

Influenza e meningite meningocócica: dois exemplos do atraso da elite política brasileira

 jornal.usp.br/artigos/influenza-e-meningite-meningococica-dois-exemplos-do-atraso-da-elite-politica-brasileira/

30 de março de 2020



Paulo Frazão – Foto: Arquivo pessoal

Foram muitas as epidemias desde o Brasil Colônia até o início do período republicano. Durante o Brasil Colônia, temos o genocídio americano, representado pela morte de milhões de índios em decorrência da colonização das Américas pelos europeus. No Brasil, estima-se que a população de 5 milhões de índios por volta de 1500 diminuiu para cerca de meio milhão ao final do século XIX, em decorrência do contato com os brancos europeus e a disseminação de enfermidades. Não podemos esquecer as mortes da população negra no período da escravidão em decorrência dos surtos durante a travessia do Atlântico e a epidemia de cólera que dizimou cerca de 200 mil brasileiros, 2/3 dos quais negros. No período republicano, o País passou por importantes epidemias. A da gripe de influenza, de 1918-1919, e a da meningite meningocócica, entre 1971 e 1975, estariam presentes em todas as listas pelo número de óbitos. As autoridades agem conforme o contexto e a coalização de forças políticas que dão sustentação às ações de cada governo. Em ambas, o contexto era de governos autoritários, centralizadores apoiados por uma elite dominante voltada aos problemas econômicos, sendo os problemas sociais tomados como caso de polícia.

No período da gripe espanhola, o País sofria os efeitos da Primeira Guerra Mundial, atravessava forte instabilidade política e possuía uma economia de base agrária voltada ao mercado externo. A maioria da população residia no meio rural. Nos centros urbanos, a população dependia de casas de caridade e instituições filantrópicas e o papel da polícia sanitária era eminentemente disciplinador.

No período da meningite, o mundo acompanhava os conflitos da Guerra Fria e o País atravessava arrocho salarial, crescimento econômico às custas do endividamento externo, urbanização acelerada e desprovida de planejamento territorial e provisão de serviços básicos, criando-se grandes bolsões/cinturões de pobreza. O País era dotado de importantes hospitais mantidos pelo fundo da Previdência e Assistência Social. Predominava entre os profissionais que atuavam nos organismos sanitários uma prática fiscalizadora que se coadunava com o regime autoritário.

Nos dois casos, a lentidão na resposta e o descaso das autoridades para com as populações de trabalhadores, as famílias de baixa renda e os moradores da periferia e das favelas levaram a um número elevado de óbitos. Nos dois contextos, havia profunda desigualdade social e a indiferença dos segmentos médios e da elite dominante sustentava a posição das autoridades políticas e sanitárias. Essas péssimas condições de vida e trabalho foram motivo para a greve geral de 1917, que paralisou a cidade de São Paulo por cerca de 30 dias, e, 60 anos depois, para as greves dos metalúrgicos do ABC paulista e, em seguida, de outros trabalhadores como bancários, petroleiros e professores, que efetivamente abriram caminho para o fim da ditadura e para a redemocratização do País.

Em meados dos anos 70, existiam duas posições disputando projetos de política de saúde: uma conservadora, que defendia a lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde por meio da assistência individual por prestadores privados; e outra reformadora, que propunha a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada que atendesse toda a população.

Em 13 de março de 2020, as autoridades sanitárias brasileiras reconheceram a transmissão comunitária da pandemia de coronavírus. As informações disponíveis do que estava acontecendo na China, desde o mês de janeiro, não foram suficientes para o reforço da estrutura das equipes de vigilância nos portos, aeroportos e nas principais cidades brasileiras abertas para o mundo.

Desde a destituição da presidente Dilma, temos assistido a uma forte retração dos investimentos públicos em várias áreas, entre as quais cultura, esportes, educação, ciência e tecnologia, e também nas políticas de proteção social que abrangem a saúde, a previdência e a assistência social.

Com isso, tem sido observada redução do número de profissionais de saúde, redução do acesso a medicamentos, piora de alguns indicadores de saúde e aumento das pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde. Os órgãos de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária se ressentem da campanha permanente de desvalorização do

servidor público e do processo de precarização das estruturas de planejamento estratégico e operacional, que se revela na desatualização dos recursos de informática e comunicação, na falta de viaturas e de incentivos para o aperfeiçoamento profissional.

Com essa diminuição da capacidade de resposta do SUS, a pandemia de coronavírus representa uma séria ameaça, não apenas aos serviços de assistência hospitalar, desigualmente distribuídos, em decorrência da lógica de mercado, que tem predominado como orientação da política de saúde, mas sobretudo uma ameaça à população trabalhadora, às famílias de baixa renda e aos moradores da periferia e das favelas.

Implementar medidas emergenciais, tanto de proteção social quanto de proteção econômica, a esse enorme contingente populacional é um enorme desafio que está colocado para o País, se a vontade for, efetivamente, mudar a trama da história brasileira e recuperar a coesão das forças sociais em torno de um projeto de nação justo, solidário e sustentável e com isso reaver o prestígio internacional perdido.