

**Saúde coletiva através dos séculos; a construção de um conhecimento em saúde frente à
diferentes doenças que assolaram a humanidade**

**Collective health through the centuries; the construction of health knowledge in the face
of different diseases that plagued humanity**

**Salud colectiva a través de los siglos; la construcción del conocimiento en salud ante las
diferentes enfermedades que azotan a la humanidad**

Recebido: 29/11/2020 | Revisado: 01/12/2020 | Aceito: 09/12/2020 | Publicado: 13/12/2020

Julio Cesar Ramos Cadilho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0897-2694>

Universidade do Grande Rio, Brasil

E-mail: juliodcadilho@unigranrio.br

Cláudia Maria Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1280-6055>

Universidade do Grande Rio, Brasil

E-mail: claudemarie_br@unigranrio.edu.br

Tatiane Azeredo Omena

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6566-0921>

Universidade do Grande Rio, Brasil

E-mail: tatiomena@unigranrio.edu.br

Resumo

Objetivo: Frente à necessária e constante busca pelo contingente e pela radicalidade e racionalidade do argumento histórico nas análises do campo da Saúde Coletiva, este estudo teve por finalidade realizar uma revisão narrativa, contextualizando algumas mudanças que ocorreram no entendimento de saúde coletiva diante de diversos surtos de saúde pública ao longo da história. Para isso foi realizada uma busca na literatura com consulta á bases de dados SCIELO, MEDLINE, portais do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana e Organização Mundial da Saúde. Com base na estratégia PICO (Patient or problem, Intervention, Control or Comparasion, Outcomes) e baseado na pergunta “ No que se refere á segurança, quais as medidas adotadas nas diferentes crises de saúde pública para o controle da disseminação de doenças segundo o contexto social?_ Métodos: A metodologia utilizada foi a bibliográfica, aliada a uma contextualização dos dados, cujos resultados variaram bastante

entre as décadas, aonde foram percorridos os estudos sob visões conceituais, empíricas e terminológicas, visando fazer ciência no âmbito dos métodos e técnicas qualitativos de pesquisa. Conclusão: Através da perquirição realizada no presente estudo, foi possível discorrer de forma enriquecedora a evolução do conhecimento em saúde e verificar que ao longo dos séculos se tornaram cada vez mais efetivas e disseminadas as práticas em saúde coletiva.

Palavras-chave: Biossegurança; Pandemia e endemia; Doença; História.

Abstract

Objective: In view of the necessary and constant search for the contingent and for the radicality and rationality of the historical argument in the analyzes of the field of Public Health, this study aimed to carry out a narrative review, contextualizing some changes that occurred in the understanding of collective health in the face of various outbreaks of public health throughout history. For this, a literature search was carried out with consultation to the SCIELO, MEDLINE databases, portals of the Ministry of Health, Pan American Organization and World Health Organization. Based on the PICO strategy (Patient or problem, Intervention, Control or Comparasion, Outcomes) and based on the question " With regard to security, what measures have been taken in the different public health crises to control the spread of disease according to the social context? **Methods:** The methodology used was the bibliographic, combined with a contextualization of the data, the results of which varied considerably between decades, where studies were carried out under conceptual, empirical and terminological views, and it means doing science within the scope of qualitative methods and techniques. **Conclusion:** Through the research carried out in the present study, it was possible to discuss the evolution of knowledge in health in an enriching way and verify that, over the centuries, public health practices have become increasingly effective and disseminated.

Keywords: Biosafety; Pandemic and endemic; Disease; History.

Resumen

Objetivo: Ante la necesaria y constante búsqueda de lo contingente y de la radicalidad y racionalidad del argumento histórico en los análisis del campo de la Salud Pública, este estudio tuvo como objetivo realizar una revisión narrativa, contextualizando algunos cambios ocurridos en la comprensión de la salud colectiva ante diversos brotes. de la salud pública a lo

largo de la historia. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica con consulta a las bases de datos SCIELO, MEDLINE, portales del Ministerio de Salud, Organización Panamericana y Organización Mundial de la Salud. Con base en la estrategia PICO (Paciente o problema, Intervención, Control o Comparación, Resultados) y en base a la pregunta " En materia de seguridad, ¿qué medidas se han tomado en las diferentes crisis de salud pública para controlar la propagación de enfermedades según el contexto social? Métodos: La metodología utilizada fue la bibliográfica, combinada con una contextualización de los datos, cuyos resultados variaron considerablemente entre décadas, donde los estudios se realizaron bajo visiones conceptuales, empíricas y terminológicas, y significa hacer ciencia dentro del alcance de métodos y técnicas cualitativas. Conclusión: A través de la investigación realizada en el presente estudio, fue posible discutir la evolución del conocimiento en salud de manera enriquecedora y comprobar que, a lo largo de los siglos, las prácticas de salud pública se han vuelto cada vez más efectivas y difundidas.

Palabras clave: Bioseguridad; Pandemia y endémica; Enfermedad; Historia.

1. Introdução

Constantemente, novos episódios de doenças infecciosas vão sendo experienciados pela humanidade, aonde doenças emergentes e reemergentes sofrem variável disseminação, sendo estas, em geral, irrestritas ao tempo, lugar ou condição temporal da complexidade de organização humana. Tornou-se então, necessária a prevenção no que tange aos cuidados individuais e coletivos, mediante a noção básica de vulnerabilidade global às doenças em diferentes escalas. O conceito moderno de pandemia é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente (DE REZENDE,1998). Ao passo que endemia se caracteriza como o surto de doenças habitualmente comuns entre pessoas de uma região, cuja incidência se prende à ocorrência de determinados fatores locais específicos. Já uma Epidemia se dá pela manifestação coletiva de uma doença que é rapidamente disseminada por contágio direto ou indireto, atingindo um grande número de indivíduos e extinguindo-se após o período (Barata,1987).

O intenso e crescente fluxo de pessoas, informações, conhecimentos, tecnologias e agentes químicos, biológicos e patogênicos entre as diversas partes do globo não estão restritos às fronteiras dos estados-nação (Ministério Da Saúde,2010). Havendo assim a necessidade do estabelecimento de um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou até mesmo eliminar riscos inerentes às diversas atividades que possam

comprometer a saúde humana, animal e ambiental. A vacinação da população com caráter essencial é um exemplo nítido dessa mudança no entendimento de medidas preventivas contra o avanço de doenças infecciosas, trata-se de um fator norteador que controla e impede novos surtos de doenças através da imunização em massa da população (Domingues et al, 2019), essa é apenas uma dentre muitas outras ações a serem discutidas no presente artigo. As práticas de intervenção utilizadas para o combate às epidemias, refletem de um lado o conhecimento que se tem do fenômeno e de outro lado, as formas de atuação do Estado em cada período histórico (Barata,1987). Nos períodos de transição da humanidade, principalmente entre os modos de produção e nos momentos de crise social houve uma intensificação de crises na saúde. Diversos são os relatos de epidemias durante a Idade Média, Idade Moderna e a atual, aonde o modo de comércio e produção passa a ser mais interdependente e intimamente conectados, e não ao acaso, as epidemias passam a expressar, nessas condições, proporções aniquiladoras, com alta taxa de mortalidade, muitas das vezes sem indicar a doença envolvida.

As doenças têm apenas a história que lhe é atribuída pelo homem (Le Goff,1985). Problematizar a doença como um objeto de estudo do contexto histórico possibilita o seu entendimento como um fato social situando-os no espaço e no tempo. Fica claro então, que tal processo representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (Buss e Filho,2007). Portanto, não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (Gualda e Bergamasco, 2004). Nessa situação, a ampla compreensão do princípio precatório pelos atores sociais envolvidos influi sobre as decisões que minimizam conflitos e riscos (Navarro et al.,2014). Tornando-se então indispensável compreender a dinâmica evolutiva acerca da saúde coletiva.

2. Metodologia

Com o objetivo de uma análise exploratória, foi usado como referencial o histórico disponível na literatura científica. Tendo como intenção principal desenvolver, esclarecer e fomentar debates acerca do tema, em um recorte temporal de uma trajetória histórica.

Dos critérios de inclusão: artigos em língua inglesa ou língua portuguesa, estudo completo estar disponível online e o artigo ou fonte bibliográfica contemplar a relação entre

doenças e biossegurança pela população. Foram excluídos os artigos de outras línguas, artigos que relatassem apenas o contexto profissional de biossegurança, estudos específico de doenças e artigos que possuíam conteúdo totalmente experimental. Uma vez que o foco do estudo foi enfocar as mudanças na relação população/biossegurança frente as diversas doenças ao longo da história e refletir sobre essa temática. Também foram excluídos os artigos que não estivessem disponíveis por completo ou artigos que não se referissem às palavras-chave.

3. Contextualização de Saúde sob Aspectos Sociais

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas (Scliar, 2007). Vai de acordo com a época, o lugar, a classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (Scliar, 2007).

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, e os demais seres que os cercam (Sevalho,1993).Na maioria das cenas vividas pela humanidade foram interligadas ao ponto de vista científico os conhecimentos populares, sendo estes, até o século passado quase majoritário, e ainda hoje,a interface entre ciência e conhecimento popular, religiosidade e outros, tem ocasionado modificações na medicina em geral .

A saúde não se caracterizaria "negativamente", pela ausência de doenças, mas seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Hegenberg,1998). Ou seja, determinantes desses processos são excepcionalmente diferentes de acordo com as condições históricas, de modo que a experiência daqueles não parece ser de muita utilidade quando se procura analisar com os mesmos critérios outras realidades diversas, sendo estas embasadas em valores culturais, sanitários e científicos de cada época.

4. Medidas no Controle e Prevenção de Doenças

Tanto o preservativo , saneamento básico, lavagem frequente das mãos, distanciamento social, uso de máscaras e vacinação , são exemplos de métodos de segurança individual e coletiva que sofreram mudanças radicais no que se refere ao entendimento desses métodos pela população em massa e sua aplicação no cotidiano.Com o aumento do

entendimento das massas sobre questões sanitárias e disseminação de doenças, aumentou também a preocupação sobre métodos eficazes no controle de riscos de doenças infecciosas.

No passado pouco se sabia ou tinha relato na literatura sobre medidas eficazes no controle da disseminação de doenças infecciosas. Um marco para esse conhecimento tornar-se mais popularmente conhecido foi a fatídico surto de gripe espanhola em 1918, uma doença infecciosa aonde a transmissão do vírus Influenza entre humanos ocorre pela via respiratória por meio de secreções como aerossóis, gotículas ou por contato direto da mucosa (Zambom,2014). O desconhecimento sobre a enfermidade levou à adoção, nos portos brasileiros, de uma "profilaxia indeterminada, isto é, visando tudo quanto pudesse ser motivo de transmissão mórbida (Moncorvo,1924; Taubenberger & Morens, 2013). Já no ano de 2009, uma nova pandemia da gripe, porém agora já conhecida, houve então grande mobilização para o enfrentamento da pandemia, com produção de informação e difusão nos veículos de comunicação; estruturação das redes de saúde; obtenção de insumos e tratamentos, além de investimento na ampliação da capacidade nacional para produção da vacina específica (Domingues & Oliveira,2010; Temporão,2009).

A humanidade se viu diversas vezes frente ao mal da cólera, uma questão de saúde pública que assolou a humanidade de forma vil. O século da cólera foi também o século da intensificação dos contatos entre o Velho Mundo e o Novo, em função do desenvolvimento dos transportes terrestres e marítimos (Santos et al.,1994) , além disso, foi esse o século das primeiras medidas sanitárias internacionais contra a expansão de doenças como a cólera e a varíola (Santos et al.,1994). Foram muitos surtos de cólera ao longo da história, espalhados por todos os cantos do globo e não se limitando a qualquer fronteira, porém com o conhecimento das causas pode-se aos poucos mudar o itinerário dessa condição e assumir uma realidade mais controlada desse mal. A cólera existe, hoje, como uma doença social e como tal terá de ser combatida pelos governos e pela comunidade. A existência de antibióticos e de tecnologias mais baratas e eficientes de saneamento básico, a própria acomodação entre o micro-organismo e os hospedeiros humanos ao longo do século - trazendo, talvez, certa redução na força letal do vibrião -, indicam que a propagação da doença em nossos dias é muito menos um problema médico do que uma questão urgentíssima de reforma sanitária e de redistribuição social da riqueza (Santos et al.,1994).

Na história do Ocidente, o aparecimento da camisinha não é um fato preciso. Fala-se da sua presença no Egito antigo (Schiavo, 1997, p.10). Sua primeira descrição escrita data de 1564, quando o italiano Fallopio disse que um envoltório de linho usado sobre o pênis durante o ato sexual impediria a disseminação de doenças (MARINHO,2000).. Inicialmente usado

para prevenir a gravidez não planejada, teve seu uso essencial no controle da pandemia de SIDA. Com a descoberta da cura para a sífilis e a aparição da pílula feminina em grande escala no mercado, a utilização do preservativo caiu em desuso. Porém com o aparecimento da SIDA voltou a ser bastante utilizado e até mesmo a tornar-se um dos principais métodos de controle e prevenção dessa doença. As primeiras medidas adotadas foram vigilância epidemiológica, educação e informação sanitária, testagem voluntária e caracterização de uma epidemia que afetava toda a população, buscando reduzir o estigma e a discriminação dos grupos mais afetados (Barros & Vieira.2016).

O invasor é minúsculo, cerca de 16 mil vezes menor que uma cabeça de alfinete (Sontag,1989). O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH ou HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) é um *lentivírus* que está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Weiss,1993). A infecção com o VIH tem origem na transferência de sangue, sémen, lubrificação vaginal, fluido pré-ejaculatório ou leite materno. Na saliva a transmissão é mínima em termos estatísticos (Lifson,1988). Não existe atualmente qualquer vacina ou cura para o VIH/SIDA. O único método de prevenção recomendado é evitar a exposição ao vírus. No entanto, acredita-se que um tratamento antirretrovírico denominado profilaxia pós-exposição (PPE) reduza o risco de infecção caso seja iniciado imediatamente após a exposição (Lifson,1988).

As epidemias e surtos citados são apenas um breve reflexo de mudanças sociais e de saúde aos quais a humanidade , em seu histórico, passou a carregar .É nas crises de saúde que a humanidade precisou pensar em prevenção e adaptar -se para a nova realidade de saúde coletiva .

4.1 Um breve histórico de doenças

A palavra doença vem do latim *dolentia* que tem como significado “sentir ou causar dor, afligir-se, amargar-se”, sendo explicadas por especialistas como condições patológicas diversas que se expressam no organismo de formas variadas e estão comumente associadas a sintomas específicos, levando o indivíduo que as apresenta a uma limitação de prazeres físicos, mentais e de caráter emocional. As más condições de saúde em algumas regiões, o hábito de comer animais silvestres e a diminuição das distâncias graças aos modernos meios de transporte contribuem para o risco de surgimento ou reemergência dessas doenças, que podem se estabelecer de acordo com as condições ecológicas da etiologia. agentes e

comunidades bióticas que abrigam reservatórios, hospedeiros e vetores (Cardoso & Navarro, 2007).

O conhecimento e a conscientização dos riscos de transmissão de infecções e das limitações dos processos de desinfecção e esterilização são imprescindíveis para que se possam tomar as devidas precauções (Valle et al.,2008). Ao longo da história foram implementadas diversas medidas individuais e coletivas visando a prevenção de doenças, sendo estas relativamente datadas de acordo com as diferentes crises na saúde.

Ainda que a cólera tenha feito suas primeiras vítimas na época de ampliação dos contatos entre Europa e Oriente, foi no século XIX que ela marcou profundamente a história da humanidade, originando-se dos seus nichos ecológicos na Índia (Santos et al.,1994). A cólera representa também um exemplo histórico clássico: esse "flagelo brutal e espetacular" do século XIX obedeceu ao padrão de difusão e circulação de doenças transmissíveis através do mundo, tendo se expandido ainda mais pelo globo do que a Peste Negra na Idade Média. De início, a cólera extravasou os limites do subcontinente indiano - a partir de 1817 - em razão das manobras militares e das novas rotas de comércio dos ingleses. Naquele ano se iniciava a primeira pandemia (rigorosamente, uma epidemia generalizada) do mundo moderno (Santos et al.,1994)

É no século XIX que é dada a importância em estudar as condições de vida na saúde da população, com o avanço dos estudos em todas as partes do mundo, trazidos para o Brasil, que se fez entender o que causava as doenças e as epidemias, dando o pontapé inicial para a "era bacteriológica" que guia as pesquisas científicas, denominando os agentes etiológicos, as formas de controlar e prevenir os microrganismos (Barros,2017).

Em 1899, a peste bubônica chegava aos portos brasileiros, causando epidemias em Santos e no Rio de Janeiro. Foi a peste bubônica, mais do que a febre amarela, o gatilho para o desencadeamento da resposta governamental às endemias e epidemias que acometiam as cidades brasileiras (Pessoa,1950). A investigação conduzida por Vital Brazil em Santos foi exemplar, e estabeleceu as bases dos serviços de controle da peste. A peste foi eficientemente controlada com a adoção de medidas básicas de higiene e de saneamento básico,não chegando a causar grandes epidemias e não mais surgindo no meio urbano, ainda que tenha permanecido em focos silvestres e rurais, hoje silenciosos, no Nordeste e na Serra dos Órgãos no estado do Rio de Janeiro (Pessoa,1950). A gripe espanhola de 1918 encontrou vidas castigadas pela Primeira Guerra Mundial e debilitadas pela carestia. Avançou em três surtos epidêmicos associando-se a graves infecções respiratórias desenvolvidas na sequência da contaminação gripal, ocasionando rapidamente a morte (Ribeiro et al.,2020).

Referências à influenza podem ser encontradas em publicações científicas desde 1650. O potencial pandêmico faz com que a influenza seja destaque entre outras doenças infecciosas (Cox & Subbarao, 2000). Observa-se que as pandemias de influenza ocorreram em épocas próximas a períodos de conflitos bélicos: Primeira Guerra Mundial (1914-1918), Guerra da Coreia (1950-1953), Guerra do Vietnã (1964-1973) e a ocupação soviética do Afeganistão (1979-1989). Ocasões com grande movimentação de pessoas, o que aumenta a possibilidade de transmissão de doenças (Barata,1987).

Em 1981, jovens de Los Angeles, San Francisco e Nova York foram hospitalizados com condições médicas graves que não responderam aos regimes antibióticos padrão (Bastos, 2008). A epidemia chegou ao País no início dos anos 1980, quando a *AIDS* era pouco conhecida e não existia resposta terapêutica eficaz. Em 1982 cunhou-se pela primeira vez o termo síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA. A partir deste momento, intensificaram-se os estudos sobre a doença. Já em 1983, pesquisadores franceses e americanos conseguiram isolar o agente etiológico da *AIDS*, um retrovírus, e esclareceram assim os mecanismos de transmissão da doença, que se dava por via sexual e sanguínea (Basta,2006).

5. Discussão

A biossegurança está vinculada à observância da qualidade dos procedimentos e aplicações das técnicas, que objetivam a obtenção de processos, produtos e serviços. Seus verdadeiros fundamentos somente podem ser encontrados por meio de uma ação multidisciplinar que inclua, além das ciências médicas e biológicas, também a filosofia, o direito, a antropologia, a ciência política, a teologia, a comunicação, a sociologia, a economia, dentre outros (Navarro et al.,2014). A busca na literatura por material correspondente a temática, se mostrou limitado, tendo diversos hiatos nos anos de publicação de estudos integralizadores do contexto Biossegurança e população, enfocando em sua maioria uma realidade técnica.

As mudanças nos processos produtivos decorrentes das duas grandes guerras mundiais e os esforços de reconstrução pós-guerra deram forma a novos problemas e necessidades de saúde relacionadas ao trabalho, corroborando para que profissionais se juntassem à equipe médica, enfocando aspectos de higiene, ergonomia e segurança do trabalho, conformando a prática da saúde ocupacional (Dias & Hoefel,2005). Profissionais da linha de frente ao

combate às doenças identificaram a necessidade de cuidados próprios e mudanças de hábitos pela população para que houvesse um declínio e posterior controle das doenças infecciosas.

Os riscos biológicos são os mais comuns nos serviços de saúde e entre esses, existe densa população microbiológica causadora de infecções cruzadas, através do contato com sangue e outros fluidos corporais. Após o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS e o crescimento do número de pessoas infectadas pelos vírus da hepatite B e C, esse risco aumentou consideravelmente (Mastroeni,2006). A adoção das medidas e normas de biossegurança no trabalho em saúde se tornou então cada vez mais fundamental para a prevenção de danos aos trabalhadores, independente da área de atuação.

Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo dispositivo de uso individual destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador durante a realização de suas atividades, incluindo luvas, máscaras, aventais, protetores oculares, faciais, respiratórios e de membros superiores e inferiores (Nishide & Benatti,2004). Esse tipo de proteção vem sendo aprimorado no decorrer das décadas mediante as diferentes crises em saúde, e hoje são indispensáveis no dia a dia profissional.

Contudo, não foi apenas no nicho profissional que tais medidas de proteção foram intensificados, e não é necessário ir muito aquém do atual cenário mundial para perceber isso. A população foi treinada a um olhar vigilante no ramo da biossegurança, tendo cada vez mais noção dos riscos de contágio e tornando mais efetiva a cobrança da conduta profissional segura, com uso correto de materias de proteção. Além de se apropriar positivamente de hábitos como; lavagem das mãos com soluções antimicrobianas e uso de álcool para limpeza das mãos , uma prática que há décadas atrás eram negligenciadas ou desconhecidas pela população e que no atual cenário mundial possui caráter primordial no controle de disseminação de doenças infecciosas pela população em geral.

6. Pandemia de Sars-CoV-2

O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China (Lana,2020). Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus. No dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado (Lana,2020). Em 30

de janeiro, a OMS declarou a epidemia como uma emergência internacional (PHEIC) (World Health Organization,2020).

Até a chegada do SARS-CoV-2, o protocolo de vigilância de síndrome respiratória aguda grave(SRAG) no Brasil não incluía os coronavírus como parte do painel de exame laboratorial na rotina da vigilância, sendo explorado apenas em casos de óbitos e surtos por parte dos Laboratórios Nacionais de Influenza (NICs). A exceção é o Estado do Paraná, cujo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) inclui no seu painel de Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) os tipos sazonais (Lana,2020).

Portanto, a ausência de vacina contra o COVID-19 reforça entre a população, em geral, a adoção das medidas de prevenção contra a infecção, preconizadas pela OMS, como realizar higiene das mãos, evitar ambientes fechados e contato com pessoas provenientes da região onde o surto teve início, distanciamento social e uso de máscaras descartáveis. Para os profissionais da área da saúde, o uso dos óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica/N95, avental, luva de procedimento e lavagem das mãos devem ser utilizados para a prestação de assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção por 2019-nCoV (Belasco & Fonseca,2020).As medidas citadas já eram utilizadas em outras situações, porém com o aparecimento desse novo vírus em escala mundial as medidas de biossegurança foram intensificadas, agora com caráter essencial.

7. Considerações Finais

Ao induzir um processo de urbanização intenso e desordenado, esse modelo cria ambientes sociais e físicos extremamente prejudiciais, favorecendo redes caóticas de infecções de caráter epidêmico e a disseminação de doenças anteriormente confinadas a 'nichos' endêmicos (Cardoso & Navarro, 2007).

Por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: “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”. (Scliar, 2007). Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade, como cidadãos e como seres humanos nos dias atuais.

Então, diversas medidas foram tomadas no decorrer das crises mundiais relacionadas à saúde, sendo quase sempre norteadas pela complexidade da sociedade em constante

movimento e mudança, sendo nos tempos mais distantes algo preceptado por conceitos comumente sociais e pautados em crenças, e no atual cenário embasados quase em suma numa realidade científica dos fatos, com provas contundentes da eficácia das medidas necessárias para controle de doenças pela população.

8. Conclusão

Muito se evoluiu em relação ao conhecimento da relação doença e humanidade ao longo dos anos: novas técnicas para diagnóstico, maior conhecimento das características de infecção, e maior aprimoramento das ferramentas epidemiológicas para estudo da distribuição da doença e suas tendências, além da importância da doença no cenário econômico, político e social e de métodos mais eficazes no controle de riscos bem como de disseminação de doenças em massa. A informação favorece conscientização e gera ação, ação essa que se mostrou em constante evolução ao longo do tempo e das crises de saúde experienciadas pela humanidade, tornando-se cada vez mais eficaz.

Referencias

Barata, R. de C. B. (1987). Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(1), 9-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000100002>

Barros, M. B. de A. (2017). Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. *Revista de Saúde Pública*, 51, 17. 2017. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000156>

Barros, S. G., Vieira-da-Silva, L. M. (2016). A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev Saude Publica*, 50, 43. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005801>

Basta, P. C. (2006). As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 456-458. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200023>

Bastos, F. I. (2008). "Get back to where you once belonged": monitoring the AIDS pandemic in the 21st century. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , 13(6), 1719-1727.

Belasco, A. G. S., Fonseca, C. D. (2020). Coronavírus 2020. *Rev Bras Enferm.* 2020,73(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>.

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

Cardoso, T. A. de O., & Navarro, M. B. M. de A. (2007). Emerging and reemerging diseases in Brazil: data of a recent history of risks and uncertainties. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 11(4), 430-434. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702007000400013>

Costa, L. M. C. da, & Merchan-Hamann, E. (2016). Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 7(1), 11-25. Recuperado de http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=pt&tlng=pt.

Cox, N. J., & Subbarao, K. (2000). Global epidemiology of influenza: past and present. *Annual review of medicine*, 51, 407-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.51.1.407>

Rezende, J. M. de. (1). Epidemia, Endemia, Pandemia, Epidemiologia. *Revista De Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology*, 27(1). <https://doi.org/10.5216/rpt.v27i1.17199>

Dias, E. C., & Hoefel, M. da G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 817-827. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>

Domingues, C. M. A. S., et al (2019). Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(2), e20190223. Epub 03 de outubro de 2019. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200024>

Domingues, C. M., de Oliveira, W. K., & Brazilian Pandemic Influenza Vaccination Evaluation Team (2012). Uptake of pandemic influenza (H1N1)-2009 vaccines in Brazil, 2010. *Vaccine*, 30(32), 4744–4751. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.05.007>

Fan, H., Conner, R. F. Villarreal, L. P. (2005). *AIDS: science and society* (4a ed.). Boston, MA: *Jones and Bartlett Publishers*.

Gualda, D. M. R, Bergamasco, R.(2004) *Enfermagem, cultura e o processo saúde doença*. São Paulo: *Ícone*.

Hegenberg, L. (1998). *Doença: um estudo filosófico* [online]. Rio de Janeiro: Editora *FIOCRUZ*.

Lima, M. A. de. (2001). Doença: um estudo filosófico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(2), 119. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000200012>

Lana, R. M., et al (2020). Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3), e00019620. Epub March 13, 2020.<https://doi.org/10.1590/0102-311x00019620>

Le Goff, J. (1985). *As Doenças tem história*. Lisboa: *Terramar*.

Lifson, A. R. (1998). “Do alternate modes for transmission of human immunodeficiency virus exist? A review.” *JAMA* vol. 259.

Marinho, M. B. (2000). Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6), 103-110. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100008>

Mastroeni, M, F. (2006). Introdução à Biossegurança. In: *Biossegurança aplicada a laboratório e serviços de saúde*. São Paulo: Atheneu.

Ministério da Saúde. (2010). *Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : *Ministério da Saúde*.

Moncorvo filho, A. (1924). O pandemônio de 1918: subsidio ao historico da epidemia de gripe que em 1918 assolou o territorio do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Departamento da Creança, <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2020v58n58ID21540>

Navarro, Marli B. M. A., et al (2014). Inovação tecnológica e as questões reflexivas do campo da biossegurança. *Estudos Avançados*, 28(80), 223-236. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142014000100019>

Nishide, V. M., & Benatti, M. C. C. (2004). Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 406-414. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400006>

Pereira, M. E. de C., et al (2012). A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6), 1643-1648. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600027>

Pessoa, S. B. (1950). Problemas brasileiros de higiene rural. São Paulo: *Renascença*.

Piza, J. T. (1964). “Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo”. *Arquivo Higiene Saúde Pública*, 29, 7-46.

Ribeiro, A. C. R. de C., et al (2020). A gripe espanhola pela lente da história local: arquivos, memória e mitos de origem em Botucatu, SP, Brasil, 1918*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190652. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.190652>

Santos, L. A. de C. (1994). Um século de cólera: itinerário do medo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), 79-110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311994000100005>

Sevalho, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , 9(3), 349-363, Sept. 1993.

Sevalho, G. (1993). Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 349-363. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300022>

Snow, J. (1967). Sobre a maneira de transmissão da cólera. USAID. Rio de Janeiro, PAPPE.

Sontag, S. (1989). *A Aids e suas metáforas*. Trad. Paulo Henrique Brito. São Paulo, Companhia das Letras. Taubenberger JK, Morens DM. (2013). Influenza viruses: breaking all the rules. *mBio*. Jul,4(4), e00365-13.

Temporão, J. G. (2009). O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 18(3), 201-204. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300001>

Valle, A. R. M. da C., et al (2008). Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Escola Anna Nery*, 12(2), 304-309. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000200016>

Weiss R. A. (1993). How does HIV cause AIDS? *Science (New York, N.Y.)*, 260(5112), 1273–1279. <https://doi.org/10.1126/science.8493571>

World Health Organization. (2020). IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC).

Zambon M. (2014). Influenza and other emerging respiratory viruses. *Medicine (Abingdon, England: UK ed.)*, 42(1), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2013.10.017>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Julio Cesar Ramos Cadilho – 50%

Cláudia Maria Pereira – 25%

Tatiane Azeredo Omena – 25%