

volume

26/1

Dezembro/2020

ICH - UFPel



História em revista

revista do núcleo de documentação histórica

dossiê: História da Saúde, das Doenças e da Assistência

Esta é a primeira de uma coleção de primeira especialidades em duas especialidades em para casamentos, baptizara casamentos, sudos e banquetes. É usada e banquetes, unica depositaria da aliancia depositaria da moda Guarana Espumantada Guarana Espumante e do excelente chow-chow e do excelente leite Laeta, fabricados na Laeta, fabricados S. Paulo pelos Srs. Zos, Paulo pelos Srs. Netto, Loureiro & Capotta, Loureiro & J. Conditaria Brasileira, Conditaria Brasileira.



Hist. Rev. Pelotas Número 26/1 p.1-402 dez. 2020

ISSN 2596-2876





**Obra publicada pela
Universidade Federal
de Pelotas**

Reitor

Pedro Rodrigues Curi Hallal

Vice-Reitor

Luis Isaías Centeno do Amaral

Direção de Gabinetes da Reitoria

Taís Ullrich Fonseca

Pró-Reitora de Ensino

Maria de Fátima Cóssio

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Flávio Fernando Demarco

Pró-Reitora de Extensão e Cultura

Francisca Ferreira Michelon

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis

Mário Renato de Azevedo Jr.

Pró-Reitor Administrativo

Ricardo Hartlebem Peter

Pró-Reitor de Gestão da Informação e Comunicação

Julio Carlos Balzano de Mattos

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento

Otávio Martins Peres

Pró-Reitor de Gestão de Pessoas

Sérgio Batista Christino

Editora e Gráfica Universitária - Conselho Editorial

Pres. do Conselho Editorial: João Luis Pereira
Ourique

Repr. das Engenharias e Computação: Darci Alberto
Gatto

Repr. das Ciências Biológicas: Flávio Roberto Mello
Garcia e Marines Garcia (suplente)

Repr. das Ciências da Saúde: Francisco Augusto
Burkert Del Pino e Claiton Leoneti Lencina
(suplente)

Repr. das Ciências Agrônômicas: Cesar Valmor
Rombaldi, Guilherme Albuquerque de Oliveira
Cavalcanti (suplente) e Fabrício de Vargas
Arigony Braga (suplente)

Repr. das Ciências Humanas: Márcia Alves da Silva
e Cláudio Baptista Carle (suplente)

Repr. das Ciências Sociais Aplicadas: Carla Rodrigues
Gastaud

Repr. das Linguagens e Artes: Josias Pereira da Silva
e Eleonora Campos da Motta Santos (suplente)

Instituto de Ciências Humanas

Diretor: Prof. Dr. Sebastião Peres

Vice-Diretora: Profa. Dra. Andréa Lacerda
Bachettini

*Núcleo de Documentação História da UFPel – Profa.
Beatriz Ana Loner*

Coordenadora:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Membros do NDH:

Profª Dra. Lorena Almeida Gill

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes

Técnico Administrativo:

Paulo Luiz Crizel Koschier

História em Revista – Publicação do Núcleo de Documentação Histórica

Comissão Editorial:

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes
Prof^a Dra. Lorena Almeida Gill

Conselho Editorial:

Prof^a Dra. Helga I. Landgraf Piccolo (UFRGS)
Prof. Dr. René Gertz (UFRGS) (PUCRS)
Prof. Dr. Temístocles A. C. Cezar (UFRGS)
Prof^a. Dra. Beatriz Teixeira Weber (UFSM)
Prof^a. Dra. Maria Cecília V. e Cruz (UFBA)
Prof. Dr. Marcelo Badaró Mattos (UFF)
Prof^a. Dra. Joan Bak (Univ. Richmond – USA)
Prof. PhD Pablo Alejandro Pozzi (Universidad de Buenos Aires).
Prof. Tommaso Detti (Università Degli Studi di Siena)

Editores: Angela Beatriz Pomatti, Éverton Reis Quevedo, Véra Lucia Maciel Barroso

Editoração e Capa: Paulo Luiz Crizel Koschier

Imagem da capa: Théobald Chartran(1849-1907) Laennec, no Hospital Necker, ausculta um tísico na frente de seus alunos (1816) (1889), mural, Salle Péristoryle da Sorbonne.

Pareceristas ad hoc: Marcelo Vianna (IFRS) | Luciana da Costa de Oliveira (UNISINOS) | Cristiano Enrique de Brum (PUCRS) | Ana Paula Korndorfer (UNISINOS) | Marlise Maria Giovanaz (UFRGS) | Ana Celina Figueira da Silva (UFRGS) | Joana Carolina Schossler (UNICAMP) | Danielle Heberle Viegas (UNILASALLE) | Micaele Irene Scheer (UFRGS) | Zingaro Homem de Medeiros (UFRGS) | Aristeu Elisandro Machado Lopes (UFPel) | Eduarda Borges (UFRGS) | Marcia

Regina Bertotto (UFRGS) | João Gabriel Toledo Medeiros (UNISINOS) | Rodrigo de Azevedo Weimer (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Jonas Moreira Vargas (UFPel) | Clarissa de Lourdes Sommer Alves (Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul) | Regina Célia Lima Xavier (UFRGS) | Leonardo de Oliveira Conedera (UDESC) | Beatriz Teixeira Weber (UFSM).

Editora e Gráfica Universitária

R Lobo da Costa, 447 – Pelotas, RS – CEP 96010-150 | Fone/fax: (53)3227 8411
e-mail: editora@ufpel.edu.br

Edição: 2020/2

ISSN – 2596-2876

Indexada pelas bases de dados: Worldcat Online
Computer Library Center | Latindex | Livre: Revistas de Livre Acesso | International Standard Serial Number | Worldcat | Wizdom.ai | Zeitschriften Datenbank

UFPel/NDH/Instituto de Ciências Humanas

Rua Cel. Alberto Rosa, 154 - Pelotas/RS - CEP: 96010-770

Fone: (53) 3284 3208 -

<http://wp.ufpel.edu.br/ndh/>

e-mail: ndh.ufpel@gmail.com

*** obra publicada em janeiro de 2021.**



Dados de catalogação na fonte:

Aydê Andrade de Oliveira - CRB - 10/864

História em revista / publicação do Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.
v.26/1, (dez. 2020). – Pelotas: Editora da UFPel, 2020.

1v.

Semestral

ISSN 2596-2876

1. História - Periódicos. I. Núcleo de Documentação Histórica.
Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Pelotas.

CDD 930.005

Os textos contidos neste volume são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores. Salvo informação explícita em contrário, o(a)(s) autor(a) (es) respondem pelas informações textuais e imagéticas contidas no presente volume. O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada artigo é de inteira e exclusiva responsabilidade dos mesmos.

SUMÁRIO

DOSSIÊ: HISTÓRIA DA SAÚDE, DAS DOENÇAS E DA ASSISTÊNCIA

APRESENTAÇÃO

INTRODUCTION

ANGELA BEATRIZ POMATTI, ÉVERTON REIS QUEVEDO, VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO 8

SAÚDE TEM HISTÓRIA 12

ENTRE DIFERENÇAS E SIMILARIDADES: UM ESTUDO COMPARATIVO A RESPEITO DOS OLHARES SOBRE A “SAÚDE” E A “DOENÇA” EM “MANUAIS DE MEDICINA POPULAR”, HOMEOPÁTICOS E ALOPÁTICOS, DE FINAIS DO OITOCENTOS 13
ANDRÉ PORTELA DO AMARAL

CIRCULACIÓN, PRÁCTICAS Y MEDICINA POPULAR. EM REFLEXIÓN SOBRE EL CURANDERISMO EM EL SIGLO XIX ARGENTINO 32
ASTRID DAHHUR

“O EXERCÍCIO DE CURAR SUPÕE O HÁBITO E COSTUME DE O FAZER”: BOTICAS E BOTICÁRIOS NO OITOCENTOS NO BRASIL MERIDIONAL 45
PAULO STAUDT MOREIRA E NIKELÉN ACOSTA WITTER

SOBRE AS VIRTUDES MEDICINAIS DOS INSETOS NA OBRA *PARAGUAY NATURAL ILUSTRADO* DE JOSÉ SÁNCHEZ LABRADOR S. J. (1776-1776) 67
ELLANE CRISTINA DECKMANN FLECK

DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS À ENGENHARIA DE TECIDOS: A HISTÓRIA QUE TEM REVOLUCIONADO A MEDICINA E SALVADO VIDAS 90
LAURA SCHÄFER E MARIA HELENA ITAQUI LOPES

DOENÇAS E HISTÓRIAS 105

AS DOENÇAS E O ATENDIMENTO AOS ENFERMOS NOS PRIMÓRDIOS DA OCUPAÇÃO DO CONTINENTE DE SÃO PEDRO (SÉCULO XVIII) 106
ROGÉRIO MACHADO DE CARVALHO

“MUI SEÑOR MIO, DESPUES DE HAUER RECONOZIDO LAS MEDIZINAS, PARESE QUE HA ENCONTRADO DE MENOS TODO LO QUE PARESE SU PAPEL”: UM ESTUDO SOBRE OS TUMORES NO PARAGUAI COLONIAL (SÉC. XVII-XVIII) 124
BERNARDO TERNUS DE ABREU

O FENÔMENO IMIGRATÓRIO E O CONTROLE DO TRACOMA: REPERCUSSÕES DA DOENÇA 146
LEONOR C. BAPTISTA SCHWARTSMANN

PÁGINAS DE UM SABER MÉDICO: A PRESENÇA DA TUBERCULOSE EM TRABALHOS PUBLICADOS NO ARCHIVOS RIO-GRANDENSES DE MEDICINA	163
<i>BRUNO CHEPP DA ROSA</i>	
CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EXPOSIÇÃO “GRIPE ESPANHOLA: A MARCHA DA EPIDEMIA” DO MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL	186
<i>ANGELA BEATRIZ POMATTI E GLÁUCIA G. LIXINSKI DE LIMA KULZER</i>	
HISTÓRIA, MEMÓRIA E COMPORTAMENTOS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID-19	
<i>JANETE ABRÃO</i>	209
“SINTO FALTA DE ABRAÇOS”: OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA VIDA COTIDIANA DOS ALUNOS E ALUNAS DA UFPel	
<i>QUEZIA GALARCA DE OLIVEIRA, MILENA DA SILVA LANGHANZ E LORENA ALMEIDA GILL</i>	230
INSTITUIÇÕES E ASSISTÊNCIA: TRAJETÓRIAS	240
A SUPERLOTAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: IMPLICAÇÕES NA INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS ENTRE OS ANOS DE 1932 E 1937 (PORTO ALEGRE/RS)	
<i>LISIANE RIBAS CRUZ</i>	241
ESTIGMA DA LEPROSA: O MANEQUIM LÁZARO NA EXPOSIÇÃO DO MEMORIAL DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ	
<i>HELENA THOMASSIM MEDEIROS, JULIANE CONCEIÇÃO PRIMON SERRES E DIEGO LEMOS RIBEIRO</i>	258
A ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR MODERNA E A (RE) PRODUÇÃO DO VIVER SOCIAL NO HOSPITAL MIGUEL COUTO EM NATAL (1927-1955)	
<i>ANDRÉ MOTA E RODRIGO OTÁVIO DA SILVA</i>	276
A MATERNIDADE DO RIO DE JANEIRO: HISTÓRIA, ENSINO E ASSISTÊNCIA NO RIO DE JANEIRO	
<i>CAROLINE PEREIRA DAMIN PRITSIVELIS, ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO, ANTONIO CARLOS JUCA DE SAMPAIO, JORGE FONTE DE REZENDE FILHO E JOFFRE AMIM JUNIOR</i>	299
CENTROS DE SAÚDE E POSTOS DE HIGIENE: NOVAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARA NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS (RIO GRANDE DO SUL, 1928-1945)	
<i>GABRIELLE WERENICZ ALVES</i>	312
CUIDAR DE POBRES DOENTES NAS MEMÓRIAS DE ENFERMEIRAS RELIGIOSAS NA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (1956-1973)	
<i>VÉRA LUCIA MACIEL BARROSO</i>	332

ARTIGOS LIVRES

ENTRE COIMBRA E VILA DO PRÍNCIPE: A ATUAÇÃO DO PADRE DR. MANUEL JOSÉ DA
FONSECA BRANDÃO NA PARÓQUIA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, COMARCA DO
SERRO DO FRIO, MINAS GERAIS, 1778 A 1797

347

DANILO ARNALDO BRISKIEVICZ

348

MODELOS DE ESPACIALIDADE NA HISTÓRIA E NA GEOGRAFIA – UMA COMPARAÇÃO
ENTRE A HISTÓRIA LOCAL FRANCESA E A REPRESENTAÇÃO DO ESPAÇO NAS GERAÇÕES
SUBSEQUENTES

JOSÉ D'ASSUNÇÃO BARROS

369

(RE)ESCRITURAS NEGRAS EM PÁGINAS BRANCAS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DO PROCESSO
DE PATRIMONIALIZAÇÃO DA SERRA DA BARRIGA

388

RAYANNE MATIAS VILLARINHO E ANA MARÍA SOSA GONZÁLEZ

HISTÓRIA, MEMÓRIA E COMPORTAMENTOS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID-19

HISTORY, MEMORY AND SOCIAL BEHAVIOURS IN TIMES OF COVID-19

Janete Abrão¹

Resumo: Este estudo centra-se na análise dos comportamentos sociais relacionados à Covid-19, dentre outros aspectos, a partir do método histórico-comparativo e desde a perspectiva da História do Tempo Presente. O intuito é oferecer uma reflexão sobre a pertinência da dimensão histórica e da memória coletiva no estudo das epidemias e pandemias. A perspectiva comparada proposta parte das narrativas históricas sobre os comportamentos sociais durante a gripe de 1918-1919, a cólera (século XIX) e a peste bubônica (séculos XIV-XVIII), dentre outras epidemias e pandemias, e os contrasta com os comportamentos que foram evidenciados com a Covid-19 no momento estritamente presente de um processo em curso.

Palavras-chave: Covid-19. Gripe Espanhola. História das Epidemias. Comportamentos Sociais.

Abstract: This study focuses on the analysis of the social behaviours related to Covid-19, among other aspects, from the historical-comparative method and from the perspective of the History of the Present Time. The aim is to offer a reflection on the relevance of the historical dimension and collective memory in the study of epidemics and pandemics. The comparative perspective proposed starts from the historical narratives about the social behaviours during the 1918-1919 flu, cholera (19th century) and bubonic plague (XVI-XVIII centuries), among other epidemics and pandemics, and contrasts them with the behaviours that were evidenced with the Covid-19 at the strictly present moment of an ongoing process.

Keywords: Covid-19. Spanish flu. History of Epidemics. Social Behaviours.

Introdução

“É necessário recuperar, manter e transmitir a memória histórica, porque se começa no esquecimento e se termina na indiferença”
(José Saramago).

A história das epidemias e pandemias pode contribuir para uma melhor compreensão da Covid-19? De que maneira as sociedades do passado se comportaram diante das epidemias? Que erros foram cometidos que não deveríamos reincidir? Por que as epidemias e as pandemias estão, em grande medida, ausentes da memória coletiva² e da história nacional? Estes e outros questionamentos suscitaram o desenvolvimento deste estudo cujo objetivo é analisar os comportamentos sociais relacionados à Covid-19, a partir do método histórico-comparativo e desde a perspectiva da História do Tempo Presente³, entendendo-se assim o histórico como uma dimensão inevitável do existente e

¹ Instituto Universitario de Investigación en Estudios Latinoamericanos (IELAT), Universidad de Alcalá de Henares (UAH). E-mail: janete.abrao@gmail.com

² Cabe aqui distinguir entre a memória difusa de uma sociedade (memória social) e a memória delimitada e atualizada de um grupo humano (memória coletiva), ainda que toda memória seja social. Sobre este assunto ver: (CUESTA, 2008).

³ Esta opção pelo presente não significa um esquecimento ou negligência das outras dimensões de tempo, senão a busca

não somente do que existiu (ARÓSTEGUI, 1998). Por que centrar a investigação no estudo dos comportamentos sociais? Em tempos de epidemia um dos principais determinantes do resultado é como as pessoas respondem a ela. Na Covid-19, assim como em outras enfermidades infectocontagiosas do passado, as principais recomendações para prevenir a disseminação da doença têm sido principalmente comportamentais: a higiene das mãos, o distanciamento físico⁴ e o auto-isolamento.

Considera-se que é relevante conhecer o passado para saber o que foi feito (e o que não foi feito) para reverter os surtos anteriores, pois não é suficiente olharmos apenas para o futuro para encontrarmos as respostas à pandemia atual ou a outros flagelos no porvir. Da mesma forma, é indispensável uma reflexão sobre a realidade que nos abarca (sobre o presente), visto que uma sociedade duramente golpeada por uma enfermidade apresenta uma oportunidade para estudar a natureza humana, os valores, os hábitos e os costumes, as instituições, a política e a economia, a forma de organização social, a memória social e coletiva, os conhecimentos médicos e científicos, e a própria compreensão de mundo.

A perspectiva comparada proposta parte das narrativas históricas sobre os comportamentos sociais durante a gripe de 1918-1919, a cólera (século XIX) e a peste bubônica (séculos XIV-XVIII), e os contrasta com os comportamentos que foram evidenciados com a Covid-19 na conjuntura atual, ou seja, de fins de dezembro de 2019 a meados de dezembro de 2020. As pandemias em questão se situam em contextos econômicos, políticos, sociais e tecnológicos diferentes, mas há semelhanças entre elas. Em todas elas, milhões de pessoas foram vitimadas, especialmente os setores menos favorecidos da sociedade, houve a desestruturação do cotidiano, com a suspensão das cerimônias fúnebres; a imperativa necessidade do distanciamento físico e a paralisação das atividades produtivas, educacionais, de ócio e culturais, entre outras similaridades (e diferenças de intensidade).

O emprego da perspectiva comparada, por sua vez, corresponde às necessidades de análise do objeto em estudo, visto que este método pode ser utilizado para aqueles fenômenos que transcendem as fronteiras de um único sistema social, já que as unidades de comparação não têm por que ficarem sujeitas a unidades geográficas. Assim sendo, as comparações podem ser realizadas entre sistemas sociais ou entre etapas cronológicas diferentes do desenvolvimento de uma mesma unidade. Em outras palavras, as comparações podem compreender tanto as sociedades antigas quanto as contemporâneas e coetâneas, “as simples e as complexas, colocando em perspectiva as singularidades, as repetições, o tempo e o espaço” (THEML; BUSTAMANTE, 2007, p. 11; DETIENNE, 2001). Em síntese, como bem afirmou o historiador Clive Emsley: “Toda história é história comparada; já que sem recorrer ao método comparado, a relação entre o único e o geral nunca poderia ser conhecida e a história, enquanto disciplina, seria impossível” (1984, IX).

por uma análise adequada do objeto de estudo mediante uma concepção interdependente, complementar e dialógica entre passado-presente-futuro, mas desde o presente.

⁴O uso do termo “distanciamento social” poderia implicar que os indivíduos necessitam cortar as relações sociais significativas. Assim que, neste texto, opta-se pela expressão “distanciamento físico”, porque permite que a conexão seja possível, inclusive quando as pessoas estão fisicamente separadas.

Com relação às fontes serão utilizadas tanto fontes primárias como secundárias, dentre elas, declarações, dados e informações da Organização Mundial da Saúde (OMS); artigos de jornais, de revistas científicas, bem como os dados estatísticos relativos à morbidade e à mortalidade por países, regiões e cidades da web *Worldometer*, a literatura biomédica da base de dados *PubMed/Medline*, e obras que tratam da história das epidemias e pandemias.

Por fim, sem pretender esgotar a discussão sobre um processo em curso, este estudo propõe um diálogo transdisciplinar, principalmente entre a História e a Antropologia Médica, e tem por base obras e análises de autores como Frank Snowden, Leiser Madanes, David Harvey, Jean-Charles Sournia, Jacques Ruffie, José Esparza, dentre outros.

A Covid-19, a Gripe de 1918-1919 e outras pandemias que as antecederam: similitudes e diferenças

Em primeiro lugar, cabe ressaltar algumas diferenças importantes como, por exemplo, que a Covid-19 e a Gripe de 1918-1919 provêm de famílias de vírus diferentes, e que cada um dos agentes infecciosos tem a sua história. A gripe “espanhola” tem como agente etiológico o vírus H1N1, tipo A. O agente infeccioso, no caso da Covid-19, é um coronavírus, o *SARS-CoV-2* (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2*). Os perfis clínicos (sintomas, diagnóstico, tratamento), dentre outros aspectos, não são os mesmos. Uma diferença marcante é que o *SARS-CoV-2* pode permanecer oculto em um número elevado de pessoas (entre 50% e 70%), de maneira que se dissemina livremente, pois os indivíduos infectados são assintomáticos, isto é, não apresentam sintomas. Além disso, segundo o virologista Luis Enjuanes, “o vírus pode infectar praticamente todos os tecidos do corpo humano” (ENLACE, setembro 2020, p. 12).

Outra diferença é que o vírus da gripe H1N1 só foi identificado em 1933.⁵ Portanto, se desconhecia o agente patógeno em 1918, ao passo que o novo coronavírus foi identificado, aproximadamente, uma semana após a detecção da enfermidade e, onze dias depois, foi publicada a primeira sequência do genoma do vírus pelas autoridades sanitárias chinesas, especificamente, em 10 de janeiro de 2020 (OMS, *Timeline*, 2020). Portanto, na atualidade, existe uma tecnologia laboratorial sofisticada, um sistema promissor de engenharia genética e o importante desenvolvimento da biologia molecular, principalmente nos países desenvolvidos.

As duas pandemias situam-se em dois contextos históricos diferenciados, ainda que ambas se inserem no que se denomina processo de globalização econômica. Contudo, há matizes e intensidades nesse processo, pois desde os anos 1970 evidencia-se a universalização, de maneira exponencial, do intercâmbio de indivíduos, de mercadorias, de animais e, também, de elementos patógenos. No caso da Gripe de 1918-1919, o vírus foi propagado, principalmente, mediante o traslado de tropas e de civis (trabalhadores em sua maioria) *para e dos* territórios envolvidos na

⁵A origem viral da gripe foi demonstrada, em 1931, por Richard Shope para o porco e, em 1933, para os humanos, pelos cientistas britânicos Wilson Smith, Patrick Laidlaw e Christopher Andrews, do *Medical Research Council*. Em 1940, pela primeira vez, se pôde observar o vírus em um microscópio eletrônico (KILBOURNE, 2006).

Primeira Guerra Mundial através dos transportes marítimos e ferroviários. É pertinente destacar as precárias e preexistentes condições sociopolíticas, sanitárias e existenciais (TAUBENBERGER; MORENS, 2006; ABRÃO, 1998).

No que se refere à Covid-19, a sua propagação ocorreu, inicialmente e de forma vertiginosa, mediante as viagens internacionais, nacionais e intermunicipais, e através das migrações econômicas forçadas. As epidemias e pandemias de *Influenza* ocorreram em épocas marcadas por conflitos bélicos ou próximas a conjunturas beligerantes, como a Primeira Guerra Mundial (Gripe de 1918-1919), Guerra da Coreia (Gripe Asiática, 1957-58), Guerra do Vietnã (Gripe de Hong Kong, 1968-69) e ocupação soviética do Afeganistão (Gripe Russa, 1978) (CANTARINO DA COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, p.14), em um contexto de industrialização crescente e urbanização descontrolada (com precária organização higiênica ou de moradia). Já a Covid-19 se situa em uma época de hegemonia do capitalismo financeiro de orientação neoliberal, com suas crises sociais, ambientais, econômicas; em que os governos que representam tal sistema, adotaram políticas de austeridade ou de recessão que promoveram, faz mais de uma década, draconianos recortes nos investimentos em saúde, em investigação científica e nas demais políticas públicas. Uma época de uma vasta e profunda precarização do trabalho e da mercantilização da vida em sociedade, especialmente intensificada nos últimos vinte anos. Neste sentido, foram vulnerabilidades criadas na conjuntura preexistente e durante a Guerra de 1914, como durante as décadas de hegemonia do capitalismo neoliberal, que favoreceram senão o surgimento, a propagação de ambas. Como afirma, com muita propriedade, o professor de Yale, Frank Snowden, “todas as sociedades criam as suas vulnerabilidades” que são exploradas pelas doenças. Um exemplo é a pandemia de cólera ocorrida no século XIX, resultado da industrialização e de uma urbanização caótica, isto é,

de um entorno construído, que se edificou de modo catastrófico devido a grupos de gente que chegavam com grande afluência às cidades mais importantes de todo o mundo industrial sem nenhuma organização higiênica ou de moradia. Em cidades como Nápoles ou Paris havia populosos bairros populares com gente que vivia – nove ou dez pessoas em habitações reduzidas – sem medidas de higiene no que se refere aos serviços básicos de esgoto e água. E, portanto, uma enfermidade que se transmitia por via oral-fecal se adaptou ao meio e se aproveitou totalmente dessas condições. O tifo e a cólera asiática, penso eu, são enfermidades ajustadas às condições da industrialização e, nesse sentido, colocam diante um espelho à globalização (SNOWDEN, 2020).

Com relação à Covid-19, quais seriam as vulnerabilidades exploradas pelo coronavírus? Por um lado, vivemos num mundo de megacidades interconectadas por um sistema de transporte aéreo veloz, que é utilizado de forma massiva e sistemática, mas também mediante cruzeiros (turismo de massas) e trens de alta velocidade, com uma população mundial que alcança quase oito milhões de habitantes. Em efeito, a propagação de um agente infeccioso novo ou conhecido é inevitável sem medidas de prevenção, e pode ocorrer de forma vertiginosa.

Por outro lado, existe a falsa ideia de que os recursos naturais e o crescimento econômico são infinitos. Essa falácia, própria da ideologia eclética neoliberal e de um sistema econômico voraz – uma espécie de “*capitalismo zombi*”, nas palavras de Jorge Fernández Gonzalo (2011) —, gera grandes desequilíbrios nos ecossistemas, originando não só mudanças, mas crises ambientais e climáticas. Os seres humanos, cada vez mais, entram em contato com os reservatórios naturais de vírus,

comprometendo a biodiversidade (CARDINALE; DUFFY; GONZALEZ *et al*, 2012). Assim que, a destruição dos ecossistemas, o tráfico de espécies, os processos de intensificação pecuária (e a indústria da carne) e agrícola, a destruição de florestas e bosques, além da ocupação humana de áreas silvestres, aumentam notavelmente o risco do surgimento de novas enfermidades transmissíveis aos seres humanos (IPBES, 2020; JORDANO, 2020). Os surtos epidêmicos e as pandemias, nas últimas décadas, são em sua maioria de caráter zoonótico, isto é, enfermidades infecciosas que são transmitidas dos animais aos seres humanos, dentre as quais, pode-se mencionar: a Gripe Aviária (*H5N1*, 2003-2004), o *SARS-CoV* (Síndrome Respiratório Agudo Severo, 2002) a Gripe Porcina (*H1N1/09*, 2009), a *MERS-CoV* (Síndrome Respiratório do Oriente Médio, 2012), e o Ebola (1976; 2014-2016), a *AIDS* (HIV,1980-) e o *SARS-CoV-2*⁶ (ESPARZA, 2020).

No dia 8 de dezembro de 2019, na cidade de *Wuhan*, província chinesa de *Hubei*, funcionários da saúde começaram a constatar pacientes com sintomas associados a problemas respiratórios. Os sintomas incluíam febre, tosse, dificuldade para respirar e as radiografias de tórax evidenciaram lesões pulmonares bilaterais. A seguir, se descobre que a maioria dos pacientes esteve no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan, conhecido centro de vendas de aves, peixes, morcegos, serpentes e outros animais vivos e selvagens. Não obstante, segundo a virologista do Conselho Superior de Investigações Científicas (CSIC), Margarita del Val: “Talvez já estivesse na China há mais tempo, em áreas rurais, multiplicando-se e transmitindo-se em um nível baixo entre as pessoas (COPE, 2020).

Em 31 de dezembro, a Comissão Municipal de Saúde de Wuhan informou à Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre um grupo de 27 casos de pneumonia de etiologia desconhecida, incluindo sete casos graves. No dia seguinte, as autoridades sanitárias chinesas fecham o mercado de Wuhan que supostamente passou a ser o cenário da propagação massiva de um agente infeccioso ainda incógnito. No entanto, a 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram como agente causante um novo tipo de Coronavírus (*CoV*), supostamente devido a vetores como o morcego. Posteriormente, o novo vírus foi designado como *SARS-CoV-2*, cuja sequência genética foi enviada pelas autoridades sanitárias chinesas à OMS a partir de 11 de janeiro (COVID REFERENCE, 2020).

Um mês depois, a OMS anunciou que a enfermidade decorrente do vírus se denominaria Covid-19. O nome foi escolhido para evitar inexatidão e qualquer tipo de estigmatização, pois não se refere a uma localização geográfica, a um animal, a uma pessoa, nem a uma etnia ou cultura (OMS, *Timeline*, 2020). Uma definição acertada tendo em vista o que ocorreu com a pandemia de gripe de 1918-1919, na qual foi atribuída a origem da propagação à Espanha, de forma equivocada (ECHEVERRIA DÁVILA, 1993; SPINNEY, 2018). No início do mês de janeiro, foram diagnosticados casos da doença fora das fronteiras da China: na Tailândia, em Hong Kong, na Coreia do Sul, em Taiwan e no Nepal. Em fins deste mês, o vírus se propagou às demais províncias chinesas,

⁶Numerosos coronavírus foram descobertos nas aves de granja domésticas na década de 1930, e que causam enfermidades respiratórias, gastrointestinais, hepáticas e neurológicas em animais. Unicamente se conhecem sete coronavírus causantes de enfermidades nos seres humanos. <https://ipbes.net/>

assim como a Índia, Rússia, Alemanha, França, Espanha⁷, Suécia, Reino Unido, Austrália, Canadá, Japão, Singapura, Vietnã, Estados Unidos e Emirados Árabes Unidos confirmaram seus primeiros casos.

Em uma quarta-feira, 19 de fevereiro, no Estádio de São Siro, em Milão, o time de futebol de Atalanta, de Bérgamo, ganhou a partida final da Liga de Campeões contra a equipe espanhola do Valência frente aos 44.000 torcedores italianos e espanhóis. O transporte massivo de Bérgamo a Milão e o regresso, as horas de gritos das torcidas e a aglomeração em certos bares foram interpretados, por alguns espectadores, como uma verdadeira bomba biológica de coronavírus. No dia seguinte, um paciente, de 30 anos, ingressou na unidade de tratamentos intensivos no Hospital *Codogno*, na Lombardia, dando positivo por *SARS-CoV-2*. Durante as 24 horas seguintes, o número de casos notificados aumentou a 36, sem vínculos com o paciente ou casos positivos previamente identificados (El PAÍS, 25 de março de 2020). Era o suposto começo da epidemia na Itália e a mudança do epicentro da pandemia para a Europa.

Em 24 de fevereiro, alguns países da Ásia Ocidental, como Bahrain, Iraque, Kuwait, Afeganistão e Omã informam seus primeiros casos (COVID REFERENCE, 2020).

Na América Latina, o primeiro caso registrado ocorreu no Brasil, supostamente no dia 25 de fevereiro, quando um paciente, originário de São Paulo, deu positivo por *SARS-CoV-2*. Ele esteve em uma viagem de negócios desde o dia 9 de fevereiro na Lombardia, um dos focos da enfermidade na Itália (BBC NEWS, 26 de fevereiro 2020). Um dia depois, Noruega, Dinamarca, Holanda, Irlanda do Norte, Estônia, Romênia, Grécia, Geórgia, Paquistão e Macedônia do Norte notificaram os primeiros casos à OMS.

Na África subsaariana, foi confirmado pelo Ministério da Saúde da Nigéria, em 28 de fevereiro, o primeiro caso por coronavírus: um homem, de nacionalidade italiana, que trabalhava no país, havia regressado a Lagos de uma viagem a Milão (BBC NEWS, 28 de fevereiro de 2020). Entretanto, o primeiro caso da COVID-19 no continente africano foi anunciado pelo Ministério da Saúde egípcio no dia 14 de fevereiro (DW.COM, 15 de fevereiro de 2020). Segundo o virologista José Esparza, ao tratar-se de um novo vírus para o qual não existia imunidade preexistente na população humana, o SARS-CoV-2 propagou-se de forma exponencial em vários países e continentes, “cumprindo, assim com a condição formal para ser considerado como uma pandemia” (2020, p. 2). Desta forma, no dia 11 de março, o Dr. Tedros Adhanom, diretor geral da OMS, declarou o caráter pandêmico da Covid-19 (OMS, *Timeline*, 2020).

De dezembro de 2019 até o exato momento em que escrevo foram registrados 65.659.643

⁷ O primeiro registro de um paciente com Covid-19, na Espanha, foi em 31 de janeiro. Um paciente de nacionalidade alemã deu entrada no hospital geral de “La Gomera”, no arquipélago das Canárias, pois havia dado positivo em coronavírus. Se contagiou, supostamente, ao entrar em contato, na Alemanha, com um infectado. Nove dias depois, outro caso foi registrado em Palma de Mallorca. A partir do dia 24 de fevereiro, foram detectados os primeiros casos na Comunidade de Madrid, Catalunha e Comunidade Valenciana. O vírus se propagou, a partir de então, a toda Espanha (REDACCIÓN MÉDICA, 23 de março de 2020). Em Portugal, o primeiro caso positivo de SARS-CoV-2 foi registrado a 2 de março (PÚBLICO, 2 de junho de 2020).

contagiados, 1.514.576 mortes e 45.492.435 recuperados no mundo, segundo a Web de estatísticas *Worldometer* (2020). Não obstante, “a história é tributária das suas fontes”, afirma Jean-Charles Sournia (1984, p.89). Assim sendo, é relevante assinalar que as webs de estatísticas, cujas fontes incluem as páginas eletrônicas oficiais dos ministérios de saúde e de outras instituições governamentais de diferentes países, utilizam normalmente dados paramétricos (não descritivos) que refletem os casos confirmados, todavia ativos, dos falecidos e dos hipoteticamente “recuperados” ou dados de alta médica, com ou sem tratamento domiciliário, pois as estatísticas oficiais, em geral, não especificam se os pacientes estão dados de alta ou com tratamento em casa. Nessas estatísticas e nas oferecidas pelos ministérios de saúde não estão contabilizados nem os casos assintomáticos, nem os com sintomatologia leve, sem patologia pulmonar evidenciada que requeira nesse momento oxigenoterapia, nem os que deram de alta nos hospitais, o que alteram e tornam imprecisos os resultados estatísticos publicados. Em termos de mortalidade, muitas mortes não foram notificadas ou devidamente notificadas. Todos, dados de relevância em um estudo epidemiológico ou numa pandemia como a atual e instrumentos-chave na planificação da atuação em saúde. Conforme esclarece Esparza:

[...] se calcula que a letalidade do Covid-19 (número de mortes entre número de infectados) oscila entre 2% e 3%, ainda que a letalidade evidenciada em Itália foi muito mais alta. É claro que esses cálculos são bastante inexatos e não necessariamente extrapoláveis a todas as populações. O problema principal radica em nosso desconhecimento do verdadeiro denominador (representado pelo número de infectados, incluindo os assintomáticos e oligossintomáticos). Outros fatores a considerar nos cálculos de letalidade poderiam incluir a distribuição etária da população afetada, a qualidade dos sistemas de saúde (incluindo rápido diagnóstico e tratamento adequado), comorbilidades, assim também como outras variáveis para as quais não temos informação, como genética, nutrição etc. (2020, p. 3).

Em síntese, apesar dos dados estatísticos disponibilizados, não sabemos com precisão quantas pessoas se infectaram, nem quantas pessoas realmente faleceram neste ano, seja em consequência direta da enfermidade ou de maneira indireta pela ação do colapso sanitário — nos hospitais, necrotérios, funerárias, cemitérios e a falta de material —, que se produziu em praticamente todos os países, inclusive nos mais desenvolvidos, principalmente nos primeiros seis meses do ano (INFOSALUS, 30 de março 2020; BBC NEWS, 8 de abril de 2020; EL COMÉRCIO, 23 de abril de 2020).

Todavia, estamos vivendo a chamada “segunda onda” ou o recrudescimento da pandemia neste final de 2020, e a maioria dos estudos epidemiológicos caracteriza-se por ser parcial e disperso, impossibilitando conhecer com exatidão e rigor científico a origem, a morbidade e a mortalidade nas diversas populações humanas atingidas pela doença. Assim sendo, devemos esperar por investigações mais acuradas para conhecer com detalhes científicos a origem da propagação do vírus e as taxas de morbidade, de comorbidade e de mortalidade.

Com relação à Gripe de 1918-1919, o debate sobre a origem da pandemia é uma questão que há suscitado numerosas teorias e posicionamentos diferentes dentro da comunidade científica. Algumas investigações recentes apontam, como primeiro foco da doença, entre maio e abril de 1918, o acampamento do exército dos Estados Unidos, *Camp Funston*, dentro da base militar *Fort Ridley*, em *Kansas* (TAUBENBERGER; MORENS, 2006). Estes soldados foram enviados à Europa quando da entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial, em abril de 1917. Mas, também, a pandemia

pôde ter suas origens, em 1916, na França, em *Étaples*, lugar onde se observou um comportamento inusual de enfermidades respiratórias, favorecidas pela falta de higiene nas trincheiras, aglomeração, condições meteorológicas e esgotamento físico dos soldados (OXFORD; SEFTON; LAMBKIN *et al*, 2005). A base militar de *Étaples* albergou 100 mil soldados num espaço de aproximadamente 12Km². Nesta localidade, situada a uns 24 Km de *Boulogne*, se estabeleceu o maior hospital de campanha que nenhum outro governo havia construído até então, com uma capacidade de mais de 22.000 soldados. As instalações contavam, além disso, com um campo de tiro, cemitério, lavanderia, posto de correios e currais para cavalos, porcos, galinhas e patos. Situada perto de pântanos, a localidade era atravessada por aves migratórias. De acordo com Oxford, Sefton, Lambkin e outros autores, a grande quantidade de soldados, junto ao elevado número de porcos, galinhas e cavalos no acampamento supuseram umas condições idôneas para a propagação da doença, em forma epidêmica, entre dezembro de 1916 e março de 1917. Outro fator que merece ser mencionado foi a presença de gás mostarda e outros gasestóxicos. Estes gases, unidos a condições de frio e aglomeração, puderam diminuir a resistência imunológica dos soldados, os quais ficaram susceptíveis de serem infectados (2005). Entretanto, *Étaples* não foi o único lugar onde se encontraram enfermidades respiratórias específicas. Em março de 1917, foram observados casos tanto em *Aldershot*, acampamento militar inglês, como nos Estados Unidos, desde dezembro de 1915. Em todos esses lugares existiam casos de gripe que apresentavam a mesma sintomatologia. O certo é que surge uma nova cepa de grande virulência, e as desmobilizações de tropas, nos últimos dois meses de 1918, deram uma excelente oportunidade para que o vírus se estendesse. De qualquer forma, o surgimento desta pandemia ficou inexoravelmente relacionado ao contexto da Primeira Guerra Mundial.

Com relação à morbidade e à mortalidade da Gripe de 1918-1919, os números em todo o mundo são, todavia, motivo de revisão e controvérsia, não só pelas características intrínsecas dos registros de óbitos e a subnotificação de casos, mas também pela dificuldade na utilização e classificação das diferentes expressões diagnósticas que informam sobre a causa da morte. A mortalidade foi a de 1 a 2% em indivíduos de 20 a 39 anos de idade, grupo etário em que a gripe normalmente não configura causa de óbitos. Portanto, a alta letalidade foi verificada em adultos jovens e crianças, principalmente em menores de um ano. Embora, em muitos países africanos e asiáticos não existam dados, estima-se que a pandemia de gripe infectou 50% da população mundial e a mortalidade total estima-se entre 40 e 50 milhões. O número de infectados, apesar de não haver consenso entre os estudiosos do assunto, corresponderia a algo em torno dos 600 milhões de contagiados. A população total estimada em 1918 era de 250 milhões de pessoas.

No Brasil, a gripe atingiu aproximadamente 65% da população. Em todo o país, cerca de 300 mil pessoas morreram em decorrência da Influenza, embora muitos casos e óbitos não fossem notificados (ABRÃO, 1998; KOHN, 2007, p. 370).

Todavia, todos os dados relativos à Gripe “Espanhola” são imprecisos, fragmentados, e estão estreitamente relacionados com o colapso da estrutura sanitária evidenciada na maioria dos países afetados.

No que diz respeito às reações governamentais e aos comportamentos sociais relativos à Covid-19, em um primeiro momento, desenvolveu-se uma espécie de negação ou inobservância, mas

também de surpresa, sobre os fatos ocorridos na China. Parecia como se não pudéssemos ser atingidos. Esse sentimento, porém, não era novo na história dos comportamentos sociais em tempos de “peste”. Sobre a pandemia de cólera em inícios do século XIX, nos esclarece Sournia e Ruffie que:

Ninguém acreditava nela. A cólera provocava muitas vítimas na Polônia e na Rússia, países ‘selvagens’ e longínquos, ou mesmo na Inglaterra, mas não na França. Em Paris, durante o inverno de 1832, houve médicos que assinalaram casos isolados perante a Academia de Medicina e na *Gazette médicale*. O público não se emocionara e zombava-se acerca do fantasma da *cholera morbus*. [...] Em seguida, assinalou-se a chegada cotidiana aos hospitais parisienses de vários doentes com os mesmos sintomas. [...] Com efeito, como se poderia pensar que um país tão limpo e civilizado como a França pudesse ser contaminado massivamente por esta doença vinda do centro da Ásia, lugar de pobreza, de sujidade e de miséria? Ora, em Paris a água era insuficiente; provinha do Sena, do Ourcq e de poços facilmente poluídos. [...] Os canais centrais das ruas encarregavam-se de propagar a infecção. (1984, p. 117).

No Brasil, por exemplo, durante o início da epidemia de gripe de 1918-1919, as primeiras notícias sobre a doença foram tratadas, segundo a historiadora Adriana da Costa Goulart, “com descaso e em tom pilhérico, até mesmo em tom de pseudocientificidade ilustrando um estranho sentimento de imunidade face à doença” (2005). E, de uma forma geral, tanto no Rio de Janeiro, na Bahia (CRUZ DE SOUZA, 2010), como no extremo-sul do país, em Porto Alegre, as autoridades governamentais minimizaram a gravidade da doença, afirmando que se tratava de uma gripe comum, de caráter benigno.

Com relação à Covid-19, quando os países do hemisfério norte começaram a detectar numerosos casos e a doença foi declarada pela OMS como pandêmica, a partir de 11 de março, os jornais publicaram edições quase que monográficas sobre a patologia gerada pelo SARS-CoV-2. Logo a seguir, foram publicadas matérias sobre o medo desencadeado pela Covid-19, assim como acusações mútuas entre China e Estados Unidos sobre uma possível responsabilidade militar na produção do mortífero vírus (EL PAÍS, 19 de março de 2020; LA VANGUARDIA, 19 de março de 2020). Além do que, em plena conjuntura de guerra comercial entre os dois países⁸, o então presidente norte-americano, Donald Trump, em uma mensagem enviada por Twitter em 16 de março, se referiu ao novo coronavírus como o “vírus chinês”, estigmatizando o país asiático. Mas, não foi só Donald Trump que proferiu frases discriminatórias pretendendo obter algum capital político. Surgiram também manchetes como o “Perigo Amarelo”, “Panda-monio por vírus chinês” e “Os filhos de chineses devem ficar em casa” que foram publicadas por jornais franceses e australianos (BBC NEWS, 21 de fevereiro 2020). Como resposta, a Organização das Nações Unidas (ONU) enviou uma mensagem para evitar os ataques que a comunidade chinesa recebeu nas primeiras semanas de contágio da Covid-19: “O alarma pelo coronavírus é compreensível. Mas, o medo não pode justificar os preconceitos e a discriminação contra a comunidade asiática. Lutemos contra o racismo, acabemos com o ódio e apoiemo-nos nesta emergência de saúde global.” (FRANCE24.COM, 20 de fevereiro 2020). Segundo esclarece Donald Low, experto em políticas públicas chinesas: “No Ocidente, a China

⁸ “Do que sabemos com certeza é que, muito para lá do coronavírus, há uma guerra comercial entre Estados Unidos e China, uma guerra sem quartel [...]. Do ponto de vista dos Estados Unidos, é urgente neutralizar a liderança da China em quatro áreas: o fabrico de celulares, as telecomunicações de quinta geração (a inteligência artificial), os automóveis elétricos e as energias renováveis” (SOUSA SANTOS, 2020, p.6).

se vê como algo distante e remoto, assim que a fobia aos chineses tem, em parte, origem no desconhecimento” (BBC NEWS, 21 de fevereiro de 2020).

Medo, xenofobia, desconhecimento e negacionismo. As reações do governo dos Estados Unidos não se limitaram a estigmatizar o outro. Donald Trump negou a gravidade da doença, contradisse as recomendações das autoridades sanitárias e prescindiu inclusive do uso da máscara (LE BARS, 12 de abril 2020). Em consequência, a progressão da epidemia no país foi imparável. No momento em que escrevo, há mais de 15 milhões de casos e 300 mil mortos nos Estados Unidos, mais que nenhum outro país no mundo, seguido pela Índia e o Brasil (WORLDOMETER, 7 de dezembro de 2020).

O medo do “outro” (do contágio), nesta conjuntura complexa, se expressa mediante o preconceito e a intolerância, atendendo, por sua vez, a interesses políticos, de classe, ideológicos e econômicos, mas também ocorre devido à ignorância ou à desinformação. Durante a peste negra de 1347-1348, ademais da concepção da Igreja Católica de que a doença representava um castigo divino, parte da sociedade medieval culpou os judeus, estrangeiros ou pessoas de cultura e pensamento diferenciados. Foram acusados de envenenar poços e fontes e, de propagar, assim, a enfermidade. Durante a Gripe de 1918-1919, cada país afetado, principalmente os beligerantes, atribuiu ao outro a origem do mal e sua disseminação (ECHEVERRIA DÁVILA, 1993; ABRÃO, 1998).

Diante do medo ao desconhecido é comum, na história das epidemias, negar a realidade, encontrar respostas extremamente simples ou buscar um culpado pela propagação da doença. Respostas mais fáceis do que assumir o medo ao contágio que ela causa e, principalmente, as responsabilidades decorrentes de uma crise sanitária que se configura. No Brasil, o presidente de extrema-direita, Jair Bolsonaro, afirmou em 24 de março que a imprensa exagerava sobre a Covid-19, que a doença estava sendo superdimensionada, não passava de uma “gripezinha”, e fez eco aos discursos do presidente norte-americano em sua tarefa negacionista (BBC NEWS, 7 de julho de 2020). Bolsonaro, negando a gravidade do problema, desacreditando a Ciência e incapaz de adotar medidas de prevenção efetivas e eficientes no combate à epidemia, em um país que trocou de ministros da saúde em três ocasiões e, no qual, a saúde pública não é considerada uma prioridade para o governo, acabou por fomentar o caos sanitário que se instalou no Brasil. O resultado até o momento são mais de 6 milhões de contagiados e mais de 177 mil mortes (WORLDOMETER, 8 de dezembro de 2020).

Por outro lado, a chanceler Ângela Merkel, proferiu um discurso, na televisão alemã, sobre o coronavírus em que afirmou: “Desde a Segunda Guerra Mundial, não há um desafio para o nosso país que dependa tanto de nossa ação conjunta em solidariedade” (STUTTGARTER ZEITUNG, 18 de março de 2020). Merkel apelou para o senso de responsabilidade dos cidadãos de seguir as regras estabelecidas pelo governo e advertiu de que os hospitais ficariam completamente lotados se muitos pacientes acometidos pela Covid-19 fossem admitidos em um curto período. Era preciso dobrar a curva de transmissão da doença. Segundo Merkel: “Estes não são apenas números abstratos em uma estatística, eles são um pai ou um avô, uma mãe ou uma avó, um parceiro, eles são pessoas,

⁹“Seit dem Zweiten Weltkrieg gab es keine Herausforderung an unser Land mehr, bei der es so sehr auf unser gemeinsames solidarisches Handeln ankommt” (STUTTGARTER ZEITUNG, 18 de março 2020).

afirmou”¹⁰(DER SPIEGEL, 18 de março de 2020).

Entretanto, os governos não estavam preparados para enfrentar a pandemia, ainda que, desde as duas últimas décadas, as notícias e as advertências dos cientistas sobre as epidemias, pandemias e demais doenças têm sido uma constante: a Gripe Porcina (2009), o Ebola (2014-2016), a Síndrome Respiratória Aguda e Severa (SARS, 2002), a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS, 2012), sendo estas últimas patologias respiratórias muito severas causadas por coronavírus altamente patógenos. É lícito afirmar que a grande preocupação da maioria das autoridades governamentais e sanitárias, na atual conjuntura, é que o sistema público de saúde colapse. Há mais de uma década e, em especial, a partir da crise financeira de 2008, que as políticas adotadas pelos governos das democracias liberais e capitalistas de orientação neoliberal foram de desmonte sistemático do Estado de Bem-Estar Social e a adoção, em nome da “crise permanente” (um oxímoro), de políticas de austeridade e de precariedade laboral (SOUSA SANTOS, 2020; HARVEY, 2020). Com a evidente debilidade do trabalho assalariado nas últimas quase duas décadas, os hospitais, as clínicas de idosos e os postos de saúde, operam com um número reduzido e insuficiente de pessoal sanitário; muitos são os contratos temporários tanto na saúde pública como na privada (AMABLE; BENACH; GONZÁLEZ, 2001). Além do fato de que, a maioria dos países, não possui uma indústria farmacêutica voltada à produção de máscaras, testes (PCR), equipamentos de proteção individual, antivirais e respiradores necessários para afrontar a virulência e os efeitos nefastos da doença (HARVEY, 2020). Assim que, quando a doença começou a propagar-se de maneira exponencial na Europa, e a comprometer o funcionamento dos centros de tratamento intensivo nos hospitais, muitos governos decidiram, tardiamente, decretar medidas excepcionais para uma situação excepcional. A falta de medidas em tempo hábil pelas autoridades governamentais foi evidenciada também na história de outras epidemias. Daniel Dafoe, em “Um diário do ano da peste”, publicado em 1722, comenta que:

Muitas vezes pensei em todo o corpo da população, e as condições precárias em que se encontrava quando a calamidade a atingiu, pela primeira vez, e como foi por falta de medidas e providências em tempo hábil, tanto públicas quanto privadas, que aconteceu toda aquela confusão entre nós, com uma quantidade tão grande de gente sucumbindo nessa tragédia que, com medidas apropriadas e ajuda da Providência, poderia ser evitada. A posteridade, se assim quiser, poderá acatar isso como aviso e advertência, [...] (1987, p. 117).

Durante a pandemia de gripe, em 1918, os desafios e a problemática sanitária foram conduzidos no Brasil, literalmente sobre o “signo do imprevisto”. Ou seja, somente após o aparecimento de epidemias e da constituição de endemias que ameaçavam os principais centros urbanos é que as autoridades governamentais adotavam medidas emergenciais para o controle das doenças. Medidas tardias, conseqüentemente, túbias e ineficazes. Como medida preventiva, a maioria dos médicos durante a pandemia de 1918-1919 aconselhava à população a evitar aglomerações, a não frequentar bares, teatros, cinemas e não visitar os enfermos, assim como prescreviam cuidados com a higiene corporal, com a habitação, com a dieta alimentar e o uso de máscara. Dentre as medidas

¹⁰ "Das sind nicht einfach abstrakte Zahlen in einer Statistik, sondern das ist ein Vater oder Großvater, eine Mutter oder Großmutter, eine Partnerin oder Partner, es sind Menschen." (DER SPIEGEL, 18 de março 2020).

adotadas pelos governos se pode mencionar o tabelamento dos preços dos gêneros de primeira necessidade (devido à especulação e abuso nos preços), a divisão das cidades em zonas sanitárias, a desinfecção e inspeção das casas, a proibição da participação da população em ritos fúnebres e celebrações do Dia de Finados, em festas religiosas, assim como nos desfiles cívicos e militares (ABRÃO, 1998; SOUZA, 2005; SPINNEY, 2018).

Durante a pandemia de Covid-19, foram adotadas como medidas, principalmente de meados de março a junho de 2020: a quarentena, a obrigatoriedade do uso de máscaras em locais fechados, nas ruas e nos estabelecimentos comerciais; o controle nos aeroportos ou restrições à entrada de estrangeiros provenientes dos países mais afetados e, paulatinamente, o fechamento das fronteiras; a suspensão das aulas presenciais, o fechamento das bibliotecas, das academias de ginástica; a suspensão dos eventos esportivos, das obras de teatro, dos espetáculos, o fechamento dos cinemas, a proibição dos velórios e restrições a outras cerimônias fúnebres (BOE, 29 de março 2020). Enfim, a suspensão de todas as atividades culturais, mas também o fechamento total ou parcial de bares, restaurantes, parques e zonas ou estabelecimentos dedicados ao ócio (BOE, 9 de maio de 2020).

O cotidiano modificou-se drasticamente com a chegada da Covid-19, e com as medidas de contenção adotadas pela maioria dos governos, assim como ocorreu durante as epidemias e pandemias de peste bubônica, de gripe, de cólera, dentre outras. As ruas ficaram vazias, desérticas. O silêncio se impôs. Raro era o transeunte, pois apenas estava permitida a saída breve, mas necessária, daqueles que possuíam cachorros ou dos que sofriam de alguma síndrome ou enfermidade que tornava imprescindível sair à rua por alguns minutos, assim como os trabalhadores dos serviços essenciais como o lixeiro, os trabalhadores dos transportes públicos, dos supermercados e farmácias, os policiais, os agentes funerários e, evidentemente, o pessoal sanitário. Muitos trabalhadores, principalmente os da livre iniciativa, mas também funcionários públicos e professores, passaram a desenvolver suas atividades mediante o teletrabalho (quem tinha acesso à internet e a computadores), já não havendo muita distinção entre a vida laboral e a vida privada confinada.

Cabe acrescentar que a maioria das autoridades sanitárias das democracias ocidentais, em suas comunicações diárias aos meios de comunicação, solicitaram expressamente que os cidadãos evitassem as aglomerações e adotassem o distanciamento físico de, pelo menos, um metro e meio (o que variou de país a país)¹¹ em todos os espaços públicos. Tornou-se obrigatório evitar o aperto de mãos, dar abraços e beijos. Dentre outras recomendações e medidas: a higienização frequente das mãos, a desinfecção de todo tipo de transporte público, bares, restaurantes, supermercados, superfícies metálicas, plásticas e, nos últimos meses, quando se confirmou cientificamente a propagação do vírus pelo ar (a teoria dos aerossóis), os governos passaram a recomendar a ventilação nos lugares fechados e a evitar falar alto ou cantar em espaços compartilhados. Géis hidroalcoólicos deveriam ser disponibilizados por todos os estabelecimentos comerciais e públicos. O uso da máscara nos espaços públicos tornou-se obrigatório. A mensagem institucional na maioria dos governos, mas também aceita e reproduzida por grande parte da sociedade civil, era “fique em casa”. A quarentena durou de

¹¹ A distância física na França, por exemplo, é de um metro, na Alemanha é de um metro e meio e, no Reino Unido, é de dois metros.

três a quatro meses (março, abril, maio e junho) aproximadamente, dependendo de cada país.¹²

Apesar de que a máscara, desde a peste negra no século XIV, foi usada para evitar o contágio, em pleno século XXI, muitos indivíduos a usam de forma inadequada ou simplesmente se recusaram a usá-la em plena pandemia. Embora as restrições governamentais, em alguns países, implicassem multas e prisão aos que durante o estado de emergência não obedeciam às normas decretadas, muitos não as obedeceram, e não seguiram e não seguem as recomendações das autoridades sanitárias, negando a doença ou a sua gravidade (CAMPOS, 2020). Algumas pessoas e grupos alegaram que as autoridades governamentais, impondo restrições, tolhiam as liberdades individuais, e militantes da extrema-direita, em alguns países (como Espanha e Alemanha), realizaram manifestações sem máscaras, alçando cartazes e gritando “liberdade, liberdade” em uma profunda contradição com o seu próprio marco ideológico.¹³ Segundo assegura o historiador Leiser Madanes, em um estudo sobre as epidemias de peste: “A inflamada autonomia de cada indivíduo, consciente de si mesmo, necessitado de atuar segundo o seu próprio critério, impossibilitando de seguir uma norma que vá além de seu desejo privado e imediato, se contagia de homem a homem como a peste. E, como a peste, só é capaz de destruição” (2020, p. 57).

Outro grande problema ocorrido durante a pandemia foi a disseminação de milhares de boatos e notícias falsas (*fake news*), principalmente, nas redes sociais,¹⁴ tais como: a promoção de falsas terapias para curar enfermidades como o clorito de sódio vendido como solução contra o vírus ou a Cloroquina, medicamento indicado para combater a malária, mas que apresenta severas reações adversas; o vídeo *Plandemic: The Hidden Agenda Behind Covid-19*, da suposta epidemiologista Judy Mikovits, em que faz uma série de afirmações sem nenhum fundamento científico sobre a origem do SARS-CoV-2; um vídeo de Thomas Cowan, suposto doutor, que explica, em uma conferência, que a pandemia é causada pela tecnologia 5G; a fantasiosa estória sobre Bill Gates, o qual supostamente tem um projeto de vacinas com microchips para controlar a população; a falsa notícia de que o uso da máscara aumenta a probabilidade de dar positivo em um teste de PCR; a manipulação de um estudo da revista científica *Nature* que demonstra que os assintomáticos não contagiam; que Berlim havia proibido o uso de máscaras nas escolas e no trabalho, que o vírus é uma criação de laboratório, etc. (MALDITA.ES, 10 de dezembro de 2020). Boatos e notícias falsas ou sensacionalistas também foram evidenciadas durante a gripe “espanhola” (ABRÃO, 1998), dentre outras pandemias (SOURNIA; RUFFIE, 1987, p. 102).

Durante o verão europeu foi decretado o fim das quarentenas e dos estados de emergência em países que tiveram suas taxas de mortalidade e morbidade reduzidas, como Portugal (2 de maio) e Espanha (21 de junho), e que tem o turismo como principal atividade econômica. Começava a desaceleração do estado de alerta rumo à “nova normalidade”, e as medidas passaram a ser reexaminadas, corrigidas e desenvolvidas pelos governos segundo as circunstâncias e as necessidades do momento. O embate entre a defesa da economia ou da saúde ganhou protagonismo. Em 1743,

¹² Na Espanha, durou de 14 de março a 21 de junho de 2020, cerca de 98 dias.

¹³ Sobre este assunto ver: *El País*, 30 de agosto e 1 de novembro de 2020.

Horace Walpole, membro do Parlamento inglês, temeroso de que a peste alcançasse Londres, escreveu ao seu amigo Horace Mann, o seguinte: “A cidade está furiosa, pois você sabe, para os comerciantes não há pior praga que um freio nos negócios” (MADANES apud PORTER, 2020, p. 35). O que se pode evidenciar é que o transporte público em muitas cidades, como o Rio de Janeiro, São Paulo, Nova York, Paris e Madrid continuaram lotados de trabalhadores na hora do *rush*, pois, segundo governos, bancos e sindicatos patronais, a economia não pode parar (O GLOBO, 7 de outubro de 2020). No que se refere aos aspectos sociais e econômicos, conforme assevera David Harvey:

Há um mito segundo o qual as enfermidades contagiosas não reconhecem classes nem outras barreiras ou limites sociais. Mas, há uma certa verdade em isto. Nas epidemias de cólera do século XIX, que transcenderam as barreiras de classe foram bastante dramáticas para gerar o nascimento de um movimento de saúde e higiene públicas, que se profissionalizou e que perdura até hoje. Que este movimento estivesse destinado a proteger todo o mundo ou somente às classes privilegiadas nem sempre esteve claro. Mas, os efeitos e as repercussões diferenciais sociais contam outra história. As repercussões econômicas se filtram através das discriminações ‘de costume’ em que todas as partes permanecem em evidência. Para começar, a força de trabalho que se espera que se ocupe de cuidar o crescente número de enfermos resulta de modo característico enormemente definida em termos de gênero e etnia na maioria do mundo. [...] A nova classe trabalhadora está em primeira fila e leva a pior parte tanto de ser a força laboral que suporta maior risco em contrair o vírus ou de ser despedida sem recursos, devido ao descenso econômico ou de lucros impostos pelo vírus. Está, por exemplo, a questão de quem pode trabalhar em casa e quem não. Com isso, se agudiza a divisão, o mesmo que a questão de quem pode permitir-se isolar-se ou colocar-se em quarentena, com ou sem salário, em caso de contágio ou contato. O que quero dizer com isso é que a Covid-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, gênero e raça. Se bem os reforços de mitigação se encobrem com a retórica de que ‘estamos todos juntos nisto’, na prática, sobretudo os governos nacionais, sugerem motivações mais sinistras” (2020, p. 14-15).

Além disso, parcelas significativas da população mundial vive em casas ou apartamentos de diminutas dimensões, onde há aglomeração de pessoas favorecendo o contágio, e nem sempre os locais de moradia contam com os serviços públicos de água e esgoto. Não podemos esquecer que nos países do hemisfério norte, considerados ricos, também há pobres.

A partir de outubro, diante da “segunda onda” ou do manifesto recrudescimento da epidemia, devido ao relaxamento no cumprimento das medidas de prevenção,¹⁵ mas também em consequência da flexibilização das medidas tomadas anteriormente, alguns governos voltaram a decretar o estado de emergência. Na Espanha, onde o estado de alerta começou em 25 de outubro, ficou estabelecida a limitação da circulação das pessoas no horário noturno, e somente foi permitida a mobilidade por causas justificadas, como a aquisição de medicamentos, produtos sanitários e de primeira necessidade, o funcionamento de centros de atenção veterinária pelo motivo de urgência, estabelecimentos sanitários, o cumprimento das obrigações laborais, empresariais, institucionais ou legais, o cuidado de idosos ou de menores de idade e o regresso ao domicílio após a realização relacionada a estas atividades (LA MONCLOA, 25 de outubro de 2020). O estado de alerta teve o seu fim em 9 de novembro de 2020. Em Portugal, o estado de emergência vigorou entre 9 e 23 de

¹⁵ Sobre esse assunto ver: *YouGov/Imperial College*.

novembro, adotando-se medidas semelhantes nos demais estados europeus. É preciso destacar que mesmo com a declaração do estado de emergência, devido ao aumento significativo no número de contágios e mortes, algumas festas foram realizadas. Menciono, como exemplo, “as festas da vergonha” denominadas assim pela imprensa de Madri, em 1 de novembro de 2020:

Pelas imagens veiculadas nas redes sociais, pode parecer que a pandemia já é história. Mas não, nem o patógeno desapareceu, nem a situação atual, com 17.899 mortes na Comunidade de Madri, é para brincadeira. Nada disso, porém, pareceu importar para as dezenas de jovens que na tarde da última sexta-feira foram ao porão da rua de Orense para festejar uma festa na boate *La Nuit*. Em alguns vídeos, veiculados pelos próprios participantes, a multidão é observada dançando despreocupada, a maioria sem máscara ou distância de segurança. Ao ritmo do reggaeton, os foliões erguem suas taças de álcool entre sorrisos, fotos e ocasionais arrogâncias. A vida, visto o que é visto, não pára; o egoísmo também. (MOYA, 2020).

O escritor Daniel Defoe, durante a peste de 1720, em Londres, observou que ainda que muitos indivíduos revelassem o extremo oposto:[...], as pessoas contaminadas eram totalmente descuidadas e passavam a epidemia para outros, com mais vontade de fazer isso do que de evitá-lo.” (1987, p. 178). Contudo,

Quando os médicos nos garantiram que o perigo estava tanto entre os doentes quanto entre os sãos (ou seja, os que pareciam sãos) e que muitos dos que se consideravam completamente saudáveis muitas vezes eram os mais letais, quando isso foi compreendido pela maioria e as pessoas foram sensibilizadas para isso e para a razão disto, então, começaram a desconfiar de todo mundo e um grande número de gente se trancou em casa, não saindo para a rua na companhia de quem quer que fosse, nem permitindo que qualquer um que andasse promiscuamente entre outros entrasse em suas casas ou chegasse perto delas – pelo menos não tão perto que as deixasse ao alcance de seu hálito ou seu cheiro; e quando eram forçadas a conversar à distância com estranhos, tinham sempre preventivos em suas bocas e nas suas roupas para repelir e manter a doença afastada. É preciso reconhecer que o povo ficou menos exposto ao perigo quando passou a adotar essas precauções e a epidemia não atingiu estas casas tão vorazmente como fizera anteriormente em outras (1987, p. 185).

O que se pode inferir a respeito desses dois relatos, nesta análise parcial sobre os comportamentos sociais em uma pandemia em curso, é que diante de um surto epidêmico é fundamental a confiança nas autoridades sanitárias, a transparência com relação às informações e o combate à desinformação por parte dos governos e meios de comunicação. Além disso, o que faz a diferença em uma epidemia é o senso de responsabilidade individual e coletivo e o sentimento de identidade ou propósito compartilhado. O que deve ser evitada é a banalização da morte e o individualismo como principal valor em uma sociedade. As liberdades individuais deveriam ter como limite a saúde coletiva.

Nos dias que seguem, a maioria das sociedades encontra-se em uma situação de confinamentos parciais, toques de recolher noturnos e limitações na circulação entre estados, municípios e províncias, mantendo-se a obrigatoriedade do uso da máscara e do distanciamento físico, nem sempre observados. A Covid-19 segue estendendo-se a nível mundial em distintas fases (e com alguma mutação) nos diferentes países atingidos.

Por outro lado, uma notícia é manchete nos jornais neste final de 2020: a de que Inglaterra iniciou a vacinação de sua população (9 de dezembro). Essa vacina, desenvolvida pela farmacêutica

estadunidense *Pfizer* e seu sócio alemão, *BioNTech* (DW.COM, 8 de dezembro de 2020) requer duas doses, planificação do Estado em sua aplicação e infraestrutura sanitária. Contudo, os efeitos secundários ainda são uma incógnita. O que se espera é que todos os povos tenham acesso a uma vacina eficiente e segura e a medicamentos antivirais sob pena de não escaparmos do círculo vicioso em que nos encontramos mas, especialmente, o que se espera é que tenhamos aprendido algo com essa pandemia.

Considerações finais

Tucidides, em sua “História da Guerra do Peloponeso”, fez uma exaustiva, extensa e completa descrição, no século V a.C., da epidemia que assolou Atenas, durante o primeiro ano do conflito. O relato apresenta numerosas novidades desde o ponto de vista médico, como a observação de que aquela enfermidade se transmitia por contágio, desestimando uma possível origem divina da epidemia mediante uma notável interpretação nosológica. Ele descreveu fatos, reações e comportamentos que iriam suceder durante mais de dois mil anos: a rápida disseminação da doença, a procura de pretensos culpados, a dissolução dos costumes, a abnegação mortal dos médicos e dos parentes que se opunham ao abandono dos enfermos e dos mortos, as preces aos deuses e sua ineficácia, as consequências políticas e econômicas funestas para a cidade, dentre outros tantos aspectos. De Boccaccio a Saramago, as obras literárias estão repletas de alusões às epidemias e pandemias. A partir de 1492, com a conquista do Novo Mundo, os surtos epidêmicos moldaram o curso da história na América Latina. Porém, as epidemias estão praticamente ausentes da memória coletiva e das histórias nacionais e locais também em outros continentes.

O surgimento da atual pandemia foi vivenciado com certa surpresa. Mas, as doenças e surtos epidêmicos vêm acompanhando a Humanidade ao longo de sua história passada e recente. Assim que, mais do que uma surpresa, se deveria falar em catástrofe anunciada e, principalmente, de obliteração da memória. Cabe matizar que foram realizadas consideráveis investigações, principalmente sobre a Gripe de 1918-1919, nas últimas duas décadas, mas se encontram dentro dos estreitos limites dos historiadores da medicina e dos especialistas da área da saúde. Diante da pandemia de Covid-19 foi lembrado pelos meios de comunicação que a gripe “espanhola” vitimou mais do que a Primeira Guerra Mundial. No entanto, nenhum país edificou um monumento para recordar as vítimas. Em um estudo mais exaustivo sobre os conteúdos dos livros didáticos e sobre a história nacional se poderia analisar em profundidade a escassez, o silêncio ou ausência sobre o tema. Contudo, a razão da quase inexistência¹⁶ de narrações sobre as epidemias e as pandemias na historiografia nacional, regional e local talvez seja explicada pelo fato de que morrer por uma enfermidade não é fácil de enquadrar como uma morte heroica para a nação, a liberdade, a revolução ou qualquer outro propósito superior. Ou seja, parece ser que as epidemias e as pandemias não são matérias dignas de narrações nacionais edificantes ou de épicas de lutas sociais. Após um surto epidêmico ou uma pandemia, a memória seguiu sendo individual, não pública ou coletiva. Como afirmou Spinney, uma pandemia não é concebida “como um desastre histórico, senão como milhares de tragédias discretas

¹⁶ Em uma investigação em curso foram encontradas apenas duas obras sobre a história colonial brasileira que mencionam e descrevem algumas endemias e as epidemias ocorridas durante este período (PALACIN, 1981 e ARAÚJO, 1993).

e individuais” (2018, p. 4). Desde uma outra perspectiva, talvez o motivo do silêncio seja claro: narrar sobre os desastres epidêmicos significaria ter que dar conta de atuações governamentais desastrosas, e explicar os motivos pelos quais os sistemas de saúde eram (e são) precários ou porque os investimentos públicos destinados à saúde eram (ou continuam sendo) insuficientes. Basta compará-los com os orçamentos destinados aos gastos militares e as forças de segurança em países como o Brasil, por exemplo.

Enfim, o intuito da presente contribuição não foi o de sugerir que o estudo das pandemias do passado proporcione respostas fáceis para abordar o presente. E aqui cabe assinalar que a história do presente também pode constituir-se em um grande aprendizado. Todavia, é certo que aqueles que não aprendem das lições do passado estão condenados a repetir os seus erros? Os antecedentes históricos constatarem como a Humanidade recai em erros, mas também possibilita redescobrir os acertos. É evidente que existem aspectos que mostram uma melhora com relação ao passado, como a investigação científica e o conhecimento acumulado, mas outros pioraram, como a redução da biodiversidade e suas trágicas consequências. De igual forma, há muitos períodos históricos que pensamos em descartar, como as falidas teorias dos miasmas, as superstições e as teorias carentes de base científica. Mas, existe realmente o perigo de que reapareçam? Indubitavelmente. Consideremos os discursos anticientíficos, as falsas terapias, a negação da gravidade da doença e do quadro pandêmico nos tempos atuais. O certo, é que não podemos seguir por esse caminho.

Referências

ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*, 1918. Porto Alegre: Edipucrs, 1998.

ARAÚJO, Emanuel. *O teatro dos vícios*. Transgressão e transigência na sociedade colonial urbana. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

AMABLE, Marcelo; BENACH, Joan; GONZÁLEZ, Santiago. “La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos”. In:

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales UE, n.4, v.4, p.169-184, 2001.

ARÓSTEGUI, Julio. “Dossier: historia y tiempo presente. Un nuevo horizonte de la historiografía contemporaneista.” In: *Cuadernos de Historia Contemporánea*, n.20, p.15-18, 1998.

BARBOSA, Mariana. “Isso a imprensa não mostra” – Apresentação. In: BARBOSA, Mariana (Org.). *Pós-verdade e fake news: reflexões sobre a guerra de narrativas*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2020.

BBC NEWS. “Coronavirus: cómo la epidemia de coronavirus provocó una oleada de miedo y resentimiento hacia China en el mundo”. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51573435> Acesso em: 21 fevereiro de 2020.

BBC NEWS. “Coronavirus: Nigeria confirms first case in sub-Saharan Africa”. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-africa-51671834> Acesso em: 1 de novembro de 2020.

BBC NEWS. “Coronavirus: Brasil confirma el primer caso en América Latina”. Disponível em:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51641436> Acesso em: 26 fevereiro de 2020.

BBC NEWS. “Coronavirus: el drama del covid-19 en Nueva York, una ciudad con las morgues repletas y hospitales de campaña”. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52211307> Acesso em: 10 de abril de 2020.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE). Orden SND/298/2020, de 29 de marzo, por la que se establecen medidas excepcionales en relación con los velatorios y ceremonias fúnebres para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19. Disponível em: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/30/pdfs/BOE-A-2020-4173.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2020.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO-A-2020-4911 (BOE). Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/09/snd399>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. “O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios”. *Trabalho, Educação e Saúde*, n. 18, v. 3, 2020.

CANTARINO DA COSTA, Ligia Maria; MERCHAN HAMANN, Edgar. “Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários”. In: *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, n.1, v.7, p.11-25, 2016.

COPE. “La advertencia de Margarita del Val sobre la próxima pandemia tras la derrota del coronavirus”. Disponível em: https://www.cope.es/actualidad/sociedad/noticias/advertencia-margarita-del-val-sobre-proxima-pandemia-tras-derrota-del-coronavirus-20201126_1016881 Acesso em: 27 de novembro de 2020.

CARDINALE, Bradley; DUFFY, Emmett; GONZALEZ, Andrew *et al.* “Biodiversity loss and its impact on humanity”, *Nature*, n. 486, p.59–67, 6 jun. 2012.

COVID REFERENCE (2020). Disponível em: https://covidreference.com/timeline_es Acesso em: 31 de dezembro 2019.

CRUZ DE SOUZA, Christiane M. “A gripe espanhola na Bahia de Todos os Santos: entre os ritos da ciência e os da fé.” In: *Dynamis*, v.30, p. 41-63, 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362010000100002 Acesso em: 4 de abril de 2012.

CUESTA, Josefina. *La odisea de la memoria*. Madrid: Alianza Editorial, 2008.

DER SPIEGEL. “Merkel sieht Coronakrise als größte Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg”. Disponível em: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/angela-merkel-sieht-corona-krise-als-groesste-herausforderung-seit-dem-zweiten-weltkrieg-a-bd56dc3f-2436-4a03-b2cf-5e44e06ffb49> Acesso: 18 de março de 2020.

DETIENNE, Marcel. *Comparar lo incomparable: alegato en favor de una ciencia histórica comparada*. Traducción de Marga Latorre. Barcelona: Edições Península, 2001.

DW.COM. “COVID-19: el Reino Unido inicia vacunación masiva”. Disponível em: <https://www.dw.com/es/covid-19-el-reino-unido-inicia-vacunación-masiva/a-55860197> Acesso em: 8 de dezembro de 2020.

ECHEVERRIA DÁVILA, Beatriz. *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/Siglo XXI, 1993.

EL COMÉRCIO. “Brasil abre fosas comunes por el colapso de los cementerios por el coronavirus”. Disponível em: <https://elcomercio.pe/mundo/latinoamerica/coronavirus-en-brasil-abren-fosas-comunes-en-manaos-amazonas-por-el-colapso-de-los-cementerios-covid-19-fotos-noticia/?ref=ecr> Acesso em: 30 de abril de 2020.

EL PAÍS. “Virus geopolítico. E.E.U.U. se defiende de la insinuación china de que su ejército creó el Covid19”. Disponível em: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/> Acesso em: 19 de março de 2020.

EL PAÍS. “El Atalanta-Valencia, una ‘bomba biológica’”, 25 de marzo de 2020. Disponível em: <https://elpais.com/deportes/2020-03-25/el-atalanta-valencia-una-bomba-biologica.html> Acesso em: 25 de março de 2020.

EMSLEY, Clive. *Essays in Comparative History. Economy, Politics and Society in Britain and America 1850-1920*. Buckingham: Open University Press, 1984.

ENJUANES, Luis. “Posiblemente el virus inhibe el desarrollo de una respuesta inmune fuerte”. In: *Enlace. Revista del Colegio y Asociación de Químicos de Madrid*, n. 44, p. 12-15, sept. 2020.

FERNÁNDEZ GONZALO, Jorge. *Filosofía zombi*. Barcelona: Editorial Anagrama. Colección Argumentos, 2011.

FRANCE 24. COM. “El racismo planea sobre la emergencia global por el coronavirus” Disponível em: <https://www.france24.com/es/20200220-el-racismo-planea-sobre-la-emergencia-global-por-el-coronavirus> Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

GOULART, Adriana da Costa. “Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro”. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, jan./abril 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 15 de janeiro de 2002.

HARVEY, David. *Anticapitalismo em tempos de pandemia: marxismo e ação coletiva*. Tradução de Artur Renzo, Cauê Segner Aimeni, Murilo van der Laan. São Paulo: Boitempo, 2020.

INFOSALUS. “La OMS advierte de que el colapso sanitario por el coronavirus puede aumentar las muertes de enfermedades tratables”. Disponível em <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-advierde-colapso-sanitario-coronavirus-puede-aumentar-muertes-enfermedades-tratables-20200330172909.html> Acesso em: 30 de abril de 2020.

KILBOURNE, Edwin, “Influenza pandemics of the 20th century”. *Emerging Infectious Diseases*, n. 12, p. 9-14, 2006.

KOHN, George C. (Ed.). *Encyclopedia of plague and pestilence*. From ancient times to the present. Third Edition. New York: Facts on File, 2007.

LE BARS, Stéphanie. “Mensonges, polarisation, rejet des normes... Le « trumpisme » au révélateur du Covid-19”, *Le Monde*, Paris. Disponível em: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/12/le-trumpisme-au-revelateur-du-covid-19_6036373_3232.html Acesso em: 12 de abril de 2020.

MADANES, Leiser. *La Peste*. 1 ed. Buenos Aires: Centro de Investigaciones Filosóficas, 2020.

MALDITA.ES. “La COVID-19 y sus bulos: 854 mentiras, alertas falsas y desinformaciones sobre el coronavirus”. Disponível em: <https://maldita.es/malditobulo/2020/12/10/coronavirus-bulos-pandemia-prevenir-virus-covid-19/> Acesso em: 10 de dezembro de 2020.

LA MONCLOA. “El Gobierno decreta un estado de alarma para dar amparo constitucional pleno a las medidas contra la pandemia necesarias en las C.C.A.A”. Disponível em: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2020/251020estado-alarma.aspx> Acesso em: 25 de outubro de 2020.

MOYA, Aitor. “Las fiestas de la vergüenza se disparan también durante el puente en Madrid”. Disponível em: https://www.abc.es/espana/madrid/abci-coronavirus-madrid-fiestas-verguenza-disparan-tambien-durante-puente-madrid-202011010055_noticia.html Acesso em: 01 de novembro de 2020.

O GLOBO. “Passageiros do metrô reclamam de superlotação e intervalos maiores durante a pandemia”. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/10/07/passageiros-do-metro-reclamam-de-superlotacao-e-intervalos-maiores-durante-a-pandemia.ghtml> Acesso em: 07/10/2020.

OMS. “*Timeline Who’s COVID-19 response*”. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>. Acesso em: 9 de novembro de 2020.

OMS. “Virus de la gripe aviar y otros virus de la gripe de origen zoonótico”. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(avian-and-other-zoonotic\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic)). Acesso em: 10 de Agosto de 2020.

OXFORD, John; LAMBKIN, Rob; SEFTON, Armine *et al.* “A hypothesis: the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in Northern France during the Great War provided the conditions for the emergence of the “Spanish” Influenza Pandemic of 1918-1919” In: *Vaccine*, n. 23, p. 940-945, 2005.

PALACIN, Luis. *Sociedade colonial*. Goiânia: UFG, 1981.

PORTER, Stephen. *The Great Plague*. Londres: Sutton, 2003.

PÚBLICO. “Primeiro caso em Portugal foi há três meses. Dos infectados, 60% já recuperaram”. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/06/02/sociedade/noticia/caso-portugal-ha-tres-meses-infectados-60-ja-recuperaram-1918976> Acesso em: 2 de junho de 2020.

REDACCIÓN MÉDICA. “Coronavirus: infectados en España y la evolución del brote desde el origen”. Disponível em: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-infectados-espana-y-evolucion-covid19-desde-origen-4148>. Acesso em: 25 de abril de 2020.

SMITH, Wilson; ANDREWES, Christopher; LAIDLAW, Patrick. “A virus obtained from influenza patients”, *Lancet*, p. 66-68, 1933.

SNOWDEN, FRANK. “El coronavirus explota las vulnerabilidades que hemos creado”. Disponível em: <https://sinpermiso.info/print/textos/franl-snowden-el-coronavirus-explota-las-vulnerabilidades-que-hemos-creado>, 2 de maio de 2020. Acesso em: 29 de outubro 2020.

SPINNEY, Laura. *El Jinete pálido*. 1918: la epidemia que cambió el mundo. Barcelona: Editorial Crítica, 2018.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SOUZA, Cristina. “A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidades de becos e cortiços”. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, n.12, v. 1, p.71-99, 2005.

STUTTGARTER ZEITUNG. “Die Rede der Bundeskanzlerin zur Corona-Krise im Wortlaut”. Disponível em: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.fernsehansprache-von-angela-merkel-bundeskanzlerin-corona-krise-groesste-herausforderung-seit-dem-zweiten-weltkrieg.1f2cc10c-fa2c-4935-ac0f-7d69c387047b.html> Acesso em: 18 março de 2020.

TAUBENBERGER, Jeffery; MORENS, David. “1918 Influenza: the mother of all pandemics”. *Emerging Infectious Diseases*, n. 12, v. 1, p. 15-22, 2006.

THEML, Neide; BUSTAMANTE, Regina Maria da Cunha. “História comparada: olhares plurais”. *Revista de História Comparada*, n.1, v. 1, p.1-23, jun. 2007.

WORLDOMETER. 7 e 8 dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em 3 de janeiro de 2020.

YOUNG/IMPERIAL COLLEGE. “El estudio de YouGov / Imperial College examina cómo está respondiendo la población a COVID-19” Disponível em: <https://es.yougov.com/news/2020/04/15/el-estudio-de-yougov-imperial-college-examina-como/> Acesso em: 10 de dezembro de 2020.