenças interferiram e mesmo alteraram a vida das sociedades. É o caso da pandemia de influenza, ou “gripe espanhola””.</p> <p>“a primeira onda da gripe começou em março de 1918 nos Estados Unidos, e no mês seguinte atingiu os soldados estadunidenses que estavam na França. Em agosto, toda a Europa ocidental sofria com a doença. Extremamente infecciosa, a gripe, de maneira rápida, evoluía para pneumonia. Nos primeiros anos de 1919 a influenza matou milhões de europeus enfraquecidos pela falta de alimentos. Estima-se que metade da população do mundo tenha sofrido com a “gripe espanhola”, sendo que 40 milhões de pessoas morreram.”</p> <p>Palavra Pandemia é definida nas palavras marcadas.</p>	23
	7 ano	<p>Subtítulo – Epidemias arrasadoras</p> <p>“[...]aldeias inteiras desapareceram da noite para o dia, atacadas por epidemias mortais. [...] uma gripe podia matar milhares de indígenas, que não tinham anticorpos [...] a Varíola, outra doença trazida pelos europeus, também foi mortal.”</p>	90
	7 ano	<p>“arrasada com o avanço da colonização, sobretudo por conta das epidemias [...] na Bahia, [...] uma epidemia de gripe matou cerca de 30 mil indígenas em 1562. No ano seguinte, a varíola matou um terço dos tupinambás. [...] O próprio Arariboia foi vítima de uma dessas epidemias, em 1589. Tibiriçá morreu de disenteria, em 1562. [...] Cunhambebe,</p>	91

		<p>valoroso guerreiro, [...] morreu de varíola, como milhares de indígenas do Brasil.”</p> <p>Imagem – Indígenas tupinambás vítimas de varíola. Gravura de Theodore de Bry, 1592. Acervo histórico da Marinha, Vincennes, França.</p>	
<p>HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD</p>	7 ano	<p>Fragmento de texto – Médicos de alma e de corpos.</p> <p>“[...] Presume-se que a gripe, causada pelo [...] vírus Influenza, se propagasse na Europa desde o século XII [...]. Quando atravessou o Atlântico, atingiu uma população imunologicamente incompetente para combatê-la e o resultado [...] foi a catástrofe.” GURGEL, Cristina. Doenças e Curas: O Brasil nos primeiros séculos. São Paulo: Contexto, 2010. P. 115-118.</p>	176
	7 ano	<p>Subtítulo – um novo olhar sobre as razões da conquista espanhola.</p> <p>“o primeiro e mais determinante foram as doenças trazidas pelos europeus e contra as quais o corpo indígena não tinham resistência; essas doenças, como <u>sarampo, varíola e gripe</u>, mataram mais do que as armas de fogo. O sucessor de Montezuma foi uma dessas vítimas: reinou por apenas 80 dias e morreu de varíola.”</p> <p>Imagens – Astecas com varíola, doença transmitida pelos espanhóis. História Geral das coisas da Nova Espanha, de Frei Bernardino de Sahagún. Séc. XVI.</p> <p>Link para exposição – “Grandes Epidemias” 5m8s – http://livro.pro/c87e3i - Instituto Butantan - Epidemia de Varíola através dos séculos.</p>	139
	7 ano	<p>Fragmento de texto – Médicos de alma e de corpos.</p> <p>“[...] Presume-se que a gripe, causada pelo [...] vírus Influenza, se propagasse na Europa desde o século XII [...]. Quando atravessou o Atlântico, atingiu uma população imunologicamente incompetente para combatê-la e o resultado [...] foi a catástrofe.” GURGEL, Cristina. Doenças e Curas: O Brasil nos primeiros séculos. São Paulo: Contexto, 2010. P. 115-118.</p>	176
<p>INSPIRE – ED. FTD</p>	7 ano	<p>“Além disso, ao entrar em contato com os europeus, os indígenas muitas vezes contraíam enfermidades para as quais não tinham anticorpos. Doenças simples para os europeus, como a <u>gripe</u>, exterminavam aldeias inteiras em poucas semanas.”</p>	140
<p>GERAÇÃO ALPHA – ED. SM</p>	x	Doença não citada na coleção.	x
<p>CONVERGÊNCIAS – ED. SM</p>	x	Doença não citada na coleção.	x
<p>TELÁRIS – ED. ÁTICA</p>	7 ano	<p>“[...]As doenças trazidas pelos europeus (varíola, gripe, peste), inexistentes na América, também contribuíram para o declínio populacional desses povos.”</p>	68
	7 ano	<p>“[...]a população indígena do litoral diminuiu muito. A escravização, o extermínio dos povos guerreiros e epidemias de gripe e outras doenças trazidas pelos europeus, contra as quais os nativos não tinham imunidade, foram fatores que provocaram esse declínio.”</p>	210

VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	7 ano	“[...]um aliado invisível seria o mais fundamental: as epidemias. O contato com os espanhóis expôs os astecas a novas formas de doenças, para as quais não tinham defesa: a varíola, a gripe, o sarampo e tantas outras. [...] epidemias que dizimaram milhares de nativos.” KARNAL, Leandro. A conquista do México. São Paulo: FTD, 1996. P. 30.	146
---------------------------------	-------	---	-----

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 6 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Tuberculose

TUBERCULOSE			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	7 ano	“Outro fator que contribuiu para essas mortes foi a disseminação de doenças trazidas nos navios europeus, como a Varíola, a gripe, o sarampo, a tuberculose e a lepra. Os indígenas não possuíam imunidade contra essas doenças, e o contato com elas teve um efeito devastador nas populações nativas.” Em uma nota abaixo é dito: “BNCC – <u>Ao abordar os impactos da conquista portuguesa da América para as populações ameríndias do Brasil</u> , a habilidade <u>EF07H109</u> é contemplada parcialmente.	107
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção	x
HISTORIAR – ED. SARAIVA	9 ano	“[...]Diante da miséria, muitas pessoas ficaram desnutridas e vulneráveis a doenças como tuberculose, tifo, cólera e gripe.” 1º guerra mundial.	76
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	“O Rio de Janeiro [...] era chamada de ‘cidade morte’. Periodicamente havia surtos de varíola, febre amarela, malária, tuberculose, cólera, peste bubônica, entre outras doenças.” O texto continua a descrever como era a cidade do Rio de Janeiro.	42
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
INSPIRE – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	9 ano	Subtítulo – A Revolta da Vacina “Essa higienização compreendia desde a construção de sistemas eficientes de água e esgoto até a restrição à presença de moradias populares em determinadas áreas da cidade. O objetivo dessa medida implicava também eliminar epidemias de tuberculose, sarampo e tifo [...] em 1904, após o surto de varíola no Rio de Janeiro o presidente determinou a obrigatoriedade da vacinação.”	33
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x

TELÁRIS – ED. ÁTICA	x	Doença não citada na coleção.	x
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	x	Doença não citada na coleção.	x

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 7 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Poliomielite

POLIOMIELITE			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTORIAR – ED. SARAIVA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	Subtítulo – Ciências da Natureza “A poliomielite é uma doença causada pelo poliovírus e pode ser transmitido pelo contato com a saliva ou fezes. Ao entrar no sistema nervoso, o poliovírus pode matar a pessoa infectada ou provocar paralisia nos membros inferiores.”	77
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
INSPIRE – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	9 ano	Subtítulo – A importância da Vacina Texto complementar sobre a campanha de vacinação contra a poliomielite e o Sarampo. Campanha referente ao ano de 2018. Cartaz de campanha de vacinação – 2018. Gráficos sobre as doenças supracitadas de 1980 até 2018.	34
TELÁRIS – ED. ÁTICA	x	Doença não citada na coleção.	x
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	x	Doença não citada na coleção.	x

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 8 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Meningite

MENINGITE			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTORIAR – ED. SARAIVA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
INSPIRE – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
TELÁRIS – ED. ÁTICA	x	Doença não citada na coleção.	x
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	x	Doença não citada na coleção.	x

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Quadro 9 – Banco de informações para professores: Doenças e epidemias – Aids/HIV

AIDS / HIV			
Coleções Didáticas	Série	Citação	Página
HISTÓRIA E DEMOCRACIA – ED. MODERNA	9 ano	Subtítulo – A Indústria Farmacêutica (cita que os africanos servem como cobaias farmacêuticas) HIV é retratada como doença que marca o continente africano, mas não cita as questões da doença no Brasil.	292
ESTUDAR HISTÓRIA – ED. MODERNA	x	Doença não citada na coleção.	x
PROJETO ARARIBÁ – ED. MODERNA	9 ano	“Na área da saúde, destacam-se a redução da mortalidade infantil, o programa de combate ao HIV (vírus da imunodeficiência humana) e a lei que autorizou a comercialização dos medicamentos genéricos, o que reduziu significativamente o preço de muitos remédios consumidos pela população.”	240

HISTORIAM – ED. SARAIVA	x	Doença não citada na coleção.	x
HISTÓRIA.DOC – ED. SARAIVA	9 ano	“[...]quebrou patentes de remédios de combate à aids e incentivou a comercialização dos medicamentos conhecidos como genéricos.”	270
HISTÓRIA, SOCIEDADE & CIDADANIA – ED. FTD	9 ano	“na saúde, o programa de combate à aids adotado pelo governo se tornou referência mundial” AIDS – definição nas palavras marcadas.	233
INSPIRE – ED. FTD	x	Doença não citada na coleção.	x
GERAÇÃO ALPHA – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
CONVERGÊNCIAS – ED. SM	x	Doença não citada na coleção.	x
TELÁRIS – ED. ÁTICA	x	Doença não citada na coleção.	x
VONTADE DE SABER – ED. QUINTETO	9 ano	“[...] na área da saúde, implementando políticas bem-sucedidas de combate a Aids[...]”.	285

Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Em uma visão geral, foi produzida uma tabela na qual, de forma sintetizada, pude listar as ocorrências textuais e iconográficas das epidemias selecionadas para a pesquisa que foram encontradas nas coleções didáticas. Desta forma, evidencia-se as doenças que mais foram abordadas nas coleções didáticas.

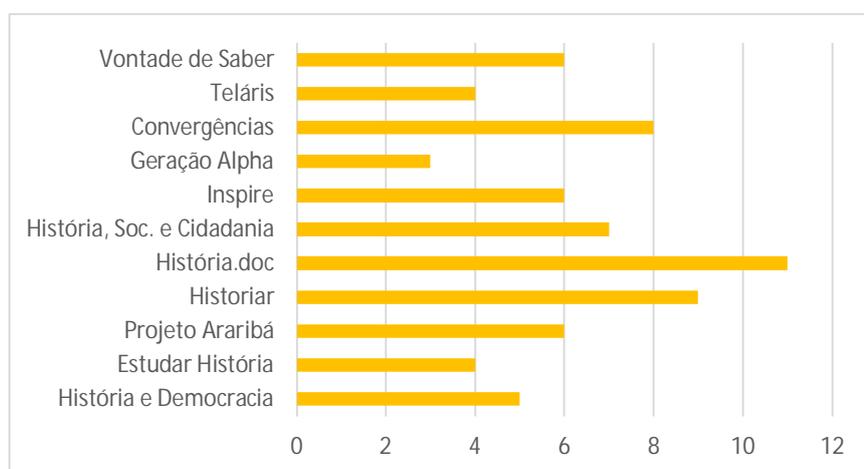
Tabela 2 - Análise das Coleções PNLD 2019 – Doenças e Epidemias na História do Brasil

DOENÇAS	COLEÇÕES DIDÁTICAS DO GUIA PNLD 2019																																												
	História e Democracia				Estudar História				Projeto Araribá				Historiar				História.doc				História, Sociedade e Cidadania				Inspire				Geração Alpha				Convergências				Teláris				Vontade de Saber				
	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	6	7	8	9	
Variola	-	1	-	2	-	1	-	1	-	-	-	2	-	2	-	2	-	1	1	2	-	2	-	2	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-	2	-	1	-	1	-	2	-	1	
F. Amarela	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	1
Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Influenza	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	2	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	
Tuberculose	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Poliomielite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Meningite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Aids / HIV	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

*Legenda: 1 – Ocorrências textuais. 2 – Ocorrências iconográficas e textuais.

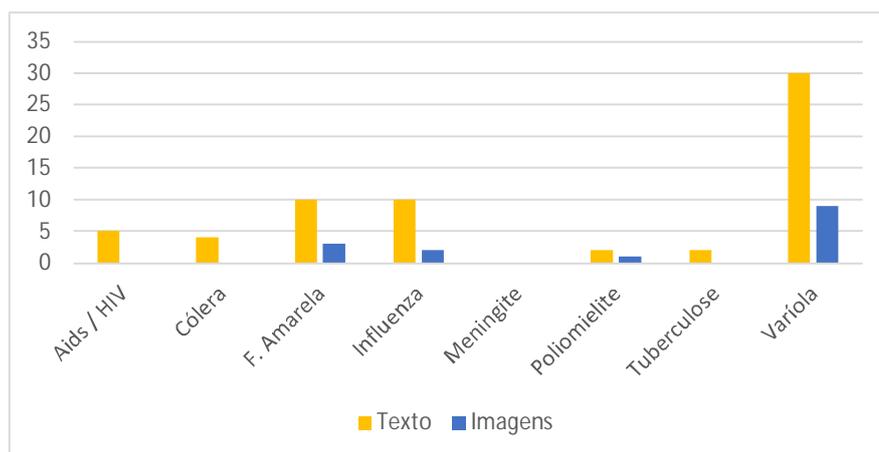
Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções.

Gráfico 1 - Citações sobre Doenças e Epidemias por coleções didáticas do PNLD 2019



Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções.

Gráfico 2 - Análise das doenças por textos e imagens



Fonte: Coleções PNLD 2019 – 11 coleções

Na consolidação dos dados, evidenciam-se as temáticas referentes à história das doenças mais presentes nos livros didáticos. A varíola e a febre amarela delineiam os conteúdos voltados para a premissa pesquisada. Embora esses sejam os temas mais abordados nos livros didáticos, isso não significa que as narrativas sejam bem desenvolvidas. Na grande maioria das obras, tanto a varíola quanto a febre amarela são relatadas por meio de um parágrafo ou por quadros ou textos complementares que geralmente ocupam meia página, no máximo.

A varíola chega a aparecer mais vezes nas coleções didáticas, pois é abordada em dois períodos distintos, durante a chegada dos europeus ao Brasil e nos eventos da

revolta da vacina. Às vezes chega a ser mencionada como palavra solta para evidenciar um conjunto de doenças para significar um determinado período. Na coleção História, Sociedade & Cidadania (2019, p. 139) do 7º ano, destaca-se a menção à doença:

O primeiro e mais determinante foram as doenças trazidas pelos europeus e contra as quais o corpo indígena não tinham resistência; essas doenças, como sarampo, varíola e gripe, mataram mais do que as armas de fogo. O sucessor de Montezuma foi uma dessas vítimas: reinou por apenas 80 dias e morreu de varíola.

A discussão sobre a doença é abordada em um questionamento, “como os espanhóis conseguiram vencer milhões de nativos?”, o texto segue com os apontamentos de Matthew Restall⁷⁴ que indicam motivos principais para a derrota dos Astecas, no caso, as doenças. Embora o livro didático aborde um quesito importante sobre a história das doenças, a única complementação existente no capítulo é uma imagem sobre astecas com varíola, de Frei Bernardino de Sahagún⁷⁵, do século XVI, não existindo atividades no final do capítulo que abordem a doença citada no texto, ou quaisquer menções voltadas a tentativas de cura ou tratamento exercidas pelas comunidades nativas.

Figura 3 – Astecas com Varíola⁷⁶



1/3 da sociedade Asteca foi vítima da Varíola.

⁷⁴ Etno-historiador e estudioso da conquista, colonização e da diáspora africana nas Américas. (CAPUCHO, 2019, p. 14).

⁷⁵ SAHAGÚN, Bernardino. O Códice Florentino. Livro XII: A conquista da América. 1577.

⁷⁶ SAHAGÚN, Bernardino. O Códice Florentino. Livro XII: A conquista da América. 1577.

Fonte: Coleção: História, Sociedade & Cidadania, 2018.

Outras obras fazem a mesma tratativa com a varíola, a única diferenciação é a abordagem sobre o período. A doença é melhor abordada nos livros do 9º ano, pois nessas obras se discute a revolta da vacina, possibilitando discussões mais longas sobre ações sanitárias, vacinação, negacionismo, além de textos complementares, imagens sobre o processo e atividades direcionadas. Todas as coleções didáticas do Guia do PNLD 2019 trabalham esse conteúdo de maneira ampliada (texto, imagens e atividades). As imagens utilizadas nas coleções correspondem à Revista o Malho, sendo a mesma imagem utilizada em coleções diferentes.

Figura 4 – Revolta da Vacina. Rio de Janeiro, 1904⁷⁷



Charge da Revista o Malho, que mostra a revolta popular contra a vacinação obrigatória.

Fonte: Coleção: História, Sociedade & Cidadania, 2018.

A febre amarela acompanha a varíola, principalmente nas coleções didáticas do 9º ano, ficando ausente em apenas duas coleções. O enfoque realizado, devido ao período sanitário no Brasil, aborda outras doenças, dentre elas a influenza, tifo, tuberculose,

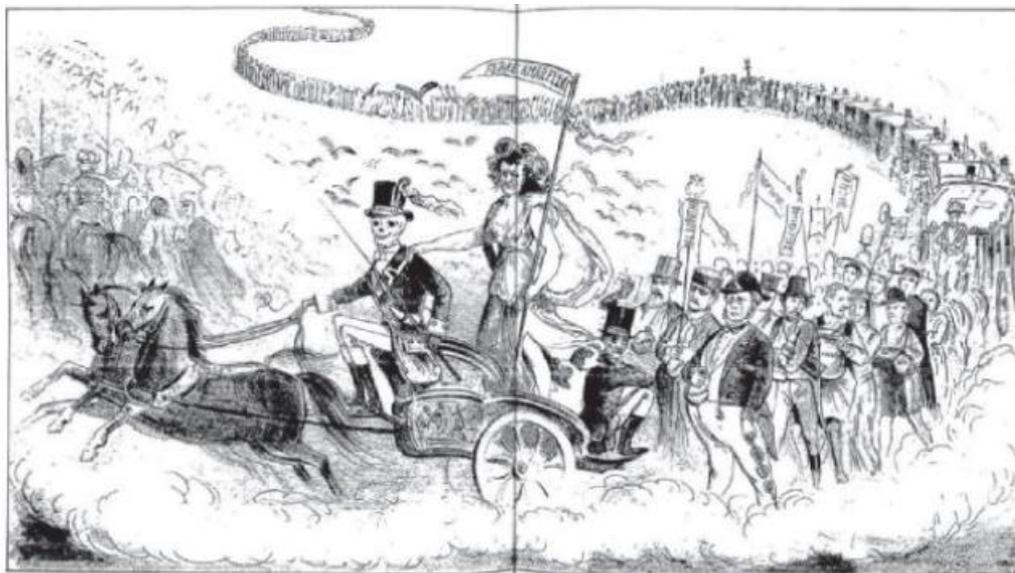
⁷⁷ A Revolta da Vacina. Charge de Leonidas publicada em 1904, na Revista: O Malho, ed. 111.

difteria e a cólera. Contudo, diferentemente das questões voltadas à vacinação da varíola, as tratativas sobre a febre amarela são mais esparsas, acentuando ao aluno apenas sua mortalidade. Na coleção Inspire (2019, p. 196), é apontado:

“[...] as zonas mais pobres tornavam-se cada vez mais precárias e insalubre. Os pobres eram obrigados a viver em cortiços superlotados. Essas habitações não dispunham de esgoto. Por isso, a cidade era constantemente assolada por doenças, como a febre amarela, a cólera e a varíola.”

Acompanha o texto uma imagem sobre a febre amarela, de um autor desconhecido, com a contextualização de que a morte é o cocheiro de uma multidão de pessoas, visto que o Brasil naquele período era conhecido como mortal para estrangeiros (CHALHOUB, 1998, p. 77). Além disso, possuía péssimas condições sanitárias, permitindo a transmissão de doenças e o surgimento de surtos epidêmicos. Outro complemento às explicações, ao tratar de sua presença nos cortiços, é citado o cortiço Cabeça de Porco⁷⁸, um dos maiores durante esse período.

Figura 5 – A Febre amarela⁷⁹



A Fila de mortes proporcionada pela Febre Amarela na Cidade do Rio de Janeiro.

Fonte: Coleção: Inspire (2019, p. 196).

⁷⁸ O termo “cabeça de porco” é comumente usado como sinônimo de moradia coletiva e insalubre, mas muita gente desconhece a origem dessa expressão. Em meados de 1880, existiu um grande cortiço na região portuária do Rio com esse nome, que ficou famoso, entre outros motivos, pela persistência (MUSEU DO AMANHÃ, 2015). Disponível em: < <https://museudoamanha.org.br/portodorio/?share=timeline-historia/11/o-inderrubavel-cabeça-de-porco> > Acesso: 04/11/2021 às 16:31.

⁷⁹ A febre amarela. Revista Semana Ilustrada, autor desconhecido. 1837,

Quero elencar a cólera nesse contexto e complementar as duas últimas passagens referentes à varíola e à febre amarela, pois nesse período, ao menos nas coleções didáticas do guia do PNLD 2019, é a doença menos trabalhada em todas as coleções. Em meio a 7 (sete) coleções, ela não foi ao menos citada, e nas outras aparece apenas como um lembrete de que era um dos malefícios que ocorria devido à falta de sanitização das cidades, especificamente no Rio de Janeiro. Outro agravante era a aglomeração de pessoas em locais insalubres, como os cortiços. Na coleção *Convergências* (2019, p. 120 e 121), é apontada uma contextualização próxima à utilizada nas narrativas sobre a varíola e a febre amarela:

“[...]provocaram epidemias de doenças, como a peste bubônica, a cólera e a febre amarela. Por isso, o Rio de Janeiro, capital do império na época, ficou conhecido pelos estrangeiros como o “túmulo dos viajantes”

Nas outras coleções nas quais se aborda a doença, as contextualizações são semelhantes, não havendo um aprofundamento sobre o malefício, nem atividades que pudessem explorar mais o tema. Deu-se preferência ao desenvolvimento dos assuntos voltados à administração, poder político, economia, e assuntos subsequentes à revolta da vacina.

Dando continuidade à consolidação dos dados, a influenza é um dos conteúdos que aparece especificamente em dois temas: a contaminação dos indígenas pelos europeus e a gripe espanhola durante a Primeira Guerra Mundial. No livro do 7º ano, as inserções ocorrem juntamente com a doença variólica, apenas complementando o rol de doenças trazidas pelos europeus, não sendo trabalhada em atividades, ou possuindo indicações iconográficas. As abordagens que ocorrem no livro do 9º ano envolvem a fragilidade das pessoas devido à fome, como um intermediário para a epidemia de gripe espanhola. A *Coleção Historiar* (2019, p. 76) faz a seguinte menção: “[...]Diante da miséria, muitas pessoas ficaram desnutridas e vulneráveis a doenças como tuberculose, tifo, cólera e gripe.”. Esse conteúdo é contextualizado com a figura abaixo:

Figura 6 – Mulheres procuram alimento no lixo na Alemanha, após o fim da Primeira Guerra Mundial



As mazelas da Primeira Guerra Mundial proporcionaram o desabastecimento de víveres e a acentuação da pobreza na Europa.

Fonte: Coleção: Históriar - (Three Lions Getty Images, 1918).

A gripe espanhola é apenas citada no corpo do texto, não existindo nenhuma atividade ou texto complementar que discuta a importância da doença durante o período de guerra e suas implicações no pós-guerra, período em que a doença se alastra mundialmente e começa a vitimar as pessoas que estiveram longe do conflito. Kind e Cordeiro (2020, p. 4) apontam que a doença “Conhecida como “terrível mal”, “ciclone maldito”, “flagelo”, “epidemia nefasta”, “hecatombe” e “moléstia”, a epidemia durou quase dois anos. [...] foi considerada a mais virulenta e ocasionou o maior número de mortes, [...] foi até 1920”. Contudo, a coleção didática opta por não ampliar o conhecimento sobre a doença, nem trabalha o conteúdo em atividades pós-textuais ou complementares.

Sobre as outras doenças pesquisadas, a tuberculose e a poliomielite se fazem presentes em apenas duas coleções didáticas, sendo a primeira retratada nas coleções: Estudar História e Projeto Araribá; a segunda nas coleções: História.doc e Convergências. Enquanto isso, a Aids/HIV possui representação em cinco coleções didáticas: História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade & Cidadania e Vontade

de Saber; a meningite sequer insurge nos livros didáticos. A tuberculose é inserida nos textos que discutem a revolta da vacina e as questões voltadas à falta de saneamento básico e às condições insalubres dos cortiços. Todas as coleções não fazem um aprofundamento textual ou iconográfico da doença, ela é apenas citada com um conjunto de doenças, apenas para exemplificar o processo sanitário em que o Rio de Janeiro estava inserido. Existe apenas uma menção nos livros de 7º ano, na coleção: Estudar História, que elenca a doença como um dos malefícios ao qual as populações indígenas estavam expostas devido à chegada dos europeus e à falta de resistência às doenças que vieram junto.

A poliomielite é abordada em duas coleções, ambas do 9º ano. Na Coleção Historiar (2019, p. 77), por meio de interdisciplinaridade com a área de ciências da natureza, oferece-se um texto complementar, no qual discorre-se sobre a etiologia de transmissão do poliovírus e as consequências da doença no corpo humano. Feita essa primeira tratativa, relata-se o caso do Presidente estadunidense Franklin Delano Roosevelt, que foi vítima da doença. Devido a isso, passou a usar uma cadeira de rodas, o que não lhe impediu de ascender à presidência dos Estados Unidos. Contudo, a coleção peca por não oferecer atividades contextualizadas com o texto, ou inserir imagens que possibilitem a visualização das consequências da doença no corpo humano.

A coleção didática Convergências (2019, p. 34) dedica uma folha inteira para discorrer sobre a campanha de vacinação oferecida pelo Estado Brasileiro. O texto, mesmo que interdisciplinar, aborda a questão da importância da vacinação, controle de contágio e a erradicação de doenças como a poliomielite, o tétano e o sarampo. São inseridos no contexto o cartaz da campanha de vacinação e duas tabelas que determinam a diminuição da incidência da pólio e sarampo no mundo. Finaliza-se o estudo com duas questões dissertativas sobre a leitura dos gráficos e a importância da vacinação contra as doenças que podem ser evitadas.

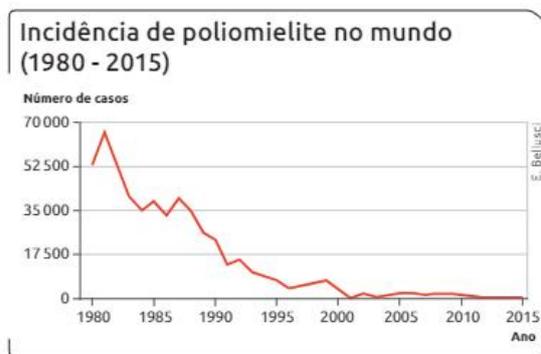
Figura 7 – Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e Sarampo, 2018



Cartaz / Propaganda do Governo Federal incentivando a vacinação contra a pólio. Sendo o personagem “Zé Gotinha⁸⁰”, um chamariz para às crianças.

Fonte: Coleção Convergências, 2019.

Gráficos 3 e 4 – Poliomielite e Sarampo



Fonte: Organização Mundial da Saúde.



Fonte: Organização Mundial da Saúde.

Transcrito: Coleção didática Convergências.

⁸⁰ O Zé Gotinha foi um personagem, criado em 1986, pelo artista plástico Darlan Rosa, para a campanha de vacinação contra o vírus da poliomielite realizada pelo Ministério da Saúde. Seu nome foi definido por um concurso, no qual crianças de todo o Brasil mandaram suas sugestões via escolas públicas, sendo escolhido Zé Gotinha (FIOCRUZ, 1986). Disponível em: < <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/comunicacao/casa-ze-gotinha?highlight=WyJjYXNhIiwjY2FzYSciLCJkbyIsInplIiwjZ290aW5oYSIsImNhc2EgZG8iLCJjYXNhIGRvIHplIiwjZG8gemUiLCJkbyB6ZSBnb3RpbmhhliwiemUgZ290aW5oYSJd#:~:text=O%20Z%C3%A9%20Gotinha%20foi%20um,mais%20atraentes%20para%20as%20crian%C3%A7as.> > Acesso: 04/11/2021 às 17:1.

A AIDS/HIV se encontra presente em cinco coleções, são elas: História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade e Cidadania e Vontade de Saber. Contudo, não existe uma diversidade de informações sobre a doença, sendo as inserções unicamente voltadas à questão da “quebra de patente” para a redução do valor das medicações devido a ações políticas. Todas as coleções abordam o mesmo assunto sobre a doença, não existindo seu histórico ou sua gravidade quando a enfermidade se torna epidêmica dentro do território brasileiro. A coleção didática Projeto Araribá (2019, p. 240) salienta essa questão:

[...] Na área da saúde, destacam-se a redução da mortalidade infantil, o programa de combate ao HIV (vírus da imunodeficiência humana) e a lei que autorizou a comercialização dos medicamentos genéricos, o que reduziu significativamente o preço de muitos remédios consumidos pela população”.

Mesmo mencionando a doença, o enfoque das coleções: História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade e Cidadania e Vontade de Saber é voltado para a política econômica do momento e seu governo vigente. A parte iconográfica, que poderia abordar a história da AIDS/HIV, é omitida, sendo a preferência voltada a imagens de políticos ou grupo de pessoas que exemplifiquem a política global ou charges sobre os 500 anos da chegada dos portugueses no Brasil, essa ausência ocorre em todas as coleções do guia do PNLD 2019.

A meningite é a doença completamente ignorada por todas as coleções didáticas do guia do PNLD 2019 (História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade & Cidadania, Historiar, Vontade de Saber, Geração Alpha, Convergências, Estudar História, Inspire e Teláris). Não foi encontrada nenhuma menção à doença nos 44 (quarenta e quatro) livros que abrangem as escolhas durante esse quadriênio. O período em questão, dentro da história brasileira, corresponde principalmente aos anos de 1970 a 1974, quando o Brasil vive plena ditadura militar. O período específico dentro da ditadura corresponde ao sucesso econômico conhecido como o “milagre econômico”. No que tange à análise, percebe-se que os livros registram a importância do período para o núcleo militar que governava o país, e a rígida política de censura em que os meios de comunicação viviam. Outro aspecto, ressaltado nas passagens, é a miséria que surge

durante esse período, trabalhadores explorados, baixos salários, fome, etc., mas não existem menções a quaisquer tipos de surtos epidêmicos nas obras.

Alguns meios eram coibidos de tocar no assunto, e outros se apoiavam no negacionismo para proteger o sistema que os beneficiava. Schineider, Tavares e Musse (2015, p. 7) apontam que o jornal O Globo (02/08/71) estampava “Epidemia, não!”. Quaisquer conhecimentos sobre a doença – etiologia e transmissão – eram ignorados pelos meios públicos, favorecendo seu rápido alastramento. A duração do negacionismo fluiu até o ano de 1974 que, com o surgimento de uma cepa mais fatal, impossibilitou o acobertamento da doença para a sociedade. Contudo, a censura sobre a doença ainda perdurou por mais algum tempo.

Finalizando a análise, constata-se que a presença da história das doenças nos livros didáticos ainda carece de maior atenção. Embora algumas coleções desenvolvam uma boa contextualização com o conteúdo obrigatório, ainda estamos longe de ter obras que realmente representem essa área da história. As doenças aparecem nos livros didáticos apenas como um lembrete, sem sofrer um aprofundamento necessário para a compreensão do fato histórico e suas implicações na sociedade, além de suas repercussões sanitárias. É perceptível que alguns conteúdos são melhor desenvolvidos que outros, exemplo disso são as passagens referentes à revolta da vacina, que incluem as narrativas da varíola e da febre amarela, direcionando pequenas discussões, dialogando com imagens que exemplificam bem o período histórico, juntamente com as atividades e os textos complementares. Contudo, são isoladas como “termos” outras doenças como a tuberculose, a cólera, a difteria, a influenza, entre outras.

Uma mudança possível seria inserir nos currículos oficiais das humanidades a história das doenças, como um possível eixo temático a ser debatido e estudado em salas de aula. Atualmente, vivemos em plena pandemia de uma doença mortal, que surgiu como uma infecção pulmonar, confundida com uma pneumonia grave, que evoluiu para uma doença que já vitimou pessoas em quase todos os países do mundo, só no Brasil, mais de 600 mil óbitos. Entretanto, ainda é negada por alguns e ignorada por outros, como se fosse uma simples gripe. Torna-se essencial o debate das doenças e de suas narrativas por meio da história nas escolas públicas. Deve ser desenvolvida a compreensão necessária para o enfrentamento da doença, baseada em experiências já vividas. É necessária a valorização dos processos históricos e a eliminação da sociedade do negacionismo, que atualmente

impede as pessoas de se vacinarem, o que poderia salvar vidas. Oportunizando o que a BNCC prega, desenvolver o pensamento crítico e oportunizar ao estudante a visão de que ele é parte integrante da sociedade, podendo melhorá-la.

Capítulo 3 – Orientações didáticas sobre as doenças para o ensino de história.

Mediante a análise realizada dos livros didáticos do guia do PNLD 2019, foi possibilitada a verificação das ausências em cada coleção referente à história das doenças. Identificou-se também que, mesmo que abordado de forma paralela, o conteúdo voltado a essa temática é limitado, sendo priorizados outros conteúdos, recursos didáticos e exigências estabelecidas pela Base Nacional Curricular Comum (BNCC), pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e pelo Documento Curricular para o Estado de Goiás (DC/GO).

Nas coleções didáticas analisadas – História e Democracia, Projeto Araribá, História.doc, História, Sociedade & Cidadania, Historiar, Vontade de Saber, Geração Alpha, Convergências, Estudar História, Inspire e Teláris – os conteúdos eram geralmente desenvolvidos de forma que as nomenclaturas das doenças apareciam nos textos didáticos, mas não existiam as contextualizações necessárias para desenvolvimento epidêmico por meio das narrativas históricas, de modo a fundamentar o período que era examinado. Criou-se lacunas e ausências, perceptíveis nos questionamentos de alunos, falta de orientações didáticas nas coleções e os questionamentos gerados pela pandemia da Covid-19, como causas, duração, formas de contenção, dentre outras.

Como forma de complementar o estudo das narrativas históricas orientadas à temática das doenças, foi produzido um material que visa dar apoio às aulas de história. Ele oferece uma ampliação do conhecimento das doenças, contemplando o currículo básico exigido pela BNCC na composição dos livros didáticos, correlacionando alguns pontos com a história de Goiás, de forma a atender ao DC/GO e fazendo a ponte interdisciplinar e transdisciplinar entre as disciplinas curriculares.

Para tal, foi utilizado o histórico desenvolvido no primeiro capítulo, que oferece as narrativas necessárias para a composição de tais orientações didáticas, que farão a complementação indispensável para a compreensão histórica das doenças e epidemias. A composição contou com a contextualização de imagens, as quais fazem o diálogo direto com o período pesquisado, possibilitando aos alunos uma compreensão além daquelas presentes no texto. Optei por fazer uma análise das imagens presentes nas coleções do PNLD 2019 e orientações didáticas em um outro momento. Embora a composição das Orientações Didáticas tenha partido do histórico das doenças, fez-se necessário a alusão explicativa em alguns pontos, a palavras de difícil compreensão, a explicações extras.

Foram utilizadas, na composição textual, palavras grifadas em amarelo, que possuem sua descrição em uma parte textual separada e marcada por um ícone de “sino”, que corresponde a uma nota explicativa do termo ou nomenclatura utilizada na composição textual.

A composição textual foi ampliada e corretamente citada na bibliografia da dissertação, em relação a minibiografias ou relatos que comentam sobre descobertas científicas, como é o caso de Carlos Finlay e a descoberta do mosquito causador da febre amarela; a descoberta de Robert Koch, do bacilo causador da tuberculose; ou pesquisa de vacinas, como é o caso do Projeto Mosaico e o processo de Variolização. Houve o cuidado, nessa composição textual, de existirem períodos narrativos com possibilidade de interdisciplinarização com Ciências, Biologia, Língua Portuguesa, Matemática e Geografia. Há, além disso, inserções regionais, desvelando-se a história das doenças e epidemias no estado de Goiás.

Outro aspecto desenvolvido nas Orientações Didáticas foi o desenvolvimento dos *QR Codes*⁸¹, que, nas observações de Freitas (2017, p. 56), são um código, de duas dimensões, composto por vários módulos de cor preta, dispostos sobre diferentes lugares de fundo branco, o que corresponde a um código de resposta rápida. O *QR Code* é uma evolução do código de barras, que pode ser lido tanto horizontalmente quanto verticalmente. Essa inovação técnica foi utilizada nas Orientações Didáticas, como forma de direcionar professores e alunos a uma ampliação do conteúdo oferecido por esse método. Os *QR Codes* foram criados por meio de um aplicativo de celular chamado *QRCode*, da *Climb App*, disponível tanto para Androide como para iOS⁸². Esse aplicativo converte os endereços eletrônicos em imagem de formato *QR Code*, possibilitando acesso rápido aos endereços listados referentes a museus, vídeos, textos, livros, sites informativos, dentre outros. As únicas alterações realizadas no formato foram a redução ou a ampliação, para caber corretamente no espaço dedicado ao *QR Code*, que não danificou a imagem para o acesso rápido. Contudo, em cópias reduzidas das Orientações Didáticas, faz-se necessário aumentar a imagem do *QR Code*, para que ela funcione corretamente e indique o endereço correto.

⁸¹ Desenvolvido em 1994, por Masahiro Hara, e lançado pela empresa Japonesa Denso Wave, uma subsidiária da Toyota, criada para a catalogação de peças e automóveis (LIAO; LEE, 2010).

⁸² Sistemas operacionais de celulares (nota do autor).

A produção desse material didático obedeceu à seguinte ordem:

- Utilização do histórico das doenças contemplado no capítulo primeiro;
- Norteamento por meio dos objetivos de aprendizagem e desenvolvimento da BNCC;
- Orientação da interdisciplinarização e transdisciplinarização propostas pelos PCNs;
- Ampliar a temática das doenças abordando a história de Goiás exigida pelo DC/GO ampliado;
- Imagens (gravuras, charges, prints e fotografias) para contextualizar a informação e a imagem das doenças;
- Utilização de gráficos, tabelas e esquemas para subsidiar os fatos narrados no texto.
- Criação de *QR codes* que irão direcionar os professores e alunos para o conteúdo online, no caso vídeos, museus, imagens, entrevistas, curtas, monumentos, leituras, reportagens, fatos que marcaram a época e materiais de apoio;
- Desenvolvimento de um Glossário sobre as doenças trabalhadas no capítulo primeiro.

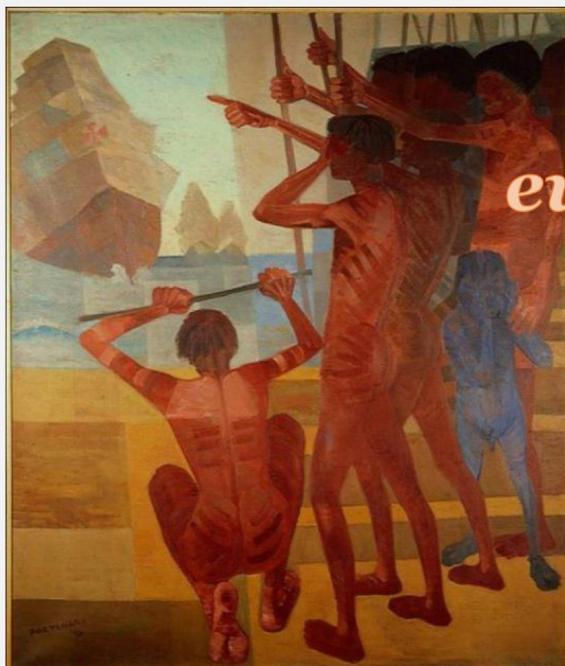
** Observação: o arquivo original das orientações didáticas foi confeccionado em formato de tabloide, possibilitando uma melhor impressão do material didático.

ORIENTAÇÕES DIDÁTICAS PARA ENSINO FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiânia, 2021



Indigenas surpresos com a visão das caravelas. Fonte: PORTINARI, 1956.

As doenças europeias no Brasil: varíola

[...] o problema da imunidade indígena aos microorganismos era profundo e abrangente (GURGEL, 2010, p. 30)

Com a chegada dos portugueses no Brasil, várias tribos indígenas tiveram contato com os microorganismos trazidos pelos europeus. Eventos, como ocorrido com os **Guanchos**, nas Ilhas Canárias, repetiram-se dentro do continente americano.

Os índios brasileiros sofreram as mesmas dificuldades que outras civilizações do continente americano, como os Incas e os Astecas. Ambas as civilizações, dominadas pelos espanhóis, tiveram contato com doenças mortais. A varíola foi a mais letal, colaborando com a derrocada dessas civilizações, dizimando 1/3 de toda a população Asteca e permitindo a conquista célere da parte andina e central da América.

As civilizações do continente americano, segundo Santos Filho (1977, p. 96), eram “naturalmente sadios” para viver nas selvas, mas não possuíam imunidade para enfrentar as doenças trazidas pelos europeus. Entre as doenças mais incidentes nas populações indígenas, podemos citar: sarampo, coqueluche, sífilis, disenterias, influenza (gripe), tétano, tuberculose, varíola, tifo, entre outras.

O terror da Sífilis

Também conhecida como canero duro, doença do mundo, mal da franga, ou comumente chama de lues, era capaz de despertar nos indígenas um verdadeiro terror. Baida e Chamorro (2001, p. 5) apontam que os índios infectados se embrenhavam nas florestas e nunca mais eram vistos. Como a doença não foi constatada por registros históricos anteriores à chegada dos europeus, permite-se dizer que foi introduzida no território americano pelos colonizadores.

A doença se alastrava por meio do sexo, pelo contato com as feridas, ou dos pais para o filho. Provocava tumores cirrosos e úlceras violentas, causando deterioração da pele em algumas partes do corpo, deformação da boca e, em estágios avançados, problemas mentais irreversíveis.

Os indígenas brasileiros chamavam a doença de Miá. O malefício, após o período de feridas, desaparece, retornando mais tarde de formas diversas, o que facilitava sua transmissão entre indígenas, negros e europeus.

Contextualizando com ciências
O que é a Sífilis?



Página 1



Guanchos: Tribo indígena que habitava as Ilhas Canárias, que foi colonizada por portugueses e posteriormente por espanhóis. Teve 80% de sua população dizimada por uma doença chamada de **modorra**, que é um tipo de encefalite letárgica que faz os doentes terem uma sonolência carregada com delírios devido à febre alta.



Omolu e Obalauê: orixás africanos relacionados à cura.

Flebotomia: alguns povos indígenas brasileiros praticavam a flebotomia, furando a veia escolhida com pequena flecha afiada e impulsionada por diminuto arco. O sangue era sugado por chifre colocado sobre a veia aberta.

A Variola

A variola na Colônia portuguesa recebeu o nome de **Omolu e Obalauê**, conseguindo contaminar toda a colônia até o ano de 1588, causando imensa mortalidade, não apenas das sociedades indígenas, mas também dos colonizadores. Gurgel e Rosa (2012, p. 390) apontam que a compreensão dos indígenas sobre a doença era nula. Como o malefício gerava febre alta, acreditavam que banhos frios, sangrias e o trato com produtos da floresta ajudariam o doente.

Ficou comumente conhecida como a “doença das bexigas”, e se manifestava de forma mortal nas civilizações indígenas. Uma de suas variações, chamada de “púrpura variolosa”, matava o indivíduo rapidamente, pois essa forma ocorria quando não existia a resposta imune do infectado.



Práticas de cura indígena: Banho e Sangria.
Theodore de Bry, 1596.

Indígenas sem opções de tratamento

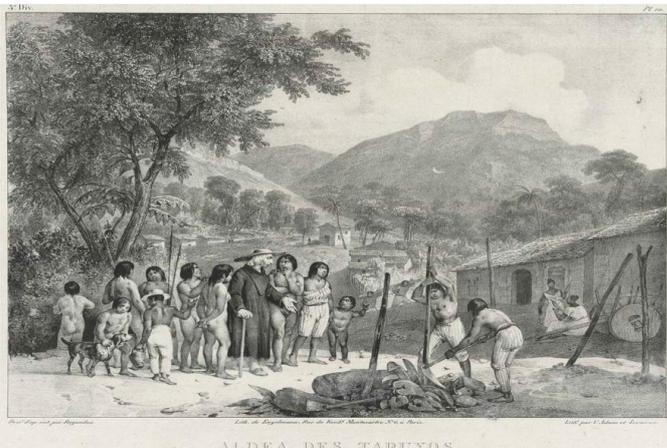
As doenças epidêmicas mostram uma letalidade exacerbada, principalmente nas populações indígenas. Esse índice é elevado devido ao comportamento durante a doença. Algumas condutas apontam para a fuga dos membros da aldeia, aglomeração em uma única residência e a interrupção das atividades básicas (COIMBRA JR. 1987, p. 23).

Os atingidos pela doença, quando detectados, eram geralmente deixados à própria sorte. Existe uma grande discussão sobre os motivos que aumentaram os níveis de mortalidade das populações indígenas, um deles seria o fato de que ocorreu uma grande desestruturação socioeconômica das aldeias afetadas, além do comprometimento das provisões de água e alimentos para os doentes (COIMBRA JR. 1987, p. 24)

As doenças se espalhavam quando um indígena fugia e buscava refúgio em outras aldeias. Estando assintomático, este contaminava índios sadios.



Wafer, Lionel. **Flebotomia**. 1699.



Aldea des Tapuyos - RUGENDAS, Johann Moritz.. 1835.

OS JESUÍTAS

Os jesuítas no Brasil, segundo Calainho (2005), ofereciam formação educacional e fé cristã. Atuavam na área da saúde, proporcionando tratamento a doenças, desenvolviam hospitais e integravam o saber indígena à medicina ocidental. Utilizavam as plantas curativas e o seu conhecimento médico adquirido na Europa para combater epidemias e manter boticas ativas na colônia brasileira. Trabalharam informalmente no combate aos malefícios do corpo, mas também os transmitiram aos indígenas.

A varíola no Império

A varíola permaneceu presente no Brasil durante o período Imperial. Mas, em meados do século XVIII, surgiu um processo derivado da medicina científica, a Variolização. Esse método, segundo REZENDE (2009, p. 228), consistia na inoculação de pus, retirado das pústulas de um enfermo, na pele de um indivíduo são. Este adquiria a enfermidade, mas de forma branda, desenvolvendo relativa imunidade.

Esse método, embora satisfatório, gerava um certo incômodo na maioria

das pessoas, favorecendo o surgimento de grupos negacionistas, que exerciam resistência ao processo de variolização. Embora o processo fosse útil na maioria dos casos, algumas pessoas que passaram pelo processo morreram.

A doença era muito frequente devido ao intenso tráfico de escravos.

Edward Jenner criou um método que protegia as pessoas da doença. Ele utilizou uma mulher que teve varíola adquirida de vacas, retirando de sua pústula o material necessário para inocular uma pessoa sã, que também desenvolveu pústulas. Semanas depois, inoculou nessa pessoa o pus da varíola humana que não apresentou contágio. Desenvolveu, assim, a vacina contra a varíola.

Varíola em Goiás

Em Goiás, a vacinação era vista como loucura.

No território goiano, existia uma resistência muito grande à vacinação, desde os pobres até as classes economicamente mais ricas. A recusa ocorria devido ao processo dolo-

roso da vacinação, questões religiosas, à falta da matéria-prima, que não resistia à viagem, além do medo de que os filhos nascessem com aspectos bovinos. Fato que era muito disseminado socialmente.

Junta vacínica



PEREIRA, ângelo. Os filhos do el-rei D. João VI, 1946.

A monarquia portuguesa, após sua chegada ao Brasil, criou a Junta Vacínica da Corte, com o intuito de organizar a vacinação antivariolífica. Uma das justificativas para a criação da junta é creditada a mortes ocorridas no seio da família real. Embora fosse um projeto ambicioso, a junta não obteve sucesso, e suas falhas eram exploradas pelos periódicos locais.



Negacionistas: vem do negacionismo, que é a escolha de negar a realidade como forma de escapar a uma verdade desconfortável. No contexto das doenças, corresponde a negar sua existência ou o perigo epidêmico para obtenção de vantagens ou benefícios.

A revolta da vacina

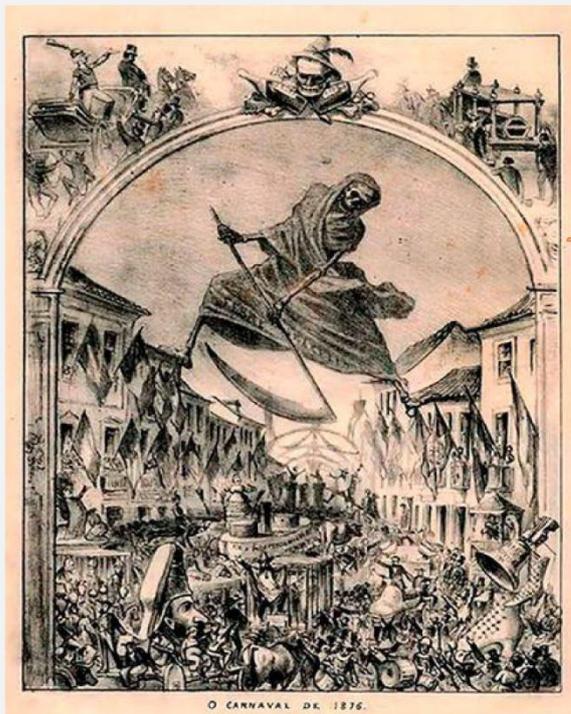
A revolta da vacina é marcada como um dos maiores movimentos **negacionistas** que já ocorreu no Brasil. A sociedade e os jornais zombavam da vacina,

alegando tratamentos ineficazes e obstruindo as políticas públicas voltadas à vacinação. Aguiar (2021, p. 13) indica que o movimento político agitou os bastidores para a aprovação da vacina, enquanto outros criticavam sua efetividade, algo bem parecido com o que ocorre na atual pandemia da Covid-19. Embora a vacina não tivesse conseguido um avanço considerável em números, sua efetividade salvava vidas.

O plano de vacinação obrigatória falhou, e todos que recusaram a vacina, ficaram à mercê da pestilência. Em 1908, o Rio de Janeiro foi atingido pela mais violenta epidemia de varíola da história, provocando a corrida pela vacina, pois tamanha era a mortalidade que questões negacionistas, embora ainda existissem, foram deixadas de lado pela maioria.



Algumas pessoas temiam a vacina por acreditarem que seus filhos se transformariam em vacas, ou teriam deformações, como chifres. Charge: A situação Antes. Revista o Malho, 1904.



A morte observa os foliões, que ignoraram a febre amarela para se divertir. Fonte: AGOSTINI, 1876.

Febre Amarela: a doença do vômito preto

[...] o vômito preto era “o anjo da morte que Deus enviou a esta cidade, é o enviado da justiça de Deus” (CHALHOUB, 1996, p. 62)

Supõe-se que a chegada da febre amarela ao Brasil tenha ocorrido pelas Antilhas. **Cronistas** apontam que cinco pessoas de uma mesma moradia adoeceram, e após isso cerca de seiscentas pessoas morreram. Com tamanha mortalidade, agilizou-se uma campanha de purificação das casas para que os ares ruins saíssem, além de separar-se os doentes dos sádios.

Foi declarada, em Pernambuco, uma epidemia de febre amarela no ano de 1691, Franco (1969, p. 9) indica que “[...] há 7 anos não se assiste uma grave doença, a qual já mais nêle se viu”.

Outras suposições afirmam que a doença pode ter vindo do continente africano e empestou Recife, deixando-o amarelo e acometendo as pessoas com o maldito “vômito preto” fétido. A doença, além de causar esse tipo de vômito, ocasionava uma forte dor de cabeça, nos ossos, febre alta, delírios e, dentro de alguns dias, ocorria o vômito com sangue podre. Dos acometidos pela doença, poucos sobreviviam.

A campanha profilática foi estabelecida, e os meios de se combater a doença eram: purificar o ar por meio de queimadas realizadas diariamente nas ruas, nas quais a fogueira conteria ervas aromáticas (ramos de murta, incenso, almêcega, bálsamo, óleo de copaíba e galhos de aroeira e de erva cidreira); estrondos de artilharia durante o fim do dia e no fim da noite. As casas deveriam ser arejadas e limpas. Os doentes deveriam ser segregados da povoação.

A febre amarela: do Império à República

Na Corte, a princípio, a febre amarela foi considerada um designio de Deus, uma forma de punição devido à boemia existente no Rio de Janeiro. Mesmo com o surto epidêmico, as festas, eventos e bailes não diminuíram. A população religiosa estabeleceu penitências, procissões e todo tipo de atividade religiosa para amenizar os males sanitários que tomaram o Rio de Janeiro.

Outras pessoas acreditavam que as medidas religiosas não surtiriam efeitos e passaram a adotar o pensamento científico para estancar o mal. As autoridades imperiais adotaram medidas públicas profiláticas visando a diminuir o número de doentes.

A doença tornou-se **endêmica** no Rio de Janeiro e algo curioso despertou a atenção das autoridades, pessoas com melhores condições financeiras e escravos “aclimatados” não sofriam tanto com a enfermidade. Esta incidia diretamente nos pobres, devido à condição sanitária a que eram submetidos. Para as famílias mais abastadas, a doença era vista como uma forma de erradicação da pobreza e de limpeza da capital.

A medicina em tempo de pandemia.



Museu de Medicina USP





Classes Perigosas: é uma construção social do século XIX, exercida pelas classes abastadas, de que todo pobre era perigoso.

Os Cortiços

Um dos principais vetores das doenças que ocorreram na história do Brasil foram os cortiços. Nóbrega (2007, p. 20) aponta que “Esses locais, conhecidos como cortiços, habitações coletivas marcaram a paisagem urbana durante o século XIX”. Nessas habitações se fixavam as consideradas “**classes perigosas**”, no caso pobres em geral, negros (libertos ou fugidos), estrangeiros, “malfeitores”, pessoas expostas aos vícios, trabalhadores do sexo, etc. Na visão das classes abastadas, para que a cidade melhorasse os cortiços deveriam acabar.

Não existia saneamento básico, luz, higiene e salubridade. Os quartos não eram arejados, e comportavam várias pessoas, o que possibilitava a transmissão das doenças em larga escala. O cortiço mais conhecido foi o “Cabeça de Porco”, que foi demolido para a abertura de um túnel.

A desorganização dos cortiços e o acúmulo dos excluídos.



Estalagem localizada na Rua do Senado, 1906.
Fonte: Museu da Imagem e do Som.

Os pobres: a escória social.

Na concepção das classes abastadas, a figura do pobre era a de um real contágio, e as mazelas que ocorriam no Rio de Janeiro eram ligadas diretamente a eles. Eram pessoas expostas a todo tipo de mal, e que não tinham o mínimo interesse em se cuidar. Até sua prole era considerada um meio disseminador de doenças, pois ela aprenderia com os pais tudo que existe de errado, e depois praticaria isso na vida adulta.

As primeiras doenças a se disseminar nos cortiços, entre os pobres, foram a febre amarela e a cólera, alcançando um alto nível de mortalidade. A tuberculose, também teve um aumento considerável entre essa população. Outro grupo desprezado pelas classes mais abastadas era o dos estrangeiros. Estes começavam a habitar o Brasil como uma nova oportunidade de trabalho e de vida.



Fundo da estalagem, 1906.
Fonte: Museu da Imagem e do Som.

Escravos acumulados em um tumbeiro.



Fonte: Marc Ferrez, 1882.

Os Escravos e a Febre Amarela

Ilana Löwi (2006, p. 95) aponta que os médicos creditavam ao tráfico dos escravos a disseminação da doença no território brasileiro. Para eles, os miasmas dentro das embarcações eram dispersos pelos portos e espalhados pela cidade. A doença, aparentemente, alastrava-se entre os brasileiros de descendência europeia, estrangeiros provenientes das Europa e indígenas. Aparentemente, os escravos africanizados possuíam resistência imunológica, sendo poupados do malefício, com poucas baixas.

Acreditava-se que uma das formas de erradicação da doença seria acabar com a escravidão. Idealizava-se que o fim do tráfico traria para o Brasil uma melhoria no quesito de saúde pública.

Os escravagistas temiam a febre amarela e a resistência natural dos negros à doença, isso gerava pavor na sociedade. A solução para esse problema seria a introdução de mão de obra imigrante.

Libertando os escravos, duas benesses ocorreriam: um gradual **embranquecimento** social e o fim das pestilências trazidas pelos navios negreiros que aportavam no Brasil.

Entretanto, os imigrantes eram muito suscetíveis ao “mal do vômito preto”. Para garantir uma tranquilidade social, os médicos reais disseminaram que apenas os imigrantes não acostumados com o clima do Brasil ficavam doentes, e que os aclimatados não sofreriam com a severidade da febre amarela.

A imigração passaria a ser a principal forma de manutenção do sistema agrário.

A teoria microbiana

Descoberto o causador do mal

Em 1870, as pesquisas se intensificaram e, com elas, ocorreu a descoberta do agente causador do mal da febre amarela. Diferentemente da varíola, o mal do vômito

Embora o imigrante fosse uma saída viável para a substituição do negro como mão de obra, existia um grande movimento xenofóbico contra os recém-chegados. Isso gerou um mal estar, pois, além do Brasil ser considerado um túmulo para estrangeiros, existia um tom hostil que desencorajava os europeus.

preto não pode ser contido por vacinação, devido às fases a que a doença obedecia, a latência e a virulência. A sanitização seria primordial para vencer a enfermidade.

O fim do mistério

Periódico de 1876 apontava a descoberta do causador da febre amarela.



Fonte: Rafael Bordalho, 1876.



Embranquecimento: também conhecida como **Branqueamento**, é uma tese eugenista que defendia um padrão genético superior da raça humana, sendo o branco europeu superior às outras raças.

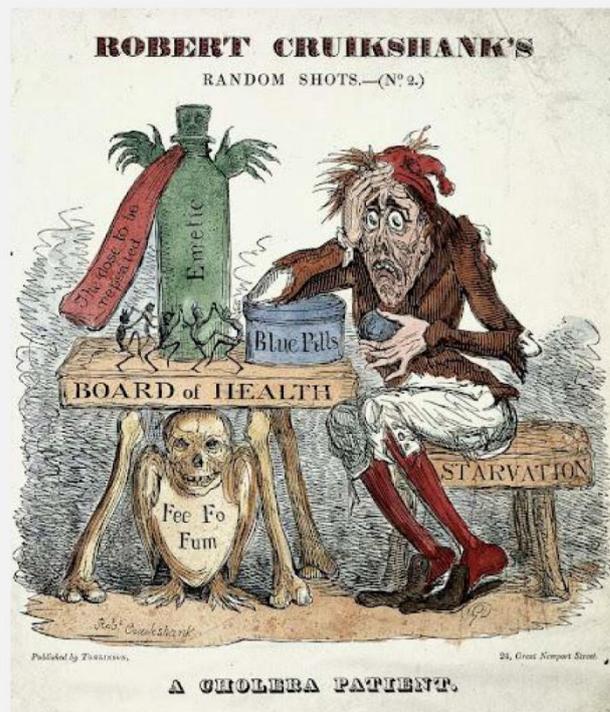
Carlos Finlay e o *Stegomyia fasciata*

Na visão de Turco e Paiva (2018, p. 36), o mosquito *Stegomyia fasciata*, foi identificado como vetor intermediário da febre amarela e outras doenças. Trazendo à tona pesquisas sobre malária e filaríose.

A hipótese de transmissão pelo mosquito foi inicialmente elaborada em 1881, pelo pesquisador cubano Carlos Finlay, e estabilizada por experimentos da Comissão Reed, também em Cuba, 20 anos depois. As experiências da Comissão confirmaram que a febre amarela na natureza só pode ser transmitida através da picada do mosquito *Stegomyia fasciata*. A consequência desses resultados foi o estabelecimento de um programa de eliminação dos mosquitos e, a partir de 1901, obteve-se uma rápida queda nos casos de febre amarela em Havana.



Carlos Finlay e o mosquito *Stegomyia fasciata*. Prensa Latina, 2021.



Paciente com cólera e os remédios ineficazes. Fonte: CRUIKSHANK, 1832.

Cólera

“Quando a cólera mata seu hospedeiro, cria de certo modo uma crise para si próprio, pois um novo hospedeiro terá que ser encontrado” (SANTOS, 1994, p. 80).

No Brasil, a cólera surgiu logo após uma grande epidemia de febre amarela, ocasionando uma grande mortandade entre a população. Foi durante o ano de 1855 que ocorreram os primeiros surtos, causando a morte de milhares de pessoas, principalmente em locais de grande fluxo populacional. Rio de Janeiro, Salvador e Belém foram as cidades mais atingidas.

Documentos oficiais da época apontam que uma embarcação portuguesa foi responsável pelo surto e a morte de trinta e seis passageiros.

A princípio, a doença foi ignorada e não aceita como cólera. O resultado dessa ignorância foi um grande surto epidêmico que vitimou cerca de mil e nove pessoas em Belém, e mais cinco mil na província do Pará. Sua proporção foi tão extensa que chegou ao Amazonas e ao Maranhão.

Cerca de quatro meses depois desse alastramento, a cidade do Rio de Janeiro conheceu a mortalidade da doença, isso sob as vistas dos governantes, que tanto zelavam pela cidade.

O Rio de Janeiro vivia um sério problema com as questões de sanitização, pois os cortiços eram celeiros de doenças e infecções. A cólera adentrou facilmente na cidade, instalando-se nos cortiços, passando a vitimar principalmente as pessoas de baixa renda. Segundo Rego (1872, p. 87), os negros, as misturas raciais, os marujos, os mendigos, os pobres em geral e todo aquele que não zelava pelos preceitos higiênicos foram vítimas da epidemia.

O clima a favor da doença

O Rio de Janeiro, quente e úmido, que possui variações atmosféricas e habitações em lugares baixos, não arejados, sem espaço físico suficiente para acomodar altas concentrações, facilitava o alastramento da cólera. Outros fatores que colaboraram para o crescimento epidêmico foram as condições de vida, a má alimentação, a falta de higiene, a carga de trabalho elevada e os maus-tratos.

No interior, principalmente nas fazendas, em uma tentativa de se barrar a doença, recomendava-se que os escravos tivessem alimentação adequada, fossem bem agasalhados, não trabalhassem muito tempo em rios e pântanos, e que as senzalas não ficassem em lugares baixos, sombrios e úmidos. As moradas deveriam ser varridas, arejadas, com bastante luz solar, os dejetos deveriam ser descartados à distância, e foi permitido ao escravo dormir próximo ao fogo.

A história da Cólera



Global Health Medic Project

Página 1



Cortico: é a denominação dada, no Brasil e em Portugal, a uma casa cujos cômodos são alugados, servindo cada um deles como habitação para uma família. As instalações sanitárias são comuns.



Hospital de Campanha: Um hospital de campanha é uma pequena unidade médica móvel, ou mini-hospital, que cuida temporariamente das vítimas no local antes que possam ser transportadas com segurança para instalações mais permanentes.

Os escravos e a epidemia

Durante o século XIX, o flagelo recaiu com intensidade entre os pobres, famintos, excluídos e escravos. Essas populações faziam mais uso das águas infectadas e não possuíam acesso à higienização, tornando-se alvos fáceis para a moléstia. Os escravos, as maiores vítimas da doença, por mais que os seus “donos” tentassem cumprir as medidas de controle sanitário exigidas pelas governanças, morreram aos montes. Segundo Santos (1994, p. 88), ocorreram perdas incontáveis entre os escravos cativos. Os libertos sofreram igualmente com o impacto da moléstia. Estima-se que os pretos mortos pela cólera no Brasil chegaram a dois terços da população negra.



Diariamente os escravos jogavam dejetos domésticos no oceano. Eram chamados de Tigres, devido às marcas que os dejetos faziam em seus corpos.

Transcrito: A Semana Ilustrada, 1886.

A cólera na Guerra do Paraguai

A moléstia esteve presente na Guerra do Paraguai. Desde seu início várias pessoas foram vitimadas pela doença, que se espalhou por vários países sul-americanos, aumentando assim o número de mortos. A doença foi tão preocupante que causou um forte pesar internacional. Estima-se que, até o final do ano de 1867, a letalidade da doença vitimou cerca de quatro mil soldados brasileiros.

Doratioto (2002, p. 284) afirmou que a cólera tomou várias vidas, sem que o exército sáisse do lugar. Foram tantos os reveses provocados pela doença que medidas sanitárias extremas ocorreram para impedir o avanço da mortalidade, entre elas: quarentenas e a proibição da entrada de navios sem autorização prévia nos portos.

Dois acordos internacionais foram estabelecidos entre Argentina, Uruguai e Brasil para conter a epidemia.



Cadáveres da Batalha do Bouqueirão.
Fonte: Museu Mitre, Buenos Aires, 1886.



Igreja adaptada para servir de **hospital de campanha** em Paso de Patria, Paraguai.
Fonte: Excursão ao Paraguai / Biblioteca Nacional, 1866.

Nas narrativas da guerra, constata-se que a peste é a maior inimiga dos soldados. Dourado (2011, p. 131) indica que os comandantes na guerra demonstravam uma preocupação gigantesca com as condições sanitárias das tropas brasileiras. Mesmo com um corpo de saúde preparado para condições de guerra, era impossível contornar a situação. As tropas estavam à mercê das condições climáticas, sanitárias e higiênicas, e tudo piorava com o consumo de água infectada e a má alimentação. A soma desses fatores gerava a debilitação e o enfraquecimento, dando oportunidade para a doença, que provocava a diarreia e a disenteria, devastando as tropas de ambos os lados.

As obras de saneamento, segundo Santos (1994, p. 87), por meio das redes de esgoto e sistema de encanamento d'água, no ano de 1862, nas cidades litorâneas do Rio de Janeiro, Recife e Santos, refreou provisoriamente o avanço da doença, mesmo que tardiamente.

No fim do século XIX, ocorreu uma melhora nas condições de saneamento e abastecimento de água na maioria dos países do mundo, mostrando uma qualidade expressiva. Contudo, essas melhorias não chegaram as camadas mais carentes da sociedade. Aos poucos, a morbidade da doença foi diminuindo, conforme a qualidade do abastecimento melhorava.

Na perspectiva de Diniz (1997, p. 63-64), as profilaxias ajudavam a conter a doença, entre essas medidas:

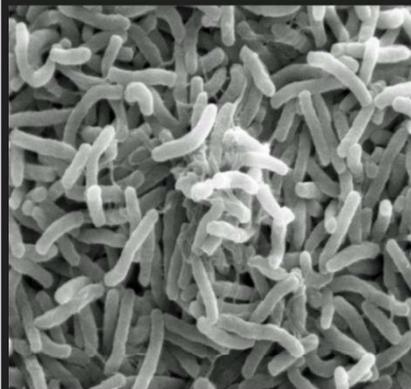
- Ferver a água;
- Cozinhar os alimentos;
- Tostar o pão;
- Esterilizar os utensílios de cozinha e mesa;
- Ferver a água destinada ao banho;
- Manter rigoroso asseio pessoal;
- Cobrir a boca e o nariz em caso de manipular cadáveres coléricos;

Para as cidades, seria necessário dessecar os pântanos, charcos, alagados e águas estagnadas, a limpeza das ruas, praças e praias também se fazia necessário para se exterminar quaisquer focos de transmissão de doenças e infecções. Os matadouros, mercados, carne, bebidas, farinhas e alimentos em geral, deveriam ser fiscalizados pela junta de higiene.



Gastrointestinal: Sistema digestivo (estômago, esôfago, intestino grosso, intestino delgado, cólon, reto e ânus).

O combate à Cólera



Fonte: KIRN, T. J. et al, 20??

A imagem do microscópio mostra as bactérias causadoras da Cólera.

John Snow e a cólera

O médico inglês, trabalhou incessantemente na área da medicina preventiva durante o século XIX. Snow, em suas observações determinava que o contágio da cólera não estava nos miasmas, e sim nas águas da cidade de Londres.

Após fazer o estudo epidemiológico da doença, ele traçou um mapa das fontes que estavam contaminadas na cidade, determinando que a cólera é transmitida de pessoa para pessoa, e pela água contaminada. Afetando diretamente aos pobres, devido a sua as mazelas da pobreza em que estavam inseridos. O Médico aponta também que a cólera é uma doença do trato **gastrointestinal**, descartando a hipótese que era uma doença sanguínea.

Snow, aponta também que as áreas mais afetadas eram aquelas abastecidas pelo rio Tamisa, que recebia o esgoto da cidade (MARTÍN, 2020).



Dispensário da morte / Foto de John Snow / Dispensário de água pública em Londres.
Fonte: *Illustrated London*, 1860. / Fonte: em.Wikipedia, 2021. / Fonte: Getty Images, 2021.

Goiânia, 2021.

TOUT LE MONDE L'A (ter) L'INFLUENZA!



La Ronde des Médecins et des Potards.

Fonte: Le Grelot. Paris, 1890.

A Influenza: doença do catarro epidêmico

[...] “O terrível mal” “Ciclone maldito”, “flagelo”, “epidemia nefasta”, “hecatombe” e “moléstia” [...] nada matou tanto em tão pouco tempo

(BERTUCCI, 2003, 106).

A influenza, assim como outras doenças, vitimou várias tribos indígenas durante o período pré-colonial e colonial no Brasil. **Hans Staden**, em sua obra “Duas viagens ao Brasil”, aponta o adoecimento e morte de famílias indígenas inteiras durante suas visitas, enquanto ele permanecia sadio.

Na Bahia, ocorrem fatos semelhantes aos narrados por Staden, “uma peste terrível de tosse e catarro mortal”, similar à gripe europeia,

começou a atacar os colonos, negros e indígenas. Nas palavras de Gurgel (2009, p. 176), “A morte, seja nos campos de batalha ou por doenças infectocontagiosas trazidas pelos colonizadores (gripe e outras), dizimou gradativamente povos, tradições, línguas, costumes”. Talvez as reais dimensões da mortalidade nativa após a ‘chegada dos colonizadores’, jamais serão conhecidas, já que a literatura

especializada discute índices diferentes, que variam em milhões; mas é preciso reconhecer que sua tragédia foi expressiva, mudou a formação sociocultural brasileira e tornou-se decisiva para outra catástrofe sentida por povos do outro lado do Atlântico sul – os africanos. A morte indígena, suas moléstias, as incapacitações dos sobreviventes para o trabalho não conceberam a escravidão negra [...] mas, fomentaram-na.

Conhecendo o inimigo

Descrita como ‘catarrhos’, a influenza teve uma infinidade de definições sociais ao longo do tempo. No Reino Unido, os termos “catarro epidêmico”, “febre catarral” ou “destempero” foram utilizados para nomear o malefício. Ela passou a ser chamada de “Influenza” somente após a pandemia de 1918.

A gripe, vulgarmente chamada assim na capital Imperial, é documentada ao longo da história, ocorrendo desde a colonização, flagelando principalmente a civilização indígena durante o período de 1522 a 1559, essas comunidades morriam devido a sua falta de imunidade biológica. Porém, sua ocorrência aumenta com o passar do tempo, sendo fortemente documentada entre os séculos XVII e XIX no Brasil (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, 12).

National Museum of Natural History



Surto: Epidemias em uma exposição digital de mundo conectado.

Página 1



Hans Staden: foi um mercenário alemão do século XVI. Por duas vezes esteve no Brasil, onde participou de combates nas capitanias de Pernambuco e São Vicente contra navegadores franceses e seus aliados indígenas e onde passou nove meses com os índios Tupinambás.



Sazonalidade: é algo que acontece em períodos específicos. As **doenças sazonais** representam o conjunto de disfunções típicas de uma determinada época do ano.

Os portos

A influenza se utilizou dos portos brasileiros para chegar ao Brasil. Parsons (1891, p. 354) aponta que, no final do século XIX, ocorreu uma onda pandêmica de Influenza, matando muitas pessoas pela Europa, chegando ao Brasil, por meio de uma embarcação vinda de Hamburgo (uma cidade alemã) que teria atracado em Salvador. Esta trouxe consigo infectados pela influenza, sua tripulação que, liberada por alguns dias, contaminou metade da população local.

O surto epidêmico se alastrou rapidamente, disseminando-se pelo Nordeste e contaminando uma infinidade de pessoas. Embora a epidemia arrefecesse, novas epidemias anuais continuaram a acontecer devido ao fator mutagênico do vírus da gripe. Outro fator que colaborou com a disseminação e novas ondas epidêmicas da doença, a **sazonalidade**.

A gripe espanhola como “aliado” dos grandes impérios



A Gripe Espanhola

Ainda durante os novecentos, a maior mortalidade ocorria entre as sociedades indígenas. Outras pessoas que se infectavam conseguiam sobreviver à doença por desenvolverem uma resistência. Logo, a mortalidade era menor nas cidades.

A grande mudança desse cenário foi o advento da Gripe Espanhola. Bertucci (2004, p. 442) avalia que a gripe espanhola foi um dos maiores acontecimentos epidêmicos do Século XX,

vitimando milhares de pessoas, devastando populações e determinando a incapacidade do homem de lidar com aquela pestilência.

Existem divergências sobre a origem da doença. Como o mundo vivia um período de mudanças, guerras e crises, atribuiu-se a culpabilidade de seu surgimento à Espanha. Outra possibilidade seria a de que a doença teria surgido entre trabalhadores franceses que desenvolviam uma linha férrea. Uma terceira

INFLUENZA HESPAÑOLA
— Muita hygiene, dormir com as janellas abertas, desinfectar diversas vezes ao dia a bocca e as narinas, limpar os intestinos. A epidemia ataca de preferencia os organismos predispostos. Não ha motivo para ter medo.

Notícia sobre a Gripe Espanhola no Brasil
Fonte: Revista da Semana, 1918.



Os doentes na Praça Quinze, no Rio de Janeiro.
Fonte: CARETA, 1918.

Teoria foi a de que a doença se desenvolveu no front de confrontos da Primeira Guerra Mundial, na qual sofreu mutações, e depois disso ganhou proporções mundiais. Muitos soldados que conseguiram voltar pra casa transmitiram a doença para várias localidades, principalmente para suas mulheres e filhos, favorecendo, assim, a transmissão da doença para diversas áreas do planeta.

No Brasil, a doença chegou pelo porto, uma embarcação inglesa, chamada de “Demerara”, trazia consigo o vírus mortal. Uma mulher que estava na embarcação faleceu, juntamente com ela seus familiares. Em outro apontamento, constatou-se que existiam marujos com sintomas leves da doença na embarcação. Especulou-se que a enfermidade

havia realmente se instalado, e já imaginavam que a moléstia poderia estar circulando pela cidade anteriormente a esses fatos.

O Governo do Rio de Janeiro, prevendo o pior, tomou medidas para se barrar a doença, contudo a transmissão social já havia se iniciado. Damasceno Neto (2010, p. 63) indica que o malefício já grassava em Goiás e havia chegado por vias férreas, atingindo as cidades de Ouvidor, Catalão, Goiandira, Ipameri, Urutaí e Roncador, todas interligadas pelas rotas férreas.

O mesmo autor indica que a virulência da gripe se tornava fatal, devido a sua associação com bactérias que desenvolviam outras doenças, como a pneumonia e a tuberculose. Deixava, assim, os doentes mais suscetíveis à mortalidade, visto que se tornavam mais convalescentes às doenças.

Medidas Drásticas

Isolamento social e lockdown

Para se prevenir o alastramento da doença, os governos resolveram fechar escolas, igrejas, teatros e associações esportivas. Torneios, festas e eventos foram cancelados. Tudo na tentativa de

Não existia cura para essa doença, a disseminação atingia todas as capitais brasileiras e nenhuma delas estava preparada para a **hecatombe** biológica.

Evidentemente, as castas sociais mais abastadas suportavam o momento por terem melhores condições de vida. Os pobres recorriam a meios “alopáticos, fitoterápicos, homeopáticos, rezas, benzedeiros, santos e orixás.”

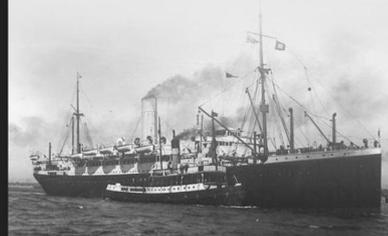
barrar a doença. Alterou-se profundamente a vida social e econômica da população. Apenas a partir de 1933, por meio de testes em animais, com a replicação do vírus, foi descoberto o causador da doença.



Hecatombe: massacre de um grande número de pessoas; mortandade, carnificina.
Mutagênico: Agente mutagênico é todo agente físico, químico ou biológico que, em exposição às células, é capaz de induzir uma mutação, ou seja, um dano na molécula de DNA que não é reparado no momento da replicação celular, e é passado para as gerações seguintes.

O Navio da morte

Em setembro de 1918, o navio Demerara atracou no Recife, em Salvador e no Rio de Janeiro com passageiros vindos de Liverpool e Lisboa



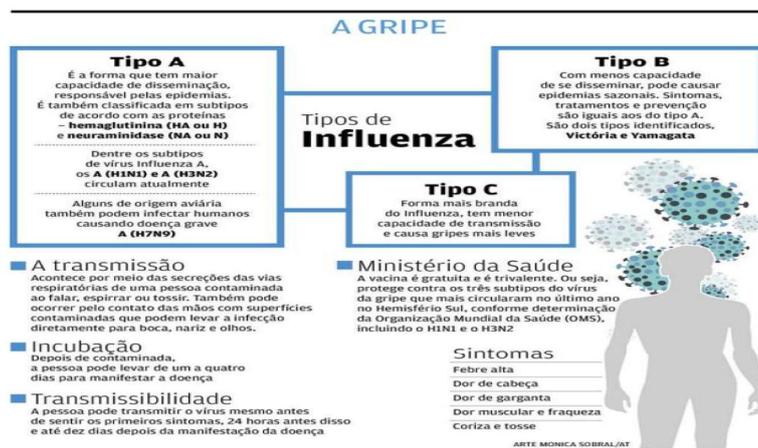
Fonte: Ed. Intrínseca, 2020.

O navio inglês, antes de aportar no Rio de Janeiro, já havia passado em muitas localidades. Existe a hipótese de outros navios terem feito o mesmo.

Tipos de Influenza

Embora a mortalidade da gripe espanhola tenha sido incomensurável. A sua disseminação e letalidade, com o tempo, foram diminuindo, ao ponto de não produzir mais vítimas. Estima-se que tenha sepultado cerca de trinta e cinco mil pessoas no Brasil.

Mesmo que a doença tenha recuado, a ponto de desaparecer, uma das capacidades do vírus da gripe é o fato de ele ser **mutagênico**. Ou seja, como foi dito anteriormente, durante a Primeira Guerra Mundial, o vírus da gripe foi capaz de se alterar para gerar uma versão mais contagiosa e letal. Com o tempo, novas versões vão surgindo e afligindo a sociedade, como foi o caso da H1N1, chamada de gripe aviária, que também gerou uma epidemia, e a H3N2, gripe suína, que igualmente causou preocupação. A pergunta que fica é: quando ocorrerá a próxima epidemia com uma nova mutação?

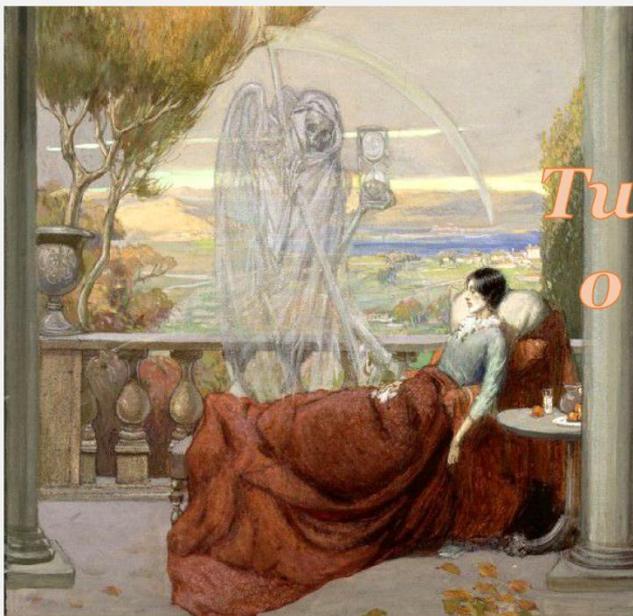


Contextualizando com Ciências: tipos de influenza (Transcrito de: Brasil. Ministério da saúde, 2018).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiânia, 2021.



Mulher doente na varanda
Fonte: Richard Cooper, 1921.

Tuberculose, o Fantasma Branco

“febre, homopstise, dispnéia e
suores noturnos, a vida inteira
que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse” (Manuel
Bandeira, 1886-1968).

Das doenças imemoriais, a tuberculose, segundo estudos históricos, já fazia vítimas cerca de cinco mil anos antes de cristo. Sua presença é comprovada em múmias egípcias, devido a alguns métodos científicos, entre eles o carbono 14, exames de DNA e autópsias realizadas em corpos mumificados.

As autopsias revelam sintomas característicos, como o “mal de pott”. Os pulmões mumificados em bom estado, autopsiados, apresentaram lesões pleuropulmonares, assim como sangue na traqueia, confirmando a presença da tuberculose. Além do fato de que os exames de DNA realizados nos tecidos coletados apresentavam a presença da bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Múmias peruanas mais antigas também apresentavam sintomas da doença, marcando sua

presença no território americano bem antes da colonização.

Embora a doença já estivesse presente no continente americano, europeus doentes traziam a doença para cá, contaminando sociedades indígenas na colônia brasileira. Por aqui, chamaram-na de peste branca. É revelado, na historiografia, que o jesuíta Manoel da Nóbrega era possuidor do mal, revelando por cartas os seus sintomas, sem ao menos imaginar a gravidade real da doença.

Os indígenas e a TB

Outro jesuíta a transmitir a doença aos índios foi o padre José de Anchieta. Em contato direto com os nativos locais, a transmissão foi rápida e passou a ser comunitária, contribuindo para o decréscimo populacional entre os tupis-guaranis catequizados, garante Bertolli Filho (2001, p. 76).

A doença causava convalescência, fazendo com que os indígenas ficassem prostrados em locais fechados e em contato com outros de sua comunidade.

A teoria do solo virgem, que se refere à não-imunidade, torna-se um fator preponderante para a moléstia se firmar como uma das principais causas de óbitos entre as sociedades indígenas no Brasil do século XVI. Embora o continente americano já conhecesse a doença, algumas áreas ainda não tinham o contato com a moléstia.

O bacilo de Koch, o causador da tuberculose, ao adentrar no sistema de uma pessoa que não possui resistências de combate, arrasta rapidamente a vítima para a morte. Os indígenas geralmente lidavam com esse tipo de doença por meio de banhos, xamanismo e recursos da floresta.

Conheça mais sobre
Manuel da Nóbrega
Livro Grátis.



Página 1



Mal de Pott: termo utilizado para definir a infecção da coluna vertebral pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Xamanismo: conjunto de manifestações, ritos e práticas presentes em inúmeras sociedades humanas e centralizadas na figura do xamã, em seu papel de intermediação entre a realidade profana e a dimensão sobrenatural, em seus transe místicos e nos poderes mágicos e curativos que lhe são atribuídos.

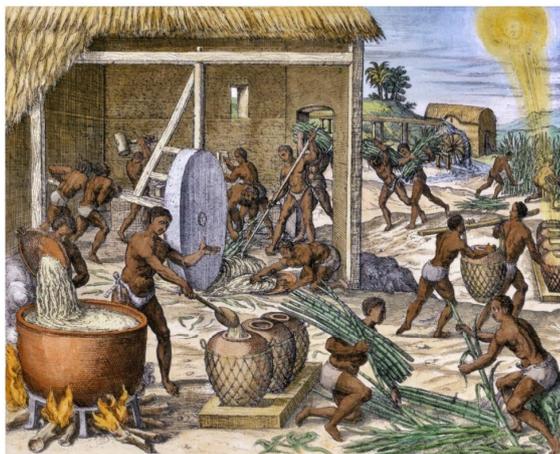


Tísico: Tuberculose pulmonar, doença contagiosa causada pelo bacilo de Koch que atinge os pulmões, caracterizada pelo aparecimento de tubérculos porosos.

Os escravos

Durante o período colonial, outro grupo atingido pela moléstia branca, ou **tísico**, foi o dos escravos africanizados. Acredita-se que eles também não fossem “tuberculizados”, ou seja, resistentes à doença e, logo, passaram a ser outro grupo social muito abrangido pelo mal.

Em muitos casos o seu cotidiano ajudava no desenvolvimento social da doença. Eram submetidos a um ritmo de trabalhado exacerbado, a poucas horas de descanso, pouca alimentação, vícios (tabaco e álcool), falta de acesso à higiene, ambiente de descanso pouco arejado, úmido, às vezes frio, ou quente demais e superlotado. Era o ambiente ideal para a propagação da tuberculose e outras doenças.



Trabalho Forçado no Engenho de Açúcar.
Theodore de Bry, 1596.

O Império Brasileiro e a Tuberculose

Embora a tuberculose já houvesse dado mostras de sua mortalidade, durante o período Imperial a doença ganhou outro status. Segundo Rosemberg (1999, p. 6), ocorreu uma transição do malefício das classes pobres para as classes mais abastadas, pois os poetas e filósofos lhe outorgavam intelectualidade. Para os elitistas, a doença tinha um status “positivo”, até a metade do século XIX. A pessoa tuberculosa passava uma imagem de

refinamento, motivada pelo ideal romântico, algo muito importante e difundido entre os intelectuais e artistas. Rosemberg aponta uma passagem sobre esse contexto:

“De épocas passadas, desde a antiguidade, a maior informação que nos chega sobre as vítimas da tuberculose é relativa às camadas sociais mais altas. Como disse Marx, a história da humanidade é a história das classes dominantes. Por isso, em relação

a tuberculose, sabemos muito mais dos dramas e comportamento dos doente mais destacados e sua repercussão social na época considerada. [...] Nada de lirismo, pobre não tem possibilidade se ser romântico”



Castro Alves, 1870.



Consultório de mulheres com tuberculose
Fonte: Ilustração Brasileira, 1928.

A DOENÇA NO SÉCULO XX

O início do século foi marcado por cobranças dos setores públicos por medidas que combatessem a peste branca, devido à alta mortalidade da moléstia. Vários tratamentos e medicamentos foram utilizados na tentativa de amenizar o mal. Foram criadas ligas de combate à tuberculose, campanhas de educação sanitária, atendimento aos menos favorecidos, criação de locais próprios para o cuidado dos doentes, entre outras ações. Nascimento (1991) aponta que as ligas exigiam do Estado esforços de prevenção e controle, por meio de reestruturações de serviços e cumprimento de preceitos já previstos por posturas municipais.

Embora houvesse muitas cobranças, o setor público pouco fez para resolver a situação provocada pela tuberculose.

Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública, promoveu ações sanitárias para se combater a doença. Mas o poder público, por falta de verbas ou por descaso, afundou as tentativas de combate à enfermidade.

Várias frentes de pesquisa lutavam contra esse mal, e a descoberta da criação de um diagnóstico que mesclava a radiografia e a fotografia, chamado de “Abreugrafia”, desenvolvido por um brasileiro, difundiu-se

mundo a fora, por ser um método de baixo custo. O mesmo médico criou a tese do “aparentemente sadio”, que indicava as pessoas que não apresentavam os sintomas diretos da doença, mas serviam como suas disseminadoras **assintomáticas**. O controle da doença ocorria por meio de uma diversidade de tratamentos farmacológicos. Permitia-se, assim, aos infectados,

uma melhor qualidade de vida durante o tratamento, que diminuiu de 24 meses para 6 meses.

A mortalidade também decaiu mediante os novos tratamentos, passando a ser uma doença completamente curável na maioria dos casos. Os mais recentes casos de tuberculose passaram a ocorrer em 1994, em decorrência de sua vinculação com o HIV.

Novos Tratamentos

A partir do ano de 1960, visando a promover um melhor tratamento para a doença, optou-se por padronizar o tratamento e utilizar novas drogas que

diblassem a resistência bacteriana. Algumas drogas, como a estreptomicina, o ácido paraminosalicílico e a isoniazida conseguiram excelentes resultados. Mas, com o surgimento da tuberculose multiresistente, drogas mais potentes passaram a ser utilizadas. SOUZA (2005, p. 679)



Assintomáticas: que não expressam sintoma (dor, febre, náuseas etc.) ou não produzem os sintomas esperados - doença assintomática.

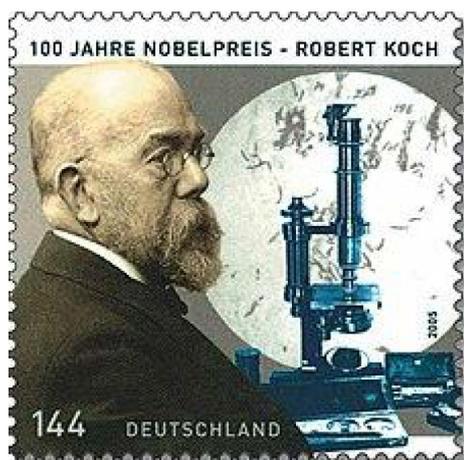
A doença da vida noturna



Fonte: Luis Sá Nitéroi, 1970.

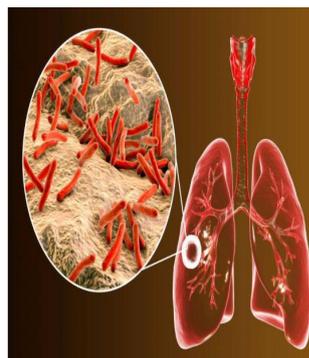
Por algum tempo, durante o século XIX, a tuberculose foi ligada à vida boêmia, chegando a ser considerada uma “doença romântica”. Sua transmissão ocorria por gotículas eliminadas na respiração, por espirros e pela tosse.

Conhecendo o inimigo: Bacilo de Koch



SCHMIDT, Werner Hans. Selo dos 100 anos do Prêmio Nobel para Robert Koch (descoberta do Bacilo de Koch), 2005. Representação Bacilo de Koch. UOL, 2021.

Em meados de 1882, a compreensão sobre a doença se alterou devido à descoberta da bactéria causadora da tuberculose. Robert Koch anunciava o causador da peste



branca, o Bacilo de Koch, também chamado de *Mycobacterium tuberculosis*. O cientista desenvolveu um remédio para combater a doença, que não surtiu efeito. Contudo, foi aperfeiçoado por von Pirquet, para um tipo de teste pré-sintomático.

A real protetora contra a doença surgiu por volta de 1921, por via oral, que foi a vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guerin). Passou, posteriormente, a ser utilizada de forma cutânea, devido à melhor resposta ao desenvolvimento da imunidade.

Atualmente, no mundo, mesmo com programas de vacinação, estima-se que cerca de 30% da população esteja infectada. Contudo, nem todos desenvolvem a doença, permanecendo assintomáticos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiânia, 2021.

Crianças com Pólio – Fonte: <https://polioeradication.org>, 2021.

Poliomielite, a doença que produz deficientes físicos

“Temos doenças eliminadas no país que podem voltar pela queda da cobertura vacinal, como a poliomyelite, dentre outras” (Kfourri, 2021).

Historicamente, a polio é descrita há mais de dois mil anos a.C., em alguns escrituras egípcias. Nestas, são relatadas pessoas monstruosas, débeis, deformadas e **paraplégicas**, identificando assim que a doença já era presente socialmente naquele período. Silva (2004, p. 19) aponta

que imagens sobre a polio podem ser vistas em artefatos produzidos na décima oitava dinastia, que perdurou entre os anos 1403 a 1365 a.C. do Egito antigo.

São apontadas evidências da existência da polio na pré-história, por meio dos seus efeitos, indica Paul (1971).



Estela egípcia da 18ª dinastia. Vítima da Pólio.

Fonte: Deutsches Grünes Kreuz.

Estudos sobre a Poliomyelite

No ano de 1840, foi constatado clinicamente que a doença se desenvolvia na medula espinhal, por Jacob Von Heine (PRESCOTT, 1996). A enfermidade surge após um período de incubação que ocorre entre 4 a 35 dias. São mais comuns sintomas de 6 a 20 dias, e há uma transmissão assintomática que pode ocorrer pela saliva, catarro ou fezes.

A descrição da doença foi descoberta apenas em 1908, na qual se estabelece três tipos possíveis de poliovírus, extremamente virulentos. Os padrões básicos são descritos como parálitica ou não-paralítica. Os casos mais graves são quando o vírus chega no sistema nervoso, podendo causar, na maioria das vezes, enfraquecimento dos músculos, causando também descontrole. Em em casos extremos pode ocorrer a completa paralisia (SILVA, 2004).

Casa do Zé Gotinha



Divulgação Nacional contra a Pólio.

Página 1



Paraplégicas: é a perda da função muscular na metade inferior do corpo, incluindo ambas as pernas.



Atenuado: enfraquecido.

Casos no Brasil

Os primeiros casos no Brasil ocorreram no ano de 1911, em São Paulo, descritos pelo Dr. Luiz Hoppe, na Santa Casa de Misericórdia. Relata-se que a primeira epidemia de pólio ocorreu durante esse mesmo ano, especificamente na cidade do Rio de Janeiro.

Já em 1917 ocorre outro surto epidêmico, e novos casos vão se estendendo até o ano de 1930. Embora a doença fosse crescendo rapidamente e se alastrando por todo o Brasil, os governos ignoravam-na, tratando-a como inexistente ou com casos mínimos que não necessitavam de atenção. Os governos tomavam essa medida para manter uma aparente estabilidade socioeconômica. Quando a doença passou a grassar pessoas nos centros urbanos, a calamidade passou a ter visibilidade das autoridades, mas as questões negacionistas prevaleciam.



Pulmão de aço. Desenvolvido por Philip Drinker, auxiliava doentes de pólio terminal a respirar.
Fonte: BETTMANN/Corbis DC

Desenvolvimento de vacinas

Entre os anos 40 e 50, na visão de Tavares (2015, p. 9 – 11), duas frentes de pesquisa para a vacinação surgiram. Uma dificuldade encontrada para a produção era o alastramento do vírus por vias neurais, e o desenvolvimento por meio de replicação nesse tecido, até aquele momento, era inviável.

Jonas Salk, em 1949, conseguiu replicar o vírus e outros tipos de tecidos, conseguindo gerar um tipo de vacina com o vírus inativado, um grande avanço para aquela época. O feito foi tão importante que possibilitou outro tipo de vacina, a Sabin, que utilizava o vírus **atenuado**. A partir do ano de 1955, iniciou-se

a vacinação com vírus inativado no Brasil. Já em 1961, passou-se a utilizar a vacina com o vírus atenuado, no caso a Sabin, que também passou a ser produzida no Brasil.



Vacina da pólio de Jonas Salk.
Fonte: Sanofi Pasteur Canada



Sabin imuniza crianças contra a polio com sua vacina em gotinhas. Fonte: Acervo Estádio / 1970.

SABIN

Cordel – Sabin

“Sabin não precisaria de nacionalidade porque o libertador teve a genialidade patrimônio pertencente à sofrida humanidade

Portanto, doce criança fique calma, não se agite, abra a boquinha e receba a gotinha com apetite e pode mangar de cara da poliomielite.”

Fonte: Gonçalves Ferreira Silva (2005).

Página 2

Desenvolvido por: Leandro Garcia Costa / Mestrando ProfHistória / UFG – 2021.

Controle e erradicação

A pólio foi finalmente controlada a partir do ano de 1980, com a redução dos casos em relação a números anteriores. A década de 80 ficou marcada como o período de vacinação em massa. Entretanto, ainda nesse período, ocorreu uma grande epidemia na região Nordeste. Aparentemente, a região registrou uma baixa cobertura vacinal, oportunizando o surgimento da epidemia.

No ano de 1989, registrou-se, no Brasil, os últimos casos de poliomielite.

Na década seguinte, no ano de 1994, a região das Américas sagra-se como uma localidade sem o vírus selvagem em circulação. Consta que o plano de vacinação contra a pólio seguirá até o ano de 2024, possivelmente marcando a **erradicação** da doença (TAVARES, 2015, p. 11). Embora a pólio, no momento, não se apresente como um problema atual, é

válido lembrar que uma das principais dificuldades geradas pela doença se dava para algumas pessoas após a cura, pois em 1% dos casos a doença deixava sequelas graves.

O portal Viva Bem afirma que, desde 2015, o número de crianças vacinadas vem caindo, e que no último ano (2020) apenas 70% de crianças foram vacinadas, acendendo o alerta para uma possível epidemia de pólio em pleno século XXI.

Pólio e os Indígenas

Pesquisa realizada por Alfredo W. B de Almeida et al.

Em uma pesquisa realizada na região do Alto Xingu, no ano de 1954, em que um surto de epidemia de sarampo atingiu cerca de 114 indígenas, foram realizados exames labora-

toriais que constataram a presença de anticorpos para diferentes vírus e outros patógenos, entre eles a poliomielite. Ou seja, a doença já se fazia presente entre os indígenas.

Surto no Nordeste



Fonte: Arquivo do Nordeste, 1985.

É registrado, na cidade de Crateús, no ano de 1988, o último caso de poliomielite. Segundo o Plano Nacional de Erradicação da Poliomielite, outros casos suspeitos foram notificados, mas sem confirmação. O último caso notificado no Brasil pelo poliovírus selvagem ocorreu em 1989, em Souza, na Paraíba.

Diário do Nordeste, 2021.



Erradicação: ação de fazer desaparecer doenças: a erradicação da poliomielite. **1ª VIP / VOP:** ajudam a proteger contra a poliomielite, uma doença causada por um vírus que pode afetar o sistema nervoso.

Calendário de Vacinação

Atualmente, no Brasil, seguimos um programa de vacinação contra várias doenças. Dessa forma, foi desenvolvido, para várias faixas etárias, o calendário e cronogramas de vacinação.

Com o advento da Covid-19, foi necessário readaptar a programação das vacinações, priorizando a atual pandemia. Contudo, o Brasil, na contramão do que ocorre no restante do mundo, tem deixado a vacinação de outras doenças de lado, criando um novo problema para o futuro.

Recentemente, foi noticiado na mídia um surto de sarampo, doença até então controlada. Isso demonstra que outras doenças, as quais estão sob controle ou erradicadas, podem ressurgir e provocar novas epidemias.

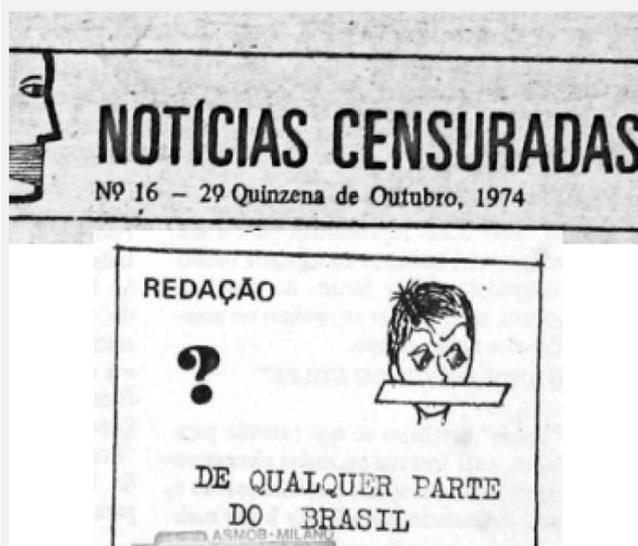
A OMS aponta que, enquanto outros países avançam em seus programas de vacinação, o Brasil segue um processo contrário, criando crises internas e insegurança internacional.

Calendário de Vacinação Obrigatória. Transcrito: Ministério da Saúde, 2021. / Cronograma de vacinação contra Covid19. Transcrito : Sec. da Saúde de Goiânia, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiânia, 2021



Vacinação contra a meningite em São Paulo, 1974. Fonte: Folhapress.

Meningite, a doença ignorada pelos Governos Militares

Os anos de chumbo encobriram a epidemia para não ofuscar o sucesso econômico.

Para compreender melhor o contexto epidêmico da meningite, é necessário abordar os critérios adotados no período que envolvem a doença e as atitudes do governo militar do período. Esse fragmento histórico relata a ocorrência da doença durante os anos de 1970 a 1974.

Em pleno período militar, o país passava por um episódio conhecido por milagre econômico, que marcava a história

do Brasil pelo excelente desempenho da economia. Ao menos era isso que o governo militar propagava, não permitindo que qualquer notícia negativa manchasse a imagem do país nesse momento.

A meningite surge no momento como um grande entrave, algo que não deveria ocorrer naquele instante e, logo, a epidemia foi ignorada.

Na opinião de Scheider (2016, p. 94), ocorreram dois grandes ciclos epidêmicos nos grandes centros urbanos brasileiros durante a década de 70. A maior incidência de casos ocorreram em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Um dos fatores que colaboraram para a disseminação dessa moléstia pelo globo foram as duas grandes guerras mundias.

Epidemias anteriores

A chegada da epidemia no Brasil ocorreu no ano de 1902, com a entrada de imigrantes no território brasileiro. Pobres, geralmente, eram encaminhados a estalagens voltadas a imigrantes, onde ficavam acumulados infectando outros imigrantes sadios. Quando saíam em busca de trabalho ou para pedir mantimentos, espalhavam a doença pela cidade.

Outro fator foram as guerras mundiais, que colaboraram com a disseminação de dois patógenos muito contagiosos, os meningococos A e C. O contágio era tão grande que as doenças assolaram o Brasil durante os

anos de 1950 e 1960. Contudo, seus números relativos eram iguais aos das outras partes do mundo.

Nos anos 70, um surto se difundiu, e as pessoas que moravam em distritos próximos à capital paulista já apresentavam sintomas clássicos da doença,

como febre alta, rigidez na nuca e forte dores de cabeça.

Mesmo tendo conhecimento do surto epidêmico, o governo militar escolheu omitir e encobrir os fatos, afirmando que eram casos isolados.

As grandes epidemias:
Meningite.



Fonte: Butantan.

Página 1



Patógenos: é qualquer organismo que pode produzir doença. Um patógeno também pode ser referido como um agente infeccioso ou **etiológico** animado.
Etiológico: referente ao estudo das causas das doenças.



Favela do Ibirapuera: o local, pouco tempo após a foto, foi desapropriado para a criação do Parque do Ibirapuera.

Composição social

Grande parte da população, durante aquela época, segundo Rita Barata (1988, p. 1465), era composta por pessoas que viviam em zonas periféricas e em situação de pobreza. Ocorria um crescimento das favelas na cidade, que se intensificou durante a década de 70, principalmente devido a terrenos desocupados existentes nas áreas mais distantes do centro urbano. A zona sul paulista transformou-se na maior área de favelas da cidade.

Os fatores econômicos aliados a um regime de trabalho muito extenso, de exploração de mão-de-obra, baixos salários, alimentação insuficiente e um crescimento populacional acentuado colaboraram para o alastramento da doença meningocócica. Com esse crescimento rápido, logo a doença começou a atingir as classes privilegiadas, inclusive a dos militares, iniciando um processo de pressão aos setores governamentais para resolver essa situação.



Favela do Ibirapuera, Zona Sul, 1950. Fonte: Acervo Sebastião Assis Pereira.

Por que a doença se alastra tão rapidamente?

Não existe uma explicação objetiva para os surtos epidêmicos da doença meningocócica. Não há uma imunidade natural contra a doença, leva-se a crer que o surgimento da moléstia deve-se ao crescimento populacional migratório e à mobilidade

populacional no estado de São Paulo. Como a cidade crescia industrialmente e novos postos de trabalho surgiram, estes foram ocasionalmente ocupados por migrantes. Iversson (1976, p. 12) aponta que os trabalhadores viviam em condições de aglomeração habitacional,

mal alimentados, exercendo trabalho braçal com maior estafa física, não aclimatados, submetidos ao stress físico e emocional, além de apresentar o fator imunológico de menor defesa à doença. Sua movimentação diária pelos meios de transporte superlotados e o convívio com os doentes favoreceram a transmissão para um maior número de pessoas.



Sistema de Saúde durante os anos 70 no Brasil. Fonte: Arquivo Fiocruz, 1977.

O Sistema de Saúde

Em São Paulo, os doentes peregrinavam pelos hospitais da cidade em busca de vagas por conta da superlotação. Além desse problema, os paulistanos possuíam um sistema de saúde extremamente precário. Os doentes passavam horas peregrinando pela cidade em busca de atendimento e tratamento. Pois a meningite detectada cedo facilitava o tratamento e evitava o risco de sequelas pós-tratamento.

A situação do sistema de saúde se deteriorou a partir do ano de 1974, quando outra variante da meningite, a tipo A, começou a circular, está mais letal que o Tipo C, que já possuía transmissão comunitária desde 1971. O hospital Emílio Ribas, que atendia aos pacientes com esse mal, tinha vagas para trezentas pessoas, mas naquele momento, atendia a mil e duzentas pessoas.

Novamente, o governo militar tentou omitir a informação da sociedade, com a falácia de que não queria causar alarde social. Mas, com a situação fora do controle, não viu outro meio de assumir a crise a não ser o de tomar medidas profiláticas para se conter a doença, enquanto tentava vacinar em massa a população.

Vacinação

A epidemia meningocócica teve um grande avanço entre os anos de 1970 a 1977, chegando a alcançar um grande número de doentes e mortos. Os números só recuaram quando houve a vacinação em massa. O afastamento social também colaborou para a diminuição de doentes. Para tal, escolas, jogos e eventos foram paralisados temporariamente.

Escolas se tornaram hospitais de campanha. Devido ao atraso das campanhas de vacinação e **profiláticas**, os casos só diminuíram a partir do ano de 1977.

As campanhas de vacinação, que se iniciaram no ano de 1975,

atingindo inicialmente crianças com vacinas desenvolvidas pelo Vietnã, não geraram bons resultados, visto que ocorreram mutações da doença, atingindo mais pessoas adultas. O governo passou a utilizar a vacina dos Estados Unidos, aumentando a cobertura vacinal para adultos. Segundo os apontamentos de Rita Barata (1998, p. 1467), foram vacinadas 80 milhões de pessoas.

Negacionismo

Negar, para os Militares, era a solução mais fácil.

As mortes geradas durante a epidemia em muito se deram por conta do descaço do governo militar. Era melhor manter a imagem de uma economia forte e próspera que salvar vidas.

O processo de vacinação tornou-se nacional e o sucesso vacinal se garantiu, devido à liberação do número de doentes nas mídias. O movimento populacional aos postos de vacinação foi imenso. Esse movimento conseguiu diminuir a taxa de letalidade da doença de 10% para 2%. Mesmo os que adoeciam, quando diagnosticados previamente, conseguiam reduzir a mortalidade consideravelmente.

Dr. José Cássio de Moraes falou ao portal "Voz Dissonante", revelando uma quantidade alta de óbitos e uma população que não foi priorizada, que ficou sob o manto da ignorância, dizia-se: "Pobres não leem jornal".



Profilática: refere-se à profilaxia e significa preventivo, sendo utilizado para designar algo capaz de prevenir ou atenuar determinada doença.

Censura



Jornal Censurado, 1974. Fonte: Edmundo Leite – Acervo Estadão.

Os jornais do país, sempre que apresentavam notícias, dados e fotos sobre a epidemia eram previamente censurados. A parte que faltava no jornal ou vinha em branco, ou apresentava alguma receita culinária como forma de protesto. Tornaram-se emblemáticos na luta contra a ditadura e a censura (BELINKY, 2019).

Meningite em Goiás

Quando tratamos sobre a meningite em Goiás, existem poucos fragmentos históricos. O estado em muito se assemelha epidemicamente ao restante do país.

As primeiras notificações ocorreram de forma endêmica nos anos de 1966 e 1967, e com pouca difusão.

Apenas em 1968, surgiram notícias importantes sobre a doença. Como aponta Netto, et al (1973, p. 293), a meningite deixou de ser uma doença endêmica no ano de 1972, passando a ser epidêmica, devido à chegada de uma nova cepa da enfermidade. A vacinação era a única forma de retrainir o número de mortes.

O surto de meningite aumenta também no Rio



Notícia que alertava ao aumento do número de doentes em Goiás
Fonte: Acervo Estadão, 1974.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiânia, 2021.



Manifestação e protesto sobre os 10 anos da Aids nos Estados Unidos em 1991.
Fonte: US News Foto, 1991.

AIDS: stigmas

“Não há tempo para nós
Não há lugar para nós
O que é essa coisa que constrói
nossos sonhos
E vai para longe de nós?
Quem quer viver para sempre?”
Queen, 1986.

O surgimento do vírus é marcado no ano de 1980, quando ocorrem os primeiros casos detectados na África e nos Estados Unidos. As causas diretas do aparecimento da doença ainda são nebulosas, embora a hipótese mais provável é a de que ela tenha surgido dos macacos. Contudo, o meio de transmissão da doença ainda tateia o campo das especulações. Na opinião de Ujvari (2005, p. 259), por meio do estudo de materiais genéticos do vírus da Aids compreendeu-se melhor sua formação genética.

A partir dos anos 90, ocorreu a comprovação de dois fatos, a doença

é encontrada em macacos e a moléstia já existia antes de infectar humanos. Existem várias semelhanças genéticas entre o vírus símio e o vírus humano. Estudos levam a crer que o convívio entre homem e o primata aumentou no século XX, e ao invadir as florestas, desmatando, caçando e se alimentando de primatas, a possibilidade de transmissão aumentou.

Acredita-se que o vírus já circulava bem antes de 1980. Amostras coletadas

no ano de 1950 já apresentavam a presença da infecção. Cálculos de ancestralidade apontam a possível existência do vírus desde o século XXVII.

Existem dois tipos de vírus, o Tipo 1 e o Tipo 2. O primeiro tipo é proveniente de chimpanzés do Camarões e do Gabão, o segundo tipo de macacos da Guiné-Bissau. Acredita-se que ambas as formas foram transmitidas pela ingestão da carne malcozida, fazendo a interligação do hospedeiro com o vírus.

Vírus Mutagênico

No corpo do homem, o vírus é extremamente mutável, adaptando-se para se disseminar entre os humanos, e a cada nova mutação leva consigo uma parte do hospedeiro anterior. Devido às mutações e virulências do HIV, aliadas a um momento social em que se pregava a liberdade sexual e individual das pessoas, formou-se um campo fértil para sua proliferação epidêmica. Em 1981, declarava-se pelo Centro de Controle de Doenças

o surgimento de uma nova doença muito agressiva. Nascimento (2005, p. 81) aponta que os primeiros casos detectados foram apresentados em uma publicação que relatava que cinco homens homossexuais, nos Estados Unidos, sem histórico de **imunodeficiência**, desenvolveram pneumonia pela bactéria *Pneumocystis carini*, considerada uma doença que ataca imunodeprimidos, além de tubérculos, sarcoma de kaposi e uma baixa severa no sistema imunológico. A conclusão era de que se tratava de uma doença extremamente transmissível.

Memórias de uma
epidemia



Museu da Diversidade Sexual

Página 1



Imunodeficiência: é uma desordem do sistema imunológico caracterizada pela incapacidade de se estabelecer uma imunidade efetiva e uma resposta ao desafio dos antígenos.



Zidovudina: fármaco utilizado como antirretroviral, inibidor da transcriptase reversa. Indicado para o tratamento da AIDS e da *Pneumocystis jirovecii*. Foi uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da AIDS ou SIDA.

O Vírus Gay

Como a doença se proliferou prioritariamente na comunidade gay, pejorativamente passaram a chamar a moléstia de “Câncer gay, pneumonia gay, síndrome gay, e imunodeficiência ligada a homossexualidade”. Somente em 1982, a doença passou a ser chamada de AIDS (síndrome de imunodeficiência humana).

A doença serviu como pretexto para se intensificar o ódio contra a comunidade gay. Ela se alastrava rapidamente nesse grupo, pois ele era sexualmente ativo. Ujvari (2012, p. 77) indica que o aparecimento da doença foi creditado, por membros da igreja, a uma praga divina, como castigo à prática e à imoralidade dos homossexuais. Muitos acreditam que a Aids surgiu para conter o avanço da liberdade sexual. Na década de 80, declarar que uma pessoa tinha Aids era proclamar automaticamente que ela era homossexual.

O preconceito e o drama das pessoas que viviam vidas duplas tornaram a homossexualidade e a bissexualidade práticas clandestinas e vexaminosas socialmente, na maioria das vezes cruéis para quem se assumia (POLLAK, 1990, p. 20-21).



Manchete do Jornal Notícias Populares, de 12 de junho de 1983.
Fonte: Jornal Notícias Populares, 1983.

A mídia e a homossexualidade.

A nova e misteriosa doença atacava homens jovens homossexuais, levando-os à morte, esse tipo de notícia tornou-se constante e comum na grande imprensa e mídia em geral. Nascimento (2005, p. 82) aponta que isso aumentou consideravelmente o fator de exclusão e discriminação dos homossexuais, pois passaram a ser ligados diretamente à AIDS. A doença passou a ser vista como a ira de Deus.

O padrão da AIDS, nesse momento, além de punição divina ou doença imunda contagiosa, seria o de uma afecção exclusiva dos homossexuais. Apenas com o passar do tempo, a visão sobre isso mudou. Entretanto, naquele período, a caça às bruxas estava decretada. Outros grupos passaram a ser perseguidos, entre eles, os toxicômanos e as prostitutas, aos quais foi imputado o título de “grupo de risco”, o que aumentou sua exclusão e estigmatização. Isso gerou outro problema, as pessoas que não faziam parte desses grupos se consideravam livres da doença.



Preconceito explícito.
Fonte: Reprodução, 1980.



AZT
Fonte: National Institute of Health. Us Gov. 1987.

A luz da esperança: AZT.

A Aids passou a ser percebida como uma doença crônica e de alta letalidade. Sem um tratamento específico, levava as pessoas lentamente à morte. O que trouxe a esperança de tratamento foi a medicação AZT (**zidovudina**), uma droga experimental para o trato do câncer, que passou a ser utilizada para o combate da Aids no ano de 1986.

As campanhas televisivas auxiliaram por meio de campanhas publicitárias, telejornais e troca de informação entre agências jornalísticas.

AIDS no Brasil

O surgimento da doença ocorre durante um delicado momento político, a transição da ditadura militar para o Estado democrático.

A política nacional de medicamentos para o combate à Aids iniciou-se lentamente no ano de 1983, por meio de leis federais, no caso, a lei Sarney. Até a criação da lei, só era oferecido aos doentes o tratamento ambulatorial.

No ano de 1988, foi fundado o Centro de Referência e Tratamento da Aids, pelo Estado de São Paulo. Sua criação possibilitou a organização do orçamento

para a aquisição de medicamentos eficazes contra doenças oportunistas, dentre esses medicamentos destacam-se: aciclovir, ganciclovir, pentamidina e fluconazol, além dos que já eram oferecidos durante o tratamento laboratorial.

O AZT ficou disponível no ano de 1989. Chegou de forma experimental no Brasil e foram distribuídas amostras da medicação para apenas uma parcela de doentes.

Coquetel anti-HIV

Inúmeras medicações no trato da doença

A partir do ano de 1995, surgiram coquetéis que seriam a combinação de vários medicamentos que ajudavam a reduzir

Apenas em 1990, por meio de um plano de aquisição e distribuição gratuita, o AZT, **DDI** e o **DDC** passaram a circular nos hospitais públicos (TEODORESCU; TEIXEIRA. 2015, p. 423-424).

Outro programa criado, a partir do ano de 1991, foi o PNDST/AIDS, que passou a coordenar as medidas de enfrentamento e adoção de medidas profiláticas contra a AIDS.

a carga viral dos pacientes em tratamento, alterando consideravelmente os paradigmas da infecção.



DDI: Didanosina - É um medicamento de uso oral, indicado para infecção avançada de HIV, uma vez que sua ação consiste em incorporar-se no DNA do HIV, impedindo que essa cadeia viral se multiplique e agrave ainda mais a infecção.

DDC: Zalcitabina - Fármaco utilizado pela medicina como antiviral sistêmico, em casos de AIDS.

Drogas do Bem



Medicações utilizadas para o combate da doença.
Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

A terapia antiretroviral diminuiu consideravelmente a quantidade de HIV no sangue, tornando o infectado indetectável zerando praticamente a carga viral.

Avanços na luta contra o HIV

Saúde

Nova vacina contra o HIV tem resultados promissores em ensaio clínico de fase 1

A vacina em teste teve sucesso em estimular a produção de células imunes raras, necessárias para iniciar o processo de geração de anticorpos contra o vírus de mutação rápida

Redação, O Estado de S.Paulo
06 de abril de 2021 | 10h42

Faça o Teste de HIV/ Gratuito.

Programa Mosaico / Vacina contra HIV

Busca por voluntários para vacina contra HIV



Imagens que representam a luta contra o vírus HIV. Fonte: Estado de São Paulo, 2021; Barueri, 2021; USP, 2021.

Em 2007, o Ministério da Saúde decretou o licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz, devido aos valores abusivos exigidos pela indústria farmacêutica, que iam na contramão do aumento epidêmico no Brasil. Esse licenciamento permitiu a criação dos medicamentos genéricos por laboratórios

brasileiros. Destinou-se a medicação gratuita a uma ampla gama de pessoas que sofrem com os malefícios da Aids/HIV. Essa medida foi aplaudida pela Organização Mundial da Saúde e por diversos países que passavam pela mesma dificuldade.

Atualmente, vacinas estão sendo testadas na expectativa de se desativar ou eliminar o vírus do corpo infectado, como é o caso do projeto Mosaico, que já está em sua terceira fase de desenvolvimento.

Também estão em fase de teste medicamentos pré-exposição e pós-exposição, que possuem a capacidade de anular a infecção inicial provocada pelo HIV.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROFHISTÓRIA

Goiania, 2021.



Avanço da Covid-19 no Brasil assusta e preocupa países vizinhos na América do Sul. Hospital de Campanha superlotado, 2021.

Fonte: AP Foto; Andre Pener; Arquivo Valor Econômico, 2021.

Covid-19, doença negligenciada no Brasil

Além da falta de oxigênio e vagas para internação, Manaus teve uma crise no sistema de sepultamento, pois existiam mais corpos do que sepulturas abertas. Os cemitérios foram obrigados a abrir valas comuns para cobrir a demanda.

Em meio ao turbilhão político que o Brasil vive, a Covid-19 se insere para evidenciar a desestrutura política e econômica em que o país está mergulhado.

A Covid-19 é uma doença respiratória grave, originária da cidade de Wuhan, na China, no ano de 2019. Foi descrita inicialmente como uma pneumonia de causa desconhecida. Foi diagnosticada, primeiramente, pelo médico Li Wenliang, que alertou amigos por meio de um aplicativo de mensagens sobre a doença, a qual possuía sintomas parecidos com a SARS, e que teria infectado cerca de

sete pessoas. O governo chinês, ao saber do vazamento da notícia, advertiu o médico, creditou essa informação à mídia e alegou que se tratava de *Fake News*. Notícia que se invalidou com o avanço da doença em Hubei. Ainda assim, os médicos foram acusados de perturbar a ordem social, e a negação da existência da doença prevaleceu por mais algum tempo, para manter a aparência de normalidade.

Em Wuhan, as primeiras vítimas da doença apresentaram sintomas iniciais relacionados a tosse seca, febre alta e dispneia, evoluindo em seguida para um

quadro respiratório grave e encaminhando-se para um estado crítico. Apenas em 31 de dezembro a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre a doença.

A princípio, pouco se conhecia sobre a enfermidade, não se sabia sua causa e origem, nem a sua forma de disseminação e contágio. Alguns dias depois, constatou-se que o coronavírus era o responsável pelas internações e mortes. O médico que havia relatado sobre a doença veio a falecer poucos dias depois, vítima da moléstia que ele mesmo descobriu.

Análise do Vírus

Em uma análise preliminar, Gräf (2020) aponta que o vírus pertence a família diversa da ordem dos Nidovirales, existindo quarenta e seis tipos descritos pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus. Em morcegos, essa pluralidade pode passar de três mil tipos. Esse vírus é altamente disseminado entre os animais, como porcos e aves, causando extrema mortalidade e grandes perdas econômicas em 1930.

Os primeiros casos da doença em humanos são datados de 1960, com sintomas leves, associados a uma gripe comum. Essa situação muda em 2002, com os primeiros casos graves relacionados ao coronavírus, mas nomeados de SARS, gerando um grande distúrbio na saúde pública, devido à falta de preparo para o enfrentamento da doença. Em 2012, o MERS surge no oriente médio, com alta taxa de transmissão e com alta na média de fatalidades, gerando caos no sistema de saúde local.

Covid Art Museum



Fonte: Instagram

Página 1



SARS: Síndrome aguda respiratória grave, surgiu em 2002 na China e espalhou-se pelo mundo. Estima-se que seu surgimento seja proveniente dos morcegos.

MERS: Síndrome respiratória do Oriente Médio, surgiu em 2012, se espalhando-se pela região. Estima-se que seu surgimento se deu do contato do homem com o dromedário, mas o vírus ancestral estava presente em morcegos.



Pandêmico: vem da palavra pandemia, que se refere à disseminação de uma doença que alcança o mundo todo, isso ocorre quando há uma epidemia em uma região, mas que se espalha globalmente, atingindo todo o planeta.

Insumos: bem ou serviço utilizado na produção de um outro bem ou serviço.

Disseminação Global

Dese o primeiro contágio reportado na China, mais países começaram a relatar, a partir de 21 de abril de 2020, casos similares aos que estavam ocorrendo em Wuhan, a disseminação **pandêmica** do vírus já havia alcançado a marca de dois milhões de infectados pelo mundo. O primeiro caso da doença no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. Embora o cenário de rápida transmissão fosse preocupante, não houve por parte dos governantes ações para mitigar as possíveis taxas de morbidade e mortalidade, ocorrendo a negação por parte do governo federal, o qual imputou à doença o status de uma “gripezinha”, como afirmou o presidente Jair Bolsonaro.

Estimativa de crescimento da Covid-19 no Brasil

País tem ritmo de contágio semelhante ao da Itália de semanas atrás

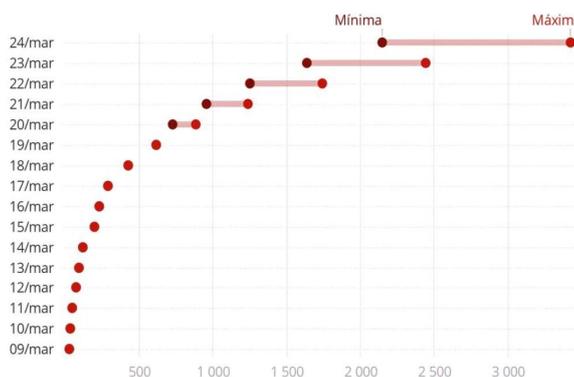


Gráfico: Eduardo Pierre/G1 • Fonte: Unesp, com dados do Ministério da Saúde

Ações do Ministro da Saúde

O ministro Henrique Mandetta optou por compartilhar de maneira clara os números da pandemia no país, por meio da imprensa e canais oficiais, em um momento em que muito se discutia o isolamento social. Os boletins diários no formato de coletiva de imprensa ou em plataformas virtuais ofereciam à população informações sobre as taxas de disseminação, número de leitos e mortos, isolamento, formas de profilaxia e casos confirmados. Com isso, o Ministro ganhou fama e visibilidade, o que desagradava ao

presidente da república, pois este considerava que sua popularidade estava em queda devido ao aumento de casos de Covid-19 e às mortes. Além disso, o ministro defendia abertamente o isolamento social, causa à qual presidente da república era totalmente contrário, iniciando-se uma crise em seu governo. Como a tensão política aumentou, após uma declaração em rede nacional do ministro em uma rede de notícias desprezada pelo presidente, não se viu outra alternativa a não ser a troca de ministro. Nelson Teich foi o nome da vez.



Nelson Teich e Luís Henrique Mandetta.
Fonte: Sérgio Lima. Poder 360, 2020.



Bolsonaro oferece hidroxiquina a Ema, medicação ineficaz contra a Covid 19.
Fonte: Adriano Machado. Reuters, 2020.

A passagem de Teich pelo Ministério da Saúde foi breve, devido ao seu não alinhamento com o presidente. Com sua saída, o ministério ficou provisoriamente ocupado por um militar, o que durou quatro meses, prejudicando fortemente o combate à Covid-19.

Pazuello, o militar que encabeçava o ministério provisoriamente, assumiu como ministro em meio ao caos na saúde pública – falta de respiradores, falta de leitos, falta de oxigênio, falta de **insumos** básicos para entubação dos pacientes, alto número de mortalidade – seguindo a linha do presidente, excluindo o isolamento social, ignorando o uso de máscaras e oferecendo um tratamento precoce ineficaz.

Descaso com a saúde, negligência e negacionismo.

Entre o primeiro óbito e a nomeação de Pazuello ao ministério já se somavam 133 mil mortos. Seus atos na pasta da saúde foram cerceados por erros crassos, como a perda de validade de 7 milhões de testes para a Covid-19, a nulidade na aquisição de vacinas e a falta de oxigênio em Manaus. A nomeação do ministro é vista por diversos políticos como um profundo equívoco e as inúmeras falhas levaram o ministro a ser investigado pela CPI que foi formada para analisar os descasos do governo no combate contra a Covid-19.

Durante o tempo em que Pazuello esteve à frente do Ministério da Saúde, houve um desserviço à saúde pública. O negacionismo e o oferecimento de medicamentos sem eficácia comprovada esvaziaram os cofres públicos. Houve a aquisição desnecessária de **hidroxicloroquina**, que é um ótimo medicamento para a malária, mas que não possui nenhuma eficácia contra a covid. Essa medicação era oferecida por meio de um conjunto de remédios, chamado Kit Covid, que funcionaria como um tratamento precoce contra a doença.

Contudo, o pior episódio de sua gestão à frente do ministério foi a falta de oxigênio e insumos de entubação que vitimaram inúmeras pessoas em Manaus, causando caos e comoção pública devido à angústia e ao medo dos parentes dos doentes internados, que buscavam de todas as formas comprar cilindros de oxigênio para abastecer os hospitais com seus estoques zerados. Devido à pressão política, cai o terceiro ministro da saúde, assumindo o ministério o médico Marcelo Queiroga, mais moderado, contudo seguindo a linha exigida pelo presidente.



Hidroxicloroquina: fármaco usado na prevenção e tratamento de malária. Pode ser usada no tratamento de artrite reumatoide, lúpus eritematoso, porfiria cutânea tarda, febre Q e doenças fotossensíveis.

Kit Covid

Fabricantes de remédios do 'kit covid' estão na mira da CPI da Pandemia
Fonte: Eduardo matsyaki/futura press/estádio conteúdo.

Falta de oxigênio no interior do Amazonas e do Pará.
Fonte: Márcio James / Amazônia Real

O Ministério da Saúde enviou hidroxicloroquina em vez de oxigênio para as cidades em crise. Seis pessoas de uma mesma família morreram por asfixia na cidade de Faro/PA.

Mais de 600 mil mortos no Brasil



Presidente Bolsonaro após ser questionado sobre 5 mil brasileiros mortos por Covid-19. Fonte: Duke/Dom Total, 2020; Pazuello na CPI da Covid-19. Fonte: Agência Senado/Edilson Rodrigue, 2020. Indiciados no relatório da CPI da Pandemia. Fonte: Twitter/Sâmia Bomfim, 2021.

Sem rumo certo, o país segue com um número de mortes e disseminação da doença extremamente altos. Pouco se discute acerca das vacinas, para o governo as medicações ineficazes são mais importantes.

A vacinação só conseguiu avançar no país devido à pressão política da CPI da Covid.



Inimigos políticos do presidente e a opinião pública compeliram o governo a aumentar o volume de negociações para a aquisição de vacinas. A mesma CPI, durante a apuração das atitudes e negacionismos do governo no combate a pandemia, descobriu que o governo havia ignorado mais de cem e-mails da fabricante Pfizer durante o processo. Ou seja, o governo, deliberadamente, optou por não negociar as vacinas. E só o fez pois um de seus adversários políticos de São Paulo passou à frente do Governo Federal e comercializou vacinas da China, a Coronavac, a qual o presidente da República xenofobicamente chamava de vaChina.

Durante o processo de investigação da CPI, descobriu-se também que um grupo paralelo negociava vacinas superfaturadas, com o conhecimento do presidente, que se omitiu porque um dos integrantes era o líder do governo na Câmara dos Deputados Federais. O relatório final foi encaminhado para a Procuradoria Geral da República, órgão responsável por sua apuração. Enquanto isso, seguem mais de 600 mil mortos no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção das narrativas históricas das doenças e epidemias na escrita dos livros didáticos se faz muito importante para a compreensão da história na contemporaneidade. O conhecimento adquirido por meio dos estudos históricos nos proporciona compreensão e meios de orientação em relação a dificuldades impostas por novas doenças, ou velhas enfermidades, que podem reaparecer e modificar a nossa forma de viver. A pandemia da Covid-19 exemplifica essa realidade, que alterou completamente os nossos modos de vida e a visão da nossa realidade. Distanciamento social, uso de máscaras, uso do álcool em gel, limitação econômicas, fechamento de estabelecimentos que promovem aglomerações, superlotação dos ambientes hospitalares, locais públicos isolados, como parques, praias, clubes, dentre outros são exemplos disso.

O ambiente educacional foi o maior alvo de discussões durante esse período. Além de encontrar um grande entrave social, considerava-se que era um dos locais mais letais na transmissão e disseminação do vírus. As discussões giravam em torno das crianças e adolescentes serem assintomáticos, sendo meios de transporte da infecção, podendo transmitir a afecção aos pais, mães, tios e avós que estavam isolados em casa. O sistema educacional foi colocado em evidência. Isolar crianças e adolescentes em casa era visto como um retrocesso, principalmente pelo governo do presidente Jair Bolsonaro, que ignorava as medidas de segurança epidemiológicas.

Os meios de educação tiveram que se readaptar para manter o curso das aulas. As escolas de nível inicial, médio ou universidades, todas passaram por mudanças estruturais para atender à nova demanda educacional. Aulas virtuais, atividades não-presenciais, orientações por aplicativos de mensagens, atividades via e-mail, dentre tantas outras. Ou seja, algo jamais visto e fruto direto de uma epidemia mortal que impelia os professores a se adaptarem da noite para o dia.

Ao analisarmos a história das doenças e compararmos com a atual pandemia, muitas atitudes enfrentadas em épocas imemoriais se comparam com posturas promovidas durante a pandemia, tais como a negação da doença (meningite sofreu com esse processo durante o governo militar), priorização da economia (os governos durante a epidemia de varíola diziam que a economia não podia parar), negação de vacinas

(durante a epidemia de varíola as pessoas criticavam a vacina por medo de ficarem semelhantes a vacas), críticas ao isolamento social (durante a epidemia de influenza se questionou o porquê de as pessoas se isolarem em casa), limitação de eventos (durante a febre amarela ignorou-se os avisos sobre os perigos da doença, promovendo-se o carnaval de 1876), dentre tantos outros. Esses aspectos indicam a importância de reconhecermos a história das doenças e epidemias como algo essencial para lidarmos com as questões atuais. Necessária a compreensão de que doenças matam, respostas sociais e políticas rápidas evitam mortes, análise de momentos econômicos passados pode orientar rumos a serem tomados para se contornar crises, entre tantas outras experiências que podem ser a pedra basilar para o enfrentamento de novas epidemias.

Quando analisamos essa realidade nos currículos oficiais que norteiam a educação no Brasil (BNCC, PCNs e para Goiás o DC/GO), é perceptível que a história das doenças e epidemias para o ensino de história é vaga ou mesmo inexistente. A ausência dessa temática nesses currículos demonstra a falta de atenção dos governos e especialistas responsáveis para abordar tais questões, empurrando para a interdisciplinaridade a tratativa dessa temática. Não quero dizer que esses conteúdos não são importantes, mas a demanda orientada à história das doenças e epidemias é relegada a segundo plano para que professores priorizem cuidados com a higiene, condutas que garantam a saúde e atividades físicas, sendo que isso pode ser ministrado por outras disciplinas que já fazem isso de forma curricular.

As ausências observadas nos livros didáticos evidenciam que a história das doenças e epidemias existem apenas como mera formalidade, oferecendo aos professores e alunos apenas citações de poucas linhas, imagens, atividades de final de capítulo ou fragmentos utilizados para integrar outras contextualizações. Evidentemente, algumas doenças são mais abordadas e melhor trabalhadas que outras, como é o caso da varíola e da peste negra. Contudo, a exemplo disso, a febre amarela e cólera, que ocorrem no mesmo período que a varíola, durante o século XIX, são ignoradas ou apenas elencadas no rol de doenças existentes na ocasião. A epidemia de meningite, que avançou de forma avassaladora durante a Ditadura Militar, sequer é citada em todas as coleções didáticas do guia do PNLD 2019.

A elaboração das orientações didáticas sobre as epidemias no Brasil ao longo da história foi organizada para suprir essas ausências. Algumas doenças permitiram um

amplo levantamento bibliográfico e iconográfico, com riqueza de informações e disponibilidade de narrativas, entre elas a varíola, febre amarela, a influenza, a tuberculose e a poliomielite, facilitando o desenvolvimento do material didático.

A pesquisa sobre a cólera, a meningite e a Covid-19 foi desafiadora no processo de produção do material didático. As buscas por informações de determinados períodos eram escassas, e o problema se repete no levantamento iconográfico. Questões textuais foram sanadas com pesquisa de profundidade, pois alguns períodos históricos são nebulosos e confusos, e a parte iconográfica deficitária. As imagens sobre a cólera no Brasil oitocentista são praticamente inexistentes, sobrepondo aquelas relacionadas ao século XX. É mais fácil localizar fotos referentes à doença fora do Brasil, principalmente na Inglaterra, onde a pluralidade de imagens é imensa. A ausência de imagens da incidência cólera durante a Guerra do Paraguai evidenciou que a preocupação do período era a de mostrar as vitórias durante o conflito beligerante. Entretanto, havia muitos relatos de como a doença era letal aos soldados.

A meningite, doença que não é citada nos livros didáticos, foi bem abordada em duas referências principais: Schneider (2015) e Barata (1988), possuindo também notícias relacionadas a jornais que denunciavam a epidemia durante o seu surto no ano de 1970/74, enfrentando a mão opositora da censura. Os jornais digitais atuais desenvolveram a temática devido ao surgimento da pandemia da Covid-19, de forma comparativa, ou simplesmente para rememorar que o Brasil enfrentou uma epidemia negligenciada, tal qual a atual. Não foram encontrados quaisquer materiais que aprofundassem a crise em Goiás, apenas uma imagem de um jornal da época ou dados estatísticos que ligassem a realidade do estado ao restante do país.

Os dados sobre a Covid-19 foram arrolados de forma abrangente, a partir de uma conexão com seus aspectos etiológicos, sociais e políticos vivenciados no Brasil. A abordagem partiu de seu surgimento, disseminação na área de origem e denominações, até que a doença se tornou pandêmica. Por meio disso, foram trabalhadas as questões políticas da pandemia, aspectos negacionistas, corrupção, perpassando crises internas, como a de Manaus e a questão voltada à compra de vacinas. Embora exista muito conteúdo sobre o assunto, deparei-me com uma infinidade de *fake news* distribuídas pela internet e por alguns jornais sensacionalistas. O conteúdo presente nas orientações didáticas foi formulado de forma a abranger os fatos presentes até a data atual da

finalização da dissertação. Logo, faz-se necessário ao docente dar prosseguimento ao conteúdo por meio da atualização de informações.

A confecção dos *QR codes* proporciona a ampliação dos conhecimentos sobre a história das doenças e epidemias, oferecendo para professores e alunos ambientes virtuais diferenciados, pois foram desenvolvidos durante o período pandêmico, ou seja, muitos museus virtuais ofereceram gratuitamente passeios virtuais e materiais variados para pesquisa. Com o advento da Covid-19 e a insurgência dos aparelhos celulares e internet como ferramentas didáticas em sala de aula, a utilização dos *QR codes* facilita o acesso a conteúdos, pesquisas, vídeos, livros, dentre outros.

Como forma expandida ao material propositivo oferecido nessa dissertação, o glossário das doenças e o banco de informações das enfermidades nas coleções didáticas do PNLD 2019 oferecem ao professor uma forma de melhor desenvolver suas aulas. Contextualiza-se, assim, as Orientações Didáticas ofertadas na dissertação aos apontamentos dos livros didáticos existentes no banco de informações, oportunizando ao docente a formulação dos planejamentos e o desenvolvimento do conteúdo nas preleções.

Em suma, a pesquisa evidenciou a urgência da revisão dos livros didáticos em consonância com reformulações da BNCC. É possível que, com o advento da Covid-19, exista uma modificação nesses paradigmas que possibilite a inclusão mais diligente da história das doenças e epidemias no currículo de História. Mas, para tal, é necessário que a construção dos currículos passe por estudos, análises, discussões e audiências públicas que contem com a participação da sociedade, professores e estudiosos da área. A introdução da temática de forma efetiva no currículo da disciplina de história proporcionará uma melhor abordagem nos livros didáticos de história que auxilie os professores da matéria a problematizarem a história das doenças na sala de aula. O conteúdo dos currículos de História, muitas vezes distanciados, espacialmente e temporalmente, do cotidiano dos alunos, torna-se mais dinâmico com recortes temáticos que contemplam a doença. Este exercício histórico, entre o passado e a realidade contemporânea, possibilita, sobretudo, ao aluno, um entendimento mais amplo sobre o mundo que o rodeia, bem como sobre seu papel ativo como agente na história e a sua responsabilidade no futuro da humanidade.

GLOSSÁRIO DAS DOENÇAS

1. **Sistema Único de Saúde:** o SUS é uma conquista do povo brasileiro, garantida pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº. 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde. BRASIL (2021). Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>> Acesso: 22/03/2021 às 16:24.

2. **Surtos epidêmicos:** são doenças provocadas por bactérias e/ou vírus que surgem rapidamente numa cidade (ou vilarejo), acometendo simultaneamente grande parte da população local. Pode ser o agravamento de uma endemia. Já os surtos endêmicos são doenças, também transmitidas por bactérias e/ou vírus, mas existem constantemente em determinados lugares durante todo o ano, vindo a atacar um número maior ou menor de indivíduos. São peculiares a determinada população ou região (QUARESMA, 2011).

3. **Ebola (EVD):** é uma doença mortal com surtos ocasionais que ocorrem principalmente no continente africano. EVD afeta mais comumente pessoas e primatas não humanos (como macacos, gorilas e chimpanzés). É causada por uma infecção por um grupo de vírus do gênero Ebolavírus (CDC, 2020).

4. **Coronavírus (COVID-19):** é uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto. A maioria das pessoas que adoece em decorrência da COVID-19 apresentará sintomas leves a moderados e se recuperará sem tratamento especial. O vírus que causa a COVID-19 é transmitido principalmente por meio de gotículas geradas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou exala. Essas gotículas são muito pesadas para permanecerem no ar e são rapidamente depositadas em pisos ou superfícies. Você pode ser infectado ao inalar o vírus se estiver próximo de alguém que tenha COVID-19 ou ao tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, no nariz ou na boca (CDC, 2021).

5. **Malária:** é uma doença transmitida por mosquitos, causada por um parasita (protozoário). Pessoas com malária costumam apresentar febre, calafrios e doenças semelhantes à gripe. Se não forem tratadas, elas podem desenvolver complicações graves e morrer (CDC, 2020).

6. **Tuberculose (TB):** é causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*. A bactéria geralmente ataca os pulmões, mas a da tuberculose pode atacar qualquer parte do corpo, como rim, coluna vertebral e cérebro. Nem todas as pessoas infectadas com a bactéria da tuberculose ficam doentes. Se não for tratada adequadamente, a tuberculose pode ser fatal. (CDC, 2021).

7. **Sífilis:** No artigo “Doenças entre os indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII”, Rosângela Baida e Cândida G. A. Chamorro atribuem a sífilis a duas vertentes históricas, uma já abordada na presente pesquisa, em que a enfermidade é originária do continente americano e infecta a Europa por meio dos navegantes, e outra que consta no artigo das pesquisadoras. Elas apresentam a ideia de Santos Filho (1977, p. 183) de que a sífilis veio para a América trazida pelos navegantes, transmitida por estes aos negros, e após isso por meio do contato sexual com índias e negras na América (SANTOS FILHO, 1977, p. 183).

8. **Maculo:** (do quimbundo ma'kulu) era uma doença endêmica em muitas partes do mundo, especialmente no Brasil, durante o período colonial, decorrente da falta de higiene provocada pelas condições a que eram submetidos os cativos. Também chamada de corrução ou mal-de-bicho, ou achaque do bicho, enfermidade do bicho, corrupção do bicho, corrupção, mal-do-sesso e relaxação do sesso, no Brasil - recebeu noutras partes os nomes de "el bicho", "mal del culo", "bicho del culo", "enfermedad del guzano" - entre os hispanos, e pelos índios de teicoaraíba (REZENDE, 2008).

9. **Ar de estupor:** estado mental alterado, um termo muito impreciso, às vezes é usado pelos médicos para se referir a uma mudança na consciência, como letargia, obnubilação, delirium ou, algumas vezes, estupor ou coma. Estupor é um estado de falta de resposta excessivamente longo ou profundo (MSD, 2021).

10. **Opilações:** é o plural de opilação. O mesmo que: amarelões, ancilostomíases, verminoses (DICIO, 2021).

11. **Bouba:** é uma doença que dá feridas que atacam os pés, pernas, rosto ou qualquer outra parte do corpo. Tem, geralmente, a forma de botões no começo e pode parecer outras doenças da pele. Com o passar do tempo, ataca a sola dos pés e das mãos, as juntas e destrói a carne até os ossos (BRASIL, 1979).

12. **Tétano:** é diferente de outras doenças evitáveis por vacina porque não se espalha de pessoa para pessoa. As bactérias são geralmente encontradas no solo, poeira e estrume e entram no corpo através de fissuras na pele - geralmente cortes ou perfurações causadas por objetos contaminados (CDC, 2019).

13. **Hemeralopia:** diminuição ou perda da visão em condições de boa iluminação ou de luz reduzida; cegueira diurna (DICIO, 2021).

14. **Varíola:** antes de a varíola ser erradicada, era uma doença infecciosa grave causada pelo vírus da varíola. Era contagiosa, ou seja, espalhava-se de uma pessoa para outra. Pessoas com varíola apresentaram febre e uma erupção cutânea distinta e progressiva. A maioria das pessoas com varíola se recuperou, mas cerca de 3 em cada 10 pessoas com a doença morreram. Muitos sobreviventes da varíola têm cicatrizes permanentes em grandes áreas do corpo, especialmente no rosto. Alguns ficam cegos (CDC, 2016).

15. **Coqueluche:** também conhecida como tosse convulsa, é uma doença respiratória altamente contagiosa. É causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A coqueluche é conhecida por tosse violenta e incontrolável, que muitas vezes torna a respiração difícil. Depois de acessos de tosse, alguém com coqueluche geralmente precisa respirar fundo, o que resulta em um som de "grito". A coqueluche pode afetar pessoas de todas as idades, mas pode ser muito séria, até mortal, para bebês com menos de um ano de idade (CDC, 2019).

16. **Catarros:** “Há registros históricos com evidências de doenças sugestivas de influenza. A primeira descrição que sugere tratar-se de influenza é atribuída à Hipócrates, por volta do século V a.C. em Creta, Grécia. Documentos antigos apontam a possibilidade de surtos ou epidemias de influenza de maior ou menor intensidade, porém esses episódios têm evidência circunstancial e constam como relatos em escrituras religiosas, registros militares ou crônicas de época” (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, p. 12).

17. **Varicela:** para os Tupis, a varicela/catapora significava “fogo que salta”, também causou uma grande mortandade para as populações indígenas (GURGEL, 2010, p. 121).

18. **Influenza:** (gripe) é uma doença respiratória contagiosa causada pelo vírus da influenza. Pode causar doenças leves e graves. Os resultados graves da infecção da

gripe podem resultar em hospitalização ou morte. Algumas pessoas, como idosos, crianças pequenas e pessoas com certas condições de saúde correm alto risco de complicações graves de gripe (CDC, 2021).

19. **Icterícia:** é a cor amarelada observada na pele de muitos recém-nascidos. Isso ocorre quando uma substância química chamada bilirrubina se acumula no sangue do bebê. Durante a gravidez, o fígado da mãe remove a bilirrubina do bebê, mas uma vez nascido, é seu próprio fígado que deve cumprir essa função. Em alguns bebês, o fígado pode não ter se desenvolvido o suficiente para se livrar da bilirrubina (CDC, 2020).

20. **Leptospirose:** é uma doença bacteriana que afeta humanos e animais. É causada por bactérias do gênero *Leptospira*. Em humanos, pode causar uma ampla gama de sintomas, alguns dos quais podem ser confundidos com outras doenças. Algumas pessoas infectadas, entretanto, podem não apresentar nenhum sintoma (CDC, 2019).

21. **Hepatite:** é a degeneração do fígado causada por fatores como infecções virais (do tipo A B e C), consumo excessivo de álcool e uso contínuo de medicamentos com substâncias tóxicas para o corpo. Enquanto os vírus atacam o fígado quando parasitam suas células, a cirrose dos alcoólatras é causada pela ingestão frequente de bebidas alcoólicas - uma vez no organismo, o álcool é transformado em ácidos nocivos às células hepáticas, levando à hepatite. A hepatite pode ser crônica quando faz o fígado ficar inflamado por pelo menos seis meses. As causas mais comuns são o uso contínuo de medicamentos, além dos vírus A e B. Nesses casos, o paciente pode ser instruído a usar antivirais receitados por um especialista. Dependendo da situação, a doença traz complicações sérias, como a cirrose e a insuficiência hepática (PEIXOTO, 2020).

22. **Artralgia ou corrimento:** também conhecida como dor na articulação, é caracterizada por dor ou incômodo em uma ou mais articulações (FONSECA, 2021).

23. **Frialdade:** também chamada “opilação”, “cansaço”, “inchaço” – anemia grave de diferentes etiologias –, uma delas pode ser a ancilostomíase (doença parasitária) (GURGEL, 2010, pg. 141).

24. **Gota coral:** pode ser chamada de Epilepsia, doença do sistema nervoso que causa convulsões. CDC. Epilepsia. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/epilepsy/about/index.htm>> Acesso: 02/05/2021 às 20:40.

25. **Banzo:** nas palavras de Oliveira Mendes, o banzo era uma das principais moléstias de que sofriam os escravos, uma "paixão da alma" a que se entregavam e que só se extinguia com a morte, um entranhado ressentimento causado por tudo o que os poderia melancolizar: "a saudade dos seus, e da sua pátria; o amor devido a alguém; a ingratidão e aleivosia que outro lhe fizera; a cogitação profunda sobre a perda da liberdade" (MENDES, 2007, p. 370). Ocorreu também devido ao pesar e aos maus-tratos recebidos (ODA, 2008).

26. **Febre Amarela:** é causada por um vírus transmitido por mosquitos. Os sintomas de febre amarela (febre, calafrios, dores de cabeça, dores nas costas e dores musculares) demoram de 3 a 6 dias para se desenvolverem. Cerca de 15% das pessoas que contraem febre amarela desenvolvem uma enfermidade grave, incluindo hemorragia, choque, insuficiência de órgãos e, às vezes, morte (CDC, 2021).

27. **Cólera:** é uma infecção intestinal aguda que causa diarreia aquosa profusa, vômitos, colapso circulatório e choque. Muitas infecções estão associadas à diarreia mais branda ou não apresentam nenhum sintoma. Se não for tratada, 25-50% dos casos graves de cólera podem ser fatais. (CDC, 2021).

28. **Tísico:** também chamada de tísica pulmonar, 'peste branca' ou 'doença do peito', a tuberculose é uma doença infecciosa documentada desde longa data (GONÇALVES, 2000).

29. **Vírus RNA:** vírus da aids é constituído de RNA e, como todo RNA vírus, tem uma característica peculiar. O RNA vírus que acomete um determinado tipo de animal pode sofrer mutações que criam condições de invasão e evolução em outra espécie de animal. Isso ocorre em virtude das características de replicação nesse tipo de vírus. Normalmente, ocorrem erros na cópia do RNA dos futuros descendentes virais (UJAVARI, 2012, p. 8).

30. **Sarcoma de Kaposi (SK)** é um tumor mesenquimal, causado pelo vírus dos herpes tipo 8 (HHV-8), e uma neoplasia definidora da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). A partir de 1980, com o surgimento da aids, foi documentada uma forma mais agressiva da doença, mais frequente entre homossexuais ou bissexuais masculinos, associada ao vírus de imunodeficiência humana (HIV), logo reconhecida como forma epidêmica do SK,1, de grande impacto na Saúde Pública por sua alta magnitude e

mortalidade. O SK foi a primeira doença oportunista reconhecida em associação com o HIV e ainda é a neoplasia mais frequente relacionada à aids (TANCREDI, et al, 2017).

31. **AZIDOTIMIDINA ou ZIDOVUDINA** é destinado ao tratamento da imunodeficiência humana causada pela infecção pelo HIV, associada a outros antirretrovirais. É utilizada em adultos e crianças. É também usado na infecção pelo HIV durante a gestação e para prevenir a transmissão materno-fetal em esquemas que incluem o uso do medicamento pela mãe antes e durante o parto e tratamento do neonato. É indicado ainda como agente profilático, junto com outros antirretrovirais, nos casos de exposição ocupacional ao HIV pelo pessoal de saúde ou outros indivíduos (FIOCRUZ, 2021).

FONTES DE PESQUISA

Coleções didáticas

BOULOS JR, Alfredo. **História, Sociedade & Cidadania**: EF anos finais – manual do professor. 4. ed. São Paulo: FTD, 2018. 4 v.

BRAICK, Patrícia Ramos. **Estudar História**: das origens do homem à era digital – manual do professor (EF: anos finais). 3. ed. São Paulo: Moderna, 2018. 4 v.

CAMPOS, Flávio de; CLARO, Regina; DOLHINIKOFF, Miriam. **História**: escola e democracia – manual do professor (EF: anos finais). 1. ed. São Paulo: Moderna, 2019. 4 v.

COTRIM, Gilberto. **Historiar** – EF: anos finais – manual do professor. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. 4 v.

DIAS, Adriana Machado. **Vontade de Saber: História** – EF: anos finais – manual do professor. 2. ed. São Paulo, 2018. 4 v.

FERNANDES, Ana Claudia (ed). **Araribá Mais**: História – manual do professor (EF: anos finais). 1. ed. São Paulo: Moderna, 2018. v. 4.

MINORELLI, Caroline Torres. **Convergências história**: EF anos finais – manual do professor. 2. ed. São Paulo: Edições SM, 2018. 4 v.

NEMI, Ana Lúcia Lana; REIS, Anderson Roberti dos; MOTOOKA, Débora Yumi. **Geração Alpha história**: EF anos finais – manual do Professor. 2. ed. São Paulo: SM Edições, 2018. 4 v.

SERIACOPI, Gislane Campos Azevedo. **Inspire história**: EF anos finais – manual do professor. 1. ed. São Paulo: FTD, 2018. 4 v.

VAINFAS, Ronaldo. FERREIRA, Jorge; FARIA, Sheila de Castro; CALAINHO, Daniela Buono. **História.doc**: EF anos finais – manual do professor. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. 4 v.

VICENTINO, Cláudio. **Teláris** – EF: anos finais – manual do professor. 2. ed. São Paulo: Ática, 2018. 4. v.

Legislações e Editais

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm> Acesso: 08/11/2021 às 10:36.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Base Nacional Comum Curricular. Brasília, 2018**. Disponível em: <<http://basenacionalcomum.mec.gov.br/download-da-bncc>> Acesso: 13/10/2021 às 18:59.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Transversal de saúde** - Brasília, DF: MEC/SEF, 1998b. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>> Acesso: 29/10/2021 às 23:59.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. CNE/CEB - **Parecer nº 7 de 14 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf> Acesso: 12/10/2021 às 12:28

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Decreto nº 1006 de 30 de dezembro de 1938**. Brasília, 1938. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1006-30-dezembro-1938-350741-norma-pe.html>> acesso 23/10/2021 às 15:33.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Decreto nº 77107 de 4 de fevereiro de 1976**. Brasília, 1976. Disponível em: < [BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Decreto nº 8460 de 26 de dezembro de 1945**. Brasília, 1945. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8460-26-dezembro-1945-416379-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Consolida%20a%20legisla%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20as,e%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20livro%20did%C3%A1tico.&text=Art.&text=2%C2%BA%20Para%20os%20feitos%20da,livros%20de%20leitura%20de%20classe.>> Acesso: 22/10/2021 às 10:31.](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77107-4-fevereiro-1976-425615-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20edi%C3%A7%C3%A3o%20e,textos%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%A2ncias.> https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77107-4-fevereiro-1976-425615-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20edi%C3%A7%C3%A3o%20e,textos%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%A2ncias.> Acesso: 23/10/2021 às 16:45.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Decreto nº 9099 de 18 de julho de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: < <https://www.fnde.gov.br/index.php/legislacoes/decretos/item/10941-decreto-n%C2%BA-9099,-de-18-de-julho-de-2017>> Acesso: 22/10/2021 às 21:17.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Decreto nº 91542 de 19 de agosto de 1985**. Brasília, 1985. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-91542-19-agosto-1985-441959-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 17/10/2021 às 22:45.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Lei nº 5692 de 11 de agosto de 1971**. Brasília, 1971. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso: 19/10/2021 às 17:01.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei 13.005, de 25 de junho de 2014. Brasília, 2014. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm> Acesso: 19/10/2020 às 17:33.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais de História e Geografia**. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998a. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro051.pdf>> Acesso: 08/11/2021 às 10:48.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria nº 1321 de 17 de outubro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19361697/do1-2017-10-18-portaria-n-1-321-de-17-de-outubro-de-2017-19361632> Acesso: 15/10/2021 às 13:29.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Temas contemporâneos transversais na BNCC: contexto histórico e pressupostos pedagógicos**. Brasília, 2019. Disponível em: < http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/implementacao/contextualizacao_temas_contemporaneos.pdf> Acesso: 29/10/2021 às 13:47.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto-lei 1177 de 29 de março de 1939**. Brasília, 1939. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1177-29-marco-1939-349194-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 23/10/2021 às 23:44.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Edital de Convocação Nº 01/2019** – CGPLI. Programa Nacional do Livro e do Material Didático. PNLD 2019. Brasília, 2019.

BRASIL, Ministério da Educação. **Portaria 35 de 11/03/1970**. Brasília: Diário Oficial, 1970.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 77.513 de 29 de abril de 1976**. Brasília, 1976. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77513-29-abril-1976-426392-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: 27/10/2021 às 19:23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 968 de 7 de maio de 1962**. Brasília, 1962. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decmin/1960-1969/decretodoconse lhodeministros-968-7-maio-1962-352366-norma-pe.html>> Acesso: 29/10/2021 às 13:33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 9313 de 13 de novembro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm> Acesso: 30/10/2021 às 16:55.

Currículos

GOIÁS. Secretária da Educação de Goiás. **Documento Curricular de Goiás Ampliado**. CEE. Goiás, 2021. Disponível em: <<https://cee.go.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Documento-Curricular-para-Goi%C3%A1s.pdf>> Acesso: 14/10/2021 às 16:08.

GOIÁS. Secretária da Educação de Goiás. **Caderno 5: currículo em debate**. SUEBAS. Goiânia, 2006. Disponível em: < <http://www.educacao.go.gov.br/documentos /reorientação curricular/fundamental/CADERNO%205.pdf>> Acesso: 08/11/2021 às 10:46.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. de. **Recenseamento Torácico**. Porto Alegre: Ed. Globo, 1938.

Acervo Estadão. **Sabin imuniza crianças contra a pólio em gotinhas**. São Paulo, 1970. Disponível em: < <http://m.acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,albert-sabin-e-as-gotinhas-que-salvam-vidas,11752,0.htm> > Acesso: 30/10/2021 às 21:15.

Acervo Sebastião Assis Pereira. **Favela do Ibirapuera**. Disponível em: <<https://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/9966-zona-sul-ibirapuera>: Acesso: 27/10/2021 às 15:36. 1 fotografia.

AGOSTINI, Ângelo. **Carnaval de 1876**. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional Digital, 1876.

AGUIAR, Eduardo. **A revolta da vacina e o negacionismo dos positivistas: como a política e os jornais boicotaram Oswaldo Cruz**. Paraná: Ed. Zelig, 2021.

AGUIAR, T. B. de; PETERLEVITZ, A. **As etimologias de Isidoro de Sevilha e a transmissão da cultura greco-romana na Espanha Visigoda**. Acta Scientiarum. Maringá, ano 2019, v. 41, n. 48139, 22 out. 2019. História e Filosofia da Educação, p. 1-13. Disponível em: < <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/48139#:~:text=Este%20artigo%20realiza%20uma%20leitura,greco%2Dromana%20na%20Espanha%20Visigoda.>> Acesso 02/03/2021 às 00:23.

AIRES, Suzana Tschoepke. **Diagnóstico diferencial entre dermatose e alergia**. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Texto_Diag_dif_dermatoses-Suzana2012.pdf> Acesso: 23/03/2021 às 14:01.

ALMEIDA, Alfredo W. B. de; MARIN, Rosa E. A.; MELO, Eriki A de. **Pandemia e Território**. São Luís: UEMA Edições/PNCSA, 2020. Disponível em: < https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/3583/1/CP8_01020.pdf> Acesso 21/03/2021 às 15:36.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência e Saúde coletiva**: Temas livres, Rio de Janeiro, ano 2007, n. 1, ed. 12, p. 263-274, 1 mar. 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/QSrNhTyZSkY87MjMSSNHprb/abstract/?lang=pt>> Acesso: 27/02/2021 às 22:17.

ANDRADE, R. D. P. A saúde em tempos de desenvolvimento: a campanha de erradicação da malária na Amazônia. **História Revista**: Revista da Faculdade de História e do PPGH, Goiânia, ano 2016, v. 20, n. 3, p. 58-79, 14 jan. 2015. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/historia/article/view/36950>> Acesso: 14/03/2021 às 14:27.

ANDRADE, Selma Regina de *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 2013, n. 66, 7 mar. 2013. História e Filosofia da Educação, p. 271-277. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018> Acesso: 17/03/2021 às 14:23.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciências & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, ano 2000, n. 5, p. 367-379, 2000. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 15:41.

ARQUIVO NORDESTE. Diário do Nordeste n. 1168, ano IV: **Surto de Poliomielite em Fortaleza**. Fortaleza, 1985.

AUTOTYPE. **Jonh Snow**. Science Photo Library. Londres, 1887. < [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII S0140-6736\(13\)60830-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII S0140-6736(13)60830-2/fulltext)> Acesso: 27/10/2021 às 17:13.

BACKES, Marli T. Stein *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem**, UERJ, ano 2009, n. 17, jan/mar. 2009. Artigos de Revisão, p. 111-117. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/conceitos-saude-doenca.pdf>> Acesso: 19/02/2021 às 13:01.

BADARÓ, Wilson Oliveira. **Como cura Kemet: Jogando, representando e aprendendo sobre a cura a partir dos papiros de Edwin Smith**. 2018. b132c. Dissertação (mestrado profissional) (Programa de Pós-Graduação em História da África) - UFRB, Recôncavo Baiano.

BAIDA, Rosângela; CHAMORRO, Cândida Graciela Arguello. DOENÇAS ENTRE INDÍGENAS DO BRASIL NOS SÉCULOS XVI E XVII. **História em Reflexão**, Dourados, ano 2001, v. 5, n. 9, p. 21-44, jan/mar. 2011. Disponível em: < <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/1160>> Acesso: 03/03/2021 às 23:56.

BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Revista Voos Polidisciplinar**, Guairacá, ano 2009, v. 1, n. 9, 1 jan. 2009. Caderno de Ciências da Saúde, p. 18-41. Disponível em: < http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/653/ARTIGO_Rel%C3%A7%C3%A3oConcep%C3%A7%C3%A3oProcesso.pdf?sequence=1> Acesso: 01/02/2021 às 17:33.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da AIDS no Brasil: O Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)**. São Paulo: USP, 2006.

BARATA, Maria Rita de Cassia Barreto de. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciências & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, ano 2000, v. 5, ed. 2, p. 333-345, 2000. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 03/03/2021 às 12:19.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Causalidade e epidemiologia. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**. Rio de Janeiro, ano 1997, v. IV, ed. 1, p. 31-49, 1 mar/jun. 1997. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/250028836_Causalidade_e_epidemiologia> Acesso: 27/02/2021 às 13:18.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemia de doença meningocócica, 1970/1977: aparecimento e disseminação do processo epidêmico. **Revista Saúde Pública**, USP, ano 1988, v. 22, ed. 1, p. 16-24, 1 jan. 1988. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100003> Acesso: 10/03/2021 às 09:17.

BARBOSA, Benedito C. in: PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio. **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Outras Letras, 2016.

BARBOSA, Benedito Carlos Costa. **No tempo das bexigas**: Rastros de uma epidêmica moléstia no Grão-Pará colonial (1755-1819). Orientador: Profa. Dra. Tânia Salgado Pimenta. 2019. 228 p. Tese (Pós graduação) - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.

BARROS, Sandra Garrido. **Política Nacional de AIDS: construção da resposta governamental à epidemia HIV/AIDS no Brasil**. EDUFBA. Salvador, 2018. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jb7tc>> Acesso: 17/03/2021 às 15:30.

BARRY III, C. E. et al. **The spectrum of latent tuberculosis: rethinking the biology and intervention strategies**. Nat. Rev. Microbiol., v. 7, n. 12, p. 845-855, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855401>. Acesso: 22/02/2021 às 14:02.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BAXTER, James Phinney. **A memoir of Jacques Cartier**, Sieur de Limoilou. Dodd, Mead & Company. New York, 1906. Disponível em < <https://digitalarchive.tpl.ca/objects/267497/a-memoir-of-jacques-cartier?ctx=943e89ebd5621ea948ab64fbafcb8a6f3006a2ea&idx=0#>> acesso: 03/11/2021 às 19:55.

BELINKY, Biju. **Como bolos se tornaram uma forma de resistência na ditadura militar no Brasil**. São Paulo: Vice Brasil, 2019. Disponível em: <<https://www.vice.com/pt/article/j57exd/como-bolos-se-tornaram-uma-forma-de-resistencia-na-ditadura-militar-no-brasil>> Acesso: 25/10/2021 às 14:22.

BELTRÃO, Glenda Gabriele Bezerra; AGUIAR, José Vicente de Souza. **A concepção de saúde-doença nos anos iniciais do ensino fundamental**: uma abordagem histórica. REAMEC, Mato Grosso, ano 2019, v. 7, ed. 3, 11 out. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. **Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.719-762, jul-set. 2008.

BERNARDO, André. **Escolas fechadas, hospitais lotados, eventos cancelados e dados censurados: o Brasil da Meningite de 1974**. São Paulo: BBC News Brasil, março/2020. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52058352#:~:text=Isso%20porqu e%20o%20Brasil%20foi,aulas%20e%20suspendeu%20eventos%20esportivos.>> Acesso: 24/03/2021 às 15:28.

BERNARDO, André. **Navio Demerara**. Rio de Janeiro: BBC, 1918. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54907997>> Acesso: 27/010/2021 às 16:01.

BERRY, Adek. **Coquetel anti-HIV**. Ministério da Saúde. Brasília: AFP, 2011.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 248 p. ISBN 85-7541-006-7.

BERTONI, E. **Como o avanço da pandemia revela um cenário alarmante no Brasil**. São Paulo: NEXO Jornal, 2020a. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/23/Como-o-avan%C3%A7o-da-pandemia-revela-um-cen%C3%A1rio-alarmante-no-Brasil>. Acesso em: 24 maio 2020

BERTUCCI, Liane Maria. **Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo**. Campinas: Ed. Unicampo, 2004.

BETTMANN. **Pulmão de Aço**. Estados Unidos: Corbis DC, 1929.

BIZERRA, Alessandra Fernandes; et al. **A meningite - As Grandes Epidemias (4 de 5)**. São Paulo: Canal Butantan, 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=PtU22ckhBEQ&t=9s&ab_channel=CanalButantan Acesso: 24/11/2021 às 20:22.

BOMFIM, Sâmia. Indiciados no relatório da CPI da Pandemia. *In: Twitter*. Brasília, 28 out. 2021. Twite.

BORDALHO, Rafael. **Não mais febre amarela! O Mosquito. Está descoberto o bicho.** Jornal o Crítico. Rio de Janeiro: Acervo Nacional, 1876. < https://scontent.fgyn18-1.fna.fbcdn.net/v/t1.18169-9/16832234_1273537312740144_8325774915591029562_n.jpg?_nc_cat=101&ccb=1-5&_nc_sid=730e14&_nc_ohc=ftNkrZECsugAX8TB2vM&_nc_ht=scontent.fgyn18-1.fna&oh=3b4981fe0e73383c00e48473330af6ab&oe=61A4BFBC > Acesso: 30/10/2021 às 16:45.

BRANCO, Rita Francis Gonzáles e Rodrigues. **Aspectos históricos do ensino da relação médico-paciente.** In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles Y Rodrigues (org). A relação com o paciente: ensino, teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Histórico do PNLD.** Portal do FNDE. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/component/k2/item/518-hist%C3%B3rico>> Acesso: 11/10/2021 às 22:51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre amarela: guia para profissionais de saúde.** Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2017. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf > Acesso: 23/10/2021 às 14:44.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2020. Disponível em: <<https://covid.sau.gov.br>> Acesso: 25/03/2021 às 11:04.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis.** Brasília: Depto. de doenças de condições crônicas e IST's, 2021. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis> > Acesso: 23/03/2021 às 00:05.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUCAM e FSESP.** Ministério da Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>> Acesso: 24/03/2021 às 14:05.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A gripe: tipos de influenza**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação: do nascimento aos 4 anos**. Brasília, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao>> Acesso: 01/11/2021 às 21:19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Boubá**. Brasília: Acervo Biblioteca do Ministério da Saúde, 1979.

BRICKS, Lucia F. **Vacina BCG: via percutânea ou intradérmica**. São Paulo: Jornal de Pediatria / SBP, vol. 80, 2004.

BRITANNICAESCOLA. **Mal nutrição: Escorbuto**. Brasil: Capes/Ministério da Educação 2021. Disponível em: < <https://escola.britannica.com.br/artigo/malnutri%C3%A7%C3%A3o/631055>> Acesso: 23/03/2021 às 13:43.

BRY, Theodore de. **Engenho de açúcar**. 1596. 1 pintura.

BRY, Theodore de. **Práticas de cura**. 1596. 1 pintura.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, ed. 1, p. 77-93, 1 nov. 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso: 19/02/2021 às 7:15.

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR, W. A. **Coleção: História e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 252 p. ISBN 978-85-7541-375-3. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/livro/textos-hipocraticos-o-doente-o-medico-e-doenca>> Acesso: 26/02/2021 às 13:52.

CALAINHO, Daniela Buono. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. **Tempo**, Rio de Janeiro, ano 2005, n. 19, p. 61-75, 8 nov. 2021.

CAM THE COVID ART MUSEUM. **The world's 1st museum for art born during COVID-19 crisis**. New York: Instagram, 2020. Disponível em: <https://www.covidartmuseum.com/> ou Instagram: [@covidartmuseum](https://www.instagram.com/covidartmuseum) acesso: 24/11/2021 às 20:31.

CAMARGO, Erney Plessmann. **A malária encenada no grande teatro social**. Estudos Avançados: Doença e sociedade. Scielo. São Paulo, 1995. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141995000200010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 13/03/2021 às 16:32.

CAMARGO, Erney Plessmann. Malária, Maleita, Paludismo. **Ciência e Cultura**, São Paulo, ano 2003, v. 55, ed. 1, p. 26-30, 1 jan. 2003. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n1/14850.pdf>. Acesso: 12/03/2021 às 19:59.

CAMPOS, A. L. V. de; NASCIMENTO, D. R. do e MARANHÃO, E. **A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol 10. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500007> Acesso: 16/03/2021 às 13:02.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. **Guia para o povo se dirigir no tratamento, curativo e preservativo do cholera-morbus reclamada por muitos Srs. Fazendeiros, e pessoas do interior, que estão longe dos recursos da Corte**. Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, 1855.

CAPARAÓ. Câmara Municipal de Caparó. **Câmaras Municipais no Período Colonial**. Minas Gerais, 2016. Disponível em: < <https://camaradecaparao.mg.gov.br/a-camara/noticias/item/84-camaras-municipais-no-periodo-colonial.html>> acesso: 03/11/2021 às 20:11.

CAPUCHO, Taís Cristina Jacinto Pinheiro. **Pregadoras e Guerreiras invisíveis: mulheres indígenas e a colonização do Brasil**. Revista Ars Histórica nº 18, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7596676.pdf>> Acesso: 04/11/2021 às 15:25.

CASA CIVIL. Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Brasília: Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/>> Acesso: 24/03/2021 às 14:04.

CDC. **Antraz**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2016. Disponível em: < <https://www.cdc.gov anthrax/pdf/evergreen-pdfs/anthrax-evergreen-content-portuguese-508.pdf>> Acesso: 22/03/2016 às 22:17.

CDC. **Cólera**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/cholera/infection-sources.html>> Acesso: 22/03/2021 às 18:14.

CDC. **Coqueluche**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos. 2019. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/pertussis/index.html>> Acesso: 23/03/2021 às 20:25.

CDC. **Difteria**. Estados Unidos: DSSH, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/diphtheria/index.html> > Acesso: 22/03/2021 às 22:43.

CDC. **Ebola**, O que é a doença do Vírus Ebola? Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2020. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/about.html>> Acesso: 22/03/2021 às 17:05.

CDC. **Epilepsia**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/epilepsy/about/index.htm>> Acesso: 02/05/2021 às 20:40.

CDC. **Febre Amarela**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/yellow-fever-brazil-pt>> Acesso: 22/03/2021 às 18:12.

CDC. **Hanseníase**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/leprosy/>> Acesso: 22/03/2021 às 19:12.

CDC. **Icterícia**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estado Unidos. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/jaundice/facts.html>> Acesso: 23/03/2021 às 21:17.

CDC. **Influenza**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estado Unidos. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/flu/about/index.html>> Acesso: 23/03/2021 às 21:04.

CDC. **Leptospirose**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estado Unidos. 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/leptospirosis/index.html>> Acesso: 23/03/2021 às 21:19.

CDC. **Malária**. <Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/parasites/malaria/index.html>> Acesso: 22/03/2021 às 17:58.

CDC. **Plague**. Departamento de Saúde e Serviços humanos. Estado Unidos, 2020. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/plague/index.html>> Acesso: 22/03/2021 às 19:34.

CDC. **Tétano**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2019. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/tetanus/about/index.html>> Acesso: 23/03/2021 às 19:20.

CDC. **Tracoma**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2016. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/disease/trachoma.html>> Acesso: 22/03/2021 às 22:22.

CDC. **Tuberculose**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>> Acesso: 22/03/2021 às 18:03.

CDC. **Varíola**. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Estados Unidos. 2016. Disponível em: < <https://www.cdc.gov/smallpox/about/index.html>> Acesso: 23/03/2021 às 20:11.

CHALHOUB, Sidney. **A cidade febril: Cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALHOUB, Sidney. Múltiplos olhares sobre doença e história do Brasil. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, ano 2006, v. 13, ed. 2, p. 515-517, 8 nov. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/CVkBcmfwJTm3qbDDZptBxdn/?form at=pdf&lang=pt>. Acesso: 05/03/2021 às 22:21.

CHAUL, Nasr Fayad. **A Identidade Cultural do Goiano**. Ciência e Cultura, vol. 63. São Paulo, 2011. Disponível em: < http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252011000300016&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso: 18/10/2021 às 18:56.

CHAVES, Cleide de lima. **Epidemias e quarentenas no Brasil e no Rio da Prata no século XIX**. Estudos Históricos – CDHRPYB. Uruguai, 2013. Disponível em: < <http://www.estudioshistoricos.org/11/art.7%20-20Epidemias%20e%20quarentenas%20-%20CLEIDE%20DE%20LIMA.pdf>> Acesso: 11/03/2021 às 06:34.

CHERNOVIZ, Napoleão. Dicionário de medicina popular. In: MASTROMAURO, Giovana Carla. **Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: Instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do Século XIX e início do XX**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. São Paulo: ANPUH, 2011.

COIMBRA JR., C. E. A., SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Processo saúde–doença. In: BARROS, D. C., SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â., (orgs). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/fyyqb/epub/barros-9788575415870.epub>> Acesso: 02/03/2021 às 15:56.

COOPER, Richard Tennant. **A mulher na Varanda**. Paris, 1912. 1 pintura.

CORTEZ, Hernán, 1485 -1547. **A Conquista do México**; tradução de Jurandir Soares dos Santos; ilustrações de Théodore de Bry – Porto Alegre: L&PM, 2011.

COSTA, Ligia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Revista Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, ano 2016, v. 7, ed. 1, p. 11-25, 1 nov. 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&pid=S2176-62232016000100002&script=sci_abstract. Acesso: 09/03/2021 às 13:11.

Crianças com poliomielite. Site Polio Global Eradication Initiative. Estados Unidos, 1978?. Disponível em <<https://polioeradication.org/>> Acesso: 27/10/2021 às 15:40.

CROSBY, Alfred W. **Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa, 900-1900**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CRUIKS HANK, R. I. **Cholera Patient**. Londres, 1832. Disponível em: <<https://www.nationalarchives.gov.uk/education/resources/coping-with-cholera/a-cholera-patient/>> Acesso: 30/10/2021 às 16:52.

CZERESNIA, Dina. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, [s. l.], ano 2001, v. VIII, ed. 2, p. 341-356, 1 ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/cnHJcBdhLz8KMc bhHjgmjF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 27/02/2021 às 15:11

CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. **História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, ano 1997, v. IV, ed. 1, p. 75-94, ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Wcz8jvgw 77K8qdvQppMY5fK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 03/03/2021 às 23:47.

DAHER, Wilson; et al. **A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença**. Arquivo Ciência e Saúde. São José do Rio Preto: FAMERP, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-564766>> Acesso: 02/03/2021 às 01:59.

DAMACENA NETO, Leandro Carvalho. **A influenza espanhola de 1918/1919 na Cidade de Goiás**. 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Faculdade de História, 2010. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/2313>. Acesso: 01/03/2021 às 19:21.

DAZILLE, Jean Barthelemy. **Observações sobre as enfermidades dos negros**. Trad. Antônio José Vieira de Carvalho. Lisboa: Tipografia Arco do Cego, 1801.

DEFOE, D. Diário do Ano da Peste. in: DELUMEAU, Jean. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

DEUTSCHES GRÜNES KREUZ. **Estela Egípcia: Vítima da pólio**. Wikiimages. 2021. 1 fotografia.

Diário do Pará. **Preconceito Explícito**. Pará: Redação do Diário do Pará, 1980.

Dicionário Online de Português. **Hemeralopia**. Porto: 7 Graus, 2021. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/hemeralopia>> Acesso: 23/03/2021 às 19:40.

Dicionário Online de Português. **OPILAÇÕES**. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/opilacoes/>> Acesso: 23/03/2021 às 19:08.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. **Cólera: representações de uma angústia coletiva (A doença e o imaginário social do século XIX no Brasil)**. Campinas: UEC, 1997.

Dispensário de água pública em Londres. Getty Images. Londres, 2021. 1 fotografia.

DORATIOTO, Francisco. **Maldita guerra: Nova história da Guerra do Paraguai**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

DOURADO, M. T. G. História social da Guerra do Paraguai: fome, doenças e penalidades. **albuquerque: revista de história**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 22 jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/AlbRHis/issue/view/305/393> acesso: 01/03/2021 às 10:17.

DUBY, Georges. **Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos**. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.

DUKE. **E daí?** Dom Total. São Paulo, 2020. Disponível em: < <https://domtotal.com/charges/>> Acesso: 27/10/2021 às 15:21. 1 charge.

DURN, Sarah. **Praga da dança: o mistério que fizeram as pessoas da idade média se mexerem loucamente**. Gizmodo Brasil. Nova Orleans, 2020. < <https://gizmodo.uol.com.br/praga-danca-idade-media/#:~:text=Ergot%2C%20um%20fungo%20que%20pode,pragas%20dan%C3%A7antes%0eram%20t%C3%A3o%20difundidas.>> Acesso: 02/03/2021 às 21:52.

EIDT, Letícia Maria. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira.** Revista Saúde e Sociedade. v.13, n.2, pp.76-88. São Paulo. Maio-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200008&script=sci_arttext> Acesso: 13/03/2021 às 01:10.

ERMAKOFF, George. **Castro Alves.** Acervo Biblioteca nacional Rio de Janeiro, 1870. 1 retrato.

EUGÊNIO, Alisson. **Ilustração, escravidão e as condições de saúde dos escravos no novo mundo.** Varia História. Belo Horizonte. Jan-jun/2009. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752009000100012> Acesso: 25/03/2021 às 20:06.

FERNANDES , Tania Maria. **Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920.** 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 144 p. DOI <https://doi.org/10.7476/9786557080955>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pd6q9>. Acesso 02/03/2021 às 09:44.

FERNANDES, Antonio Tadeu. **A medicina do renascimento à revolução científica: a descoberta dos micróbios.** São Paulo: LILACS/ Sec. Est. Saúde/SP, 2000.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; et al. **Promoção da saúde: elemento instituinte?** São Paulo: Saúde Sociedade, 2008.

FERREIRA, Janice dos S. J. C. **As imagens das doenças negligenciadas nos livros didáticos de ciências do 2º segmento do ensino fundamental.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2016.

FERREIRA, Rita de Cássia Cunha. **A Comissão Nacional do Livro Didático durante o Estado Novo (1937 – 1945).** São Paulo: UNESP / FCLA, 2008.

FERREZ, Marc. **Escravos chegam ao Rio de Janeiro em navio Francês.** Rio de Janeiro, 1882. Disponível em: <<http://historiadeindaiatuba.blogspot.com/2016/01/escravos-e-escravidao-em-indaiatuba.html>> Acesso: 30/10/221 às 16:39. 1 fotografia.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Vício de leitura, 1997.

FIOCRUZ. **Casa do Zé Gotinha**. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, 2019. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/comunicacao/casa-ze-gotinha#> Acesso: 24/11/2021 às 20:17.

FIOCRUZ. **Sistema de Saúde durante os anos 70 no Brasil**. São Paulo: Arquivo de Imagens Fiocruz, 1970?. 1 fotografia.

FLEIUSS, Henryque. **Tigreiros**. Semana Ilustrada n. 5. Rio de Janeiro: Acervo Biblioteca Nacional, 1861. 1 litografia.

Folha de São Paulo. **Vacinação contra meningite em São Paulo, 1974**. São Paulo: Folhapress, 1974. 1 fotografia.

FONSECA, Luís Adão da. **Vasco da Gama, o homem, a viagem, a época**. Lisboa: Expo 98, 1997.

FONSECA, Maria Ester. **Artralgia**. São Paulo: Move, 2021. Disponível em: <<http://www.move.med.br/2018/04/12/o-que-e-artralgia/>> Acesso: 02/05/2021

FORNAZARI, Sandro Kobol; MATTOS, Débora Michels. **A lepra no Brasil: representações e práticas de poder**. Cadernos de Ética e Filosofia Política. Santa Catarina: Repositório UFSC, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/praxis/361/A%20lepra%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso: 19/03/2021 às 18:36.

FRACASTORII, H. **Syphilis sive Morbus Gallicus**. Londini, 1720. Disponível em: <<http://galenet.galegroup.com/servlet/ECCO?d5=d7&d7=1&d6=32&dd=0&vrsn=1.0&locID=capes49&d1=0275200100&b1=KE&srchtp=b&c=6&SU=All&d4=0.5&stp=Author&n=10&b0=FRACASTORO&stp=Author&d3=32&d4=0.5&>> Acesso: 01/05/2021 às 22:03.

FRANCO, Odair. **História da Febre Amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1969.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NOGUEIRA, André; MARLOW, Sérgio Luís. A colônia de Itanhega (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro. In: **Uma história brasileira das doenças**, vol. 1-9. Org. FRANCO, Sebastião Pimentel, et al. Belo Horizonte: Fino Traço., 2017.

FREITAG, Bárbara et al. **O Livro didático em questão**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FREITAS, Andreia Roseiro Rodrigues Pereira. **QR CODE: Tendência de evolução comercial no ponto-de-vista físico de retrato**. Holanda: Laureate International Universitie., 2017. Disponível em: < https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21994_1/Tese%20final%20-%20Andreia%20Roseiro%20de%20Freitas.pdf> Acesso: 05/11/2021 às 12:49.

FREITAS, Neli Klix; RODRIGUES, Melissa Haag. **O livro didático ao longo do tempo: a forma do Conteúdo**. vol. 3. Florianópolis: DAPesquisa, 2019.

FREITAS, Octávio. **Doenças africanas no Brasil**. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1935. p. 22.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. **Atlas Histórico do Brasil: Gripe Espanhola**. Rio de Janeiro: FGV CPDOC, 2016. Disponível em <<https://atlas.fgv.br/verbetes/gripe-espanhola>> acesso: 12/03/2021 às 00:04.

G1. **Brasil atinge 300 mil mortos por Covid-19 um dia após recorde de mais de 3 mil vidas perdidas em 24 horas**. Bem-Estar. Rio de Janeiro, mar/2021. Disponível em: < <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/24/brasil-atinge-300-mil-mortos-por-covid-19-um-dia-apos-recorde-de-mais-de-3-mil-vidas-perdidas-em-24-horas.ghtml>> Acesso: 24/03/221 às 23:39.

GALIAN, Cláudia Valentina Assumpção. Os PCN e a elaboração de propostas curriculares no Brasil. **Caderno de Pesquisa: Outros Temas**, vol. 44. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2014.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil Colônia a 1930.** Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso: 12/03/2021 às 22:41.

GARCIA, Leila Posenato; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de; DUARTE, Elisete; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, ano 2020, v. 29, ed. 2, p. 1-8, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KYN SHRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 24/02/2021 às 10:23.

GINZBURG, Carlo. **Leprosos, judeus, muçulmanos.** In: Ginzburg, Carlo. História noturna. São Paulo: Companhia das Letras. p.43-67. 2007.

GODINHO, Rosemary de Sampaio. **Renascimento: uma nova concepção de mundo através de um novo olhar para a natureza.** Paraíba: DataGramZero - Revista de Informação. UFPB, 2012.

GOIÂNIA. Secretária de Saúde de Goiânia. **Cronograma de vacinação Covid-19: Idosos N a Z (1ª dose 62 anos; 2ª dose 68 anos) e Profissionais da Saúde.** Goiânia, 2021.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Pelotas, ano 2020, v. 7, ed. 2, p. 303-325, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SCKjg9j5vBY7WhnyXK7pjb/?lang=pt>. Acesso em: 8 nov. 2021..

GONÇALVES, Leandro A. Pires. Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, uma dupla carga epidêmica sobre a Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, ed. 4, p. 1-10, jan/2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/347845471_Mais_um_ministerio_de_farda_coronavirus_e_militarismo_a_dupla_carga_epidemica_sobre_a_Saude. Acesso: 24/03/2021 às 15:23.

GOODMAN, Yoni. **A história da Cólera**. Unicef Moçambique, 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=OvA2QyTiPag&t=14s&ab_channel=UNICEFMo%C3%A7ambique Acesso: 24/11/2021 às 20:06.

GORDON, Richard. **A assustadora história da medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

GOULART, Adriana da Costa. **Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Vol. 12, 2005.

GRÄF, T. Diversidade dos coronavírus, origem e evolução do SARS-COV-2. *In*: BARRALNETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020.

GRECO, Dirceu Bartolmeu. **A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e perspectivas**. Estudos Avançados. Minas Gerais: UFMG, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300006> Acesso: 17/03/2021 às 15:47.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil: 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**: Opinião, Rio de Janeiro, ano 2016, v. 21, ed. 5, p. 1553-1564, maio/2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65XMXBCdW7mX6mMY5Zp4QHS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 16/03/2021 às 16:34.

GURGEL, Cristina Brandt F. M. **Índios, jesuítas e bandeirantes. Medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

GURGEL, Cristina Brandt F. M. **Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Ed. Contexto, 2010.

GURGEL, Cristina Brandt F. M.; ROSA, Camila A. P.; CARMECINI, Taise F. **A varíola nos tempos de Dom Pedro II. C. de História e Ciências**. São Paulo: Instituto Butantan, Jan./jun., 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v7n1/v7n1a03.pdf>> Acesso:

10/03/2021 às 15:21.

HANSEN, João Adolfo. **Manuel da Nóbrega**. Recife: Editora Massangana, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4709.pdf> Acesso: 24/11/2021 às 20:14.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

HOCHMAN, Gilberto; et al. **Diário da Pandemia**. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.

HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde: Imagens**, Rio de Janeiro, ano 2002, v. 9, p. 233-273, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/dBjkhZ6rjnfwxLSyYBsdSq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 13/03/2021 às 16:38.

Hospital de campanha – Guerra do Paraguai. Biblioteca Nacional / Excursão ao Paraguai. Paso, 1866. 1 fotografia.

Illustrated London. **Dispensário da morte**. Londres: London News, 1860.

IMP. **Grupos de Risco: por que é importante identificar?** Blumenau: PREVIVA, 2021. Disponível em: < <https://previva.com.br/grupos-de-risco/> > Acesso: 24/03/2021 às 21:45.

ISPT. **Consultório de Mulheres – Dispensário do Estácio**. Rio de Janeiro: Ilustração Brasileira, 1928. 1 fotografia.

IVERSSON, Lygia Busch. Aspectos epidemiológicos da Meningite Meningocócica no Município de São Paul (Brasil) no período de 1968 a 1974. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, ano 1976, ed. 10, p. 1-16, 1 jan. 1976. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sLDTdNNzDsDYLP4VX6hd8CD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 23/02/2021 às 21:39.

JAMES, Márcio. **Falta de oxigênio no interior do Amazonas e Pará**. Manaus: Amazônia Real, 2020. Disponível em: < <https://exame.com/brasil/falta-de-oxigenio-mata-ao-menos-24-pacientes-em-cidades-do-interior-do-am-e-do-pa/>> Acesso: 29/10/2021 às 13:45.

JORGE, Ricardos. **A encefalite letárgica e a epidemiologia dos quinhentos**: em Portugal e Espanha. Tipografia Lisboa: Adolpho de Mendonça, 1921.

Jornal Notícias Populares. **Manchete sobre a Peste-Gay**. São Paulo, 1983. 1. figura.

KFOURI, Renato. **Queda em taxas de vacinação deve “ressuscitar” doenças erradicadas do país**. São Paulo: UOL, 2021. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/09/29/queda-em-taxas-de-vacinacao-deve-ressuscitar-doencas-erradicadas-do-pais.htm>> Acesso: 24/10/2021 às 14:22.

KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide. Narrativas sobre a morte: A gripe espanhola e a covid-19 no Brasil. **Psicologia & Sociedade** : Dossiê, São Paulo, ano 2020, ed. 32, p. 1-19, 1 nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/LdMLvxpDHBYYgLqt8fC5SZRp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 27/02/2021 às 11:45.

KINK, T. J. et al. **Vibriões coléricos**. "Cólera" em *Só Biologia*. Virtuoso Tecnologia da Informação, 2008-2021. Consultado em 09/11/2021 às 00:03. Disponível em: <https://www.sobiologia.com.br/conteudos/Reinos/colera.php> Acesso: 30/10/2021 às 20:03.

KNELL, Robert J. Sífilis na Europa renascentista: rápida evolução de um introduziu doenças sexualmente transmissíveis? **Proceedings of The Royal Society: Biological Sciences**, London, n. 4, p. 271, maio/2004. DOI 10.1098 / rsbl.20 03.0131. Disponível em: https://www.academia.edu/2876396/Syphilis_in_Renaissance_Europe_rapid_evolution_of_an_introduced_sexually_transmitted_disease. Acesso: 21/02/2021 às 13:49.

KODAMA, Kaori; et al. **Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro. Dez/2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500005> Acesso: 24/03/2021 às 19:33.

Lago, Bia Corrêa do. **Os fotógrafos do Império: Cadáveres da Batalha do Bouqueirão**. 1861. Rio de Janeiro: Capivara, 2005. 1 fotografia.

LALOND, Marc. La Salud y sus determinantes: La salud pública y la medicina preventiva. In: SCLIAR, Moacir. **O nascimento da saúde pública**. Revista da Sociedade Brasileira de medicina tropical. São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v21n2/14.pdf>> Acesso: 01/3/2021 às 01:24.

LE GOFF, J. **A Idade Média explicada a meus filhos**. Rio de Janeiro: Ed. Agir, 2006.

LE GOFF, Jacque. **Mercadores e banqueiros na Idade Média**. São Paulo: Martins Fontes. 1991

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Portugal: Ed. Terramar, 1985.

LE GOFF, Jacques. História: **Novos objetos**. Rio de Janeiro: Ed. Gallimard, 1974.

Le Grelot. **Influenza**. Paris, 1890. 1 gravura.

LEITE, Edmundo. **Ditadura militar censurou notícias sobre epidemia de meningite em 1974**. Rio de Janeiro: Estadão, 1974.

LEITE, S. **Cartas dos Primeiros Jesuítas do Brasil**. São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1957.

LEONIDAS. **A Situação antes**. Rio de Janeiro: Revista O Malho, 1904. 1 charge.

LEVY, B. **Conquistador: Hernán Cortés, Montezuma e a epopeia da resistência asteca**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

LIAO, Kuan-Chieh; LEE, Wei-Hsun. Um novo esquema de autenticação de usuário baseado em código QR. **Journal of Networks**, [s. l.], ano 2010, v. 5, ed. 8, p. 937-941, jan. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/220383713_A_Novel_User_Authentication_Scheme_Based_on_QR-Code. LIMA, Sérgio. Acesso: 22/02/2021 às 15:45.

LOIOLA, Carlos Catão Prates; SILVA, C. J. Mangabeira da; TAUIL, Pedro Luiz. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. **Revista Panam Salud Publica** : Public Health, Amazonas, v. 11, ed. 4, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n4/235-244/pt>. Acesso: 12/02/2021 às 16:01.

LOPES, Alice Casimiro. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, ano 2004, ed. 26, p. 109-118, maio/jun/jul/ago 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/bjF9YRPZJWWyGJFF9xsZprC/?lang=pt&format=pdf>. acesso: 04/11/2021 às 1:43.

LOPES, Ivonete da Silva; LEAL, Daniela de Ulysséa. Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid-19 pelo governo brasileiro. **Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación**, Logroño, ano 261-280, n. 145, 8 nov. 2020. Disponível em: <https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/4350/3387>. Acesso: 23/03/2021 às 17:33.

LOPES, Myriam Bahia. **O Rio em movimento: quadros médicos e(m) história 1890-1920**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

LÖWY, I. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2006.

LUZ, Madel, T. **Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Edições Livre, 2019.

MACHADO, Adriano. **Bolsonaro, Hidroxicloroquina e a Ema**. Brasília: Reuters , 2020. 1 fotografia.

MACIEL, Marina de Souza; MENDES, Plínio Duarte; GOMES, Andréia Patrícia; BATISTA, Rodrigo Siqueira. **A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria**. Revista Brasileira de Clínica Médica. São Paulo. Mai/jun, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso: 13/03/2021 às 17:48.

MACIEL, Roseli Martins Tristão. **A lepra no oriente e ocidente: da Antiguidade à idade média**. Revista Mosaico. PUC. 2018. Disponível em: < <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/6388>> Acesso: 14/03/2021 às 13:11.

MALTA, Augusto. **Estalagem**. Acervo Augusto Malta. Rio de Janeiro, 1906. 1 fotografia.

MALTA, Augusto. **Fundo da Estalagem**. Acervo Augusto Malta. Rio de Janeiro, 1906. 1 fotografia.

MAMELUND, Sven-Erick. E Influenza, Historical. In: HEGGENHOUGEN, Kris; QUAH, Stella (eds). International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 597-609. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285860845> Acesso: 22/02/2021 às 21:44.

MARTINS, R.; Martins, L. A.C. P. M.; Toledo, M. C. F. & Ferreira, R. R. **Contágio: História da prevenção das doenças transmissíveis**. São Paulo: Editora Moderna, 1997.

MATTOS, Revelino Leonardo Pires. **Revolta da Vacina (1904): Varíola e Vacinação**. Anais do I Colóquio do LAHES. Juíz de Fora: UFJF, jun/2005.

MATYSIAK, Eduardo. **Fabricantes de remédios do “kit covid” estão na mira da CPI da Pandemia**. São Paulo: Futura Press – Estadão, 2020. Disponível em: < <https://www.estadao.com.br/>> Acesso: 30/10/2021 às 21:01.

MENDES, Luis Antonio Oliveira de. **Memória a respeito dos escravos e tráfico da escravidão entre a costa d'África e o Brasil (1812)**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 362-76, jun. 2007.

MENEZES, Ebenezer Takuno de. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix Editora, 2001. Disponível em: <<https://www.educabrasil.com.br/mec-usaid/>> Acesso em 12 out 2021.

MENEZES, Ebenezer Takuno de. Verbete MEC/USAID. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix Editora, 2001. Disponível em <<https://www.educabrasil.com.br/mec-usaid/>>. Acesso em 04 nov 2021.

MESTROVIC, Tomislav. **O que é Raquitismo**. Manchester: News Medical Life Sciences, 2021. Disponível em: <[https://www.news-medical.net/health/What-is-Rickets-\(Portuguese\).aspx#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20centros%20para,afetadas%20%C3%A9%20preto%20ou%20amamentado.](https://www.news-medical.net/health/What-is-Rickets-(Portuguese).aspx#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20centros%20para,afetadas%20%C3%A9%20preto%20ou%20amamentado.)> Acesso: 01/05/2021 às 22:23.

MIRANDA, Sonia Regina; LUCA, Tania Regina de. **O livro didático de história hoje: um panorama a partir do PNLD**. Rev. Bras. Hist. [online], v. 24, n. 48, p. 123-144, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882004000200006>. Acesso em: 22 set. 2017.

MOTA, André. **Lancetas e Seringas**. Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz. FMUSP, 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=tgDOByGz7fk&ab_channel=MuseuHistoricodaFMUSP Acesso às 20:04.

MSD. **Estupor e coma**. Kenilworth: Manual MSD, 2016. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BARbios-cerebrais,-da-medula-espinhal-e-dos-nervos/coma-e-consci%C3%Aancia-comprometida / estupor-e-coma#:~:text=Estado%20mental%20alterado%2C%20um%20termo> Acesso: 02/05/2021 às 23:45.

MSF. **Sarampo**. Paris: Médicos Sem Fronteiras, 2020. Disponível em: < msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/sarampo?utm_source=adwords_msf&utm_medium=&utm_campaign=sarampo_comunicacao&utm_content=_exclusao-saude_brasil_39923&gclid=CjwKCAjwgOGCBhAIEiwA7FUXk7O-PYxehxCJX4Uo9S2VKGxaTlQjtDg42BcwYb QB EmJRMj 4TJltxoCtfIQAvD_BwE> Acesso: 22/03/2021 às 19:56.

NASCIMENTO (ORG), Dilene Raimundo. A história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil. **Seminários**, Casa de Oswaldo Cruz, ano 2004, v. 1, ed. 1, p. 184, 2004.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **Tuberculose**: de questão pública a questão de estado a Liga Brasileira contra a tuberculose. Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos. 1992. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde) - UERJ, 1992. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/3946> Acesso: 21/02/2021 às 15:42.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Org.) **Uma história brasileira das doenças**. Vol.1, 2, 3, 4, 5 e 8. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010.

NATURAL MUSEUS OF NATURAL STORY. **Outbreak**: Epidemic in a connected world digital exhibit. Washigton: Smithsonian, 2021. Disponível em: naturalhistory.si.edu Acesso: 24/11/2021 às 20:09.

NAZARENO, Elias; CARDOSO, Ludimila Stival. Crítica do Dualismo Ontológico Racionalista Ocidental a partir da Decolonialidade e da Enación. **Fragmentos de Cultura**: Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas, Goiânia, v. 23, ed. 4, p. 245-244, 8 jun. 2013. Disponível em: [http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article /view/2948/1801](http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/2948/1801). Acesso: 15/10/2021 às 13:42.

NETO, Jorge Megid; FRACALANZA, Hilário. **O Livro didático de ciências: problemas e soluções**. Revista Ciência e Educação, vol. 9. Brasília: SEF/MEC, 2003.

NETO, Manoel Pereira de. **Parâmetros Curriculares Nacionais: desafios e possibilidades da história ensinada na educação básica**. Dourados: Revista História e Reflexão, Vol. 3, 2009.

NETTO, Joaquim Caetano de Almeida; et al. **Meningite Meningocócica em Goiás: evolução do estado endêmico para o epidêmico**. Goiânia: Rev. Pat. Tropical vol. 2, 1973.

NOGUEIRA, André Luís Lima. **Entre cirurgiões, tambores e ervas: calunzeiros e curadores ilegais em Minas Gerais (séc. XVIII)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

O Estado de São Paulo. **Nova Vacina contra o HIV tem resultados promissores em ensaio clínico de fase 1**. Redação, O Estado de São Paulo. São Paulo, 2021.

ODA, Ana Maira Galdini Raimundo. Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**: Artigos, São Paulo, v. 11, ed. 4, p. 735-761, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/XsH4RvsyCmxJzydsfgTgvKS/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 23/03/2021 às 22:00.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, Santa Catarina, ano 27, n. 61, p. 31-42, 1 jan. 2012. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198/189>. Acesso: 07/03/2021 às 15:56.

OLIVEIRA, Carolina Pinheiro Mendes Cahu de. **De lepra à hanseníase: mais um nome, novos discursos sobre a doença e o doente 1950-1970**. Recife: UFPE, 2012.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. **A epidemia de varíola e o medo da vacina em Goiás**. História, Ciências, Saúde – Rio de Janeiro: Manguinhos, 2003.

OLIVEIRA, Saulo Veiga; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 371-378, jul. 2008.

OLIVEIRA, Thayane Lopes. **A história das doenças nas aulas de história: uma abordagem possível**. Revista História Hoje, Vol. 10. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021.

OPASBRASIL. **Folha informativa – Poliomielite**. Paho Org. Brasil, Jan/2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5735_folha-informativa-poliomielite&Itemid=820#:~:text=Das%20tr%C3%AAs%20cepas%20de%20poliov%C3%ADrus,Nig%C3%A9ria%20em%20novembro%20de%202012.&text=O%20C3%BAltimo%20caso%20de%20poliov%C3%ADrus,notificado%20em%201991%20C%20no%20Peru. Acesso: 24/03/2021 às 15:39.

ORTIZ, Carlos Eduardo. **Febre amarela nas Américas: comparação das concepções médicas e procedimentos experimentais de Carlos Juan Finlay e Emilio Marcondes Ribas**. São Paulo: PUC/SP, 2008.

PALAZZOTTO, Dominick “**The Black Death and Medicine: A Report and Analysis of the Tractates Written Between 1348 and 1350.**” Ph.D. diss., University of Kansas, 1973.

PARSONS, Henry F. **Report on the influenza epidemic of 1889-90.** London : Printed for H.M.S.O. by Eyre & Spottiswoode, 1891. 324p. Disponível em: <https://archive.org/details/b21459381/mode/2up>. Acesso em: 4 abr. 2020.

PASSOS, Edilenice; WALTER, Maria Tereza Machado Teles. **Pandemias do passado, lições para o futuro e um pouco legislação.** Cadernos de Informação Jurídica, Brasília, v. 7, n. 1, p. 9-61, jan./jun. 2020. Disponível em: <http://www.cajur.com.br/>.

PAUL, JR. **A History of Poliomyelitis.** In.: Yale studies in the history of science and medicine. Yale University. New Haven: New Haven Press, 1971.

PEIXOTO, Leonardo. **Hepatite: Tipos, sintomas e é transmissível?** Minha Vida Saúde. Grupo Webedia. São Paulo, Junho/2016. Disponível em: < <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/hepatite>> Acesso: 23/03/2021 às 21:31.

PENNER, Andre. **Avanço da Covid-19 no Brasil assusta países vizinhos na América do Sul.** Rev. São Paulo: Valor Econômico, 2021. Disponível em: < <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/03/15/avanco-da-covid-19-no-brasil-preocupa-paises-vizinhos.ghtml>> Acesso: 22/10/2021 às 23:55.

PEREIRA, Ângelo. **Os filhos de el-rei d. João VI: reconstituição histórica com documentos inéditos que, na sua maioria, pertenceram ao Real Gabinete.** Lisboa: Arquivo Nacional, 1946.

PEREIRA, Leonardo. **As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

PIERRE, Eduardo. **Estimativa de crescimento da Covid-19 no Brasil.** São Paulo: UNESP, 2020.

PIMENTEL, Guilherme Henrique; VILELA, Denise. **Contribuições para uma história do livro didático no Brasil: um estudo PNLD**. Recife: XIII CIAEM-IACME, 2001.

PNDST/AIDS. **Princípios e diretrizes**. Coordenação Nacional de DST e AIDS / Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

PODER 360. **Nelson Teich e Luís Henrique Mandetta, transmissão de cargo**. São Paulo: Ed. Poder 360, 2020. Disponível em: < <https://www.poder360.com.br/governo/mandetta-e->

POLLAK, Michael. **Os Homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter. **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1992.

PORTINARI, João Cândido. **Descobrimento do Brasil**. Rio de Janeiro, 1956. 1 pintura.

PÔRTO, Ângela. **O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

POUCHELLE, Marie-Christine. Medicina. In. LE GOFF, Jacques, SCHMITT, Jean-Claude (org). **Dicionário Temático do Ocidente Medieval**. Vol. II. Bauru, SP: Edusc, 2006. p. 151-157.

PRENSA LATINA. **Carlos Finlay e o mosquito da febre amarela**. Havana: Agência Latino-americana de Notícias, 2021. Disponível em < <https://www.prensalatina.com.br/2021/08/19/carlos-juan-finlay-em-vigor-106-anos-apos-sua-morte/>> Acesso: 30/10/2021 às 16:50.

PRESCOTT, L; HARLEY, J.; KLEIN, D. **Microbiology**. Boston: WM. C. Brown, 1996.

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS. **Drogas e DST's: comportamento de risco**. São Paulo: SPSaúde, 2021. Disponível em: < http://www.spasaude.org.br/vis_dicas.php?cod_dic=1#:~:text=Comportamento%20de%20ris

co%20s%C3%A3o%20pr%C3%A1ticas,um%20indiv%C3%ADduo%20adquirir%20uma%20doen%C3%A7a.> Acesso: 24/03/2021 às 21:50.

PROGRAMA MOSAICO. **Vacina contra HIV**. Belo Horizonte: UFMG, 2021. Disponível em: < <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/faculdade-de-medicina-inaugura-unidade-de-pesquisa-clinica-em-vacinas>> Acesso: 30/10/2021 às 21:32.

QUARESMA, Paulo S. A. **As doenças e a história do homem: um itinerário em comum**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. São Paulo: ANPUH, Jul/2011. Disponível em: < http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300647731_ARQUIVO_XXVIAnpuhPauloSergioAndradeQuaresma.pdf> Acesso: 25/02/2021 às 23:01.

QUEIROZ, MS., and PUNTEL, MA. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37674>> Acesso: 18/03/2021 às 16:34.

RAMOS, Mária. **Tifo Epidêmico**. Rio de Janeiro: InVivo/Fiocruz, 2005. Disponível em: < [RANHEL, André Silva. **Construção do saber médico na Idade Média e suas revelações com os poderes instituídos**. Anais do Encontro Internacional e XVIII Encontro de História da Anpuh-Rio: História e Parcerias. Rio de Janeiro, 2018.](http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=758&sid=8#:~:text=Tifo%20epid%C3%AAmico%20(ou%20exantem%C3%A1tico)&text=A%20transmiss%C3%A3o%20se%20d%C3%A1%20quando,os%20vasos%20sangu%C3%ADneos%2C%20provocando%20inflama%C3%A7%C3%A3o.> Acesso: 23/03/2021 às 12:17.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Referências QR CODES

REGO, José Pereira. **Memoria historica das epidemias da febre amarella e cholera-morbo que têm reinado no Brasil**. Reviews and Notices. Typographia Nacional. Rio de Janeiro, 1873.
Treatment of Cynanche Maligna. Inglaterra: British Medical Journal, 1857.

REINAUDO, Franco. **Memórias de uma Epidemia**: imagens da aids e mídia. São Paulo: Museu da Diversidade Sexual, 2020. Disponível em: <https://artsandculture.google.com/story/ewXxowQrdkQVIw> Acesso em: 24/11/2021 às 20:26.

REVEL, Jacques; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, J. & NORA, P. (orgs). **História: Novos Objetos**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1988, pp.141-159.

Revista Careta. **Doentes na Praça Quinze**. Rio de Janeiro: Ed. 0540, 1918. 1 charge.

Revista Careta. **O Bacilomarino: Influenza Hespânica**. Rio de Janeiro: Ed. 0538, 1918. 1 charge.

REZENDE, Joffre M. de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92>> Acesso: 01/03/2021 às 23:51.

REZENDE, Joffre M. de. **Linguagem Médica**. Arquivo Público Estadual de Pernambuco. Pernambuco, 1956.

RIBEIRO, Alexandra Ferreira Martins *et al.* As Razões da Conquista de Tenochtitlán (1519-1521) Contidas na Narrativa de Hernan Cortez. **Revista Thema: Ciências Humanas**, Paraná, v. 15, ed. 1, p. 186-196, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/772/732>. Acesso: 03/03/2021 às 00:48.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A Ciência nos Trópicos: A arte médica no Brasil do século XVIII**. São Paulo, SP: Hucitec, 1997.

RIO DE JANEIRO. Museu do Amanhã. **Cabeça de Porco: o maior cortiço da história do Rio**. Rio de Janeiro, 2015.

RODRIGUES William.C.V; SOLER, Orenzio. **Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização**. Espanha: Rev Panam Salud Publica, 2009.

RODRIGUES, Edilson. **Pazuella na CPI da Covid-19**. Brasília: Agência Senado, 2020.

RODRIGUES, Nina. **A epidemia de influenza na Bahia em 1890**. Gazeta Médica da Bahia, ano 22, n. 12, p. 548-557, jun. 1891. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=165646&PagFis=10404&Pesq=influenza>. Acesso em: 5 abr. 2020.

RODRIGUES, Rebeca; FREITAS, João; FARIA, Anabela. **Erisipela**. São Paulo: Metis, 2009. Disponível em: < <http://www.metis.med.up.pt/index.php/Erisipela>> Acesso: 22/03/2021 às 19:40

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L; CASTILHO, E.A. **A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 37(4) 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/epidemia_aids/palestra.htm Acess: 22/02/2021 às 13:19.

RONAN, C.A. **História ilustrada da ciência**, v01 3. São Paulo: Círculo do Livro, 1987.

ROSENBERG, Charles E; GOLDEN, Janet. **Framing disease: Studies in Cultural History**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997.

ROSENBERG, José. **Tuberculose – aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação**. Rio de Janeiro: Boletim de Pneumologia Sanitária, 1999. Disponível em: < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002> Acesso: 13/03/2021 às 17:19.

ROSENBERG, SLM. **The lure of medical history: two sixteenth doctor on syphilis and guaiacum – Fracastoro and Ferri**. California: Cal West Med, 1931.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.

ROSSI, Clovis. **Em Goiás, a situação começa a preocupar**. Rio de Janeiro: Estadão, 1974.

RUGENDAS, Johann Moritz. **Aldea des Tapuyas**. França, 1835. 1 pintura.

RYAN, K. J. ; RAY, C. G.,. **Sherris Medical Microbiology**. Estados Unidos: McGraw Hill, 2004.

SÁ, Luís. **Bacilo da tuberculose**. Niterói, 1970. 1 fotografia.

SAHAGÚN, Bernardino. **O Códice Florentino**. Livro XII: A conquista da América. Espanha, 1577.

SALLES, Catherine. **Nos submundos da Antiguidade**. São Paulo: Ed. Brasiliense., 1982.

SALLMAN, Jean-Michel. **As bruxas: noivas de satã**. Ed. Objetiva. Rio de Janeiro, 2002.

SANCHES, Antônio Nunes Ribeiro. **Tratado da conservação da saúde dos povos**. Lisboa: Universidade da Beira Interior (Covilhã), 1757.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços**: Revista do programa de pós-graduação em história da UFSC, Santa Catarina, v. 13, ed. 16, p. 11-33, 23 out. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>. Acesso: 21/02/2021 às 17:56.

SANOFI PASTEUR. **Vacina DPT**. Canadá: Connaught Laboratories, 1959. 1 fotografia.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1977.

SANTOS, Iris Almeida dos; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos. **Revista Bioethikos**, São Camilo, v. 8, ed. 2, p. 174-185, 14 fev. 2014. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/155563/A05.pdf>Acesso: 17/03/2021 às 23:05.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. Um século de cólera: itinerário do medo. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 4, ed. 1, p. 79-110, 1 jan. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/C8D4T9Md38yvCpNrKTN8wmn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 27/02/2021 às 13:59.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. **Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento**. Rev. Brasileira de Estudos de População. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982008000100010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso: 23/03/2021 às 19:12.

SANTOS, Vanessa dos Anjos dos; MARTINS, Liziane. Abordagens de saúde em duas coleções de livros didáticos do ensino fundamental indicados pelo PNLD 2010. **Candombá**: Revista virtual, Salvador, v. 7, ed. 1, p. 85-98, 1 dez. 2011. Disponível em: <http://web.unijorge.edu.br/sites/candomba/pdf/artigos/2011/a2.pdf>. Acesso: 23/02/2021 às 13:12.

SÃO PAULO. Sec. de Saúde de Barueri. **Campanha de testagem do HIV**. São Paulo: Prefeitura de Barueri, 2018. Disponível em: < <https://portal.barueri.sp.gov.br/noticia/16082018-acao-extramuros-de-julho-realizou-mais-de-100-testes-rapidos>> Acesso: 26/10/2021 às 20:48.

SCHIVANI, Milton; SOUZA, Gustavo Fontoura de; LIRA, Natália. Programa Nacional do Livro Didático de Física: subsídios para pesquisas. **Revista Brasileira de Ensino: Produtos e Materiais Didáticos**, Natal, v. 42, ed. 11, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbef/a/4sqHgYCbGZP4tYNZXMYNV4B/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 03/03/2021 às 19:52.

SCHLEMPER JUNIOR, Bruno Rodolfo; DALL'OGGIO, Ana Claudia. **A pandemia de influenza espanhola (1918) em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 40, n. 3, de 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/888.pdf>> Acesso: 25/03/2021 às 20:17.

SCHMIDT, Werner Hans. **Selo dos 100 anos do Prêmio Nobel – Robert Koch**. Alemanha, 2005. 1 gravura.

SCHNEIDER, Catarina Menezes. O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de São Paulo. **RECIIS: Revista eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Minas Gerais, v. 9, ed. 4, p. 1-13, 1 out. 2015. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/995/1995> Acesso: 14/03/2021 às 12:49.

SCLIAR, Moacir. O nascimento da saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**: Fato Histórico, São Paulo, n. 21, p. 87-88, 1 abr/out. 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/kDw45s4PtzzfWBr8LW3R5JK/?lang=en&format=pdf>
Acesso: 01/3/2021 às 01:24.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (São Paulo). BEPA. Escarlatina: orientações para surtos. Informe Técnico. **Escarlatina**: orientações para surtos, São Paulo: CVE, ano 2007, v. 1, n. 1, p. 1-17, 13 mar. 2007. Disponível em: < http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722007001000003&lng=pt&nrm=iso> Acesso: 23/03/2021 às 12:26.

SEHDEV, Paul S.; MACKOWIAK, Philip A. A Origem da Quarentena. **Clinical Infectious Diseases**, Reino Unido, v. 35, ed. 9, p. 1071-1072, 1 nov. 2002. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/35/9/1071/330421>. Acesso: 01/02/2021 às 23:10.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPROA. **Tratado de leprologia**. (Org.) Ernani Agricola. Rio de Janeiro: SNL, 1950.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L.D. Epidemiologia e antropologia médica: a interdisciplinaridade possível. in: ALVES, P.C. et al. (org.). **Antropologia e saúde. Traçando identidade e explorando fronteira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

SILVA, Diego Sá Guimarães da; CÂMARA, Cibele Nazaré da Silva. Poliomielite no Brasil: histórico e inclusão no mercado de trabalho. **EFDeportes**: Lecturas: Educación Física y Deportes, Buenos Aires, ano 16, n. 156, 1 maio 2011. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd156/poliomielite-no-brasil-historico-e-inclusao.htm>. Acesso: 21/10/2021 às 20:13.

SILVA, Gonçalo Ferreira da. **Sabin, vida e obra**. Rio de Janeiro: ABLC, 2005.

SILVA, João José da. **Colera-morbus**: sua sede, natureza e tratamento: será contagiosa? Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1857.

SILVA, José Lourenço Pereira. **A peste em Atenas: lições para os tempos de pandemia de Covid-19.** Voluntas, vol. 11. Santa Maria, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/voluntas/article/viewFile/47977/pdf>> acesso: 03/11/2021 às 17:38.

SILVA, Leicy Francisca da. “O refúgio dos rejeitados”: literatura e lepra em Goiás. In: **Uma história brasileira das doenças, vol. 6.** (Org.) FRANCO, Sebastião Pimentel, et al. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

SILVA, Leicy Francisca da. **História da Lepra ou da Hanseníase?** O problema da terminologia na história da doença. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. ANPUH. São Paulo, jul/2011. Disponível em: < http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1298924135_ARQUIVO_lepraouhanseniose-anpuhSaoPaulo-LeicyFranciscadaSilva.pdf> Acesso: 20/03/2021 às 13:20.

SILVA, Maria de L. V. A Poliomielite. In: NASCIMENTO, Dilene R. **Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação.** Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2004.

SILVEIRA, Anny J. T.; MARQUES, Rita de C.; PIMENTA, Denise Nacif. **A pandemia de covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente.** Coleção História do Tempo Presente: Vol. III. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/documento/pandemia-de-covid-19-intersecoes-e-desafios-para-historia-da-saude-e-do-tempo-presente>> Acesso: 24/03/2021 às 01:17.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (orgs.). **Uma história brasileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A medicina e a influenza espanhola de 1918. **Tempo:** Dossiê: História e Saúde, Rio de Janeiro, n. 19, p. 91-105, 1 abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/NKD7ySCGFvVHcsMWWVb5cQH/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 03/10/2021 às 14:47.

SMITHSONIAN. National Museum of Natural History. **Surto: Epidemias em uma exposição digital de mundo conectado**. Washington, 2021. Disponível em: <<https://naturalhistory.si.edu/exhibits/outbreak/digital-exhibit>> Acesso: 22/10/2021 às 15:17.

SOARES, J. B.; SOUZA, W. de O. **Memorial do PNL D: Elaboração, Natureza e Funcionalidade**. In: Anais eletrônicos da XIX Semana de Humanidades. Natal, 2011.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUSA, Marta Caires; GUIMARÃES, Ana Paula Miranda; AMANTES, Amanda. A Saúde nos Documentos Curriculares Oficiais para o Ensino de Ciências: da Lei de Diretrizes e Bases da Educação à Base Nacional Comum Curricular. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, Bahia, n. 19, p. 129-153, 1 jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbpec/article/view/4918>.

SOUSTELLE, Jacques. **A Civilização Asteca**; tradução de Maria Julia Goldwasser – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2002.

SOUZA, Carinne. **Nova variante do coronavírus é descoberta por cientistas no Brasil**. Brasília: Correio Braziliense, 2021. Disponível em: < <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/03/4911601-nova-variante-do-coronavirus-e-descoberta-por-cientistas-no-brasil.html>> Acesso: 24/03/2021 às 23:53.

SOUZA, Laura de Mello e. **O diabo e a Terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil Colonial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova**, Fundação Oswaldo Cruz, Far-Manguinhos, v. 28, ed. 4, p. 618-682, 17 fev. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/6QZRwvrRDb4qLX3zjzQyJRB/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 26/10/2021 às 11:47.

STABELINI, Thaysa Lauara Loilola; BOVCALOVSKI, Etiane Caloy. Políticas Públicas, Medicina e Lepra na Primeira República Brasileira: (1889-1930). **Temporalidades**: Revista

discente do PPGH da UFMG, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, ed. 22, 1 set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/5801/pdf> Acesso: 22/03/2021 às 17:49.

STADEN, H. **Duas viagens ao Brasil**. Porto Alegre: L&PM, 2010.

STRÖHER, Carlos Eduardo; MONTEIRO, Franciele de Souza. **As políticas do PNLD e as escolhas dos livros didáticos pelos professores de história**. Revista História Hoje, Vol. 7. ANPUH. Rio de Janeiro, 2018.

STÜLP, Camille Bertha; MANSUR, Samira Schultz. **O estudo de Claudio Galeno como fonte de conhecimento da anatomia humana**. Khronos, Revista de História da Ciência, nº 7, pp. 153-169. 2019. Disponível em <<http://revistas.usp.br/khronos>>. Acesso: 26/02/2021 às 17:35.

TANCREDI, Mariza Vono. Prevalência de sarcoma de Kaposi em pacientes com aids e fatores associados: São Paulo-SP, 2003-2010. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 26, ed. 2, p. 379-387, 1 abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/v6G4BMCLXcFj5XxYMntJnDh/?lang=pt&format=pdf> Acesso: 24/03/2021 às 19:20.

TANEN, David. **Intermação**. Kenilworth: MSD, 2016. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/doen%C3%A7as-por-alor/interma%C3%A7%C3%A3o> > Acesso: 23/03/2021 às 13:48.

TARCHIS, J. **Father of Modern Anatomy – Andreas Vesalius**. New York: The Dias Press, 1950.

TAVARES, Fernando Neto. O início do fim da poliomielite: 60 anos do desenvolvimento da vacina. **Revista Pan-Amaz de Saúde**, Ananindeua, v. 6, ed. 3, p. 9-11, 1 set. 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v6n3/v6n3a01.pdf> Acesso: 17/03/2021 às 23:15.

TELAROLLI JR, Rodolfo. **Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social**. São Paulo: Ed. Moderna, 2ª ed, 2003.

TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **História da aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Depto. de DST AIDS e Hepatites virais, 2015.

TURCO, Cláudia Santos; PAIVA, Eduardo Nazareth. A febre amarela no Rio de Janeiro: história, ciência e literatura. In: PEREIRA, Denise; et al. **História: diálogos contemporâneos**. Paraná: Atena Editora, 2018.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Editora Contexto, 2012.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias: a convivência do homem com os micro-organismos**. Rio de Janeiro: SENAC Rio Editora, 2003.

UOL. **Representação do Bacilo de Kosh**. São Paulo, 2021. Disponível em: < <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/05/05/tosse-persistente-febre-e-sudo-rese-noturna-podem-ser-sinal-de-tuberculose.htm>> Acesso: 26/10/2021 às 23:07. 1. fotografia.

US GOV. **AZT**. Washington: National Institutes of Health, 1987.

US NEWS FOTO. **Manifestação e protesto dos 10 anos da Aids**. Washington: US News, 1991. 1 fotografia.

USP. **Teste da Vacina do HIV. USP busca voluntários para testar a vacina contra HIV**. São Paulo: Ed. USP, 2021. Disponível em: < <https://saude.ig.com.br/2020-12-03/usp-busca-voluntarios-para-testar-vacina-contr-hiv.html>> Acesso: 26/10/2021 às 22:17. 1 fotografia.

VARELLA, Drauzio. **Sífilis**. Momento Viva Saúde. Drogaria Pacheco, 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=S3GSsSFw1Qs&t=31s&ab_channel=DrogariasPacheco Acesso: 24/11/2021 às 20:01.

VASCONCELLOS, Simão. **Chronicas da Companhia de Jesu do Estado do Brasil**. Lisboa: Typographia do Panorama, 1865. Disponível em: < <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/242811>> Acesso: 22/02/2021 às 01:47.

VIGARELLO, Georges. **O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Fragmentos. 1985.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial: (1677 - 1808)**. Orientador: Prof. Dr. Jean Marcel Carvalho França. 2012. 179 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf Acesso: 22/02/2021 às 16:02.

VITAL, André Vasques; HOCHMAN, Gilberto. Da malária e da ‘corrupção’: medicina e saberes locais no noroeste do Brasil (Comissão Rondon, 1907-1915). **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 8, n. 1, p. 77-94, jan/abr. 2013. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25351> > Acesso: 12/03/2021 às 15:24.

WAFER, Lionel. **Flebotomia**. Londres, 1699. 1 gravura.

William I. W., Influenza: the last great plague, op. cit.; Edwin Kilbourne, “Influenza”, Ricardo Veronesi (Org.), Doenças infecciosas e parasitárias, 8^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

WORD FINDER. **Quinsy**. Your Dictionary. Estados Unidos, 2021. Disponível em: < <https://www.yourdictionary.com/> > Acesso: 22/03/2021 às 23:29.

YAMAMOTO, Renato Minoru. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.