



**V CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
VI SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
V CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Eixo: Território, Planejamento, Desenvolvimento e Conflito

**Cidades: Lócus de Epidemias e Pandemias na História**

Charon Mahrara de Araújo Leite <sup>1</sup>  
Sandra Maria Scheffer<sup>2</sup>

**Resumo:** As cidades podem ser compreendidas como um mosaíco composto por diferentes zonas, cada qual com suas funções e que se conectam umas as outras. A formação das cidades foi concomitante à dispersão de doenças, na Antiguidade haviam relatos de pestes que dizimavam cidades. Este trabalho tem como objetivo vincular o processo de constituição das cidades com a insurgência de pandemias e epidemias ao longo da história. De caráter qualitativo, utilizou-se da revisão bibliográfica para sua construção. Inferiu-se que as cidades são o lócus da dispersão de doenças e que as condições de habitação são um relevante elemento neste processo.

**Palavras-chave:** Cidades; Pandemias; Planejamento Urbano.

**Abstract:** Cities can be understood as a mosaic made up of different zones, each with its own functions and connected to each other. The formation of cities was concomitant with the spread of disease; in ancient times there were reports of plagues that decimated cities. The aim of this study is to link the process of establishing cities with the emergence of pandemics and epidemics throughout history. It is qualitative in nature and used a literature review for its construction. It was inferred that cities are the locus of the dispersion of diseases and that housing conditions are a relevant element in this process.

**Keywords:** Cities; Pandemics; Urban Planning.

## INTRODUÇÃO

Antes de se adentrar no processo de formação das cidades vinculadas à dispersão de pandemias e epidemias, cabe compreender o que é uma cidade e diferenciá-la de município. Como município compreende-se a unidade autônoma de menor hierarquia da organização político-administrativa, nele estão inclusos tanto a área urbana quanto rural (IBGE, 2010a). Por cidade, entende-se o local que sedia a Prefeitura Municipal, sendo constituída pelo perímetro urbano (IBGE, 2010b).

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, 18001165@uepg.br.

<sup>2</sup> Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Doutora em Gestão Urbana pela Pontfícia Universidade Católica do Paraná, smscheffer@uepg.br.



Sposito (2004) caracteriza as cidades como o lócus do desenvolvimento do capitalismo tornando-se então quem comanda a divisão social do trabalho. É nela que se concentra a força de trabalho e os meios de produção,

[...] e, portanto, é o lugar da gestão, das decisões que orientam o desenvolvimento do próprio modo de produção, comandando a divisão territorial do trabalho e articula a ligação entre as cidades da rede urbana e entre as cidades e o campo. Determina o papel do campo neste processo, e estimula a constituição da rede urbana (Sposito, 2004, p.65-66).

Considera Corrêa (1989) que o espaço urbano é fragmentado ao mesmo tempo em que as partes se articulam e mantêm relações com as demais, podendo ser expressas nos deslocamentos de uma localidade à outra e nas tomadas de decisão e investimentos aplicados. A cidade capitalista expressa fortemente a divisão de classes por meio da segregação das áreas residenciais. Constitui-se então um mosaico de áreas com características diversas e desiguais que possuem interlocução entre si.

Quanto à principal função da cidade, Mumford (2004, p. 616) descreve como a “conversão do poder em forma, da energia em cultura, a matéria inanimada em símbolos vivos de arte, a reprodução biológica em criatividade social”. Tendo ainda como missão final o incentivo da participação consciente dos sujeitos nos processos histórico e espacial, sendo a cidade capaz de atribuir aos sujeitos a interpretação dos processos que nela ocorrem e ainda torná-los parte ativa e formadora.

É válido ressaltar que as cidades são perpassadas pelas desigualdades, Scheffer (2017) evidencia que existem cidades no interior da cidade, a formal e a informal. A cidade formal é aquela considerada legal, estando dentro dos padrões do planejamento urbano, geralmente habitada pela população de maior renda e que possui acesso aos equipamentos públicos. Já a cidade informal com características de falta de legalidade e que pode concentrar a população mais vulnerável que não conta com o mesmo acesso a infraestrutura e equipamentos.

Neste sentido, ela também é um campo e um objeto de lutas pelo direito à cidade e pela cidadania dos sujeitos sem distinção. No entanto tais direitos não estão assegurados à população como um todo. Os grupos sociais excluídos não produzem a cidade da mesma forma que os demais, mas a transformam nos espaços que lhes são concedidos pelos proprietários fundiários — as periferias (Corrêa, 1989).

A produção destes espaços é uma forma de resistência e uma estratégia de sobrevivência:

Resistência e sobrevivência que se traduzem na apropriação de terrenos usualmente inadequados para os outros agentes da produção do espaço, encostas íngremes e áreas alagadiças. Trata-se de uma apropriação de fato [...] (Corrêa, 1989, p. 30).



Cabe refletir que apesar de, numa forma de resistência e de fazer valer o direito à habitação e à função social da cidade, aqueles sujeitos que foram inseridos nas cidades informais, permanecem sem acesso aos equipamentos e serviço públicos, tais elementos tem fortes impactos nas inequidades em saúde. Cohen, et al (2011) aponta que as carências habitacionais, bem como a falta de saneamento básico são determinantes que exercem influência na mortalidade e está vinculado aos níveis de pobreza e inadequação territorial.

Outro elemento fundamental no processo saúde doença é referente as condições de habitação — a habitabilidade —, que tem influência direta no processo saúde-doença, seja pelas condições da habitação como pelo acesso ao saneamento básico, pela segurança — tanto contra intempéries quanto por situações de violência — como pelas demais necessidades físicas e psicossociais que proporcionam aos sujeitos, compreendendo que as desigualdades e iniquidades habitacionais acarretam em consequências negativas para a saúde (Bonduki, 2001).

De modo geral, a concepção de cidade e suas características são dinâmicas, passando por constantes transformações. É definida por processos históricos e sociais e se compõe como um mosaico diverso e divergente de paisagens, serviços e classes que, ainda que diferentes, são partes interligadas. É produto da divisão social do trabalho e reprodutora do sistema capitalista. É a sede das tomadas de decisão e da concentração do poder e é também um campo de lutas pelo direito à sua apropriação no sentido da totalidade.

De natureza qualitativa e utilizando-se da revisão bibliográfica, o presente trabalho objetiva vincular o processo de constituição das cidades com a insurgência de pandemias e epidemias ao longo da história.

A pesquisa qualitativa é aquela que trata dos dados que não podem ser quantificados, aqueles que são subjetivos, buscando compreender os fenômenos de acordo com as singularidades e simbolismos à eles atribuídos, de modo a realizar a aproximação entre sujeito e objeto compreendendo os significados imbuídos às estruturas e relações (Minayo; Sanches, 1993)

Para fundamentar a pesquisa foi adotado como procedimento a revisão bibliográfica, realizada por meio de pesquisas encontradas em livros, artigos, reportagens, entre outros, sendo que tal metodologia não supõe novas contribuições em relação aos materiais utilizados (Garcia, 2016).

O presente artigo foi dividido em quatro seções, sendo a primeira a introdução, a segunda “O Desenvolvimento das Cidades e a Dispersão de Pandemias e Epidemias”, a terceira trata dos resultados da pesquisa e a quarta refere-se a conclusão do trabalho.



## O DESENVOLVIMENTO DAS CIDADES E A DISPERSÃO DE PANDEMIAS E EPIDEMIAS

Nesta seção discorre-se sobre pandemias e epidemias que marcaram a história das cidades, mesclando-as em seu processo formativo. Mas, primeiramente, é relevante que se conheça o conceito de tais fenômenos: pandemia se caracteriza como um evento epidemiológico de circulação mundial para o qual a população apresenta pouca ou nenhuma imunidade, conforme o Plano de Contingência para Enfrentamento da Pandemia de Influenza elaborado pela OMS (2005). Já a epidemia consiste no aumento do número de casos de determinada doença em diversas regiões, estados ou cidades, no entanto não ocorrendo a nível mundial (Instituto Butantan, 2023).

Compreende-se então que a característica que baliza a determinação de epidemia ou pandemia é geográfica. Historicamente, as cidades são o *locus* onde tais fenômenos se originam e desenvolvem, afetando conseqüentemente a área rural.

O conceito de sindemia corresponde ao acúmulo de duas ou mais doenças de caráter epidêmico, sendo a relação de tais doenças coexistentes potencializadas por fatores sociais, econômicos e ambientais, de modo que “as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros” (Bispo Júnior; Santos, 2021). Compreende-se então que a sindemia ultrapassa os balizadores geográficos, abrangendo também o contexto social que permeia os sujeitos.

Adentrando no processo de formação das cidades, seus primeiros resquícios datam do período paleolítico onde se tinha as “cidades dos mortos”, fundadas pela necessidade que os sujeitos tinham de enterrar seus entes falecidos. Ainda que não se estabelecessem por muito tempo no mesmo local, encontravam abrigos em cavernas, locais que poderiam retornar para suprir suas necessidades, fosse a fome, o acasalamento, para guardar suas ferramentas, praticar seus rituais e suas artes, entre outras (Sposito, 2004).

No período mesolítico, com o advento domesticação de animais e o cultivo de vegetais próprios para alimentação, desenvolveram-se as aldeias, que não devem ser consideradas urbanas — visto que as atividades realizadas eram o que hoje se considera agrícola, assim, os sujeitos passaram a estabelecer-se em determinados locais para acompanhar o desenvolvimento das plantas e animais (Munford, 2004).

Com a domesticação dos animais e cultivo das plantas alimentícias, os caçadores perderam sua função dentro das aldeias. Contudo, os aldeões enfrentavam adversidades, como por exemplo ataques de grupos nômades e animais selvagens, carecendo que alguém realizasse a proteção da aldeia (Munford, 2014). O caçador passou a executar tal



papel, iniciando a delimitação da divisão do trabalho executado pelos indivíduos, fator relevante para que se diferencie a aldeia da cidade já que esta última “exige uma complexidade de organização social só possível com a divisão do trabalho” (Sposito, 2000, p.14).

O caçador tornou-se o responsável pela proteção da aldeia, passando por um processo histórico, e tornou-se chefe político e posteriormente rei. A partir desta transformação nas relações sociais e de poder, iniciaram-se as relações de exploração. Os aldeões davam oferendas aos chefes e posteriormente instaurou-se o pagamento de tributos. Este foi o primeiro passo para a sociedade de classes. A figura do rei era central quanto à formação das cidades, pois detinha o poder de criá-las e modificá-las (Munford, 2014).

As primeiras cidades de fato consideradas urbanas datam aproximadamente do ano de 3.500 a.C. na Mesopotâmia. Foram fundadas próximas aos rios, justamente por encontrarem água, pastos, e condições que favoreciam a agricultura. Questões de cunho social e políticas advindas das aldeias foram relevantes para sua formação, no entanto, a localização das cidades foi determinada por condições naturais (Benevolo, 1997).

Segundo Hardt (2020), desde os primórdios das civilizações, a distribuição, organização e as condições das moradias tiveram ligação direta com a proliferação de doenças contagiosas. A Peste de Atenas é uma das primeiras pandemias que se tem conhecimento, datada no século V a.C. que, em virtude da guerra estabelecida entre atenienses e espartanos por hegemonia de território, encontrou um cenário ideal para sua proliferação com o adensamento populacional que se estabeleceu com os refugiados dos campos. A doença iniciou no ano de 430 a.C. durou 2 anos e teve um intervalo de aproximadamente dezoito meses. Em 428 a.C. a cidade viu irromper a segunda onda da peste que dizimou cerca de um quarto de toda população ateniense (Silva, 2020).

Os que mais sofreram com a peste foram os camponeses pobres que aglomeravam-se em barracas dentro dos muros de Atenas, estratégia de defesa da cidade. Neste ambiente a morte em razão da doença se alastrava de forma mais intensa (Silva, 2020).

A urbanização dos impérios antigos teve papel fundamental para a ampliação do número de cidades pelos diversos continentes, assim como para a atenuação da divisão social do trabalho e complexidade da organização política, além da intensificação dos papéis urbanos e maior inter-relação entre as cidades. O Império Romano teve grande influência para o processo de expansão da urbanização, sendo o responsável por transformar este fenômeno que até então ocorria de forma espontânea, em ocupação de territórios por meio de disputa e conquista (Sposito, 2004).

Por volta da década de 160 d.C., emergiu a Peste Antonina que atingiu o Egito, parte da Ásia e da Europa, durando até aproximadamente o ano de 192 (Oliveira, 2022). Quanto à



sua origem existem duas possibilidades: a primeira de que teria surgido na Selêucia, atualmente Iraque, e a segunda versão aponta para o Egito. A doença teria se espalhado por meio da exportação de grãos egípcios e principalmente pelo trânsito populacional, de modo especial de soldados que retornavam da guerra (Sáez, 2016).

No que tange aos efeitos da peste, estima-se que as cidades tenham perdido entre 13% e 15% da população, fato decorrente da falta de sistemas de higiene e do alto grau de concentração populacional, assim cidades mais populosas como Roma foram mais afetadas devido à sua superlotação (Sáez, 2016).

Oliveira (2022), também aponta que, junto à crise sanitária, estabeleceu-se uma crise econômica e social. Apesar de toda a população — independente de classe social — ter sido afetada pela peste, os grupos sociais viveram suas implicações de formas diferentes. Enquanto a camada rica encontrou soluções por meio de seus investimentos, aos sujeitos pobres restou a migração em busca de melhores condições de vida, o que acarretou a intensificação da infecção e transmissão da doença, principalmente quando se aglomeravam nas cidades.

Quase um século depois, durante os anos de 249 e 270 d.C., surgiu a peste Cipriana, originada no Egito (Geoffroy; Diaz, 2020) e que pode ser considerada um dos maiores fenômenos epidêmicos da Antiguidade que atingiu parte significativa de territórios do império romano, A doença atingiu as seguintes regiões/cidades: Alexandria, Roma, Cartago, Achaia e Sirmio (Silva; Neto, 2020).

De acordo com Souza et al. (2022), a taxa de mortalidade da Peste Cipriana atingia cinco mil pessoas por dia nas grandes cidades, sendo Roma novamente uma das mais impactadas pela doença. Por sua vez, Alexandria viu sua população ser reduzida pela metade em quatro anos de pandemia (Silva; Neto, 2020). Geoffroy e Diaz (2020) estimam que 60% dos mortos pela doença estavam localizados em áreas urbanas.

Demais cidades ficaram desertas, como Macedônia e Trácia “ao ponto de os inimigos de Roma serem autorizados a instalar-se nessas terras como camponeses, na ausência de mão de obra” (Geoffroy; Diaz, 2020, p. 453, tradução nossa). Quanto às demais consequências da pandemia, aponta-se para a baixa de soldados que permitiu que migrantes do norte se estabelecessem no Território. Tal fato somado à emergência do Cristianismo foi responsável pelo fim do “mundo antigo” (Geoffroy; Diaz, 2020).

Diante de tais informações, Hardt, Hardt e Hardt (2020, p. 2) afirmam que:

Em síntese, depreende-se que o crescimento acelerado das cidades antigas, mesmo que apoiado em razoáveis soluções urbanísticas, foi um dos propulsores mais relevantes para o aniquilamento social a partir da mortalidade provocada pelas epidemias, notadamente nas áreas mais adensadas.



Huberman (1986), afirma que as cidades do período da Idade Média iniciaram seu crescimento em regiões de atividades comerciais que se expandiram de forma rápida, tendo as primeiras surgido na região da Holanda e Itália, justamente nos lugares que facilitavam o encontro entre mercadores como cruzamentos de estrada e embocadura de rios.

Uma das primeiras pandemias noticiadas neste período foi a da Peste de Justiniano, que ocorreu entre os anos de 532 e 602 d.C., originada no Egito e disseminada pelo mundo (Brasil, 2008). É considerada a quarta pandemia com maior número de mortos, entre 30 e 50 milhões (Ortiz, 2020).

Enquanto algumas cidades foram devastadas pela doença, outras passaram praticamente intocadas por ela. Isso se deve à organização das cidades, aquelas áreas que possuíam ferreiros e atividades com barulhos altos eram as menos atingidas pela peste, uma vez que ratos evitavam tais localidades. Já as que possuíam maior incidência de açougues foram mais afetadas, pois atraíam roedores. Para além, a largura das ruas também influencia na disseminação da doença, uma vez que os ratos evitam ruas largas (Zampietro, 2021).

Ainda na Idade Média, destaca-se a incidência da Peste Negra, ou Peste Bubônica, iniciada na Ásia Central por volta do ano de 1330 e que se espalhou pelo mundo (Hardt; Hardt; Hardt, 2020). A mortalidade nas regiões asiáticas atingiu 50% das tropas do vale do Huai, dois terços da população do Chan-si e 70% da população da província de Hou-pei. Na Europa estima-se que entre 50% e 75% da população desapareceu em razão da doença (Sournia; Ruffie, 1984).

Sournia e Ruffie (1986) apontam que esta foi uma das catástrofes demográficas mais brutais de que se tem conhecimento. Ruas, comunidades monásticas e aldeias ficaram despovoadas em poucas semanas, a fome que se instalou junto à emergência da varíola agravou a situação, acarretando a perda de cerca de um terço da população europeia no período de três a quatro anos. Como consequência, destaca-se na economia, a concentração de fortunas para poucos sujeitos, fato que favoreceu a expansão comercial.

Para além, destaca-se a alta dos preços somada aos baixos salários, tensões sociais e queda da renda agrária — marcando o fim da era agrária e o predomínio das cidades. Por outro lado, equilibrou a proporção entre terras e população nas áreas consideradas rurais. Esse processo deu início ao declínio do feudalismo, tendo a servidão feudal desaparecido gradativamente e surgindo então o mundo moderno (González, 2020).

Hardt, Hardt e Hardt (2020) afirmam que as precariedades que se faziam presentes na era medieval foram responsáveis por transformações urbanísticas, principalmente no que tange à melhoria da qualidade ambiental das áreas urbanizadas na Idade Moderna, acarretando locais mais salubres e com amplos espaços abertos.



Vale ressaltar que a Peste não foi extinta, ela adentrou à Idade Moderna. Contudo, com o crescente número de casos que vinham ocorrendo e já tendo passado pela doença, os governos estavam cientes das possibilidades de ação para mitigação da doença, ainda que ações concretas e eficientes tenham demorado a ser tomadas. As descobertas científicas acerca do agente patológico, o desenvolvimento de uma vacina e medicamentos eficazes tornaram a Peste menos mortífera (Sourina; Ruffie, 1986).

Os burgos tornaram-se centros comerciais devido à movimentação de mercadores que ficavam próximos a seus arredores, fomentando o êxodo das velhas cidades feudais para as novas cidades em ascensão, onde as oportunidades de trabalho eram mais abundantes. A cidade moderna acarretou a degradação dos feudos (Huberman, 1986).

A urbanização, desacelerada com o declínio do Império Romano, retomou seu ritmo de crescimento aproximadamente no século XII com a construção de uma malha densa de cidades em locais nunca ocupados em regiões da Europa central e ocidental, que possuíam como base econômica o comércio e o artesanato (Sposito, 2004).

É válido ressaltar que o processo da formação das cidades ocorreu de modo diverso pelos continentes. Na América Latina, com a invasão dos europeus, o curso natural de formação das sociedades, principalmente astecas, maias, incas, e tribos indígenas brasileiras, foi interrompido. Os europeus ocuparam os territórios de acordo com seus próprios ideais e interesses, ignorando por completo as formas de sociedade já existentes. Os objetivos dos europeus, aqui destacam-se os espanhóis e portugueses, eram a extração das riquezas minerais, plantações de cana-de-açúcar e criação do gado, e para tanto, utilizaram-se da mão de obra escrava, a princípio dos povos nativos e em seguida de africanos traficados para a América (Castro, 2018).

Conforme Castro (2018), as cidades latino-americanas foram destruídas e sobre elas nasceram as cidades de estilo europeu. Sobre os destroços dos santuários e monumentais edifícios indígenas foram levantados templos cristãos e novas construções europeias.

Com a emergência do sistema de produção capitalista, estabeleceu-se a aliança entre o capital comercial e a realeza, fato que permitiu a formação de Estados Nacionais Absolutistas e o aumento populacional. A imagem do rei foi fortalecida acarretando o surgimento da corte. Ao contrário do período feudal, as cidades modernas foram alicerçadas pela riqueza acumulada (Sposito, 2000).

No Brasil, as primeiras cidades foram fundadas no século XVI, sendo até então um total de dezoito. No século XVII o número de cidades saltou para vinte e oito. Estas, caracterizadas como cidades coloniais, possuíam caráter político-administrativo, militar-defensivo e econômico (Sposito, 2000).

Há que se destacar a incidência da varíola, que pode ter ligação com outras doenças ocorridas anteriormente ao século X, como nos casos da Peste de Atenas e a Praga



Antonina, no entanto não há consenso acerca da origem e data inicial da doença. Fato é que se espalhou primeiramente entre os continentes asiático, europeu e africano (Toledo Jr, 2005).

No Brasil, foi registrada pela primeira vez no ano de 1563 na Bahia causando diversos óbitos, principalmente na população indígena (Schatzmayr, 2001). Entre 1563 e 1564 estima-se que cerca de 30.000 indígenas morreram nos primeiros 90 dias da eclosão da varíola (Gurgel; Rosa, 2012).

A cólera foi outra doença que extrapolou continentes. Surgida na Ásia, há registros da doença em solo europeu no fim do século XII ou início do século XIII, no entanto foi somente no século XIX que ganhou notoriedade de fato, espalhando-se por toda Europa e Américas. Seu modo de dispersão não fora muito diferente das demais epidemias e pandemias, os navios que transitavam de uma região a outra e os fluxos migratórios acabavam por levar consigo o bacilo responsável pela doença (Santos, 1994).

O Brasil foi atingido pela doença no ano de 1855, acumulando até 1856 cerca de duzentos mil mortos, sendo as cidades litorâneas as mais atingidas. As medidas para mitigação do vírus perpassam pelo isolamento dos sujeitos infectados e de modo especial pela implementação do saneamento básico com a instalação de redes de esgoto e de abastecimento de água em determinadas cidades como Rio de Janeiro, Santos e Recife (Santos, 1994).

Santos (1994) aponta que a população mais atingida foi a mais pobre, com más condições de alimentação e de higiene. Os negros escravizados, bem como aqueles considerados livres foram os mais vitimados pela cólera, correspondendo à dois terços do total de mortos pela doença no Brasil.

Adentrando o início do século XX, a Gripe Espanhola, que teve origem nos Estados Unidos da América, eclodiu em plena Primeira Guerra Mundial, matando cinco vezes mais pessoas do que a própria guerra. Ela foi levada, inicialmente, para a Europa por meio de soldados contaminados e se espalhou pelo mundo em cerca de oito meses (Campos Filho, 2020). Estima-se que entre os anos de 1918 e 1919, 50 milhões de pessoas morreram em virtude da gripe (Ferreira, 2020).

No Brasil, a Gripe Espanhola encontrou condições ideais para sua proliferação com as habitações precárias e más condições de higiene. Os primeiros casos em território brasileiro ocorreram por meio de integrantes das missões médico-militares que haviam retornado da Europa. Cerca de 65% da população brasileira foi atingida pela doença e estima-se que 35.240 pessoas morreram (Auerbach; Oselame; Dutra, 2013).

Novamente a população que mais sofreu com a doença foi a que residia nos subúrbios e que não foi beneficiada com as ações sanitárias que ocorriam majoritariamente na região central (Brito, 1997).



Ferreira (2020) aponta que a Gripe Espanhola foi a responsável por fazer com que países como Portugal e Espanha criassem um dispositivo de saúde pública, ainda acrescenta que:

A luta contra a Pneumônica ou Gripe Espanhola, levou muitos países a criarem estruturas que pudessem fazer face à pandemia, com as dificuldades inerentes a um pós-Iª Guerra Mundial e que, a partir da Liga das Nações ou Sociedade das Nações (1919) terá um primeiro Serviço de Saúde com características internacionais. No entanto, só no pós-IIª Guerra Mundial, com a estruturação das Nações Unidas, é criada, em 1947, a OMS (Organização Mundial de Saúde) [...] (Ferreira, 2020, p.9).

Já no século XXI, mais especificamente no ano de 2009, eclodiu a pandemia da Influenza H1N1, também conhecida como gripe suína, em virtude de seus genes serem semelhantes ao vírus que infectava suínos. (Beirigo; Pereira; Silva, 2017).

No primeiro ano, a doença causou cerca de 12.800 mortes no mundo. No Brasil, houve 2.051 óbitos e mais de 44 mil casos confirmados. O público mais atingido foram crianças menores de 2 anos e adultos com idade entre 20 e 29 anos. O grupo de maior risco inclui crianças com idade inferior a 5 anos, gestantes, pessoas idosas com mais de 65 anos, imunossuprimidos e pessoas com doenças crônicas (Bellei; Melchior, 2011).

Partindo para a covid-19, esta é causada pelo coronavírus que teve seu primeiro caso registrado no Brasil em fevereiro de 2020. O alerta para as autoridades surgiu no ano de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (OPAS, 2020).

Desde o início da pandemia até o mês de maio de 2023, momento em que foi decretado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19 (OPAS, 2023), foram confirmados 766.895.075 de casos no mundo todo e 6.935.889 óbitos. No Brasil, 37.579.028 de pessoas foram contaminadas e 702.664 morreram (Paraná, 2023).

O vírus acometeu biologicamente a todos: homens, mulheres, crianças, jovens, pessoas idosas, ricos e pobres. Porém, socialmente, as classes foram afetadas de formas diferentes. Condições de habitação, sanitárias e de isolamento não são as mesmas para as camadas mais vulneráveis e para as mais privilegiadas da sociedade. Também não foi acessível para todos “ficar em casa”, sendo essa considerada uma das principais medidas de mitigação da doença antes da vacinação (Santos, 2020).

A covid-19 pode ser compreendida como uma sindemia, uma vez que seu desenvolvimento se deu em conjunto com outras epidemias como hipertensão, diabetes e depressão, por exemplo, e que potencializam seus efeitos clínicos e sociais (Bispo Júnior; Santos, 2021).

Horton (2020, p. 874), aponta que:



A consequência mais importante de ver a COVID-19 como uma zoonose é sublinhar as suas origens sociais. A vulnerabilidade dos cidadãos mais velhos; Comunidades étnicas negras, asiáticas e minoritárias; e trabalhadores-chave que são geralmente mal pagos e com menos proteções sociais apontam para uma verdade até agora pouco reconhecida – nomeadamente, que não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão protetora seja uma vacina, a procura de uma solução puramente biomédica para a COVID-19 irá falhar (tradução nossa).

Para combater a covid-19, é necessário o desenvolvimento e fortalecimento de políticas e programas a fim de mitigar as desigualdades, uma vez que esta doença possui adentra fortemente em questões socioeconômicas (Júnior; Santos, 2021).

De acordo com Pinto e Cerqueira (2020, p. 44-45), a incidência de novos vírus relaciona-se diretamente com o sistema de exploração em voga:

Há estudos que demonstram que as novas epidemias (SARS, Ebola, os vários tipos de influências, entre outros patógenos) ocorrem devido ao modelo de agricultura e criação de animais altamente extensivo. Este modelo que diminui a distância entre o mundo rural e o urbano e fundamentalmente as barreiras naturais entre a civilização e os animais e seus respectivos, e, singulares, "habitats", expõe a humanidade diretamente a vírus e bactérias que, até então, não se encontrava exposta. Mesmo com os alertas a sociedade, sob a égide do capitalismo, continuou e aprofundou o processo de exploração e destruição do meio ambiente e das relações sociais humanitárias, gerando uma situação singular, ainda não vivida em tempos recentes.

Cabe destacar que no período de finalização desta pesquisa o Brasil foi afetado por uma outra epidemia, a dengue. Até o dia 6 de março de 2024 foram registrados 1.289.897 casos prováveis da doença e 329 óbitos confirmados, sendo que nove estados decretaram emergência, sendo eles: Acre, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo (Ministério da Saúde, 2024)

## RESULTADOS

A história das epidemias e pandemias que assolaram o mundo estão intrinsecamente ligadas à história da formação das cidades. Assim, conforme descrito ao longo da seção anterior, percebe-se que as grandes pandemias e epidemias não são restritas à contemporaneidade, mas decorrem de períodos remotos. A cidade, o planejamento urbano, as condições de habitação e saneamento além da relação dos sujeitos com a natureza influenciam na propagação ou mitigação dos vírus. O desenvolvimento do capitalismo, responsável pela exploração de recursos naturais e que aproxima cada vez mais o urbano do habitat natural de outras espécies é um fator na disseminação dos vírus.

Conforme foi possível observar, ao longo da história o planejamento urbano não esteve preparado para lidar com o avanço de doenças contagiosas. Historicamente os sujeitos em situação de vulnerabilidade social, com piores condições de habitação, sem



acesso ao saneamento básico e água potável estiveram mais propensos a riscos à saúde justamente pelas piores condições na qual estão inseridos.

A habitação foi um fator central no que tange a propagação de vírus – e continua sendo. Conforme visto, os sujeitos que viviam apinhados em habitações com pouca ventilação e escassas condições de higiene e saneamento básico foram afetados de forma mais intensa pelas doenças contagiosas de seus períodos históricos.

Na contemporaneidade, apesar dos avanços nas questões que abrangem o planejamento urbano, a tecnologia, condições de habitação e de saúde, a situação não se dá de modo tão distinto do que fora na Antiguidade. Os sujeitos que de forma geral estão inseridos em localidades que apresentam piores condições de habitação e de habitualidade urbana ainda são os mais afetados por epidemias e pandemias. Torres e Linke (2020, s/p.) apontam que:

O planejamento urbano deve produzir cidades que sejam resilientes aos eventos extremos e disruptivos, como os climáticos e, como vemos agora, sanitários. É preciso promover uma maior ocupação de moradias das áreas centrais, onde há concentração de vazios urbanos, mas também infraestrutura consolidada. É preciso também assegurar uma melhor distribuição de serviços, equipamentos e infraestrutura no território, fortalecendo as centralidades onde as pessoas habitam, e garantindo que estejam conectadas por um sistema de mobilidade urbana eficiente e inclusivo.

A relação entre as pandemias e a humanidade não se encerra com a covid-19. Sob a égide do capitalismo, outras doenças poderão se manifestar, sendo relevante que a sociedade esteja preparada para enfrentar tais mazelas de modo que o planejamento urbano seja um fator de relevância para sua mitigação. A epidemia de dengue em constante crescimento em 2024 comprova que a sociedade não vislumbrou com a covid-19 o fim da dispersão massiva de doenças.

## CONCLUSÃO

Com este trabalho compreendeu-se a cidade como o *locus* da gestão administrativa, sendo um espaço de tomada de decisões, de consumo ao mesmo tempo em que é produtora de bens materiais e imateriais. São formadas por uma diversidade de zonas, cada uma desenvolvendo suas respectivas funções, sejam comerciais, residenciais, industriais e afins, que, apesar de divergirem, estão conectadas umas às outras formando então um mosaico de partes interligadas.

Sua constituição está vinculada ao surgimento de epidemias, pandemias e sindemias. Desde a Antiguidade até a contemporaneidade diversas doenças assolaram o mundo, tendo seu *locus* de dispersão nas cidades e atingindo, conseqüentemente, as áreas rurais. O capitalismo, responsável pela intensa aproximação, e exploração, entre o urbano e



o habitat natural de demais espécies, vem agudizando a problemática do surgimento de novos vírus.

As populações que viviam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, em condições insalubres e habitações inadequadas, foram as mais afetadas por tais mazelas, do mesmo modo pode-se observar que durante a covid-19 a desigualdade delimitou novamente os sujeitos que a vivenciariam de forma mais intensa, a população de baixa renda.

Compreende-se, portanto, que apenas ações em saúde não são suficientes para enfrentá-la, sendo necessário o trabalho intersetorial entre as políticas sociais de habitação, saúde, meio ambiente e infraestrutura para a mitigação de desigualdades, promoção da saúde e garantia da qualidade habitacional.

## REFERÊNCIAS

AUERBACH, P; OSELAME, G. B; DUTRA, D. A. Revisão histórica da gripe no mundo e a nova H7N9. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. Brasília, v.2, n.3, p.183-197. 2013.

BEIRIGO, A. P. T; PEREIRA, I. S; SILVA, P. C. L. Influenza A (H1N1): revisão bibliográfica. **Revista de Saúde e Biologia**. v.12, n.2, p.53-67. 2017.

BELLEI, N; MELCHIOR, T. B. H1N1: pandemia e perspectiva atual. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 47, n.6, p.611-617. 2011.

BENEVOLO, L. **História da cidade**. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva. 1997.

BISPO JUNIOR, J. P; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.37, n.10, p.1-14. 2021.

BONDUKI, N. Uma metodologia para avaliar programas de habitação. In: BARREIRA, M. CARVALHO, M. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informes de Casos de Arboviroses**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informes-de-casos-de-arboviroses>> Acesso em: 06 de março de 2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância e Controle da Peste**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2008.

BRITO, N. A. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. **História, Ciências e Saúde**, v.4, n.1, p.11-30. 1997.

CAMPOS FILHO, R. P. A peste, a gripe espanhola e a covid19 – geografizando as pandemias pelo mundo. **Élisée - Revista de Geografia da UEG**. Porangatu, v.9, n.1, p.1-18, 2020.



- CASTRO, G. R. O surgimento das cidades. **Revista interdisciplinar de estudos contemporâneos da faculdade de Nova Serrana**. Edição VII, V.1. 2018.
- COHEN, S. C; et al. Espaços saudáveis e sustentáveis, biossegurança e resíduos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.24, n.3, p.274-283. 2011.
- CORRÊA, R. L; et al. **O espaço urbano**. Ática, 1989.
- FERREIRA, A. **A Gripe Espanhola de 1918**. Guimarães: Casa de Sarmiento. Centro de Estudos do Patrimônio. 2020.
- GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica - uma discussão necessária. **Línguas & Letras**, v. 17, n. 35, p.291-294. 2016.
- GEOFFROY, A. S; DIAZ, J. P. De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano: Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III dC. **Revista Chilena de Infectología**. Santiago, v.37, n.4. p.450-455. 2020.
- GONZÁLES, H. Pandemias en la Historia: la peste negra y la gripe española, covid-19 y crisis capitalista. **Revista Chakiñan**. Riobamba, n.14, p.130-145. 2020.
- GURGEL, C. B. F. M; ROSA; C. A. P. A varíola no Brasil colonial. **Revista de Patologia Tropical**. v.41, n.4, p.387-399. 2012
- HARDT, C; HARDT, L; HARDT, M. Cidades e pandemia: uma história sem fim? **Revista Políticas Públicas & Cidades**. Boletim Semanal: Cidade e Pandemia, 2020.
- HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**. v.397, p.874. 2020.
- HUBERMAN, L. **História da Riqueza do Homem**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1986.
- IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. 2010a. Disponível em: <[https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/209\\_213\\_Glossario\\_ATLASDEMO%202010.pdf](https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/209_213_Glossario_ATLASDEMO%202010.pdf)> Acesso em: 19 de set. de 2023.
- \_\_\_\_\_. **Cadastro de Localidades Selecionadas**. 2010b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/27385-localidades.html>> Acesso em: 19 de set. de 2023.
- INSTITUTO Butantan. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia**. 2023. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia#:~:text=Quem%20define%20quando%20uma%20doen%C3%A7a,escala%20da%20dissemina%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a.>>> Acesso em: 04 de ago. de 2023.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.
- MUNFORD, L. **A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas**. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2004.



OLIVEIRA, J. C. M. A Peste Antonina: a experiência e o impacto de uma pandemia na antiguidade. **Revista Phoênix**. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.168-183. 2022.

OMS. **Brazil contingency plan to confront an influenza pandemic**. 2005.

OPAS. **Folha informativa sobre a COVID-19**. 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>> Acesso em: 31 de ago. de 2023.

\_\_\_\_\_. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 04 de fev. de 2022.

ORTIZ, R. G. P. La plaga de Justiniano (541-542). **Revista Medicina**. Bogotá, v.42, n.2, p.182-195. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico COVID-19**. 2023.

PINTO, M. B; CERQUEIRA, A. S. Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e o capitalismo. Juiz de Fora, **Revista Libertas**, v.20, n.1, p.38-52. 2020.

SÁEZ, A. La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C. **Revista Chilena de Infectología**. Santiago, v.33, n.2, p.218-221. 2016.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Editora Almedina. 2020.

SANTOS, M. **Por uma Economia Política da Cidade: o caso de São Paulo**. São Paulo: Editora Hucitec. 1994

SCHEFFER, S. M. Cidades: características e política. In: **Políticas Públicas e Sociais: a cidade e a habitação em questão**. 1ª ed. Curitiba: Editora Intersaberes. 2017.

SCHATZMAYR, H. G. A varíola, uma antiga inimiga. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1525-1530. 2001.

SILVA, E. C. M; NETO, B. M. L. A Praga de Cipriano de Cartago (C.249-270 d.C.): uma resposta política e social à pandemia. **Revista Phoênix**. Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.157-187. 2020.

SILVA, J. L. P. A peste em Atenas: lições para os tempos de pandemia de Covid-19. **Revista Internacional de Filosofia**. Santa Maria, v.11, p.1-11. 2020.

SOURNIA, J. C; RUFFIE, J. **As epidemias na história do homem**. Lisboa: Edições 70. 1984.

SOUZA, P. R. R; et al. Pandemias pelo Mundo. **ANALECTA - Centro Universitário Academia**. Juiz de Fora, v.8, n.1, p.1-22. 2022.

SPOSITO, M. E. B. **Capitalismo e urbanização**. 14ª ed. São Paulo: Contexto. 2004.

TOLEDO JR, A. C. C. História da varíola. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.15, n.1, p.58-65. 2005.

ZAMPIETRO, J. M. Uma praga sui generis: novos caminhos para o estudo da mortalidade da Praga de Justiniano (541-750). **Revista Ensaios de História**. Franca, v.20, n.1-2, p.1-19. 2021.