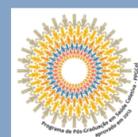


O lançamento do livro “A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano” coincide com a intensificação das iniciativas do Conselho Nacional de Saúde para a proteção física e psicossocial de trabalhadores e trabalhadoras em saúde e a luta em defesa do SUS, da vacina e da retomada do auxílio emergencial justo, que é um esforço para garantir alimento e sobrevivência para todas as pessoas. Temos no Brasil hoje uma política explícita de vulnerabilização e de extermínio, que é visível nas medidas e omissões do governo federal durante a pandemia. É fundamental combater o fascismo e mobilizar a sociedade e as instituições para garantir a democracia, além de reforçar as indicações da ciência e recomendações internacionais. Foi assim que compreendi essa iniciativa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS) de incentivar a produção de artigos sobre o contexto de enfrentamento à COVID-19 em diferentes lugares. Constituir ações de cidadania que ultrapassem as fronteiras das instituições e dos países é fundamental. O compromisso social das universidades na defesa de cada vida precisa se expressar em redes de produção e divulgação de conhecimentos em diálogo com a sociedade. Parabéns às organizadoras, ao organizador e a quem escreveu os capítulos! Boa leitura a todas as pessoas que – como eu – se identificam com seus sonhos e esperanças, ousando nesse momento difícil da história resgatar os melhores valores da humanidade e seguir transformando o mundo!

*Fernando Zasso Pigatto*  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde



Sincronicidade feliz que, no início das comemorações do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência chamado pela Organização Mundial da Saúde, chegue às mãos dos leitores o livro “A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano”. Iniciativa de fôlego do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, mobilizando uma rede internacional de aproximadamente 50 autores e autoras de manuscritos sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19, incluindo iniciativas comunitárias, de gestão setorial e de produção de equidade, no Brasil, na Nicarágua, em Honduras, na Itália e em Moçambique. Festejo a rede formada e as contribuições do livro. Mas festejo, sobretudo, o fato de que são trabalhadores e trabalhadoras da saúde refletindo sobre questões relativas ao trabalho de enfrentamento à pandemia e em investigações para o desenvolvimento de novas tecnologias e para a qualificação da formação dos profissionais. Confirma-se o que está dito na campanha: um sistema de saúde precisa investir na formação e no trabalho, com ênfase na proteção dos seus agentes, que não há sistema de saúde sem trabalhadores e trabalhadoras.

*Mônica Padilla*  
Coordenadora da Unidade Técnica de Capacidades Humanas para a Saúde OPAS/OMS Brasil

**A PANDEMIA E A SAÚDE COLETIVA**  
Produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

Aline Blaya Martins | Luciane Maria Pilotto | Renata Riffel Bitencourt  
Jaqueline Miotto Guarnieri | Alcindo Antônio Ferla - (Orgs.)

# A PANDEMIA E A SAÚDE COLETIVA

## Produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano



Aline Blaya Martins | Luciane Maria Pilotto | Renata Riffel Bitencourt  
Jaqueline Miotto Guarnieri | Alcindo Antônio Ferla – (Orgs.)



Antes de abrir o livro, desacelere e respire. Rememore os deslocamentos de sentidos e sentimentos que a pandemia de COVID-19 promoveu na sua vida. Pense nas invenções de formas de resistência que lhe permitiram atravessar essa difícil temporada e como elas podem iluminar futuros possíveis. Em boa medida, é isso que lhe aguarda nos textos deste livro: reflexões profundas sobre sentidos, sentimentos e invenções promovidas em resposta a este acontecimento singular na história recente. Autores vinculados ou convidados pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nos permitem acessar diferentes estudos e experiências relevantes. E colocarmos em perspectiva o que precisamos e podemos ainda fazer. Sem desconsiderar as perdas que tivemos, eles nos lembram o que ensinou Guimarães Rosa: “um amor tem muitos modos de parecer que morreu”. Assim, em cada página deste livro, encontre o amor escondido ou transbordante nele. E o dissemine.

*Luciano Bezerra Gomes*  
Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

**A Pandemia e a Saúde Coletiva:  
produzindo conhecimentos  
e tecnologias no cotidiano**



**Aline Blaya Martins  
Luciane Maria Pilotto  
Renata Riffel Bitencourt  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Alcindo Antônio Ferla  
(Orgs.)**

**A Pandemia e a Saúde Coletiva:  
produzindo conhecimentos  
e tecnologias no cotidiano**



São Leopoldo  
2021

© Dos autores – 2021

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Revisão: Rui Bender

Diagramação e arte-final: Jair de Oliveira Carlos

Impressão: Rotermund

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Unisinos)

Marluza M. Harres (Unisinos)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Uninove)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

P189 A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. / Organizadores: Aline Blaya Martins, Luciane Maria Pilotto, Renata Riffel Bitencourt, Jaqueline Miotto Guarnieri e Alcindo Antônio Ferla. – São Leopoldo: Oikos, 2021.

357 p.; 16 x 23 cm.; edição trilingue

ISBN 978-65-86578-93-5

1. Saúde coletiva. 2. Pandemia – Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde – Enfrentamento – Pandemia. 4. Pandemia – COVID-19. 5. Saúde mental – Cuidado – Pandemia. I. Martins, Aline Blaya. II. Pilotto, Luciane Maria. III. Bitencourt, Renata Riffel. IV. Guarnieri, Jaqueline Miotto. V. Ferla, Alcindo Antônio.

CDU 614

Catálogo na Publicação:

Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184

## Sumário

A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde .....	7
<i>Alcindo Antônio Ferla, Aline Blaya Martins, Luciane Maria Pilotto, Renata Riffel Bitencourt e Jaqueline Miotto Guarnieri</i>	
<b>Seção 1: Estratégias populares de enfrentamento à pandemia &amp; função social da universidade</b>	
Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19 .....	25
<i>Jaqueline Miotto Guarnieri, Renata Riffel Bitencourt, Luciane Maria Pilotto e Aline Blaya Martins</i>	
Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia .....	41
<i>Tatiane da Rosa Vasconcelos e Alcindo Antônio Ferla</i>	
Grupo virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento .....	63
<i>Karolline da Silva Silveira, Rafael Henrique Flores Ribeiro e Stela Nazareth Meneghel</i>	
Experiência de extensão universitária: plantas medicinais e interprofissionalidade na educação popular em saúde em tempos de pandemia .....	75
<i>Akemi Larissa Moreira Suzuki, Amanda Della Bruna Campos, Caroline Baroni, Jaqueline Miotto Guarnieri, Juliana Silveira Tubino Ranucci, Leticia dos Santos Litran, Renata Riffel Bitencourt, Luciane Maria Pilotto, Magnólia Aparecida Silva da Silva e Renata Vidor Contri</i>	

## **Seção 2: Classe social, gênero e raça: pandemia, pensamentos & reflexões**

- A pandemia e o mercado da saúde no Brasil ..... 95  
*Maurício Almeida Stédile e Aline Blaya Martins*
- Pensando sobre a necropolítica na pandemia ..... 108  
*Rosaura Soares Paczek, Erica Rosalba Mallmann Duarte  
e Alcindo Antônio Ferla*
- Discutindo as interseccionalidades que permeiam a pandemia  
da COVID-19 no Brasil ..... 121  
*Renata Riffel Bitencourt, Jaqueline Miotto Guarnieri,  
Douglas Rodrigues Gonçalves, Aline Blaya Martins  
e Luciane Maria Pilotto*
- A violência contra a mulher em tempos de pandemia  
e a luta feminista: história e contexto ..... 140  
*Samara da Silveira Lourenço, Alcindo Antônio Ferla,  
Luciane Maria Pilotto e Aline Blaya Martins*
- Isolamento social para quem? Notas sobre a pandemia da  
COVID-19 e suas consequências na vida de pessoas trans no Brasil.... 159  
*Guilherme Lamperti Thomazi, Aline Schwalm Andrade Rates  
e Simone Ávila*

## **Seção 3: Iniciativas da gestão**

- Pandemia da COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação  
letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico ..... 179  
*Alcides Miranda*
- Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal  
do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia ..... 209  
*Pamella Morette, Ana Paula Cappellari, Alcindo Antônio Ferla  
e Frederico Viana Machado*
- Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões  
sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-19 ..... 232  
*Fernanda dos Santos Fernandes*

Os diversos traumas no enfrentamento à pandemia: um hospital especializado em urgências envolto na pandemia da COVID-19 ..... 247

*Gladis Jung, Marcelle Rodrigues Schettert e Renata Machado Brasil*

#### **Seção 4: Respostas Internacionais / Redes Ampliadas**

Análisis comparativo de las respuestas a COVID-19 en la escena internacional: pruebas de la ciencia ..... 259

*Joyce Alves da Cruz, Francisco José Mayorga Marín,*

*Tania Rodríguez Vargas, Sheila Valdivia Quiroz,*

*Mara Lisiane de Moraes dos Santos e Alcindo Antônio Ferla*

Respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras ante el COVID-19: enfoques de la epidemiología crítica ..... 278

*William Genderson Barquero Morales, Walter Perdomo Aguilar*

*e Alcindo Antônio Ferla*

Elaborare insieme la direzione verso cui andare: e' tempo di allargare lo sguardo ..... 303

*Maria Augusta Nicoli, Vincenza Pellegrino,*

*Giulia Rodeschini e Vanessa Vivoli*

Cultura, violência contra a mulher, trabalho e COVID-19 em Moçambique: algumas questões para pensar o trabalho em saúde ..... 318

*Lídia Deise Ilídio Sanduane, Lucildina Muzuri Conferso Sunde,*

*Alcindo Antônio Ferla e Izabella Barison Matos*

Artes na pandemia: travessias da Saúde Coletiva ..... 343

Sobre as autoras e os autores ..... 349

Índice remissivo ..... 355





# A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde

*Alcindo Antônio Ferla  
Aline Blaya Martins  
Luciane Maria Pilotto  
Renata Riffel Bitencourt  
Jaqueline Miotto Guarnieri*

## **Introdução**

A pandemia da COVID-19 foi um evento que mobilizou profundamente a vida das pessoas no planeta. Produziu mortes, adoecimentos, negação de conhecimentos e de boas práticas de atenção e gestão por parte de algumas comunidades de pensamento necropolítico. Produziu vacinas, contradições discursivas em entidades profissionais que sempre tiveram a ciência e a tecnologia como mediadoras da autonomia profissional, derrubou governos e desnudou governos. Produziu também enormes redes de solidariedade e resistência em grupos populares e comunidades territoriais, produziu iniciativas de solidariedade universal, explicitou uma crise de civilidade de escala mundial que está por aí há muito tempo, quicá desde sempre para certos grupos e pessoas. Enfim, não é possível falar de pandemia e centrar o pensamento numa linha disciplinar de análise sob pena de recriá-la como abstração, que não corresponde ao fenômeno vivido por milhões de pessoas no planeta e, também, pelo planeta.

A ideia deste livro nasceu nas primeiras conversas após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a COVID-19 uma pandemia e diferentes países tomarem medidas de restrição na circulação das pessoas e adotarem protocolos de cuidados individuais e coletivos na proteção da vida de seus habitantes e com base nas evidências sistematizadas ao lon-

go dos últimos séculos. Foi se adensando nos primeiros meses após a notificação da síndrome respiratória aguda grave, que foi assim denominada, com um questionamento forte sobre o que pode a Saúde Coletiva no contexto de uma pandemia? O que pode um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva de uma universidade pública no contexto de uma pandemia? O que pode a indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão como propulsora da função social das universidades no contexto de uma pandemia? O que podem as pessoas e coletividades diante de uma pandemia?

Os questionamentos não diziam respeito apenas à análise das medidas recomendadas por entidades e organizações de notório reconhecimento e ao acompanhamento dos indicadores de contágio, transmissão, adoecimento, morte e, como insistem em lembrar paradoxalmente, os discursos de negação da ciência e da própria pandemia, de recuperação de doentes. Paradoxo porque, *se é uma gripezinha*, como repetiram constantemente o discurso necropolítico e seus ventríloquos, não haveria tampouco motivos para comemorar a sua superação. O fato é que, a cada semana de evolução da pandemia, também se descobria que o final do episódio agudo da doença, quando o desfecho não é o óbito, é seguido, na maioria dos casos, por um conjunto de sequelas que acompanham as pessoas por um longo período e deverão reconfigurar as demandas de cuidado nos sistemas e serviços de saúde, sejam eles universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sejam eles privados e fragmentados, como o sistema de saúde norte-americano. A pandemia não será superada com a sequência de diferentes ondas da fase aguda, como temos aprendido a chamar os episódios cíclicos de recrudescimento da doença frente à diversidade de respostas nos diferentes países e, ainda mais graves, às diferentes respostas oferecidas pelos países aos diversos grupos sociais.

O fato é que a pergunta foi ocupando o tempo e o pensamento de diversas pessoas inseridas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), assim como ocupou milhares de pessoas em diferentes lugares. A preocupação central, importante destacar uma vez mais, não eram exatamente a

prospecção da evolução da pandemia e a enunciação de possíveis cenários futuros. Não nos ocupamos predominantemente da função de sentenciar o “novo normal”. Entretanto, essa pareceu ser uma tarefa com forte disputa no senso comum e grande presença de sujeitos apocalipticamente buscando momentos de visibilidade na pandemia: autoridades profissionais, políticos, especialistas de redes sociais, negacionistas e idiotas em geral por toda parte. Esses disputavam e ainda disputam sentidos difusos, compartilhados em mensagens de poucos caracteres para questões relevantes sobre a pandemia, como se essa fosse uma entidade capaz de dialogar com tais enunciados. Assim, a *imunidade de rebanho* cruzou os campos e frequentou gabinetes governamentais e de legisladores e autoridades judiciárias, a *prática profissional embasada na ciência* descolou-se das publicações científicas sérias e reconhecidas internacionalmente e se conectou nos grupos de mensagens de aplicativos reiteradamente repetidas, a *verdade da ciência* foi tomada por notícias falsas, multiplicadas em escala e configuradas pelo interesse mais simplista de pessoas e grupos. Essas idiosincrasias da crise de civilidade, que vivemos em escala planetária e com particular intensidade no Brasil, atravessaram-nos e ainda o fazem fortemente. Mas não foram o estímulo predominante para nossa mobilização para a iniciativa de produzir uma rede científica capaz de sustentar respostas singulares a partir do programa.

Foi a vida singular da assim denominada *comunidade acadêmica* que nos mobilizou. Como parte da crise de civilidade que vivemos, as *comunidades acadêmicas* mostraram fragilidades no *comum* que as conecta. O pertencimento institucional tende a ser frágil diante de problemas humanitários e pouco capaz de gerar movimentos. Aqui um novo paradoxo: a orientação de distanciamento social foi apropriada como isolamento social em muitas recomendações. Ora, vejamos, o contágio viral do Sars-COV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* / Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2), o nome oficial do agente etiológico da COVID-19, dá-se predominantemente por aerossóis emitidos por pessoas contaminadas. Reduzir a mobilidade e o contato com aerossóis contaminados é uma medida de bloqueio eficaz indiscutivelmente. Mas os traba-

lhadores da saúde e demais áreas essenciais precisam circular, e, então, a orientação precisa ser tomada como orientação individual e de proteção ao trabalho essencial e seus agentes. Bem, tudo correto. Mas há grupos populacionais que estão submetidos a um modo de vida em que o isolamento/distanciamento não é viável, como as pessoas que vivem em situação de rua e aquelas em vulnerabilidade social, em que o deslocamento cotidiano é fonte de renda e alimento para si e para suas famílias. O que torna tão difícil uma construção social e discursiva que afirme a responsabilidade individual para com as condições coletivas de vida? O distanciamento para a pandemia reivindica uma redução de mobilidade, uso de distâncias seguras, uso de máscaras, medidas de higiene social... mas necessita também de uma enorme e intensa rede de trocas e de apoio recíproco. Não parece oportuno medicalizar a saúde, quando a vida a antecede. Novo paradoxo, a medicalização do discurso sobre a saúde andou em coexistência indivisa com a *desmedicalização* das práticas profissionais, com prescrições de toda parte de medicamentos alopáticos sem eficácia comprovada e com manifestações públicas de entidades profissionais da saúde, inclusive da medicina, em favor de medidas sem qualquer base científica. São muitas as *torções* que a vida pessoal, social e acadêmica foi produzindo ao longo de 2020 nas formas de viver e no pensamento.

Bem, as *comunidades institucionais* tampouco foram o centro da nossa motivação para disparar ações de reflexão em diálogo com o cotidiano no interior do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, que deram origem, em parte, ao livro que oferecemos para sua leitura. Foi um *incomum* que pertence à comunidade institucional e que produz amálgamas fortes de pensamento, de solidariedade e de *afecção*, no sentido deleuziano de potência do sensível (DELEUZE, 2002). Fomos percebendo que a pandemia viral foi produzindo *pandemias* diversas em cada pessoa ou grupo, que convocavam a uma compreensão mais densa de necessidades e cuidados. Entre outras dimensões dessa diversidade, o modo como as medidas de enfrentamento afeta a vida individual, familiar e institucional de cada pessoa foi – e é – muito diverso, mesmo que esses atravessamentos sejam quase universais. Temos, no programa, uma diversidade enor-

me de perfis docentes e discentes: estrangeiros em programas de intercâmbio, recém egressos de cursos de graduação sem emprego fixo, bolsistas (em tempos em que os cortes governamentais vêm aniquilando o ciclo vital da ciência e restringindo drasticamente bolsas, salários, financiamentos e autonomia para pensar e disseminar o conhecimento produzido), ingressantes por cotas (originárias nas políticas afirmativas de inclusão e, portanto, de equalização das diversidades injustas das condições de acesso e permanência na universidade), profissionais de saúde na linha de frente do enfrentamento à pandemia (em uma *operação* descoordenada e que vulnerabiliza o trabalho e seus agentes, como demonstram os índices de adoecimento e morte desses profissionais), homens e mulheres responsáveis por familiares (filhos, pessoas idosas, dependentes ...), artistas (das artes e da vida) e, por certo, uma dezena de fortes candidatos aos prêmios Nobel na área das ciências da saúde (resistir aos tempos que temos vivido é uma excelente plataforma ...). A cada um desses perfis as medidas de enfrentamento à pandemia atingiram de formas muito diversas, mas esses atravessamentos, adicionais ao contágio e suas formas sorológicas de detecção, foram muito frequentes. Fome, desespero, desesperança, ansiedade e pânico, déficits de criatividade e de tempo para a criação, explosão de formas de resistência e de solidariedade no apoio psicossocial a pessoas e grupos nos territórios.

Entretanto, a coletânea de textos não é com narrativas sobre os efeitos da pandemia e das medidas de enfrentamento sobre cada pessoa da comunidade ampliada do programa. A coletânea foi o resultado de uma produção de comum que tomou a proteção da vida e o apoio psicossocial como uma dimensão essencial da produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva. Inspirados na ideia da complexidade no campo e dos hibridismos teoria e prática que o compõem, como nos alertou há alguns anos Madel Luz (2009), que, além disso, identificou as tensões da racionalidade disciplinar e dessas com as lógicas pragmáticas das práticas como marcadoras do processo de desenvolvimento criativo da Saúde Coletiva. Inspirados também no *esperançamento* como condição ontológica do humano e da capacidade de aprender ao longo da vida das pessoas, como base

freiriana para os fazeres docentes (FREIRE, 2013; 2018). Inspirados no trabalho vivo em ato como alma dos fazeres da saúde e da docência na saúde, como nos indicou Merhy (2002) também há algum tempo. Com forte inspiração em outras produções seminais de homens e mulheres da Saúde Coletiva, mas também de saberes tradicionais e ancestrais que, quando aportados ao campo, expandem os fazeres e saberes sobre a saúde e a vida. Nesse contexto de inspirações fortes e eticamente comprometidas com a vida, propusemo-nos a compor redes de pensamento sobre a pandemia em que as fronteiras disciplinares e geográficas fossem secundárias ao desafio de atravessá-las como aprendizagem significativa e permanente em tempos de anormalidades cotidianas. Atravessar fronteiras como uma marca de *terceira margem*, de movimento e transformação ao mesmo tempo, buscando uma metáfora do conto de Guimarães Rosa<sup>1</sup> para pensar na educação permanente como política de aprendizagem (CECCIM; FERLA, 2009). Não se trata, portanto, de nenhum movimento nostálgico de retorno à normalidade perdida, que também entendemos estar na base da crise atual (FERLA *et al.*, 2020). Tampouco de engendrar um “novo normal”, que nos parece quimérico na medida em que estamos desafiados ao que nos envolve no momento atual. Trata-se de não desperdiçar a experiência do presente, como nos lembrou Boaventura Santos (2002) há algum tempo, como dispositivo de renovar as ciências, reinventar as possibilidades de existência e da emancipação social e, assim, libertar a democracia das formas de poder às quais ela foi aprisionada nas últimas décadas. Como nos lembrou Boaventura, “a ciência é para nós um exercício de cidadania e de solidariedade, e a sua qualidade é aferida,

---

<sup>1</sup> No conto “A Terceira Margem do Rio”, Guimarães Rosa desenvolve a história de um pai de família que escolhe o leito do rio, entre uma margem e outra, para passar seus dias, na narrativa de seu filho: “Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia acontecia. Os parentes, vizinhos e conhecidos nossos se reuniram, tomaram juntamente conselho”. O conto foi publicado no livro “Primeiras estórias”, de Guimarães Rosa, lançado em 1962 (<https://contobrasileiro.com.br/a-terceira-margem-do-rio-conto-de-guimaraes-rosa/>).

em última instância, pela qualidade da cidadania e da solidariedade que promove ou torna possível” (SANTOS, 2002, p. 22).

Buscamos uma rede científica que se conectava com diferentes atores e atrizes do PPGCol e, muito rapidamente, percebemos linhas de conexão fortes com a produção de pensamento em diferentes regiões e países. A diversidade de campos disciplinares e inserções no sistema de ciência e tecnologia, em distintos movimentos sociais, em serviços e sistemas de saúde com atividades de gestão e atenção à saúde, em fortes conexões com a participação social em saúde e políticas públicas no Brasil e em outros países ... A crise da pandemia despertou a produção de pensamento como forma de resistência e deu visibilidade e força para conexões que atravessavam o programa, muitas vezes com a discricção própria das instituições acadêmicas, como ação individual e de pequenos grupos de pares. Essas redes foram provocadas à maior visibilidade e a formas de resistência num chamado para pensar nas interseções entre a Saúde Coletiva, como campo híbrido de saberes e práticas e de tensões paradigmáticas, e a pandemia. A partir dessa mobilização foi estruturado um projeto de pesquisa que mobilizou a rede científica para as produções sobre essa temática, parte das quais compõe a coletânea que fazemos chegar à sua leitura. A diversidade de olhares caracteriza as análises e também compõe diversidade de falas, inclusive com diferentes idiomas. Entretanto, não há dispersão aqui; o que buscamos foi a tensão criativa entre disciplinas, saberes e práticas, razão científica e racionalidades pragmáticas do cotidiano no enfrentamento à pandemia. Se houver novos normais, pretendemos que o *sofrimento trágico* da pandemia, como na filosofia nietzschiana, expanda nosso pensamento e nossas práticas, desenvolvendo o campo da Saúde Coletiva e as conexões com a vida das pessoas e coletividades. Ao contrário de ser vivido como drama, como nos quer sentenciar a produção necropolítica, que busca tornar-nos imóveis e dóceis à morte produzida ativamente ou pela vulnerabilização crescente de pessoas e coletividades. Por meio da omissão e do despudor das autoridades e de grupos sociais que emergiram dos porões do negacionismo e projetaram-se ferozmente sobre a ciência, a institucionalidade democrática e a vida mesma, assentados em redes sociais e em discursos falsos repetidos *ad nauseam*.

No trabalho docente, sabemos fazer enlaces fortes entre ensino-pesquisa-extensão e, nessa produção, elegemos como desencadeamento um projeto de pesquisa (“Estudos Multicêntricos sobre impactos da COVID-19 em comunidades vulnerabilizadas”) que estrutura o encontro entre a pandemia, a crise e o compromisso de produzir conhecimentos, tecnologias de ensino e respostas à sociedade.

Nesta coletânea, sistematizamos produções com a diversidade informada, também como homenagem à vida e ao bem viver, como nos propõem os saberes tradicionais, em que déficits na potência de cada vida singular comprometem a vida coletiva. Compromisso ético e político que buscamos nas aproximações iniciais com o campo da saúde coletiva. E produção estética que temos buscado fecundar nesse campo ao longo dos anos. Portanto, também é uma homenagem a uma Saúde Coletiva que está implicada com as vidas de cada pessoa singular e com a proteção da vida em sua dimensão coletiva. Nas leituras que seguem, não há risco de que a Saúde Coletiva e a produção de conhecimentos estejam apresentadas como monumentos. Antes como *máquinas de guerra*, de produção de *multiplicidades* (DELEUZE, 2018).

### **Fazeres de uma Saúde Coletiva em movimento: ocupando a terceira margem para a pandemia**

Pensar sobre a pandemia fez-nos lembrar do livro “A Doença”, do médico social italiano Giovanni Berlinguer (1988), apresentado pelo sanitário brasileiro Hésio Cordeiro como “uma extraordinária contribuição ao conhecimento do processo saúde-doença, seus determinantes e suas implicações na política e na reorganização do sistema de saúde” (p. 7). O livro, que teve sua edição original italiana publicada em 1984 (Editori Reuniti, Roma), foi acessado e lido na edição original pelo sanitário brasileiro David Capistrano Filho num momento em que, conforme disse, a “vida estava por um fio. Talvez por esse motivo eu o li com interesse extraordinário” (p. 2), o que o levou a buscar a tradução e a publicação da edição brasileira, significativamente realizada nos primeiros meses do ano

de 1988, ano em que foi promulgada a Constituição que cria o nosso SUS. Os efeitos das aproximações entre a Reforma Sanitária brasileira e a Medicina Social italiana são bem conhecidos, e o livro é apenas um marco nessa integração.

Sobre a importância do livro de Berlinguer para o processo da reforma sanitária brasileira que estava em plena efervescência, Hésio Cordeiro registra no prefácio que a

Reforma Sanitária não tem como objeto exclusivo o sistema de saúde. Envolve mudanças complexas e articuladas que têm repercussão dos níveis de emprego e salário, habitação, saneamento, condições de trabalho, formas de acesso ao sistema de saúde, e assim por diante. Na trajetória que vai da VIII Conferência Nacional de Saúde à aprovação recente, pela Assembleia Nacional Constituinte, das propostas relativas ao capítulo da Saúde e Seguridade Social, ficaram demarcados vários campos de luta: a construção do sistema único de saúde, a partir da estratégia da descentralização e gestão pelos estados e municípios; a vontade política de mudança no âmbito da Previdência Social e das indecisões do Ministério da Saúde; os conflitos entre uma concepção moderna de administração pública e a política menor de favores e clientelismo; as resistências corporativas (BERLINGUER, 1988, p. 16).

Bem, há aqui um dispositivo óbvio de memória para retomarmos o livro, que é uma proximidade muito significativa com as variáveis que caracterizavam aquele período na transformação da cultura em saúde e do sistema de saúde brasileiro. Na apresentação, Berlinguer informa que o “livro não pretende tratar o assunto de maneira completa”, mas representa uma “tentativa de raciocinar com o leitor, é uma aproximação do tema” em que se chega à conclusão de que nenhuma definição de doença e saúde parece suficiente e que “por esse motivo convém partir dos sofrimentos, das diferenças e anomalias, dos perigos, dos sinais e dos estímulos que cada processo patológico desencadeia e influi na vida dos indivíduos e nas relações sociais” (BERLINGUER, 1988, p. 16). A pandemia aproximou-nos de um contexto em que nenhuma definição parece ser suficiente para abarcar os efeitos da COVID-19 no cotidiano. O certo é que a sorologia de confirmação do diagnóstico não é suficiente para separar aqueles que são afetados por ela e os que não são.

Sendo assim, é preciso mais do que constatar a evolução da doença. É necessário refletir sobre as doenças e a produção da saúde como desafios

históricos e sociais, como *sinais* do processo civilizatório que cada sociedade produz e como *sintoma* do que nos mobiliza a pensar no processo de desenvolvimento econômico e social. Nas palavras do próprio Berlinguer:

Não se pensa num futuro sem doenças, como também numa vida sem evolução e numa sociedade sem contrastes. Na história sempre aparecem novos fenômenos patológicos; cada mutação, mesmo a mais positiva, comporta de fato riscos próprios, porque cada “fator da existência” pode também tornar-se “fator patológico”, qualquer fonte de vida pode transformar-se, se age de forma exasperada ou incontrolada, por causa de um determinado dano ao organismo.

As doenças não são, necessariamente, “contra a natureza”; são, como escrevia a Encyclopédie na época do Iluminismo, “um estado intermediário entre a vida e a morte”. Isso pode conduzir à morte, à cura, mas também a novas adaptações, que nem sempre são menos felizes. (...) A própria saúde deveria ser uma conquista contínua e progressiva: existe um “nível histórico da saúde”, que os homens se propõem continuamente a aumentar. As doenças não desaparecerão, mas hoje podemos, com diferenças em relação ao passado, reduzi-las em número e gravidade, quer seja como evolução clínica dos simples casos patológicos, quer seja como consequências sociais para os indivíduos atingidos. (...) Essas passagens que são, às vezes, verdadeiras inversões de valores e de atos requerem coragem e tempo para se completar e merecem um compromisso pessoal e coletivo” (BERLINGUER, 1988, p. 140).

A pandemia da COVID-19 também nos permite um reencontro com a história. Inevitável compararmos o contexto atual com o início do século passado, especificamente com a revolta popular desencadeada em 1904 no Rio de Janeiro, então capital da República, contra a vacinação obrigatória da varíola, que, aliás, era prevista legalmente desde os anos 1846 para adultos e 1847 para crianças (FIOCRUZ, 2005). Na verdade, a revolta que foi disparada com a vacinação obrigatória contra a varíola representava um descontentamento popular com várias medidas de saneamento e controle de diversas epidemias (febre amarela, varíola e peste) propostas por Osvaldo Cruz (PORTO, 2003; FIOCRUZ, 2005). O Rio de Janeiro, em consequência das condições de saneamento, habitação, renda e higiene urbana, enfrentava consequências de grande magnitude, sobretudo internações, adoecimentos e mortes, provocadas pelas epidemias. As iniciativas governamentais geraram descontentamento e revolta na população, mas constituíram as bases de um sistema de vigilância e imuni-

zações que, por décadas, teve reconhecimento internacional (COSTA *et al.*, 2011). Naquela época, como agora, as tensões sociais incluíram negação da gravidade da doença e das evidências da ciência, interesses econômicos do sistema produtivo e do complexo produtivo da saúde, tensões da sociedade com o governo, entre outras. Talvez a maior diferença entre aquele contexto e o atual é que, no início do século XX, o governo brasileiro atuava com embasamento na ciência e a sociedade resistia; atualmente, a sociedade reivindica medidas de proteção individual e coletiva e o governo federal negligencia a saúde, o sofrimento das pessoas, o conhecimento científico e as recomendações internacionais, sendo reconhecido como um dos países com resposta mais catastrófica à pandemia.

Como no livro de Berlinguer, o planejamento deste livro fez-nos pensar na COVID-19 como *sofrimento*. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), até o início de fevereiro de 2021 haviam sido confirmados no mundo 107.423.526 casos de COVID-19 e 2.360.280 mortes, sendo que na região das Américas foram 47.814.602 casos confirmados e 1.120.144 mortes. O Brasil foi progressivamente assumindo a triste liderança de contágios e mortes, alcançando no mesmo período 11,4 milhões de casos e mais de 277 mil óbitos. Mas o sofrimento também tomou o nosso pensamento diante das notícias de profissionais de saúde não podendo retornar para suas casas com receio de contagiar seus familiares, sendo agredidos por pessoas tomadas pelo discurso negacionista com patrocínio governamental, trabalhadores do sistema funerário exaustos pelo excesso de trabalho e pela mudança nas rotinas, filas de familiares nos cartórios de registro de óbitos, vendo, atônitos, manifestações contra as medidas de restrição da circulação nas cidades e estados. O sofrimento teve, sem dúvida, um destaque importante na experiência da pandemia.

Também pensamos na pandemia como *diversidade*. Diferentemente dos escritos de Berlinguer, o foco desse pensamento não foi o debate entre normalidade e anormalidade, contribuição relevante da saúde coletiva nos seus primórdios, na crítica à epidemiologia clássica. Aqui a diversidade foram, de um lado, as adversidades enfrentadas pelos diferentes grupos

populacionais e territórios no enfrentamento à pandemia. A adversidade que se torna muito visível na postura negligente e genocida tão visível na resposta do Brasil do governo federal, mas, ao mesmo tempo, criativa e diversa, resistente e guerreira dos múltiplos brasis nos territórios locais: comunidades das favelas, indígenas, quilombolas, solidariedade urbana, dos movimentos de trabalhadores rurais doando alimentos... A diversidade que, nos serviços de saúde e nos diferentes lugares onde se realizam trabalhos essenciais, desafiou as tendências dramáticas da pandemia e colocou no gráfico de adoecimentos e mortes um vetor de força com vida e resistência.

A pandemia também nos fez lembrar da pandemia como *perigo*. No livro citado, Berlinguer registra que as doenças são assim consideradas na história com várias motivações: “o risco dirigido à saúde dos outros; a pesquisa de um ‘indivíduo-alvo’, isto é, um bode expiatório em quem descarregar as desgraças da comunidade para libertar-se; e as dificuldades e angústias introduzidas pela doença na convivência familiar e social” (BERLINGUER, 1988, p. 76). É textual a constatação nos tempos da pandemia do “vírus chinês” às definições pejorativas àqueles que mantêm as medidas de precaução. É literal o exemplo das doenças infeto-contagiosas como o perigo que está no outro. A ideia da doença como perigo e as formas de respostas das sociedades têm variações de escala e das vestimentas dos diferentes atores, mas repetição quase literal das ideias e dos comportamentos.

A doença também pode ser um *senal*, diz Berlinguer. Mesmo problemas aparentemente individuais com frequência representam a quebra de equilíbrio, o avanço desordenado de uma lógica sobre a dinâmica da vida. Mas aqui o dispositivo mais ativo de memória não foi o médico italiano. Davi Kopenawa, xamã e liderança indígena da etnia Yanomami, comenta no documentário “A Mensagem do Xamã” (AMIB, 2020): “A Terra é viva, ela não pode ter dono. Você consegue finalmente ver?”, como forma de alertar a população de que os povos indígenas não estão conseguindo impedir a destruição das florestas, o surgimento de novas doenças e o colapso climático que ameaçam a vida de todas as pessoas.

Mas a pandemia também nos fez pensar, como quando lembramos do livro “A Doença”, em estímulo. Estímulo à evolução que esperamos nós como saldo da experiência global do enfrentamento à pandemia, sobretudo do modo como ocupamos os territórios e as instituições e nos relacionamos; estímulo ao desenvolvimento do conhecimento e das tecnologias, como com o rápido desenvolvimento da vacina e de inúmeras pesquisas aprovando ou reprovando procedimentos e técnicas; estímulo à criatividade diante das condições que fazem com que desnaturalizemos os comportamentos e ideias e produzamos formas de vida mais suaves e mais inclusivas, como nas diversas expressões da arte no isolamento, disseminada nas sacadas e nas redes sociais; estímulo à solidariedade entre as pessoas e entre os povos, inventando novas formas não colonialistas e exploratórias de convivência, onde o compartilhamento e a alteridade acompanhem as formas produtivas de existência; e estímulo à transformação dos nossos modos de viver e produzir saúde, tão radicalmente como nos desafia Kopenawa:

Vocês brancos precisam pensar e ver como que essa pandemia aconteceu. Agora todo mundo tem medo dessa xawara nova, do coronavírus, mas por que não têm medo quando matam milhões de árvores e peixes, quando reviram a terra e espalham lixo por todo canto? (APIB, 2020).

Aqui reencontramos a formulação inicial, que colocava um desafio à Saúde Coletiva e às iniciativas para seu enfrentamento. Um desafio pedagógico (FERLA, 2020) com existencialidade educativa, com produção de imaginários e de formas de existir e produzir saúde. Um desafio para o trinômio, tomado nessa dimensão, ensino/pesquisa/extensão como energia de resposta à função social da universidade e como desafio ético a cada pessoa que ocupa esse lugar no tempo da pandemia. Desafio que incluiu a iniciativa dos *Retratos da Pandemia* (<https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/>) com diferentes exposições temáticas de fotografias e *cards* sobre o enfrentamento da pandemia da COVID-19, que transformou o mundo em 2020. No livro, a exposição compõe um capítulo/informe e as ilustrações, que expandem a compreensão dos textos publicados. Os esforços mobilizaram uma rede ampliada de pesquisas, que também foi exitosa por nos permitir a seleção de 17 capítulos autorais de seis paí-

ses e três continentes, que mobilizaram escritas e pensamentos de um total de 46 autorias, distribuídas em produções individuais, em duplas, em trios, em quartetos, em quintetos... Decidimos agrupar tamanha produção em quatro seções temáticas: *Estratégias populares de enfrentamento à pandemia e função social da universidade; Classe social, gênero e raça: pandemia, pensamentos & reflexões; Iniciativas da gestão; e Respostas Internacionais / Redes Ampliadas*. Há movimentos de criação e resistência em todo lugar. Que a Saúde Coletiva em tempos de pandemia precisa potencializar pensamentos, criatividade e compromisso ético com a vida para produzir conhecimentos e tecnologias para o trabalho em saúde e para o fortalecimento da vida!

O desafio não foi pequeno, mas pretendemos ter cumprido uma parte da provocação produzida no apelo do xamã Kopenawa de fazer ver que a vigência do que temos feito até agora está fortemente representada na pandemia. Mas que a potência do que está por dentro, por fora, por cima, por baixo e pelos lados das nossas produções tem capacidade de fazer diferenças com mais saúdes e mais humanidade nas existências.

Boa leitura! Que seu pensamento seja ativado e sua capacidade de fazer movimentos no pensamento e na cultura seja ativada. A Saúde Coletiva chama por coletivos militantes e artífices de novos modos de viver a vida.

## Bibliografia

APIB – ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **A Mensagem do Xamã**: Ajude o povo Yanomami a segurar o céu. (Vídeo). 17 de nov. de 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PUdo0NhjJGU>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.

COSTA, Z. G. A. *et al.* Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Ver. Pan-Amaz Saúde**, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011.

A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000100002>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. Trad.: Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

FERLA, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: AKERMAN, M. *et al.* (Org.). **Atenção básica é o caminho! Desmontes, resistência e compromissos**. A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-124.

FERLA, A. A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes.**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Revolta da Vacina**. Abr. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2#:~:text=Em%20meados%20de%201904%2C%20chegava,ser%20inoculado%20com%20esse%20%C3%ADquido>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FREIRE, P. Nós podemos reinventar o mundo. Entrevista com Moacir Gadotti. **Nova Escola**, 07 mar. 2018. Disponível em: <<https://novaescola.org.br/conteudo/266/paulo-freire-nos-podemos-reinventar-o-mundo>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da Tolerância**. Organização, apresentação e notas Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2021. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERLA, A. A. *et al.* • A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde

PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 53-54, jan. 2003. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ROSA, J. G. **Primeiras estórias**. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1975.

SANTOS, B. S. **Democratizar a Democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

## Seção 1

### Estratégias populares de enfrentamento à pandemia & função social da universidade



Fotógrafo Rafael Stedile. Comunidade de Paraisópolis. Exposição Travessia. Galeria Paraíso. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page\\_id=268](https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page_id=268)>.



## Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19

*Jaqueline Miotto Guarneri*

*Renata Riffel Bitencourt*

*Luciane Maria Pilotto*

*Aline Blaya Martins*

Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.  
A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E, porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E, porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E, porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. E, à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude. (...)  
A gente se acostuma a abrir o jornal e a ler sobre a guerra. E, aceitando a guerra, aceita os mortos e que haja números para os mortos. E, aceitando os números, aceita não acreditar nas negociações de paz. E, não acreditando nas negociações de paz, aceita ler todo dia da guerra, dos números, da longa duração. (...)  
A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele. Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para esquivar-se de faca e baioneta, para poupar o peito. A gente se acostuma para poupar a vida.  
Que aos poucos se gasta, e que gasta de tanto acostumar, se perde de si mesma.  
(COLASANTI, 1996)

Vivemos um cenário inédito e desafiador... A grave pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que provoca a COVID-19 (*Corona Virus Disease-19*), já levou milhares de pessoas a óbito em todo o mun-

do, além de gerar consequências assombrosas e ainda incalculáveis para a economia, o meio ambiente e a saúde global (BUCKERIDGE, 2020).

A rapidez com que se alastrou, o desconhecimento sobre o vírus e o despreparo dos países para o enfrentamento desencadearam diferentes padrões de respostas para o controle da propagação. De modo gradual e com intensidades variadas foram sendo adotadas estratégias como o isolamento de casos, o incentivo à higienização das mãos, à adoção de etiqueta respiratória e ao uso de máscaras faciais caseiras e medidas progressivas de distanciamento social (com fechamento de instituições de ensino; proibição de eventos e de aglomerações; restrição de viagens e transportes públicos; ou mesmo a completa proibição da circulação nas ruas). Todavia, mesmo os países que adotaram medidas semelhantes apresentam diferentes repercussões, uma vez que dependem de aspectos socioeconômicos, culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, assim como de procedimentos operacionais para a implementação das medidas (AQUINO *et al.*, 2020).

No Brasil, os primeiros casos registrados foram em São Paulo entre fevereiro e março de 2020, e agora (dezembro de 2020) o país está entre aqueles com os maiores números de casos confirmados e de óbitos relacionados à COVID-19 (LICHOTTI; GORZIZA; BUONO, 2020). Mesmo em situação alarmante, os números ainda estão distantes de retratar as realidades do país, que carece de políticas de testagem e apresenta deficiências nas notificações (AQUINO *et al.*, 2020).

Além do obscurantismo e da omissão de casos, desde o início da pandemia observamos por parte dos governantes a adoção de uma postura negacionista, que questionava a veracidade, a gravidade e as possíveis consequências advindas da COVID-19. A falta de condução e coordenação da crise, a falta de diretrizes comuns, a resistência em impor o distanciamento controlado com medidas mais restritivas, a falta de incentivo para pesquisas e desenvolvimento de tecnologias são algumas das barbáries vistas e que estão diretamente ligadas à gravidade da crise sanitária (CAPONI, 2020).

Tais ações, ou a ausência delas, possuem intencionalidade, e suas raízes encontram-se ligadas à conjuntura político-econômica neoliberal, que preza o capital e supervaloriza a propriedade privada e os meios de produ-

ção, em detrimento das políticas sociais e que configura um modo de existência contemporâneo do capitalismo (VIANA; SILVA, 2018). Estão ligadas também ao grupo político que está no poder e que serve aos interesses econômicos para consumir o desmonte da Constituição Federal de 1988 e subordinar todas as vidas e relações sociais à lógica do mercado (VIVEIROS DE CASTRO, 2019).

Convém destacar que os ataques constantes à nossa frágil democracia, anteriores à pandemia, fortaleceram-se na retórica de que as políticas sociais não cabem no orçamento público. Em virtude disso, acompanhamos nos últimos anos a precarização do trabalho, o aumento da informalidade, cortes na Previdência e na Seguridade Social, a redução de repasses financeiros e o desmonte de políticas públicas voltadas ao bem-estar da população (SILVA, PIRES, PEREIRA, 2019a). Tudo isso, por sua vez, tem intensificado as desigualdades sociais e colocado um contingente significativo de pessoas em situação de vulnerabilidade frente à pandemia e a incapacidade de lidar com as suas consequências (NUNES, 2020).

Somam-se a isso outras faces perversas do atual governo, que incita e legitima a violência, a opressão, a perseguição, o desmatamento e a destruição ao invés de promover a emancipação social, econômica e política da população e do país. Assim como descrito por Silva, Pires e Pereira (2019b), a consolidação da “política da devastação” bolsonarista ocorre em atos de racismo, xenofobia, misoginia, homofobia, entrega das riquezas nacionais, destruição da Amazônia, privatizações generalizadas do patrimônio público, incentivo aos garimpeiros para invadir as terras indígenas e assassinar os índios, além de cortes e contingenciamentos na educação, saúde e assistência, entre outros.

A atrocidade desse cenário e os danos provocados, alguns irreparáveis, despertam medos, angústias, repulsas, raivas e, por vezes, nos paralisam e fazem pensar que não existem soluções, que nada seria capaz de mudar essa realidade. No entanto, assim como flores que nascem em desertos, despontam ações e movimentos solidários de luta e resistência, que partem dos nossos para os nossos, que possuem capacidade de amenizar sofrimentos e salvar vidas. Precisamos falar sobre a dura realidade impos-

ta, mas não podemos nos acostumar e aceitá-la passivamente como algo imutável. Precisamos encontrar formas de esperar, e, muitas vezes, é na força que vem dos outros que encontramos a nossa para seguir (re)existindo e promovendo mudanças.

Este texto, além de retratar os impactos da COVID-19 em comunidades historicamente vulnerabilizadas, objetiva apresentar estratégias populares criadas como forma de enfrentamento e mitigação das consequências advindas da mesma. Para tanto, valemo-nos de informações divulgadas em diferentes fontes e que servem à proposta do estudo, inclusive de mídias alternativas criadas como forma de publicizar as ações e monitorar os números da COVID-19, como no caso dos observatórios. Com isso, pretendemos oferecer elementos para a reflexão, que auxiliem a descortinar o atual contexto e subsidiem a construção e o fortalecimento dos movimentos populares em prol da democracia e de condições dignas de vida para toda a população.

### **Vírus, desigualdades e a necropolítica: o retrato do cenário brasileiro**

Desde o início da pandemia, ouvimos com veemência discursos que, ilusoriamente, tratam do fenômeno como algo tênue, uma “gripezinha”, sendo suas consequências iguais para todos, afinal “estamos todos no mesmo barco”. Porém, ainda que a disseminação atinja de forma democrática os indivíduos e grupos populacionais, o vírus encontra na desigualdade social as condições para abater aqueles historicamente desfavorecidos (NAVARRO *et al.*, 2020). Temos observado, por exemplo, que existem elementos que facilitam a propagação do coronavírus, como a baixa escolarização, a alta densidade populacional (JARDIM; BUCKERIDGE, 2020), a dificuldade de manter o isolamento social, a baixa taxa de emprego e renda, o menor acesso a serviços de saúde e ao saneamento básico, as irregularidades no abastecimento de água e coleta de lixo e as precárias condições de urbanização e moradia, entre outros condicionantes que apontam aqueles que, além de estarem mais expostos ao vírus, possuem maiores riscos de vida para além das condições pessoais (CARVALHO; PIRES; XAVIER, 2020; FLEURY; MENEZES, 2020).

Dessa forma, a pandemia tem evidenciado as colossais desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais existentes no mundo, especialmente no território brasileiro, e afeta intensamente os grupos sociais mais vulnerabilizados, como os idosos, as parcelas empobrecidas da população, as pessoas que vivem em situação de rua e sem as condições mínimas para o enfrentamento da doença (SOUZA *et al.*, 2020), assim como os moradores das favelas das grandes cidades, os povos indígenas e quilombolas e as pessoas privadas de liberdade (FLEURY; MENEZES, 2020). A carência de políticas públicas que atendam os diferentes contextos de vida dessas populações e a insuficiência de dados referentes a esses sujeitos diante do cenário epidêmico refletem o desinteresse do Estado e da maioria de seus representantes em responsabilizar-se por essas vidas, tidas como descartáveis (NAVARRO *et al.*, 2020).

O descaso com a população também fica visível através da adoção de uma linha política hospitalocêntrica ao invés do acionamento de serviços descentralizados, como serviços da atenção básica e de assistência social. Esses serviços seriam fundamentais para identificar os casos, atender e encaminhar para serviços de referência, fortalecer a prevenção e identificar necessidades e possibilidades de cada comunidade (FLEURY; MENEZES, 2020). A realidade do sistema de saúde brasileiro foi retratada quanto à disponibilidade de leitos hospitalares por região do país e analisado seu potencial diante da situação pandêmica, sendo que, além da histórica insuficiência de leitos (2,3 leitos/mil habitantes em 2019) e iminente colapso do sistema, em 8% dos municípios brasileiros a distância média necessária para obter atendimento de UTI é superior a 240 km; no Amazonas, a média chega a 615 km (NORONHA *et al.*, 2020). Ou seja, muitas pessoas perecerão sem ter conseguido receber cuidados básicos ou mesmo chegar ao serviço hospitalar.

Nesse sentido, até mesmo os cuidados e as medidas necessárias para o controle da propagação do vírus emitidas pelas autoridades sanitárias não se destinam a toda a população, uma vez que são viáveis apenas àquelas pertencentes à camada mais rica, que possuem a possibilidade de fazer isolamento social, trabalhar de forma remota, utilizar álcool gel e higieni-

zar as mãos (FLEURY; MENEZES, 2020). Da mesma forma ocorreu com o Auxílio Emergencial, que foi a única medida criada pelo governo no intuito de amenizar as consequências econômicas da pandemia para a parcela mais carente da população. Entretanto, tal medida apresentou inúmeras falhas e foi incompatível com a realidade de muitos, que, além de não ter acesso à internet e ter dificuldades para efetuar o cadastramento, tiveram o auxílio negado sem justificativas. Com efeito, nas favelas de todo o país, 41% das famílias não conseguiram ter acesso a nenhuma das parcelas do auxílio emergencial, valor esse que serviria minimamente para a subsistência (BRASIL DE FATO, 2020a).

A precariedade dessas vidas reflete o histórico racismo institucional e estrutural e denuncia a necropolítica perpetrada pelo Estado, que segue promovendo opressões e executando o genocídio de grupos brasileiros vulnerabilizados (NAVARRO *et al.*, 2020). Importa pontuar que a noção de necropolítica e necropoder foi apresentada a nós por Mbembe (2018) e se refere às maneiras como as vidas são subjugadas ao poder e submetidas a condições que lhes conferem o status de “mortos-vivos”, sendo o Estado que decide quem pode viver e quem deve morrer.

A cor e o CEP dos óbitos por COVID-19 apenas corroboram tal constatação. Mesmo com a ausência da informação sobre a cor das vítimas em uma parte significativa das notificações, até o mês de agosto, os registros com informações raciais revelam que 59% dos brasileiros mortos em decorrência da COVID-19 eram pretos e pardos (NÓS, MULHERES DA PERIFERIA, 2020). Os dados de São Paulo sobre a mortalidade por COVID-19 mostram que essa chega a ser 10 vezes maior em bairros com piores condições sociais, que incluem favelas, cortiços e conjuntos ou núcleos habitacionais (FIGUEIREDO, 2020). Isso se repete no contexto dos povos quilombolas, em que há grande subnotificação de casos, dificuldades no acesso a serviços de saúde e denegação de exames a pessoas com sintomas, o que tem favorecido ainda mais o apagamento dessa população (OBSERVATÓRIO DA COVID-19 NOS QUILOMBOS, 2020). Da mesma forma no sistema carcerário, em que a superlotação, a infraestrutura precária e a imposição de condições ainda mais degradantes à dignidade das pessoas priva-

das de liberdade – como o uso de contêineres como celas – sentenciam à morte (COSTA *et al.*, 2020).

O extermínio por violência racial fica escancarado quando analisada a atuação atroz e sanguinária da polícia, que através das ações de combate ao tráfico de drogas, principalmente em comunidades periféricas, perpetua resultados desastrosos de alta letalidade e encarceramento. No Rio de Janeiro, somente em 2019 foram mais de 1.800 assassinatos decorrentes de intervenções policiais, sendo que 86% desses são de pessoas negras. Em São Paulo, também em 2019, essas ações mataram 867 pessoas, e 62,8% dessas são negras. Na Bahia, o assassinato de pessoas negras por operação policial chega a 96,9% do total de óbitos. Além disso, em alguns estados, como o Ceará, há um significativo percentual dos registros sem a declaração da cor, o que impede o reconhecimento do perfil das vítimas e está diretamente ligado à manutenção de uma condição socio-histórica de invisibilização e apagamento da população negra (REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA, 2020).

Neste ano (2020), mesmo com a pandemia e suas consequências nefastas para a vida das comunidades, observamos a intensificação das “operações de combate ao tráfico de drogas” e, por consequência, de mortes. João Pedro (14 anos), João Vitor Moreira (14 anos), Kauã Vitor da Silva (11 anos), Leônidas Augusto (12 anos), Luiz Antônio de Souza (14 anos), Maria Alice Neves (4 anos), Rayane Lopes (10 anos), Anna Carolina de Souza Neves (8 anos), Emilly Victoria (4 anos) e Rebeca Beatriz (7 anos) (G1 RIO, 2020) são algumas das crianças, em meio a tantos inocentes, que tiveram suas brincadeiras e sonhos interrompidos covardemente, vítimas de balas perdidas ou por outros “equivocos” por aqueles que deveriam prover a segurança. Muitos casos não são midiaticizados e nem chegam a ser notificados, e por vezes o argumento que justifica essas mortes é o erro técnico, o equívoco profissional, e isso passa a ser visto como simples “confusão”, contribuindo para a naturalização da morte negra (MARQUES JUNIOR, 2020).

Ressaltamos que muitos outros aspectos poderiam ser abordados na intenção de retratar as realidades enfrentadas pela maioria da população bra-

sileira, porém as limitações das páginas nos levaram à escolha de alguns, nem por isso mais importantes. Não temos a pretensão de esgotar ou limitar a discussão em torno desses; apenas abrir caminhos para a reflexão e incentivar a análise sobre a atuação do Estado, que valoriza algumas vidas em detrimento de outras e trabalha para que isso pareça banal e tolerável.

### **Ninguém solta a mão de ninguém!**

Nações em declive na mão desse barrabás  
Onde o milagre jaz  
Só prova a urgência de livros  
Perante o estrago que um sabre faz  
Imersos em dívidas ávidas  
Sem noção do que são dádivas  
Num tempo onde a única que ainda corre livre aqui  
São nossas lágrimas  
[...]  
Tudo, tudo, tudo tudo  
Que nóiz tem é nóiz.  
(EMICIDA, 2019)

Em tempos em que abraços são dispensáveis, a demonstração de afetos ganha outras dimensões. É diante das vidas deixadas perversamente à própria sorte e/ou perdidas e da necessidade de impedir que outras tenham o mesmo fim precocemente que urgem estratégias e ações de diferentes atores e organizações e verdadeiros gestos de solidariedade ao próximo. Essas variam de acordo com as capacidades e recursos existentes e vão desde atos mais individuais a grandes organizações comunitárias com divulgação de informações de forma acessível e dinâmica, distribuição de sabão, álcool e máscaras, arrecadação de doativos até a produção e distribuição de refeições, entre outras. Ao retratá-las, não temos o intuito de romantizar o momento doloroso vivido, mas reforçar a importância que adquirem ao ser, para muitos, a única ajuda existente.

Fleury e Menezes (2020) contextualizam em seu estudo as formas como as favelas cariocas têm enfrentado a pandemia, as ações e os tipos de

organização existentes. Segundo as autoras, as associações de moradores, coletivos e grupos que já existiam e atuavam nesses territórios passaram a organizar-se internamente, estabelecendo planos de ações, mapeando as famílias necessitadas, acionando redes de contatos externos para apoio, organizando e recebendo as doações e a distribuição dos alimentos e prestando contas aos demais moradores. Além da distribuição de materiais de limpeza e máscaras, desenvolveram ações de sanitização, criaram lavatórios nas favelas e canais de teleconsultas, para que a população contratasse médicos voluntários.

Assim como no Rio de Janeiro, outras favelas mostraram enorme potencial e organização, especialmente aquelas que integram o G-10 Favelas, que é um bloco de Líderes e Empreendedores de Impacto Social das Favelas, criado com o intuito de unir forças em prol do desenvolvimento econômico e protagonismo das comunidades e tem atuado em várias frentes durante a pandemia. As ações desenvolvidas incluem a produção e distribuição de marmitas, o trabalho dos presidentes de rua (voluntários que assumem a função de monitorar um determinado número de famílias), a contratação de socorristas e ambulâncias privadas 24 horas, a distribuição de cestas básicas e kits de higiene, a distribuição de máscaras, a criação de centros de acolhimento e de teleatendimento, ações de fortalecimento do comércio local e de auxílio aos trabalhadores autônomos, atuação jurídica e apoio aos imigrantes e refugiados (G10 DAS FAVELAS, 2020).

As ações desenvolvidas em Paraisópolis, que integra o G10 das favelas, ganharam destaque midiático no início da pandemia, pois naquele momento foram capazes de frear o contágio e resultaram em um número inferior de casos e óbitos quando comparados à média do município de São Paulo. Todavia, diante das duras condições de vida, da necessidade de buscar sustento e ausência de apoio a nível dos governos, os dados mais recentes são opostos: os óbitos na favela passaram a ser o dobro da média de óbitos do município. Mesmo assim, embora não tenha mantido o vírus afastado da favela, as ações têm impedido uma catástrofe ainda maior (GORTÁZAR, 2020).

A Central Única das Favelas (CUFA) criou a campanha #Cufacontraovírus e, ao longo dos últimos meses, distribuiu mais de 18 mil toneladas

de alimentos, realizou doações de gás de cozinha, álcool em gel e máscaras e distribuiu mais de 59 mil “vales-mães”, um auxílio financeiro de R\$ 120,00 mensais. Ao todo, a organização beneficiou mais de 5 mil favelas e 1,3 milhão de famílias por todo o país (MÃES DA FAVELA, 2020).

Em Porto Alegre, destaca-se o trabalho realizado pela União de Vilas da Cruzeiro, entidade que atualmente congrega 36 comunidades da Grande Cruzeiro na zona sul, organizadas através de dez núcleos de base. Desde o início da pandemia, o movimento comunitário tem buscado entender a realidade das famílias vulnerabilizadas e pensar estratégias com protagonismo dos envolvidos. A organização está distribuindo refeições, cestas básicas, produtos de higiene, levando informação de como se proteger da COVID-19, revitalizando espaços públicos, mobilizando a comunidade contra o fechamento de unidades de saúde e escolas, entre outras ações potencializadas pelo trabalho voluntário e por parcerias (BRASIL DE FATO, 2020b).

Diante da escassez de dados e de divulgação dos números, diversas comunidades desenvolveram sistemas próprios de informação e monitoramento de casos e óbitos, como o boletim “Curva das periferias”, parceria entre os portais Nós, mulheres da Periferia e Alma Preta, que se propõem a investigar e registrar o impacto da pandemia na cidade de São Paulo (NÓS MULHERES DA PERIFERIA, 2020). Outras plataformas foram criadas, como: “Quilombos sem COVID-19”, que disponibiliza informações relativas à população quilombola (OBSERVATÓRIO DA COVID-19 NOS QUILOMBOS, 2020); “Observa POA”, que apresenta informações sobre o município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2020); “Observatório dos Impactos do Coronavírus nas Comunidades Pesqueiras”, criado por um grupo de pescadores e pescadoras de todo o país, junto com cientistas e apoiadores da pesca artesanal, que visa monitorar os impactos e discutir o enfrentamento à COVID-19 nas comunidades pesqueiras (OBSERVATÓRIO DOS IMPACTOS DO CORONAVÍRUS NAS COMUNIDADES PESQUEIRAS, 2020); “Quarentena indígena”, um portal de monitoramento participativo da doença na internet, onde podem ser feitas denúncias de violações de direitos e homenagens às vidas perdidas (QUARENTENA INDÍGENA, 2020); e “Comunicação contra o corona”, uma plataforma

que reúne uma série de campanhas desenvolvidas por organizações de todo o Brasil, para que sirva de inspiração e amplie o alcance dessas mensagens (COMUNICAÇÃO CONTRA O CORONA, 2020).

A arte também foi uma estratégia bastante explorada e ocupa papel fundamental nessa luta. Através de músicas, desenhos, histórias em quadrinhos, cards, cartazes, grafites, cartilhas, ives, podcast, entre tantas outras manifestações artísticas, foi – está sendo – possível compartilhar informações de forma acessível e condizente com as realidades, transmitir mensagens de conscientização, assim como amenizar angústias, apoiar e incentivar a união de todos para superar esse momento. Destaca-se em especial a criação de uma exposição virtual denominada “Retratos da pandemia”, que reúne imagens fotográficas, cards, vídeos e poesias. Criado por um grupo de estudantes e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), visa somar-se às demais estratégias de luta, problematizando a realidade e provocando reflexões a fim de “abrir as portas dos vários *impossíveis* para tantas situações viáveis e inéditas que surgem nos diferentes contextos” (UFRGS, 2020).

Todas essas ações de proteção à saúde, protagonizadas pela própria população, aliadas à produção de conhecimentos, constituem o campo de práticas de uma vigilância popular em saúde. Embora seja um conceito em construção, Arjona (2018) situa-o como uma proposta de ação contra-hegemônica que utiliza uma metodologia de construção horizontal entre saberes técnico-científicos e saberes populares e que busca a formação de uma nova racionalidade para a saúde coletiva. Diferente da estrutura técnica da vigilância em saúde convencional, a vigilância popular expressa a necessidade de uma maior participação da comunidade na vigilância e emerge como alerta e chamado para a garantia do direito à saúde e à defesa da vida (CARNEIRO; PESSOA, 2020).

### **Algumas considerações**

Ler e escrever sobre os impactos da COVID-19 e as estratégias de enfrentamento criadas a partir da iniciativa popular suscita sentimentos an-

tagônicos e confronta-nos com realidades que, por vezes, nos cegam ou a que acabamos nos “acostumando”. As desigualdades, a ausência de políticas públicas e a necropolítica, sempre presentes, mas agora escancaradas com a COVID-19, têm sido determinantes, agravam as consequências desastrosas sobre a população e colocam o país entre aqueles com os piores indicadores.

A contínua ascensão de casos traz à tona a importância da continuidade das ações de vigilância popular em saúde com o intuito de compreender e evidenciar os reais dados referentes ao enfrentamento das comunidades à COVID-19. Entendemos ainda que, diante do contínuo negacionismo do Estado e da falta de ações efetivas, a integração de mais ações da população civil, das universidades e demais organizações sociais e entidades para a valorização, a manutenção e o armazenamento de tudo o que está sendo produzido seja perpetuado e cresça com a perspectiva de esperar a transformação de nossa realidade através de práticas que possibilitem a liberdade e a autonomia de nossas comunidades.

Longe de encerrar a discussão ou propor soluções, gostaríamos de concluir este texto com um convite àqueles que, assim como nós, não se deixam acostumar perante a dor dos outros e não se calarão às injustiças. Convidamos à ação, a olhar para seu entorno e reconhecê-lo em suas múltiplas realidades, a unir forças com aqueles que estão na luta diária pela sobrevivência e a criar estratégias para tornar possível a mudança almejada. Vamos juntos esperar!

## **Bibliografia**

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2.423-2.446, jun. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

ARJONA, F. B. S. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. **História, Natureza e Espaço** – Revista Eletrônica do Grupo de Pesquisa NIESBF, [S.l.], v. 6, n. 2, jul. 2018. ISSN 2317-8361. Disponível em: <<https://>

[www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/35702/25377](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/35702/25377)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL DE FATO. **Nas favelas, 41% das famílias não conseguiram auxílio emergencial, diz pesquisa**. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/06/29/nas-favelas-41-das-familias-nao-conseguiram-auxilio-emergencial-diz-pesquisa>>. Acesso em: 08 dez. 2020.

BRASIL DE FATO. **União de Vilas desperta o poder popular para encarar o coronavírus na periferia**: Comunidades de Porto Alegre fazem mutirões, distribuem refeições e reavivam o protagonismo do movimento comunitário. Porto Alegre, jun. 2020b. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/07/08/uniao-de-vilas-desperta-o-poder-popular-para-encarar-o-coronavirus-na-periferia>>. Acesso em: 25 de set. 2020.

BUCKERIDGE, M. S. Global analysis of the infection by COVID-19. **Ambiente & Sociedade**, v. 23, p. e0121, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200121vu2020l3id>>. Acesso em: 2 ago. 2020.

CAPONI, S. COVID-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, ago. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 dez. 2020.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e COVID-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00298130, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2020.

CARVALHO, L.; PIRES, L. N.; XAVIER, L. L. **COVID-19 e desigualdade**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

COMUNICAÇÃO CONTRA O CORONA. Disponível em: <<https://comunicacaocontraocorona.org.br/>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

COLASANTI, M. **Eu sei, mas não devia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

COSTA, J. S. *et al.* COVID-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. **Psicol. soc.**, Belo Horizonte, v. 32, e020013, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822020000100412&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100412&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 dez. 2020.

GUARNIERI, J. M.; BITENCOURT, R. R.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19

EMICIDA. **Principia**. Laboratório Fantasma. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=kjggv0xM8Q&ab\\_channel=Emicida](https://www.youtube.com/watch?v=kjggv0xM8Q&ab_channel=Emicida)>. Acesso em: 09 de dez. 2020.

FIGUEIREDO, P. Bairros com maior número de mortes por coronavírus em SP concentram favelas e conjuntos habitacionais”. **G1 SP**, maio 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/04/bairros-com-maior-numero-de-mortes-por-coronavirus-em-sp-concentram-favelas-e-conjuntos-habitacionais.ghtml>>. Acesso em: 09 dez 2020.

FLEURY, S.; MENEZES, P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. **Saúde em Debate**, [s. 1], p. 1-19, set. 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1319/2071/2182>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

G1 RIO. **Doze crianças morreram baleadas no Rio em 2020**. Rio de Janeiro, dez. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/12/07/conheca-as-historias-das-criancas-mortas-baleadas-no-rio-em-2020.ghtml>>. Acesso em: 11 dez. de 2020.

G10 DAS FAVELAS. Disponível em: <<http://www.g10favelas.org/>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

GORTÁZAR, N. G. Paraisópolis, uma favela contra o vírus. **EL PAÍS**, [S.L.], out. 2020. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2020/09/28/eps/1601301353\\_524719.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2020/09/28/eps/1601301353_524719.html)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

JARDIM, V. C.; BUCKERIDGE, M. S. Análise sistêmica do município de São Paulo e suas implicações para o avanço dos casos de COVID-19. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 34, n. 99, p. 157-174, ago. 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200157&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200157&tlng=pt)>. Acesso em: 02 ago. 2020.

LICHOTTI, C.; GORZIZA, A.; BUONO, R. Taxa de mortes por COVID-19 no Brasil é equivalente à dos Estados Unidos. **Revista Piauí**, dez. 2020. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/taxa-de-mortes-por-covid-19-no-brasil-e-equivalente-dos-estados-unidos/>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

MÃES DA FAVELA. **#cufacontraovirus**. Disponível em: <<https://www.maesdafavela.com.br/>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

MARQUES JUNIOR, J. S. O “equivoco” como morte negra, ou como “naturalizar” balas racializadas. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 366-374, ago. 2020. Dis-

ponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802020000200366&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802020000200366&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018. p. 123-151.

NAVARRO, J. H. N. *et al.* **Necropolítica da Pandemia pela COVID-19 no Brasil: Quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer?** preprint, 6 jul. 2020. doi:10.1590/SciELOPreprints.901. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/901/1262>>. Acesso em: 06 dez. 2020.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

NÓS, MULHERES DA PERIFERIA. **Acompanhe o boletim Curva das periferias: negros e pobres diante da pandemia**. 25 ago. 2020. Disponível em: <<http://nosmulheresdaperiferia.com.br/noticias/acompanhe-o-boletim-curva-das-periferias-negros-e-pobres-diante-da-pandemia/>>. Acesso em: 09 dez. 2020.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00063120, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000500501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500501&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

OBSERVATÓRIO DA COVID-19 NOS QUILOMBOS. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ). Instituto Socioambiental. **Casos Quilombolas**. Disponível em: <<https://quilombosemcovid19.org>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

OBSERVATÓRIO DOS IMPACTOS DO CORONAVÍRUS NAS COMUNIDADES PESQUEIRAS. **Boletins**. Disponível em: <<https://observatoriocovid19pescadores.blogspot.com>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. **ObservaPOA**. Disponível em: <[http://www.observapoa.com.br/default.php?p\\_secao=3](http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=3)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

QUARENTENA INDÍGENA. Iniciativa realizada de forma colaborativa por organizações indígenas e indigenistas. Disponível em: <<http://emergenciaindigena.apib.info>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA. A cor da violência policial: A bala não era o alvo. **Centro de Estudos de Segurança e Cidadania**, [S.L.], dez.

GUARNIERI, J. M.; BITENCOURT, R. R.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19

2020. Disponível em: <[http://observatorioseguranca.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Novo-Relat%C3%B3rio\\_A-cor-da-viol%C3%Aancia-policial\\_a-balan%C3%A3o-erra-o-alvo.pdf](http://observatorioseguranca.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Novo-Relat%C3%B3rio_A-cor-da-viol%C3%Aancia-policial_a-balan%C3%A3o-erra-o-alvo.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2020.

UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Retratos da pandemia**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

SILVA, M. R.; PIRES, G. L.; PEREIRA, R. S. A política de devastação e autoritarismo de Bolsonaro, ‘o exterminador do Brasil’: ‘future-se’ para o abismo, sofrimento e adoecimento de Brasil e a urgente resistência ativa. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 31, n. 59, p. 01-15, jul./set., 2019a. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2019e567052>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

SILVA, M. R.; PIRES, G. L.; PEREIRA, R. S. Manifesto contra o neoliberalismo totalitário, a destruição da educação, do meio ambiente, da ciência, da cultura e do ministério do esporte no governo Bolsonaro. E pelo chi, chi, chi, lê, lê, lê!!!. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 31, n. 60, p. 01-18, set./dez. 2019b. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2019e69869>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

SOUZA, E. R. *et al.* **Violência Estrutural e COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41350>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.107-2.118, jul. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Brasil, país do futuro do pretérito**. Série Pandemia. Editora N-1, 2019.

# Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia

*Tatiane da Rosa Vasconcelos*

*Alcindo Antônio Ferla*

## **Introdução**

Este texto, formatado como ensaio teórico e empírico, busca refletir sobre o cuidado em saúde mental no período em que vivemos com dois analisadores importantes: as iniciativas federais de desestruturação da política de atenção psicossocial, principalmente nos últimos quatro anos, e o enfrentamento à pandemia de COVID-19, que coloca o sofrimento mental na agenda do cuidado. Esta reflexão é decorrente de um exercício de pensamento, produzido na disciplina de “Seminário Integrador de Saúde e Sociedade”, que teve encontros virtuais muito produtivos durante o segundo semestre de 2020 com trocas e compartilhamentos de ideias que despertaram reflexões e curiosidades, mesmo na modalidade de ensino remoto. Pensando na temática que mobiliza o estudo no Mestrado em Saúde Coletiva, que é a saúde mental, fica difícil recortar o contexto e escolher apenas um tema do que foi abordado para trazer aqui, pois cada aula trouxe contribuições para (re)pensar essa temática. Por isso farei uma relação do que considero fazer sentido para respaldar minhas colocações, considerando disparadores de pensamento que operaram durante as dinâmicas pedagógicas da atividade de ensino. Como as demais questões da saúde e da vida, em geral, a temática foi atravessada, no ano de 2020, com as medidas de enfrentamento à pandemia de COVID-19, fazendo com que o tema inicial, saúde mental e participação/controlado social, também formassem um triângulo analítico com a condição específica, que representaremos aqui pelas reações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Acredito que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica foram e são essenciais nas práticas do cuidado em saúde de todos os trabalhadores. Mas, mais do que isso, é preciso estudar, apreender e compreender tais pressupostos, suas implicações e objetivos para que não sejam apenas um conceito que traz um novo olhar sobre a saúde mental e sim um cuidar e produzir. Penso que o cuidar está relacionado ao modo como realizamos nosso trabalho enquanto profissionais da saúde... o quanto estamos disponíveis ao encontro com o outro... se nossos princípios estão em consonância com nossas ações... se estamos seguindo ou imitando uma lógica de desinstitucionalização em que controlamos e ditamos nossas próprias regras... etc. Para Meneghel (2007), “as coisas acontecem fora e acontecem dentro, percebemos ouvindo as histórias e relativizando no tapete do coletivo as nossas próprias vulnerabilidades”.

Quando cuidamos do outro, respeitando-o e dando espaço, lugar e voz à sua singularidade, é que conseguimos produzir saúde, laços, redes, caminhos, possibilidades, etc. Machado, Baptista e Alencar (2018) corroboram isso ao falar sobre um dos significados de participação social:

A participação social significa também a sociabilidade, o vínculo e a experimentação para novas possibilidades de existirmos coletivamente, o que, muitas vezes, se relaciona ao enfrentamento político e à criação de estratégias de luta. Na saúde, isto implica aprendermos coletivamente, em ato, integrando saberes, culturas e formas de nos comunicarmos.

Percebo que, ao longo da construção histórica da saúde, as pessoas que detinham o saber médico e que trabalhavam nos sistemas de saúde exerciam o poder sobre as demais, sobre a população que às vezes não entendia o que estava acontecendo, mas que eram obrigadas a fazer o que era imposto. Mas também havia aquelas pessoas que lutavam por seus direitos e que reivindicavam as imposições que lhe eram feitas. Só que, hoje em dia, ainda percebo muitas pessoas vivendo como antigamente, apenas aceitando o que vem de cima sem questionar, sem entender, sem saber o porquê das coisas, e isso é o reflexo de nossa história.

Tais situações levam-nos a responsabilizar não apenas os profissionais da medicina ou que trabalham nos sistemas de saúde, mas também os usuários desses serviços, a nossa sociedade, os sujeitos que buscam ajuda

para suas demandas e que aceitam ser tratados apenas com a medicação como milhares de outros casos que existem por aí, e apenas isso basta. Ao invés de receber o devido olhar e amparo para sua subjetividade sem ser estigmatizado com o seu diagnóstico. Pensando nisso, segundo Machado, Baptista e Alencar (2018):

Os espaços de participação integram um amplo conjunto de pessoas, tais como acadêmicos (lecionando, estudando ou pesquisando), trabalhadores nos serviços (aprimorando as formas de cuidado e demandando melhores condições de trabalho), gestores comprometidos (buscando avanços nas políticas públicas), ativistas de movimentos sociais e, principalmente, os usuários, que de alguma forma somos todos, mas que devem contemplar a diversidade da realidade social em que vive cada um. Esta composição é a grande beleza da participação social, pois nos ensina sobre a sociedade e sobre nós mesmos, ao buscarmos aprender juntos a superar nossas contradições, conviver e articular nossas diferenças. Não é uma tarefa fácil...

Com a Reforma Psiquiátrica há uma reformulação no sentido do cuidar, que passa a ser em liberdade e em espaços comunitários. Porém, mesmo com os muros sendo derrubados, o que permanece é o enraizamento moral e social diante dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental, tanto nos espaços comunitários, que deveriam prestar o cuidado de forma integral e subjetivo; há profissionais que ainda exercem a lógica manicomial através de suas ações e/ou falas, como na sociedade em geral através dos modos de agir e pensar. Além disso, há a discriminação do outro por ser diferente, pois estamos inseridos numa cultura que estigmatiza a diferença, mas cabe lembrar que a reforma é uma via de mão dupla, que, além de estar registrada em lei, também deve ser um campo estudado e discutido na formação e em cada encontro que se produz consigo mesmo e com o próximo.

O cuidado em liberdade toma um sentido agudo em tempos de pandemia de COVID-19, em que a crise de civilidade que o exemplo da saúde mental exemplifica toma proporções inéditas em escala mundial. As relações da liberdade com a saúde ficam explicitadas não apenas pela ideia de que não pode haver cuidado sem liberdade, mas que há situações em que as restrições às liberdades individuais, feitas de forma coletiva, são expressão da produção da saúde. E a crise civilizatória explicitada na pandemia aponta a necessidade de equalizar a circulação de todos para preservar a saúde

VASCONCELOS, T. da R.; FERLA, A. A. • Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia

de cada um e, sobretudo, a vida de quem está exposto às condições de vulnerabilidade que o modo de viver em sociedade criou, sobretudo pelas restrições de renda e acesso a bens de consumo e à moradia, e a vida das pessoas que trabalham em funções essenciais e que sustentam as condições de saúde e de sobrevivência. A crise atual parece recolocar-nos a questão do cuidado em liberdade, apontando a ineficácia das restrições seletivas na história da psiquiatria, muitas vezes utilizadas como punição moral a pessoas e grupos, e propondo a mediação com a ideia da equidade. Mas nos mostra também que há uma tensão que precisa ser cultivada entre a ação do Estado nas políticas públicas, os interesses privados e a participação social. Nesse caso, diante da omissão translúcida da gestão federal no enfrentamento à pandemia, além de estados, municípios e serviços isoladamente, têm visibilidade as iniciativas desencadeadas pelo CNS, cujas recomendações se expressam em dinâmica interação com as questões do cotidiano ao longo do ano de 2000.

### **SUS, participação social e reforma psiquiátrica**

Quando falamos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso ressaltar que ele se insere a partir da luta de toda a sociedade e é um patrimônio de todos os brasileiros. Para Dimenstein (2001):

O SUS pode ser considerado uma das principais inovações da reforma do Estado Brasileiro. É fruto de um amplo processo de discussão em relação à situação de saúde do país, o qual envolveu o Governo, profissionais de saúde progressistas e a população. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, representa um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil, na medida em que se constituiu como o espaço de negociação e definição do SUS enquanto política nacional.

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar vinculado ao de democracia participativa, em que a comunidade participa do poder decisório propondo e definindo o serviço público que deseja. Com isso a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor dessa (BRASIL, 2019).

O controle social é uma diretriz e princípio do SUS; pode ser entendido como a participação da comunidade nas ações de saúde em todas as

esferas de governo, tendo em vista que, quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito. É um mecanismo de fortalecimento da cidadania, que oportuniza aos cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão pública, contribuindo para a aproximação da sociedade e do Estado (BRASIL, 2019).

Um contraponto trazido por Miranda (2019) a respeito do SUS é que:

O SUS ainda não foi legitimado socialmente e apropriado pelo seu valor de uso, muito menos por seus valores redistributivos. Além de suas dificuldades e insuficiências, enfrenta ainda a guerra de desinformações promovida pelo mercado especializado em doenças, que, evidentemente, busca realçar midiaticamente a ineficácia simbólica do “SUS” para continuar capitalizando as vantagens decorridas de tal depreciação.

A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, entre outros, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa fosse consolidado e consagrando o papel do controle social em relação à saúde, o que possibilitou a formulação, fiscalização e mobilização da saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

As Conferências de Saúde têm sua importância reconhecida para a construção de diretrizes na formulação de políticas públicas de saúde e para o fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS que correspondam às necessidades da população. O reconhecimento está orientado no caráter de inovação que se estabelece na formulação e execução de políticas públicas e em sua capacidade de fortalecer o arranjo democrático do Estado brasileiro (BRASIL, 2019).

A primeira conferência aberta à participação popular ocorreu em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, que confirmou o conceito ampliado de saúde, deixando de ser visto apenas como ausência de doença (BRASIL, 2019). Em seguida, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a participação da comunidade é citada como uma das diretrizes que constitui o Sistema Universal de Saúde, além da descentralização e do atendimento integral (BRASIL, 1988).

Em vista disso, constituem-se como espaços de discussão das políticas com a participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades, do SUS, da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros (BRASIL, 2019). Segundo Machado, Baptista e Alencar (2018):

Isto nos faz lembrar que a participação nos conselhos não é apenas uma questão de fiscalizar e aprovar processos burocráticos, mas são também espaços de construção, são lugares para organizar a população e articular diferenças multiplicando afetos e construir ações coletivas que extrapolem estes espaços constitucionais. As ações que construímos pretendem fazer parte da formação cidadã, em escolas de democracia que, em ato, assim como a Educação Permanente, se faz com os saberes de todas as pessoas e comunidades envolvidas, sobretudo aquelas que historicamente têm sua voz abafada e deturpada pelos meios de comunicação. Dar voz para as experiências que a mídia esconde e que atualmente são deturpadas em seus conteúdos e práticas por um senso comum reacionário que simplifica as demandas sociais e naturaliza as relações de opressão. Por esta razão, essas vozes são fundamentais para a compreensão do processo histórico que atravessa nossas instituições e construções coletivas.

Conforme a Lei Federal nº 8142/90, as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, que acontecem de quatro em quatro anos através da representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990). As Conferências são, portanto, vitais para o exercício do controle social por ser espaços institucionais designados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes (BRASIL, 2019).

A Lei nº 8.080, votada em 19 de setembro de 1990, aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços relacionados à saúde. O artigo segundo dessa lei regulamenta o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, trazendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, devendo esse prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício. No artigo 7º são apresentados os princípios do SUS, integrado pelas ações e serviços públicos de saúde e pelos serviços privados contratados ou conveniados, os

quais são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, e entre eles está a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

De acordo com Mehry e Franco (2009):

[...] Nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o 'trabalho em saúde' deve pautar-se pelo 'referente simbólico': ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da Reforma Sanitária; inicia no final dos anos 1970 em prol da defesa da saúde coletiva, mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de cuidado. Tal processo foi estabelecido na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, bem como na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas e valores sociais e culturais, que avança a partir dos serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Incide em territórios diversos, nos governos federal, municipal e estadual, no mercado dos serviços de saúde, nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e no território do imaginário social e da opinião pública, constituindo um processo político e social complexo, composto de instituições, atores e diferentes origens (BRASIL, 2005).

Os objetivos da Reforma Psiquiátrica consistem em questionar o modelo assistencial até então vigente e propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria. Além disso, há também a proibição e a construção de novos hospitais psiquiátricos ou ampliação dos que já existiam, mas desativando os leitos existentes; implantação de uma rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional e inte-

VASCONCELOS, T. da R.; FERLA, A. A. • Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia

gração da saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições (AMARANTE, 1995).

Conforme Carvalho, Bosi e Freire (2009):

O cuidado não implica a rejeição do uso da técnica ou do controle da doença. Abordar, porém, a questão do cuidado é ir além e redimensionar a prática nas instituições de saúde a partir de uma atitude de resposta à necessidade do outro que se pautar pelo respeito, pela escuta de seu sofrimento e pelo acolhimento de sua singularidade. Na realidade, a área da saúde necessita que o cuidado seja caracterizado como a tarefa orientadora de todos os profissionais, pois a arte da assistência à saúde não pode reduzir-se à mera manipulação de objetos.

No Brasil, o Projeto de Lei nº 08/91, do deputado federal Paulo Delgado, foi de fundamental importância, pois o mesmo incorporava as proposições do movimento dos trabalhadores de saúde mental com o objetivo de formalizar a Reforma Psiquiátrica como lei nacional. Dessa maneira, em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2004).

Quando abordamos o trabalho em saúde e o cuidado, Mehry e Franco (2009) reforçam:

[...] o 'trabalho em saúde' é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do 'trabalho em saúde'. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do 'trabalho em saúde': cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.

O trabalho em saúde borra, portanto, a identidade de cada pessoa e produz enlaces entre o individual e um certo arranjo de coletividades. Um arranjo de dupla face: o trabalho somente se realiza de forma eficaz em redes de cuidado, e o trabalho de cuidado nos transforma por meio de for-

ças de subjetivação que operam nas relações entre os diferentes seres que protagonizam as cenas de cuidado por meio da aprendizagem permanente produzida no e pelo trabalho e por meio das visibilidades que o cuidar produz sobre os modos de organizar a vida em cada território. Nesse quesito, a pandemia de COVID-19 explicitou a crise nas políticas de cuidado, sejam elas os documentos oficiais, os discursos e as práticas que representam os lugares de coordenação ou mesmo as diferentes resistências que se estabelecem no âmbito micropolítico do trabalho. Interessa aqui perceber e analisar as reações do CNS, espaço de controle social já caracterizado em relação às funções legais e à atuação na defesa do cuidado em liberdade na saúde mental, na resposta às omissões e ações negacionistas que caracterizaram o governo federal no enfrentamento à pandemia, localizando-o no segmento social com ações claramente necropolíticas (FERLA *et al.*, 2020).

### **O Conselho Nacional de Saúde e o enfrentamento à COVID-19**

Durante o ano de 2020, portanto sob as orientações renovadas de atuação do setor saúde no SUS pelas etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde, o CNS teve protagonismo relevante na resistência política à agudização da crise civilizatória e ao vácuo na coordenação técnica solidamente embasada do Ministério da Saúde e do Governo Federal como um todo, produzindo e sendo sustentado por um segmento social para o qual o extermínio e a produção de vulnerabilidade de extensos segmentos da sociedade são “preço inevitável” para um modelo de país que os mobiliza no campo da política. Para ilustrar a análise dessas ideias, tomaremos as recomendações aprovadas naquele colegiado no ano de 2020, especificamente em relação à pandemia.

No ano de 2020, diante da resistência dos diversos ministros da Saúde em homologar as recomendações emitidas no colegiado, houve a opção política de substituí-las e seu potencial efeito administrativo pelo efeito político, e a cada nova crise provocada pelo governo no enfrentamento à pandemia, o colegiado nacional organizou respostas com base na defesa do direito à saúde e orientação nas recomendações internacionais. Para com-

preender a reação política do CNS, as recomendações foram analisadas e sistematizadas no Quadro 1, que possibilita uma síntese das informações de forma geral. Além de interpretar as informações e apresentar três categorias empíricas, formuladas a partir dos conteúdos das mesmas: proteção aos trabalhadores, vacinação e cuidados e proteção da população.

**Quadro 1.** Categorização de recomendações do Conselho Nacional de Saúde para o enfrentamento à pandemia COVID-19, 2020

CATEGORIAS	RECOMENDAÇÕES
Proteção aos trabalhadores	RECOMENDAÇÃO Nº 065, DE 09 DE OUTUBRO DE 2020. Recomenda medidas de proteção ao trabalho e à Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre. RECOMENDAÇÃO Nº 033, DE 05 DE MAIO DE 2020. Recomenda medidas de transparência na divulgação dos dados estatísticos e notificações compulsórias dos agravos em saúde do/a trabalhador/a devido à COVID-19. RECOMENDAÇÃO Nº 032, DE 05 DE MAIO DE 2020: Recomenda medidas prioritárias para trabalhadoras e trabalhadores dos serviços públicos e atividades essenciais nas ações estratégicas do Ministério da Saúde. RECOMENDAÇÃO Nº 029, DE 27 DE ABRIL DE 2020. Recomenda ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2. RECOMENDAÇÃO Nº 020, DE 07 DE ABRIL DE 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. RECOMENDAÇÃO Nº 018, DE 26 DE MARÇO DE 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Re-

	<p>sidentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19.</p>
Vacinação	<p>RECOMENDAÇÃO Nº 073, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020. Recomenda ao Ministério da Saúde a ampliação do Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 para toda a população brasileira.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 067, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020. Recomenda a adoção de medidas que visam à garantia do acesso à vacinação enquanto estratégia de enfrentamento à pandemia da COVID-19.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 059, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020. Recomenda a retirada de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19, entre outras providências.</p>
Cuidados e proteção da população	<p>RECOMENDAÇÃO Nº 019, DE 06 DE ABRIL DE 2020. Recomenda medidas que visam à garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 026, DE 22 DE ABRIL DE 2020. Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 030, DE 27 DE ABRIL DE 2020. Recomenda medidas que visam à garantia dos direitos e da proteção social das Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 031, DE 30 DE ABRIL DE 2020. Recomenda medidas emergenciais complementares que visam à garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da COVID-19.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 061, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020. Recomenda que a retomada das aulas presenciais só ocorra depois que a pandemia estiver epidemiologicamente</p>

	<p>controlada e mediante a articulação de um plano nacional que envolva gestores e a sociedade civil.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 060, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020. Recomenda a não interrupção do Programa Farmácia Popular, haja vista a sua importância para salvar vidas, reduzir situações de adoecimento, internações e desigualdades.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 054, DE 20 AGOSTO DE 2020. Recomenda orientações ao Ministério da Saúde e órgãos de controle, bem como ações para aquisição de medicamentos para o enfrentamento à pandemia da COVID-19.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 053, DE 14 DE AGOSTO DE 2020. Recomenda ao Ministério da Saúde medidas para a garantia do abastecimento de Cloroquina e Hidroxicloroquina para os pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível desses medicamentos.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 041, DE 21 DE MAIO DE 2020. Recomenda ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia da COVID-19.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 040, DE 18 DE MAIO DE 2020. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no contexto da pandemia pela COVID-19.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 042, DE 22 DE MAIO DE 2020. Recomenda a suspensão imediata das Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19 como ação de enfrentamento relacionada à pandemia do novo coronavírus.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 039, DE 12 DE MAIO DE 2020. Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 037, DE 11 DE MAIO DE 2020. Recomenda ao Congresso Nacional a tramitação em regime de urgência dos projetos de lei 1267/2020, 1291/2020 e 1444/</p>
--	---

<p>2020, que estabelecem medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 036, DE 11 DE MAIO DE 2020. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (<i>lockdown</i>), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos da COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingindo níveis críticos.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 038, DE 11 DE MAIO DE 2020. Recomenda ao Ministério da Saúde a inclusão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 035, DE 11 DE MAIO DE 2020. Recomenda ações relativas à saúde do povo Cigano/Romani no contexto da pandemia da COVID-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.</p> <p>RECOMENDAÇÃO Nº 034, DE 07 DE MAIO DE 2020. Recomenda medidas para garantir uma produção sustentável, distribuição e doação de alimentos, com respeito à natureza e aos direitos dos agricultores familiares, povos indígenas e povos e comunidades tradicionais.</p>
--

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da página do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns>>.

Na primeira categoria, “proteção aos trabalhadores”, foram selecionadas seis recomendações que tratam sobre a temática. A recomendação nº 65 trata sobre a proteção ao trabalho no SUS, público e de qualidade, a garantia da continuidade do acesso à atenção básica no município de Porto Alegre. Recomenda ao Ministério Público do Trabalho do Estado do Rio Grande do Sul que tome as providências cabíveis para a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde no estado do Rio Grande do Sul. Essa recomendação teve como motivação o desmonte da Atenção Primária à Saúde (APS) devido à decisão do governo municipal pelo fechamento do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) em meio à pandemia, com repasse de serviços de atenção básica a organizações priva-

das. O IMESF era o órgão que fazia a gestão da atenção básica no município e que afetou muitos trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

As recomendações de nº 32 e nº 33 trazem respectivamente questões referentes à priorização de todas as trabalhadoras e todos os trabalhadores essenciais no intuito de reduzir riscos e trazer o mínimo de proteção social e sanitária para melhorar as condições de trabalho no âmbito das atividades consideradas essenciais durante a pandemia e sobre a promoção da transparência na disponibilização atualizada dos dados estatísticos relacionados à morbimortalidade entre os/as trabalhadores/as. As recomendações de nº 18 e nº 20 sugerem a observação dos Pareceres Técnicos nº 106/2020 e 128/2020, que constam respectivamente de orientações técnicas ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde e dos trabalhadores e trabalhadoras no âmbito dos serviços de saúde durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19.

Destaca-se que a recomendação de nº 29 apresenta algumas estratégias para serem usadas na orientação de profissionais dos serviços de atenção à saúde, incluindo gestores, prestadores e todas as profissões da saúde, que são: atuação em todo o manejo com os pacientes em situação de vulnerabilidade deve ser realizada de maneira antirracista; todo atendimento e procedimentos de acolhimento das pessoas nas portas dos serviços de saúde devem ser realizados sem nenhum tipo de discriminação de etnia, idade, raça, cor, sexual, religião, com a promoção da equidade; garantia do acesso das populações vulneráveis aos serviços de atenção básica, bem como ser realizado em tempo hábil ao atendimento das necessidades de saúde, com atenção especial às emergências provocadas pela COVID-19, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); priorização das ações de enfrentamento às altas taxas de mortalidade das populações vulneráveis, considerando as ações de enfrentamento ao racismo institucional e o acolhimento das populações do grupo de risco; para a inserção da temática étnico-racial nos processos de trabalho e educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS, é necessário envidar todos os esforços com especial atenção para o quadro de emergências provocado pela COVID-19; deve ser estimulada a atuação da população negra nos espa-

ços de participação, controle social e de gestão participativa, e ações como o trabalho de desinfecção e limpeza urbana organizado por pessoas das próprias comunidades e favelas devem ser apoiadas, inclusive financeiramente; a coleta, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor devem ser realizadas de acordo com a realidade social e populacional brasileira, a fim de produzir a representação mais próxima da realidade e a elaboração das melhores soluções no enfrentamento à COVID-19; produzir indicadores e instrumentos para o enfrentamento, acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde no intuito de coibir práticas de racismo institucional, bem como elaborar instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à observância da PNSIPN e ao combate à COVID-19, respeitando-se as realidades, demandas e necessidades locais.

A segunda categoria de análise referente à “vacinação” é composta por três recomendações do CNS. A recomendação de nº 73 salienta inicialmente que o Ministério da Saúde exerça seu papel de coordenador-geral das atividades de combate à COVID-19 através do gerenciamento e da harmonização das condutas científicas e técnicas que levem à obtenção da vacina em número adequado para toda a população brasileira de modo gratuito e oportuno, garantindo eficácia, segurança e qualidade, que incorpore em sua estratégia de imunização todas as vacinas que se mostrarem eficazes e seguras para a proteção da população contra a COVID-19 por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da rede de serviços do SUS; a ampliação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 a fim de que seja apresentado à sociedade brasileira um plano de caráter estratégico para a imunização contra a COVID-19 que contemple as estratégias, diretrizes e ações de curto, médio e longo prazos, para que por meio da administração de vacina toda a população seja imunizada; a ampliação da lista de grupos prioritários na vacinação contra a COVID-19; que a estratégia de comunicação prevista do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 seja viabilizada de forma imediata com o adendo de reforçar junto à população o caráter obrigatório da vacinação, o que garante que o Estado brasileiro viabilize a vacina para toda a população; que vacinar-se é um ato solidário; que sejam mantidas as

medidas preventivas (uso de máscaras, lavagem das mãos, distanciamento social e não aglomerações) por parte de toda a população, mesmo das pessoas vacinadas; e que, embora a Constituição Federal proteja o direito de cada cidadão de manter suas convicções filosóficas, religiosas, morais e existenciais, os direitos da sociedade devem prevalecer sobre os direitos individuais para que haja a preservação da vida humana.

Outra recomendação sobre a temática que se insere nessa categoria é a de nº 67. Recomenda-se o cumprimento do que está disposto nos compromissos internacionais assumidos e acordados, que evidenciem o compromisso com a saúde no Brasil e o envolvimento com a saúde mundial. Também aponta para providências de proteção à população brasileira, de decisões da Presidência da República baseadas em crenças ideológicas e na negação das evidências da ciência e de orientações internacionais. Como o risco da não incorporação de vacina registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no SUS. Solicita que se consolidem estratégias de comunicação para enfrentar notícias falsas quanto às vacinas e encaminhar ao poder público os casos que constituírem crimes, abusos ou situações que prejudiquem de alguma forma a saúde dos brasileiros e brasileiras. Recomenda ainda que a ANVISA zele por sua autonomia para a análise técnica das vacinas contra a COVID-19 e que o Ministério da Saúde assuma o papel de coordenador-geral das atividades de combate à COVID-19, para que as condutas científicas e técnicas levem à obtenção de vacina em qualidade, eficácia, segurança e em número adequado para toda a população brasileira de modo gratuito e oportuno.

Por último, a recomendação de nº 59 propõe a retirada de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento à pandemia da COVID-19, entre outras providências. Além disso, recomenda a realização de campanha junto à população sobre a importância da vacinação como uma intervenção preventiva capaz de reduzir a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis, possibilitando a proteção da coletividade e de indivíduos vulneráveis.

Na terceira categoria, sobre os “cuidados e proteção da população”, considera-se a saúde mental como fator primordial que compõe as reco-

mendações agrupadas aqui. Suas proposições referem-se a toda a população brasileira, independente de suas condições raciais, culturais, sociais, mentais, econômicas e físicas, que vão ao encontro das recomendações de nº 19, nº 30, nº 31 e nº 39, que tratam de medidas de proteção às pessoas com deficiência em residências terapêuticas inclusivas, em serviços de acolhimento institucional, nos centros de acolhida, em Instituições de Longa Permanência para Idosos; garantia do acesso das populações vulneráveis aos serviços de saúde da atenção básica; proteção à saúde e planos de apoio às Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias durante a epidemia da SARS-COV-2; fornecimento de serviços acessíveis de apoio à saúde mental para pessoas com deficiência, especialmente para pessoas com demandas de atenção psicossocial; garantia do direito ao acesso a informações sobre a rede de proteção à violência e demais violações de direitos contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos; criação de políticas estaduais e municipais emergenciais de combate e de mitigação de riscos de violência contra a mulher; garantia do cumprimento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva às crianças e aos adolescentes que necessitam de atendimento educacional especializado durante o período de isolamento social; proteção às pessoas em situação de rua no período da pandemia, inclusive pessoas LGBTIQ+, de forma articulada com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outros setores.

As recomendações de nº 37 e nº 38 sugerem o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a pandemia do coronavírus e a inclusão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”. A recomendação de nº 54 fala da necessidade de manter as medidas de isolamento social, as campanhas de esclarecimento e orientação à população; a de nº 26 recomenda ao Ministério da Saúde que, no âmbito de sua competência, assuma a coordenação nacional da alocação dos recursos assistenciais existentes, incluindo leitos hospitalares de propriedade de particulares, requisitando seu uso quando necessário e regulando o acesso segundo as prioridades sanitárias de cada caso. As recomendações de nº 41 e nº 60, respectivamente, preconizam que se pro-

ceda à ampla divulgação das evidências científicas referentes às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e que o Programa Farmácia Popular não seja interrompido devido à sua importância para salvar vidas, reduzir situações de adoecimento, internações e desigualdades.

Assim sendo, com o intuito de fortalecer ações e serviços de base territorial e comunitária para a atenção psicossocial no contexto de pandemia, a recomendação de nº 40 faz referência à revisão da Nota Técnica nº 12/2020 – CGMAD/DAPES/SAPS/MS: que se construam medidas intersetoriais que favoreçam a proteção e a atenção psicossocial de crianças e adolescentes e seus familiares pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos territórios e que tenha a participação de representantes do controle social e da gestão da política de saúde mental na composição dos Comitês Gestores de Crise para a COVID-19. Ao encontro disso, a recomendação de nº 61 indica que a retomada das aulas só ocorra quando a taxa for decrescente de incidência de mortes e de casos de COVID-19, isto é, depois que a pandemia estiver epidemiologicamente controlada.

A fim de fortalecer as campanhas em meio à pandemia, a recomendação de nº 34 é que ocorra a realização de campanhas de comunicação em massa e difusão de informações com base técnico-científica, em linguagem simples e formatos acessíveis sobre alimentação adequada e saudável e conservação de alimentos; as de nº 35 e nº 36 recomendam que se informem à sociedade quais são as medidas efetivas de articulação com o Ministério da Saúde que estão sendo tomadas para o enfrentamento e a prevenção da COVID-19 e que sejam implementadas medidas que garantam pelo menos 60% da população em distanciamento social, ou superiores a esse, em se agravando a ocupação de leitos, de maneira progressiva e efetiva, como medida sanitária excepcional necessária e que também sejam adotadas medidas de distanciamento social mais rigorosas. A recomendação de nº 53 sugere ao Ministério da Saúde medidas para a garantia do abastecimento de cloroquina e hidroxicloroquina para os pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível desses medicamentos. Reforça-se que não seja liberado o uso de qualquer medicamento como preventivo ou para tratamento da COVID-19 pela ausência de confirmações de uso seguro aos usuários, de acordo com a recomendação de nº 42.

## Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica veio de uma forma potente e conseguiu transformar muitas práticas, porém não o suficiente para dizer que hoje as práticas sociais, assistenciais, profissionais e os processos de trabalho estão se desenvolvendo, pois isso envolve formação e capacitação de profissionais dispostos a trabalhar em prol do cuidado em liberdade, promovendo a desinstitucionalização que ainda existe em muitos serviços.

Ao encontro disso, Dimenstein (2001) salienta:

Só um sujeito situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos que condicionam seu modo de estar no mundo poderá transformar, desejar e ousar a mudança, sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo, isto é, comprometer-se, ser um ser da práxis.

Quando nos referimos e falamos sobre saúde mental, é indispensável que as pessoas e os usuários sejam considerados em sua totalidade, para além do diagnóstico, e isso se dá através da fala. É importante dar voz a essas pessoas e principalmente oferecer uma escuta qualificada sem julgamentos e conceitos preestabelecidos. A voz da sociedade é um dos meios que torna possível o exercício da cidadania e da democracia, mas ela precisa de espaço e lugar para expor suas demandas e contribuições diante de suas realidades.

Contudo, há preconceitos e estereótipos estabelecidos, principalmente no campo da saúde mental, que são voltados aos diagnósticos; a sociedade que inclui todas as pessoas e coletividades, sejam usuários, gestores ou profissionais, precisa respeitar as singularidades de cada um e olhar para o outro em sua complexidade, sem rótulos e estigmas sociais. É a partir desse cuidado e da disponibilidade em estar presente para o encontro que se promovem saúde e vida nos espaços e serviços de saúde, mas é necessário que cada um exerça sua capacidade de despir-se dos manicômios mentais que estão presentes em nossas ações, teorias, conceitos e práticas.

O sofrimento é algo que atravessa a vida de todas as pessoas. Por isso o debate sobre saúde mental não se deve restringir a especialistas da área, devendo ser o mais amplo possível. A saúde mental não se limita ao autocuidado médico ou psicológico e não é algo privativo dos saberes psi; é um campo interdisciplinar e multiprofissional que agrega vários profissionais

da saúde e de outras áreas de conhecimento. Além disso, saúde, conforme destaca a Constituição de 1988, é sobre qualidade de vida, boas condições de trabalho, moradia, mobilidade urbana, cultura, lazer, etc. (BRASIL, 1988). É fundamental que a saúde mental seja compreendida enquanto direito fundamental à saúde, na medida em que falar sobre isso é falar sobre defesa do SUS, defesa incondicional de direitos humanos e da vida.

O contexto de enfrentamento à pandemia da COVID-19, que assolou o mundo no ano seguinte à 16<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, colocou um desafio relevante para o controle social, sobretudo sob a perspectiva negacionista claramente assumida pelo governo federal e diante de diversas iniciativas de desconstrução das políticas sociais desencadeadas pela Constituição de 1988.

A análise das recomendações emitidas pelo CNS para o enfrentamento à pandemia demonstra que o colegiado nacional de controle social se manteve atento e resistente às iniciativas do governo federal e parte da sociedade brasileira. As recomendações ocupam a lacuna de direção nacional diante da postura subserviente do Ministério da Saúde, atualizando orientações de natureza técnica e política para diversos órgãos com interface na execução da política de saúde e com base nas diretrizes emanadas das conferências e da legislação do SUS.

O conteúdo expresso em relação à proteção aos trabalhadores, à vacinação e aos cuidados e à proteção da população, que foram as categorias empíricas sistematizadas nesta análise, demonstram que, se essa tivesse sido a orientação geral da direção nacional do SUS, o Brasil teria um desempenho menos desastroso no enfrentamento à pandemia. Mais do que isso, as orientações emanadas do CNS tiveram um diálogo intenso com o cotidiano dos componentes descentralizados do SUS, em que se verificaram respostas mais adequadas em termos técnicos e de respeito às disposições legais do sistema de saúde brasileiro e à saúde como direito humano universal.

Particularmente em relação à saúde mental, temática que a resistência do CNS já expressava na ideia de cuidado em liberdade e demais diretrizes dos processos de reforma das redes especializadas e das interfaces entre a saúde mental nos diferentes pontos de atenção nos territórios, as

orientações demonstraram uma grande coerência e consistência. Essa condição verifica-se na compreensão de que a saúde mental não está dissociada do corpo e da própria existência das pessoas, que ela está associada com o contexto em que se vive e que se agudizam as condições de sofrimento diante de uma pandemia que interfere nos modos de ir e vir. Sobretudo num contexto em que o discurso governamental coloca em vulnerabilização segmentos da sociedade e a vida em si mesma.

Sem prejuízo da necessidade de aprofundamento em outros estudos, retrospectivos e de seguimento dos desdobramentos da pandemia sobre o sistema de saúde e da vida das pessoas, a ação política do controle social na instância nacional se expressa como de defesa das ideias contidas na política de atenção psicossocial vigente, que vem sofrendo ataques regulares do governo federal nos últimos anos, e o enfrentamento à pandemia explicitou, sob a pressão da crise, esse posicionamento.

## **Bibliografia**

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 5 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde**. Documento Orientador de apoio aos debates. Brasília/DF, 2019. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 11-2. Acesso em: 05 dez. 2020.

VASCONCELOS, T. da R.; FERLA, A. A. • Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Acesso em: 5 dez. 2020.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 60-73, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 dez. 2020.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 dez. 2020.

FERLA, A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**. v. 6, supl. 2, p. 1-6, 2020.

MACHADO, F. V.; BAPTISTA, G. C.; ALENCAR, H. H. R. Os Espaços de Controle Social como possibilidade de formação e o papel estratégico da Educação Permanente. In: BAPTISTA, G. C.; ALENCAR, H. H. R.; LUCAS, L.; ALTAMIRANO, M. M. (Org.). **Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018. v. 1, p. 28-37.

MENEGHEL, S.N. Histórias de Vida – notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**, n. 12, p. 115-129 – ARTÍCULOS – ISSN: 1578-8946. 2007. Disponível em: <<https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/250974>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manguinho/Rio de Janeiro/RJ, 2009.

MIRANDA, A. S. de. O SUS se tornou convenientemente útil para o mercado especializado em doenças. **Outra saúde**, 17 set. 2019.



## Grupo virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento

*Karolline da Silva Silveira*  
*Rafael Henrique Flores Ribeiro*  
*Stela Nazareth Meneghel*

### **Introdução**

Com as medidas de isolamento social adotadas em razão da pandemia do novo coronavírus, inúmeras famílias estão dentro de casa o dia todo, cuidando de si e dos outros. Neste momento, é muito importante implementar medidas para preservar a saúde física e mental. O projeto de extensão “Falando sobre medos, angústias e violências” é uma atividade grupal aberta a estudantes, membros da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pessoas da comunidade extramuros, cujos encontros ocorreram por meio virtual. Partiu da ideia de oferecer um espaço de acolhimento para a expressão de sentimentos de angústia, medo e dor desencadeados pelo momento atual da pandemia da COVID-19. E foi implementada no período em que as orientações de isolamento social e preservação física e psicossocial ainda estavam sendo processadas, constituindo-se numa resposta rápida e precoce para compreender e assimilar o período da pandemia em um contexto no qual as disputas de enunciados sobre o que estava acontecendo e o que era necessário fazer estavam sendo intensificadas no cotidiano no Brasil.

O projeto de extensão esteve vinculado às atividades docentes do Bacharelado de Saúde Coletiva da UFRGS e a um projeto de pesquisa chamado “Rotas Críticas: grupos de mulheres no enfrentamento às violências”, que tem como foco a nucleação e o acompanhamento de grupos de mulheres em situação de violência. Rotas Críticas é um conceito desenvolvido

pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que busca compreender o fenômeno da violência intrafamiliar e de gênero e os mecanismos que levam as mulheres a romper com a situação de violência, assim como os empecilhos que obstaculizam esse trajeto. O estudo das Rotas permite identificar as fragilidades, *gaps*, hiatos e descontinuidades das instituições no acolhimento e cuidado de mulheres vítimas de violência. A ideia da pesquisa é que os grupos sigam sendo realizados após o término como uma atividade de extensão. Desse modo, essa atividade de extensão se antecipa e buscará acolher estudantes e pessoas da comunidade extramuros neste momento de epidemia em que os vínculos se tornam mais frágeis, buscando reforçar a adesão dos alunos à universidade e encontrar estratégias grupais de fortalecimento das pessoas frente ao evento que vivemos.

Entendendo que os grupos presenciais poderão demorar um tempo até que seja possível realizá-los com segurança e que a comunidade acadêmica da universidade se encontra fragilizada neste momento da pandemia, propôs-se essa atividade a ser desenvolvida por meio de encontros grupais virtuais, ampliando a proposta inicial para incluir estudantes com ampla diversidade de gênero, orientação sexual e não binários e ouvir as suas demandas em relação à epidemia. Ao término da primeira edição do projeto de extensão foi criado pelos participantes um “Antimanual para enfrentar a COVID-19 – falando de medos, angústias e violências”, que já foi publicado e está disponível para acesso livre (MENEGHEL *et al.*, 2020). Queríamos criar um caminho novo, do vir a ser, e nesse caminhar grupal virtual em que falamos de medos, angústias e violências vimos a universidade retomar sua função social catalisadora.

O grupo foi bastante diverso, o que contribuiu para a amplitude das conversas e perspectivas. Participaram da atividade alunos e ex-alunos da universidade, oriundos das áreas da psicologia, enfermagem, direito, ciências sociais, comunicação, linguística, pedagogia e saúde coletiva. Durante os encontros falamos, conceituamos e relatamos experiências em que sentimos medo e angústia, assim como situações de violência, agudizadas pela epidemia. Narramos histórias e vivências traumáticas; no grupo também se encontrou espaço para rir e brincar, mas o principal foi que o nosso am-

biente virtual se tornou um espaço potente de enfrentamento e criação. O registro neste capítulo busca documentar e analisar as atividades realizadas como caso que agrega aprendizagens para situações similares e também aprendizagens sobre formas de produzir encontros e redes de suporte mediadas por tecnologias virtuais como modo de ampliar o apoio a pessoas e grupos em condição de vulnerabilidade.

### **Grupos como forma de enfrentamento**

O grupo como estratégia de enfrentamento a condições de vulnerabilidade de pessoas ou coletivos é conceitualmente entendido em seu aspecto social como uma estrutura básica de trabalho e investigação, uma instância de ancoragem do cotidiano e um espaço protegido para enfrentamento às violências. As forças interacionais internas dos grupos implicam sustentação e apoio socioemocional, comunicação aberta, compromisso e responsabilidade, participação efetiva e construção de pensamento crítico. Grupos podem ainda se constituir em espaços de compartilhamento de ideias e produções, de ludicidade e criação artística (RAUTER, 2000).

No caso que está sendo relatado aqui, buscou-se inspiração nos grupos de reflexão organizados por mulheres desde a segunda onda do feminismo, nos quais eram partilhadas as histórias, os afetos e os cuidados. Os grupos de reflexão propõem-se a um diálogo horizontal entre os e as participantes com temas escolhidos conjuntamente e que os/as afetam, buscando soluções compartilhadas a problemas; e embora não se trate de grupos psicoterápicos, podem produzir efeitos terapêuticos (MENEGHEL, 2014). Os grupos podem estimular a emergência de estratégias de resistência na medida em que constituem espaços protegidos onde as pessoas podem falar dos problemas que as afligem, incluindo medos, angústias e violências, e buscar, no plural, caminhos e soluções para dar resposta a essas questões (MENEGHEL; ARMANI; SEVERINO, 2000; MENEGHEL *et al.*, 2003; 2005; MENEGHEL; INIGUEZ, 2007).

O grupo que aqui relatamos iniciou em junho de 2020 e teve um total de dez encontros semanais com três horas de duração cada, recebendo 20

peças da comunidade acadêmica da UFRGS, das quais 13 permaneceram durante todo o trajeto. Concomitantemente aos encontros, houve intensa participação em rede social, e vários participantes seguiram em contato após o término da atividade. O trajeto do grupo compreendeu as seguintes etapas:

1) nucleação: esta etapa correspondeu aos primeiros encontros em que houve a explanação da proposta e dos objetivos, apresentação dos coordenadores e participantes e exposição dos motivos que levaram as pessoas a buscar o grupo;

2) foco e enquadre: os temas geradores motivaram a conceituação desses termos e a escuta ativa de excertos das histórias de vida dos e das participantes, narrando vivências, experiências e sentimentos referentes aos medos, angústias e violências;

3) construção do caminho: a partir das reflexões e escritas iniciais foi construído coletivamente o itinerário para o enfrentamento dos medos, angústias e violências, usando a técnica de oficinas. Paulatinamente foram sendo gestadas reflexões, escritas, atividades artísticas, rituais e “receitas”, culminando com a proposta de um antimanual para enfrentar a COVID-19.

As oficinas, usando a arte, a produção escrita e os rituais, facilitam o *insight* e a elaboração de questões subjetivas, interpessoais e sociais (MENEGHEL, 2014). Além disso, são uma ferramenta pedagógica potente, que possibilita a transferência de saberes segundo o eixo da metáfora e não da analogia, a modo de uma epistemologia crítica (FERNANDES, 2006). Os encontros foram gravados, e o texto resultante foi utilizado para a identificação dos temas gerados e dos efeitos produzidos pelo grupo (DENZIN, 2006; MINAYO, 2006). Neste capítulo, serão apresentadas duas ferramentas analíticas ou dois acontecimentos que emergiram do grupo. A primeira ferramenta foi o diálogo, a rede de conversação, do qual fazem parte as narrativas de vida e a escuta ativa, aquela que indaga, problematiza, desacomoda, mas também acolhe e acalenta. A segunda ferramenta foi a realização da tarefa grupal, para usar as palavras de Pichon-Rivière (1998). O grupo propôs-se a construir um antimanual, envolvendo arte, escrita, imagens e poesia, mas sem descuidar das relações interpessoais, o papel de

cada um, a divisão do trabalho, a escolha dos temas, quem faz o quê, a seleção dos textos e materiais, aquilo que se perde e aquilo que se ganha. A pesquisa a que o projeto está vinculado foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRGS, CAAE: 31813214.2.0000.5347. Todos os participantes autorizaram a gravação de suas conversas e a cessão de seus textos escritos para a construção do antimanual.

### **As dinâmicas do grupo**

Em tempos de pandemia, um grupo de pessoas encontra-se em plataforma virtual para falar de medos, angústias e violências. Alunos e ex-alunos da UFRGS, falando de diferentes lugares; a maioria não se conhecia. Começam dizendo o porquê de terem vindo. Pedacos de vida, dores, violências, solidão e morte, o mundo esfrangalhado lá fora. Alguns vão embora, treze ficam. No meio do medo, da angústia e da violência começam a brotar narrativas, o desejo de contar histórias, divisado por poetas, viajantes, profetas e loucos, do qual nos fala Walter Benjamin. Desejo que permanece, quer seja em volta da fogueira, no barraco destelhado, embaixo do viaduto, em frente à tela do computador. O desejo de se contar vigora mesmo no espaço virtual, e os fluxos de energia pensante driblam o muro e se lançam no espaço, quebrando as cadeias de ódio emitidas pelas redes de robôs, pelas máquinas da Matrix.

Durante três meses, membros e membras desse grupo reuniram-se e debulharam os conceitos, queriam saber mais. Depois, amarraram os conceitos nas narrativas pessoais e veio a vontade de fazer, de criar algo, de resistir. Então começou a tarefa grupal, aquela que Pichon-Rivière e Paulo Freire descobriram que acontece nos grupos humanos quando se irmanam para fazer juntos. Em comunhão. A tarefa pode ser muito simples. Escrever um texto, contar uma história, dar de comer aos que têm fome, ensinar a ler o mundo, enterrar os mortos, semear o grão, amassar o pão de cada dia. Os treze decidiram escrever um antimanual, como se fosse uma mensagem colocada em uma garrafa e jogada ao mar. Levando apenas a esperança de ser encontrada. Apresentamos, então, essa prosaica criação que inventa-

SILVEIRA, K. da S.; RIBEIRO, R. H. F.; MENEGHEL, S. N. • Grupo virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento

mos, nós – os treze: Um antimanual para enfrentar a COVID-19 – falando de medos, angústias e violências. Nele estão mesclados histórias, dores, medos e angústias, um pouco de arte, um pouco de alegria e uma grande vontade de seguir a luta.



Fonte: MENEGHEL, S. N. *et al.*, 2020.

### **Um antimanual para enfrentar a COVID-19 – falando de medos, angústias e violências**

Esse livro virtual que intitulamos “Antimanual para enfrentar a COVID-19 – Falando de medos, angústias e violências” foi publicado no ano de 2020 pela editora Rede Unida. O material foi construído coletivamente por esse grupo de professores, estudantes, alunos e ex-alunos que participaram do projeto “Falando de medos e angústias e violências”. O grupo pactuou em fazer essa construção de forma e mostrou um desejo muito grande de expor suas experiências. Na capa, nós colocamos as pessoas que organizaram o livro, mas no total foram treze autores. O livro está

dividido da seguinte maneira: uma produção narrativa com textos e imagens, de caráter autoral coletivo, com as seguintes características: um grupo de textos mais teóricos, apresentando os conceitos e ideias-chave: medos, angústias e violências; um grupo de escritas de caráter mais subjetivo e pessoal, narrando experiências ligadas à epidemia, mas também outras vulnerabilidades e violências; uma apresentação lado A e lado B dos autores, a primeira como uma espécie de apresentação ocorrida no início das atividades (bem padronizada e academicista) e a outra, no final, já mais personalizada e íntima; uma chamada para “as fotos de minha janela”, em que se buscou por meio da imagem traduzir os sentimentos ligados à situação de isolamento; poesias e dizeres criados pelos autores e, finalmente, acenando para as sempre possíveis estratégias de enfrentamento nos relatos considerados “receitas, rituais e feitiços”.

Em tempos de pandemia, num contexto em que os mais vulneráveis (negros, LGBTIs, desempregados, subempregados, mulheres, crianças, sujeitos em situação de acolhimento e presos) são os mais atingidos, precisamos pensar em novas formas de autocuidado e de reexistência, como o compartilhamento da dor, o acolhimento, o respeito e a escuta ativa. A arte (literatura, cinema, música, pintura, fotografia) permite-nos vivenciar essas experiências e ressignificá-las tornando visível/reconhecível o sofrimento – próprio e do outro – num exercício para não adoecer. Exercício esse árduo, porque a realidade é dura (angústia, violenta e mete medo), mas mais ainda é a tarefa de pensar e escrever sobre ela, visto que nos encontramos em posições diferentes para enfrentá-la, uma vez que o Sars-Cov-2 só escancarou o desprezo pela vida antes da pandemia. Todavia, não basta ser antirracista, anti-homofóbico, antifascista numa sociedade estruturada na desigualdade de raça, gênero e renda. Temos que abrir as caixas de pandora, desconstruir conceitos, manter vínculos, construir pontes, cuidar de si e cuidar dos outros.

A interação entre os diferentes participantes – dois docentes e onze estudantes – gerou outros resultados. Chamamos de antimanual para ressaltar o caráter transgressor do documento, o desejo de compartilhar afetos e contar as diversas jornadas que estamos vivenciando, fugindo do escopo

de manuais que buscam estabelecer protocolos e normatizar condutas. Antimanual porque necessitamos apostar na vida, manter-nos vivos e enfrentar a morte anunciada da pandemia. A importância de transgredir aconteceu por meio das ações de nos conectar, dividir, compartilhar exatamente no período em que se anunciou o *lockdown*, quando os medos, angústias e violências estavam aflorados e não elaborados. Chamamos de antimanual por se tratar de narrativas, poesia, prosa e conto, de fotos, receitas e rituais que acenavam para a urgência da vida.

### **Construção coletiva e histórias de vida**

Aceitamos incondicionalmente quaisquer relatos sem a pretensão de diagnosticar, medicalizar, tratar ou moralizar, configurando um espaço de escuta não julgadora e acolhimento solidário, alinhado a uma postura ética de aceitação, conforto e respeito. Construimos vínculos, abrindo a possibilidade de sentir confiança. Esses sentimentos foram expressos em vários momentos, dizendo da falta que sentimos dos encontros das segundas-feiras, tornando, assim, ativa a nossa comunicação durante toda a semana em grupo de *WhatsApp*. Como fruto dos encontros elaboramos um “antimanual para enfrentar a COVID”, pensando apenas em compartilhar afetos e um pouquinho de nossa jornada, jamais impor regras, trazer verdades engarrafadas ou soluções mágicas, sabendo que as empreitadas apontam sempre para o futuro, onde fixamos nossa bandeira esperançante. Os integrantes do grupo tiveram a oportunidade de experimentar uma atividade nova: a construção coletiva do itinerário para o enfrentamento dos medos, angústias e violências. Desse modo, os participantes do grupo mostraram-se receptivos e participativos às propostas lançadas para experimentações criativas, conhecendo suas potências, mas especialmente a capacidade de aprender com outras pessoas e concepções diversas. Em seguida, os temas geradores de cada encontro possibilitaram as vivências, que eram um momento de integração e descontração. Isso tudo se deu porque os laços afetivos dentro do grupo estavam sendo consolidados, o que gerou significativas reflexões acerca das vivências particulares de cada um. A partir dos encontros

realizados pelos participantes do grupo percebeu-se uma constante relação entre as narrativas de vida de cada um, quando falavam de suas trajetórias, de seus trabalhos e de suas vivências como participantes do grupo e as significações produzidas. Foi possível encontrar nas narrativas um potente dispositivo pelo qual conseguimos atingir uma totalidade de expressões e significações dos participantes, possibilitando o resgate da memória do grupo e dos momentos mais significativos dos participantes. Os relatos de vida trazem à tona lembranças, sensações, demonstrando o sensível da vida.

A autora Marie Christine Josso ressalta a importância de relatar essas experiências: falar das próprias experiências formadoras é, de certa maneira, contar a si mesmo a própria história, as suas qualidades pessoais e socioculturais, o valor que se atribui ao que é “vivido” na continuidade temporal de nosso ser psicossomático (JOSSO 2010, p 47). A experiência grupal possibilita a formação através de movimentos de troca, de partilha, sejam eles de saberes, de experiências. Através de críticas, da abertura ao novo, da compreensão, do saber ouvir e saber falar, o processo de formação se desenvolve. O grupo é algo que movimenta, que cria e recria, que significa e ressignifica os processos de formação de seus participantes. No coletivo, nós aprendemos, ouvimos o outro, falamos das próprias experiências, angústias e saberes.

A história de vida é um recurso muito utilizado pelas Ciências Sociais e é definida por Minayo (2008) “como uma entrevista prolongada com interação entre pesquisador e informante, combinando observação, relatos introspectivos de lembranças relevantes e roteiros mais ou menos centrados em algum tema” (p. 126). Para VÍCTORA, Knauth e Hassen (2000), “a metodologia história de vida busca compreender o desenvolvimento da vida do sujeito e traçar com ele uma biografia que descreva sua trajetória até o momento atual” (p. 67). A metodologia desenvolvida envolveu a interação, a confiança, a flexibilidade para que cada participante se sentisse à vontade para encontrar o ponto de partida desde o qual se permitisse construir histórias.

## Reflexões finais

Este texto final é a voz de alguns participantes do grupo, que seguem interagindo em redes de internet, produzindo escritas em uma verdadeira oficina de produção literária, mobilizados para a reexistência e para a vida. Os e as participantes do grupo não se conheciam no início do processo, e as vivências coletivas propiciaram a expressão e construção dessas escritas e vivências. Ainda que presencialmente poucos se conhecessem, vínculos foram estabelecidos; podemos dizer que, após cada encontro do grupo, uma nova versão de um “antigo eu” surgiu como efeito da escuta ativa e do despertar para o outro. Somos um apanhado de experiências. Nesse apanhado, há dores, alegrias, frustrações e amores. Somos muito mais do que roupas, salários, endereços e status. Somos seres marcados por medos, angústias e violências. Vivendo aprendemos a amar, a respeitar, a tolerar, mas, por outro lado, também podemos aprender a odiar e a discriminar. A sociedade, a família, a escola, a igreja, o trabalho difundem ideologias patriarcais, racistas e classistas. Assim, potências e vulnerabilidades, certezas e contradições fazem parte do que somos, de nossas crenças e descrenças, de nossos medos, angústias e violências – as que sofremos e as que causamos.

As atividades iniciaram após a declaração do compromisso de sigilo em relação aos relatos com as narrativas das histórias de vida das membras e membros do grupo. Mais do que conceitos, mais do que fórmulas ou citações, as histórias de vida, a escuta atenta e emocionada e a identificação com o(a) outro(a) possibilitaram a construção de vínculo e a emergência de sentimentos de pertencimento ao grupo, ainda que vivido em ambiente virtual e em momento de tanta desolação. A gente é tocado pela história dos outros. A gente vai despertando. Gostamos desta palavra “despertar”. Conseguir dividir coisas com vocês. Foi marcante, um encontro de transformação.

O grupo realizado em plataforma virtual constituiu um verdadeiro desafio, um processo de aprendizagem e tolerância para todos e todas. Como realizar um trabalho que requer escuta atenta, respeitosa e não julgadora, olho no olho, na frieza da plataforma? Que requer confiança para contar de tantas tristezas, medos e discriminações? Nas palavras de um de nós: “Eu tinha medo de que não acontecesse o que aconteceu. A gente ultrapassou a

tela; desde o primeiro dia a gente quebrou essa tela e conseguiu se desnudar um ao outro”.

A importância de ser uma escolha pactuada, essa extensão foi feita no coletivo; todos se engajaram em fazer essa criação coletiva. Isso constituiu uma intervenção na modalidade do grupo operativo, e houve muitas exposições, discussões; nem sempre havia consensos, mas sempre procuramos chegar a uma síntese, e no final houve um consenso no sentido de que esse grupo, apesar de três meses de encontros semanais, nos propiciou modificações e transformações. Sentimos que o grupo mexeu em nossas vidas; a plataforma virtual não construiu uma barreira ou um entrave para o andamento do grupo, para o estabelecimento de relações e não ocasionou inibição ou dificuldade para que as pessoas conversassem, discutissem ou se expusessem.

## **Bibliografia**

AFONSO, L. M. **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CONTE, M.; SILVEIRA, M.; TOROSSIAN, S. D.; MINAYO, M. C. S. Oficinas de história de vida: uma construção metodológica no enlace entre psicanálise e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 766-778, 2014.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, I. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

FERNANDES, A. M. F. **O campo grupal**. Notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

JOSSO, M. C. As narrações do corpo nos relatos de vida e suas articulações com os vários níveis de profundidade do cuidado de si. In: VICENTINI, P.; ABRAHÃO, M. H. O. **Sentidos, potencialidades e usos da (auto) biografia**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Paulus, 2010.

JOSSO, M. C. O corpo biográfico: corpo falado e corpo que fala. **Educação e Realidade**, v. 37, n. 1, p. 19-31, 2012. Disponível em: <[http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-31432012000100003&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-31432012000100003&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SILVEIRA, K. da S.; RIBEIRO, R. H. F.; MENEGHEL, S. N. • Grupo virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento

MENEGHEL, S. N. Contadores de histórias – oficinas para trabalhar com mulheres. **Athenea digital**, n. 4, p. 113-128, 2014.

MENEGHEL, S. N. *et al.* **Antimanual para enfrentar a COVID-19**: Falando de medos, angústias e violências. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Cotidiano Violento – oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 193-203, 2000.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero, **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 111-118, 2005.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 109-18, 2003.

MENEGHEL, S. N.; INIGUEZ, L. Contadores de histórias – práticas discursivas e violência de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1.815-1.824, 2007.

MENEGHEL, S. N. **Rotas Críticas**: grupos de mulheres no enfrentamento às violências. Projeto de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

MINAYO, M. C. S. História de vida. Narrativa de vida. História oral e etnobiografia. In: MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa social em Saúde. 11. ed. São Paulo, p. 154-161, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.

PICHON-REVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RAUTER, C. Oficinas para que? In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio: saúde mental, subjetividade, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Experiência de extensão universitária:  
plantas medicinais e interprofissionalidade  
na educação popular em saúde  
em tempos de pandemia

*Akemi Larissa Moreira Suzuki*

*Amanda Della Bruna Campos*

*Caroline Baroni*

*Jaqueline Miotto Guarnieri*

*Juliana Silveira Tubino Ranucci*

*Letícia dos Santos Litran*

*Renata Riffel Bitencourt*

*Luciane Maria Pilotto*

*Magnólia Aparecida Silva da Silva*

*Renata Vidor Contri*

### **Introdução**

A utilização de plantas medicinais para fins terapêuticos é uma prática existente há séculos e encontra-se inserida em diferentes cenários culturais. Os primeiros registros do uso com objetivos terapêuticos datam de 2.600 a.C. e foram observados durante a Antiguidade egípcia, grega e romana, onde se deu a união de conhecimentos tradicionais e que foram sendo passados para outras gerações. No Ocidente, os primeiros registros da utilização da fitoterapia foram do botânico Teofrasto (372–287 a.C.), que listou cerca de 455 plantas medicinais, detalhando formas de uso e preparo de cada produto, sendo as primeiras prescrições datadas a partir do século V a.C (BRANDELLI, 2017).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 80% da população de países em desenvolvimento desfrutam de práticas alternati-

vas e complementares na atenção básica em saúde, e desse total 85% fazem uso de plantas medicinais (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011). No Brasil, a utilização tradicional das plantas medicinais para o tratamento dos agravos de saúde configurou-se como prática habitual dentro de alguns contextos populacionais. Inicialmente, a utilização de plantas medicinais era uma prática comumente utilizada pelos povos originários. Todavia, após o período de colonização, novos conhecimentos e práticas passaram a ser agregadas por diferentes culturas, adentrando o contexto populacional (ALMEIDA, 2011).

Historicamente, o uso de remédios à base de ervas refere-se especialmente às comunidades tradicionais, em que as mulheres eram encarregadas de extrair das plantas os princípios ativos para utilizá-los na cura das doenças (FRANÇA *et al.*, 2007). Se, no início, o descobrimento das propriedades curativas das plantas foi intuitivo a partir da observação e instinto, hoje o estudo delas é objeto de diferentes ciências e tem despertado o interesse de vários profissionais de saúde na prevenção e tratamento de patologias. Mas, para que isso fosse possível, foi preciso compreender e aceitar a diversidade de usos das plantas medicinais por diferentes culturas e grupos humanos, cada qual com suas crenças, hábitos e formas de conceber a saúde e a vida. Outro aspecto importante é que o uso de plantas para fins medicinais está diretamente relacionado ao desenvolvimento da humanidade, acompanhando de forma direta o desenvolvimento científico e tecnológico, sendo imprescindível e fundamental para que ocorra a ampliação do uso medicinal de plantas, a criação de condições políticas que prosperem e venham a consolidar o setor.

Este texto, além de retratar brevemente o histórico e os avanços relacionados às plantas medicinais, é um convite à reflexão sobre a importância de seu uso e do reconhecimento dos saberes populares como ferramenta de promoção à saúde. Aliado a isso, busca retratar a importância da interprofissionalidade na prática da extensão universitária, utilizando como exemplo concreto o “Projeto de Extensão Interprofissional: educação popular em saúde com plantas medicinais”, desenvolvido por estudantes e professoras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) du-

rante o período de Ensino Remoto Emergencial com a suspensão das atividades presenciais devido à pandemia da COVID-19.

### **Medicina popular no Brasil**

No Brasil, a prática da medicina popular configura-se em decorrência da fusão de diversas vivências culturais, que nada mais são do que o resultado da composição originária do povo brasileiro, sendo essa prática dinâmica e em constante transformação no que se refere à incorporação de sua aplicação. Em um levantamento realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde, em todos os municípios brasileiros constatou-se que a fitoterapia estava presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas por meio da incorporação de Programas Estaduais e Municipais de Fitoterapia. Contudo, por não existirem diretrizes específicas que controlem essa prática, ela ocorre de maneira desigual nos diferentes municípios, o que dificulta o registro adequado e, conseqüentemente, não obtém o fornecimento suficiente de insumos nem ações fidedignas de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2015).

A partir da conferência de Alma-Ata em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, tornando a implementação de políticas públicas referentes às plantas medicinais na atenção básica um dos objetivos para os anos seguintes. O caminho para a institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Brasil iniciou no ano de 1981, quando, por meio da Portaria nº 212, de 11 de setembro, o Ministério da Saúde definiu o estudo das plantas medicinais como uma das prioridades de investigação clínica. Em 1982, foi criado o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (PPPM/CEME) e, entre os estudos realizados, objetivou-se conhecer as plantas medicinais empregadas pela população a partir da validação de suas ações farmacológicas (BELEZA, 2016).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi deliberada a introdução de práticas alternativas de assistência nos serviços de saúde, após consolidada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordena-

ção (CIPLAN), que publicou, em 08 de março de 1988, uma resolução para implantar a prática de Fitoterapia em acréscimo a outras ações nos serviços de saúde (BRASIL, 1988). Passados dez anos após a resolução da Conferência Nacional de Saúde, essa prática passou, de fato, a ser incorporada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) através da aplicação de terapias como a Homeopatia e a Fitoterapia (BECKER, 2012).

Cabe ressaltar que a maior parte dessas resoluções era advinda de demandas da sociedade civil, servindo como preditoras para a implantação e implementação das políticas públicas surgidas no Brasil. Tais políticas impulsionaram as várias práticas pioneiras, que antes eram realizadas de modo isolado por alguns profissionais e/ou serviços de saúde vanguardistas na área das plantas medicinais e Fitoterapia em alguns municípios (BRUNNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012).

Tendo em vista a importância, a diversidade de plantas e os usos existentes dentro da cultura nacional no Brasil, foi criada a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, aprovada por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Essa conquista estabeleceu diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações, mirando a garantia do acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, além do incentivo ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, levando ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, assim como ao uso sustentável da biodiversidade brasileira (BRASIL, 2006b). Nesse mesmo ano, também foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) como resposta às demandas oriundas de várias conferências de saúde, propondo a implementação de tratamentos alternativos com abordagens de cuidado integral à população por meio de sistemas complexos e outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos, a incluir o uso de plantas medicinais e a fitoterapia (BRASIL, 2006a).

Subsequente à criação da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, surgiu o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) em 2009. Tal programa estabelece ações em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de

plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil através do avanço de tecnologias e inovações, assim como a promoção do fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. Dentre suas estratégias estabelece diretrizes para estimular a informação e a comunicação no setor das plantas medicinais e fitoterápicos, sendo essa difundida através dos conhecimentos que devem ser estimulados a partir da criação de espaços apropriados para a informação e discussão de questões pertinentes ao tema em questão, de forma que seja possível abranger públicos-alvos distintos, incluindo a sociedade civil. A divulgação do tema contribui para o compartilhamento do conhecimento e para a utilização correta, segura e responsável das plantas medicinais e dos fitoterápicos por parte da população brasileira (BRASIL, 2009).

Além das políticas já citadas e atentando para a relevância das plantas medicinais na atenção à saúde, o Ministério da Saúde mantém uma lista de plantas de interesse terapêutico, a Relação Nacional de Plantas de interesse para o SUS (RENISUS), que elenca as plantas de uso medicinal popular. As plantas com suas indicações validadas fazem parte da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RENAFITO), que vem subsidiar a prescrição de fitoterápicos no âmbito dos serviços de saúde do SUS, sendo parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006b).

Desde a aprovação e implementação de tais políticas, a oferta das diferentes práticas de cuidado no SUS tem crescido exponencialmente e possibilitado um significativo avanço no reconhecimento e valorização das plantas medicinais, assim como também de outras práticas que possibilitam o incremento à saúde e a qualidade de vida da população. Todavia, ainda existem inúmeros desafios para a efetivação dessas políticas, partindo de seu distanciamento em relação às universidades e pesquisas. Por consequência, há um maior despreparo e desconhecimento dos profissionais de saúde, aliados à falta de interesse dos gestores, prevalecendo o discurso e a prática biomédica, hospitalocêntrica e medicalizante.

## **Interprofissionalidade na formação e na atenção à saúde**

No que se refere à rede de atenção à saúde do SUS, a Atenção Básica é um campo privilegiado para a materialização dessas políticas mencionadas. Além de ser a principal porta de entrada do nosso sistema de saúde, oferecendo atendimento integral e longitudinal, estabelece uma maior aproximação e vínculo com a população, possibilitando o trabalho interprofissional das equipes de saúde. Ao atentarmos à interprofissionalidade, o prefixo “inter” leva-nos ao “interior de dois”, referindo-se nesse caso a duas ou mais profissões, que encontram o que há de comum entre elas, ponto de indiscernibilidade que converge nos elementos de um mesmo campo do saber. Nessa perspectiva, quando se reconhece “o comum” nessa relação, novas demandas de conhecimento surgem para as profissões em composição (CECCIM, 2018). Assim, o trabalho interprofissional compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

A criação de espaços onde a interprofissionalidade possa acontecer e ampliar os conhecimentos dos estudantes de graduação, dos profissionais que atuam nos serviços e das populações, gerando melhores resultados de saúde, emerge como alternativa ao modelo hegemônico de ensino e cuidado em saúde. Diversas experiências dessa natureza vêm sendo construídas, dentre elas a disciplina de Práticas Integradas em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que envolve quinze cursos de graduação (TOASSI; MEIRELES; PEDUZZI, 2020). Tal estratégia tem se mostrado de grande relevância por promover atividades de ensino compartilhadas e interativas com estudantes de diferentes cursos da saúde, sendo percebida como uma oportunidade para o desenvolvimento de atitudes positivas, resultando em maior disponibilidade para o trabalho compartilhado. Tal espaço configura a Educação Interprofissional (EIP), que visa à formação de profissionais aptos a colaborar e trabalhar em equipe e, por consequência, à melhoria da qualidade da atenção à saúde, coerente com as necessidades de fortalecimento do SUS (CAIPE, 2013).

A adoção de métodos de ensino inovadores que estimulem o aprendizado compartilhado de forma interativa destaca-se como a principal característica da EIP, evidenciando um importante diferencial para a formação acadêmica. Oportunidades de EIP durante a graduação, como projetos de extensão dentro da universidade, contribuem para a formação de profissionais preparados para uma atuação integrada em equipe. A EIP passa a ser um meio de encontrar respostas aos novos problemas que se configuram, como a complexidade das necessidades de cuidado e a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A interprofissionalidade como ferramenta de aprendizado, troca e transformação é uma potente aliada ao desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, aproximando a universidade da comunidade em geral, contribuindo de forma positiva e comprometendo os futuros profissionais com práticas de cuidados integrais e contra-hegemônicas. Além disso, a prática da extensão universitária, embora ainda incipiente, pode ser uma tática para superar essas barreiras e aproximar tais contextos na medida em que passa a inserir os estudantes em diferentes territórios e a construir uma relação dialógica e comprometida com as necessidades reais.

Destaca-se que a saúde é entendida a partir de uma concepção socio-histórico-cultural, que enfatiza a integralidade do cuidado com as equipes de saúde atuando em uma perspectiva interdisciplinar, rompendo a concepção biomédica, centrada na doença, e reconhecendo a importância da multiprofissionalidade no cuidado (BATISTA, 2012). Além disso, é preciso pensar a saúde através de uma construção conjunta com as comunidades, favorecida por meio da extensão e por práticas e iniciativas que valorizem e ampliem os conhecimentos populares. Dessa forma, é necessário contar com a Educação Popular em Saúde (EPS) como alicerce para a execução dessa seara.

A EPS foi reconhecida enquanto política pública em 2013 e apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a mudança de paradigma e constituição de novos sentidos e práticas no âmbito da saúde pública. A mesma reafirma o compromisso

com os princípios do SUS e propõe uma prática político-pedagógica que inclui ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas no diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos, assim como a inserção desses no SUS (BRASIL, 2013).

Assim, as ações baseadas na EPS voltadas para o campo das plantas medicinais e fitoterapia promovem valores como a inclusão social e a participação popular, valorizando um recurso terapêutico amplamente utilizado e conhecido pela população. Essas práticas conjuntas podem resultar na diminuição das barreiras que, muitas vezes, afastam serviços de saúde e seus usuários na medida em que promovem o aumento da autonomia dos pacientes em seus tratamentos.

É fato também que as camadas mais vulnerabilizadas da população dificilmente apresentam acessibilidade na aquisição de medicamentos industrializados. A dificuldade de obtenção desses, acrescida ao custo de aquisição nem sempre democrático, induz à busca, à conservação e à difusão do conhecimento popular sobre outras formas de fazer tratamento, como através do uso de plantas medicinais (SILVA *et al.*, 2014). Além disso, a ampliação de práticas no cuidado em saúde permite a abertura de um diálogo em que é possível exercer uma linguagem comum a todos, viabilizando um contato mais humano e uma interação mais acessível, resultando na horizontalização das relações e criando um espaço para que seja possível a formação de vínculos com os usuários que são acompanhados nos serviços de saúde.

Na atenção básica à saúde, o uso de plantas medicinais, além das vantagens mencionadas previamente, contribui também para ampliar os recursos terapêuticos, resgatar saberes populares, preservar a biodiversidade e o conhecimento tradicional. Apoiar esse tipo de compreensão significa também resistir a uma clara tentativa de marginalização do saber tradicional das mulheres, de povos originários e sua medicina tradicional. Ao compreender as características da atenção básica, evidencia-se a razão de inserir o uso de plantas medicinais nesse nível de atenção, uma vez que busca a coordenação do cuidado, do vínculo, da humanização e da participação

social. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, prezando pela promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças, redução de danos que possam comprometer as possibilidades de uma vida saudável (BRASIL, 2007). Dessa forma, para fomentar o uso racional de plantas medicinais na atenção básica, entra em ação a extensão universitária, que se configura por ser o elo entre a universidade e a sociedade (SANTOS JÚNIOR, 2013).

Nesse sentido, os projetos de extensão universitária visam promover, integrar e abreviar o distanciamento entre o conhecimento científico e o saber popular através da disseminação e da construção de um diálogo direto com a comunidade. Ademais, esse tipo de proposta promove a formação do profissional cidadão junto à sociedade, resultando na elaboração de um espaço comum de produção do conhecimento significativo para a superação, dando voz a todos os interlocutores, de forma que seja possível a atenuação das desigualdades sociais existentes (SCHEIDEMANTEL *et al.*, 2004).

Buscando agregar as diferentes perspectivas mencionadas anteriormente, tanto a nível de atuação interprofissional como a nível de atuação dentro da comunidade e a fim de contribuir para melhorias da qualidade de vida da população, de forma a fortalecer o processo de ensino e aprendizagem, foi criado o “Projeto de Extensão Interprofissional: educação popular em saúde com plantas medicinais”. O projeto integra estudantes e professoras da graduação e pós-graduação das áreas de Agronomia, Farmácia, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e propõe o compartilhamento de informações referentes aos saberes das diferentes áreas em relação às plantas medicinais.

Esse projeto constitui um potente espaço para a EIP na medida em que torna possível a prática interprofissional durante a formação acadêmica e para além dela, auxiliando de forma positiva na construção profissional e pessoal do grupo, assim como também promovendo a ampliação de opções de práticas terapêuticas. A partir da comunicação interprofissional, cuja premissa é baseada em “aprender juntos para trabalhar juntos”, busca fomentar o diálogo entre conhecimento científico e saber popular, desen-

volvendo também ações de educação em saúde junto a comunidades no município de Porto Alegre.

### **A extensão como expressão da função social da universidade na pandemia**

Entende-se que a extensão pressupõe um forte componente dialógico territorial presencial e dinâmico, porém diante do momento de pandemia da COVID-19, ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que impôs limites e distanciou-nos fisicamente, necessitou reinventar-se. Assim, através de encontros virtuais realizados pelas extensionistas, foram reunidas informações por meio de buscas bibliográficas e realização de cursos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS, o que possibilitou conversas e exposições, reunindo diferentes experiências. Dentre as atividades desenvolvidas pelo grupo destaca-se a elaboração de duas cartilhas voltadas à comunidade: a “Cartilha de Plantas Medicinais indicadas para sintomas respiratórios” e a “Cartilha de Plantas Medicinais: orientação para cultivo, colheita e armazenamento”. Essas cartilhas apresentam orientações e ilustrações que tornam as informações mais acessíveis e estão sendo divulgadas de forma virtual, encontrando-se disponíveis na plataforma LUME/UFRGS.

A “Cartilha de Plantas Medicinais indicadas para sintomas respiratórios” foi pensada pelo grupo com o intuito de tornar a informação mais acessível para os cuidados com a saúde no momento de distanciamento social e durante o período de inverno, no qual os sintomas respiratórios são muito comuns, levando em consideração que a busca por plantas que aliviam esses sintomas aumenta nesse período. A fim de tornar o conteúdo ainda mais completo para o acesso da população, a cartilha também contém informações sobre as formas de utilização das plantas, bem como as medidas indicadas e o que fazer em caso de efeitos indesejados durante o tratamento.

O conteúdo desenvolvido na cartilha acima citada mostra-se relevante quando pensamos em alternativas de tratamento para o novo coronavírus, para o qual agentes terapêuticos e profiláticos efetivos ainda estão em desenvolvimento. Alguns estudos têm voltado sua atenção para as plantas

medicinais, visto que diversas plantas e seus grupos fitoquímicos possuem atividade antiviral conhecida, sendo promissoras para pesquisas que possam verificar seu papel no combate à COVID-19. Na literatura científica, já são citados fitoterápicos e extratos de plantas com potentes antioxidantes para aliviar sintomas associados ao coronavírus, como do trato respiratório superior, a exemplo da *Nigella sativa* e *Punica granatum*, mais conhecidas como cominho-preto e romã respectivamente, que contêm fitoquímicos antivirais por inibir a replicação viral (KHAN *et al.*, 2020).

Já a “Cartilha de Plantas Medicinais: orientação para cultivo, colheita e armazenamento” foi desenvolvida a partir da reflexão acerca da acessibilidade das plantas pela população em geral, fornecendo autonomia para o cultivo das mesmas em suas casas. A cartilha apresenta informações sobre como obter mudas das plantas, práticas de manutenção das mesmas, como colheita, limpeza, secagem e armazenamento de forma adequada, sendo esses aspectos importantes para a qualidade das plantas e que nem sempre são abordados quando se trata da utilização de plantas medicinais na atenção à saúde.

Ao levar em consideração o cenário global e o impacto profundo que a COVID-19 tem causado na sociedade, as propriedades das plantas medicinais para os sistemas imunológico, respiratório, cardiovascular e gastrointestinal, já conhecidas e estudadas antes do aparecimento da pandemia, são foco de novos olhares como aliadas na crise e até mesmo como potenciais fontes de fármacos candidatos contra o coronavírus (ADHIKARIL, 2020). Aproveitar o conhecimento sólido e fundamentado que existe a respeito das atividades terapêuticas dessas plantas, para levar informação e permitir que a população aplique e faça uso desse recurso de mais fácil acesso nesse momento, traz enormes contribuições para a saúde pública e para o coletivo. Assim, tornou-se um dos objetivos de atuação do projeto de extensão durante o período de isolamento social. Além das melhorias já comentadas, as plantas medicinais também vêm sendo amplamente utilizadas de forma associativa ao tratamento de distúrbios e transtornos mentais, como depressão, insônia e ansiedade, visto que a própria atividade de cuidar e cultivar plantas constitui uma prática com benefícios terapêuticos para a saúde mental.

Mesmo existindo essas práticas alternativas de cuidado à saúde, as plantas apresentam efeitos colaterais e podem apresentar interações medicamentosas com outros medicamentos – sendo assim, devem ser prescritas por profissionais capacitados e qualificados. Dessa forma, tornam-se cada vez mais importantes espaços que permitam o aprofundamento e o estudo dessas práticas para que, a partir disso, se faça o uso responsável e adequado (NUTRITION AND FOOD SCIENCE, 2005).

Durante a construção das cartilhas, cada membro do projeto contribuiu com conhecimentos específicos de sua área de maneira singular, aprendendo e compartilhando com os demais colegas, de forma a pensar e repensar o cuidado com a saúde sob diferentes olhares. Ademais, possibilitou trocas e reflexões acerca do papel da universidade na sociedade, dando suporte e qualificando a formação profissional para o trabalho em equipe, na medida em que oportunizou a ampliação dos conhecimentos coletivos e individuais do grupo a respeito do uso das plantas medicinais. Essa configura-se como uma ferramenta de grande valia não apenas no que diz respeito a alternativas de cuidado com a saúde, mas também por ser um instrumento que oportunizou a união entre mulheres que lutam por um ideal comum coletivo.

Dar continuidade ao projeto, adequando-se às condições de pandemia vivenciadas no ano de 2020, foi um grande desafio para o grupo, visto que o trabalho proposto preconizava a interatividade com diferentes comunidades, como unidades de saúde da atenção básica, escolas municipais e comunidade acadêmica da UFRGS, para o mapeamento das principais plantas medicinais utilizadas por essas populações e, a partir disto, desenvolver em conjunto as ações que auxiliassem na utilização adequada e na construção do conhecimento. O desenvolvimento das cartilhas como forma de substituir esse contato durante esse período mostrou-se engrandecedor para todas as extensionistas, que almejam contribuir para a expansão do projeto e a disseminação das ações curativas das plantas medicinais a fim de atrair mais olhares para o tema no futuro.

Além disso, o ambiente virtual possibilitou o contato do grupo com outras regiões do país, como Passo Fundo/Rio Grande do Sul, onde ocor-

reram três eventos simultâneos, nos quais o grupo se fez presente: 14ª Reunião Técnica Estadual de Plantas Bioativas, V Seminário Regional de Plantas Bioativas e Homeopatia e II Jornada Sul-Brasileira de Pesquisa em Plantas Medicinais e Homeopatia. Esse contato com outras localidades foi de grande valia, pois não apenas aumentamos a visibilidade do Projeto de Extensão como também tivemos oportunidade de trocar saberes com outras pessoas inseridas no meio. As plataformas virtuais mostraram-se, de forma geral, grandes aliadas do projeto durante o período de excepcionalidade vivido com a pandemia da COVID-19. Através delas foi possível aproximar as extensionistas, criando laços de convivência, mesmo sem o convívio de forma presencial, aprofundar os estudos do grupo utilizando bibliografias disponíveis em formato virtual e permitindo, além da participação do grupo em eventos *on-line*, momentos de conversa com pessoas externas ao grupo, agregando ainda mais sob o ponto de vista interdisciplinar.

### **Considerações finais**

Sob a perspectiva da formação acadêmica no campo da saúde, nota-se que durante a graduação, em alguns cursos, o tema das plantas medicinais é pouco abordado. A partir dessa observação levantada no decorrer das reuniões realizadas pelo grupo, buscamos através da extensão abrir espaços na universidade para estimular o desenvolvimento de metodologias educacionais que incluam e possibilitem a discussão do tema, resultando em modelos de atenção à saúde mais inclusivos e que incorporem a medicina tradicional às suas práticas.

Com a pandemia do coronavírus (COVID-19) no Brasil e no mundo as medidas de restrição de deslocamentos vieram para reduzir o contato social e, assim, evitar a propagação do vírus. Num momento de reclusão, necessário e emergente, é determinante que sejam pensadas alternativas para manter a mente saudável e fortalecer também a imunidade. Assim, todo esse contexto, acrescido de questões como os elevados impostos da assistência médica privada, a precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos, o alto custo de medicamentos alopáticos, inseridos em um

panorama onde o sistema de saúde encontra-se saturado e apresentando dificuldades de sanar as demandas, principalmente durante esse momento de pandemia, a população vem buscando uma maior adesão ao uso da medicina natural e alternativa (FRANÇA *et al.*, 2007).

O estudo das plantas medicinais requer a interação de diversas ciências. Nesse sentido, para a publicação das cartilhas, a composição interdisciplinar do grupo foi de fundamental importância, resultando num espaço diverso de aprendizado. Destaca-se também nas atividades realizadas pelo grupo o estudo sobre o tema das plantas medicinais, que possibilitou o desenvolvimento dos materiais informativos através de cursos e reuniões, nas quais cada participante expôs os conhecimentos de sua área relacionados ao uso das plantas medicinais na atenção básica à saúde.

Essas experiências bem-sucedidas de Educação Interprofissional reforçam a importância de estimular novos espaços e ações de extensão onde seja possível “aprender entre si, com e sobre os outros”, oportunizando a interação entre estudantes e profissionais de diferentes cursos, proporcionando de forma concomitante a formação de competências para trabalhar em equipe de forma colaborativa e oferecer um cuidado centrado nos sujeitos. Da mesma forma, à medida que as atividades passarem a ser presenciais, poderão aproximar a universidade da comunidade, possibilitando o reconhecimento da realidade e das necessidades da população, tendo os sujeitos como protagonistas na construção e produção do cuidado em saúde. Ademais, a ampliação dos conhecimentos a partir da construção de um projeto de extensão, tendo como objetivo central a utilização das plantas medicinais, traz consigo a ampliação e a valorização dos saberes populares, que se configuram como ferramentas importantes para a efetivação da EIP.

Para finalizar, é importante ressaltar que a extensão representou um processo educativo de grande valor na formação crítica de todas as participantes, oportunizando a troca de conhecimentos, saberes entre educandos e educadores, sempre considerando que ambos apresentam histórias individuais e coletivas dentro de um contexto social compartilhado. Tudo isso somente foi possível, pois se pôde contar com exemplos de liderança com interesse, conhecimento e experiência que motivaram o grupo no com-

promisso com a educação, saúde e sociedade. Ainda, os encontros virtuais também auxiliaram as participantes a enfrentar e superar de forma mais amena o momento da pandemia que estamos passando.

## Bibliografia

- ADHIKARIL, B. *et al.* Potential roles of medicinal plants for the treatment of viral diseases focusing on COVID-19: A review. **Phytotherapy Research**, p. 115, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675695/pdf/PTR-9999-na.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2020
- ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011. 221 p.
- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, set. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500163&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500163&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, v. 2, 2012. Disponível em: <[http://fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- BECKER, M. B. **Programas de Fitoterapia na Rede Pública de Saúde no Brasil**. 2012. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Mariana-Becker.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- BELEZA, J. A. M. **Plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária à saúde**: contribuição para profissionais prescritores. Monografia (Especialização) – Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos/Rio de Janeiro, p. 49, 2016.
- BRANDELLI, C. L. C. Plantas Medicinais: Histórico e conceitos. In: MONTEIRO, S. C.; BRANDELLI, C. L. C. (Org.). **Farmacobotânica: Aspectos Teóricos e Aplicação**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 1-13.
- BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução nº 8, de 08 de março de 1988. Implanta a prática de Fitoterapia nos Serviços Públicos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 08 mar. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92p.

SUZUKI, A. L. M. *et al.* • Experiência de extensão universitária: plantas medicinais e interprofissionalidade na educação popular em saúde em tempos de pandemia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136p.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília/DF, 2013.

BRUNNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; DE MELO VIANNA, C. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 10, 2012.

CAIPE – CENTRO PARA O AVANÇO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL. **Introdução à Educação Interprofissional**. 2013. Disponível em: <[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_caipe\\_intro\\_eip\\_po.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez. 2020.

FRANÇA, I. S. X. *et al.* **Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais**. Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem.

Campina Grande, PB, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a09v61n2>>. Acesso em: 17 dez. 2020

KHAN S. A. *et al.* Combating COVID-19: The role of drug repurposing and medicinal plants. **Journal of Infection and Public Health** (2020). Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.10.012>>. Acesso em: 15 jan. 2021

NUTRITION AND FOOD SCIENCE. Herbs for good mental health. **Discover Journals**, Books & Case Studies, 2005. Disponível em: <<https://www.emerald.ez45.periodicos.capes.gov.br/insight/content/doi/10.1108/nfs.2005.01735aab.011/full/html>>. Acesso em: 15 dez. 2020

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

ROSA, C. D.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da Fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.

SANTOS JÚNIOR, A. L. Universidade e sociedade: uma relação possível pelas vias da extensão universitária. **Revista Inter-Legere**, v. 1, n. 13, p. 299-335, 5 set. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4178>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SCHEIDEMANTEL, S. R. *et al.* A Importância da Extensão Universitária: o Projeto Construir. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte**, 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Direitos/Direitos5.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

SILVA, S. H. C *et al.* Medicinal plants: traditions and popular knowledge of women from in an urban community of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. **Revista Espacios**, v. 35, n. 4, p. 12, 2014. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a14v35n04/14350412.html>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

TOASSI, R. F. C.; MEIRELES, E.; PEDUZZI, M. Interprofessional practices and readiness for interprofessional learning among health students and graduates in Rio Grande do Sul, Brazil: a cross-sectional study. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1773419>>. Acesso em: 10 dez. 2020.



**Seção 2**

**Classe social, gênero e raça:  
pandemia, pensamentos & reflexões**



Fotógrafa Cristiane Leite. Porto Alegre. Exposição Travessia. Galeria Porto.  
Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page\\_id=266](https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page_id=266)>.



## A pandemia e o mercado da saúde no Brasil

*Maurício Almeida Stédile*

*Aline Blaya Martins*

Os homens fazem a sua própria história; contudo não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles que escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas essas lhes foram transmitidas assim como se encontram. A tradição de todas as gerações passadas é como um pesadelo que comprime o cérebro dos vivos.

(KARL MARX)

A crise gerada pela pandemia da COVID-19 denunciou, escancarou e deixou abertas feridas que há muito adoecem todos nós brasileiros, que precisamos dar conta todos os dias da superexploração de nossa força de trabalho (MARINI, 2017, p. 325) e da ampla degradação de direitos sociais que caracterizam a ordem social no Brasil e de tantos outros países de capitalismo periférico dependente (SANTANA; FERREIRA, 2021).

Os impactos da pandemia foram enormes e repercutiram nos mais diversos setores da sociedade brasileira, contudo é inegável que foi o setor da saúde que sofreu os maiores impactos diretos e indiretos. A COVID-19 fez com que o Sistema Único de Saúde (SUS), patrimônio de todo cidadão que há três décadas luta, resiste e agoniza perante sucessivos ataques e negligência, estivesse presente nas conversas, na vida e na morte de milhares de brasileiros. O sistema foi o único recurso de milhares de famílias e viu sucumbir boa parte dos 240.000 mortos no país, entre os quais estavam muitos trabalhadores da saúde que perderam suas vidas e/ou de seus familiares para o vírus SARS-COV-2 ou por consequências geradas pela doença.

Um exemplo concreto de tal realidade foi observado entre os trabalhadores da enfermagem. Mas, para compreendermos por que o Brasil foi o país onde ocorrer um terço das mortes globais entre profissionais de Enfermagem por COVID-19 (ALESSI, 2021) e as razões que fazem com que sejamos o país com mais óbitos de trabalhadores da enfermagem no mundo (COFEN, 2020), é preciso rever os caminhos percorridos, as dificuldades enfrentadas, as expectativas construídas e, além disso, pensar como nossa sociedade se estrutura. Qual o papel desses profissionais enquanto força de trabalho em nossa organização social? Quem são eles e onde estavam inseridos? O que poderíamos ter esperado do Estado e das políticas sociais nesse momento para proteger os trabalhadores desse setor? E, para além, o que esperávamos que tivesse sido feito para todos de todas as classes sociais?

Classes sociais? Sim, vivemos em uma sociedade capitalista, regida pelo grande capital, construída e regida em sua totalidade por uma sociedade burguesa que compactua e mantém a divisão de classes sociais, que estrutura nossa sociedade através das ações coercitivas mantidas pelo Estado. Não somos médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares... faxineiras e motoristas de aplicativos... enfrentando a pandemia. Somos todos trabalhadores, embora a divisão de classes no Brasil tenha historicamente (não é um fenômeno nada contemporâneo) tornado um abismo a distância que separa econômica e socialmente auxiliares e técnicos de enfermagem de enfermeiros e médicos (SOARES; PEDUZZI; COSTA, 2020). Porém, de fato, todos nós usamos nossa força de trabalho, nossos próprios corpos, nossas vidas em sua materialidade em troca de um salário.

Poucos tiveram possibilidade de abandonar *o front*. Para quase todos, o sustento, a manutenção da vida, falou mais alto, mesmo quando a própria estava em risco constante. Nesse caso, como em quase todos, o trabalho não dignifica o homem. Ele danifica, oprime, explora e esmaga o homem. Todos tiveram que seguir produzindo mais-valia para o dono do capital, para o burguês que detém o meio de produção, seja ele o hospital, o plano de saúde ou a rede de instituições de longa permanência. Dessa realidade, chegamos a janeiro de 2021 com mais de 990 vidas de trabalhadores da saúde perdidas para a COVID-19 (SCHMITT, 2021).

Chegamos a um cenário catastrófico, regidos pelas contradições deste mundo, que divide a sociedade em classes e que determinou a vida da maioria das pessoas a partir das circunstâncias históricas de onde e quando nasceram. Há classes sociais, e o problema é que o mundo onde nos inserimos e onde precisamos enfrentar uma pandemia se divide a partir delas e que a maioria da classe trabalhadora, proletária, oprimida... não percebe o mundo onde se insere a partir da divisão de classes e tampouco possui consciência de classe.

Dessa forma, ao invés de aproveitarmos a oportunidade para colocar em cheque a sociedade capitalista, colonial, burguesa e genocida em que vivemos, vimos o cenário progressivamente se adaptando para a manutenção do status quo. As questões que nos moveram inicialmente foram permeadas por disputas geradas entre municípios, estados e união, partidos políticos, o papel do Estado, o governo, os três poderes, a democracia ou as eleições municipais... Foram muitos os embates e as pautas constituídas a partir do que esperávamos do Estado. Mas o Estado é apenas uma grande parte do problema – e não o problema central. Não é o problema central porque não foi o Estado que criou a sociedade. Ele sim que é um produto dessa estrutura social capitalista e doente, que ao longo dessa trajetória foi escolhendo quem deveria viver e quem precisa morrer para que a ordem social fosse mantida (MASCARO, 2015). Salvador Allende em seu discurso de posse no dia 4 de setembro de 1970 alertava que, por mais que o povo possa se fazer representar junto ao Estado, esse é fruto do capitalismo, e cabe ao povo, às massas, a responsabilidade histórica de converter o país em uma nação comprometida igualmente com todas as vidas (CHILE, 1970).

“Se o homem é formado pelas circunstâncias, será necessário formar as circunstâncias humanamente” (ENGELS; MARX, 2003, p. 150). Nesse sentido, passamos meses pensando em quais seriam as circunstâncias favoráveis para proteger a vida de 200 milhões de brasileiros, organizados por uma sociedade em que tudo tem a forma de mercadoria, em que tudo está moldado para ser vendido, inclusive a educação e a saúde. A comida, o trabalho e o próprio trabalhador. O trabalhador não ganha por sua dignidade, seja ele o usuário do SUS que trabalha na informalidade e acredita que

é empreendedor, seja um profissional de saúde, um médico lotado em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Todos se vendem. Vendem e venderam todos os dias sua força de trabalho. E, por fim, recebem apenas o que o mercado está disposto a pagar.

Por mais que o Estado tenha regulado os serviços de saúde privados, por mais que o Estado tenha ordenado os gastos que viabilizam a assistência à saúde de milhares de cidadãos SUS-dependentes, vimos na pandemia apenas o que já sabíamos. Na sociabilidade capitalista, o Estado é capitalista. Estado é ditadura de classes, é opressão e usurpação, e assim foi sua atuação, que gerou lucros expressivos para os planos de saúde (ALESSI, 2021) e muito sofrimento para a população e para os trabalhadores do SUS. Foi essa sociabilidade estruturada para conter e burlar a luta de classes que determinou nossos caminhos através de um Estado submisso, que se coloca de joelhos e que submete os seus. Apáticos seguimos, apáticos morremos, muitos trabalhando para um Estado que cadastrou um milhão de profissionais de saúde porque o Brasil contava com todos (BRASIL, 2020), que nos disse que o Brasil deveria estar acima de tudo, inclusive de nossas próprias vidas. E que nos convenceu de que Deus “olharia por nós” enquanto lentamente víamos morrer e morríamos. No *front* ou em nossas casas, esperamos que Deus realmente estivesse acima de todos e olhando por nós. Nem pensamos em fazer greves. Até porque aprendemos que greve se faz em setores – e não em classes sociais. Somos enfermeiros, somos médicos, quando muito somos da saúde, mas muito pouco nos entendemos durante esse processo como “trabalhadores”. Trabalhadores que, isolados ou na batalha do *front*, deveriam estar todos unidos e enfrentando a sanha do capital sobre nossas vidas.

Contudo, mesmo assim, as massas se movem, os trabalhadores resistem e resistiram. Sempre acontecem as microrrevoluções, que, como nos ensinou Rosa Luxemburgo, são lícitas e necessárias, mas devem ser vistas como meio e jamais como fim (LUXEMBURGO, 2018). O Brasil, em sua gente, pelas mãos dos trabalhadores, construiu possibilidades, pequenos movimentos e grandes lutas, que nos deram alento e uma certa dignidade. Algumas dessas revoluções materializaram-se na conquista de políticas so-

ciais, como o auxílio emergencial, ou através do protagonismo do próprio SUS, que dá a todo brasileiro o direito à saúde e que o torna dever do Estado e que neste momento mostrou-se imprescindível para que o genocídio não fosse ainda maior. Mas, ainda assim, é inegável: o Estado capitalista que dá tira – e tirou muito.

Foi à margem e muitas vezes à revelia do Estado e, principalmente, do governo genocida que rege o país neste momento que a vida aconteceu. Na periferia onde as Marias, faxineiras dos hospitais, e os Josés, que fazem entregas por aplicativo vivem, é que as circunstâncias mais humanas em nosso processo histórico foram construídas como dispositivo de luta e também foram nesses territórios os piores impactos dessa pandemia que ainda não tem previsão de término.

### **O enfrentamento à pandemia no Brasil**

Havia uma esperança de que com o enfrentamento à COVID-19, com a necessidade premente de ações governamentais voltadas à preservação da vida, a contradição de um Estado que governa para a manutenção da reprodução do capital e não para a exaltação da vida fosse exposta e combatida. Quiçá pudéssemos desenvolver outros modelos.

Motivados pela tragédia antecipada de ver os sistemas de saúde públicos e/ou privados no Velho Continente não sendo capazes de suportar a demanda, com o ápice na contagem mórbida de corpos chegando aos mil ao dia, e da recomendação de não investimento nas pessoas idosas, que apresentassem mau prognóstico pela insuficiência de recursos assistenciais, iniciamos um processo, ainda que restrito a governadores e prefeitos, de produção local de possibilidades de enfrentamento do que estaria por vir. A cada dia, a mídia mostrava o mapa dos contaminados na China, na Itália, na França... Foram semanas acompanhando como se, em algum momento, chegássemos ao fim de um *reality show* como em um *Big Brother Brasil* ou em um *Master Chef*. De fato, parecia que estávamos vivendo um programa de auditório, distante, mas ali já eram as nossas vidas que estavam em jogo, e a disputa se dava entre o governo federal *versus* governadores e prefeitos.

A cada momento vinha uma nova prova. Começando com a chegada do primeiro caso, que poderia ter sido evitado ou no mínimo postergado, caso houvesse um adequado controle das fronteiras, como muitos países fizeram. Todavia, as fronteiras não foram fechadas, e a ação que se observou foi uma ridícula corrida aos supermercados em busca de – acredite se quiser – papel higiênico! Enquanto alguns se preocupavam com a higiene íntima, vimos a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os trabalhadores da saúde e das áreas essenciais; a liberação do uso de máscaras de pano que não protegem, mas diminuem o contágio; a falta de ventiladores nas UTIs e as dificuldades em viabilizar sua importação, inicialmente decorrente do golpe sofrido na alfândega norte-americana, que confiscou as importações de outros países que faziam escala no território dos Estados Unidos. As batalhas eram muitas, e a maioria vinha sendo perdida, até que a Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP) (REIS, 2020) mostrou ser possível fazer um ventilador em 15 dias com um custo muito menor.

Contudo, as provas de resistência seguiam, e em nenhum momento se discuti o acesso à carreira médica. Pouco se falou sobre a necessidade de um maior número de leitos de UTI, sobretudo em regiões de menor grau de metropolização e – jogo combinado – com menor renda. A cada enfrentamento, mais uma cortina de fumaça. Todo tipo de desculpa absurda para tentar explicar que não chegaríamos à situação da Itália e da Espanha com pessoas morrendo sem a possibilidade de atendimento. Explicações estas que não são apenas ridículas e desrespeitosas, mas têm um peso de genocídio quando vindas do representante maior da nação (CONNECTAS DIREITOS HUMANOS, 2021). Escutou-se que os brasileiros tinham imunidade por tomar banho no esgoto, remédios salvadores sem nenhum respaldo da comunidade científica foram incentivados e comprados pelo Estado em larga escala. E a cada negativa de um ministro de saúde em ser cúmplice da barbárie iam sendo emparedados e eliminados... até a chegada de um militar.

Cabe uma digressão: militares não são burgueses, são trabalhadores. Mas, sempre nos perguntamos como é possível um soldado ou um policial militar bater em professores de escolas públicas. Faz isso porque se vê como

mandatário do Estado, onde nele tudo pode, da mesma forma que o mandatário-mor da nação. Contudo, as estruturas do Estado apenas podem ser “ocupadas” por militares, assim como tantas vezes são por civis. De fato, enquanto se pensam (fingem ser) autoridades, seguem apenas operando um Estado que está pré-determinado e ancorado por interesses de quem tem bem mais poder do que eles.

Em nosso caso, não foi diferente, e o governo, usando seu lugar de Estado, mostrou que estaria disposto a enfrentar as consequências do genocídio para salvar não a economia, mas o capital investido pelo grande capital. Uma das provas mais complexas aconteceu em diferentes momentos em Manaus; em uma primeira situação, a saída foi criar um hospital onde todos pudessem ser jogados e onde a ausência de recursos não fosse escrachada com corpos mortos jogados nas ruas.

Naquele momento, já estava claro que os trabalhadores brasileiros, muito mais do que o presidente, governadores e prefeitos, estavam diante de uma das piores provas já vividas em nossa história e que responderiam, sem qualquer orquestração nacional, pelo enfrentamento da crise. Sabíamos que chegaríamos a mil mortes por dia; a questão seria qual o peso social e político disso.

A resposta estava clara desde o início. Perdemos a prova muito antes da chegada da COVID-19. Não estávamos passando pela maior crise de saúde de nossa história; na verdade, nunca saímos da pior crise. Sempre vivemos a ausência de recursos, de autonomia, de soberania... A falta de segurança alimentar, saneamento básico, renda mínima já estavam aí. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde nunca deixou de ser realidade. A espera por um milagre, perversa, advindo das unidades básicas, já tão fragilizadas, sempre existiu. As pessoas já morriam nos corredores; o número de UTIs e leitos hospitalares já não eram minimamente suficientes em situações de normalidade e já denunciavam a mercantilização da saúde no país (MEDEIROS, 2018). A espera por leitos sempre foi a regra, não a exceção. A pandemia só explicitou a crise que era anterior e que ampliou a escala das barbáries do cotidiano, que se mascaravam, mas que em sua materialidade já estavam dadas nas pequenas crises de acesso aos serviços de

saúde, na violência policial e nas sentenças de morte executadas todos os dias Brasil afora pelas mãos de quem supostamente deveria proteger o cidadão.

A diferença gritante estava em olhar para as outras realidades e para o comprometimento coletivo de governantes em cuidar de suas populações. Não tendo recursos suficientes, pelo menos havia interesse por parte do Estado em organizar estratégias de cuidado. Haja vista a segunda crise acontecida em Manaus, onde a falta de cilindros de oxigênio, prevista e anunciada ao governo federal, levou muitos à morte, ao sofrimento extremo e à necessidade de transferência de pessoas em estado crítico para que o genocídio em curso não fosse ainda maior. Nesse momento, o Estado, leia-se governo federal, enviou a Manaus a “cloroquina”, comprada dos Estados Unidos da América e/ou produzida pelo próprio exército brasileiro. Medicamento comprovadamente ineficaz para o tratamento da COVID-19, que custou milhões aos cofres públicos, enquanto a Venezuela, país tido como “inimigo” e “ameaça” comunista, enviou um comboio de caminhões com oxigênio (SEQUERA, 2021).

Embora possamos observar outros Estados nacionais onde a saúde também esteja nas mãos do capital, há um entendimento, que opera há séculos, de que o capital não se sustentará caso não tenha trabalhadores ativos, capazes de fazer a grande máquina do consumo girar (ENGELS; KAUTSKY, 2012). Por isso, mesmo nesses países, o estado de bem-estar social tornou-se imperativo e a proteção aos seus uma necessidade urgente. Ou seja, mesmo em lugares cuja maquinaria estatal se movimenta predominantemente pelos interesses do capital, a resposta foi proteger não exatamente a vida e reconhecer o direito das pessoas, mas proteger consumidores e a força de trabalho. No mínimo, o que nos habituamos a ver em outros países, foi a reação medieval dos primeiros embriões de Estados modernos, onde o controle sobre a sociedade buscava preservar o consumo e o trabalho.

No Brasil, nem isso conseguimos. Seguimos valendo-nos do genocídio como ferramenta de opressão e de acumulação do capital na mão de muito poucos. Aqui, se um trabalhador, que não custa quase nada, morre,

substituímo-lo por outro. A saúde da população é apenas um peso para a economia.

A COVID-19 apenas desvelou tal perversidade, colocou na mídia o déficit de leitos que sempre esteve ali. Nesse processo, parte do tratamento acontece nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), estruturas que, em sua maioria, não dispõem dos recursos necessários para um atendimento integral. Esse é mais um serviço negligenciado, que mostra que as mortes não aconteceram em um único local, mas em vários pontos dos territórios urbanos, para além dos hospitais. Assim, as milhares de famílias não choraram juntas suas perdas pelas insuficiências do Estado. As mortes foram sendo diluídas. E, em sua maioria, aconteceram nas periferias, onde as pessoas já estavam habituadas a ver o descaso, a omissão e o genocídio.

O problema não estava na falta de leitos, mas sim nas covas. Digamos assim: a questão era a existência ou não de covas suficientes, ou seja, não poderiam acumular corpos. As declarações iniciais do prefeito de São Paulo foram extremamente claras nesse sentido. Chegamos a mil mortos por dia, oficialmente caminhamos para os 220 mil; existe uma onda que varre lentamente as vidas brasileiras. Inicialmente, nas capitais, agora em todo o país. Isso com muito tempo para os governos (o Estado) se prepararem.

A todo momento, coloca-se a manutenção da economia, leia-se do mercado e do grande capital, frente às vidas. Como jamais se observou, vemos o número de mortos crescer e já não sabemos as proporções dessa tragédia que se agravará pela fome, já que ainda observamos a perversidade de um governo, de um Estado, que ampara bancos e grandes corporações e desmonta programas sociais, que são básicos para a manutenção da vida da maior parte da população brasileira, e que pouco vem fazendo para que a vacina chegue para todos.

Vimos, no decorrer dessa pandemia, de maneira explícita que a saúde é simplesmente uma mercadoria, um produto a ser consumido por quem pode pagar, haja vista as negociações *sui generis* que vêm sendo feitas para a comercialização das vacinas (CASTELLAR, 2021) antes que as mesmas sejam sequer garantidas a quem mais precisa. Vimos que o governo/Esta-

do está para defender os interesses de uma parcela muito pequena, que os esforços maiores não foram para salvar vidas, que os investimentos não foram para evitar as mortes.

### **A saúde e a sociedade: resistências e a afirmação da diversidade nas vidas**

Provamos que seguimos sendo um povo solidário e extremamente inteligente, que é possível se reinventar, se reorganizar. Que temos capacidade de construir ventiladores e que podemos nos autogerenciar, como observamos em Paraisópolis (KLINTOWITZ *et al.*, 2020) e em tantos outros territórios do país, através da distribuição de alimentos, produção de cultura sem a televisão. Vimos que temos uma saudade imensa de estar conosco (os outros) mesmos. Mostramos que as universidades são fatores essenciais para o desenvolvimento de ciência e que ela salva vidas.

A pandemia não acabou. Ainda teremos muitas perdas, mas é preciso perceber que esse sistema, em que a vida não é foco, não nos serve. É preciso não aceitar a crise que já havia e de que a saúde já não tinha como dar conta antes. Não podemos aceitar a falta de leitos de UTI e enfermaria como condição permanente, nem a falta de médicos tampouco a dependência de tecnologia em saúde nas mãos de especuladores da morte. A curto prazo, não podemos de forma alguma aceitar governos genocidas. A longo prazo, não podemos aceitar uma ordem social, uma sociedade que se coloca de joelhos... que coloca a mercadoria na frente da vida e que opera um Estado historicamente vendido.

Se fomos empurrados ao abismo, é porque nossas massas ainda não estavam prontas para fazer nossa terra tremer e nossos valores mudarem. Mas, tudo tem seu tempo, e as massas, como dizia Rosa Luxemburgo (2018), são ingovernáveis, possuem vida própria e se movimentam. Poderá demorar décadas.

O Brasil que está realmente enfrentando a pandemia não pode aceitar um Brasil que salva bancos, mas não salva pequenas empresas e trabalhadores. Não pode aceitar um governo, e nem um Estado, que acredita

que as vidas de trabalhadores da enfermagem, motoristas de aplicativos e de entregadores não valem nada.

A prova está sendo dura, e é preciso ter coragem para reconhecer que somos fortes, aptos e que estamos na luta, que seguimos em marcha. Onde estar na luta por vidas passa por bradar que um governo que não nos representa não nos serve. Que um estado ajoelhado diante do grande capital não se sustenta e não nos sustenta. É preciso mudar e agora.

## Bibliografia

ALESSI, G. Brasil responde por um terço das mortes globais entre profissionais de enfermagem por COVID-19. **El PAÍS**. São Paulo, fev. 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-08/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-globais-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19.html>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa cadastra profissionais de saúde para atuar no combate à COVID-19**. Brasília, 28 ago. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/programa-cadatra-profissionais-de-saude-para-atuar-no-combate-a-covid-19#>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

CASTELLAR, G. Clínicas privadas esperam vacina em abril, mas processo é longo e incerto. **UOL**. Rio de Janeiro, 31 jan. 2021. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/01/31/vacinas-clinicas-privadas.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CHILE. Presidente (1970-1973: Salvador Allende). **Discurso del Triunfo**. Santiago, 4 set. 1970. Disponível em: <[https://www.archivochile.com/S\\_Allende\\_UP/doc\\_de\\_sallende/SAde0051.pdf](https://www.archivochile.com/S_Allende_UP/doc_de_sallende/SAde0051.pdf)>.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Brasil responde por 30% das mortes de profissionais de Enfermagem por COVID-19**. Brasília, 16 jun. 2020. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-30-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19\\_80622.html](http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-30-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_80622.html)>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19: um ataque sem precedentes aos direitos humanos no Brasil. In: C. D. Cepedisa, **Boletim n. 10. Direitos na pandemia**. Mapeamento e

análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil (p. 5-19). São Paulo: CEDEDISA-USP, 2021. Disponível em: <[https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim\\_Direitos-na-Pandemia\\_ed\\_10.pdf](https://www.conectas.org/wp/wp-content/uploads/2021/01/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ENGELS, F.; KAUTSKY, K. **O Socialismo Jurídico**. São Paulo: Boitempo, 2012. 80 p.

ENGELS, F.; MARX, K. **A Sagrada Família**. São Paulo: Boitempo, 2003. 278 p.

KLINTOWITZ, D. *et al.* Contexto territorial e ação coletiva no enfrentamento da COVID-19. **Opera Mundi**. São Paulo, 17 jun. 2020. Disponível em: <<https://operamundi.uol.com.br/analise/65231/contexto-territorial-e-acao-coletiva-no-enfrentamento-da-covid-19>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LUXEMBURGO, R. **Greve de Massas, partido e sindicatos**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

MARINI, R. M. Dialética da Dependência. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 325-356, 16 dez. 2017. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648/15300>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011. 176 p.

MASCARO, A. L. **A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MEDEIROS, R. S. Insuficiência de leitos de UTI: crise do capital e mercantilização da saúde. **Argumentum**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 229-240, 28 jun. 2018. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.18647>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

REIS, V. Coronavírus: Pesquisadores da USP criam ventilador pulmonar para emergências feito em 2 horas e 15 vezes mais barato. **G1**. São Paulo, 31 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/31/coronavirus-pesquisadores-da-usp-criam-ventilador-pulmonar-para-emergencias-feito-em-2-horas-e-15-vezes-mais-barato.ghtml>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SANTANA, J. V.; FERREIRA, B. J. P. Crise do capital e impacto da COVID-19 na vida dos trabalhadores: desigualdades socioterritoriais na periferia e em regiões do Brasil. **O Social em Quest.**, [S.L.], v. 1, n. 49, p. 123-144, 6 jan. 2021. Faculdades Católicas. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17771/pucrio.osq.51117>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SCHMITT, G. Brasil responde por um terço das mortes globais entre profissionais de enfermagem por COVID-19. **O Globo**. São Paulo, 26 jan. 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/quase-mil-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil-24853318>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SEQUERA, V. Maduro diz que Venezuela enviará mais oxigênio ao Brasil. **Reuters**, 3 fev. 2021. Disponível em: <<https://cn.reuters.com/article/saude-covid-maduro-oxigenio-idBRKBN2A31K3-OB RTP>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

SOARES, C. B.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. Nursing workers: COVID-19 pandemic and social inequalities. **Rev. da Esc. de Enfer. da USP**, São Paulo, v. 54, e03599, 16 set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020ed0203599>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

# Pensando sobre a necropolítica na pandemia

*Rosaura Soares Paczek*

*Erica Rosalba Mallmann Duarte*

*Alcindo Antônio Ferla*

## **Introdução**

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, discutiu-se a necessidade de desenvolver um novo sistema de saúde e foram projetadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único de saúde, sendo debatido que a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão [...] (BRASIL, 1987). Na conferência, no Tema 1 – Saúde como Direito, lê-se:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas [...]. Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Simultaneamente tem necessidade de o Estado assumir, explicitamente, uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais [...], isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1987, p. 5-6).

Em 2019, 33 anos após a 8ª CNS e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), embora muitos avanços tenham sido conquistados, ainda foi preciso discutir sobre o fortalecimento e a garantia do direito fundamental à saúde e refletir sobre educação e democracia, não ficando ausente as questões do poder, econômicas, da igualdade e da justiça (NASCIMENTO *et al.*, 2020). No relatório da 16ª CNS consta:

Precisamos defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente: na manutenção do Estado Democrático de Direito, fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garanti-

das; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, garantir a inviolabilidade do direito à vida, contemplando a saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual, e permitindo a integralidade e o empoderamento do povo (BRASIL, 2019, p. 82).

Tais aspectos ratificam a conexão do contexto social com a garantia e o acesso à saúde e convergem com o conceito de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo este a “percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2017). Todavia, o conceito de qualidade de vida surge, de tal forma, associado à saúde que muitos autores ainda não distinguem.

Nessas reflexões e nesse momento de pandemia da COVID-19, é praticamente impossível pensar em qualidade de vida. Difícil retomar tal conceito quando a questão passa a ser: quando acaba a vida e inicia a morte? Atualmente, muitas vidas perdem-se em um tempo muito rápido, sem ter a possibilidade de um controle e o conhecimento científico que tranquilize a população. Assim, a qualidade de vida parece descolar das narrativas vigentes e surge a conversa sobre o direito à vida e o direito à morte digna.

A COVID-19 é uma doença infecciosa de alta transmissibilidade, causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. No Brasil, conforme dados do final de janeiro de 2021, cada 100 pessoas infectadas contaminam outras 120, e o vírus, na verdade, pode ser transmitido quando as pessoas estão apenas falando, além de quando tosse e/ou espirram.

No momento, a melhor forma de reduzir a transmissão está na higienização das mãos com água e sabão e o uso de álcool em gel, manter uma distância de no mínimo um metro e meio de outra pessoa, além do uso de máscaras para evitar o contágio respiratório. Vários estudos sobre as vacinas estão sendo finalizados neste momento para ser utilizadas pela população mundial.

Essa pandemia tem exigido medidas de educação em saúde, solidariedade humana e políticas públicas de cidadania na forma mais ampla que se possa imaginar. Verifica-se que, em diversos países, houve um retrocesso nas políticas de direitos humanos e cidadania com o agravamento das desigualdades sociais, com o encaminhamento para uma pobreza extrema, em que a dignidade assume uma justiça cognitiva, reconhecendo uma pobreza espiritual no desenvolvimento da consciência moderna como base do drama ético e existencial da crise civilizatória.

A ciência sempre tem dificuldade para enfrentar os problemas complexos que envolvem incertezas e altos valores, e com a pandemia houve uma radicalização na complexidade em escalas globais de forma inesperada, em que a ciência é necessária e útil, porém limitada e impotente. Questiona-se se haverá coragem, força interior, clareza e organização política frente aos interesses dos poderosos em manipular e impedir as mudanças (PORTO, 2020).

Ao fazer a leitura dos relatórios das duas conferências, percebeu-se que os segmentos da sociedade civil brasileira estão questionando, neste momento, o retrocesso de um conjunto de direitos constantes na Constituição de 1988 e buscam alertar que os direitos sociais fundamentais da sociedade brasileira não podem desaparecer (WANDERLEY; SANT'ANA; MARTINELLI, 2019). Percebe-se que nesse período o SUS foi a política pública que mais avançou, com uma militância aguerrida e politizada desde o combate à ditadura até os debates constitucionais (SANTOS, 2017), e talvez seja por isso que está sendo tão atingida e criticada nos últimos três anos.

Essa realidade vivida tanto na fragilidade instalada nas políticas públicas como no despreparo governamental do combate à pandemia está provocando um impacto ainda não mensurável na atenção integral à saúde da sociedade brasileira e sua construção.

### **Pandemia e necropolítica**

No livro *Necropolítica*, de Achille Mbembe (2016), o autor discorreu sobre o poder e a capacidade de dizer quem pode viver e quem deve morrer, onde matar ou deixar viver estabelece os limites da soberania, suas caracte-

rísticas fundamentais, entendendo que a violência está interligada às relações sociais. O Estado deveria cuidar das pessoas, combater a criminalidade, ter envolvimento nas questões sociais, raciais, territoriais, de gênero e deveria promover vidas. Em certas situações e para certos grupos populacionais, entretanto, faz o contrário e torna-se uma verdadeira “máquina necropolítica”. A pandemia da COVID-19 torna visível essa condição no Brasil.

Achille Mbembe é um filósofo, ensaísta, teórico-político, historiador, professor universitário em Camarões. O texto de Mbembe faz pensar em muitas coisas sobre a ação do Estado, como o extermínio, falseando a ideia de proteção à vida e do bem-estar. A primeira coisa que vem à mente são os campos de concentração de Auschwitz.

Por ser descendente de poloneses, com avós paternos camponeses que saíram da Polônia em 1929, tendo 20 e poucos anos, dois filhos pequenos, que largaram tudo, enfrentaram uma longa viagem por meses em um navio, vieram para um país distante, outra língua, pouco dinheiro, sem conhecer nada nem ninguém. Deixaram a família, os amigos, a casa, tudo o que tinham ou o pouco que tinham. O que fez um jovem casal abandonar tudo e procurar uma vida melhor em outro país? Segredos velados. Nunca falaram sobre a vida na Polônia, nunca ouviu falar de seus pais, irmãos ou outros parentes, era um mistério que ninguém perguntava. Desembarcaram no porto de Santos, em seguida vieram para o Rio Grande do Sul, trabalharam, tiveram mais dois filhos, meu pai nasceu no Brasil. Meu avô morreu quando eu tinha três anos; minha avó partiu quando eu tinha 25 anos. Eu amava os aniversários dela, pois nascera em 25 de dezembro. Lembro-me da cama que ela tinha, era alta e muito fofa; achava estranho como ela falava, tinha um sotaque, misturava o feminino com o masculino.

Em 2018, eu, meu filho e minha irmã tiramos a cidadania polonesa e, em 2019, fomos conhecer a Polônia. Encantei-me com as cidades que conhecemos: cidades limpas, aconchegantes, alegres, coloridas. Decidimos visitar Auschwitz, pegamos um passeio, acordamos cedo e lá fomos nós. Impressionei-me com as construções dos prédios, com um terreno enorme. Caminha-se muito; aquilo não tem fim, tudo muito amplo; cercas com ara-

me farpado, as câmaras de gás, as salas onde estão expostos os pertences de quem perdeu a vida lá, sapatos, cabelos, aparelhos de barba, malas...

Foram mais de um milhão de mortes; por serem consideradas pelo governo pessoas indignas de viver, por serem comunistas, judeus, de uma raça não pura foram exterminadas pela maquinaria do Estado. Fiquei pensando muito em como construíram aquilo. Quem trabalhou na construção sabia a que se destinava? Diante disso, como podem escolher quem vai viver e quem deve morrer e qual o motivo? Pelo poder? Por se achar acima de tudo e todos? Algo que não se consegue compreender. Ocorre-me que, no Brasil, já são mais 200 mil óbitos pela COVID-19, e as iniciativas de enfrentamento são minimizadas e negadas pelo governo federal, que também utiliza a máquina do Estado para produzir, direta ou indiretamente, o extermínio de pessoas e grupos, sobretudo das pessoas em maior vulnerabilidade.

Seguindo o que Mbembe (2016) relatou no texto, lembrei-me dos homens-bomba. O que passa na cabeça de uma pessoa para morrer por um “ideal”. Seria por um ideal? Mas não é só morrer, é também matar centenas de pessoas. Pensei no dia 11 de setembro de 2001, no atentado ao World Trade Center em Nova Iorque. Naquele momento, eu estava trabalhando numa clínica de fertilidade; o atentado passou na TV; todos correram para assistir. Ouvi uma pessoa comentar: “Nunca mais verei as torres gêmeas”. Aquele comentário chocou-me. Como alguém poderia pensar em não poder mais ver um prédio enquanto centenas de pessoas perderam a vida. O que era mais importante? As viagens pelo mundo ou as vidas que se perderam? Como a vida tem seu valor reduzido ao pó dos artefatos produzidos para fazer circular o capital e para alimentar a vontade de consumir?

Não somente de memórias posso estruturar este ensaio. Há situações bem contemporâneas que inclusive fazem o enlace com as cenas anteriores, recuperadas da memória afetiva. Em dezembro de 2019, a COVID-19, identificada por cientistas chineses como um novo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (WANG *et al.*, 2016), chegou e transbordou pelo mundo.

A OMS declarou emergência de saúde pública, e, no dia 11 de março de 2020, foi declarada como pandemia (OLIVEIRA, 2014; BRASIL, 2019).

A infecção pela COVID-19 ocorre no trato respiratório superior pelo contato direto com secreções respiratórias infecciosas, como aerossóis e gotículas de pessoas infectadas, e pelo contato com amostras, objetos contaminados ou superfícies (BINSFELD; COLONELLO, 2020).

Sabe-se que as atividades desenvolvidas na atenção primária à saúde são primordiais para a contenção da pandemia, pois é nesse nível de atenção que se têm como diretrizes o conhecimento do território, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, o acompanhamento das famílias vulnerabilizadas e com isso o mapeamento e o acompanhamento dos casos suspeitos da COVID-19 (SARTI *et al.*, 2020).

Sabe-se que a efetividade do isolamento dos casos suspeitos e seus contatos próximos é limitada diante da situação em que o Brasil se encontra na epidemia, devido à velocidade de disseminação do vírus e pela dificuldade em monitorar os casos, além da ausência de um sistema amplo de testagem (WERNECK; CARVALHO, 2020). O SUS, sua ampla capilaridade e sua reconhecida capacidade de acesso em distintas localidades, como um dos maiores programas de vacinação entre os países, não tem sido conduzido adequadamente ao enfrentamento à pandemia. Demonstrem-se aqui e ali asfixias, para usar a metáfora macabra das condições mais graves da COVID-19.

No início da pandemia, na Europa, os médicos tinham que escolher quem poderia ter mais chance de sobreviver, pois faltavam respiradores e leitos nos hospitais. No Brasil, há muitos problemas, como a falta de leitos hospitalares, falta de respiradores, falta de oxigênio, demora para adquirir as vacinas, além do descaso das autoridades frente à situação, dizendo que é da vida, alguns vão morrer, o uso de máscara é besteira. Seria o controle social com a morte? A produção de Mbembe retomou as ideias de Foucault, em que se identificou o nascimento da Medicina Social como um dispositivo de controle da população pelo Estado na nascente das políticas de saúde (FOUCAULT, 2014). Mas, não é mais somente o controle disciplinar da população. Aqui se expressa uma ação de extermínio seletivo e ampliado de setores da população.

Quanto ao direito de matar, Mbembe (2016) falou sobre deixar viver ou expor à morte. Diante disso, pensei na COVID-19, na briga pela

vacina, se é permitido ou não permitido que tragam a vacina, se será obrigatório ou não as pessoas tomarem, quem decide a exposição à morte. Governantes desgovernados? A própria pessoa pode escolher? Pensei sobre as pessoas que andam sem máscara, com a máscara na mão, no queixo ou talvez no bolso, porque no rosto ou na mão não está. Até onde vai o direito das pessoas? Elas têm o direito de não querer usar a máscara? De circular livremente pela cidade? Elas podem contaminar outras dezenas de pessoas? Já atendi um rapaz que chegou dizendo: *Eu não uso máscara porque sinto falta de ar; na entrada do prédio me pediram para colocar, mas falei que não uso, e se vierem para cima de mim, dou uma facada num. Não tenho medo não, moça.*

Como abordar essa pessoa? Bem complicado. Algumas pessoas não têm noção ou não querem pensar, ou se acham imunes a esse vírus mortal. Milhões de pessoas perderam para esse vírus; ganhamos milhões de órfãos, viúvos, viúvas, pais perderam seus filhos, muitos parentes se foram. Talvez somente quando alguém próximo se for é que as pessoas tenham consciência da gravidade do caso, mas então será tarde demais. O tempo não volta.

No final do século XX, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) publicou uma lista das dez maiores conquistas do país no campo da saúde pública entre 1900 e 1999. Em primeiro lugar estavam as imunizações. Essas, isoladamente, foram responsáveis nos últimos dois séculos por um aumento de cerca de 30 anos na expectativa de vida (CDC, 1999).

Existem dúvidas e pessoas que rejeitam as vacinas. As dúvidas são sobre a eficácia e a necessidade de se vacinar, além dos mitos sobre os malefícios que existem desde a introdução das vacinas há mais de dois séculos. Mesmo que a segurança, a efetividade, a importância e o sucesso das vacinas na proteção individual e coletiva contra as doenças infecciosas e qualidade de vida tenham sido demonstrados nas pesquisas como inquestionáveis (SUCCI, 2018).

O livro *Recusa de vacinas: causas e consequências*, do médico Guido Carlos Levi (2013), apresentou as principais causas de recusa à vacinação. Ele apresenta dois grupos:

1. O primeiro grupo dos indivíduos, familiares ou responsáveis recusa por motivos filosóficos, religiosos, medo de eventos adversos e por orientação médica.

2. O segundo grupo são os médicos contrários a todas as imunizações por motivos filosóficos, religiosos e científicos e outros contrários a algumas imunizações por motivos científicos.

Pelos dados apresentados muito se tem que trabalhar em educação sobre a imunização, tanto com a comunidade leiga como com os profissionais da saúde, para que haja um consenso entre os riscos e os benefícios das imunizações. Para os leitores interessados nos calendários e informações sobre a imunização, bem como no conhecimento das características das vacinas que os compõem, é importante conhecer o site da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) (SBIM, 2020).

Em 2019, a Avaaz e a SBIIm realizaram em parceria o estudo “As Fake News estão nos deixando doentes?” para investigar a associação entre a desinformação e a queda nas coberturas vacinais. O trabalho, amplamente repercutido pela mídia, descobriu, entre outros achados, que aproximadamente sete em cada dez brasileiros acreditam em alguma informação falsa relacionada à vacinação, sendo o Facebook e Youtube as maiores fontes de desinformação (BRASIL, 2003).

Nesse momento, o Brasil, com as alterações ou as eliminações de políticas públicas em diversas áreas, precisa do apoio ao Programa Ampliado de Imunização (PAI), criado em 18 de setembro de 1973.

[...] o PNI nessas três décadas tornou-se ação de governo, caracterizada pela inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas em todos os recantos do país, sem distinção de qualquer natureza. Seja rico ou pobre, more no litoral ou nos sertões, seja velho ou jovem, o brasileiro sabe que pode contar com vacina de boa qualidade em todos os momentos de sua vida (BRASIL, 2004, p. 5).

Uma das políticas públicas que muito apoiou e reforçou o PNI foi o Programa Bolsa Família. Esse movimento começou a ser desenhado no governo de Itamar Franco e foi sendo aprimorado até o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva por meio da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, quando unificou quatro programas: Bolsa Escola, Bolsa Família,

Auxílio Gás e as transferências do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), quando foi implantado definitivamente o Cadastro Único dos programas sociais do governo federal (BRASIL, 2004).

O Bolsa Família impôs determinadas condições para o provimento do benefício, que foram: acompanhamento da saúde e do estado nutricional das famílias, a frequência escolar e o acesso à educação alimentar (ZIMMERMANN, 2006).

São medidas como essas que servem como apoio e reforço para o PNI, e deve-se entender que os benefícios dos programas são sustentados pelas Políticas de Assistência Social implantadas no Brasil a partir da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993, desenhadas tanto na Política Nacional de Assistência Social, em 2004, como no Sistema Único de Assistência Social, em 2005. Muitas e sucessivas legislações que instituíram normativas que fundamentaram a existência desse sistema encontram-se expostas às ameaças do governo que nega o amor ao próximo, entendendo como respeito à sociedade que os colocou como seus representantes legítimos por meio do voto do povo.

De volta ao enfrentamento, a pandemia determina a ação de cada pessoa que exerce seu papel político como indivíduo ou como representante oficial de um governo. Como ação política de resistência à ordem necropolítica, mas também na direção oposta de afirmação da vida.

Nesse período de pandemia, eu tenho saído, pois trabalho na área da saúde; faço as compras no mercado, feira, cuido da minha mãe, que tem 85 anos, ela não sai de casa desde o início da pandemia, preciso de auxílio doméstico por ter minha mãe comigo, pago aplicativo para ela ir e voltar, para não andar de ônibus, evito ao máximo sua exposição. Tomo todos os cuidados, tiro os sapatos na chegada, álcool em gel tem na entrada da casa, faço a troca de roupa. Mas me impressiono quando passo na orla do rio Guaíba (ponto turístico da capital gaúcha), vendo muitas pessoas estão sem máscara em caminhadas, correndo, andando de bicicleta. Realizar atividade física é muito bom para manter a saúde física e mental, mas o uso da máscara se faz necessário. É importante ter o cuidado para não sair com pessoas que se expõem por diversos motivos (trabalho, viagens a negócios,

grupos de amigos que você desconhece, entre outros); mesmo que de forma cuidadosa, elas estão se expondo.

E o tempo passa, e as pessoas ainda sentem que têm o poder sobre as outras, que estão decidindo quem vai viver e quem deve morrer, são brigas, assaltos, assassinatos; e o extermínio continua, queima de arquivo, pai que mata filho, filho que mata pai, marido que mata mulher, mulher que mata marido, racismo, ou por algo banal, ou fato que indignou alguém. Até em jogos de futebol a violência contra a vida está presente; mata-se por política, drogas, futebol, dinheiro, ciúmes, traição, homofobia, racismo. Quem manda aqui sou eu, o uso da violência física, o extermínio [...]. Que mundo é este?

Dizem que o homem evoluiu, mas algumas vezes age como se vivesse no tempo das cavernas.

### **Considerações finais**

O ensaio de Achille Mbembe, *Necropolítica*, trata a questão da soberania e a sustenta com a expressão máxima de poder, a capacidade de decisão sobre quais vidas merecem ser vividas e quais corpos são matáveis: “ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e a manifestação do poder”. A decisão de viver ou morrer é a que o Brasil passa atualmente.

Com a pandemia da COVID-19 vive-se um período de necropolítica, em que inexistem as políticas públicas de saúde para a prevenção e o tratamento adequado. Meses atrás, presenciou-se a falta de oxigênio nos hospitais de Manaus (Amazonas). Após um ano de pandemia e sem medidas de contenção, já se previa o aumento de internações e, conseqüentemente, a falta de insumos na rede hospitalar pelo excesso de hospitalizações.

Neste momento, também se vive a crise da vacinação. Terá vacina para todos? Terá o apoio governamental com uma logística para que toda a população seja atendida? Muitas pessoas espelham-se nos governantes e os seguem, e esses estão ouvindo o quê neste momento? Não é necessário usar máscara, o distanciamento social não é necessário, o comércio deve ficar

aberto para atender a economia do país. E, assim, cada um está agindo por si, não conseguindo pensar na coletividade.

A população acomodou-se, acovardou-se, está com medo de lutar. A mudança depende de cada um. Lembrei-me de uma música de Paul McCartney: *Live and let die*. Chegou a hora de decidir quem deve viver e quem deve morrer?

## Bibliografia

BINSFELD, P. C.; COLONELLO, N. A. **Coronavírus – SARS-Cov-2: Risk group and biosafety consensus for laboratory with infectious samples**. Scielo Preprints. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.399>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm)>. Acesso em: 09 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <[https://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdf/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](https://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdf/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio\\_16CNS.pdf](https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Ten great public health achievements, 1900-1999: impact of vaccines universally recommended for children**. MMWR, v. 48, n. 12, p. 243-64, abr. 1999. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm4812.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Saraiva, 2014.

LEVI, G. C. **Recusa de vacinas**: causas e consequências [Internet]. São Paulo: Segmento Farma, 2013. Disponível em: <<https://sbim.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Arte & Ensaios [Internet], v. 32, p. 123-51, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

NASCIMENTO, L. S. O. *et al.* Lembrando da 8ª Conferência Nacional de Saúde a partir da 16ª (8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde. In: DIAS, M. T. G. (Org.). **Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde**: diálogos e artesanias. Porto Alegre: Evangraf, 2020. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

OLIVEIRA, R. C. M. (Entre)Linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (auto)biográfica. **Rev. Bras. Educ. Jovens** [Internet], v. 2, n. 4, p. 69-87, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PORTO, M. F. In the midst of the crisis of civilization, there is a pandemic: unveiling vulnerabilities and emancipatory potentials. **Vigil Sanit Debate**, v. 8, n. 3, p. 02-10, maio 2020.

SANTOS, N. R. Current conjuncture: instigating the search of directions and what to do. **Saúde debate**, v. 41, n. 113, p. 353-64, abr. 2017.

SARTI, T. D. *et al.* What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SBIM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **As Fake News estão nos deixando doentes?** [Internet]. São Paulo: SBIM, 2019. Disponível em: <<https://sbim.org.br/acoes/as-fake-news-estao-nos-deixando-doentes>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SUCCI, R. C. M. Vaccine refusal – what we need to know. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 6, p. 574-81, nov./dez. 2018.

WANDERLEY, M. B.; SANT'ANA, R. S.; MARTINELLI, M. L. The current context's challenges: a dialogue starting from the Social Security. **Serv. Soc. Soc.**, v. 135, p. 207-12, maio/ago. 2019.

WANG, C. *et al.* A novel coronavirus outbreak of global health concern. **Lancet**, v. 395, n. 10.223, p. 470-3, fev. 2016.

PACZEK, R. S.; DUARTE, E. R. M.; FERLA, A. A. • Pensando sobre a necropolítica na pandemia

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. **Cad. Saúde Pública**, 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization coverage**. Geneva, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ZIMMERMANN, C. R. Social programs from a human rights perspective: the case of the Lula administration's family grant in Brazil. **Sur, Rev. Int. Direitos Humanos**, v. 3, n. 4, p. 144-59, 2006.

# Discutindo as interseccionalidades que permeiam a pandemia da COVID-19 no Brasil

*Renata Riffel Bitencourt*  
*Jaqueline Miotto Guarnieri*  
*Douglas Rodrigues Gonçalves*  
*Aline Blaya Martins*  
*Luciane Maria Pilotto*

## **Introdução**

O contexto de pandemia da COVID-19 (*Corona Virus Disease-19*), causado pelo SARS-COV-2, coloca-nos diante de diversos desafios. Em pouco tempo, atingimos números alarmantes de casos no Brasil e no mundo e nos deparamos com inúmeras fragilidades para o enfrentamento a tamanha crise, impactando os cenários econômicos, sociais e sanitários. Diante do negacionismo do estado de calamidade sofrido pelo Brasil, encontramos a necessidade de evidenciar e discutir tamanha desvalorização das vidas, especialmente daquelas que são atravessadas pelos marcadores sociais de raça, classe e gênero (ESTRELA, 2020).

A COVID-19 apresenta na maioria dos contaminados sintomatologia leve, entretanto possui rápida propagação e pode desenvolver quadros graves em grupos específicos. Os fatores de risco associados aos maiores índices de mortalidade por COVID-19 (como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças crônicas pulmonares, doenças crônicas renais, imunodeficiência e doenças neurológicas) estão mais presentes na população com menor renda e escolaridade, sendo esse um dos fatores pelos quais as populações vulnerabilizadas estão mais expostas ao vírus durante a pandemia (PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020).

Soma-se a isso as condições precárias de moradia, com falta de saneamento básico para lavagem de mãos e higiene adequada, fator essencial para o controle da propagação do vírus. O fato de muitas pessoas morarem em um espaço pequeno, de ter necessidade de continuar trabalhando presencialmente para garantir o sustento próprio e da família e, por vezes, ter a necessidade de uso do transporte público, permanecendo em contato direto com um grande número de pessoas, dificulta o distanciamento social, assim como facilita a propagação do vírus. São essas trabalhadoras e trabalhadores que compõem os serviços chamados prioritários durante a pandemia: faxineiras, garis, entregadores, motoristas, trabalhadores de supermercados, entre outros. Apesar de executarem atividades consideradas “essenciais”, não recebem o mesmo reconhecimento social que os trabalhadores da saúde, por exemplo. Ainda experienciam situações empregatícias frágeis, sem garantia de direitos referentes a seu trabalho, e por consequência possuem maior dependência de políticas públicas para a sobrevivência (FARIAS; JUNIOR, 2020). A partir disso, pode-se entender por que os fatores que contribuem para a rápida disseminação do SARS-CoV-2 estão atrelados não apenas às características de patogenicidade do vírus, mas também aos determinantes sociais (ESTRELA, 2020; PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020).

Pensar sobre as associações e vinculações entre raça, gênero e classe na sociedade brasileira é essencial para compreender as desigualdades sociais e econômicas que fazem, por exemplo, com que as mulheres negras continuem a ocupar o último lugar nos extratos sociais, tenham menor acesso à saúde e maiores chances de ir a óbito pela COVID-19 (CASTRO, 2011; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020). Ainda em relação à COVID-19, outros dados mostram que pessoas negras e pardas, quando são hospitalizadas, têm maiores chances de morrer (BAQUI *et al.*, 2020). Além disso, dados do Atlas da Violência de 2020 mostram uma situação preocupante em relação ao aumento da violência letal contra públicos específicos: negros, população LGBTQIA+ e mulheres, nos casos de feminicídio (IPEA, 2019).

## **Desigualdades estruturais, pensamento colonial & resistências**

As desigualdades históricas são abordadas na obra *Epistemologias do Sul*, em que Santos e Meneses (2009) denunciam a linha radical que divide o globo em dois mundos distintos: o lado norte e o “outro” lado, o sul geográfico, considerado, diante dessa perspectiva, irrelevante, invisível e por isso inexistente. Esse território inexistente constituiu-se assim devido à supressão de seus saberes, culturas e epistemologias características de seus povos, que foram oprimidos pela perspectiva homogeneizadora dos colonizadores que aqui chegaram, o que hoje é chamado de epistemicídio.

As Américas, África e Ásia representam o lado sul do globo, cujas terras foram brutalmente invadidas, e os povos foram massacrados e colonizados. Contudo, a extinção do colonialismo histórico-político não foi suficiente para a emancipação político-econômica e cultural dos países pertencentes a esses continentes. O legado do colonialismo permanece no Brasil e permitiu a instituição e a manutenção do sistema capitalista. O pensamento colonial é latente e continua se expressando nos modos de dominação, nas estruturas de poder e subordinação do povo, que ainda é submetido ao eurocentrismo. Essa mesma colonialidade, que continua a explorar aqueles que já foram suas colônias, instituiu as hierarquias raciais, de gênero e de modos de expropriação dos recursos naturais (ASSIS, 2014).

Na Dialética da dependência, Rui Mauro Marini (1973) mostra-nos como a América Latina continua à mercê do capitalismo internacional até hoje. Primeiramente como colônia, que produzia metais preciosos e produtos para o desenvolvimento do capital na Europa, e posteriormente sustentando o sistema manufatureiro de produção, predominante antes da revolução industrial, e a criação da grande indústria europeia. Embora muitas colônias tivessem alcançado sua independência política a partir do século 19, suas economias permanecem dependentes dos países europeus, pois continuam a produzir e exportar sua matéria-prima para os “antigos colonizadores” em troca dos produtos de consumo, como no caso brasileiro.

Assumir a existência dessa matriz colonial é importante para o entendimento de suas implicações, uma vez que perpassam as relações sociais e de poder e conectam múltiplas opressões. No contexto social, os preconceitos

relacionados a raça, classe e gênero são quase sempre vivenciados ao mesmo tempo e, por isso, não podem ser vistos e estudados separadamente. A autora Kimberlé Crenshaw (1993) traz à tona o termo interseccionalidade na discussão da violência contra as mulheres não brancas. A partir daí, a interseccionalidade surge como questionamento das políticas identitárias, que acabam por generalizar os grupos sociais marcados pelas opressões ao invés de assumir as diferenças intragrupoais. Dificilmente, o antirracismo consegue pautar o feminismo, reproduzindo a subordinação de gênero e a matriz patriarcal, assim como dificilmente o feminismo consegue incluir a pauta antirracista em seu discurso e agenda, replicando a opressão aos não brancos.

Atualmente, as questões de identitarismo tem causado certa confusão e gerado atribuições de conceitos de forma equivocada. Justamente por isso esse debate carece de ampliação na medida em que ainda é feito sob os olhos da naturalização das identidades e sem o devido respeito à dimensão política com a qual precisam ser pautadas, levando a crer que as diferenças culturais em nada convergem com os marcadores sociais da diferença. A percepção acerca do conceito de identidade surge a partir das lutas de classe, quando o capitalismo impõe à classe operária uma privação de direitos, e isso leva à resistência e luta. Esses processos sociais não podem ser reduzidos à estrutura econômica da sociedade na época, já que também eram influenciados pelo momento histórico e pelas relações sociais existentes (CISNE, 2015; ENNES; MARCON, 2014).

O entendimento de que os processos identitários são mais complexos do que normalmente denominados exalta a importância da abordagem interseccional na perspectiva de questionar e entender que as opressões isoladas não constituem o cerne dos problemas. Existe algo maior do que uma sobreposição dos padrões de dominação independentes, do que uma adição ou multiplicação de marcadores sociais. A interseccionalidade configura-se por um entrelaçamento complexo dos diferentes eixos de opressões, a interação de forças que acaba por determinar a experiência humana (BIROLI; MIGUEL, 2015; MUIRHEAD *et al.*, 2020).

## Raça, racismo e COVID-19

O termo raça surge a partir do período colonial, repleto de preconceito e opressão, atrelados às características biológicas que supostamente diferenciavam os “não brancos” dos brancos, como justificativa para a escravidão e para a animalização do diferente. A partir dessa perspectiva, a raça insere-se no contexto social como um marcador que define e banaliza a posição em que os “não brancos” se encontram (MONAGREDA, 2017). A discriminação e o preconceito constituem-se a partir das relações sociais de dominação e opressão, que atuam como mantenedoras da hierarquia existente na estrutura social e acabam por perpetuar os privilégios de quem está no topo dessa cadeia. Esses fenômenos são manifestados não só por indivíduos, gerando violência e ódio, mas também por instituições (PRADO; MACHADO, 2008; STEPANIKOVA; OATES, 2017).

A discriminação pela raça configura um complexo sistema e pode apresentar-se de diferentes formas: pessoal/internalizado, interpessoal ou institucional. A manifestação dessas formas de preconceito gera inúmeras consequências, tanto a nível individual para a vítima, gerando sentimentos de inferioridade e passividade, como a nível comunitário, interferindo inclusive na criação de políticas públicas relacionadas a essa temática (WERNECK, 2016). Ainda, Almeida (2019) aborda o tema agregando novas perspectivas e a ideia de que o racismo existente é o estrutural, pois sempre transcende os âmbitos individual e institucional, integrando ambos em uma mesma estrutura racista que determina todas as relações. A dinâmica em que o preconceito relacionado à raça acontece naturaliza essa discriminação e introjeta gradativamente essa grande opressão.

Apesar da crescente discussão sobre racismo e maneiras de interferir nesse ciclo mortal e adoecedor de preconceito, ainda existe grande inércia da população de *cor branca* em relação às ações que poderiam gerar mudanças sistêmicas nesse contexto. O grifo acima destaca o que Lia Schucman (2014) discute ao estudar a branquitude e seu pensamento: “Quem tem raça é o outro” (p. 84), portanto os brancos consideram-se desracializados. A autora Maria Aparecida Silva Bento (2002) destaca que a existência do chamado pacto narcísico dos brancos, caracterizado pela negação e esqui-

vamento desse problema, é mais um dos dispositivos raciais que mantêm os privilégios dos indivíduos brancos.

Ressalta-se que a população brasileira é composta majoritariamente por pessoas de cor ou raça preta ou parda, que representam também a maior parte da força de trabalho do país (54,9%). Entretanto, quando se fala em rendimento, os indivíduos de cor preta ou parda recebem 45% menos do que os indivíduos de cor branca (IBGE, 2019). A marca desse sistema desumano de opressão está estampada nas favelas e comunidades vulnerabilizadas, vítimas da má gestão pública e da falta de acesso aos direitos sociais, lugares cercados de violência e criminalização, onde não por acaso se encontra o maior número de pessoas negras. Isso se reflete também no número de prisões e mortes violentas que os sujeitos negros sofrem de maneira indiscriminadamente maior (CALMON, 2020). A ação policial nesses territórios é fator determinante para a manutenção dessas mortes. Como exemplo, no Rio de Janeiro, 52% da população é negra, mas 86% das mortes que ocorrem em intervenções policiais são de pessoas negras. Normalmente, a polícia ao entrar em favelas e determinados bairros utiliza-se do último grau de força sem necessidade, com violência e armas de fogo. Além disso, suas abordagens em revistas e a escolha de matar ao invés de prender essas populações demonstram o quanto essas violências são endereçadas a uma população-alvo (REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA, 2020).

Outra manifestação do racismo está na omissão de dados epidemiológicos relacionados a raça/cor dos indivíduos. Em relação à violência policial, a ignorância ou o não preenchimento do campo raça/cor também é muito frequente, o que dificulta a real percepção do número de mortes negras e impede que ações sejam tomadas para a mudança dessa opressão. Outro exemplo foi a primeira ficha de notificação de COVID-19, que não continha o campo de raça/cor para inclusão dessas informações. Mesmo após a inserção desse campo na ficha, o percentual de informações incompletas continua elevado. No boletim epidemiológico especial da COVID-19 de número 42 (Semana Epidemiológica 51), mais de 23% dos registros de hospitalizações por COVID-19 e mais de 20% dos óbitos pela mesma

doença tinham esse campo não informado ou ignorado (BRASIL, 2020). Além disso, nesse mesmo boletim, 37,6% das hospitalizações eram de pessoas negras, um pouco maior quando comparadas às brancas (37,4%). Quando se observam as mortes por COVID-19, é possível perceber um percentual superior na população negra (43,0%) em comparação aos brancos (36,7%).

### **Feminismos e produção de saúde na pandemia**

A luta das mulheres pela reconfiguração de seu papel na estrutura social, que historicamente foi deixado de lado e renegado, manifesta-se pelo movimento feminista. Esse pode ser dividido em três “ondas” históricas, sendo a primeira emergente da segunda metade do século XIX a partir da revolução francesa, quando homens e mulheres se mobilizam para reivindicar seus direitos sociais durante a consolidação do capitalismo e a luta pelo socialismo. É nesse momento que as mulheres percebem a superexploração de seu trabalho, ganhando menos e trabalhando mais em relação aos homens. Também não possuem os mesmos direitos sociais, por exemplo, em relação ao poder de votar e de ser votadas (CISNE, 2015; MARQUES; XAVIER, 2018).

A segunda onda do feminismo emerge atrelada às discussões da mulher no meio familiar e doméstico, trazendo à tona os temas da violência de gênero intrafamiliar e o lugar de submissão que as mulheres ocupavam socialmente (MARQUES; XAVIER, 2018). Além disso, Simone de Beauvoir discute em seu livro “O segundo sexo” como a constituição de gênero acontece de maneira social, não sendo algo determinado ao nascimento:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (BEAUVOIR, 2016, p. 09).

Nessa onda do feminismo, a luta pelos direitos das mulheres agrega a reflexão e discussão sobre sexualidade, métodos contraceptivos, direito de escolha à maternidade, questões relacionadas ao aborto e formas de dominação patriarcal.

Já a terceira onda do feminismo vem para criticar e transformar a visão do movimento como algo homogêneo. Até então, as mulheres que representavam o feminismo eram brancas e de classe média; por isso não refletiam as necessidades e demandas das mulheres negras e de classe baixa. A partir dessa perspectiva, o movimento feminista amplia o seu olhar e inclui o feminismo negro na busca por entender como as opressões de classe, gênero e raça podem determinar suas experiências de vida. Outras pautas são incluídas, como o feminismo lésbico e o transfeminismo (MARQUES; XAVIER, 2018).

É evidente que, para falar da cultura de violência de gênero, precisamos interseccioná-la com o racismo e a história do colonialismo, que foi determinante na propagação desse tipo de opressão. As mulheres enquanto escravas eram consideradas mão de obra para os trabalhos pesados, da mesma maneira que os homens escravos. Entretanto, acrescido a isso, sofriam constantes violências sexuais e eram consideradas “animais reprodutores”, vendidas de acordo com seu potencial para “procriação” (DAVIS, 2016). Kimberlé Crenshaw (1993) ressalta que as políticas contra o estupro ainda não são direcionadas para os grupos de mulheres com o maior número de vítimas: as mulheres não brancas e pobres.

Apesar de os dados de violência contra mulheres terem aumentado durante a pandemia da COVID-19, isso não pode ser interpretado como uma causalidade direta com o período de isolamento, já que vem permeado pelo contexto passado e interseccional que cerca o tema. Quando a violência de gênero está em pauta, não se pode homogeneizar a categoria mulher, visto que ela abrange grande diversidade. Todas essas mulheres precisam de valorização para não se tornar invisíveis diante das opressões que sofrem (BARBOSA *et al.*, 2020). No entanto, os marcadores de raça/cor precisam ser evidenciados para entender a violência contra a mulher e seus impactos (CURIA *et al.*, 2020).

Cabe reforçar, como já mencionado introdutoriamente, que outras dimensões de opressão que envolvem a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social são enfrentadas pelas mulheres negras e velhas. Essas passam pelo processo de envelhecimento com desamparo em relação às políticas sociais do Estado e sem garantia de aposentadoria, isso porque, na

maioria das vezes, trabalham muito durante seu percurso de vida, mas sempre em situação de informalidade. Em contraposição, é conferido às mulheres brancas um envelhecimento com mais chances de estabilidade e segurança, em que existe o direito de escolher parar de trabalhar e mesmo assim ter assistência à saúde e outros benefícios, que são ainda mais valorizados em tempos de pandemia. A ancestralidade e a riqueza de conhecimentos que essas mulheres negras e velhas carregam possuem valor inestimável e precisam de reconhecimento e priorização para que a necropolítica não menospreze tantas vidas (AKOTIRENE, 2019).

### **Diversidade, sexualidade e pandemia**

Outra forte opressão social acontece quanto a sexo, gênero e sexualidade. Existe uma construção normativa que prioriza o corpo enquanto substrato material para a construção social do gênero. Enquanto o sexo é relacionado às características físicas (genitália) e hormonais, o gênero compreende os aspectos psicológicos e culturais. A convocação à reflexão sobre esses termos mostra que, embora as definições de sexo e gênero permaneçam ainda restritas e entrelaçadas, elas são cada vez mais questionadas, estudadas e geram as devidas transformações (MELO; SOBREIRA, 2018; SAFFIOTI, 2009).

O preconceito sofrido quando a identidade de gênero e orientação sexual de uma pessoa que difere do padrão patriarcal de cisgeneridade e heterossexualidade é imensurável, causando danos irreversíveis e restringindo seu acesso às políticas públicas e aos direitos básicos como cidadão. A intolerância é sentida na pele cotidianamente por LGBTQIA+ e é reflexo da hierarquização e inferiorização que atravessam esses corpos na estrutura social. Essa hierarquização sexual constitui-se a partir da ideologia moral e científica incorporada como verdade nos discursos sociais, fazendo com que, quanto mais essas associações negativas à orientação sexual e ao gênero são incorporadas nas narrativas cotidianas, mais a heterossexualidade continuará a ser denominada como o “normal”. Assim como o preconceito contra outros grupos, esse também acaba por naturalizar as situa-

ções de opressão e impede o entendimento do lugar de inferioridade ocupado por determinados grupos como construção histórica (PRADO; MACHADO, 2008; SAFFIOTI, 2009; LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

A falta de dados que mostrem a realidade da violência sofrida contra as pessoas LGBTQIA+ reforça o quanto a necropolítica atua para a eliminação desses corpos da sociedade. A subnotificação é mais uma face da opressão e preconceito, pois dificulta a criação de políticas públicas que protejam e ofereçam as condições essenciais para a vida. Estima-se que, para cada caso de homicídio contra uma pessoa LGBTQIA+ notificado e registrado, há outros dois ou mais casos subnotificados (MENDES; SILVA, 2020 apud MONDRAGON, 2009; POLIDORO; CUNDA; CANAVESE, 2020).

O Brasil é líder mundial em assassinatos de pessoas travestis e transexuais, limitando a expectativa de vida dessas pessoas a 35 anos. Em um país onde as políticas públicas voltadas a esse grupo se restringem à prevenção das ISTs e ao combate à violência, e mesmo assim não são efetivas, falta espaço formal de trabalho que não destine à prostituição como única maneira de sustento. Isso só reforça o estigma carregado pelas pessoas trans e travestis e o longo caminho que é necessário enfrentar para a transformação dessa realidade (ALMEIDA; VASCONCELOS, 2018; UFMG, 2020).

Apesar da pandemia da COVID-19 colocar esse grupo ainda em maior vulnerabilidade, tanto pelo efeito direto de contaminação do vírus como pelos efeitos do isolamento e distanciamento social, ainda são escassos os estudos que abordam essas conexões. As políticas públicas de saúde precisam estar voltadas para a população LGBTQIA+ com olhar atento e com o intuito de diminuir as barreiras de acesso à saúde dessa população, suprimindo tanto as necessidades médicas como psicossociais, que já eram tão presentes mesmo antes dos tempos de pandemia (BANERJEE; NAIR, 2020).

### **Classes, dominação e saúde**

Como já citado anteriormente, a concepção da estrutura de classes sociais consolida-se a partir da ascensão do capitalismo enquanto modelo de dominação econômica. Embora Marx não defina com detalhes as divi-

sões de classe, os assalariados, classe proletária e classe trabalhadora são a principal força de produção desempenhada no ciclo de produção. A classe trabalhadora é aquela que vende a sua força de trabalho para conseguir o seu sustento; entretanto, o trabalhador, na maioria das vezes, não recebe um valor justo pela força de trabalho desempenhada, já que ganha bem menos do que produz, realizando o “mais-trabalho”. A partir do “mais-trabalho” é gerada ao empregador a “mais-valia”, que obtém cada vez mais lucro em cima da exploração dessa força de trabalho do proletariado (SEM CLASSE, 2020).

Diante desse sistema, que está fadado ao aumento das desigualdades, visto que foi edificado sob a exploração dos trabalhadores, segregando e hierarquizando as pessoas, colocando no topo aqueles que detêm os meios de produção, o cenário tende a ficar cada vez pior para os grupos vulnerabilizados. Anteriormente à pandemia de COVID-19, houve o prenúncio de uma crise sistêmica desencadeada pela aprovação da Emenda Constitucional n° 95/2016 – que institui um teto de gastos públicos relacionados à saúde e à educação – pela Lei Federal 13.467/2017 – que institui a contrarreforma trabalhista – e pela Emenda Constitucional n° 103/2019 – que delibera a contrarreforma previdenciária (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; SOUZA; SOUZA, 2020).

Essas medidas evidenciam o quanto a diminuição dos direitos sociais é mais uma forma de dominação do capital e da naturalização da opressão que esse sistema de produção perpetua. Ao invés da superação da crise econômica, essas deliberações causaram um aumento no número de trabalhadores informais e uma diminuição na procura por emprego. Em 2018, mais da metade da classe trabalhadora brasileira estava em situação informal de trabalho, não possuindo nenhum tipo de proteção social advinda do vínculo formal de emprego (RAMOS, 2020).

Durante a pandemia, as condições de trabalho ficaram ainda mais precarizadas diante das medidas de apoio do governo aos empregadores, reduzindo as jornadas de trabalho e os salários e facilitando a rescisão de contratos. Da mesma forma, o estabelecimento de um auxílio emergencial para a população não foi eficaz na medida em que propôs um valor abaixo

do suficiente para a manutenção da vida e das condições de distanciamento/isolamento (RAMOS, 2020; IBGE, 2020; SOUZA; SOUZA, 2020). Além disso, os trabalhadores digitais, aqueles que exercem sua “função por meio da intermediação de sua mão de obra pelos aplicativos” (SOUZA; SOUZA, 2020, p. 8), tiveram um aumento da demanda em seu trabalho e tornaram-se muito expostos à contaminação por COVID-19, contudo, não receberam ajustes de remuneração compatíveis com tais mudanças.

A população negra sofre mais com o desemprego, a subutilização (subocupados, desocupados, força de trabalho potencial), o trabalho informal e a disparidade de renda do que a população branca. Ainda, as mulheres negras são as que possuem o menor rendimento médio mensal, são as que mais enfrentam o cenário da informalidade e pobreza, sendo o fator racial determinante para essa condição (RAMOS, 2020; ROUBICEK, 2019).

O funcionamento dos sistemas de saúde é representado pela utilização dos serviços de saúde, e seu uso está diretamente relacionado à interação do comportamento do indivíduo na procura de cuidados e do profissional que o atende nos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Além dos cuidados dessa interação, existem fatores que influenciam de forma determinante a saúde do indivíduo, em destaque a classe social (SANTOS, 2011). De acordo com os indicadores de saúde, até outubro de 2020, 855 mil brasileiros (0,4% da população) já haviam apresentado sintomas conjugados relacionados à COVID-19. Entre a distribuição de pessoas que testaram positivo por rendimento domiciliar per capita, os mais acometidos pela doença foram aqueles que estavam nas faixas 1D 2 a menos de 1 salário mínimo e de 1 a 2 salários mínimos (IBGE, 2020).

### **Considerações finais**

Diante do exposto, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista popular selada pela Constituição de 1988, é hoje a possibilidade concreta de enfrentamento à COVID-19 e atua sob a perspectiva de enfrentamento e redução dos marcadores sociais da diferença. Através de seus princípios e diretrizes, o SUS funciona de maneira integral, universal e equânime para

todos aqueles que estão em solo brasileiro, ainda que sofra constante sucateamento e desvalorização. A saúde no Brasil sempre foi lugar de disputa entre os setores público e privado e, apesar de uma maior assunção de seu caráter público com a criação do SUS, o setor privado está em progressivo avanço no país como resultado da intercessão do Estado, que caminha sob os olhos do capitalismo e gera cada vez mais lucro para poucos (SILVA; RUIZ, 2020). Enquanto isso, nos últimos anos, o SUS sofre cortes frequentes no orçamento, decorrentes das políticas de austeridade, que deixam os mais vulnerabilizados à mercê da própria sorte.

Frente ao projeto de desmonte do SUS, é notória a necessidade da valorização e da constante participação popular para a manutenção da saúde como direito de todos. Nesse sentido, uma das mobilizações que está ocorrendo em busca desse fortalecimento é a campanha “O Brasil precisa do SUS”, que propõe estratégias para a vacinação contra a COVID-19 do maior número de pessoas, além de petição pública visando à garantia do orçamento para o sistema de saúde no ano de 2021, que ainda está em situação pandêmica (MARTINS, 2020). Quanto maior o engajamento popular, mais estratégias, possibilidades e ações serão desenvolvidas para o enfrentamento desse difícil contexto.

O movimento popular tem se mostrado forte e potente, contando com muitas ações organizadas em diversas comunidades Brasil afora para viabilizar as necessidades básicas durante a pandemia. Estratégias de vigilância popular em saúde, como a criação de gabinetes de crise, observatórios, portais de monitoramento e articulações intersetoriais, mostram-se cada vez mais efetivas no combate ao vírus e na busca da emancipação e autonomias dessas comunidades (CARNEIRO; PESSOA, 2020).

Como mostrado ao longo do texto, não restam dúvidas de que a pandemia da COVID-19 escancarou as desigualdades sociais existentes no Brasil e no mundo. É também sabido que o sofrimento é experienciado de diferentes formas entre os grupos sociais, sendo mais árduo para a população negra, as mulheres, os LGBTQIA+ e para tantas outras interseccionalidades não mencionadas aqui, como povos indígenas, crianças e população em situação de rua. Com a perspectiva de unir forças e enfrentar a pande-

mia junto ao movimento popular, diversas entidades da saúde coletiva reuniram-se e, por meio de um planejamento participativo, estruturaram o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 com 70 recomendações para gestores do SUS, autoridades políticas e para a sociedade (SOUTO; TRAVASSOS, 2020).

Todas as discussões levantadas e as ações citadas são indispensáveis para que a luta pela valorização da vida e contra todo tipo de preconceito seja cada dia mais efetiva e transforme a realidade do Brasil. Somente a partir da mobilização de todas, todos e todes será possível evitar que mais vidas sejam apagadas durante e após a pandemia, especialmente a vida daqueles mais vulnerabilizados e atravessados pelos diferentes marcadores sociais de raça, gênero e classe social.

## Bibliografia

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019. 152p.
- ALMEIDA, C. B.; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? **Rev. Direito GV**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 303-333, ago. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-24322018000200303&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322018000200303&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.
- ASSIS, W. F. T. Do colonialismo à colonialidade: expropriação territorial na periferia do capitalismo. **Cad. CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 613-627, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792014000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- BANERJEE, D.; NAIR, V. S. The Untold Side of COVID-19: Struggle and Perspectives of the Sexual Minorities. **Journal of Psychosexual Health**, v. 2, n. 2, p. 113-120, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2631831820939017#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **Lancet**, Londres, v. 8, n. 8, ago. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30285-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30285-0/fulltext)>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BARBOSA, J. P. M. *et al.* **Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID-19.** Universidade Federal do Espírito Santo. Maio 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/version/335>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BEAUVOIR, S. **O segundo Sexo: a experiência vivida.** Trad. Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BENTO, M. A. S. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público.** 2002. Tese de Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/24124>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional Nº 103, de 12 de novembro de 2019.** 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **42 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL.** Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 51 (13 a 19/12/2020), 2020. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/24/boletim\\_covid\\_42\\_24dez20.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/24/boletim_covid_42_24dez20.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2020.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **Revista NAU Social**, v. 11, n. 20, p. 131-136, maio/out. 2020.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e COVID-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00298130, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2021.

CASTRO, S. E. S. **Marcadores sociais da diferença: sobre as especificidades da mulher negra no Brasil.** 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/semanac>>

BITENCOURT, R. R. *et al.* • Discutindo as interseccionalidades que permeiam a pandemia da COVID-19 no Brasil

soc/pages/arquivos/GT%204/Silvia%20Elaine%20Santos%20de%20Castro.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CISNE, M. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.  
CRENSHAW, K. **Mapeando as margens**: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas. Trad.: Carol Correia. 1993. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contra-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%8A-%E2%80%8Aparte-1-4/>>. Acesso em: 4 dez. 2020.

CURIA, B. G. *et al.* Produções científicas brasileiras em psicologia sobre violência contra mulher por parceiro íntimo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 40, e189184, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932020000100103&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100103&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2021.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

ENNES, M. A.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 16, n. 35, p. 274-305, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222014000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222014000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2020.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da COVID-19: Refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3.431-3.436, 2020.

FARIAS, M. N.; JUNIOR, J. D. L. Vulnerabilidade Social e COVID-19: Considerações a partir da Terapia Ocupacional Social. **Cad. Bra. Ter. Ocup.** Preprint, 2020.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) COVID-19**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>>. Acesso em: 2 dez. 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2020** [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

2020. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34784&Itemid=432](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784&Itemid=432)>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S.; DANTAS, M. F. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). **Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/315>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MARINI, R. M. **Dialéctica de la dependencia**. México: Era, 1973. 101p.

MARQUES, M. C.; XAVIER, R. L. A gênese do movimento feminista e sua trajetória no Brasil. 2018. **VI Seminário CETROS – Crise e Mundo do Trabalho no Brasil – desafios para a classe trabalhadora**.

MARTINS, P. **Em ato de lançamento, campanha “O Brasil precisa do SUS” entrega carta e petição a líderes do Congresso Nacional**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/em-ato-de-lancamento-campanha-o-brasil-precisa-do-sus-entrega-carta-e-peticao-a-rodrigo-maia-e-werveton-rocha/54980/>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MELO, T. G. R.; SOBREIRA, M. V. S. Identidade de gênero e orientação sexual: perspectivas literárias. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 381-404, 2018. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18321.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MENDES, W. G.; SILVA, C. M. F. P. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise Espacial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1709-1722, maio 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000501709&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501709&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 dez. 2020.

MONAGREDA, J. K. A Raça na construção de uma identidade política: alguns conceitos preliminares. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2017v22n2p366>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MONDRAGON, J. M. Intolerance toward Sexuality Diversity and Homophobic Crimes. A Sociological Analysis. **Sociologica**, v. 24, n. 69, p. 123-156, 2009.

MUIRHEAD, V. E. *et al.* What is intersectionality and why is it important in oral health research? **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 48, n. 6, p. 464-470, dez. 2020. Disponível em: <[doi: 10.1111/cdoe.12573](https://doi.org/10.1111/cdoe.12573)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BITENCOURT, R. R. *et al.* • Discutindo as interseccionalidades que permeiam a pandemia da COVID-19 no Brasil

PIRES, L. L.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. **COVID-19 e desigualdade no Brasil**. 2020. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/340452851\\_COVID19\\_e\\_Desigualdade\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID19_e_Desigualdade_no_Brasil)>. Acesso em: 29 nov. 2020.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; CANAVESE, D. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 195-206, 2020.

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008. 144p.

RAMOS, V. R. G. Pandemia do Coronavírus (COVID-19) e a Classe Trabalhadora Brasileira em Xequê Mate. **Revista Estudos Libertários**, v. 2, n. 4, p. 6-22, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/estudoslibertarios/article/view/34514>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA. A cor da violência policial: A bala não era o alvo. **Centro de Estudos de Segurança e Cidadania**, [S.L.], dez. 2020. Disponível em: <[http://observatorioseguranca.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Novo-Relat%C3%B3rio\\_A-cor-da-viol%C3%Aancia-policial\\_a-bala-n%C3%A3o-erra-o-alvo.pdf](http://observatorioseguranca.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Novo-Relat%C3%B3rio_A-cor-da-viol%C3%Aancia-policial_a-bala-n%C3%A3o-erra-o-alvo.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ROUBICEK, M. **A desigualdade racial do mercado de trabalho em 6 gráficos**. 13 de nov. de 2019 (atualizado 02/12/2020 às 15h47). Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2019/11/13/A-desigualdade-racial-do-mercado-de-trabalho-em-6-graficos>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres**. Série Estudos/Ciências Sociais/FLASCO-Brasil. 2009. Disponível em: <[http://flasco.redelivre.org.br/files/2015/03/Heleieth\\_Saffioti.pdf](http://flasco.redelivre.org.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Almeidina, 2009.

SANTOS, J. A. F. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, v. 26, n. 75, p. 27-55, 2011.

SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-94, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SEM CLASSE. **Quanto vale o seu trabalho? part. Tese Onze.** 2020. (08m05s). Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=p4C\\_9\\_xUT4I](https://www.youtube.com/watch?v=p4C_9_xUT4I)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SILVA, W. M. F.; RUIZ, J. L. S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300302, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312020000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SOUTO, L. R. F.; TRAVASSOS, C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 587-589, set. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000300587&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300587&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOUZA, D. P. O.; SOUZA, M. O. O desafio da classe trabalhadora no contexto do trabalho digital e pandemia. **Direito. UnB – Revista de Direito da Universidade de Brasília**, v. 4, n. 2, p. 35-62, 31 ago. 2020.

STEPANIKOVA, I.; OATES, G. R. Perceived discrimination and privilege in health care: the role of socioeconomic status and race. **Am. J. Prev. Med.**, v. 52, n. 1S1, p. S86-S94, 2017. Disponível em: <[doi:10.1016/j.amepre.2016.09.024](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.024)>. Acesso em: 5 dez. 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Transfobia compromete a saúde de mulheres trans.** 2020. Disponível em: <[https://www.medicina.ufmg.br/enquanto-existir-transfobia-saude-das-mulheres-trans-estara-comprometida/#:~:text=A%20expectativa%20de%20vida%20das,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20\(IBGE\)](https://www.medicina.ufmg.br/enquanto-existir-transfobia-saude-das-mulheres-trans-estara-comprometida/#:~:text=A%20expectativa%20de%20vida%20das,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20(IBGE)>)>. Acesso em: 17 dez. 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

# A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

*Samara da Silveira Lourenço*

*Alcindo Antônio Ferla*

*Luciane Maria Pilotto*

*Aline Blaya Martins*

## **Introdução**

As orientações de isolamento e distanciamento social iniciadas devido à pandemia da COVID-19 explicitaram um problema estrutural há muito tempo já existente como uma pandemia silenciosa: a violência contra a mulher. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos constatou um aumento de aproximadamente 18% das denúncias de violência contra a mulher realizadas pelo “Ligue 180” no país somente no mês de março de 2020, quando foi declarada a pandemia do novo coronavírus e iniciadas as medidas de controle da infecção (BRASIL, 2020b). Com o confinamento obrigatório em várias regiões do país e do mundo, muitos lares tornaram-se um lugar de medo e abuso para as mulheres. Devido ao maior tempo de convivência com o agressor e à redução do contato social com amigos e familiares, as mesmas passaram a ter dificuldade em criar redes sociais de apoio, buscar ajuda e sair dessa situação de violência (MARQUES *et al.*, 2020; WHO, 2020).

A violência contra a mulher é uma das principais formas de violação dos direitos humanos, pois atinge o direito à vida, à saúde e à integridade física. Esse tipo de violência é estruturante da desigualdade de gênero e pode manifestar-se de diversas maneiras. Além das violações aos direitos das mulheres e da sua integridade física e psicológica, essa violência impacta também no desenvolvimento social, econômico e cultural de um país como um todo.

O conceito mais aceito hoje, apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Convenção de Belém do Pará em 1994, define a violência contra a mulher como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, dano psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (UNGA, 1993; ONU MULHERES, 2020). Qualquer forma de violência é definida pela cultura de determinada sociedade, que é sempre a responsável por aceitar as violências em maior ou menor grau, a depender do ponto em que esteja enquanto sociedade humana e de seu ponto de compreensão do que seja uma prática violenta ou não.

Nos dias atuais, o uso do conceito “mulher” traz implícito tanto a dimensão do sexo biológico como a construção social de gênero. Sendo assim, a reinvenção da categoria mulher frequentemente utiliza os estereótipos criados pela atual sociedade patriarcal – como um ser passivo, emocional, etc. Na prática, é aceita a existência de uma natureza feminina e outra masculina, fazendo com que as diferenças entre homens e mulheres sejam percebidas mais como fatos da natureza do que algo imposto pela sociedade (GRANT, 1991; IPG, 2020). O problema desse entendimento de gênero é que ele acaba prescrevendo como devemos ser em vez de reconhecer quem somos. Como refere Chimamanda Ngozi Adichie em seu livro “Sejam todos feministas”, “seríamos bem mais felizes, mais livres para ser quem realmente somos se não tivéssemos o peso das expectativas de gênero” impostas pela sociedade patriarcal atuante (ADICHIE, 2014).

O machismo é o que sustenta a cultura patriarcal ainda existente, configurando-se através de uma série de condutas construídas e reforçadas culturalmente sobre a masculinidade, que glorifica os atributos ligados ao universo masculino e perpetua a desigualdade entre homens e mulheres. Essa desigualdade fundamenta-se em uma ideologia que propõe ser bom e até natural que os homens controlem o mercado, o governo e a atividade pública, e que as mulheres sejam subordinadas a eles (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000).

No último século, a ideia de viver em um mundo onde todos nós podemos ser quem somos, onde não há dominação e onde a noção de mutualidade é o *ethos* que determina as interações começou a ser implementada por mulheres em busca de seus direitos. A revolução feminista, iniciada no século XX, apesar de ter adquirido muitas conquistas, ainda vem sendo interpretada erroneamente por muitas pessoas que não aprenderam o seu verdadeiro propósito. O feminismo surgiu como um movimento antissexista com o objetivo de criar uma comunidade onde pessoas de todos os gêneros possam conviver juntas com as mesmas oportunidades e sem violência (HOOKS, 2018).

Este trabalho foi concebido como um ensaio teórico, embasado em revisão narrativa da literatura, e foi motivado pela questão emergente do aumento da violência de gênero durante a pandemia e de como esse problema vem sendo compreendido e enfrentado por meio das políticas públicas e dos movimentos sociais feministas. O ensaio foi produzido a partir de três eixos estruturantes: as diferentes formas de violência contra a mulher no Brasil; o movimento feminista e suas agendas; e as conquistas feministas para o direito e a saúde das mulheres. Sem desconsiderar a relevância da temática da diversidade de gêneros e mesmo dos femininos, a ênfase aqui será por uma questão de foco e de abrangência, da agenda dos movimentos feministas com expressão na produção científica. Essa abordagem foi motivada pela ideia de produzir um constructo de preservação da vida das mulheres no contexto atual, em que a produção discursiva sobre a mulher e o feminismo vem sendo disputada de forma a agudizar a condição de violência contra a mulher em setores da sociedade civil e do aparato governamental. Assim como tem provocado retrocessos civilizatórios em relação a avanços parciais, mas relevantes, conquistados pelos movimentos feministas nas últimas décadas.

### **As diferentes formas de violência contra a mulher no Brasil**

O reconhecimento da violência de gênero contra a mulher pode expressar-se de diversas formas e em diferentes contextos sociais, sendo que, no país, nos últimos anos, o foco das discussões têm sido os temas de violência

doméstica ou familiar, os feminicídios e, mais recentemente, a violência sexual (FBSP; DATAFOLHA, 2016). É importante levar em consideração que, mesmo com uma maior evidenciação em 2020, a violência contra a mulher não surgiu com a pandemia, tendo causas diversas, associadas a fatores histórico-sociais, como a desigualdade de gênero, a desigualdade econômica, o machismo estrutural, etc. (WHO, 2010). Nesta parte do texto, são mostradas algumas estatísticas de diferentes tipos de violência contra a mulher no país, mostrando seu comportamento crescente mesmo antes da pandemia.

Vários outros estudos já vinham revelando como as diferentes formas de violência contra a mulher sucediam-se no país nos últimos anos. Iniciando pelos homicídios e feminicídios, o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019) revelou, em um levantamento feito em 2018, a ocorrência de 4.107 homicídios de mulheres, o que representou uma diminuição de 10,5% em relação ao ano anterior. Porém, desse total, foram registrados 1.206 como feminicídios e 263.067 como lesão corporal dolosa, enquadrados na Lei Maria da Penha, havendo um aumento de 11,3% e 0,8%, respectivamente, em comparação com o ano anterior (FBSP, 2019). Já o Atlas da Violência 2020 revelou que, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,3 para cada 100 mil brasileiras. Sendo que, no período de 2008 a 2018, observou-se um aumento de 4,2% na taxa de homicídios de mulheres (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

Ao se tratar de violência sexual, sendo a mesma definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção” (OPAS, 2017), o levantamento de 2018 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) contabilizou 66.041 estupros, havendo um aumento de 4,1% em relação a 2017 (FBSP, 2019). Segundo uma outra pesquisa, realizada pelo FBSP em parceria com o Instituto DataFolha, ainda em 2016, “65% da população relatam ter medo de sofrer violência sexual”, sendo que o percentual cresce quando se desagregam os dados por sexo, “já que 85% das mulheres brasileiras afirmaram ter medo ante 46% dos homens” (FBSP; DATAFOLHA, 2016).

Esse sentimento de medo e insegurança relatado dialoga com os altos índices de violência sexual do país existentes muito antes da pandemia. O 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública já registrava, em 2014, 47.646 casos de estupro em todo o país naquele ano, o que significava um estupro a cada 11 minutos (FBSP; DATAFOLHA, 2016, p. 5). Em 2018, o Atlas da Violência realizou pela primeira vez uma análise sobre a violência sexual de casos notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) e apontou que, em cinco anos (de 2011 a 2016), o número de registros de estupro no sistema de saúde dobrou. O estupro é uma das violações mais graves que podem ser cometidas contra a integridade física e a autonomia de uma pessoa. Porém, apesar das sérias consequências, as vítimas de agressão sexual são menos propícias a reportar o incidente à polícia do que vítimas de outros crimes, o que torna difícil estimar a prevalência desse crime (CERQUEIRA *et al.*, 2018).

Já em relação às agressões físicas, conforme dados de uma pesquisa nacional publicada pelo FBSP e DataFolha, 536 mulheres foram vítimas de agressão física a cada hora no ano de 2018. Das entrevistadas pelo estudo, a maioria, cerca de 21,8% (12,5 milhões), foi vítima de ofensas verbais, como insulto, humilhação ou xingamento; 8,9% (4,6 milhões) foram tocadas ou agredidas fisicamente por motivos sexuais; 3,9% (1,7 milhão) foram ameaçadas com faca ou arma de fogo; e 3,6% (1,6 milhão) sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento, ou seja, três mulheres por minuto. Além disso, jovens de 16 a 24 anos (42,6%) e negras (28,4%) foram as principais vítimas, segundo o estudo (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

Em relação ao assédio sexual, o mesmo estudo mostrou que 22 milhões das brasileiras com 16 anos ou mais relataram ter sofrido algum tipo de assédio nos últimos 12 meses: 32,1% (19 milhões) ouviram comentários desrespeitosos quando estavam andando na rua; 11,5% (6 milhões) receberam cantadas ou comentários desrespeitosos no ambiente de trabalho; 7,8% (3,9 milhões) foram assediadas fisicamente em transporte público, como no ônibus, metrô; 6,2% (3 milhões) foram abordadas de maneira agressiva durante balada, isto é, alguém tocou seu corpo; e 5% (2,3 milhões) foram agarradas ou beijadas sem o seu consentimento. Dessas, 76,4% afirmaram

que o agressor era alguém conhecido, como o cônjuge /companheiro /namorado (23,8%), o vizinho (21,1%) ou o ex-cônjuge /ex-companheiro /ex-namorado (15,2%). E o local onde mais se relatou sofrer violência foi no próprio lar (42%) e na rua (29%) (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

Em se tratando de denúncias, no balanço anual de 2019 do “Ligue 180”, Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência do governo federal, foram registradas 85.412 denúncias. As mais recorrentes foram em relação à violência doméstica (78,96%), tentativa de feminicídio (4,35%), violência moral (4,08%) e ameaças (3,81%) (BRASIL, 2020a). Porém, percebe-se que havia um baixo número de denúncias por esse canal, comparando-se com os números encontrados nos diversos estudos citados anteriormente. Com o início da pandemia, o país identificou um aumento de 34% nas denúncias no “Ligue 180” em março e abril de 2020 quando comparado com o mesmo período do ano anterior. Além disso, os registros de feminicídio cresceram 22,2% no período, e os homicídios de mulheres tiveram incremento de 6% (FBSP, 2020).

Outra questão que não pode ser ignorada é que essa violência infelizmente afeta também nossas crianças e adolescentes, que muitas vezes não conseguem verbalizar o ocorrido. Informações do Dossiê Criança e Adolescente, realizado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, apontaram que, em 2017, a forma de violência com maior participação de vítimas crianças e adolescentes foi a sexual (59%). O total de crianças e adolescentes que registraram algum tipo de violência sexual foi de 3.886, o que significa dizer que, em média, por dia, dez crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual no estado do Rio de Janeiro. As mulheres foram a maioria dessas vítimas (83%), e os autores dos crimes foram, principalmente, pessoas próximas às vítimas (ISP-RJ, 2018). O Atlas da Violência 2018 também encontrou que cerca de 51% dos casos de violência sexual encontrados vitimaram crianças com menos de 13 anos de idade. Em 30% desses casos, o agressor era amigo ou conhecido da criança e, em outros 30%, o agressor foi um familiar próximo, como pai, padrasto, irmão ou mãe. Quando o agressor era conhecido, a violência sexual havia ocorrido dentro da casa da vítima em 78% dos casos (CERQUEIRA *et al.*, 2018).

Em relação à violência doméstica, aquela que ocorre exclusivamente no lar entre cônjuges/companheiros, as denúncias tornam-se difíceis de acontecer devido a seu ciclo vicioso, o que acabou se agravando consideravelmente durante a pandemia. Essa violência apresenta um padrão denominado “Ciclo de Violência”. De acordo com tal modelo, a violência entre homens e mulheres em suas relações afetivas e íntimas apresenta três fases: a) acumulação da tensão; b) explosão; c) lua de mel. Durante a fase de acumulação da tensão, que dura geralmente mais tempo, ocorrem agressões verbais, provocações e discussões, que podem evoluir para incidentes de agressões físicas leves. Nessa fase, a mulher tenta evitar violência assumindo uma atitude submissa, porém a tensão vai aumentando até fugir do controle e acabar em uma agressão física mais grave, em ataques de fúria, que caracterizam a fase de explosão. Por vezes, na fase de explosão, a vítima chama a polícia, denuncia a violência na delegacia ou foge para um abrigo (WALKER, 2009).

Contudo, a maioria das mulheres agredidas não procura ajuda durante esse período, a menos que as lesões sofridas sejam tão graves que demandem cuidados médicos, situação essa em que a vítima pode aguardar vários dias até pedir ou não auxílio. Passado o incidente agudo da violência, começa a fase de lua de mel, em que o agressor, arrependido, passa a ter um comportamento amoroso e gentil e tenta compensar a vítima pela agressão perpetrada. É durante essa fase que a vitimização da mulher se completa, uma vez que, em alguns dias, ela passa de zangada, solitária, assustada e magoada a um estado de ânimo mais alegre, confiante e amoroso (WALKER, 2009).

Podemos perceber que todos os importantes números apresentados têm fortes relações com o sistema patriarcal ainda atuante na sociedade contemporânea. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada de 2014 corrobora isso, mostrando que há um “ideal passivo feminino” na cultura brasileira (IPEA, 2014). Os resultados dessa pesquisa revelaram que 42% dos homens e 37% das mulheres concordaram com a afirmação de que “mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”, mostrando que, a partir do momento em que a mulher não adere aos valores determinados

de acordo com um sistema cultural machista e patriarcal, a violência contra a mulher passa a ser tolerada socialmente. Logo, as próprias mulheres passam a ser consideradas responsáveis pela violência por não se comportar “adequadamente”, sendo bastante comum que o comportamento de quem foi vítima seja questionado com base no que se entende serem as formas corretas de “ser mulher” e “ser homem” no mundo.

### **O feminismo como movimento**

O feminismo, segundo Hooks (1984), é um movimento para acabar com o sexismo, a exploração sexista e a opressão. Ou seja, não é um movimento anti-homem, mas sim um movimento antissexista, que pretende lembrar a todos, mulheres e homens, que têm sido socializados desde o nascimento para aceitar pensamentos e ações sexistas. Dessa forma, “feminista é o homem ou a mulher que diz: ‘Sim, existe um problema de gênero ainda hoje e temos que resolvê-lo, temos que melhorar’. Todos nós, mulheres e homens, temos que melhorar” (HOOKS, 1984).

No Brasil, os estudos sobre a violência contra as mulheres na área das ciências sociais podem situar-se em três correntes: a dominação masculina, a dominação patriarcal e a relacional. A dominação masculina define a violência contra as mulheres como expressão da dominação exercida pelo homem sobre a mulher, referindo-se à violência como uma relação hierárquica de desigualdade a partir de uma diferença que tem o objetivo de explorar, dominar e oprimir, tratando o outro como uma coisa, não como um sujeito. A dominação patriarcal entende as mulheres como sujeitos sociais autônomos, porém vitimados pelo controle social masculino, que não se resume à dominação, mas que faz parte do sistema capitalista de exploração. E a dominação relacional envolve um jogo no qual a violência é uma forma de comunicação e não apenas uma luta de poder, relativizando a perspectiva dominação-vitimização (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Além disso, há pelo menos duas teorias feministas que procuram superar as limitações de conceitos fundamentais sem, no entanto, abandoná-los totalmente. Uma é o “feminismo socialista”, que parte do referencial teórico

marxista para analisar a base material da dominação masculina e oferece alternativas para que se entenda a intersecção entre gênero, raça, orientação sexual e classe. Pensa nas outras dimensões como parcelas que se somam à de gênero, dando assim margem às conhecidas formulações em termos de dupla ou tripla opressão: sexismo + racismo + homofobia + etc. (GRANT, 1991). A outra tentativa mais recente de transformar as categorias mulher, experiência e política pessoal é o “ponto de vista feminista” (*feminist standpoint*). Segundo essa teoria, a experiência da opressão sexista é dada pela posição que ocupamos numa matriz de dominação em que raça, gênero e classe social interceptam-se em diferentes pontos. Assim, uma mulher negra trabalhadora não é triplamente oprimida ou mais oprimida do que uma mulher branca na mesma classe social, mas experimenta a opressão a partir de um lugar que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual racista e sexista. Raça, gênero, classe social e orientação sexual reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade (BAIRROS, 1995).

Ao longo da história ocidental sempre existiram mulheres que se rebelaram contra sua condição, que lutaram por liberdade e muitas vezes pagaram com suas próprias vidas. A Inquisição da Igreja Católica, por exemplo, foi implacável com qualquer mulher que desafiasse os princípios por ela pregados como dogmas insofismáveis. Mas a chamada primeira onda do feminismo aconteceu a partir das últimas décadas do século XIX, quando as *suffragettes*, como ficaram conhecidas, primeiramente na Inglaterra, organizaram-se para lutar por seus direitos, sendo que o primeiro deles que se popularizou foi o direito ao voto, conquistado apenas em 1918 (PINTO, 2010).

No Brasil, a primeira onda do feminismo também se manifestou mais publicamente por meio da luta pelo voto, que foi conquistado em 1932, quando então foi promulgado o novo Código Eleitoral brasileiro. Esse feminismo inicial, tanto na Europa como nos Estados Unidos e no Brasil, perdeu força a partir da década de 1930. Nos anos seguintes, uma obra foi fundamental para que se estabelecesse uma nova onda do feminismo: “O segundo sexo”, de Simone de Beauvoir, publicado pela primeira vez em 1949 na França. Nele, Beauvoir estabeleceu uma das máximas

do feminismo: “não se nasce mulher, se torna mulher” (BEAUVOIR, 2009; PINTO, 2010).

A segunda onda iniciou, então, na década de 1960, trazendo como marca o slogan “o pessoal é político”. Assim, o movimento feminista ressuruiu com todas as forças, e as mulheres falaram, pela primeira vez, diretamente sobre a questão das relações de poder entre homens e mulheres. O feminismo apareceu como um movimento libertário, que, além de querer conquistar o espaço da mulher no trabalho, na vida pública e na educação, procurava lutar por uma nova forma de relacionamento entre homens e mulheres, para que essas tivessem liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo. Apontou ainda que existe uma outra forma de dominação além da classe social, a dominação do homem sobre a mulher, e que uma não pode ser representada pela outra, já que cada uma tem suas características próprias (PINTO, 2010).

Porém, a partir da década de 1990, feministas de todo o mundo passaram a questionar o próprio movimento, percebendo que a maioria dos estudos abordava experiências que representavam apenas as mulheres da classe média e brancas. Esse questionamento marcou a terceira onda do feminismo, sendo o movimento feminista negro o de maior destaque com a abordagem da realidade das mulheres negras trabalhadoras, que era totalmente diferente das mulheres brancas de classe média. Essa nova onda do movimento reconheceu a pluralidade feminina e contribuiu para o desenvolvimento de vertentes que representassem e considerassem as particularidades das mulheres, como a classe, a raça e a localidade. Atualmente, conta-se, então, com diversas vertentes, incluindo as iniciativas que foram desenvolvidas no período da primeira e da segunda ondas (MARQUES; XAVIER, 2018).

### **As conquistas do feminismo para o direito e a saúde da mulher**

Na década de 1960, sob o regime militar no Brasil, as primeiras manifestações feministas foram interpretadas como política e moralmente perigosas. Em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher no México, a ONU declarou os próximos dez anos como a década da mulher. Com a

redemocratização dos anos 1980, o feminismo no Brasil entrou, então, em uma fase de grande efervescência na luta pelos direitos das mulheres com inúmeros grupos e coletivos em todas as regiões tratando de temas como violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo e opções sexuais (PINTO, 2010).

Uma das mais significativas vitórias do feminismo brasileiro foi a criação do Conselho Nacional da Condição da Mulher (CNDM) em 1984, que resultou na Constituição de 1988, sendo uma das que mais garante direitos para a mulher no mundo (BRASIL, 1988). Além disso, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) foi inaugurada em 1985 em São Paulo, sendo uma importante conquista no combate à violência, uma vez que foram criadas para oferecer um ambiente acolhedor para que as mulheres se sentissem seguras ao denunciar os casos de violência de gênero. Para isso, essas delegacias contam, desde então, com policiais, na teoria, capacitados para oferecer proteção efetiva para combater a violência contra as mulheres (PINTO, 2010; SOUZA; CORTEZ, 2014).

Em 1995, foram criados os Juizados Especiais Criminais (JECRIM) com o objetivo de ampliar o acesso da população à justiça. Nesse contexto, a maioria dos crimes registrados contra mulheres, como lesões leves e ameaças, enquadrados como de menor potencial ofensivo passaram a se inserir na competência desses juizados. Essa situação contribuiu para que o problema da violência contra as mulheres não fosse tratado como de menor importância, cuja conclusão mais comum eram a conciliação ou a transação penal (PINTO, 2010). Porém, apenas em 2006 foi criado um dos instrumentos mais importantes para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil, a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Essa lei, além de definir e tipificar as formas de violência contra as mulheres (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), também previu a criação de serviços especializados, como os que integram a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, compostos por instituições de segurança pública, justiça, saúde e de assistência social (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2007).

Em 2007, foi instituído o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que consistiu em um acordo federativo entre o governo federal e os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a política nacional por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional. A política previu a constituição de uma rede de enfrentamento à violência contra mulheres que perpassa diversas áreas, tais como saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura. E inclui ainda organismos de políticas para as mulheres, organizações não governamentais (ONG) feministas, movimentos de mulheres, conselhos de direitos das mulheres e outros conselhos de controle social, serviços voltados para a responsabilização e o tratamento dos agressores, universidades, órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (assistência e seguridade social, habitação, educação, trabalho e cultura) (BRASIL, 2010).

Essa política integra ainda uma sub-rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, que é denominada de rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Essa rede agrega ações e serviços especializados ou não. Os serviços não especializados são aqueles que, mesmo destinados a atender o público em geral, podem atender mulheres em razão de ter sofrido violência, como: hospitais, unidades de atenção básica, equipes do programa saúde da família, polícia militar, delegacias comuns, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Ministério Público, defensorias públicas, varas criminais e varas de família. Já os serviços especializados atendem exclusivamente as mulheres, possuindo expertise no tema violência contra mulheres, como os Centros de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), núcleos especializados nos Ministérios Públicos e nas Defensorias Públicas, serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, bem como Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (BRASIL, 2010).

A rede de enfrentamento à violência contra a mulher em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, por exemplo, organiza-se de modo tal que uma mu-

lher em situação de violência geralmente se dirige a uma delegacia de polícia ou da mulher. Nesse local, é lavrado o Boletim de Ocorrência, o qual fica à espera da realização de inquérito durante seis meses. Quando existe lesão corporal, a vítima é encaminhada ao Departamento Médico-Legal e, se houver pedido de medida protetiva, abre-se um processo, que é enviado diretamente ao Juizado da Violência Doméstica, onde a medida é deferida em 48 horas. Caso haja necessidade de um defensor, a mulher é encaminhada ao Ministério Público. Além da Delegacia da Mulher, o primeiro contato pode ocorrer em um serviço de saúde, assistência social, centro de referência ou conselhos de direitos, principalmente o Conselho Tutelar e os Centros de Referência da Assistência Social (MENEZES *et al.*, 2011).

Há, ainda, na capital, as Coordenadorias Estadual e Municipal da Mulher, assim como dois Centros de Referência para Vítimas de Violência e uma Casa-Abrigo para albergar mulheres e filhos, cuja entrada ocorre por encaminhamento da rede básica (Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF)). O Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual disponibiliza atendimento em todas as UBS do município, em três hospitais de referência e em três Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, todas de portas abertas para oferecer suporte durante a pandemia (BRASIL, 2010).

Ainda, devido ao importante aumento na incidência da violência contra a mulher durante esse período de pandemia, campanhas como “Sinal Vermelho”, “Máscara Roxa” e outras têm sido adotadas por farmácias, drogarias e diferentes estabelecimentos, onde através de códigos/sinais a mulher pode informar discretamente que está sob situação de violência e, assim, receber apoio imediato (BANDEIRA, 2020; G1 RS; 2020; CALAIS, 2020).

### **Considerações finais**

As fontes documentais e bibliográficas recuperadas na produção deste ensaio permitem constatar a atualidade e historicidade do tema da violência contra a mulher na sociedade contemporânea, sobretudo nas disputas discursivas que se expressam no momento atual em segmentos da socie-

dade civil e do aparato governamental, tornando as vidas femininas mais vulneráveis à violência, à fragilização dos seus direitos e à morte. Esse contexto se agudizou muito no período da pandemia da COVID-19 pelas condições associadas ao isolamento social e pela intensidade da crise civilizatória que vivemos. Essas condições também são verdadeiras para a diversidade que constitui atualmente a designação de gênero, mas o estudo aqui se concentrou nas agendas dos movimentos feministas. É oportuno que sejam ampliados estudos considerando também as demais expressões da vulnerabilização de pessoas e coletividades pela condição de gênero.

Diante da complexidade desse tipo de violência, é importante assegurar às mulheres o acesso aos serviços essenciais, que devem ser prestados por diferentes setores, entre eles o policiamento, a justiça, os serviços sociais e a saúde. Para lidar com eventuais traumas causados pela situação violenta vivenciada, uma série de condições deve ser assegurada para que essa mulher possa romper o ciclo da violência, como sua inclusão no mercado de trabalho, a oferta de condições de moradia e a garantia de segurança física e psicológica para ela e seus familiares.

Assim sendo, muitas vezes se faz necessário o acesso a programas governamentais, como de transferência de renda, acesso a creches e/ou educação básica, habitação popular, capacitações, etc. Além disso, é importante olhar também para o homem autor da violência, porque somente a pena não modifica o indivíduo, evitando a reincidência, fazendo-se necessária também a sua reeducação. No período da pandemia, as diferentes políticas públicas e serviços necessitam de uma sensibilidade ainda maior para a escuta aos indícios de violência de gênero. No caso brasileiro, em que parte das políticas públicas, sobretudo de gestão federal, tem sido utilizada para o incremento de iniciativas necropolíticas, torna-se ainda mais relevante que sejam desenvolvidas ações comunitárias e que os mecanismos de controle das políticas públicas estejam ainda mais atentos à problemática da violência de gênero.

Por fim, é de extrema importância atentar para a educação das futuras gerações tanto em relação às questões de gênero como ao respeito mútuo e à empatia ao próximo. Como enfatizou Bell Hooks (2018), “ao falhar

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

na criação de um movimento educacional de massa para ensinar a todo mundo sobre feminismo, estamos permitindo que uma mídia de massa patriarcal permaneça como o principal meio no qual as pessoas aprendem sobre o feminismo, sendo a maioria coisas negativas”. Assim é importante que se desenvolvam ações para além da palavra acadêmica e escrita que ensinam o pensamento e a teoria feminista. Um exemplo que pode ser citado é o programa emblemático global da ONU Mulheres, Prevenção e Acesso aos Serviços Essenciais para Erradicar a Violência contra as Mulheres e Meninas no Brasil, em que ações inovadoras nas áreas da arte, cultura, educação, esportes, tecnologias da informação e comunicação, mídia e campanhas são feitas para a promoção e prevenção da violência de gênero.

Em tempos de pandemia e distanciamento social, é essencial que existam parcerias entre as diferentes instâncias governamentais e não governamentais, a fim de fortalecer os direitos das mulheres com a implementação de leis e políticas públicas que garantam a educação, a proteção e o acesso das mesmas a serviços essenciais de qualidade. Também que essa temática seja abordada de forma mais intensa, não apenas na produção de cultura na sociedade, mas principalmente para dar visibilidade e audibilidade aos gemidos silenciados de suas vítimas, muitas vezes emitidos na iminência do esgotamento de suas vidas. Dar expressão às memórias das conquistas feministas e aos contextos em que as violências acontecem e são silenciadas pode desenvolver formas de pensamento em platôs civilizatórios ampliados, mas também salvar vidas.

## **Bibliografia**

ADICHIE, C. N. **Sejamos todos feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Violência de gênero: uma reflexão sobre a variabilidade nas terminologias. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 97-106, jan./dez. 2007.

BAIROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 458-463, 1995.

BANDEIRA, R. **Sinal Vermelho**: CNJ lança campanha de ajuda a vítimas de violência doméstica na pandemia. [S.I.]: Conselho Nacional de Justiça, Brasília, 10 jun. 2020. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/sinal-vermelho-cnj-lanca-campanha-de-ajuda-a-vitimas-de-violencia-domestica-na-pandemia/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Volume único. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2009.

BRASIL. **Balanco 2019**: Ligue 180. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/balanco-anual-ligue-180-registra-1-3-milhao-de-ligacoes-em-2019/BalanoLigue180.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BRASIL. **Coronavírus**: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ODNH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), 17 abr. 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 96.895, de 30 de setembro de 1988**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM. Diário Oficial da União, Brasília/DF, seção 1, p. 19.125, 03 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/anexo/and96895-88.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/anexo/and96895-88.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres, set. 2010, 17 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2012-pdf/10182-14-pacto-enfrentamento-violencia-contra-mulheres/file>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Secretaria Geral. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CALAIS, B. **Conheça a história do botão de denúncia da Magalu contra a violência doméstica**. [S.I.]: Forbes Brasil, 4 jun. 2020. Disponível em: <<https://forbes.com.br/negocios/2020/06/magalu-relanca-botao-de-denuncia-contra-a-violencia-domestica/amp/>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2018**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. Disponível em: <[https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/06/IPEA\\_FBSP\\_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf](https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2018/06/IPEA_FBSP_AtlasdaViolencia2018Relatorio.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: 15. jan. 2021.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 490, 2000.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. Ano 13. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <[https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência Doméstica Durante Pandemia de COVID-19 Edição 2**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 01 de junho de 2020. Disponível em: <[https://forumseguranca.org.br/publicacoes\\_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19-edicao-02/](https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-covid-19-edicao-02/)>. Acesso em: 21 jul. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. **A polícia precisa falar sobre o estupro** – Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto DataFolha, set. 2016. Disponível em: <[https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP\\_Policia\\_precisa\\_falar\\_estupro\\_2016.pdf](https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/01/FBSP_Policia_precisa_falar_estupro_2016.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2020.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Instituto DataFolha, 2019. 49 p. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

G1 RS. **Campanha ‘Máscara Roxa’ possibilita denúncia de violência doméstica em farmácias do RS: saiba como funciona**. [S.I.]: Grupo Globo, G1, RS, Porto Alegre, 10 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/06/10/campanha-mascara-roxa-possibilita-denuncia-de-violencia->

domestica-em-farmacias-do-rs-saiba-como-funciona.ghtml>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GRANT, J. **Fundamental Feminism Contesting the Core Concepts of Feminist Theory**. New York: Routledge, 1991.

HOOKS, B. **Feminist theory: From margin to center**. Boston: South End, 1984.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Tolerância social à violência contra as mulheres**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília: DF, 04 abr. 2014. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327\\_sips\\_violencia\\_mulheres\\_novo.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2020.

IPG – INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Sobre as violências contra as mulheres – Cultura e raízes da violência contra as mulheres. In: IPG. **Dossiê Violência Contra as Mulheres**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/cultura-e-raizes-da-violencia/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ISP-RJ – INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. **Dossiê Criança e Adolescente 2018**. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/dossie-crianca-e-adolescente-isp-rj-2018/>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

MARQUES, M. C.; XAVIER, K. R. L. A gênese do movimento feminista e a sua trajetória do Brasil. Fortaleza: **VI Seminário CETROS: crise e mundo do trabalho no Brasil – desafios para a classe trabalhadora**, 22-24 ago. 2018. ISSN: 2446-8126. 14 p.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr.

LOURENÇO, S. da S.; FERLA, A. A.; PILOTTO, L. M.; MARTINS, A. B. • A violência contra a mulher em tempos de pandemia e a luta feminista: história e contexto

2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

OMV – OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA: DATASENADO. **Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres** — Pesquisa OMV/DataSenado. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, mar. 2018. 34 p. Disponível em: <[https://assets.dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/04/OMV\\_DataSenado\\_Aprofundando-o-Olhar-sobre-o-Enfrentamento-a-Violencia-contra-as-Mulheres\\_2018.pdf](https://assets.dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/04/OMV_DataSenado_Aprofundando-o-Olhar-sobre-o-Enfrentamento-a-Violencia-contra-as-Mulheres_2018.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2020.

ONU MULHERES. **Fim da violência contra as mulheres**. Brasília: ONU Mulheres. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/areas-tematicas/fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: Violência contra as mulheres**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, nov. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=82](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=82)>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PINTO, C. R. J. Feminismo, História e Poder. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe**, Tel Aviv, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2005.

SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública [on-line]**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 621-639, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-76121141>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

UNGA – UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Resolution n° 48/104 of 20 December 1993**. Declaration on the elimination of violence against women. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1993.

WALKER, L. **The Battered Woman Syndrome**. Springer Publishing Company, 2009.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 and violence against women: what the healthsector/system can do**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization, 2010.

# Isolamento social para quem?

## Notas sobre a pandemia da COVID-19 e suas consequências na vida de pessoas trans no Brasil

*Guilherme Lamperti Thomazi*

*Aline Schwalm Andrade Rates*

*Simone Ávila*

### **Introdução**

O ano de 2020 será um ano inesquecível para o mundo inteiro. Em fins de janeiro daquele ano, assistíamos estarecidos/as às notícias vindas da China sobre o surgimento de um novo “agente do coronavírus (SARS-CoV-2), descoberto em 31/12/2019 após casos registrados naquele país, causador da Doença do Coronavírus (COVID-19), sendo disseminada e transmitida de pessoa a pessoa” (BRASIL, 2020). Não tardaram notícias sobre milhares de mortes provocadas pela COVID-19 em diversos países e, junto com isso, as medidas de contenção de sua propagação, tais como higienização das mãos, uso de máscara e *lockdown* (isolamento/confinamento social em português), medida em que governos impedem a circulação de pessoas, convocam o fechamento de bares, comércio, etc. Os primeiros países a decretar *lockdown* em março de 2020, no início da pandemia da COVID-19, foram Itália, Argentina, Espanha e Nova Zelândia, que visavam evitar o colapso do sistema de saúde com essa medida.

No Brasil, alguns estados decretaram medidas de isolamento/confinamento social em meados de março de 2020. Naquele momento, ainda não tínhamos noção do tempo que seria necessário para manter esse isolamento social e o chamávamos de “quarentena”, imaginando que ficaríamos isolados por cerca de 40 dias, sendo que a realidade mostrou-se absolutamente diferente. Passado um ano da descoberta do novo coronavírus, muitos conhecimentos foram produzidos, o isolamento social foi flexibilizado, e passa-

mos a utilizar o conceito de “distanciamento social”, o qual implica evitar aglomeração de pessoas, mantendo sempre o uso de máscara, a higienização das mãos e a distância de dois metros entre as pessoas no convívio social.

Mesmo com tanto conhecimento produzido, com a descoberta de vacinas contra o novo coronavírus, no momento em que escrevemos este artigo (janeiro de 2021), estamos a viver uma segunda onda da COVID-19 no Brasil. Podemos dizer que passamos praticamente um ano ouvindo e dizendo que já estávamos cansados/as/es<sup>1</sup> de ficar isolados/as/es em casa, de não poder sair, de não encontrar amigos, amigas e amigues, não encontrar a família. Nós, autor e autoras deste artigo, estamos falando enquanto pessoas “cis”, diminutivo de cisgênero, sendo a cisgeneridade entendida como identidade de gênero das pessoas cuja “experiência interna e individual do gênero” corresponda ao “sexo atribuído no nascimento” a elas (SIMAKAWA, 2015). Em outras palavras, “é um conceito que abarca as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento, ou seja, as pessoas não transgêneros” (JESUS, 2012). Já o termo “trans”, diminutivo de “transgênero”, é um termo guarda-chuva e “refere-se a todas as pessoas que elegeram uma identidade ou expressão de gênero diferente da atribuída ao nascer, incluindo pessoas transexuais, transgêneros, travestis, não gêneros, multigêneros, de gênero fluído, gênero queer e outras autodenominações relacionadas” (SUESS, 2010, p. 29).

Não podemos partir do pressuposto de que todas as pessoas, sejam elas cis ou trans, tenham ou tiveram a mesma experiência durante a pandemia. Nós, pessoas cis, precisamos ter noção dos nossos privilégios dentro de uma sociedade transfóbica como a nossa. Desse modo, o objetivo deste trabalho é refletir sobre as consequências da pandemia da COVID-19 na vida de pessoas trans no Brasil no que se refere ao acesso à saúde e ao mercado de trabalho.

---

<sup>1</sup> Entendemos que a generalização da língua portuguesa é no masculino em decorrência de ser considerado o padrão e o objetivo, porém faremos aqui o uso da linguagem inclusiva, tendo em mente que existem pessoas que fogem do binarismo de gênero/sexo e já passam por diversos processos de apagamento.

### **Política de morte sem dados**

Para exemplificar a complexidade das consequências da pandemia da COVID-19 na amplificação das desigualdades sociais, em especial entre as pessoas trans, trazemos o depoimento da atriz e cantora trans Linn da Quebrada, publicado em uma matéria do jornal *Folha de São Paulo* (2020): “Esse isolamento social já existia. Nós já fomos afastadas do meio social, fomos afastadas da escola, do mercado de trabalho e até mesmo das nossas famílias”. O que Linn narra é o preconceito, o estigma e a discriminação contra pessoas que não se enquadram na cisgeneridade, pois, segundo Richard Miskolci (2005), a sociedade entende a cisgeneridade como norma, considerando todos/as/es que não a seguem como desviantes, problemáticos/as, marginalizados/as/es e passíveis de cura e tutela. Ou seja, pessoas trans passam cotidianamente por constrangimentos e inúmeras situações de violência, tanto violência simbólica como violência física, entre outras, e são colocadas à margem da sociedade. Esses processos discriminatórios e de exclusão social são violações de “seus direitos humanos, entre os quais o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008a).

Não podemos também deixar de referir os dados de violência publicados no Boletim nº 2 de 2020 pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), os quais mostram que, no primeiro quadrimestre de 2020, houve um aumento de 48% dos assassinatos de pessoas trans no Brasil em comparação com anos anteriores. Esse período corresponde ao início dos relatos de infecção por coronavírus na América Latina e no Brasil e ao início de ações objetivando o distanciamento social e o incentivo à permanência da população em suas residências (ANTRA, 2020).

Como consequência da diminuição da circulação de pessoas nos espaços públicos, seria possível supor que haveria certa redução no número de assassinatos. Porém se percebeu que a pauperização das possibilidades de organização de vida de pessoas trans e travestis segue atuando como um importante marcador social com impacto na expectativa de vida e na taxa de mortalidade dessa população. Ressaltamos também que, de acordo com

a ANTRA (2020), as pessoas assassinadas no primeiro quadrimestre de 2020 são, em sua totalidade, mulheres trans e travestis.

Soma-se a isso a inexistência de registros oficiais sobre pessoas não cisgêneras, uma vez que não há campo para identidade de gênero nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o mesmo ocorre nos boletins de ocorrência do sistema de segurança pública. Por isso é desconhecida a proporção ou quantidade de brasileiras/os/es que não se identificam como cis, resultando no apagamento de suas identidades, consequentemente de suas próprias existências, e dificultando o planejamento e a implementação de políticas públicas. Essa invisibilização coloca as demandas trans sempre no final da fila, abrindo, por fim, brecha para o governo federal abster-se de ações que impactem significativamente na realidade de uma das populações mais vulnerabilizadas do país com a justificativa de não ser prioridade – especialmente no atual contexto político de retrocessos<sup>2</sup> nas políticas sociais.

É importante frisar que, entre 2004 e 2016, o governo federal, com a participação da sociedade civil, desenvolveu inúmeras ações e estratégias para minimizar os efeitos decorrentes das violências simbólica e física (homofobia, lesbofobia e transfobia) perpetradas contra a população LGBTQI+. Algumas dessas ações e estratégias poderiam ter sido ampliadas e outras ainda criadas. No entanto, após o golpe parlamentar que revogou o mandato da presidente Dilma Roussef em 2016, o governo de Michel Temer mostrou sua proximidade e apoio às reivindicações de grupos religiosos e ultraconservadores no Congresso (ARISI; SALA; AVILA, 2019).

Além disso, o atual presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, durante sua campanha para as eleições presidenciais foi destaque na mídia com seu discurso de ódio. Ele defendeu o racismo, preconceito contra lésbicas, gays e

---

<sup>2</sup> Entre 2004 e 2016, o governo federal, com a participação da sociedade civil, desenvolveu inúmeras ações e estratégias para minimizar os efeitos decorrentes das violências simbólica e física (homofobia, lesbofobia e transfobia) perpetradas contra a população LGBTQI+. Após o golpe parlamentar que revogou o mandato da presidente Dilma Roussef (2016), o governo de Michel Temer mostrou sua proximidade e apoio às reivindicações de grupos religiosos e ultraconservadores no Congresso.

peças trans e a misoginia. Suas posições preconceituosas eram conhecidas mesmo antes da campanha presidencial, como pode ser visto em diversos depoimentos e entrevistas. Durante a campanha eleitoral presidencial do Brasil em 2018, vários casos de agressão a pessoas LGBTQI+ foram relatados em nome do candidato Jair Bolsonaro, principalmente na região sudeste do país.

A estrutura cisheteronormativa<sup>3</sup> marca como desviantes todas as identidades de gênero que não cis e dispõe de diversos mecanismos para sua manutenção. De acordo com Achille Mbembe (2018), diversas são as formas de destruir grupos populacionais que vivem em mundos de morte, nos quais grupos populacionais inteiros não têm condições dignas de vida, tendo que lutar diariamente por sua sobrevivência. Portanto, podemos afirmar que a ausência de políticas públicas é uma das formas mais diretas de necropolítica, do Estado decidindo quem pode e quem não pode viver.

Como forma de resistência à necropolítica, vemos organizações de movimentos sociais responsabilizarem-se pelos levantamentos que nos dão pistas sobre algumas das dificuldades cotidianas da população trans brasileira. Mesmo que os números absolutos pareçam ínfimos em relação a mortes de pessoas cis, a inexistência de dados oficiais sobre a população trans é intolerável, posto que o Brasil continua liderando o ranking internacional do número de assassinatos de pessoas trans desde 2017, ano em que esse levantamento começou a ser realizado por essas organizações.

### **Saúde de pessoas trans no Brasil**

Tanto no campo social como no campo de políticas públicas, faz-se necessário reconhecer as diferentes identidades trans devido às suas especificidades. Com o surgimento da epidemia de AIDS no final dos anos 1980

---

<sup>3</sup> Heteronormatividade, termo criado por Michael Warner em 1991, é “um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle [...] é uma denominação contemporânea para o dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e ‘natural’ da heterossexualidade” (MISKOLCI, 2005, p. 156- 157). Segundo Juliana Jardim (2016), “cisgeneridade, tanto quanto a heterossexualidade, constitui um regime político-social que regula nossas vidas”.

e início dos anos 1990, houve o movimento de organização política das travestis, o que resultou em uma maior visibilidade dessa parcela da população a partir disso (SILVA, 2007; ÁVILA, 2014). Por isso entende-se que a identidade travesti traz como marca a luta pelos direitos humanos e direitos de sua própria população.

Mulheres transexuais são pessoas que foram identificadas como meninos no nascimento e identificam-se e querem ser reconhecidas socialmente como mulheres. Assim como as travestis, as mulheres transexuais também podem ter o desejo de fazer modificações corporais para tornar seu corpo e sua expressão de gênero mais próximos do que é esperado social e culturalmente para o feminino – ou seja, o que as diferencia basicamente é a autoidentificação/autodeterminação.

No Brasil, a partir de 2010, houve um aumento na visibilidade dos homens trans, que, na época, não tinham um consenso sobre como gostariam de ser chamados, sendo então referidos por várias nomenclaturas, como FTM<sup>4</sup>, transhomens e transexual masculino (ÁVILA, 2014). De acordo com Simone Ávila (2014), primeira autora brasileira a pesquisar sobre o tema e discutir conceitualmente essa identidade de gênero, homens trans seriam “indivíduos que foram identificados como meninas no nascimento, mas se identificam com o gênero masculino”.

Nem todas as pessoas trans têm uma identidade binária, ou seja, nem todas se identificam como mulher ou homem. O termo “pessoa não binária” refere-se a indivíduos que têm uma identidade de gênero que não se enquadra exclusivamente nas categorias normativas de homem e mulher; situada além da dupla binária de gênero (homem/mulher), ela flutua entre os “sexos” ou rejeita tal par (MONRO, 2019). Cabe destacar que há poucos estudos sobre pessoas não binárias tanto internacionalmente como em contexto nacional (SCANDURRA *et al.*, 2019). Um desses estudos, no entanto, aponta um traço etário na identificação como pessoa não binária: Surya Monro (2019) relata que, no Canadá, é mais alta a proporção de jovens que se identificam como tal.

---

<sup>4</sup> Do inglês *Female to Male*, traduzido de forma livre como de Mulher para Homem.

O respeito à identidade de gênero é essencial para a dignidade humana, previsto nos Princípios de Yogyakarta (2007), nos quais estão expostos princípios para a legislação internacional de direitos humanos relacionados à identidade de gênero e à orientação sexual:

Princípio nº 3 [...] A orientação sexual e identidade de gênero autodefinidas por cada pessoa constituem parte essencial de sua personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. Nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito para o reconhecimento legal de sua identidade de gênero. [...] Nenhuma pessoa deve ser submetida a pressões para esconder, reprimir ou negar sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Mesmo com os Princípios de Yogyakarta, a população trans ainda é patologizada pelos instrutivos biomédicos internacionais, fazendo com que suas identidades e sua autonomia quanto à saúde e ao domínio do próprio corpo sejam negadas.

Uma vez que as cirurgias de redesignação sexual começaram no Brasil somente em 1997, apenas em hospitais universitários e a título experimental, uma das demandas de saúde do movimento social era a possibilidade de fazer as modificações corporais de acordo com sua identidade de gênero no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, do Ministério de Saúde, que institui o Processo Transexualizador no SUS, o atendimento a essa população ficaria a cargo da alta complexidade, havendo somente dez centros de alta complexidade habilitados até setembro de 2018 para o atendimento das demandas da população trans em todo o Brasil (BRASIL, 2008b; ROCON *et al.*, 2019).

Já a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que “redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)”, define as modalidades ambulatorial e hospitalar nos incisos I e II do artigo 5º, respectivamente (BRASIL, 2013). Ambas as portarias embasam-se nas resoluções da Associação Americana de Psiquiatria por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997), que tratavam as identidades de gênero diferentes da cisgeneridade como patologias, sendo enquadradas dentro do capítulo de transtornos mentais (ÁVILA, 2014).

A partir de uma campanha internacional pela despatologização das identidades<sup>5</sup>, iniciada em 2007 na Europa, a CID-11, lançada em janeiro de 2021, entrou em vigor com a alteração de “disforia de gênero” para “incongruência de gênero”, deixando o capítulo destinado a transtornos mentais e sendo colocada no capítulo relativo à saúde sexual. Tal alteração é resultado dos esforços de ampliação dessa campanha pelo mundo (ÁVILA, 2014).

Mesmo que haja apenas dez serviços de alta complexidade habilitados pela Portaria do Processo Transsexualizador, com o intuito de estimular e ampliar a presença de pessoas trans nos serviços públicos de saúde, vários estados e municípios implantaram e implementaram, a partir de 2011, serviços próprios em sua rede de atenção à saúde. Esses ambulatorios, como são conhecidos, funcionam mais recentemente de acordo com a proposta da atenção primária e/ou especializada, realizando atendimento geral em saúde e procedimentos que atendem demandas específicas das pessoas trans, como a hormonização, e, em sua maioria, apostam na lógica despatologizadora das identidades trans.

### **COVID-19, trabalho e acesso à saúde**

Os impactos da pandemia causada pela COVID-19 podem ser observados em todas as camadas da sociedade mundial e brasileira. Dentre eles a diminuição de postos de trabalho e oportunidades de reingresso no mercado de trabalho em todos os segmentos, sobrecarga de demanda para os profissionais de saúde, educação e assistência, empobrecimento de grande parcela da população, receio quanto ao deslocamento até os serviços de saúde por medo de exposição ao novo coronavírus, aumento da inflação.

Quando focamos na população trans, percebemos que essas alterações foram muito mais profundas e danosas. Como grupo, estruturalmente

---

<sup>5</sup> *Stop Trans Pathologization* – STP: Campanha criada em 2007 por meio da articulação entre ativistas da Espanha e da França, que tinha por objetivo a despatologização das identidades trans e a retirada da categoria “disforia de gênero”/“transtornos de identidade de gênero” dos catálogos diagnósticos, como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), da Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association – APA*), cuja nova versão foi publicada em maio de 2013, e o CID169 (Código Internacional de Doenças), da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ÁVILA, 2014).

sua inserção no mercado de trabalho formal é muito mais atribulada, deparando-se frequentemente com situações de preconceito e discriminação. A utilização de sistemas operacionais que não têm campo para nome social e as relações interpessoais cotidianas com os/as/es colegas de trabalho são alguns desses entraves (VASCONCELLOS, 2014; ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018). Como apontado por Aícia Krüger (2018) em um estudo no qual foram entrevistadas 201 mulheres trans e travestis no Distrito Federal, apenas 12,6% delas estavam empregadas no mercado formal, grande parte (58,7%) declarava-se autônoma e 9% delas estavam estudando.

A dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho também influencia a quase obrigatoriedade de realização de trabalho sexual como forma de subsistência: de acordo com a ANTRA (2020), 90% das pessoas trans, principalmente mulheres trans e travestis, têm como forma de sustento a prostituição. Usado como estratégia para a proteção contra as violências intrafamiliares, o trabalho sexual acarreta outros níveis de vulnerabilização, posto que carrega um estigma gigante na sociedade brasileira. Por conta do medo de infecção pela COVID-19, o número de clientes diminuiu de forma demasiada. Por outro lado, a recomendação de isolamento social e também o medo de infecção pelo novo coronavírus fizeram com que inúmeros/as/es trabalhadores/as/us sexuais interrompessem temporariamente suas atividades profissionais, gerando grande impacto em sua renda. Além disso, muitas pessoas trans não conseguiram receber o auxílio emergencial do governo federal no ano de 2020.

Devido à falta de recursos financeiros para as necessidades mais básicas, como alimentação e moradia, muitas pessoas trans precisaram voltar a conviver com suas famílias, as quais muitas vezes rechaçam e hostilizam tanto sua identidade de gênero não cis como suas expressões de gênero. Como consequência dessa reaproximação, muitas pessoas trans precisam esconder suas identidades de gênero para ser aceitas nesses espaços familiares. O desrespeito a seus pronomes e nomes em qualquer ambiente que habitem é fator reconhecido como produtor de extremo sofrimento psíquico.

Ao reconhecer que o ambiente doméstico atua como fator de adoecimento, seria possível esperar que essa parcela da população fizesse mais

uso dos dispositivos de saúde. Buscar suporte, acolhimento e espaços produtores de cuidado deveria ser a lógica das pessoas usuárias do SUS, trans ou não. A realidade, porém, é outra: o SUS apresenta diversas lacunas na atenção e no manejo das necessidades da população trans. A perpetuação de estigmas e a representação caricata de mulheres transexuais e homens trans habitam tanto a prática como os discursos de profissionais dos mais distintos níveis de formação.

Avedis Donabedian (2003) disserta sobre a terminologia de acessibilidade, afirmando que o acesso de uma pessoa não se restringe à entrada no serviço de saúde, mas também sobre como ela utiliza tal serviço. Sua efetiva inclusão no sistema ocorre somente quando o serviço se adéqua às especificidades da mesma. Ampliando esse conceito, PENCHANSKY e THOMAS (1981) discutem sobre as várias dimensões de acesso, sendo elas a disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade. Salientamos que a aceitabilidade é entendida como as atitudes dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada indivíduo, sendo possível articulá-la com as diretrizes do SUS que garantem a integralidade como fundamento da atenção e cuidado em saúde.

Uma das lacunas identificadas no atendimento à população trans é a centralização do cuidado em serviços especializados (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Além da pouca oferta de serviços, identificamos também a ideia de que os hospitais oferecem mais qualidade no serviço ofertado e a desqualificação da rede básica de saúde acabou por ser reforçada pela ausência de educação sobre a organização do SUS – para a população de maneira geral. Pessoas trans e travestis, porém, somam a essa desinformação as resistências causadas pelos atendimentos preconceituosos e eticamente inadequados vividos ao longo de suas vidas.

Alguns municípios do Brasil, como citado anteriormente, oferecem serviços específicos com profissionais capacitados fora do ambiente hospitalar para o atendimento de pessoas trans, como Florianópolis, Porto Alegre e São Paulo, entre outros. Um dos entraves para o acesso, porém, é a necessidade do uso de transporte público para chegar a esses espaços. Como resultado da pandemia por COVID-19 no mercado financeiro, acompanhamos números

chocantes sobre demissões e encerramento de atividades laborais em diversos setores no Brasil; a população trans recebeu de maneira intensa esses impactos. Seja pelas demissões e dificuldades de reingresso no mercado formal, seja pela diminuição da procura por serviços prestados autonomamente, essa parcela populacional encontra-se mais pauperizada, tendo como uma das consequências as dificuldades na busca por serviços e o agravamento de problemas de saúde. Além disso, como já destacado anteriormente, a falta de dados oficiais não nos permite saber o percentual de pessoas trans que foram acometidas pela COVID-19, o que talvez dificulte ações de prevenção dessa doença e de educação em saúde direcionadas a essas pessoas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) prima pelo acesso a serviços de maneira regionalizada, isto é, as pessoas devem ter acesso a serviços de saúde próximos a seu local de moradia, buscando, assim, garantir a melhoria do acesso da população ao serviço por meio da maior disponibilidade para sua procura e melhor vínculo com as equipes. O território, espaço físico e afetivo no qual se encontram serviços, pessoas e dispositivos de outras redes, como a educação e a assistência, deve ser entendido como em constante mudança, produzido a partir da cultura, da história e das pessoas que vivem nele. Desse modo, os riscos e vulnerabilidades do território tendem a mudar de acordo com sua população, sendo necessárias análises cuidadosas da administração pública para garantir que o que se oferta está de acordo com o que é necessário (JUSTO, 2017).

Carmen Unglert (1995) categoriza o acesso aos serviços em três tipos: o geográfico, relacionado ao tempo de deslocamento até o serviço, meio de transporte utilizado e a distância entre o/a usuário/a e o serviço; o econômico, caracterizado pelo custo de transporte; e o funcional, que é a entrada do/a usuário/a no serviço de saúde, os horários de funcionamento, a capacitação dos/as profissionais sobre as demandas e como é realizado o acolhimento. Apesar da necessidade de atendimentos em saúde, muitas pessoas trans evitam comparecer aos serviços da rede devido a diversas experiências negativas causadas pela transfobia.

Um dos motivos apontados como causa da transfobia é a falta de conhecimento das/os/es profissionais de saúde atuantes na rede pública

(PEREIRA; CHAZAN, 2019). É imprescindível, pois, que a formação em saúde abranja todos os níveis de atenção e seja iniciada ainda no espaço acadêmico, visando extinguir propostas que se valham de argumentos patologizadores. Capacitar profissionais da saúde também compõe as premissas do SUS, que aposta na formação permanente e na educação continuada como ferramenta para a manutenção da qualidade dos serviços prestados. Profissionais de saúde que não tocam nas pessoas trans durante atendimentos, como exame clínico, por exemplo, não deveriam poder seguir atuando sem que houvesse mudanças em suas práticas profissionais.

O desrespeito ao nome social, mesmo quando a pessoa apresenta a carteira de nome social, e o mau atendimento realizado por profissionais de saúde geram um sentimento de não pertencimento a esse ambiente (PEREIRA; CHAZAN, 2019); pelo medo de sofrerem violências e serem desrespeitadas/os/es por parte das equipes, apresentam resistências na procura por suporte. É possível, assim, identificar a existência de ansiedades relacionadas aos atendimentos de saúde como consequência das diversas experiências violentas vividas (ROBERTS; FANTZ, 2004), compondo as tão conhecidas interrelações entre a saúde do corpo físico e a saúde mental.

### **Considerações finais**

Nosso objetivo neste trabalho foi trazer algumas reflexões a respeito das consequências da pandemia da COVID-19 na vida das pessoas trans. Os processos de vulnerabilização que incidem sobre as pessoas trans não são novos, não foram evidenciados pela pandemia; pelo contrário. Ao invés de se pensar em conjunto com essa população, o atual governo federal afasta-se cada vez mais dos movimentos sociais, que demandam respeito aos direitos humanos, os quais incluem saúde, trabalho e moradia. O que a pandemia da COVID-19 trouxe foi uma evidente piora na qualidade de vida das pessoas trans, desemprego, piora da saúde mental e física e um acesso ainda mais sinuoso ao SUS.

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, resultam em diminuição da qualidade de vida e cronificação de

patologias passíveis de prevenção, além de sentimentos de não pertencimento, desvalorização da vida e recrudescimento dos processos de marginalização. O não acolhimento de pessoas trans nos diversos serviços do SUS, e da sociedade em geral, é exemplo da falta de interesse dos governos e gestores/as sobre uma parcela importante da população brasileira, resultado direto da necropolítica.

São prementes a criação e a qualificação de políticas públicas federais, estaduais e municipais que tenham como foco as demandas trans, sendo imprescindível o retorno da participação dessa população em sua construção. Experiências anteriores, como as que houve durante o período de 2004 a 2016, mostram o quanto o trabalho em parceria entre movimento social e governos é profícuo.

Consideramos como algo necessário que pessoas cis sejam aliadas da população trans, que luta há décadas pelo respeito aos direitos adquiridos e mostra ser vital a obtenção de outros direitos. Os impactos da pandemia da COVID-19 não podem ser ignorados, tampouco utilizados como disfarces a projetos políticos de alienação e apagamento de sujeitos. Identificar o agravamento das condições de vida da população trans brasileira convoca o SUS e demais políticas públicas a seguir construindo estratégias que garantam saúde de maneira universal, integral e equânime.

Entendemos que a realidade brasileira mudou em decorrência dessa doença. É essencial termos um olhar ampliado sobre certas populações, entendendo que a saúde e o cuidado não se limitam apenas a problemas fisiológicos, mas também a problemas estruturais. Considerando a complexidade dos sujeitos e as intersecções que compõem suas experiências de vida, ressaltamos que o racismo é um fator de grande impacto no acesso aos direitos humanos. Pessoas negras enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços e passam maior tempo na fila de espera, o que leva, conseqüentemente, à menor chance de ter diagnósticos precoces de patologias e a um menor número de atendimentos no geral. Apesar de pouco influenciado pela classe econômica, o racismo aumenta as vulnerabilidades sociais e incide em maior grau em pessoas trans negras e pertencentes às classes populares (BAIROS *et al.*, 2011; WERNECK, 2016). Quando

THOMAZI, G. L.; RATES, A. S. A.; ÁVILA, S. • Isolamento social para quem? Notas sobre a pandemia da COVID-19 e suas consequências na vida de pessoas trans no Brasil

se trata de pessoas trans negras, somam-se situações de maior vulnerabilidade social.

O provável aumento da ausência da população trans e travesti nos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19 pode ser entendido como mais um sinal da dificuldade de garantia de cidadania a essas pessoas, indicando importantes lacunas no atendimento ofertado pelo SUS. A construção do cuidado, que reconhece as interseccionalidades dos sujeitos e aposta na ética despatologizadora, é dever de todas/os/es – sejam profissionais, sejam usuárias/os/es. Não podemos silenciar frente às políticas genocidas como nos impelem na atual gestão federal.

Enfatizamos que esta escrita, além de ser produzida após cerca de um ano dos primeiros diagnósticos de COVID-19 no mundo e no momento em que o Brasil vive um pico alarmante da taxa de transmissão do novo coronavírus, também foi elaborada no mês da visibilidade trans, momento dedicado à busca por mais visibilidade às lutas por direitos dessa população. O espaço aberto na pesquisa brasileira para a investigação dos impactos da pandemia precisa ser ocupado por múltiplas vozes; a ética necessária à saúde coletiva urge pela inclusão e pela resistência aos retrocessos que, infelizmente, acompanhamos nos últimos anos.

## Bibliografia

ALMEIDA, C. B.; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? **Revista Direito GV**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 303-333, ago. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1808-24322018000200303&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-24322018000200303&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ARISI, B.; ÁVILA, S.; SALA, A. Teaching sexual diversity in Brazilian schools. **Teaching Anthropology**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 33-42, 8 abr. 2019. Disponível em: <[https://www.teachinganthropology.org/ojs/index.php/teach\\_anth/article/view/453/571](https://www.teachinganthropology.org/ojs/index.php/teach_anth/article/view/453/571)>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS. **Boletim nº 02/2020 assassinatos contra travestis e transexuais em 2020**. 2020. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/05/boletim-2-2020-assassinatos-antra-1.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS. **Dossiê dos Assassinatos e da Violência Contra Pessoas Trans Brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, jan. 2020.

AVILA, S. **Transmasculinidades**: A emergência de novas identidades políticas e sociais. Rio de Janeiro: Multifoco, 2014.

BAIROS, F. S. *et al.* Racial inequalities in access to women 's health care in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 2.364-2.372, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Fev. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus#:~:text=O%20Brasil%20confirmou%2C%20nesta%20quarta,para%20It%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS nº 5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707/GM de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial União, 18 ago. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803/GM de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, 19 nov. 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Linn da Quebrada diz que isolamento social já era comum para transexuais antes da pandemia**. Folha de S.Paulo, São Paulo, 30 de jun. de 2020. Disponível em: <<https://f5.folha.uol.com.br/televisao/2020/06/linnda-quebrada-diz-que-isolamento-social-ja-era-comum-para-transexuais-antes-da-pandemia.shtml>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

JARDIM, J. G. Deveriam Os Estudos Queer Falar em Cis-heteronormatividade? Reflexões a partir de uma Pesquisa sobre Performatividade de Gênero nas Artes Marciais Mistas Femininas. **4º Seminário Internacional de Educação e Sexualidade**, p. 1-16, jul. 2016. Disponível em: <[http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467327007\\_ARQUIVO\\_Jardim\\_CisHeteronormatividade.pdf](http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467327007_ARQUIVO_Jardim_CisHeteronormatividade.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2021.

THOMAZI, G. L.; RATES, A. S. A.; ÁVILA, S. • Isolamento social para quem? Notas sobre a pandemia da COVID-19 e suas consequências na vida de pessoas trans no Brasil

JESUS, J. Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESTUDOS SOBRE A DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO, 6., 2012, Salvador. **Anais**. Salvador: ABEH, 2012.

JUSTO, L. G. *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 1.345-1.354, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000501345&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000501345&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jan. 2021.

KRÜGER, A. **Aviões do cerrado uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do distrito federal brasileiro**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: <[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34788/1/2018\\_AliciaKrueger.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34788/1/2018_AliciaKrueger.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. SP: N-1 Edições, 2018.

MISKOLCI, R. **Do Desvio às Diferenças**. Teoria & Pesquisa, São Carlos, v. 47, n.01, p. 9-42, 2005. Disponível em: <<http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/view/43/36>>. Acesso: 15 dez. 2020.

MONRO, S. Non-binary and genderqueer: An overview of the field. **International Journal of Transgenderism**, v. 20, n. 2-3, p. 126-131, 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/330527221\\_Non-binary\\_and\\_genderqueer\\_An\\_overview\\_of\\_the\\_field](https://www.researchgate.net/publication/330527221_Non-binary_and_genderqueer_An_overview_of_the_field)>. Acesso em: 17 jan. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol. 1. 5.

SILVA, L. P. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. 2007. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/1399?show=full>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das pessoas transexuais e travestis à Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 14, n. 41, p. 1.795, maio de 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>>. Acesso: 21 jan. 2021.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**, 2007.

ROBERTS, T. K.; FANTZ, C. R. Barriers to quality health care for the transgender population. **Clinical Biochemistry**, [s.l.], v. 47, n. 10-11, p. 983-987, jul. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560655>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ROCON, P. C. *et al.* Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100268&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SCANDURRA, C. *et al.* Health of Non-binary and Genderqueer People: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 10, p. 1-12, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01453/full>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SIMAKAWA, V. V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Dissertação de Mestrado. Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos – Universidade Federal da Bahia, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/19685>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SUESS, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. (Org.). **El género desordenado** – críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona-Madrid: EGALLES, 2010.

VASCONCELLOS, L. T. Travestis e Transexuais no Mercado de Trabalho. **Congresso Nacional de Excelência em Gestão**, p. 1-17, ago. 2014. Disponível em: <[http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14\\_0409.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0409.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2021.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p. 221-235.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016.



### Seção 3

#### Iniciativas da gestão



Fotógrafo Rafael Stedile. Hospital de Campanha na cidade de Canoas. Exposição Travessia. Galeria Canoas. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page\\_id=270](https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page_id=270)>.



## Pandemia da COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico

*Alcides Miranda*

Até o final de fevereiro de 2021 ocorreram mais de 250.000 óbitos, ocasionados diretamente pela pandemia da COVID-19 no Brasil. Quantitativo que tende a ser bem maior, se consideradas as subnotificações e o fenômeno conexo de uma “sindemia”, ou seja, o imbricamento complexo e entrópico da referida pandemia com outros multideterminantes e com decorrências, derivações e desfechos letais. Por exemplo, as associações indiretas com os óbitos resultantes de outras patologias, mas decorrentes da desassistência em função da sobrecarga de recursos e serviços especializados, ocasionada pela pandemia da COVID-19. Como também derivações e decorrências letais a partir de outros determinantes e condições de riscos, desgastes e vulnerabilidades (ambientais, sociais, econômicos, domésticos, psicossociais, etc.), potencializados pela situação pandêmica.

Mesmo considerada a polivalência e a complexidade de tal situação crítica, existem questões importantes que requerem respostas inequívocas:

– Parte dos óbitos ocasionados pela COVID-19 no país poderia ter sido evitada?

– Se afirmativo: Como evidenciar as condições e os termos de tal inevitabilidade? Em que medida? A partir de que estratégias, iniciativas e ações? Por que parte dos óbitos não foi evitada? Quem deveria ser responsabilizado pelos óbitos que poderiam ter sido evitados e não foram?

Há quem considere que parte dos óbitos decorridos da pandemia da COVID-19 não poderia ter sido evitada. Inclusive muitas pessoas têm manifestado de diversas formas uma espécie de “naturalização” determinística acerca da inevitabilidade da exposição aos riscos de contágio e dos desfechos decorrentes. Claro, as motivações, os interesses, as necessidades,

os desejos e os propósitos engendrados sob tais formas de “naturalização” podem ser interpretados e entendidos a partir de diversos prismas e perspectivas, assim como muitas vezes adjetivados (“negacionismo”, “insensibilidade”, “falta de empatia”, “indiferença”, etc.).

O que levaria as pessoas a mostrar-se “insensíveis” ou “indiferentes” a um quantitativo médio de mais de mil óbitos diários persistindo durante meses? O que levaria pessoas a menosprezar os determinantes, os condicionantes e os termos de evitabilidade para tais óbitos e, assim, também as responsabilidades vinculadas? O que levaria as pessoas a forçar o retorno de uma “normalidade” socioeconômica e a atuar ostensivamente contra medidas governamentais de salvaguarda e de proteção coletiva? O que levaria as pessoas a apoiar ostensivamente posturas de negação factual, de omissão e de negligência intencional da parte de governos?

Questões de tal natureza e caráter ainda deverão ser refletidas e analisadas por muito tempo e, conforme antecipado, a partir de diversas perspectivas e enfoques. Como também as implicações e derivações políticas, contextuais e conjunturais de tais posturas e condutas.

Sobre as posturas individuais (estereotipicamente adjetiváveis) de “naturalização”, de “insensibilidade”, de “falta de empatia” ou de “indiferença” para com os óbitos potencialmente evitáveis no decorrer da pandemia evidentemente não há nada de imputável em termos de responsabilização relacionada com atitudes intencionais ou comportamentos de risco para si ou para outrem. Apenas algo revelador sobre as manifestações não solidárias e sem alteridade de “distanciamento social” (aí, sim, a pertinência do termo estaria apropriada) ou de alienação cotidiana mediada por interesses próprios ou particulares. Provavelmente, o evento letal, o desfecho irreparável só passariam a ser considerados como sensíveis (ou, quem sabe, evitáveis) se incidissem sobre pessoas mais próximas do entorno afetivo. Todavia trata-se de predisposição individual que tende a consubstanciar o sentido de “indiferença sistêmica”, tema a ser destacado adiante.

Todavia, muitas das omissões e negligências intencionais, referidas aos riscos correlatos da pandemia, podem ser reportadas aos modos e termos de comportamentos individuais (singulares) e particulares. Comporta-

mentos individuais de negligência que podem derivar da “indiferença” e do menosprezo em relação aos riscos clínicos e epidemiológicos implicados, manifestados na inobservância e no desrespeito aos regramentos de salvaguarda e de proteção individual e coletiva (uso de máscaras, semiconfinamento voluntário, restrições de mobilidade e aglomerações, medidas de higiene preventiva, etc.), constituindo um componente voluntário de potencialidade letal na medida em que podem implicar a progressividade de contágios, de casos, de complicações e, portanto, de óbitos evitáveis. Muitos dos indivíduos que adotaram comportamentos negligentes perante os riscos (para si e para os outros) da pandemia têm sido identificados como um dos principais agentes para a propagação de contágios, principalmente quando infectados e assintomáticos. Há ainda grupos particulares que também têm adotado atitudes intencionais e voluntárias para a exposição mútua (festas, praia, etc.) e para a exposição imposta aos outros (p. ex. padrões expondo empregados e seus familiares) com o incremento exponencial de contágios coletivos.

Por que, como e em que medida os responsáveis por tais comportamentos voluntários e negligentes para com os riscos epidemiológicos da COVID-19 deveriam ser responsabilizados pelos eventuais contágios involuntários ou pelos consequentes desfechos letais para outras pessoas? Assunto bastante repercutido midiaticamente (principalmente as aglomerações noturnas em festas e bares), embora controverso e ainda com regramento legal genérico, abrindo margens para distintas e diversas jurisprudências.

Durante a atual pandemia ocorreram muitos surtos com focos iniciais de contágio localizados em ambientes laborais (frigoríficos, etc.) a partir de exposição involuntária, geralmente com contágios extrínsecos. As atitudes patronais de imposição à exposição, ou seja, do constrangimento e da submissão de trabalhadores aos riscos evitáveis e sob condições insuficientes de proteção (testagens, equipamentos de descontaminação, de proteção individual, etc.), constituem um componente intencional de potencialidade letal, cuja responsabilização é extensiva para além dos ambientes laborais, porque as pessoas expostas involuntariamente podem contagiar as suas pró-

prias famílias e também os processos e produtos de seu trabalho podem eventualmente contagiar outras pessoas. Também para esses casos são genéricos e imprecisos os termos de regramento legal para a apuração, a comprovação, o julgamento, a condenação e a penalização dos responsáveis.

Aqueles profissionais de saúde, principalmente médicos, que prescrevem e propagandeam o chamado “tratamento precoce” a partir do uso de fármacos sem eficácia validada cientificamente e, pior, alguns com efeitos colaterais adversos, constituem um componente intencional de indução às negligências perante os riscos de contágio pela crença introjetada de um falso fator de proteção. Como responsabilizá-los pela exposição induzida e evitável? Pelas decorrências e desfechos letais? Para esses casos, além de reiterar o caráter também genérico e impreciso do regramento legal pertinente, convém destacar a lamentável postura de omissão intencional da parte de dirigentes dos respectivos conselhos corporativos (Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina).

Até aqui foram referidos sumariamente alguns comportamentos individuais e particulares de omissões voluntárias e de negligências intencionais que podem constituir situações ou potencializar condições de riscos para contágios, casos, complicações, sequelas e óbitos pela COVID-19 (ou qualquer evento contagioso similar). Entretanto, quando o Estado ou particularmente determinados governos adotam intencionalmente posturas omissas e atitudes negligentes quando deveriam atuar com responsabilidade pública para evitar ou mitigar os contágios, os casos, as complicações, as sequelas e os óbitos referidos, além de outras derivações críticas?

### **Acerca das responsabilidades e estratégias governamentais para evitar óbitos pela pandemia**

Para lidar com tal questionamento, agora referido ao âmbito do Estado e de governos, convém retomar as questões apresentadas anteriormente:

- Parte dos óbitos ocasionados pela pandemia COVID-19 no país poderia ter sido evitada por iniciativas e intervenções governamentais?
- Como evidenciar as condições e os termos de tal evitabilidade?

- Em que medida?
- E que estratégias e iniciativas governamentais deveriam ter sido efetivadas?
- Por que os governos não atuaram suficientemente para evitar parte dos óbitos?
- Os governantes em questão deveriam ser responsabilizados pelos óbitos que poderiam ter sido evitados e não foram?
- Como estabelecer a distinção entre omissão governamental involuntária e intencional? Entre incompetência involuntária e negligência dolosa?

Em se tratando de uma pandemia viral, a definição sobre o que seriam “óbitos evitáveis” tende a ser controversa, pois não está referida somente às probabilidades estatísticas e projeções epidemiológicas. Mas, sobretudo, dependeria da identificação do complexo de multideterminações situacionais, de variáveis condicionantes, intervenientes e, principalmente, de vetores críticos, sobre os quais são demandadas decisões políticas e intervenções estratégicas que possam controlar (mesmo que parcialmente) ou mitigar riscos (biológicos, sociais, ambientais, etc.); que possam controlar ou atenuar derivações (desdobramentos da crise em múltiplas ramificações decorrentes); que possam diminuir exposições e/ou contágios e, por conseguinte, diminuir a incidência de casos, de complicações e, por isso, evitar óbitos. Se alguns dos referidos vetores críticos são reconhecidos (convém reiterar: mesmo que parcialmente) e podem consubstanciar estratégias (sociais, institucionais) de intervenções potencialmente eficazes, então a variável crítica que se torna preponderante é a decisão política oportuna e imprescindível.

Evidentemente dependem das decisões políticas (deliberadas e encaminhadas) não somente a adoção de direcionalidade estratégica para lidar com uma pandemia em curso, como também as condições imprescindíveis para a sua viabilidade e condução, pois as mesmas tendem a implicar o provimento e a mobilização de recursos (normativos, financeiros, tecnológicos), a motivação, a mobilização e o suporte de trabalho humano e profissional, o monitoramento e a gestão da crise, etc.

Enfatizando o óbvio, de outro modo: “óbitos evitáveis” dependem de decisões políticas acerca da direcionalidade, da condução e da viabilidade de estratégias governamentais potencialmente eficazes. Claro, não fazer quase nada ou não fazer o minimamente necessário em uma situação de crise, como na pandemia, também dependem de decisões políticas.

Ainda na fase inicial da pandemia da COVID-19, foram destacadas premissas substanciais que condicionaram as escolhas dentre as alternativas viáveis para as intervenções governamentais estratégicas que poderiam ter evitado contágios, casos, complicações, sequelas e óbitos. A premissa inicial estava referida às contingências e às disponibilidades tecnológicas para as intervenções que poderiam imunizar pessoas, controlar ou mitigar contágios e então evitar casos mórbidos, complicações e óbitos: as intervenções de imunização massiva não estavam/estão/estarão disponíveis em horizonte de curto prazo. Mesmo assim, tornaram-se imperativos o investimento prioritário e os esforços intensivos para o desenvolvimento em médio prazo de vacinas eficazes (mesmo que de imunização temporária), de suas testagens e de sua disponibilização massiva.

De acordo com a premissa inicial, enquanto as tecnologias e os insumos para a realização da imunização massiva não estivessem disponíveis, caberia aos governos o planejamento estratégico e a programação antecipada para a sua produção e/ou aquisição, a sua logística de distribuição equitativa e a definição de prioridades. Por exemplo, se a quebra de patentes se tornasse uma iniciativa imprescindível para viabilizar e incrementar a produção nativa dos imunobiológicos e propiciar o processo de vacinação massiva em tempo hábil para evitar óbitos, tal decisão política e iniciativa (inter)governamental deveriam ter sido tomadas, apesar das consequências políticas a serem enfrentadas adiante (alguns governos nacionais tentaram, sem sucesso, forçar um acordo nesse sentido). A delimitação prévia de um horizonte de médio prazo para a experimentação, a validação científica, a autorização, a produção ou aquisição e a disponibilização dos insumos com o início da imunização massiva exigiam, a curto prazo, o planejamento e a preparação antecipada para a sua viabilização. Os governos que não buscaram previamente tais condições de viabilidade, que não planejaram ou pla-

nejaram de forma insuficiente a curto prazo a imprescindível vacinação massiva, não somente deixaram de evitar óbitos, como também propiciaram mais tempo para a evolução e a circulação de novas cepas virais, variantes de mutações.

A segunda premissa tinha a ver com o insuficiente conhecimento científico inicial acerca do ciclo biológico do agente viral (mutações, etc.) e de suas ações patogênicas no corpo humano, além das alternativas para intervenções clínicas minimamente eficazes (profiláticas e terapêuticas), possibilitando o cuidado e o tratamento de casos, de complicações e, assim, evitando óbitos. Também se tornaram imperativos a agilização de ensaios clínicos, o incremento de intercâmbios sobre experiências e a rápida difusão de medidas validadas cientificamente. O que tende a gerar controvérsias e atropelos, principalmente quando há alterações de intercurso nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Com o passar dos meses, a partir de experimentos e testes validados cientificamente, houve um gradual aprimoramento das intervenções terapêuticas eficazes para lidar com as complicações clínicas e diminuir a sua letalidade. Caberia aos governos investirem e incentivarem as inovações tecnológicas compatíveis para disseminá-las ou incorporá-las em tempo hábil, visando evitar mais sequelas e óbitos. Os governos que não priorizaram tais investimentos e as melhores condições para a rápida incorporação tecnológica das inovações eficazes também deixaram de evitar óbitos.

A terceira premissa estava referida a uma dinâmica epidemiológica conhecida coloquialmente como efeito de “imunidade de rebanho” (mais pertinente aos casos de imunização massiva), que, no contexto da pandemia em questão, implicaria a intencionalidade de intervenção seletiva sobre a chamada “história natural da doença” com uma progressão intensiva e rápida de contágios e com proteção rigorosa somente aos chamados “grupos de risco” para complicações clínicas (idosos, imunodeprimidos, comorbidades), de modo a diminuir consideravelmente a proporção de indivíduos suscetíveis e, assim, autolimitar o ciclo de transmissibilidade. Uma “vantagem” aludida a tal dinâmica epidemiológica seria um menor intervalo de tempo para a progressão e o ápice da “onda” de contágios e, portanto, um

retorno mais rápido à “normalidade” socioeconômica, além da quase impossibilidade de reinserção de ciclos de transmissibilidade (novas “ondas de contágio”).

Alguns países, como a Inglaterra, chegaram inicialmente a alinhar tal premissa para justificar estratégias de intervenção seletiva, entretanto desistiram rapidamente porque havia três grandes riscos implicados: apesar da baixa letalidade, a alta transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2 implicaria um grande número de óbitos evitáveis; o pouco conhecimento acerca da forma e tempo de imunização provocada pelos contágios poderia comprometer o imaginado “efeito rebanho”; e, o mais importante, uma progressão intensiva e rápida de contágios tenderia a provocar a sobrecarga ou o colapso dos serviços assistenciais especializados em lidar com as complicações clínicas de casos, o que aumentaria consideravelmente os óbitos não somente pela COVID-19, como também por outras complicações, que também padeceriam de desassistência (efeito entrópico).

O “preço a se pagar” a partir de estratégias de intervenções seletivas focadas somente em “grupos de risco” para complicações clínicas seria uma margem alargada de óbitos evitáveis, visando imunizar “naturalmente” uma maior proporção populacional: “cálculo pragmático” para alguns, disposição necropolítica para outros. Apesar dos enormes riscos relacionados ao chamado efeito “imunidade de rebanho”, alguns presidentes de grandes países, como Donald Trump e Jair Bolsonaro, insistiram e persistiram em tal indicativo, agindo deliberadamente para intervir o mínimo possível sobre a “história natural” da pandemia. A adoção de tal premissa gerou predisposições que, ao serem incorporadas por dirigentes governamentais, justificaram, mesmo que subliminarmente, a intencionalidade (dolo) para posturas de omissão e de negligência em relação aos riscos de contágios e, obviamente, suas decorrências e desfechos.

A quarta e mais importante premissa, por sua viabilidade no curto prazo, estava referida ao controle ou à mitigação do ciclo de transmissibilidade viral com a proteção temporária de indivíduos suscetíveis. Reconhecida desde o início dos contágios, a condição de alta transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, mesmo com sua letalidade intermediária, tornou im-

perativa a adoção combinada de dois tipos de estratégias de intervenção sobre o ciclo de transmissibilidade viral:

- estratégias sociais visando à indução e ao convencimento para iniciativas voluntárias de semiconfinamento temporário, de restrições para a mobilidade fora dos âmbitos domiciliares, do uso de medidas de proteção mútua (máscaras, etc.), das medidas de assepsia e higiene, etc.;

- estratégias governamentais visando à imposição e à regulação de medidas restritivas e supressivas, tais como: o controle rigoroso de fronteiras e divisas, a restrição de mobilidades e aglomerações (comércio, lazer, transportes, ambientes laborais, etc.).

As estratégias sociais visando à indução de iniciativas voluntárias de cuidados e distanciamento físico para a salvaguarda mútua e a proteção coletiva foram denominadas como “distanciamento social” (como se isso fosse possível, uma vez que, mesmo semiconfinadas, as pessoas incrementaram outras formas de reaproximação social, principalmente por meios virtuais). Sua eficácia depende(u) de vários fatores, como por exemplo: a indução massiva, intensiva e permanente por meio de campanhas de convencimento; a coordenação eficaz entre autoridades governamentais, visando convergências comunicativas, o controle sobre mensagens dúbias ou contraditórias; os exemplos de autoridades constituídas, etc.

A adoção eficaz de estratégias governamentais impositivas tendeu a evitar muitos óbitos por dois motivos principais: a proteção de suscetíveis com predisposições para complicações clínicas; a mitigação temporária de contágios, casos e complicações que poderiam, em fases de progressão intensiva, sobrecarregar ou colapsar os recursos assistenciais disponíveis, o que ocasionaria mais óbitos por desassistência (não somente para os casos da COVID-19, como também para as outras complicações coexistentes: clínicas, cirúrgicas, traumáticas, etc.).

Em se tratando de medidas restritivas e supressivas impostas e reguladas a partir de estratégias e controle governamentais, também existe um fator variável e contingencial importante: a salvaguarda temporária de uma grande proporção de indivíduos suscetíveis e ainda não imunizados predis põe o risco de reincidência no ciclo de transmissibilidades viral (“novas

ondas” de contágios, como parece acontecer agora na Europa). Tal condição requer pelo menos três iniciativas conexas: o controle rigoroso e permanente de fronteiras (até a disponibilização da alternativa de imunização em massa), visando dificultar a reentrada do vírus; a delimitação e a circunscrição de focos intrínsecos de surtos localizados; o monitoramento eficaz de eventos críticos (testagens, casos, complicações, óbitos, disponibilidade de recursos e serviços assistenciais, etc.) e de eventos-sentinelas (associados indiretamente, sindemicamente) para a realização de análises situacionais e de análises prospectivas de curto prazo, visando a antecipação de tendências. O referido monitoramento estratégico pode subsidiar eficazmente os critérios e termos para a regulação de maior e de menor rigor na aplicação circunstancial de medidas restritivas e supressivas, a depender das análises situacionais e tendenciais.

Evidentemente, a melhor efetividade para a combinação de estratégias sociais de convencimento (para o semiconfinamento voluntário, autoproteção, distanciamento físico, etc.) e de estratégias impositivas reguladas, para além de âmbitos locais, dependeu muito da capacidade intergovernamental de protagonismo sinérgico e de coordenação operacional. A ênfase requerida teria a ver com a instituição de modos de governança cooperativa e de autoridade coordenada entre governos, notadamente em regimes federativos, como o caso brasileiro.

Especificamente para o caso brasileiro, muitos de nós, profissionais e especialistas do setor público de Saúde, sem reivindicar exclusividade ou verticalidade de “autoridade sanitária” em uma situação complexa de crise, propusemos, recomendamos e insistimos na adoção de estratégias e medidas intergovernamentais, contextualizadas para as particularidades do país.

Recomendamos a adoção de estratégias para a reconversão industrial emergencial de modo a incrementar rapidamente a produção intensiva de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de descontaminação para os trabalhadores da Saúde. Como também para a produção de peças e/ou equipamentos de suporte vital.

Recomendamos a aquisição, a distribuição e o incremento de testagens sorológicas para os trabalhadores de Saúde e para o rastreamento de

contatos dos casos confirmados. De preferência, testes diagnósticos de maior sensibilidade e especificidade, o que traria maior margem de segurança para a proteção de trabalhadores de Saúde e melhor controle para a regulação do rigor circunstancial das medidas restritivas e supressivas.

Recomendamos a regulação única pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a acessibilidade a todos os leitos de assistência especializada em lidar com complicações da COVID-19, públicos e privados (complementares e suplementares). Com regulamentação prévia sobre as formas de compensação ao setor privado (Não SUS) e a garantia de acessibilidade para todos os casos a partir de critérios de gravidade.

Recomendamos o preparo e a disponibilização de recursos e equipamentos extras para a eventualidade de sobrecarga de serviços (p. ex. hospitais de campanha, leitos de reabilitação, etc.).

Recomendamos o preparo e a implementação de estratégias institucionais para o apoio, o suporte e a reposição de trabalhadores de Saúde, expostos aos riscos de contágios e sobrecarregados também pelo excesso de trabalho e condições de estresse.

Dada a insuficiência de testes e a constatação acerca de significativas subnotificações e não notificações da COVID-19, recomendamos a inclusão do monitoramento de eventos-sentinelas (que podem ser associados indiretamente à pandemia, p. ex. óbitos por complicações respiratórias, óbitos domiciliares) e a análise prospectiva de tendências de curto prazo, visando antecipar medidas de rigor para o “distanciamento social”.

Recomendamos a intensificação de propagandas governamentais, visando incrementar o convencimento e a adesão voluntária para as estratégias sociais mitigadoras (semiconfinamento voluntário, impedimento de aglomerações, diminuição de mobilidade, etc.). Principalmente porque em médio prazo havia a tendência de “relaxamento” por parte de contingentes populacionais (paradoxo do adiamento do “pico” epidêmico).

Recomendamos o reforço e o incremento de recursos e de estratégias inovadoras para o apoio de equipes e de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como também de Assistência Social.

Considerando a grande proporção remanescente de suscetíveis e o alongamento do período de transmissibilidade, que tornou imprescindível a adoção de estratégias para a regulação do rigor das medidas de “distanciamento social” em médio e longo prazos, recomendamos e enfatizamos que não era prudente nem justificável a “flexibilização”, mesmo que regulada, das medidas restritivas e supressivas em fases de progressividade intensiva de contágios, de casos e, conseqüentemente, de complicações.

**Quadro 1:** Fases e tipos de medidas preconizadas para o manejo da crise pandêmica

FASE PRÉ-IMUNIZAÇÃO MASSIVA	FASE IMUNIZAÇÃO MASSIVA	FASE MANEJO POSTERIOR
Medidas de mitigação Medidas impositivas Testagens Monitoramento (Gab. Crise) Regulação de medidas Regulação de casos Manejo de casos Manejo de contatos Manejo de complicações Manejo de reabilitações Planejamento vacinal	Vacinação massiva Medidas de mitigação Medidas impositivas Testagens Monitoramento (Gab. Crise) Manejo de casos Manejo de contatos Manejo de complicações Manejo de reabilitações	Vacinação programada Monitoramento (VE) Manejo de surtos

Fonte: Autor.

Enfim, recomendamos a instituição de “gabinetes para a condução de crise”, coordenados intergovernamentalmente, com organização reticular de componentes de monitoramento, de análise situacional, de tomada de decisões compartilhadas e de comunicação unívoca.

Em que medida a adoção de tais recomendações estratégicas pelos governos (federal, estaduais, municipais) teria evitado óbitos relacionados à COVID-19 no Brasil é assunto para análises futuras, mas também de intercurso, como apresentado a seguir.

**Em que medida os óbitos ocasionados pela COVID-19 no país poderiam ter sido evitados?**

Como definir e comparar as condições variáveis e os termos de evitabilidade de óbitos em uma pandemia/sindemia que tende a incidir de for-

ma complexa, diversa e heterogênea em distintos contextos? São múltiplas e de diversas naturezas as variáveis intervenientes que podem alterar o intercurso de uma pandemia e de seus eventos letais decorrentes, o que torna difícil a definição apriorística de critérios e de termos de comparabilidade em curto prazo. Mesmo assim, a incidência de uma crise pandêmica requer iniciativas estratégicas e inovações tecnológicas para o monitoramento situacional de intercurso e para prospecções de curto prazo, o que possibilita a antecipação de alternativas para tendências e cenários, assim como a definição de alguns termos de comparabilidade sobre intervenções estratégicas (sociais, institucionais) e sobre a sua eficácia em termos de resultados parciais. Em médio e longo prazos, geralmente após as fases mais agudas das situações críticas, tornam-se possíveis o aprendizado e o aprimoramento de análises comparativas mais consistentes.

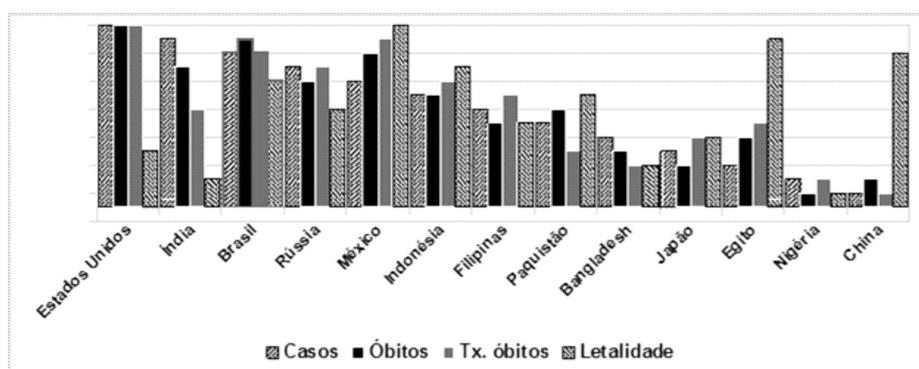
Em tão curto período de intercurso da COVID-19, aproximadamente um ano, os dimensionamentos comparativos e os alinhamentos de tendências (retrospectivas e prospectivas) acerca da mortalidade notificada na pandemia da COVID-19 podem até ser questionados em função de seu caráter intermediário, das diversas interveniências (clínicas, epidemiológicas, sociais, econômicas, etc.) ou das possíveis subnotificações em muitos países. Todavia, em períodos de crises abrangentes e com altos riscos implicados, as análises e prospecções de curto prazo são de grande importância estratégica, notadamente quando se trata de lidar com eventos críticos, como óbitos evitáveis.

Apesar das limitações das análises de intercurso, algumas comparações genéricas podem ser realçadas. Por exemplo, em 2020, o Brasil possuía uma população estimada que correspondia a aproximadamente 2,8% da população mundial; para o mesmo período, o país apresentou 9,3% dos casos diagnosticados de COVID-19 e 10,1% dos óbitos correlatos ocorridos no mundo. A Índia compõe o mesmo grupo referido. Em 2020, contava com a estimativa de 17,8% da população mundial, todavia apresentou no período 6,2% dos óbitos mundiais pela COVID-19 (WHO, 2020).

Também em 2020, entre os 13 países com mais de 100 milhões de habitantes, o Brasil apresentou o segundo maior volume absoluto de óbitos

pela COVID-19, a terceira pior taxa de mortalidade (93 por 100.000 hab.) e a quinta pior taxa de letalidade (2,5%). No final de fevereiro/2021, o país permanecia com a terceira pior taxa de mortalidade, mas já estava com 129,2 óbitos por 100.000 hab (WHO, 2020).

**Gráfico 1:** Ordenação dos 13 países com mais de 100 milhões de habitantes em função do número absoluto de casos, de óbitos, da taxa de mortalidade e de letalidade pela COVID-19. Período de 2020



Fonte: WHO, 2020.

Alguns desses países com mais de 100 milhões de habitantes tenderam a disponibilizar e a realizar mais testes diagnósticos, registrando desde o início da pandemia os óbitos diagnosticados por COVID-19, portanto, com menos subnotificações. No mesmo grupo constam alguns países com maior tendência para subnotificações de óbitos; entre eles o Brasil, para o qual houve um incremento estatisticamente significativo nos registros de óbitos por síndromes inespecíficas relacionadas a complicações respiratórias agudas desde o início da pandemia (como também para óbitos domiciliares).

Ainda faltam dados e informações para uma análise mais criteriosa sobre o perfil da mortalidade pela COVID-19 no Brasil. Informações preliminares dão conta de que houve maior mortalidade de pessoas de menor renda, de fenótipo negro e pardo (aprox. 60%); de residentes em áreas urbanas (aprox. 95%); de pessoas do sexo masculino (aprox. 60%) e de maiores

faixas etárias, principalmente na faixa de 70 a 79 anos (embora a proporção de óbitos entre menores de 49 anos no Brasil tenha sido maior do que a média entre os países com mais de 100 milhões de habitantes) (SOARES, 2020). Mesmo com informações preliminares, é possível denotar a tendência iníqua de mortalidade, correspondente aos termos de desigualdades socioeconômicas do país.

Como na maioria dos países, até fevereiro de 2021, a cobertura vacinal ainda era baixa; torna-se possível denotar evidentes distinções na comparação das taxas de incidência, mortalidade e mortalidade entre países, mesmo quando estratificados em função de particularidades (estimativas populacionais, extensões, localizações, condições socioeconômicas, etc.), o que consubstancia a hipótese de que a adoção e a efetividade de determinadas estratégias sociais e governamentais de salvaguarda e proteção relacionadas com a transmissibilidade da COVID-19 evitaram mais óbitos em alguns casos.

No início da disseminação pandêmica na Europa (fevereiro de 2020), um grupo de especialistas do *Imperial College* de Londres, coordenado pelo Dr. Neil Ferguson, divulgou um conjunto de estimativas projetadas em cenários alternativos de curto prazo para a maioria dos países, a depender do rigor na adoção e aplicação de estratégias sociais e governamentais para o distanciamento físico. Evidente que, em função de particularidades e disparidades entre os países, tais estimativas foram calculadas com desvios-padrões amplos e margens de erro acentuadas, todavia importa destacar que projeções como essa influenciaram muito a mudança de ênfases e disposições estratégicas de muitos países europeus e também dos Estados Unidos da América (EUA).

O primeiro e pior cenário estava referido ao chamado efeito de “imunização de rebanho” com intervenções seletivas somente para os “grupos de risco”. Conforme apontado anteriormente, tal disposição leva em conta as características epidemiológicas (reportadas historicamente em outras epidemias e pandemias) de “baixa letalidade” de determinado agente patogênico e, em função disso, da ocorrência de imunizações massivas de forma “natural”. Os efeitos implicariam alta transmissibilidade (chegaram a “pro-

jetar” uma estimativa de 70% como limite para a COVID-19) com baixa letalidade da virose, o que provocaria uma autocontenção da pandemia em função do esgotamento de pessoas suscetíveis e, daí, uma exaustão da cadeia de transmissibilidade e contágio (os indivíduos curados estariam imunes e não seriam mais agentes de contágios). Seriam protegidos pelo isolamento somente os indivíduos propensos a uma maior letalidade. Em tal cenário, o intercurso da pandemia seria rápido (algumas semanas) e com um número inevitavelmente elevado de óbitos, havendo a possibilidade de rápido retorno às condições anteriores de “normalidade” socioeconômica. Outra característica destacada é que, em havendo poucos suscetíveis restantes, as ondas de reentradas da virose seriam menos problemáticas em termos de incidência. Para o caso brasileiro, esse cenário implicaria a contaminação de aproximadamente 88% da população brasileira, a necessidade de seis milhões de internações hospitalares convencionais e de 1,5 milhão de internações em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ao longo do período epidêmico (mas concentrada intensivamente em algumas semanas), culminando no óbito de aproximadamente um milhão de brasileiros. Quantitativo de óbitos que poderia ser bastante incrementado no caso de colapsamento de serviços assistenciais especializados. Podemos denominar esse cenário como “Bolsonaro”, uma vez que foi exaustivamente preconizado e defendido pelo presidente brasileiro, juntamente com a “prescrição profilática” de fármacos sem eficácia comprovada e com efeitos adversos.

No segundo cenário, prevaleceriam as estratégias sociais e medidas de mitigação pela via do convencimento (semiconfinamentos voluntários, etc.), sendo que as estratégias e medidas supressivas tenderiam a ser menos rigorosas e a contar com pouca adesão (menos de 50% do conjunto da população). Embora persistisse uma menor proporção de suscetíveis (em relação ao primeiro cenário), muitos tenderiam a pertencer aos chamados “grupos de risco”, o que poderia ocasionar altas letalidades em novas “ondas” de transmissibilidade pela reentrada do vírus. Também haveria um monitoramento insuficiente e/ou inadequado de eventos críticos e eventos-sentinela (muitas subnotificações e não notificações de casos positivos de doenças e óbitos) e poucas testagens sorológicas populacionais. Nesse cenário

ocorreria a contaminação de aproximadamente 57% da população brasileira na primeira “onda epidêmica”, com necessidade aproximada de 3,6 milhões de internações hospitalares convencionais e de 830.000 internações em leitos de UTI ao longo do período epidêmico (mas concentrada intensivamente em algumas semanas), culminando no óbito de aproximadamente 200.000 brasileiros (o que também poderia ser incrementado caso houvesse o colapso dos serviços assistenciais especializados). Denominarei esse cenário como “intermediário para pior”.

No terceiro cenário, prevaleceriam as estratégias governamentais de restrição e supressão com rigor intermediário (liberação de somente atividades realmente essenciais), combinadas como estratégias de mitigação (semiconfinamentos voluntários, etc.) e boa regulação a partir de monitoramento eficaz. Haveria alta adesão da população às medidas voluntárias de proteção e distanciamento físico (de 60% a 80%). Persistiria uma maior proporção de suscetíveis, o que também poderia ocasionar novas “ondas” de transmissibilidade pela reentrada do vírus, embora com menor letalidade (em função da não sobrecarga de serviços assistenciais especializados). Todavia, ganhar-se-ia mais tempo para a disponibilização massiva de medidas preventivas (vacinas) e/ou terapêuticas mais eficazes. Nesse cenário, ocorreria a contaminação de aproximadamente 5% da população brasileira na primeira “onda epidêmica”, com a necessidade de 250.000 de internações hospitalares convencionais e de 57.000 internações em leitos de UTI (compatível com a nossa capacidade instalada, considerando os leitos privados suplementares) ao longo do período epidêmico, culminando no óbito de aproximadamente 44.000 brasileiros, em sua maioria inevitáveis. Denominaremos esse cenário como “intermediário para melhor”.

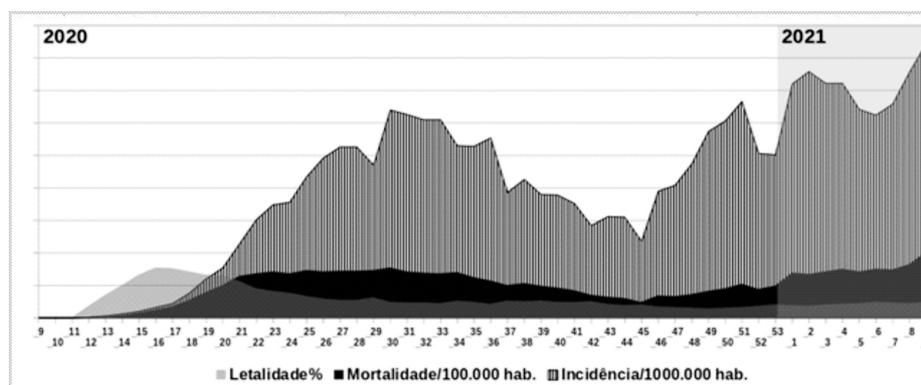
Por fim, no quarto e melhor cenário, prevaleceriam as estratégias governamentais restritivas e supressivas bem reguladas, com altíssima proporção (mais de 80%) de adesão voluntária às medidas voluntárias de proteção e distanciamento físico. Persistiria uma grande proporção de suscetíveis, o que pode ocasionar novas “ondas” de transmissibilidade pela reentrada do vírus, embora com menor letalidade (em função da baixa incidência em “grupos de risco”). Haveria alta proporção de testagens sorológicas

populacionais e alto controle de mobilidade extrínseca (portos, aeroportos e fronteiras). Para esse cenário, não houve projeção estimada para necessidades de leitos e internações ou para a ocorrência de óbitos no Brasil.

Decorrido um ano desde a publicação dessa projeção de cenários e estimativas de óbitos do *Imperial College* (muito contestada por diversos governos na época de sua publicação), grosso modo podemos evidenciar que, principalmente em função de iniciativas de governos municipais e estaduais, o Brasil tendeu ao cenário de “intermediário para melhor”, até o final de abril e depois migrou para o cenário de “intermediário para pior”, a partir de maio.

Considerada a alusão coloquial ao fenômeno de “curvas” tendenciais e “ondas” de incidência viral no Brasil, o que se observou de fato foi uma variação ao longo das semanas epidemiológicas com ascendência intensiva a partir de fevereiro de 2021. Para a mortalidade, o que se observou não foram propriamente duas “ondas”, mas um incremento gradual com um platô nos meses de junho e julho, seguido por decréscimo também gradual e depois uma ascendência intensiva a partir de janeiro. Acerca das taxas de letalidade, houve um decréscimo a partir das primeiras semanas epidemiológicas e uma estabilização com pequenas variações ascendentes a partir de fevereiro de 2021 (Gráfico 2).

**Gráfico 2:** Representação figurativa, com ajustes de escalas, das variações de taxas de incidência, mortalidade e letalidade. Período da 9ª à 53ª semana epidemiológica de 2020 e da 1ª à 9ª semana epidemiológica de 2021



Fontes: Secretarias Estaduais de Saúde.

Conforme antecipado, a partir de fevereiro de 2021 a situação tendeu para a uma piora significativa em quase todo o país com uma ascendência intensiva de casos e complicações, provocando sobrecargas e colapsamentos localizados em estabelecimentos e serviços de saúde, o que hipoteticamente se deveu à introdução e à circulação de cepas mais transmissíveis e virulentas.

### **Por que óbitos ocasionados pela COVID-19 não foram evitados por antecipações e intervenções estratégicas governamentais de maior rigor supressivo?**

Em havendo alguns consensos ou, pelo menos, convergências acerca de estratégias viáveis e factíveis que poderiam evitar óbitos na fase inicial de propagação da COVID-19 (“primeiras ondas”, antes da disponibilização de imunizações massivas por vacinação), muitos governos adotaram, preliminarmente ou no decorrer da condução das situações críticas, medidas rigorosas que resultaram em menores taxas de mortalidade. Alguns exemplos podem ser citados: no caso de adoção precoce de medidas rigorosas, combinando estratégias sociais de convencimento e estratégias governamentais supressivas, países como a Alemanha, a Coreia do Sul, a Argentina e a Nova Zelândia lograram desde o início obter baixas taxas de prevalência, de letalidade e de óbitos, posicionando-se nos melhores cenários (referidos anteriormente); outros países como a Inglaterra, a Itália e a Espanha, adotaram com o atraso de algumas semanas o rigor necessário nas referidas medidas e migraram de cenários piores para melhores. Por informações recentes, esses países passam agora a lidar com a reinserção do ciclo de transmissibilidade viral (“segunda onda”) já com certa *expertise* adquirida no período antecedente.

Desde o foco inicial localizado na China, a chamada “primeira onda” de transmissibilidade viral ocorreu em uma dinâmica centrífuga, migrando de “centros” para “periferias”. Ou seja, de países com maiores mobilidades aéreas para aqueles com menores; intrinsecamente nos países de áreas urbanas com maiores adensamentos populacionais e mobilidades físicas para

aqueles com menores; de bairros com maiores rendas médias para aqueles com menores; de capitais para regiões metropolitanas; de cidades-polo para cidades interioranas e áreas rurais. Em países territorialmente mais vastos, a disseminação viral tendeu a ocorrer de forma heterogênea com progressões intensivas de contágios (“surto epidêmicos”), localizados de forma diversa e multifatorial.

No início da pandemia, essa dinâmica tendencial para a disseminação viral concedeu ao Brasil preciosas semanas para que houvesse o preparo prévio e a antecipação de estratégias e medidas a serem adotadas. Enquanto a Europa e os EUA lidavam com a fase de progressão intensiva de contágios, casos e complicações, o nosso país encontrava-se na expectativa de diagnosticar o “primeiro caso”. Entretanto, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro demorou para estabelecer iniciativas visando ações cooperativas sob autoridade coordenada (interfederativa) para iniciar o deslocamento e a descentralização de recursos críticos (financeiros, tecnológicos, logísticos, etc.) e para iniciar ações massivas e intensivas de comunicação social. Ocorreram contradições e tensionamentos políticos entre o MS e o restante do governo federal, o que dificultou sobremaneira a definição e o encaminhamento de iniciativas imprescindíveis (reconversão industrial, aquisição e distribuição de testes sorológicos, preparação de medidas de apoio e suporte, etc.). O governo federal tampouco identificou e mapeou grupos populacionais com piores condições de vulnerabilidade e de fragilidade social, visando operar com redistribuições mais equitativas de recursos.

Além disso, havia mensagens e medidas contraditórias por parte do governo federal. A direção do MS, pelo menos midiaticamente, apelava para a articulação intergovernamental e para a adesão populacional voluntária às medidas de (auto)proteção e distanciamento físico; o restante do governo, principalmente a Presidência da República, disseminava um discurso de menosprezo (definido por alguns como “discurso negacionista”) perante o risco iminente e “apostando suas fichas” no cenário de “imunização de rebanho”, visando o rápido retorno à “normalidade” de produção econômica e consumo de mercado. Tal contradição não durou muito e culminou com a saída da equipe dirigente do MS, que até então operava proa-

tivamente para o desfinanciamento e o desmonte de setores importantes do SUS e que, em função da situação crítica iminente, deu-se conta da imprescindibilidade do mesmo. Sucederam-se uma situação tragicômica de um ministro temporário (apatia tutelada) e, em seguida, a adoção inequívoca da omissão e da negligência intencional como políticas de governo diante da crise. Desde então, a direção do MS foi ostensivamente militarizada e entregue a personagens obtusos em termos de experiência em Saúde Pública, como também afeitos a pendores necropolíticos.

A influência da postura, das atitudes e do exemplo do presidente Bolsonaro, no que se refere aos termos efetivos de adesão voluntária da população ao “distanciamento físico”, dificilmente poderia ser dimensionada, embora possa ser avaliada a partir de associações plausíveis. Por exemplo, estudo publicado recentemente e produzido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto Francês de Pesquisa e Desenvolvimento (IRD) evidenciou que, na comparação entre os 5.570 municípios brasileiros, se considerados os resultados da votação no primeiro turno da eleição presidencial de 2018, para cada 10% a mais de votos em Bolsonaro houve o incremento correspondente a 11% no número de casos diagnosticados e a 12% no número de óbitos pela COVID-19 (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020).

Para culminar a caracterização acerca das posturas e posicionamentos do governo federal sobre a COVID-19 em negociações no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), ocorridas já em outubro de 2020, o mesmo posicionou-se contrariamente a uma proposição apresentada pela Índia e África do Sul que contava com o apoio de diversos outros países, da Organização Mundial de Saúde e de outras organizações como “Médicos Sem Fronteiras” e que requeria a suspensão temporária das patentes sobre medicamentos e vacinas utilizáveis no período de médio prazo. Tal suspensão permitiria que os países mais pobres pudessem replicar e disponibilizar versões genéricas para os insumos desenvolvidos. Por fim, após o MS haver se comprometido com os governos estaduais para investir no desenvolvimento e aquisição de uma vacina (*CoronaCVac*) a partir de uma associação entre uma empresa chinesa (*Sinovac Biotech*) e o Instituto

Butantan, o presidente Bolsonaro desautorizou o seu ministro da Saúde e afirmou categoricamente que tal recurso não deveria ser comprado e utilizado “... mesmo com a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)”. Como ainda o governo federal suspendeu em agosto de 2020 as tratativas de negociação com a empresa Pfizer para a compra antecipada de dosagens (na ocasião, o imunizante ainda estava em fase de testagens).

Felizmente, a maior parte dos governos estaduais e municipais não adotou o cenário “Bolsonaro” como referência e buscou antecipar medidas visando o monitoramento e a condução da crise iminente. Surgiram improvisadamente vários “gabinetes de crise” (sem uma “cultura institucional” precedente), iniciaram-se a mobilização de recursos para a aquisição de insumos e equipamentos (principalmente leitos hospitalares de UTI), a ampliação de serviços e a adoção de medidas restritivas e supressivas. Tais iniciativas provocaram uma adesão voluntária às medidas de proteção e distanciamento físico com proporções intermediárias (variando de 30 a 60%).

As iniciativas de governos municipais e estaduais com as adesões voluntárias para o distanciamento físico coproduziram em março e abril uma condição que, no jargão popular, ficou definida como “achatamento da curva epidêmica”, ou seja, a mitigação temporária do ciclo de transmissibilidade. O que estabeleceu uma margem de tempo para preparativos assistenciais extras (aberturas ou contratações de leitos de UTI, compra de testes diagnósticos, etc.). Ao mesmo tempo, como havia uma expectativa generalizada sobre o agravamento da crise, também se produziu um efeito paradoxal de desconfiança em relação a um “ápice da curva”, que não ocorreu, gerando certo “relaxamento”, identificado na diminuição das proporções de adesão às medidas voluntárias de distanciamento físico. Ao mesmo tempo, a partir da segunda quinzena de abril, houve o incremento de tensionamentos políticos por parte de “empresários”, exigindo a abertura do comércio e o retorno aos termos de “normalidade” socioeconômica, tensionamentos explícitos (“carreatas” e outras manifestações midiáticas, etc.) e reservados (junto aos governos).

Como já mencionado, as referidas medidas governamentais aplicadas em março e abril colocavam o país no cenário “intermediário para melhor” e, muito provavelmente, evitaram a condição de sobrecarga (que chegou a ocorrer em locais e momentos específicos) e de colapsamento dos serviços especializadas na assistência a complicações.

Do mês de maio em diante, ocorreram modificações direcionais e condutivas acerca das medidas e ações de governos estaduais e municipais, que reposicionaram o Brasil no cenário de “intermediário para pior”. Na maior parte das instâncias para a condução de crise, instaladas improvisadamente, a “autoridade sanitária” (especialistas em Saúde Pública/Coletiva, profissionais de Saúde) adquiriu função meramente consultiva sem protagonismo efetivo nos processos decisórios, tendo se iniciado um movimento de “flexibilização” de medidas governamentais supressivas e restritivas, em muitos casos, em plena fase de progressão intensiva (exponencial e logarítmica) de contágios, casos e complicações; isso aumentou o número de óbitos. Concomitantemente, ocorreu a diminuição na proporção de adesão ao semiconfinamento voluntário e distanciamento e físico, e o país passou a “conviver” com o registro diário de mais de mil óbitos pela COVID-19.

Muitos governos estaduais e municipais enfatizaram o monitoramento somente de alguns eventos críticos, notadamente os registros de óbitos pela COVID-19 e as proporções de ocupações de leitos de UTI, desconsiderando o monitoramento de eventos-sentinelas, ou seja, aqueles que poderiam estar indiretamente associados à pandemia e que poderiam ser indicativos de subnotificações, uma vez considerada a exiguidade na disponibilização e utilização de testes diagnósticos (inclusive para trabalhadores de Saúde implicados diretamente nos serviços assistenciais). Principalmente os governos estaduais adotaram estratégias para a regulação do rigor nas medidas supressivas e restritivas, baseadas somente no monitoramento insuficiente de alguns eventos críticos, a partir da estratificação de “riscos” regionais (geralmente definindo “cores de bandeiras” para as regiões), o que implicou enormes riscos porque, em havendo progressões intensivas de contágios e casos, o tempo hábil para a modificação efetiva de procedimentos para a contenção de contágios (a partir da “mudança de cor da bandeira”)

poderia ser insuficiente para evitar a sobrecarga e o colapsamento dos serviços emergenciais (inclusive porque a maior parte das complicações clínicas teria que ser referenciada e deslocada entre regiões pela assimetria na oferta de recursos assistenciais).

Apesar das recomendações de autoridades sanitárias, aparentemente os tensionamentos políticos realizados por grupos de representação de interesses “empresariais”, intrínsecos e extrínsecos aos governos, obtiveram maior protagonismo na definição de critérios de regulação do rigor de medidas restritivas e supressivas, assim como nos termos de sua “flexibilização”. Acerca de governos estaduais e municipais, convém denotar ainda que foram denunciadas inúmeras práticas de corrupção em relação aos processos de compras emergenciais de equipamentos e insumos no intercurso da pandemia.

Das medidas preconizadas pelos especialistas em Saúde Pública (referidas anteriormente), as listadas abaixo praticamente não foram efetivadas: reconversão industrial emergencial; regulação exclusiva do SUS (“fila única”) para o acesso aos serviços assistenciais especializados; preparação e disponibilização de suportes, de reposições e de apoios para os trabalhadores de Saúde implicados diretamente nos serviços assistenciais; atuação conjunta e sinérgica da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde e Assistência Social; mapeamento de iniquidades e vulnerabilidades para a efetivação de estratégias específicas de proteção. Outras recomendações listadas a seguir foram efetivadas parcialmente: aquisição e distribuição de testagens diagnósticas; disponibilização de recursos e equipamentos extras para a eventualidade de sobrecarga nos serviços (p. ex. hospitais de campanha, leitos de reabilitação, etc.); campanhas midiáticas de indução para a adoção voluntária de formas de proteção e distanciamento físico; controle de mobilidade em fronteiras e divisas (intermunicipais, interestaduais).

Apesar das insuficiências e dificuldades na atuação de governos estaduais e municipais, o reforço de recursos, o incremento da funcionalidade e o exaustivo trabalho dos trabalhadores do SUS evitaram o pior: o colapsamento de serviços e a desassistência não somente para os casos da COVID-19 que necessitavam de assistência, como também para as outras

morbidades e complicações que continuavam ocorrendo de modo concomitante.

### **Quem deveria ser responsabilizado pelos óbitos não evitados?**

Se ocorreram óbitos pela COVID-19 que poderiam ter sido evitados por posturas, atitudes, estratégias, iniciativas e medidas governamentais oportunas e reconhecidamente eficazes, então seriam pertinentes as denúncias, as investigações e as apurações de responsabilidades de dirigentes omissos ou negligentes; os decorrentes julgamentos e, em caso de condenações, a punição exemplar para os culpados, sob amparo e nos termos da legislação (nacional e internacional). Claro, tal assertiva leva em conta as necessárias tensões normativas em um desejado “Estado de Direito”, embora, ao apresentá-la, não haja qualquer ilusão acerca das características e tendências seculares de parte dos integrantes de instâncias do Poder Judiciário no Brasil ou, mais recentemente, do Ministério Público, que deveria estar vocacionado para investigar e denunciar os descumprimentos de salvaguardas constitucionais. Evidentemente, devem existir distinções e graduações significativas entre as atitudes governamentais permeadas por exemplos comprovados de omissões e negligências intencionais e aquelas posturas governamentais proativas e com atitudes pautadas por estratégias equivocadas e/ou medidas insuficientes para evitar óbitos.

Se um determinado governo determina formas de “flexibilização” de medidas supressivas e restritivas minimamente eficazes para a mitigação de contágios (consequentemente de casos e complicações) em fases inapropriadas e inoportunas, ele assume voluntariamente os riscos de ocasionar óbitos evitáveis. Tal “flexibilização” e seus riscos derivados são particularmente graves em fases de progressão intensiva de contágios (“curva ascendente”), mas também podem gerar riscos desnecessários em fases epidêmicas intermediárias ou intercíclicas, quando ainda persiste uma grande proporção de pessoas suscetíveis. Porque a reentrada do agente viral (“ondas” subsequentes), mesmo quando em surtos localizados, pode ocasionar a sobrecarga ou o colapsamento de serviços assistenciais e a desassistência transcendente

(aos casos da COVID-19). Por exemplo, a precipitação para o retorno inoportuno de atividades escolares presenciais em fases intercíclicas, mesmo considerando os protocolos de proteção adotados e a baixa letalidade da COVID-19 entre populações mais jovens, pode incrementar a transmissibilidade para outros indivíduos pertencentes aos “grupos de risco”. Se tais riscos poderiam ter sido mitigados ou evitados por decisões governamentais oportunas e foram desconsiderados, os dirigentes não deveriam ser responsabilizados?

Responsabilizações penais em razão de omissões ou negligências governamentais atinentes aos riscos evitáveis (ambientais, sociais, epidemiológicos, etc.) tendem a ser difusas e relativizadas por jurisprudências utilitaristas ou condescendentes, além de gradualmente “naturalizadas” por sentidos comuns de indiferença sistêmica. Principalmente quando os eventos evitáveis incidem sobre indivíduos e grupos populacionais historicamente “descartáveis” para o condomínio da “Casa Grande”.

Todavia, sobre a pandemia há outra postura e atitude governamental que precisa ser destacada: a intencionalidade da omissão e da negligência para iniciativas minimamente eficazes de proteção, de salvaguarda, de mitigação, etc., que paradoxalmente tende a gerar outras formas de proatividade com propósitos diversionistas. Quando um governo decide, por motivações torpes, não adquirir e utilizar oportunamente recursos disponíveis que poderiam salvar milhares de vidas, como é o caso das vacinas que estão sendo desenvolvidas e antecipadas, o que poderia ser caracterizado?

No caso em questão, as omissões e as negligências intencionais do governo federal não estão desprovidas de um senso estratégico, mesmo que rudimentar, que orienta as manobras táticas diversionistas. O chamado “negacionismo” e o desprezo aos riscos epidemiológicos são fenômenos mais aparentes de manobras táticas diversionistas, assim como as *fakes* panaceias terapêuticas. A estratégia adotada está amparada na pretensão do efeito de “imunidade de rebanho”, mais afeita ao propósito de retorno rápido aos termos de “normalidade” socioeconômica. As estratégias e as medidas que poderiam evitar óbitos são um empecilho para tal propósito e, pelo menos no caso do atual governo federal, até mesmo a regulação “flexibilizada” de

seu rigor (conforme as iniciativas de governos estaduais e municipais) é entendida como inconveniente.

Muitos podem considerar equivocada ou exagerada a denúncia de que a postura de omissão e de negligência intencional do governo federal no trato com a pandemia tem provocado um genocídio no Brasil. Entretanto, quando evidenciado o caráter de dolo, de intencionalidade governamental em relação a uma decorrência evitável, quando evidenciado o impacto desigual de tal decorrência a partir de vulnerabilidades sociais reconhecidas historicamente (pobreza, cor da pele, idade, etc.), estamos lidando com a agudização intencional de uma condição histórica crônica. Pessoas e determinados contingentes populacionais “descartáveis” e “invisíveis”, cuja evitabilidade de óbitos (por violência policial, pela fome, por endemias, por desassistência, etc.) sempre foi “naturalizada” por indiferença sistêmica, passam a ser “descartáveis” por causa específica em outras escalas de magnitude. Enquanto ocorrem diariamente centenas de óbitos evitáveis por causa específica, a “sensibilidade” midiática passa a ser acionada em escalas simbólicas (primeiro óbito, 1.000, 50.000, 100.000 óbitos...), seguida de etapas de “naturalização” de um senso comum de “inevitabilidade”.

Historicamente, a maioria dos genocídios ocorridos, embora denunciados em seus intercursos, só foi reconhecida *a posteriori*, depois de episódios coletivos traumáticos. Quando o genocídio ocorre de forma insidiosa, gradualmente “naturalizada”, geralmente não é reconhecido por tal denominação. Assim mesmo, tanto para a violência intencional como para a negligência dolosa, as atitudes genocidas precisam ser denunciadas em seu intercurso.

### **Crônica indiferença sistêmica com pendores necropolíticos em fase de agudização**

Não é meramente retórico o uso repetido e exaustivo dos termos “indiferença sistêmica” e “necropolítica” no texto. O sentido de “indiferença sistêmica” advém de uma releitura acerca de outro conceito correlato: indiferença estrutural (OFFE, 1994; COHN, 2003). A indiferença estrutural

refere-se aos cálculos, critérios e termos seletivos estabelecidos por agentes econômicos (inclusive na institucionalidade governamental) para processos decisórios impactantes com motivações utilitaristas e com a definição de perdas “irrelevantes”, considerados os “objetivos circunstanciais” prioritários (lucros, contenções de gastos, “ajustes fiscais”, etc.). No entanto, além das motivações econômicas, a indiferença também pode referir-se aos modos de autorregulação sistêmica (integração sistêmica autorregulada” e também aos efeitos induzidos acerca do que e de quem seria “irrelevante” e, portanto, “dispensável” com pouca visibilidade e repercussão).

Conforme afirmado anteriormente, no Brasil, a indiferença sistêmica tem sido uma constante histórica. A partir de interesses econômicos condominiais sempre foram estabelecidos critérios inaparentes e termos inconfessáveis de seletividade para os gastos governamentais e para as prioridades políticas. Como um dos principais efeitos, sempre houve uma significativa parcela da população que se tornou “irrelevante” e “invisível” para determinados sentidos comuns; pessoas que sofrem, convivem com sequelas e morrem cotidianamente pela violência policial, nas filas e corredores de serviços assistenciais, etc. e que, quando muito, são representadas apenas em estatísticas panorâmicas. Em uma situação crítica, como a atual pandemia da COVID-19, seria esperado que a crônica indiferença sistêmica fosse “agudizada” com escalas estatísticas de outra magnitude.

Propugnado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe (2018), o conceito de necropolítica também não se refere a um fenômeno recente, mas a uma constante histórica derivada de intencionalidade seletiva, constituída e consolidada a partir de regimes coloniais. A necropolítica deriva da determinação política sobre quem pode morrer, para quem o “deixar morrer” se torna velado e naturalizado. Sendo que o próprio Estado pode demarcar de forma inaparente as zonas e margens de intervenção e de evitabilidade para mortes, induzir a sua irrelevância e invisibilidade. Contemporaneamente, observamos diversos exemplos, como o trato com os refugiados de guerra nos países europeus e, mais recentemente, com as mortes evitáveis da pandemia da COVID-19.

Se na indiferença sistêmica a motivação e a intencionalidade seletiva têm a ver com o utilitarismo econômico (as mortes seriam um “efeito colateral” considerado irrelevante), na necropolítica existem a intencionalidade e a proatividade na eliminação violenta de grupos estereotipados como de risco para o *status quo* ou de resistência perante a expansão e depredação do “desenvolvimento” capitalista (indígenas, camponeses, etc.). Uma combinação entre indiferença sistêmica e necropolítica tende a tornar-se intencional até mesmo na eliminação de grupos economicamente irrelevantes ou custosos em termos de despesas públicas e privadas (p. ex.: despesas das operadoras de planos de saúde com idosos, etc.); o intercurso de uma pandemia seria um contexto oportuno.

As informações atualizadas sobre evidências produzidas no intercurso da pandemia da COVID-19 dão conta de que a sua letalidade felizmente tende a estar aquém das projeções iniciais, o que reforça a hipótese de que as altas taxas de mortalidade ocorridas em alguns países não derivam unicamente do manejo clínico de complicações, mas sobremaneira das intervenções insuficientes para a salvaguarda e proteção das populações. Pior do que a incidência pandêmica do agente viral tem sido a combinação genocida entre indiferença sistêmica e necropolítica.

## Bibliografia

BBC NEWS BRASIL. **Gráficos mostram onde COVID-19 está mais ativa e matou mais**. Set. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54339632>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

COHN, G. A Sociologia e o novo padrão civilizatório. In: BARREIRA, C. (Org.). **A Sociologia no Tempo**. São Paulo: Cortez, 2003.

FOLHA DE SÃO PAULO. **‘Efeito Bolsonaro’ sobre alta nos casos de coronavírus surpreende pesquisadores**. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/efeito-bolsonaro-sobre-alta-nos-casos-de-coronavirus-surpreende-pesquisadores.shtml>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

OFFE, C. **Capitalismo Desorganizado**. 2. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

MIRANDA, A. • Pandemia da COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico

SOARES, M. Dados do SUS revelam vítima-padrão de COVID-19 no Brasil: Homem, pobre e negro. **Revista ÉPOCA**, jul. 2020. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dados atualizados da pandemia do Coronavírus**. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54339632>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

Protagonismo em meio ao caos:  
uma análise da gestão municipal do Sistema  
Único de Saúde no enfrentamento à pandemia

*Pamella Morette*  
*Ana Paula Cappellari*  
*Alcindo Antônio Ferla*  
*Frederico Viana Machado*

### **Introdução**

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda, causada pelo vírus SARS-CoV-2, e teve seus primeiros casos reportados no dia 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Foi declarada como emergência de saúde pública internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020 e caracterizada como pandemia com elevado índice de progressão (OPAS, 2020). Quase um ano depois, no dia 23 de janeiro de 2021, foram confirmados no mundo 98.701.470 casos de COVID-19 e 2.118.697 mortes; no Brasil, foram 8.816.254 casos confirmados de COVID-19 com 216.245 mortes (JHU, 2021).

Inicialmente, no Brasil, foi criada uma estrutura de quarentena em uma base das Forças Armadas em Anápolis/Goiás para abrigar viajantes e os profissionais envolvidos, civis e militares, enquanto ainda houvesse possibilidade de transmissão. O primeiro caso no Brasil foi detectado no final de fevereiro em São Paulo em pessoas que haviam realizado viagens a outros países, e a contaminação dali em diante ocorreu em alta escala (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). Trata-se de uma infecção causada por um vírus com alta potência de transmissibilidade e com muitos fatores complicadores, que merecem destaque nesta escrita (BRASIL, 2020).

Ainda não existe um tratamento farmacológico específico para a COVID-19. Porém, algumas alternativas sem comprovação científica fo-

ram utilizadas em todo o mundo. No Brasil, os chamados “Kits COVID-19” foram distribuídos como promessa para tratamentos que vão desde casos leves ou graves até como prevenção ou para aumento da imunidade. Não há indicação para uso de rotina de hidroxicloroquina, cloroquina, ivermectina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, corticosteroides ou tocilizumabe (FALLAVIGNA *et al.*, 2020).

Algumas ações de prevenção mostraram-se eficazes contra a infecção do coronavírus. A higienização das mãos com água e sabão, o uso de álcool gel e a desinfecção de todos os produtos que entram nas residências das pessoas e, em especial, o distanciamento social e o uso de máscaras compõem as recomendações internacionais como “medidas de higiene social” (WHO, 2020). No Brasil, as medidas de contenção como a quarentena não foram organizadas de forma coordenada entre os governos federal, estaduais e municipais. Os estados foram organizando-se com decretos, e os municípios seguiam na mesma linha, com algumas exceções. Em certos momentos, a própria população esteve à frente na decisão de aderir ou não ao isolamento. A economia e a saúde estiveram do mesmo lado em raros momentos, sendo que o que prevalece ainda é uma oposição entre as duas dimensões (GOMES; LUIZ, 2020).

A população tornou-se, ao mesmo tempo, vítima, testemunha, analista e atriz, que decide sobre a prevenção, o cuidado, o isolamento e assiste aos desdobramentos ainda imprevisíveis no futuro. As possibilidades de transmissão por atitudes imprudentes ou negligentes também estão à sombra da população (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). A população também é objeto de disputas discursivas sobre a doença, sobre as medidas de prevenção e proteção, sobre o uso de medicamentos indicados por diferentes atores, sobre o estado cotidiano dos serviços de saúde e sobre o desenvolvimento e os benefícios da vacina, patrocinadas por autoridades governamentais, entidades e grupos de interesse da sociedade, numa evidência não apenas da crise sanitária produzida pela doença, mas também numa grave crise de civilidade, que se torna mais visível em tempos de pandemia (FERLA *et al.*, 2020). Essa disputa de enunciados também envolve os trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo reconhecidos como trabalhadores essenciais para a manutenção da vida na

pandemia e como agentes de alarmismos na sociedade. Esses constituem um dos principais grupos de exposição e risco e focos de enunciação de notícias e iniciativas sem comprovação científica, apenas atendendo as recomendações dos grupos de mobilização no âmbito das disputas societais.

Enquanto as sociedades esperam ansiosamente por uma vacina, que certamente não abarcará toda a população mundial, vemos milhares de pessoas morrendo e infectando-se em ondas praticamente constantes de novos casos. Gestores e profissionais de saúde também seguem nessa incerteza: Quando teremos um tratamento? Quando poderemos ter vacinas aprovadas? Quando poderemos sair do isolamento e da quarentena? Quando teremos segurança física, psicossocial e científica para realizar o trabalho com segurança?

Este artigo tem por objetivo realizar uma análise crítica e reflexiva sobre a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e os elementos políticos, econômicos e sanitários que permeiam seu enfrentamento no Brasil, além de abordar como ocorreram a organização e o planejamento dos municípios para seu enfrentamento, pontuando a necessidade de uma constante reorganização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde. Em um segundo momento, trataremos da importância da educação em saúde nesse contexto como uma ferramenta facilitadora do processo de construção de uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde e a população. Trata-se de um ensaio teórico, com diálogos interdisciplinares no campo da saúde coletiva, e empírico, com a experiência acumulada no trabalho de apoio aos municípios e de pesquisa dos autores e autoras. A ênfase da análise é o lugar do trabalho no cotidiano de sistemas municipais de saúde, considerando que é nesse âmbito que o sistema de saúde brasileiro está embasado e que, ao mesmo tempo, mobiliza um imaginário social de instância local com dependência de instâncias estaduais e federal.

### **As medidas de enfrentamento e a crise atual como reveladoras de contradições na valoração da vida e da saúde das pessoas**

No Brasil, devido à expansão territorial e à diversidade de estratégias adotadas local e territorialmente, bem como à falta de agilidade com que

foram implementadas, a disseminação viral ocorreu de modo heterogêneo. Os primeiros casos de COVID-19 foram relatados no mês de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020), o que concedeu um intervalo de tempo importante para uma preparação prévia de estratégias e a organização do sistema de saúde, enquanto países europeus e os Estados Unidos viviam um período de progressão intensiva dos contágios. Porém, houve excessiva demora na condução de ações por parte do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, tanto de investimento em comunicação social como na descentralização de recursos importantes (financeiros, tecnológicos, logísticos, etc.), o que deu possibilidade a uma condição que persiste ao longo do tempo: há uma lacuna na orquestração nacional das respostas de enfrentamento à pandemia. De um lado, essa condição, por certo, está associada à magnitude dos efeitos sanitários e sociais da pandemia. Por outro lado, dá destaque e sobrecarga à condição de descentralização político-administrativa do sistema de saúde brasileiro, gerando visibilidade à atuação territorial, que está associada aos melhores resultados no cenário internacional (FERLA *et al.*, 2020).

A análise das respostas do sistema de saúde em qualquer âmbito torna-se impossível sem uma análise anterior que contextualize o cenário em que vem se dando o enfrentamento à pandemia. A crise civilizatória envolve o valor da vida e da saúde para a sociedade e para os governos, e é necessário compreender o lugar da gestão setorial nesse contexto. Além das condições estruturais e conjunturais listadas acima, as contradições na orientação política do enfrentamento à pandemia entre as áreas técnicas do MS e as posições do governo federal como um todo, em particular a postura negacionista desde o início da pandemia do próprio presidente, demonstravam um antagonismo de pensamentos: de um lado, a gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS), recorrendo à articulação entre os entes federados e implorando à população que aderisse às medidas de proteção e distanciamento físico e, de outro, o chefe de Estado deslegitimando tais esforços.

Devido a esses intensos conflitos no âmbito federal, tivemos três substituições de ministros da Saúde em um mês durante o período inicial da

pandemia, justamente no momento em que essa nova situação mobilizava esforços institucionais e técnicos dos governos, órgãos de cooperação internacional, instituições de ensino e pesquisa e o complexo produtivo da saúde no mundo todo. Esse cenário criou empecilhos enormes no ordenamento das medidas de distanciamento, no suporte federal efetivo para os demais entes, na comunicação eficaz com a população, na aquisição e distribuição de testes sorológicos, de equipamentos, de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), etc. Desse modo, mesmo com a lacuna temporal favorável no início da pandemia, o MS não realizou um mapeamento dos grupos mais vulneráveis e frágeis socialmente e não considerou uma distribuição de recursos equitativa. Tais grupos, como sabemos, são os mais afetados pelos efeitos sanitários e econômicos da pandemia (MIRANDA, 2020).

A condição do enfrentamento à pandemia da COVID-19 tornou visíveis questões estruturais e modos de funcionamento das instituições e das sociedades, que demonstram uma convivência excessivamente natural com desigualdades e com iniquidades (METZL; MAYBANK; MAIO, 2020), e as formas como os governos reagem é reveladora de concepções não apenas sobre o sistema produtivo, mas também sobre a democracia e a vida. A iniquidade com que a pandemia atinge pessoas e coletividades não é muito diversa daquela que gera outras doenças e condições que enfraquecem a vida e a liberdade de parcelas relevantes das sociedades em escala global. Compreender as formas como os determinantes sociais afetam os níveis de qualidade da vida e saúde das pessoas e coletividades é um passo importante para superar o efeito dessas condições sobre a sociedade. Entretanto, é ainda mais relevante identificar e intervir nos fatores estruturais que geram pobreza e outros aspectos de desvantagem social, muitas vezes ignorados ou com sua relevância desconsiderada na organização de respostas socio-sanitárias ou de outras políticas públicas (FERLA *et al.*, 2020). A emergência de conflitos sociais de diversas naturezas em todo o mundo também tem feito emergir diferentes perspectivas e epistemologias para compreender e explicar a vida e as sociedades, o que enriquece nossa condição humana, desnaturalizando as explicações que a episteme vigente constitui em verdades únicas.

No caso brasileiro, as iniciativas adotadas, os discursos disseminados e sobretudo a negligência intencional protagonizada na esfera federal exemplificam um conceito clássico do filósofo camaronês Mbembe (2016): a *necropolítica*. Expandindo o conceito de biopoder apresentado por Foucault (1997), Mbembe retrata exemplos de soberania que têm como projeto central “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (MBEMBE, 2016, p. 125). Tal soberania abordada aqui refere-se à intencionalidade em decidir sobre a vida e a morte, em definir quem é descartável e quem não é. Não é possível no contexto em que se desenvolve a pandemia e na intensidade de respostas em países com as mais diversas orientações políticas e filosóficas que se ignorem os efeitos da negligência institucional e do negacionismo sobre a doença e as medidas de enfrentamento. Mesmo países com governos liberais como a Alemanha enfrentaram a pandemia sem a falsa polêmica entre as medidas sanitárias e a economia. Portanto, resta considerar as ações protagonizadas como projeto político de extermínio. As consequências sanitárias, sociais e econômicas mais graves que a pandemia trouxe têm raça e classe social definida. E elas coincidem com aquelas que diversas políticas públicas também desativadas pelo atual governo buscavam: atender o esvaziamento.

Desde o início da pandemia, as declarações do presidente da República atribuem descrédito à gravidade da doença, estimulando a não adesão ao isolamento social. São fartamente documentadas pela mídia internacional e parte da mídia brasileira a autoria de frases como: “Tem a questão do coronavírus também, que, no meu entender, está superdimensionado, o poder destruidor desse vírus” e “Essa é uma realidade, o vírus tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, porra. Não como um moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida. Tomos nós iremos morrer um dia” (BBC NEWS, 2020). Isso não se caracteriza como descuido argumentativo ou incapacidade intelectual, mas predominantemente como exercício do *necropoder*.

Aliado a isso, temos a polarização política sobre temas cotidianos da vida, como partidos políticos e credos religiosos, que é anterior à pande-

mia, mas que vem sendo intensificada e causando desinformação e confusão. A comunicação e a legitimidade da informação tornam-se, nesse caso, uma ferramenta potente tanto para o convencimento por embasamento científico como para afirmações de cunho político partidário, que desvirtuam a ciência e acabam por causar muita desconfiança em relação às informações científicas pertinentes à pandemia. No Brasil, esse fenômeno continua ganhando forças devido a declarações de governantes com posicionamentos negacionistas em relação à pandemia, causando a desconfiança da população em relação aos órgãos de comunicação, à ciência, à política, à economia e às próprias instituições governamentais, que demonstraram um desalinhamento total de postura e opiniões. Enfrentar o que é denominado de *infodemia* é uma medida recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no contexto da pandemia, com informações claras e orientações embasadas, cotidianas e atualizadas para constituir bases de confiança entre autoridades e a população.

Em um estudo desenvolvido por Gramacho *et al.* (2020) são apresentadas informações a respeito do efeito da polarização política no comportamento dos brasileiros durante a pandemia da COVID-19. O objetivo foi identificar possíveis grupos populacionais com menos acesso à informação e que podem enfrentar maior risco de exposição e transmissão da COVID-19. Os resultados desse estudo demonstram que há desigualdades de informações sobre a pandemia, sendo que o fator estrutural tem relação com a renda e o nível educacional e interfere no grau de conhecimento sobre a COVID-19. Ainda demonstrou que existe um fator conjuntural, o qual reflete essa polarização política, demonstrando que os brasileiros que aprovam o desempenho do governo são menos informados do que os que reprovam a atual gestão.

Gomez e Luiz (2020) abordam alguns jargões que demonstram essa polarização de ideias. No estudo, em oposição à enunciação que está contida no jargão “ninguém solta a mão de ninguém”, utilizado em diversos grupos com atuação mais próxima dos partidos de esquerda, outros grupos sociais mais próximos dos partidos da direita proclamam que “o Brasil não pode parar”, referindo-se à manutenção da economia e do setor produtivo.

Essas disputas enunciativas já aconteciam antes da pandemia e agudizaram-se no Brasil e em outros países. Em parte, essa polaridade enunciativa associa-se ao que Foucault (2008) chama de regimes de verdade, em que ela é produzida nas práticas sociais, portanto com caráter também histórico, por meio de um conjunto de regras e normas que se estabelecem em discursos no campo do saber em fases distintas da História. Os discursos e a polarização política abrangem essa busca pelo poder. Entretanto, quando evidenciamos o embate entre as evidências científicas e o poder político do governo brasileiro relacionados à pandemia e à disseminação do coronavírus, podemos associar as práticas discursivas que negam o conhecimento sistematizado como base para a descrença da população, refletindo em um alto índice de contaminação e uma alta taxa de mortalidade no país. Tal polarização tem um viés de ganho político e por vezes econômico. Campos (1991) destacou, ao examinar o neoliberalismo e a construção do senso comum, que a doença social mais relevante desde o fim do século XX era o *Arrivismo*, em que qualquer feito pode ser socialmente justificável se servir a um objetivo “maior”, ou seja, servir para a defesa dos interesses privados de cada indivíduo que detém poder econômico ou político, porque para a grande maioria da população resta a luta solitária pela sobrevivência ou a servidão conformada e medíocre. Arendt (1989) definiu as “qualidades” que o *arrivista* deve atingir para uma excelente performance: “desumanidade, insolência, servilidade bajuladora e determinação de vencer”. Tais “qualidades” podem ser facilmente encontradas na elite política e econômica do Brasil.

Marx e Engels (2008), citando a *Filosofia da miséria*, de Proudhon (1846), trazem a ideia burguesa de uma sociedade moderna sem os conflitos e elementos revolucionários que possam causar sua dissolução. Assim nasce o sistema capitalista, convidando o trabalhador assalariado para concretizá-lo e ingressar no “novo mundo moderno”, exigindo dele o abandono das críticas e opiniões sobre esse modo de produção. Essas referências nos permitiriam compreender o exercício de descarte ao proletariado, quando se verifica que as medidas de auxílio de renda emergencial demoraram a ser aprovadas e, ainda mais, têm inúmeros empecilhos na implementação.

Esse cenário configura um sistema que não se importa com vidas em um sentido geral, mas apenas com determinadas vidas. No caso brasileiro, ao mesmo tempo em que há uma construção social de imaginários tipicamente burgueses, há grupos sociais específicos que têm batalhado por agendas específicas de mobilização e conquista social, como a população negra, feminina, defensora da diversidade de gênero, entre outras. Isso posto, a crise civilizatória que se agudiza na pandemia coloca a vida de cada pessoa e o reconhecimento que tem em termos de direitos humanos e acesso à saúde como questão relevante para a análise.

Analisamos até o momento o cenário econômico e político explicitado pela pandemia, resgatando vários elementos relacionados ao exercício do poder político e econômico, sua relação estreita com o neoliberalismo. Fica explicitado um lugar de vulnerabilidade social de segmentos da sociedade, cuja exposição da vida e precarização da saúde parecem “fazer parte do jogo”. A negação das bases de conhecimento e da experiência internacional e negligência com a oferta de respostas eficazes parece pretender justamente o impacto na saúde da população e sobre o SUS, aprofundando iniciativas prévias nessa mesma direção.

Entretanto, para que o sistema de saúde não colapse, as medidas de enfrentamento à pandemia devem envolver, além dos atores já citados, o setor saúde como um todo, desde governantes, gestão, profissionais de saúde e a própria população para ações de prevenção, proteção e promoção da educação em saúde. Ao formular o enunciado dessa forma, é inequívoco que colocamos o valor da saúde como direito universal e a promoção da saúde marcada por condicionantes e determinantes, conforme indicam as bases legais vigentes para o SUS. Discutiremos a seguir esse contexto, considerando algumas das ações desenvolvidas pelo setor saúde em uma perspectiva de práticas profissionais vivenciadas pelos autores deste trabalho e que envolvem a visão da gestão, dos profissionais e também dos usuários, sempre permeada por situações que compreendem o campo das micro- e macrorrelações políticas, a comunicação em saúde e a troca de saberes.

## **A organização e o planejamento de ações em saúde no enfrentamento à COVID-19**

Mesmo antes da publicação da Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (BRASIL, 2020b), e da Lei Federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a), que dispõe sobre as medidas para enfrentamento à emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do coronavírus responsável pelo surto mundial de 2019, os governantes, gestores e chefias de saúde tentaram realizar ações alinhadas para o enfrentamento da pandemia. As estratégias locais e específicas para as populações de cada município foram de extrema importância para uma resposta aos cuidados das pessoas.

Conforme Lima, Buss e Paes-Sousa (2020), para enfrentar crises, os países tendem a movimentar o que julgam como seus melhores trunfos para resolvê-las. Porém, esse processo expõe também suas fraquezas; então tal confronto de forças definirá se vidas serão “ganhas ou inutilmente perdidas”. No estado do Rio Grande Sul, vários decretos e portarias estaduais foram publicados com orientações aos gestores municipais para adequações e medidas legais a serem consideradas pelos municípios, como: elaboração e publicação de decreto municipal determinando as normas de segurança e de fiscalização para a abertura do comércio; medidas de prevenção e promoção da saúde dos munícipes; organização do transporte coletivo; convocação dos profissionais de saúde e da administração pública e medidas sanitárias; fiscalização e de segurança locais, visando a prevenção e o enfrentamento à epidemia causada pela COVID-19. Com todas essas ações planejadas é esperada uma aproximação intersetorial nos municípios no que diz respeito à organização das redes e serviços de saúde, educação, segurança, previdência, assistência social, entre outros.

A elaboração de um Plano de Contingência Municipal seguindo as normas dos planos estadual e nacional é necessária para as adequações locais. Porém, muitos gestores apresentaram dificuldades na execução dessa

tarefa por vários motivos, como inexperiência, dificuldades de planejamento, falta de integração entre os serviços de saúde locais e tantos outros que de certa forma são oportunos pelo fato de não ter vivenciado algo tão inesperado quanto uma pandemia nas proporções do coronavírus.

O plano de contingência municipal deveria abranger obrigatoriamente sete componentes, sendo eles: a Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Assistência à Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Laboratorial, Assessoria de Comunicação, Gestão e Financiamento, além da elaboração de Informes Epidemiológicos para a População sobre a COVID-19. Ainda, compreendendo as dificuldades e a organização da gestão, é necessária a instituição de Comitês Municipais de Enfrentamento à COVID-19, os chamados Centro de Operações de Emergências da Saúde (COE), cujo principal objetivo é a partir da composição de várias entidades realizar análises das informações locais para a tomada de decisões por parte da gestão municipal. As análises realizadas pelo COE local devem possibilitar e dar embasamento para a tomada de decisão pelo gestor municipal através da interpretação de legislações publicadas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde, recebimento de recursos, planejamento de ações para populações específicas e vulneráveis, organização das informações e decisões para a população, entre outras.

Todos esses atores e novos processos, relacionados à pandemia da COVID-19, têm reflexo também em alterações de processos de trabalho das equipes de saúde em todos os níveis de complexidade do SUS. Muitos protocolos foram introduzidos no dia a dia dos profissionais de todas as categorias: protocolos de distanciamento e higiene, isolamento, uso de EPI, coleta de exames, introdução de novos exames, atendimento ao usuário/paciente, níveis de contaminação, métodos de reorganização dos serviços, entre outros. A rápida propagação da COVID-19 ocasionou a necessidade de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), porém sem tratamentos farmacológicos conhecidos que controlassem a disseminação da doença.

Termos como “quarentena” e “distanciamento social” começaram a invadir o cotidiano mundial, e a OMS iniciou uma série de ações orientati-

vas e recomendações. Muitos foram e estão sendo os desafios enfrentados pela gestão e trabalhadores de saúde nessa pandemia, tais como a falta de EPI adequados, medicamentos lançados sem comprovação científica, falta de leitos de UTI, falta de álcool 70%, respiradores insuficientes, medicamentos para intubação em falta, gestores e profissionais infectados no incansável cuidado aos pacientes internados devido à COVID-19.

Os profissionais de saúde, afastados de suas famílias, foram considerados heróis da população. Um movimento de gratidão surgiu em reconhecimento ao trabalho desses “guerreiros”, que com o tempo começaram a adoecer física e mentalmente. O esgotamento, a ansiedade e muito cansaço foram tomando conta dos profissionais de saúde, além de sofrerem ataques em consequência da desinformação e do descrédito aqui também relacionados muitas vezes da polarização sobre a pandemia. As informações e alterações nos processos de trabalho são constantes, a saudade da família aumenta, a falta de tratamento causa certa angústia, colegas de trabalho ficam doentes e a comunicação com os usuários em alguns casos é dificultada pelo descrédito em relação à COVID-19.

### **Educação em saúde: os pequenos despertares que fazem a diferença**

[...] É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimentos e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir.  
(MICHEL FOUCAULT)

Se refletirmos sobre qual a forma mais verdadeira de obtenção do conhecimento, talvez seremos levados a perceber que esse não se pauta pelo

que nos convém conhecer, mas por tudo aquilo que nos desperta a curiosidade, que nos instiga e nos desacomoda. Porventura, isso pode conceder-nos a chave para um processo educativo com viés construtivo que favoreça a autonomia nos cuidados individuais e coletivos.

As tecnologias leves contribuem para a produção do cuidado, gerando compreensão do usuário quanto à sua singularidade, valorizando os diferentes atores implicados no processo de produção de saúde – gestores, profissionais e usuários –, sendo que a participação coletiva na promoção da autonomia e do protagonismo de profissionais, gestores e usuários aumenta o grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Portanto as práticas de cuidado humanizado, a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, se incorporadas no processo de trabalho, servirão como dispositivos para minimizar os efeitos psicológicos e sociais que a pandemia tem conferido à população (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

O enfrentamento à pandemia tem evidenciado a importância das ações coletivas e articulações interinstitucionais, pois o empenho de diversos setores, instituições e da população em geral são cruciais para reduzir os impactos negativos da doença, fazendo-se necessárias múltiplas ações de cunho intersetorial nos campos sanitário, social e econômico. No campo sanitário, essas ações podem definir-se como macropolíticas, as quais visam à ampliação de leitos, à aquisição de equipamentos, medidas farmacológicas, distribuição de EPI, pesquisa e desenvolvimento da imunização, etc.; e ações micropolíticas, pautadas no cuidado humanizado, no vínculo e na comunicação eficaz entre profissional e usuário (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Nesse sentido, é necessário investir em uma educação em saúde produtora de sentido para a população. Não basta apenas criar decretos municipais e estaduais, avermelhar as bandeiras de distanciamento controlado e insistir no isolamento e no autocuidado preventivo; é preciso sensibilizar e mobilizar as pessoas.

Para refletirmos sobre o processo de educação em saúde, abordaremos a seguir um exercício realizado em 1990 por Elizabeth Newton, na época estudante de pós-graduação na Stanford University. Newton iniciou

o experimento dividindo uma turma de voluntários em dois grupos: percussionistas e ouvintes. Cada percussionista deveria escolher uma canção popular, como o “Parabéns pra você”, e reproduzir a melodia através de batucadas na mesa. O ouvinte, por sua vez, tentava adivinhar a música que as batucadas reproduziam. No decorrer do experimento foram batucadas 120 canções. Os ouvintes adivinharam apenas 2,5% das canções: três a cada 120 canções. Newton havia solicitado aos percussionistas que previssem as probabilidades de adivinhação corretas pelos ouvintes; esses fizeram uma previsão de 50% de acertos. Porém, os percussionistas conseguiram transmitir suas mensagens uma vez a cada 40 tentativas, mas eles acharam estar transmitindo as mensagens uma vez a cada duas tentativas. Por quê? Quando um percussionista batuca, a canção está sendo reproduzida em sua mente. No entanto, os ouvintes só ouvem batidas desconectadas. Na experiência, os percussionistas ficaram surpresos com a dificuldade dos ouvintes em adivinhar a canção. Mas não é óbvio? – diziam eles. Pois bem, é difícil ser um percussionista. Ter o conhecimento da música que devia reproduzir tornava complexo imaginar o que é a falta desse conhecimento. Enquanto batucava a melodia que tocava em sua mente, o percussionista não conseguia entender que as batidas soavam sem sentido para o ouvinte. Tal fenômeno é chamado de “maldição do conhecimento” (HEATH; HEATH, 2018).

Quando detemos um conhecimento, fica difícil imaginar como é não o ter. Desse modo, se pensamos no processo de educação em saúde sobre a ótica desse experimento, podemos afirmar que o simples ato de “batucar” o conhecimento e esperar compreensão do mesmo pela população não será nada efetivo. Nosso acúmulo de expertises pode boicotar-nos se não sabemos produzir sentido no que estamos transmitindo.

Em meio a uma pandemia, obter uma comunicação efetiva com os usuários parece um desafio irrealizável, que constitui explicação determinante no avanço abrupto dos casos. Heath e Heath (2018) em seu livro “Ideias que colam” trazem seis princípios para a transformação do modo de transmitir e compartilhar conhecimento e que utilizaremos aqui para auxiliar na construção de uma educação em saúde que produza sentido. O primeiro princípio é *simplicidade*; o conhecimento deve ser transmitido de

maneira simples, porém profunda, como um ditado popular deve causar reflexão e enraizar. O segundo princípio é a *surpresa*; devemos gerar interesse e curiosidade e para isso precisamos levantar questionamentos que devem ser explicados gradativamente. O terceiro princípio é a *concretude*; devemos falar de maneira concreta, como em ditados populares usar figuras de linguagem, relacionar a teoria com o cotidiano, com o palpável. O quarto princípio é a *credibilidade*; devemos levar o indivíduo a testar o conhecimento transmitido e analisá-lo à luz de sua realidade. O quinto princípio são os *sentimentos*; devemos levar as pessoas a sentir e para isso devemos aproximá-las da situação ou discussão apresentada. E o sexto princípio são os *relatos* – contar histórias, exemplificar situações produz simulações mentais e nos prepara para enfrentar situações semelhantes. Ao aplicarmos tais princípios às práticas de educação em saúde, poderemos chegar às seguintes constatações: 1) São necessários o estabelecimento de vínculo e o uso de linguagem simples, porém assertiva; 2) tal construção demandará envolver e aproximar ambos os atores – percussionista e ouvinte – no enredo; 3) o uso de recursos visuais e de exemplos práticos que tenham proximidade com a realidade dos usuários; 4) é preciso singularizar tais estratégias, pois cada público exigirá formas diferentes de abordagem, compatíveis com a realidade que vivencia no cotidiano.

Para melhor exemplificar tais constatações, trataremos abaixo de duas situações hipotéticas que traduzem e ilustram a experiência acumulada pelos autores de comunicação entre o percussionista (que formula enunciados) e o ouvinte (que os recebe e processa) e a aplicabilidade dos princípios no contexto da educação em saúde. A primeira situação ocorre a nível hospitalar, onde temos o profissional de saúde como percussionista e o usuário e sua família como ouvintes. O usuário que busca auxílio em um hospital não está vinculado ao profissional que o assiste. Em um cenário de pandemia, o sofrimento é o que os aproxima; o vínculo vai se construindo através das dificuldades que a doença impõe e não na integralidade do cuidado, como pode ocorrer no território. A comunicação ocorre, mas necessita de maiores reflexões e detalhamentos para que seja efetiva. Além disso, a educação em saúde nesse contexto é focada, muitas vezes, nos aspectos curati-

vos, pois se efetiva através da vivência do sofrimento, da perda de um familiar ou de um amigo. Além da influência do contexto, há também o atravessamento da experiência dos trabalhadores de saúde com mais afinidade com os procedimentos técnicos do ambiente hospitalar.

A segunda situação ocorre no território da Atenção Primária à Saúde (APS), onde os profissionais da saúde serão os percussionistas e os usuários do serviço serão os ouvintes. Podemos sugerir que tal relação estabelecida entre esses atores tende a ser próxima devido ao cuidado e ao vínculo que devem fazer parte da dinâmica de atendimento em saúde nos territórios. Desse modo, se a confiança já está estabelecida previamente nessa relação, isso tende a facilitar o processo de educação em saúde e a troca de saberes. Mas, na prática, nem sempre isso ocorre. O compartilhamento do conhecimento, o exercício da transmissão do mesmo, que faça sentido para a população, é mais complexo, pois exige que o profissional de saúde reconheça seu papel no território, o que pode levar um tempo, pois sua formação direciona-o muitas vezes para um atendimento puramente técnico, sem permeabilidade da importância de conhecer o território de atuação e sem a vivência dos princípios da APS. Uma vez superada essa lacuna, o profissional de saúde percussionista deve munir-se de estratégias de comunicação efetivas que levem sentido ao usuário. Tais princípios de comunicação abordados anteriormente podem ser úteis para nosso argumento, sobretudo se a comunicação for compreendida como um processo dialógico em que as falas e as escutas são compartilhadas. Se trouxermos essa representação para um cenário de pandemia, podemos dizer que a APS seria um dos serviços que melhor executaria um processo de educação em saúde sobre a COVID-19, pois o vínculo construído e a proximidade relacional seriam potencialidades importantes para a construção de uma comunicação efetiva e de sentido para a população.

Como vimos, o percussionista deve sempre buscar uma aproximação usando exemplos factíveis, deve despertar a curiosidade e os sentimentos do ouvinte e somente consegue fazê-lo mediante uma escuta sensível e uma aprendizagem em ato do contexto em que está inserido, assim como seu interlocutor. Ceccim e Ferla (2008) apontam que a aprendizagem no cotidia-

no do trabalho é permeada por trocas afetivas e pela produção compartilhada de saberes, que permitem atravessar as fronteiras entre os diferentes atores nos pontos de atenção dos diferentes territórios.

Desse modo, o vínculo entre profissionais de saúde e usuários deve ser fortalecido e proporcionar troca de afetos positivos com aprendizagem compartilhada e uma relação embasada na ética, que afirma a vida das pessoas e reconhece a complexidade dos territórios. Porém, desde o início da pandemia, vemos uma intensa fragilização da APS, com muitas unidades diminuindo atendimentos, com afastamentos de profissionais e com outros que não se sentiam preparados para essa nova situação. Tal fato dificulta o processo de educação em saúde, pois os usuários não encontram ali a segurança necessária para que isso ocorra.

Conforme abordado, para um melhor entendimento e maior adesão às propostas de cuidados e vinculação entre profissionais e usuários, é necessária uma comunicação efetiva. Algumas tecnologias leves podem ser lançadas para a produção dessa comunicação. Existe uma potência nesse encontro que produz soluções adequadas localmente. Para Merhy (2002), o trabalho em saúde é feito de relações, é um *trabalho vivo em ato*, uma vez que requer uma configuração tecnológica que inclui equipamentos, procedimentos, conhecimentos técnicos e qualidade de relações, e é com base nos vínculos que a combinação das demais tecnologias disponíveis torna-se mais efetiva. Tais relações podem ser centradas no modelo prescritivo, médico-centrado. Ou podem dar-se como relações mediadoras estabelecidas no trabalho vivo e realizado no cuidado à saúde.

A constituição do vínculo fará com que o cuidado seja longitudinal, potencializado e compartilhado pelos sujeitos envolvidos. Redes de apoio são construídas, e o acompanhamento e o monitoramento dos sujeitos no território ocorrem em consequência dessas trocas. Essas redes de cuidado, baseadas nos territórios da vida e do trabalho das pessoas, podem interferir no contágio comunitário, evitando assim hospitalizações ou contaminações desnecessárias relacionadas à busca de auxílio em hospitais. Se assegurados oferta de testes, EPI para profissionais e usuários, informação e acolhimento, compartilhamento de ações e apoio articulado, muitos casos

podem ser resolvidos no próprio território, evitando a disseminação do vírus (SEIXAS *et al.*, 2020).

### **Considerações finais**

A pandemia da COVID-19 trouxe muitos desafios para a humanidade, constituindo-se como um marco histórico importante para a sociedade. Órgãos governamentais, gestores, políticas territoriais e políticas voltadas ao trabalho, a sociedade civil organizada, profissionais e instituições alusivas à vida e à saúde estão implicados em buscar soluções adequadas para o enfrentamento à pandemia.

O coronavírus surpreendeu o mundo sem nenhum planejamento ou estratégia de ação previamente elaborados para o enfrentamento à COVID-19 e da ausência de um tratamento efetivo. Segundo Ferreira e Andricopulo (2020), apesar dos extraordinários esforços da comunidade científica em todo o mundo, o desenvolvimento de novos medicamentos é um processo complexo, e os resultados levam tempo para aparecer. Nenhum tratamento específico foi aprovado, e a chance de encontrar um antiviral em tempo hábil para fármacos já aprovados é muito baixa. Cientistas correm contra o tempo para a formulação de vacinas. Segundo a OMS, existem hoje aproximadamente 180 vacinas sendo desenvolvidas no mundo contra a COVID-19. No Brasil, já estão em fase final os testes com quatro vacinas de indústrias farmacêuticas internacionais, mas ainda sem um plano governamental coerente e consistente para a imunização populacional. Segundo a revista on-line *Istoé dinheiro* (2020), a vacina do laboratório Pfizer®, já aprovada em outros países, está sendo negociada pelo governo brasileiro, e o governo de São Paulo anunciou que iniciará a vacinação com a Coronavac®, que vem sendo desenvolvida pelo Instituto Butantan e pela farmacêutica chinesa Sinovac®, com testes sendo finalizados e dependendo ainda da liberação pela Agência de Vigilância em Saúde (ANVISA) (GORTÁZAR; MAGRI, 2020). Novamente surgem polarizações de motivação política nesse assunto. Segundo reportagem de *O Globo* (2020), uma pesquisa aplicada pela Datafolha em agosto de 2020 aponta um aumento constante no número de pessoas

que afirmam que não pretendem receber doses da vacina contra o coronavírus. O atual debate é assunto comum entre grupos políticos polarizados sobre a obrigatoriedade legal de uma vacina, todavia, parece estar ganhando proporções insensatas e precipitadas diante de um cenário que ainda contempla inúmeras incertezas científicas (MELLO; FERREIRA, 2020).

Em resposta às demandas relacionadas à coordenação das ações de contenção de casos e defesa da vida, o gestor municipal, os profissionais de saúde e a sociedade civil têm papel fundamental e interligado para o alcance de objetivos comuns. Porém, nem sempre os interesses entre esses atores se apresentam em comum acordo quando o debate das ações de prevenção à mitigação do vírus é discutido. A relação entre poderes, tanto a nível macro como micro, teve papel relevante nesse contexto da pandemia. As contradições na orientação política a nível de governo federal afetam diretamente a autonomia do gestor municipal, que vivencia a polarização política nas determinações de isolamento social e utilização de máscaras em contraste com a valorização econômica em embate com a valorização da vida.

Mesmo com todas as dificuldades financeiras, inexperiência de vivenciar uma pandemia, com a disputa de poder e de conhecimento, com todos os problemas *in loco* e de maiores dimensões, os gestores municipais tentam fazer o melhor para a população, exaltando o papel resolutivo do SUS no atendimento integral do usuário. As equipes de saúde, apesar dos esgotamentos físico e mental, além de todas as incertezas relacionadas a um vírus desconhecido, tentam realizar o cuidado aos usuários, e sem nenhum tratamento ainda disponível a melhor estratégia é a comunicação.

O fazer saúde localmente é complexo e necessita de criatividade, empatia, vínculo e apoio, seja ele matricial, institucional, técnico ou estrutural, que impulsiona para novos modos de aprendizagem no cotidiano. As trocas de saberes na situação complexa de uma pandemia, levando em consideração o cotidiano e a diversidade local, passam a ter grande relevância e tornam-se muitas vezes efetivas através do compartilhamento de experiências, ajudando a superar as adversidades.

O exercício do percussionista e do ouvinte demonstra o quanto a comunicação e a educação em saúde são de extrema importância no momen-

MORETTE, P.; CAPPELLARI, A. P.; FERLA, A. A.; MACHADO, F. V. • Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia

to atual. Quanto maiores o vínculo e a proximidade, a troca de saberes torna-se facilitada, tornando a relação entre gestão, profissionais de saúde e usuários menos complexa e mais efetiva.

Devemos reforçar os afetos positivos, entender que cuidar de nós mesmos é cuidar do outro e cuidar do outro é cuidar do mundo. O cuidado com o outro é o primeiro sinal de uma transição construtiva na crise civilizatória que vivemos. Como disse Sérgio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que requer o SUS para sua implantação é um projeto civilizatório diverso. Portanto, para a implementação do SUS e de novos padrões de vida, necessitamos de esforços de todas as pessoas para o cuidado com a saúde, mas também para o cuidado ético com a vida. Se a crise explicitada pela pandemia colocar a sociedade em movimento nessa direção, teremos mais saúde para os próximos tempos. Os sistemas municipais de saúde e o exercício local da gestão funcionam, nessa perspectiva, como dispositivo privilegiado e como observatório para esse movimento.

## Bibliografia

ARENDDT, H. **Origens do Totalitarismo**. São Paulo: Cia das Letras, 1989. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh\\_arendt\\_origens\\_totalitarismo.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_arendt_origens_totalitarismo.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2020.

BBC NEWS. Coronavírus: ‘país de maricas’ e outras 8 frases de Bolsonaro sobre pandemia que matou 162 mil pessoas no Brasil. **BBC News**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54902608>>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL, Lei n.13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, 27. ed., seção 1, p. 1, fev. 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>>. Acesso em: dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**, 24. ed., seção 1 – Extra, p. 1, fev. 2020b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: dez. 2020.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. J. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Public Health**, 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/160>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 dez. 2020.

FALAVIGNA, M. *et al.* Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 166-196, 2020. GN1 Genesis Network.

FERLA, A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, supl. 2, p. 1-6, 2020.

FERREIRA, L. L. G.; ANDRICOPULO, A. D. Medicamentos e tratamentos para a COVID-19. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 100, n. 34, p. 6-28, 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FOUCAULT, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 192-217.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. 15. ed. Tradução: Raquel Ramalhe. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GOMES, A. S.; LUIZ, M. C. Discursos pandêmicos e sentido de verdade: acontecimentos no Brasil. **Cadernos de Pedagogia**, [s. l.], v. 14, n. 29, p. 51-62, 2020. Disponível em: <<http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1445>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

GORTÁZAR, N. G.; MAGRI, D. Doria dobra aposta na polarização política da COVID-19 e promete vacinação para janeiro: pandemia de coronavírus. PANDEMIA DE CORONAVÍRUS. 2020. **El País**. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-03/doria-dobra-aposta-na-polarizacao-politica-da-covid-19-e-promete-vacinacao-para-janeiro.html>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MORETTE, P.; CAPPELLARI, A. P.; FERLA, A. A.; MACHADO, F. V. • Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia

GRAMACHO, W. G. *et al.* Pesquisa mostra como polarização política afeta o comportamento dos brasileiros sobre a COVID-19: simpatizantes do governo estão menos preocupados com a pandemia, sabem menos sobre a doença e têm menor intenção de se vacinar. **Centro de Pesquisa em Comunicação Política e Saúde Pública**, Brasília, p. 1-4, out. 2020. Disponível em: <<https://jornal.ufg.br/n/134769-polarizacao-politica-afeta-comportamento-dos-brasileiros-sobre-a-covid-19>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

HEATH C.; HEATH, D. **Ideias que colam**. Por que algumas ideias pegam e outras não. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 34, n. 99, p. 25-44, ago. 2020.

ISTO É DINHEIRO. Saiba quando vai começar a vacinação contra a COVID-19 no Brasil. 2020. Da redação com Agência Brasil. **Istoé dinheiro**. Disponível em: <<https://www.istoedinheiro.com.br/saiba-quando-vai-comecar-a-vacinacao-contr-a-covid-19-no-brasil/>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

JHU – JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE** [Internet]. Johns Hopkins University, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 7, p. 1-4, 2020.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 68p.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**: revista do ppgav/eba/UFRJ, n. 32, 2016, p. 122-151. Disponível em: <<https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MELLO, C.; FERREIRA, M. A. C. Obrigatoriedade da vacina contra COVID-19 é uma discussão precipitada. **CONJUR**, 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-out-29/mello-ferreira-obrigatoriedade-vacina-discussao-precipitada>>. Acesso em: 15 out. 2020.

MERHY, E. E. Saúde: **A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

METZL, J. M.; MAYBANK, A.; MAIO, F. Responding to the COVID-19 Pandemic: The Need for a Structurally Competent Health Care System. **JAMA**, v. 324,

n. 3, p. 231-232, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2767027?widget=personalizedcontent&previousarticle=0>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MIRANDA, A. COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico. **Carta Maior: o portal da esquerda**, 2020. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/COVID-19-e-obitos-evitaveis-no-Brasil-combinacao-letal-entre-indiferenca-sistemica-e-pendor-necropolitico-/43/49106>>. Acesso em: 23 dez. 2020.

O GLOBO. Datafolha: cresce número de brasileiros que não pretendem tomar vacina contra COVID-19. **O Globo**, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/datafolha-cresce-numero-de-brasileiros-que-nao-pretendem-tomar-vacina-contra-covid-19-24794524>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [Internet]. Brasília: OPAS Brasil, 2020. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812)>. Acesso em: 22 jan. 2021.

PROUDHON, P. J. **System of economical contradictions or the philosophy of misery**. New York: Arno Press, [1846] 1972.

SEIXAS, C.T. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. **Interface**, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200379, 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infection Prevention and Control during Health Care When Novel Coronavirus (NCOV) Infection is Suspected**. WHO, 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

# Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-19

*Fernanda dos Santos Fernandes*

Na luta do bem contra o mal é sempre o povo que morre.  
(EDUARDO GALEANO)

## **Introdução**

A realização da disciplina Seminário Integrador de Saúde e Sociedade em plena pandemia no segundo semestre de 2020, durante a qual atuei profissionalmente como gestora municipal, tornou essa travessia um momento de muito trabalho, mas também de muita reflexão. Além dos conceitos técnicos da Saúde Coletiva, principalmente os advindos do campo da epidemiologia, os conceitos sociais e políticos foram fundamentais para a compreensão do momento histórico, bem como para orientar as ações concretadas no dia a dia. De outro modo não seria possível, neste momento derradeiro, escrever a respeito de qualquer outro tema que não fosse o momento político-histórico dessa singular pandemia. Pensar com o auxílio de conceitos e teorias forneceu ao exercício da gestão um embasamento importante para tomar decisões e enfrentar a insegurança diante das incertezas.

O desamparo foi o sentimento compartilhado por todos, principalmente por nós, profissionais da saúde, que repentinamente nos vimos na linha de frente de um momento histórico com nuances de uma guerra. De fato, não uma guerra convencional, mas uma guerra biológica com um inimigo totalmente desconhecido. Do governo se esperavam um plano, uma ação concreta, um guia. Contudo, o que se obteve foi um governo operando na lógica da necropolítica, com diversas técnicas de atuação. Logo a luta de todos contra o vírus rapidamente exigiu, igualmente de todos, uma estra-

tégia defensiva de modo a se proteger do governo, cujas ações potencializam os efeitos danosos da pandemia.

A necropolítica é um conceito abordado em várias áreas do conhecimento, sendo um modo de governar que opera a morte de forma massificada e direcionada para pessoas pobres e negras, consideradas vidas descartáveis (MBEMBE, 2016). Neste texto, irei abordar como as decisões do atual governo brasileiro foram conduzidas pela necropolítica durante o planejamento e a aplicação da estratégia de combate ao coronavírus.

### **A pandemia no Brasil: números, sonhos e vidas**

A pandemia do novo coronavírus apresentou-se como mais uma oportunidade para os governos operarem a necropolítica. No Brasil, por exemplo, o número de indígenas, pardos e pretos que foram a óbito por COVID-19 foi proporcionalmente superior ao de pessoas de outras raças, conforme a Tabela 1.

**Tabela 1:** Casos e óbitos por coronavírus, segundo raça/cor no Brasil

Raça	SARG por COVID	Óbitos	% de óbitos
Branca	154.668	50.517	33%
Parda	149.762	55.549	37%
Preta	21.120	8.236	39%
Amarela	4.776	1.732	36%
Indígena	1.542	590	38%
Ignorada	78.162	22.029	28%
Sem informação	32.724	11.642	36%
Total	442.754	150.295	34%

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana epidemiológica 42 (11/10 a 17/10/2020).

No início da pandemia, as informações sobre o número de casos e óbitos por raça/cor não eram consideradas nos sistemas de notificação ministerial. Após pressão da Coalizão Negra por Direitos, tal informação passou a ser considerada, e evidenciou-se que os negros estavam em situação mais vulnerável do que os brancos (SANTOS *et al.*, 2020a). Em maio de 2020, foi apontado uma morte para cada três brasileiros negros hospitalizados por COVID-19, enquanto entre brancos a proporção era de uma morte a cada 4,4 internações (MARASCIULO, 2020). Já em agosto de 2020, quando o país registrou mais de 250.000 hospitalizações por COVID-19, os óbitos intra-hospitalares foram de 43% entre pretos e pardos (34.345 de 80.392), 42% entre indígenas (202 de 477), 40% entre amarelos (1.135 de 2.838) e 36% entre brancos (32.175 de 89.374) (RANZONI, 2021). O indicador de mortalidade hospitalar revela condições estruturais desfavoráveis desde o acesso a bens e serviços essenciais, prévios à hospitalização. Mas revela também a naturalização com essas iniquidades, que são, de um lado, produzidas em relações concretas no cotidiano e, de outro, quando muito, apenas consideradas para fins de registro.

A forma como o governo orienta o registro dos acontecimentos sob sua responsabilidade revela muito sobre suas prioridades. Os dados sobre a evolução da pandemia no Brasil foram instrumento de disputa política, que atingiu o seu ápice depois da queda do segundo ministro de Saúde após o início da pandemia: Nelson Teich. No dia 17 de abril de 2020, Teich assumiu o Ministério da Saúde e, menos de 30 dias depois, anunciou sua saída. Em seguida, nas semanas epidemiológicas 22 e 23 (de 24/5 a 30/5 e de 31/5 a 6/6/2020, respectivamente), os boletins epidemiológicos especiais sobre a COVID-19 não foram emitidos pelo Ministério da Saúde, culminando com a suspensão da divulgação diária dos dados sobre o número de casos e óbitos no dia 5 de junho de 2020. Tal decisão ocorreu no período em que o país atingiu números recordes de óbitos por dia: 1.349 em 3 de junho e 1.473 em 4 de junho. No dia 5 de junho de 2020, o número de óbitos acumulados somava 34.039 vítimas (DEUTSCHE WELLE, 2020).

Os números incômodos levaram o governo a modificar a metodologia de consolidação dos dados, informando apenas as infecções ocorridas

nas últimas 24 horas, justificando que isso *permite acompanhar a realidade do país* (grifo meu). O jogo de palavras foi acionado para apresentar à população um enredo falacioso numa estratégia cruel do governo para confundir a população. Ao invés de uma atitude concreta para interromper a escalada da morte, o governo apenas apresentou uma narrativa fantasiosa, congruente com sua pulsão de morte.

O país desenvolveu, ao longo de sua história, a habilidade de efetuar o desaparecimento de corpos. Isso não é uma novidade; é um modelo de gestão estatal desenvolvido no Brasil em que “você retira números de circulação, questiona dados, joga mortos por coronavírus em outra rubrica, abre covas em lugares invisíveis. Bolsonaro e seus amigos vindos dos porões da ditadura militar sabem como operar com essa lógica” (SAFATLE, 2020).

A “maquiagem” dos dados foi a demonstração mais evidente de que o governo trata a morte dos brasileiros como meros números desagradáveis, pois eles deixam à mostra seu flerte contínuo com a morte, que precisa ser negada e disfarçada constantemente diante da população. Atualmente, dez meses após o início da pandemia, sabe-se que há o equivalente a 1/3 dos óbitos registrados em consequência da COVID-19, sem diagnóstico final do óbito, mas em volume excedente àqueles do ano anterior. As internações e mortes, tornadas estatística apenas, são “corrigidas” segundo a “convicção” de quem tem a responsabilidade primeira do registro e se transformam em golpes “no adversário” na guerra de versões sobre a pandemia, que tem patrocínio governamental.

### **Institucionalidade, maquinaria do Estado e jogos de morte**

No dia seguinte, 6 de junho de 2020, em resposta às declarações do secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Wizard, que afirmou que secretários de Saúde estariam falseando os dados sobre óbitos decorrentes da COVID-19 com o objetivo de obter mais “orçamento”, o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) emitiu uma nota de repúdio (ESTADO DE MINAS, 2020). O órgão denunciou o que entendeu como uma “tentativa autoritária, insensí-

vel, desumana e antiética de dar invisibilidade aos mortos pela COVID-19” (CONASS, 2020). A nota foi assinada por Alberto Beltrame, secretário estadual de Saúde do Pará. Médico e político experiente, Beltrame tem longa trajetória no Sistema Único de Saúde (SUS) e já foi ministro de Estado. A nota do CONASS gerou grande repercussão e teve apoio da sociedade e de diversos órgãos, como a Abrasco (ABRASCO, 2020). Contudo logo foi sufocada por uma operação da polícia federal contra Beltrame no dia 10 de junho de 2020 por “suposta fraude na compra de respiradores pulmonares e garrafas pets de plástico” (PALMA; FRANÇA, 2020). Diante desse ocorrido, Beltrame licenciou-se do cargo de secretário da Saúde e renunciou à presidência do CONASS. Importante salientar que a operação foi anunciada por uma deputada no dia 25 de maio de 2020 e pelo próprio presidente da República, conforme relatou a mídia:

A deputada federal Carla Zambelli (PSL-SP), uma das principais aliadas do presidente Jair Bolsonaro no Congresso, antecipou no dia 25 de maio em entrevista à Rádio Gaúcha que a Polícia Federal estava prestes a deflagrar operações contra desvios na área da saúde nos estados (G1, 2020b).

Em trechos da entrevista (G1, 2020b), a referida deputada relatou que tais operações da polícia só foram possíveis após a saída do ministro da Justiça, Sérgio Moro, no dia 24 de abril de 2020. O motivo da saída de Moro, segundo ele próprio, foi a tentativa de interferência do presidente na Polícia Federal. A primeira operação da Polícia Federal após a saída de Moro foi contra o governador do Rio de Janeiro, Wilson Witzel, no dia 26 de maio de 2020, que tinha por objetivo “apurar indícios de desvios de recursos públicos destinados à saúde pública no combate ao coronavírus” (BBC NEWS, 2020). Witzel defendeu o isolamento social como ação estratégica de combate à pandemia. Isso acendeu a ira do presidente, que, na reunião presidencial do dia 22 de abril de 2020, declarou:

[...] o que esses caras fizeram com o vírus, esse bosta do governador de São Paulo, esse estrume do Rio de Janeiro, entre outros, é exatamente isso: aproveitaram o vírus! Tá um bosta do prefeito de Manaus agora abrindo cova coletiva [...] tá aproveitando agora, um clima desse, pra levar o terror para o Brasil. Então pessoal, se preocupem, que o que há de mais importante, mais importante que a vida de cada um de vocês, que é a sua liberdade. Porque o homem preso não vale porra nenhuma (BOLSONARO, 2020).

A fala do presidente a seus ministros estimula “o confronto com a morte no intuito de recuperar seu prejuízo, recorrendo fundamentalmente a narrativas de moralidade nem que isso lhe[s] custe a vida” (PEREIRA; PICELLI, 2020, p. 23). Também ilustra a fragilidade das instituições basilares da democracia, uma vez que foi pronunciada e documentada desde o lugar institucional da Presidência da República, e esse fato teve apenas – e poucas – repercussões na mídia, sem qualquer iniciativa mais contundente de recuperação do decoro institucional.

A preocupação do governo federal nunca esteve focada no combate ao coronavírus, mas sim na destruição de seus adversários políticos, que poderiam crescer junto à opinião pública por suas ações contra o vírus. O negacionismo do governo alimenta-se de discurso ideológico e da disseminação de *fake news* e se fortalece através da aniquilação política de seus oponentes. Esse último, a aniquilação do outro, indispensável para reforçar sua base ideológica de apoio. É um sintoma patognomônico de necropolítica.

O embate entre Congresso Nacional e governo federal para a aprovação do auxílio emergencial foi outro ponto importante, que reforça o *modus operandi* do governo, pautado na necropolítica. Os vetos à lei e o atraso na liberação das parcelas trouxeram grande instabilidade para populações vulneráveis. E uma exposição perversa em filas enormes nas instituições bancárias para, em grande frequência de vezes, não ter resultado positivo. Um aplicativo eletrônico de cadastramento de beneficiários foi mais relevante em inúmeras entrevistas governamentais do que o reconhecimento óbvio da vulnerabilidade e da baixa eficácia do ritual de cadastramento.

Em seu ensaio sobre necropolítica, Mbembe (2016) traz alguns conceitos foucaultianos, que buscam explicar os mecanismos de formação social e política da Europa ocidental no período que antecedeu o nazismo. Entre esses mecanismos estão a subjugação do corpo, regulamentações de saúde, eugenia, degeneração, raça e darwinismo social. Segundo Boaventura Santos (2020), os países governados pela extrema direita com base nos fundamentos neoliberais, como o Brasil, Estados Unidos, Inglaterra, Índia, Filipinas e Tailândia, aplicaram o darwinismo social na condução da pandemia, buscando

a eliminação de parte das populações que já não interessam à economia, nem como mão de obra trabalhadora, nem como fonte consumidora, ou seja, populações descartáveis, como se a economia pudesse prosperar sobre uma pilha de cadáveres (SANTOS, 2020, p. 27).

Entretanto, há um componente ainda mais rudimentar no contexto brasileiro atual. Desde o início da pandemia, o governo brasileiro posicionou-se contra o isolamento social e a adoção de medidas de mitigação do vírus, como evitar aglomerações e o uso de máscara, impondo às populações mais vulneráveis duas opções: ou morrer pelo vírus, ou morrer de fome. Um governo que opera pela lógica da necropolítica só tem a morte como alternativa para oferecer a seu povo. Os catastróficos indicadores econômicos obtidos no período ilustram que sequer a lógica neoliberal foi o componente mais forte, senão a necropolítica em estado original.

Ao declarar que não estaria em risco de contrair COVID-19 por ter um *histórico de atleta* e minimizar a potencial letalidade do vírus, classificando-o como uma *gripezinha*, o mandatário da nação evocou argumentos com caráter eugênico. Ao referir-se a si mesmo desse modo, ignorou a ameaça do vírus devido às suas características físicas e a seu contexto social de privilégio (GAÚCHA ZH, 2020). Ao esconder o resultado da sua sorologia e da família, explicita que essa é uma operação política, cujo alvo são setores da sociedade tornados “inimigos” pela ótica com que o governante ocupa o lugar institucional no aparato governamental.

Segundo Safatle (2020), o modelo implementado por Bolsonaro não é a necropolítica tradicional, mas sim um novo estágio do neoliberalismo numa espécie de fase terminal: a política do Estado suicidário. Além de ser o gestor da morte e do desaparecimento de seu povo, o Estado suicidário “é ator contínuo de sua própria catástrofe, ele é o cultivador de sua própria explosão” (SAFATLE, 2020).

Diante desse cenário, a atuação frente à pandemia ficou a cargo dos estados e dos municípios. A descentralização do SUS permitiu que gestores conscientes de seu papel social e histórico contornassem os planos do governo federal e agissem para conter o desastre. Contudo, as diferenças históricas de insuficiência na capacidade instalada de serviços e profissionais nas regiões do país não conseguiram evitar a sobrecarga do sistema. Tam-

pouco houve consenso amplo em relação à resistência; diversos gestores locais aderiram à ventriloquia repetida desde o planalto central.

O estudo de Ranzani *et al.* (2021) demonstrou vários dados sobre as hospitalizações por COVID-19 no Brasil, quando o país atingiu 250.000 internações em agosto de 2020, que evidenciaram as diferenças regionais de acesso. Segundo os autores, a mortalidade intra-hospitalar foi de 50% no Norte, 48% no Nordeste, 35% no Centro-Oeste, 34% no Sudeste e 31% no Sul. Para os pacientes que internaram em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), a mortalidade foi de 79% no Norte, 66% no Nordeste, 53% no Sul, 51% no Centro-Oeste e 49% no Sudeste. Desde o início da pandemia estava claro que todo o esforço deveria ser direcionado para evitar as hospitalizações, pois se os governos insistissem em vencer o vírus ‘da porta do hospital para dentro’, a guerra estaria perdida. Essa foi a primeira lição aprendida pelos países que a pandemia alcançou inicialmente.

Contudo o número de testes insuficientes no início da pandemia, somado à pressão do empresariado pela abertura do comércio e aos esforços contínuos do governo federal para disseminar o vírus, inviabilizaram as estratégias de vigilância nos municípios, que logo perceberam que a possibilidade de conter a pandemia fugia do controle.

### **O rei nú: necropolítica nas palavras e nos gestos**

As falas do presidente e suas frequentes aparições públicas sem máscara e rodeado de pessoas escandalizavam parte da população, mas nem todos. As únicas medidas possíveis para combater o vírus, como o isolamento social e o uso de máscara, eram afrontadas pelo presidente, que tratava tais medidas como um empecilho para uma suposta estabilidade econômica, para a qual a vida da população não tinha qualquer relevância. Toda e qualquer ação dele reforçava o negacionismo e a ideologia de sua base de apoio e transmitia à sociedade uma mensagem incongruente com a necessidade de controle da transmissão do vírus.

A lógica econômica foi ponto central na política governamental frente ao enfrentamento da pandemia. Segundo Dowbor (2017):

FERNANDES, F. dos S. • Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-19

A área econômica é, hoje, tão vinculada com a política – por sua vez profundamente enraizada nas nossas emoções, heranças familiares, ódios corporativos ou o que seja –, que a informação científica é frequentemente rejeitada em bloco por simples convicção de que se trata de informação inimiga. [...] Como pode a ciência ser filtrada desta maneira por emoções políticas e por identificações de clãs? A realidade é que é tão fácil considerar racional e científico aquilo que confirma os nossos preconceitos. Não somos naturalmente objetivos (DOWBOR, 2017, p. 93).

O uso político dos sentimentos da população frente à ameaça da pandemia tinha por objetivo fortalecer o projeto de poder, negando e inviabilizando toda e qualquer tentativa de mitigar a propagação do vírus. O governo atende os interesses do neoliberalismo e reforça todos os mecanismos que contribuem para a deterioração do Estado de bem-estar social. Na lógica neoliberal,

a proteção social se reduz ou se destina àqueles que podem pagar pelo acesso aos serviços, geralmente trabalhadores do mercado formal; e as implicações para o bem-estar das pessoas são inúmeras, com aumento de diversas doenças e transtornos mentais (VIANA; SILVA, 2018 p. 2.110).

Essa lógica é reforçada pelo governo que obstaculiza qualquer esforço de prover o bem-estar para a população, sobretudo os mais vulneráveis. Em relação aos idosos, uma das populações mais vulneráveis ao vírus, o governo manifestou publicamente em 29 de maio de 2020, através da fala de Solange Vieira, assessora do ministro da Economia Paulo Guedes, que a morte dessa população seria benéfica para a reforma da Previdência: “É bom que as mortes se concentrem entre os idosos [...] isso melhorará nosso desempenho econômico”. Não houve qualquer iniciativa institucional de responsabilização por essa manifestação, naturalizada na escuta do aparato que, para preservar a democracia desenhada constitucionalmente, deveria reprimi-la como afronta à vida. Como mercador da morte, a gestão do governo brasileiro no combate à pandemia não teve seus princípios pautados pela defesa da vida, muito pelo contrário. Nesse contexto, os idosos pobres foram “abandonados para morrer”. Para Safatle (2020), o governo reduziu a morte a um “efeito colateral necessário para o bom funcionamento da economia”.

Após o impacto inicial da chegada do vírus ao Brasil e das primeiras semanas de isolamento, logo foi percebido que a manutenção de tal medida

poderia “prejudicar” a economia. Após a “reorganização” da elite, houve o tensionamento para a flexibilização das medidas. O ex-ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta resumiu esse momento poucos dias antes de deixar a pasta do seguinte modo:

Só quem está gritando é a Casa Grande, que está vendo o dinheiro do engenho cair. A Casa Grande arrumou o quarto dela, a despensa está cheia. Tem seu próprio hospital. Ela lamenta muito o que está acontecendo, mas quer saber quando o engenho vai voltar a funcionar (CARTA CAPITAL, 2020).

Assim, a herança escravocrata é incorporada ao capitalismo, e a morte ficou acessível a todos que não podem pagar para viver. Segundo Zizek (2020), o capitalismo tem um comportamento semelhante ao de um vírus. Defende ainda que a pandemia não se limita a um evento meramente biológico, mas sim derivado do modo de vida neoliberal de nosso tempo, que compreende “a cultura humana (hábitos alimentares), a economia e o comércio globais, a espessa rede de relações internacionais, os mecanismos ideológicos de medo e pânico”. Para esse autor, a crise do coronavírus é uma primeira etapa de uma crise ambiental vindoura de proporções ainda não imagináveis.

Segundo Santos (2020b), cerca de 50% dos trabalhadores da América Latina empregam-se no setor informal. Tal cenário exige que cada trabalhador tenha que obter seu próprio salário a cada dia sem nenhuma proteção ou direito social. Para esse significativo extrato social, o trabalho em casa é impraticável, “porque obriga os trabalhadores a escolher entre ganhar o pão diário ou ficar em casa e passar fome” (SANTOS, 2020b, p. 16).

Mesmo diante de um cenário tão desolador, a instituição de uma renda básica universal no Brasil não prosperou. Contudo o capitalismo improdutivo do sistema financeiro, muito bem descrito por Dowbor (2017), promoveu e reforçou o sistema de acumulação de capital através da manutenção dos lucros exorbitantes dos bancos durante a pandemia. Os lucros, embora tenham sido menores do que no ano anterior, continuaram com cifras astronômicas (G1, 2020a). Os indicadores da indústria e do comércio, do “setor produtivo”, entretanto, foram catastróficos, demonstrando a ineficácia das iniciativas governamentais para esse setor do capital.

### **Considerações finais... ainda que distantes do fim**

O descontrole da pandemia imposto pela política bolsonarista parece tratar-se de um “experimento social” de subjetivação neoliberal, que poderá ser expandido e reproduzido em outros territórios na periferia do mundo (SAFATLE, 2020). A exemplo do golpe militar chileno de 1973, o neoliberalismo novamente vislumbrou a oportunidade da aplicação de seus princípios e métodos, usando um elemento ocasional e inesperado, o vírus, como um aliado perfeito para derramar sangue sem sujar as mãos. O governo e as elites do país viabilizam sem pudor a execução desse projeto suicida, que dessa vez teve a adesão do cidadão médio, que o defendeu de forma violenta e contínua como um projeto particular (embora não fosse) sob o comando da propaganda governamental (PEREIRA; PICELLI, 2020).

A nível municipal, a luta contra o vírus foi uma luta por sobrevivência, que exigiu a concentração de muitos esforços, e não restaram forças para articular a luta política contra o governo da morte. Gestores do SUS foram obrigados a calar diante da dependência financeira do governo federal. Viram disparar o preço dos insumos essenciais para o combate à COVID-19 sem qualquer regulamentação de mercado. Sofreram o assédio obscurantista de pseudocientistas, que tensionaram pelo uso de medicamentos sem indicação para a COVID-19. Viram seus trabalhadores adoecendo física e mentalmente.

Na luta diária no SUS durante o governo da necropolítica, a morte foi nossa companheira diária. Nas planilhas, nas UTIs, nas ambulâncias, nas enfermarias, nos domicílios. Para onde quer que se olhasse, ela estava lá. Estava na boca do presidente, nos noticiários, na internet. E o medo como uma sombra sempre nos acompanhou.

A experiência na gestão do SUS durante a pandemia permite-nos algumas conclusões que devem ser o foco de futuros debates. Primeiramente, o financiamento do SUS deve ser ampliado, e o teto de gastos na saúde deve ser revogado. Outrossim, o investimento em ciência e inovação deve ser retomado e ampliado para além dos patamares anteriores, bastante reduzidos nos últimos anos, bem como o parque industrial deve ser suficiente e adequado para atender as demandas numa situação de catástrofe em um

país continental como o Brasil. Além da estrutura e dos insumos, é necessária uma estratégia de recursos humanos. A falta de profissionais qualificados e treinados para atender pacientes graves foi um ponto crítico na estratégia de combate ao vírus. Se antes da pandemia a falta de médicos era um problema crônico, na pandemia tornou-se dramática.

Além das questões práticas relacionados às estruturas físicas, aos insumos e aos recursos humanos, o debate deve ser mais profundo; deve-se questionar a lógica neoliberal, que normaliza a alta de preço de insumos vitais no meio da maior crise sanitária, que despreza o número de mortos para justificar os lucros, que amplia a desigualdade social e a escalada da extrema pobreza no meio do caos. Ao contrário da indiferença e do egoísmo que o neoliberalismo mobiliza nos sujeitos, devemos buscar a “consolidação de uma solidariedade genérica”, que nos faz sentir em um sistema de mútua dependência e apoio, no qual minha vida depende da vida daqueles que sequer fazem parte do “meu grupo”, que estão no “meu lugar”, que têm as “minhas propriedades” (SAFATLE, 2020). O SUS é nosso melhor exemplo de solidariedade genérica, de senso coletivo. É nele e por ele que podemos promover o debate e fazer frente ao governo genocida que dirige a nação.

Por tudo o que foi exposto, essa experiência favoreceu a reflexão sobre nosso modo de vida, nossas relações, nossos objetivos, nossos afetos. Tão importante quanto vencer o vírus é vencer o ódio, o egoísmo e o obscurantismo. É fortalecer a ciência, a razão e a solidariedade. O SUS é isto: é ciência, é razão, é solidariedade. Ele é o que nos sustentou. Ele é a resposta para vencer essa guerra.

## **Bibliografia**

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Abrasco subscreve nota sobre a ocultação dos dados da COVID-19**. ABRASCO, 07 de junho de 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/abrasco-subscreve-nota-sobre-a-ocultacao-dos-dados-da-covid-19/49166/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

FERNANDES, F. dos S. • Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-19

BBC NEWS. **Polícia Federal deflagrou na manhã desta terça operação para apurar indícios de desvios de recursos públicos destinados ao combate ao coronavírus.** UOL, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/05/26/que-se-sabe-ate-agora-sobre-operacao-da-pf-na-residencia-oficial-de-witzel.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Sanitária. 36º Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus. **Semana Epidemiológica 42** (11 a 17/10) de 2020. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/23/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_36\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CARTA CAPITAL. “As pessoas não raciocinam?”, diz Mandetta sobre isolamento social. **Carta Capital**, Brasília, 21 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/as-pessoas-nao-raciocinam-diz-mandetta-sobre-isolamento-social/>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS repudia acusação de manipulação de dados sobre COVID-19.** Publicado em 06 de junho de 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conass-repudia-acusacao-de-manipulacao-de-dados-sobre-covid-19/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

DEUTSCHE WELLE. Governo deixa de divulgar total de mortos e casos de COVID-19. **Deutsche Welle**, 06 de junho de 2020. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/governo-deixa-de-divulgar-total-de-mortos-e-casos-de-covid-19/a-53709956>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

DOWBOR, L. **A era do capital improdutivo.** São Paulo: Outras Palavras & Autonomia Literária, 2017.

ESTADO DE MINAS. Após Ministério sugerir ‘maquiagem’ nos dados da COVID-19, secretários reagem: ‘profunda ignorância’. **Estado de Minas**, 06 de junho de 2020. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/06/06/interna\\_politica,1154435/apos-ministerio-sugerir-maquiagem-nos-dados-secretarios-reagem.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/06/06/interna_politica,1154435/apos-ministerio-sugerir-maquiagem-nos-dados-secretarios-reagem.shtml)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

G1. Com pandemia, lucro dos bancos recua 32% no 1º semestre, para R\$ 40,8 bilhões, revela BC. **G1**, 15 de outubro de 2020a. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/10/15/com-pandemia-lucro-dos-bancos-recua-32percent-no-1o-semester-para-r-408-bilhoes-revela-bc.ghtml>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

G1. Deputada Carla Zambelli, aliada de Bolsonaro, antecipou que haveria operações da PF contra governos estaduais. **G1**, Brasília, maio 2020b. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/26/deputada-zambelli-ligada-a-bolsonaro-antecipou-que-haveria-operacoes-da-pf-sobre-desvios-na-saude-nos-estados.ghtml>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GAUCHA ZH. “Gripezinha”, “histórico de atleta” e aglomerações: como Bolsonaro encarou a pandemia até ser contaminado. **GAUCHA ZH**, Porto Alegre, 07 de julho de 2020. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2020/07/gripezinha-historico-de-atleta-e-aglomeracoes-como-bolsonaro-encarou-a-pandemia-ate-ser-contaminado-ckcc6paqn00r013gq8e4xi8c.html>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MARASCIULO, M. Na pandemia de COVID-19, negros morrem mais do que brancos. Por quê? **Revista Galileu**, maio de 2020. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/05/na-pandemia-de-covid-19-negros-morrem-mais-do-que-brancos-por-que.html>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: N-1 Edições, 2018. 80 p.

PALMA, G.; FRANÇA, A. Governador do Pará e presidente do Conass são alvos de busca em operação da PF sobre compra de respiradores. **TV Globo e G1**, Belém, 10 de junho de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/06/10/pf-realiza-operacao-para-apurar-fraudes-na-compra-de-respiradores-em-belem.ghtml>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

PEREIRA, V. D.; PICELLI, P. C. Para além da necropolítica: pandemia, neoliberalismo e homem médio. In: CASTRO, Bárbara (Org.). **COVID-19 e sociedade: ensaios sobre a experiência social da pandemia**. Campinas, SP: UNICAMP IFCH, 2020.

RANZANI, O. T. *et al.* Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The Lancet. Respiratory medicine**, S2213-2600(20)30560-9. 15 jan. 2021. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9>>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SAFATLE, V. **Bem-vindo ao Estado suicidário**. Pandemia Crítica. São Paulo: N-1 Edições, 2020.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mar. 2021.

FERNANDES, F. dos S. • Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-19

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020b.

UOL. Presidente xinga Dória e Witzel por causa de política de isolamento social. **Youtube**, 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=mAsUsRd9qAY>>. Acesso em: 13 dez. 20.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.107-2.118, jul. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702107&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dez. 2020.

ŽIŽEK, S. **Pandemia: COVID-19 e a reinvenção do comunismo**. São Paulo: Boitempo, 2020.

# Os diversos traumas no enfrentamento à pandemia: um hospital especializado em urgências envolto na pandemia da COVID-19

*Gladis Jung*  
*Marcelle Rodrigues Schettert*  
*Renata Machado Brasil*

## **Introdução**

O Hospital de Pronto Socorro (HPS), inaugurado em 19 de abril de 1944, é um serviço público localizado em Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Configura-se como um centro de referência regional para o atendimento de politraumatizados e é considerado modelo nacional em diversas especialidades de pronto atendimento. Além disso, possui a única Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de trauma pediátrico no estado do Rio Grande do Sul e é referência em atendimento a pacientes vítimas de queimadura.

O atendimento do hospital é universal, e todos os procedimentos prestados são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do tipo de especialidade, equipamento ou medicamento utilizado. Esse é um fator que também contribui para o relevante reconhecimento do hospital junto à população. Seu modelo assistencial sintetiza a eficiência da prestação de cuidados a casos de urgência e emergência, com ênfase no trauma. Funciona 24 horas por dia, atendendo as urgências e emergências em 22 especialidades. Realiza atendimentos diários em diversas especialidades ambulatoriais e nas especialidades médicas e odontológicas necessárias ao atendimento integral de pacientes vítimas de politraumatismos e lesões agudas. Seus níveis de resolutividade são diversos, oferecendo serviços de assistência à saúde de média e alta complexidades, articulado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Porto Alegre.

O organograma do hospital prevê uma Direção Geral, composta por direção de enfermagem, técnica (médica) e administrativa. Possui um Conselho Gestor (CG HPS), que é a instância máxima deliberativa e permanente, constituído em conformidade com os princípios, diretrizes e bases da Constituição Federal e da Lei nº 8.142, de 1990, para assegurar que a gestão do Hospital de Pronto Socorro (HPS) garanta o funcionamento da instituição compatível com as necessidades do público usuário e com o SUS, exercendo atuação descentralizada do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) (BRASIL, 1990). O Conselho Gestor do Hospital de Pronto Socorro tem como objetivo avaliar o alcance das propostas traçadas no planejamento, fiscalizar e representar os seus fins, no intuito de cumprir e fazer cumprir os termos dos contratos e/ou convênios com o SUS, visando o funcionamento pleno dos serviços prestados. A instituição é também um campo de formação para diversas áreas da saúde no nível técnico, graduação, residências e pós-graduação.

Atualmente, o hospital vive em momento ímpar em sua gestão, tendo pela primeira vez ao longo de sua história uma enfermeira à frente da Direção Geral. No ano de 2020, apesar da pandemia, o HPS realizou o seu primeiro Planejamento Estratégico, iniciou a gestão à vista, utilizando indicadores de desempenho para a verificação do alcance de suas metas. Foi um desafio ao qual os gestores dos diversos departamentos propuseram-se a alcançar, mostrando a capacidade de gestão que uma instituição pública pode ter.

### **Enfrentando a pandemia no HPS**

O ano de 2020 mobilizou por ser um ano de muitos planos: planos estratégicos para um hospital de trauma, que é referência no sistema de saúde e no imaginário da população da região metropolitana de Porto Alegre e do sul do Brasil, projetos prioritários como o *Lean* nas Emergências, o *Quality* para a Segurança dos Pacientes, a Hospitalidade como um diferencial, a Gestão Baseada em Evidências como uma melhor performance para o hospital. Todavia, não imaginávamos como aquela epidemia da China, que parecia tão longínqua, iria nos atingir.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2, que provoca a COVID-19) por meio da Portaria n° 188, de 03 de fevereiro (BRASIL, 2020b), de acordo com o Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011). O primeiro caso no país foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo de um homem com 61 anos e histórico de viagem para a Itália, região da Lombardia (BRASIL, 2020a).

Antes disso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a desenvolver inúmeras ações para o enfrentamento à epidemia na cidade de Porto Alegre. Ainda no início de fevereiro de 2020, convocou representantes de todos os hospitais do município, e juntos apresentaram a primeira versão do Plano Municipal de Enfrentamento para a infecção pelo COVID-19 para os hospitais (RIO GRANDE DO SUL, 2020b). Em 10 de março, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Rio Grande do Sul e, no dia seguinte, o primeiro caso em Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2020a).

Como desdobramento da articulação desencadeada pela gestão municipal foi criado em nossa instituição um grupo denominado gabinete de crise com representantes da alta direção e de todas as áreas do hospital, a fim de construir um plano participativo e de alcance a todos na instituição. Foi uma iniciativa oportuna, pois a partir da segunda semana de março ninguém mais dormia bem ou pensava em outro processo que não fosse ligado à então denominada pandemia do coronavírus. A expansão da pandemia ocorreu de forma muito veloz, e a produção de informações tecnicamente embasadas seguiu da mesma forma: os serviços e sistemas locais de saúde no mundo inteiro tiveram que organizar atendimentos no limite da capacidade operacional – limite muitas vezes ultrapassado em situações de colapso – e organizar fluxos de gerenciamento interno e com os demais pontos de atenção da rede de saúde de cada território. Além disso, foi necessário sistematizar conhecimentos e analisar diferentes fontes de informação que chegavam de todos os lados, uma vez que algumas informações embasavam-se em conhecimentos científicos e outras eram informações falsas. Essa dinâmica de trabalho não é estranha ao HPS, que é campo de

aprendizagem prática na formação de diferentes profissionais técnicos, de graduação e de pós-graduação. Mas a escala foi muito ampliada, e a demanda predominante transformou-se, sendo tomada por atendimentos de pessoas com COVID-19, associada a outras morbidades (inclusive o trauma) e rotinas para a proteção física e psicossocial dos trabalhadores e usuários do serviço.

Instituímos reuniões diárias, em que discutimos em grupo e reformulávamos os protocolos já que as orientações mudavam com uma frequência absurda! Todos os alertas às orientações do Ministério da Saúde (MS), às publicações da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), que, nessa fase, eram quase que diárias também, além das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), eram processadas no trabalho de compreender a pandemia e organizar as melhores respostas. O gabinete de crise foi um espaço importantíssimo para definir as estratégias, mas sobretudo um espaço de troca de saberes, escuta e fortalecimento de todas as lideranças da instituição. Formou-se um lugar democrático e informativo.

O medo foi um parceiro constante dos profissionais da instituição, que permeava as relações de trabalho e assistência. Nos meses de março e abril, elevou-se o número de afastamentos da saúde. Muitos trabalhadores relatavam o medo de contaminar-se e principalmente de contaminar seus familiares do grupo de risco.

No início, o uso da máscara não era recomendado para toda a população e para os profissionais de saúde dependia do tipo de exposição. Começamos a controlar o estoque desse material e de outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como aventais descartáveis, gorros, luvas, álcool gel e escudos faciais. O que foi uma tarefa árdua, porque já havia escassez desses materiais no mercado, e iniciamos uma incansável busca por doações e possíveis revendedores. As mudanças rápidas no padrão de demandas fizeram esgotar rapidamente os estoques de materiais e equipamentos, mostrando uma característica preocupante desse mercado da saúde, que é sua baixa capacidade de prospecção. Antecipando a rápida progressão da pandemia e suas consequências sobre a saúde das pessoas e sobre os serviços de saúde, criamos um plano de ação, que logo depois virou

um plano de enfrentamento devidamente documentado com fluxos de atendimento em todas as áreas.

O enfrentamento a uma emergência sanitária, mesmo na condição aguda inicial, mobiliza as diversas áreas dos serviços, e no HPS não é diferente. A diferença mais significativa é que o HPS já opera normalmente com o limite de sua capacidade física e operacional, tornando extenuante uma operação que absorve muita pressão de demanda por um período prolongado.

Desde o início, a SMS garantiu que não seríamos de referência para pacientes com síndrome gripal, visto que somos referência em trauma, e que pacientes suspeitos seriam transferidos para os hospitais de referência. Entretanto precisávamos criar fluxos assistenciais específicos para pacientes sintomáticos e também para aqueles que não apresentassem sintomas, mas poderiam estar contaminados. Ou seja, foram necessárias rápidas adequações nos fluxos de gestão e de assistência para atuar no cenário adverso que a pandemia produziu.

Definimos uma entrada exclusiva para os pacientes suspeitos com atendimento em consultório isolado com protocolo de EPI e higienização. Também foi mapeado o fluxo para o atendimento de pacientes críticos e possíveis internações, em que definimos três níveis de capacidade interna: 1, 2 e 3. Cada nível foi definido com base na capacidade de internação de cada unidade do hospital e na disponibilidade de Recursos Humanos (RH). Entendíamos que, no nível 1, atenderíamos conforme rotina, mas com fluxos especiais para pacientes suspeitos e/ou confirmados. No nível 2, atenderíamos com nossa capacidade plena de estrutura e RH, já mostrando sinais de alerta para a superlotação; no nível 3, prevíamos um caos instalado com áreas exclusivas para pacientes com COVID-19 e deslocamento de profissionais especializados de áreas externas ao HPS.

### **Gestão da educação e do trabalho e a proteção física e psicossocial dos trabalhadores**

Para que todo o plano funcionasse, todos os profissionais deveriam ser capacitados, e esse foi realmente um dos maiores desafios. Além de

todas as novidades introduzidas pela pandemia, havia – ainda há – muito medo, muitas dúvidas e até mesmo muita agressividade por parte dos servidores, assustados com todo o cenário envolto no enfrentamento à pandemia, sobretudo nas condições em que a enfrentamos. Essa capacitação incluía alguns esclarecimentos sobre o vírus e formas de contágio, paramentação para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados e fluxos internos. Foram capacitados 80% dos servidores ativos. Para nos auxiliar nessa tarefa, desenvolvemos um vídeo institucional e uma capacitação a distância pela plataforma “EDUCA POA”. Esse vídeo foi incluído no material de referência da prefeitura de Porto Alegre.

A distribuição de máscaras N95 precisava ser restrita àqueles que realmente estariam sob risco, e o quantitativo das máscaras cirúrgicas era controlado por área de solicitação. Aumentamos a disponibilidade de álcool gel pela instituição e intensificamos os cuidados com a higienização do ambiente. No primeiro mês, fomos surpreendidos por muitos furtos de frascos de álcool gel dos dispensadores e tivemos que criar medidas de segurança para diminuir essa ocorrência.

Logo tivemos que incluir um fluxo de atendimento para os funcionários do hospital que apresentavam sintomas gripais, e muitos afastamentos iniciaram. Foi preciso intensificar as medidas de prevenção nos ambientes de trabalho e, mesmo com todos os cuidados, os primeiros casos de servidores com COVID-19 ocorreram antes de ser diagnosticados em pacientes.

### **Novas rotinas, novos fluxos dentro e fora do HPS**

No início de abril, já tínhamos estruturado o protocolo de tratamento para pacientes com COVID-19, caso viéssemos a ter um internado, e definimos o uso contínuo de máscara no ambiente de trabalho e uso de escudo facial individual para a assistência ao paciente. Instituímos que exames de pesquisa para COVID-19 de pacientes internados iriam para o laboratório conveniado do município, que os exames de pacientes com quadro grave de insuficiência respiratória iriam para o laboratório do estado, e para os pacientes com solicitação de transferência faríamos teste rápido de anti-

genos. Foi criado uma área de atendimento para pacientes com síndrome gripal na sala de emergência, e para isso foi necessário modificar rotinas das salas do térreo do hospital.

Em junho de 2020, passamos a nos reunir no gabinete de crise três vezes por semana e em julho, uma vez. Com as medidas bem instituídas e a comunidade interna mais segura, não precisávamos mais reuniões frequentes e ficamos até o início de dezembro discutindo situações pontuais com a Direção Geral. Já em dezembro, com o grande aumento de casos positivos na cidade, voltamos a discutir rotinas internas para absorver pacientes com COVID-19, visto que os hospitais de referência estavam superlotados e já havia muitas pessoas infectadas na cidade.

Mesmo não sendo referência para atendimento de pacientes COVID-19, apenas em 2020 o hospital prestou atendimento a 156 pacientes suspeitos, sendo 49 confirmados, e ainda continua sendo um centro de trauma de excelência com inúmeras especialidades médicas prontas para atender durante as 24h os aproximados 300 pacientes/dia.

### **O impacto da pandemia na força de trabalho**

Os protocolos do MS previam afastamento de profissionais de grupos de risco, o que diminuiu muito o número de servidores ativos, e com isso precisamos readequar escalas de trabalho. Férias e licenças foram suspensas, e os horários de visita para os pacientes foram restritos, além de ser instituído triagem de saúde e verificação de temperatura para todos os que acessassem o hospital.

Já em março, houve muitos afastamentos do trabalho, tendo como motivo as doenças relacionadas ao grupo de risco para a COVID-19. Passou-se então a monitorar o número de funcionários ativos e a percentagem de absenteísmo com o objetivo de medir a real força de trabalho para a operação do hospital. No período, o HPS contou em média com 1.454 colaboradores. Desses, 68,8% eram servidores estatutários; 25,47%, colaboradores terceirizados; 3,64%, residentes e 2,08%, estagiários. No primeiro momento, os residentes e estagiários tiveram suas atividades suspensas pe-

las universidades e pelo executivo. Houve muitos pedidos de licença-aposentadoria e afastamentos de colaboradores que se infectaram ou tiveram suspeita de infecção pelo vírus. A tabela apresentada a seguir ilustra como se comportaram esses indicadores.

**Tabela 1:** Indicadores de recursos humanos do HPS por quadrimestre de 2020

Descrição	Quadrimestre			
	3º	2º	1º	Varição (%)
Relação profissionais de enfermagem/leito	4,07	3,45	4,23	17,97%
Relação profissionais de enfermagem/pontos de cuidado	2,39	3,75	2,7	-36,27%
Funcionários ativos	1000	972	998	2,88%
Absenteísmo total do HPS	27,75	25	16,6	9,90%

Fonte: PORTO ALEGRE, 2020b.

O grupo de profissionais de enfermagem foi o que mais sofreu o impacto da pandemia; em dezembro de 2020, o absenteísmo chegou a 40%. Também houve um aumento de aposentadorias; 43 servidores aposentaram-se, e 16 servidores pediram exoneração (PORTO ALEGRE, 2020b). A relação profissional de enfermagem/leito e relação profissional de enfermagem/ponto de cuidado foi uma preocupação constante do hospital. A relação melhorou no terceiro quadrimestre do ano quando foram integrados à equipe alguns enfermeiros do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, e algumas vagas foram preenchidas através do concurso em vigor.

### **A pandemia e as aprendizagens institucionais**

A pandemia trouxe-nos uma realidade de caos instalado diferente daquela a que estávamos acostumados, que, em uma realidade extrema, previa atendimento a múltiplas vítimas. Houve diminuição do atendimento a pacientes com casos clínicos, houve aumento de casos de queda, sendo

que, em determinado período, esse chegou a ser o principal motivo de atendimento. Foi um período muito diferente a que estávamos acostumados.

Todavia, aprendemos a gerenciar o caos entre os profissionais e a unir forças entre as lideranças para alcançar melhores resultados. Reconhecemos que a comunicação é a medida mais difícil e ao mesmo tempo a mais importante a ser implementada em situações críticas e criamos alternativas para superar esse obstáculo.

Tivemos aprendizados importantes e, mesmo em meio à crise, os projetos prioritários foram implementados. O HPS não cruzou os braços e ficou somente vendo a pandemia chegar às portas do hospital. Mesmo o hospital não sendo referência, recebemos e internamos muitos pacientes com COVID-19. Estávamos preparados! O Plano de Enfrentamento previa em seus fluxos como tratar, onde internar, qual enfermaria ou leito isolar. O Serviço de Controle de Infecção e o Núcleo de Segurança do Paciente foram serviços estratégicos, funcionando muitas vezes como órgãos consultivos para as decisões estratégicas do hospital. Contudo, ainda estamos aprendendo a cada dia e temos certeza de que muitas verdades de hoje serão inverdades de amanhã.

Ainda vivenciamos a pandemia, mas agora com maior segurança e com profissionais treinados para as medidas de prevenção. Aprendemos a ter resiliência e a atuar em equipe multiprofissional. Não vencemos a guerra, mas já vencemos algumas batalhas!

## **Bibliografia**

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.616**, de 17 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá

JUNG, G.; SCHETTERT, M. R.; BRASIL, R. M. • Os diversos traumas no enfrentamento à pandemia: um hospital especializado em urgências envolto na pandemia da COVID-19

outras providências. Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins Epidemiológicos**, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, 2020b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Instrução Normativa nº 11/2020**. Institui medidas quanto à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) visando a prevenção de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2020a. Disponível em: <[https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/cartadeservicos/IN\\_uso\\_EPI\\_SMS\\_POA\\_15\\_04\\_2020.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/IN_uso_EPI_SMS_POA_15_04_2020.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 3º Quadrimestre 2020**, 2020b. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_gestao\\_3quadrimestre2020.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_3quadrimestre2020.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Comitê de Dados COVID-19**, 2020b. Disponível em: <<https://planejamento.rs.gov.br/comite-de-dados>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Contingência**, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.rs.gov.br/plano-de-contingencia>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

## Seção 4

### Respostas Internacionais / Redes Ampliadas



Fotógrafo Júlio César Schweickardt. Tefé. Exposição Travessia. Galeria Fé.  
Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page\\_id=264](https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/?page_id=264)>.



# Análisis comparativo de las respuestas a COVID-19 en la escena internacional: pruebas de la ciencia

*Joyce Alves da Cruz*

*Francisco José Mayorga Marín*

*Tania Rodríguez Vargas*

*Sheila Valdivia Quiroz*

*Mara Lisiane de Moraes dos Santos*

*Alcindo Antônio Ferla*

## **Introducción**

En diciembre de 2019 se identificó el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en el mundo. Se especula que el mercado de mariscos situado en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei) en China fue el principal medio de contaminación del virus, ya que las pruebas indicaban que allí se comercializaban murciélagos como principal reservorio (GE *et al.*, 2020).

La alta transmisibilidad del brote en territorio chino que se extendió posteriormente a nivel mundial provocó que se caracterizara al nuevo Coronavirus como pandemia según la declaración realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en marzo de 2020. Al mismo tiempo, se indicó a los países, la sociedad y los gobiernos la necesidad de organizar respuestas para prevenir la propagación del virus y su empeoramiento (OMS, 2020a). Como resultado, se ha visto mucho acerca de las numerosas medidas de mitigación adoptadas por los países. El Panel Mundial de casos de COVID-19 ha puesto a disposición a través de la OMS la evidencia que la enfermedad se ha instalado a nivel mundial y sigue siendo un factor preocupante y amenazador para la salud de la población en el mundo, como lo demuestran los registros de septiembre de 2020, en los que el número de casos superó los 30.000.000 de infectados y un millón de muertes por la enfermedad (OMS, 2020b).

Dada la gravedad del virus, sus efectos y la severidad hasta ahora son innegables. En consecuencia, se ha debatido mucho entre la población, las autoridades, las organizaciones y los servicios sobre el riesgo de una posible “segunda ola” de la enfermedad, e incluso puede amenazar a los territorios que lograron reducir la propagación del virus mediante sus medidas de mitigación al comienzo de la pandemia. Por consiguiente, no es raro que los gobernantes den prioridad a la adopción de medidas destinadas a reducir la propagación de la enfermedad en sus estados.

### **Contexto y alcance**

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las naciones durante la pandemia de COVID-19 y la necesidad de medidas de intervención constantes, es de fundamental importancia conocer estas organizaciones y los aspectos de estas regiones en lo que respecta a la respuesta a COVID-19, a través de la creciente producción y los pocos estudios disponibles que justifican la necesidad de trabajos que indiquen este tema. De esta manera, se espera que esta labor pueda subvencionar información útil y actual para comprender las principales medidas de intervención, los aspectos del contexto político y social con el que los diferentes países organizan sus respuestas al COVID-19, tal como se describen y analizan en la literatura científica.

### **Metodología**

El presente trabajo se desarrolló a partir de una investigación bibliográfica de tipo revisión bibliográfica integradora. Los artículos fueron recogidos de las bases de datos Mendeley y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para cumplir el objetivo de este estudio, se formuló la siguiente pregunta orientadora: “¿Cuáles son las principales respuestas locales de los países descritas en la literatura en la confrontación COVID-19 y cómo se analizan?”

Los criterios de inclusión en el estudio son artículos originales que cumplen el objetivo de la investigación guiada por la pregunta orientadora.

Además, también se tuvieron en cuenta los artículos disponibles hasta la fecha del 01/09/2020 y publicados en portugués, inglés y español, y después de un examen por homólogos. La exclusión de los artículos insatisfactorios se debió al incumplimiento de los criterios de inclusión, especialmente de otros formatos de publicación distintos de los artículos originales, de revisión o de experiencia, que eludieron el tema de la investigación. Para la búsqueda de artículos se realizó una búsqueda en las bases de datos “Mendeley” y “SciELO”, con el término de búsqueda: “respuesta” <y> “COVID-19” <y> “país” en los sistemas de búsqueda de las dos bases de datos.

La elección de las dos bases respondió a un contexto específico: la situación actual de la pandemia, cuyos primeros casos se notificaron en el mundo a finales de diciembre de 2019, y por lo tanto tienen publicaciones muy recientes y flujos de difusión muy rápidos. Las dos bases tienen características distintas, y una de ellas, SciELO, es reconocida por su carácter académico de inclusión de fuentes, con referencias analizadas por expertos y validadas en un flujo formal que filtra las publicaciones de mayor impacto académico (CARVAJAL-TAPIA; CARVAJAL-RODRÍGUEZ, 2019). La base de Mendeley, a su vez, está compuesta por una gran red de investigadores que añaden más libremente las referencias utilizadas en sus estudios de revisión, ensayos o investigaciones. La inserción es más rápida, con criterios más flexibles y, en el caso de una afección aguda, permite la identificación de fuentes más recientes. La consulta en la base de datos de Mendeley reconciliada con SciELO se convierte en una ventaja para este estudio. Yamakawa *et al.* (2014) destacan que, en el caso de las publicaciones constantes, las bases de datos ampliamente utilizadas por investigadores como Mendeley destacan por su facilidad en la obtención y uso de búsquedas, datos, análisis y organización de estos artículos.

La diferencia en las condiciones de entrada en ambas bases se consideró un factor positivo para ampliar el alcance de los estudios y mantener la densidad científica necesaria en los tiempos actuales, en los que existen importantes disputas narrativas en relación con la ciencia y, en particular, en relación con la pandemia. En este contexto, Ferla *et al.* (2020) hacen un importante llamamiento a la potenciación de narraciones que

pongan de relieve el enfrentamiento de COVID-19 en los diferentes territorios conciliados con la construcción de producciones capaces de valorar las experiencias que la pandemia ha traído consigo.

Inicialmente, 398 estudios se pusieron a disposición a través de búsquedas en la base de datos Mendeley y 86 en la base de datos SciELO. Se examinaron los artículos y sólo 96 obras abordaron el tema propuesto en la pregunta orientadora. De éstos, se seleccionaron 40 estudios tras eliminar los duplicados y los artículos no totalmente disponibles, que se analizaron mediante la lectura detallada del título, el resumen y las palabras clave, y se constató que 13 no respondían al problema planteado en la pregunta orientadora. Después de eso, 27 documentos seleccionados fueron analizados en su totalidad. De los artículos analizados, 12 no cumplían los criterios de inclusión y fueron descartados. Se seleccionaron 15 publicaciones (10 Mendeley y 5 SciELO) que se ajustaban a la pregunta orientadora y a los criterios de inclusión y, por lo tanto, se procedió al análisis final de las muestras.

Así, los 15 artículos seleccionados fueron guardados en formato PDF, luego cada trabajo fue analizado en su totalidad para identificar y registrar las medidas de intervención de los países en la lucha contra el COVID-19, siendo utilizado como gestor de datos el editor de la hoja de cálculo Microsoft Excel. Los artículos fueron leídos por separado por dos investigadores y los resultados se hicieron compatibles después de la comparación. Las divergencias en la clasificación de la información se presentaron a un tercer investigador.

Como se ha mencionado anteriormente, el método de búsqueda integradora de literatura es capaz de fomentar nuevos entendimientos sobre los conocimientos actuales relacionados con el enfrentamiento de COVID-19. Para ello, consultamos el trabajo de Souza *et al.* (2010) que presenta los pasos y aspectos relevantes para el desarrollo de una investigación bibliográfica integradora. El seguimiento del análisis incluyó el análisis del contenido temático con la producción de categorías empíricas a partir de los datos presentados en las publicaciones estudiadas. Para ello se consideraron las reflexiones de Minayo (2009), en las que el autor indica el

análisis y tratamiento de los contenidos a través de la definición, clasificación y análisis de los datos empíricos. A través de esto, la interpretación y la comprensión del investigador también se considera un motor importante para la construcción de este seguimiento.

### **Análisis y discusión de los resultados**

Debido a la emergencia en la creación de medidas de mitigación en la lucha contra el COVID-19, los gobiernos han estado buscando varios modos de intervención. El análisis de los estudios seleccionados aportó conocimientos basados principalmente en la “primera ola” de la enfermedad. Para profundizar el análisis, los temas analizados se sistematizaron en siete ejes estructurantes que dieron lugar a categorías de análisis, que se presentan dentro de cada uno.

#### **EJE 1: Articulación territorial para las respuestas**

Este eje temático incluyó los registros de la literatura que describen y analizan las estrategias adoptadas por los diferentes países de la articulación intersectorial llevada a cabo en el territorio, ya sea entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones de enseñanza e investigación y movimientos sociales.

Considerado el primer epicentro de la enfermedad en el mundo, la ciudad de Wuhan (China), enfrentó la emergencia con una gran inversión y medidas rigurosas. Según el estudio de AlTakarli (2020), China ha aprendido importantes lecciones relacionadas con la confrontación de enfermedades como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo – SARS, antes que otros países. Con ello, el país actuó con firmeza después de su primer caso de COVID-19, en el que hubo un alto nivel de compromiso por parte del gobierno chino y las autoridades locales para intervenir e invertir rigurosamente en medidas de contención. Cabe destacar también la eficaz comunicación de las autoridades nacionales de China con su población y la efectividad de sus científicos, que actuaron con rapidez para poner a

disposición datos aún desconocidos sobre el virus. Además de la integración entre instituciones, el liderazgo de las autoridades gubernamentales y la producción de redes de trabajo en colaboración se desencadenaron en la confrontación, incluso ante la condición imprevista de la pandemia.

Esto se acerca a las suposiciones de Nueva Zelanda hechas por Jamieson (2020). El país contó con el liderazgo de su primera ministra, Jacinta Ardern, que unió esfuerzos con sus ministerios, los sectores de salud, Defensa Civil, Gestión de Emergencias y Ciencia para unir fuerzas en la lucha contra el nuevo Coronavirus. Además, el país contaba con un Comité de respuesta al COVID-19, dirigido por representantes de los partidos de la oposición en la legislatura, que trataba de analizar las respuestas dadas por el gobierno. De hecho, Nueva Zelanda ha demostrado que la inversión en equipos de alta densidad tecnológica no es una certeza de eficacia, sino que también es necesario prevenir, actuar con prontitud y rapidez y mantener una buena comunicación con los políticos y el público, además de apoyar y unir fuerzas con la ciencia. El esfuerzo por orquestar la respuesta incluyó la organización de las fuerzas políticas opuestas en la legislatura, construyendo la unidad en la respuesta.

Aún en este camino, se destaca el protagonismo y liderazgo de los líderes de países como Corea del Sur que han experimentado cambios en sus políticas para enfrentar al COVID-19 (YOU, 2020). El país de Corea del Sur es conocido por su organización política unitaria y la limitada autonomía de sus gobiernos locales, teniendo también como característica principal la centralización de su sector de salud pública. De hecho, como informa el autor, el país cuenta con el apoyo del Plan Nacional de Enfermedades Infecciosas, en el que los gobiernos locales dependen del material para ejecutar y gestionar sus planes de afrontamiento bajo la coordinación de su Gobierno Nacional. Otro contexto importante en el país es la asociación público-privada que ha facilitado la aplicación de los métodos de diagnóstico en su territorio y los esfuerzos por vigilar, rastrear e informar a su público sobre la situación del país frente a la pandemia.

En un estudio reciente de Palaniappan, Dave y Gosine (2020), se encontró la similitud entre Corea del Sur e Italia. En los que los dos países

ofrecen a su población un sistema de salud de acceso universal, que trabaja en la prevención de las enfermedades sobre la base de la integralidad, con costos asequibles. De hecho, se sabe que Italia se ha convertido en el país europeo más afectado por el nuevo Coronavirus. Carvalho y Kritski (2020) contextualizan el gobierno centralizado italiano, que ha tomado medidas para hacer frente a la pandemia en el país contando con su sistema de salud descentralizado. Otra medida prioritaria en Italia se refiere a la atención de alta complejidad en relación con el nivel de complejidad bajo, lo que pone de manifiesto el escaso protagonismo de la atención primaria de salud en el país. Tras un primer momento de descoordinación a nivel nacional, el gobierno central y los gobiernos regionales tomaron la delantera en la confrontación, con alianzas regionales y territoriales, generando un aumento de las respuestas, que se mostraron capaces de contener los avances con la curva de contagio avanzada.

Desde otra perspectiva, podemos analizar el escenario peruano, traído por Vázquez-Rowe y Gandolfi (2020). El país sudamericano confió inicialmente en el fuerte populismo de su presidente para responder a la pandemia de manera contundente y luego se enfrentó a un escenario desafiante y preocupante en sus diferentes grupos conocidos por sus culturas únicas. El interculturalismo en la salud es una cuestión relevante y está asociado a la movilización social y local para hacer frente a la pandemia.

En resumen, tenemos las lecciones aprendidas y muchos desafíos que enfrentan los países que fueron estudiados a través de los artículos recuperados en la investigación. A este respecto, Djalante *et al.* (2020) advierten que el retraso en la comprensión de la gravedad de la situación ha distanciado a algunos gobiernos del éxito de sus medidas. En este sentido, los autores traen la realidad del cuarto país más poblado del mundo, Indonesia, donde la organización política y administrativa pone de relieve los efectos de la pandemia en un país altamente habitado. Los autores identificaron que la capacidad de pruebas de la población se ha ampliado lentamente en el país, como resultado de lo cual la pandemia ha puesto de relieve algunas deficiencias en la infraestructura, como la baja disponibilidad de laboratorios y la prestación de servicios a la población. Desde este punto

de vista, en el estudio se demuestra que Indonesia debe basarse en su respuesta centrada en la comunidad y que el Gobierno necesita nuevas medidas para mejorar su eficiencia.

Señalando otra dirección, tenemos el caso de Nepal, donde Poudel (2020) demuestra el papel del Viceprimer Ministro del país en la dirección del Comité de Coordinación de Alto Riesgo. Este Comité ha organizado respuestas para prevenir y controlar la enfermedad en el territorio nacional. El Ministerio de Salud, junto con la población y las organizaciones de la sociedad civil del país, elaboró varias estrategias para controlar el virus y difundir información al público. En el estudio se destaca la importancia del liderazgo de las autoridades gubernamentales en la organización de respuestas sólidas y coherentes, con una participación relativamente cohesiva de las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil.

Las características de la India aportadas por Ramachandran y Kalaivani (2020), dicen que el país ha adoptado enfoques centrados en la atención primaria de la salud para las pruebas y la atención comunitaria a través de su Plan Nacional de Contención para COVID-19. Señalaron que el país ha dado buenas respuestas desde el principio, pero advierten que se trata de una tarea difícil y que el país debe sostener estrategias para reducir al mínimo los efectos de la enfermedad en la India.

Al mismo tiempo, tenemos el caso del Gobierno de Taiwán, que pudo reconocer la crisis, así como el de China, que aplicó las medidas ya utilizadas en el brote de SARS en 2004. La experiencia adquirida permitió centrarse en las respuestas al COVID-19 en la comunicación directa entre las autoridades nacionales, regionales y locales, así como en la lucha contra la desinformación. Otro atributo importante del país es el Centro de Mando Central de Epidemias (CECC), que coordinó los esfuerzos de varios ministerios taiwaneses para controlar la enfermedad en el país. Gracias a estas medidas, el Gobierno de Taiwán se ha convertido en un ejemplo por su organización y su capacidad de respuesta a las emergencias (WANG *et al.*, 2020).

En vista de los entendimientos traídos por Henriques y Vasconcelos (2020), podemos entender el contexto brasileño para enfrentar la crisis causada por COVID-19. los autores advierten sobre los hitos políticos que

se han producido desde las elecciones de 2018, que han dado lugar a varias diferencias en su población. También se evidencian los esfuerzos por controlar la enfermedad en Brasil, que tiene como fuerte atributo su Sistema Único de Salud, conocido por su alta capilaridad de Atención Primaria de Salud y que cuenta también con el Programa Nacional de Inmunización, además de basarse en la integralización y descentralización de la salud, medidas que estimulan la participación social, la Vigilancia Epidemiológica, entre otros atributos. Anteriormente, el Brasil no tenía un plan de emergencia centrado en enfermedades como el COVID-19, por lo que el Plan de lucha contra el virus de la gripe se utilizó para orientar las acciones de las intervenciones en el país. Al comienzo de la pandemia en Brasil, se creó el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) para organizar el trabajo de los sectores del Ministerio de Salud durante la pandemia. Sin embargo, las respuestas a la pandemia tuvieron como característica principal la divergencia de iniciativas y una importante disputa cultural sobre la enfermedad, sobre la gravedad, las consecuencias y la relevancia de la salud en el conjunto de iniciativas gubernamentales.

## **EJE 2: Medidas de impacto internacional**

La situación de emergencia instalada por el COVID-19 obligó a los países a actuar con medidas estrictas en respuesta al virus. En China, la primera respuesta a la enfermedad fue vigilar los casos y difundir los informes locales relacionados con el bloqueo de la ciudad de Wuhan. Estas medidas permitieron controlar la propagación del virus y permitieron a algunos países vigilar la situación del virus en China para organizar sus respuestas al virus con antelación (ALTAKARLI, 2020).

Nueva Zelandia adoptó la monitorización de la situación en China para orientar las medidas en el país, aconsejó la evacuación y el aislamiento de los neozelandeses de las regiones afectadas, además, el país también se adhirió al cierre de las fronteras para todos los países (JAMIENSON, 2020). Australia también restringió todos los viajes desde el país a fin de evitar la importación del virus. En marzo de 2020, el Gobierno australiano planificó

varias medidas en las que se exigía a los viajeros que llegaban de destinos internacionales que se pusieran en cuarentena y se cerraban las fronteras (PRICE *et al.*, 2020).

También se ha examinado la relación entre los países como una alternativa para aunar esfuerzos contra la enfermedad. En este sentido, algunas naciones han mantenido una buena comunicación, como Serbia, descrita en Šantiæ y Antiæ (2020), los autores demuestran el vínculo entre el país y otras naciones que ha proporcionado a Serbia la ayuda humanitaria de Rusia y el apoyo constante de China con el suministro de epidemiólogos, médicos, equipos y suministros. Este apoyo ha creado un vínculo humanitario entre los países europeos y asiáticos, en el que el presidente serbio ha destacado la confraternidad entre los países. Los vínculos establecidos fueron vistos con buenos ojos por el público que, junto con el Sistema de Salud Pública de Serbia, dieron lugar a la disminución de la propagación del virus en el territorio.

Taiwán también dio prioridad al control fronterizo, utilizó los datos de las tarjetas de entrada de extranjeros para identificar los antecedentes de viaje recientes en las zonas afectadas, creó medidas de cuarentena en los casos sospechosos y permitió que los hospitales, clínicas y farmacias tuvieran acceso a los antecedentes de viaje de los pacientes (WANG, 2020).

### **EJE 3: Información y movilización de la sociedad**

La pandemia causada por el nuevo Coronavirus trajo consigo importantes retos y aprendizajes. Recientemente se ha discutido mucho sobre la creciente desinformación asociada con las noticias falsas y las infodemias que ha disminuido la capacidad de respuesta de la población, lo que dificulta el establecimiento de soluciones al enfrentamiento de COVID-19. Teniendo esto en cuenta, varios estudios abordan la importancia del compromiso de la población para aumentar el sentido colectivo y la difusión de noticias esclarecedoras destinadas a educar a la sociedad como atributos fuertes para hacer frente a la pandemia.

Palaniappan, Dave y Gosine (2020) valoraron el alto nivel de educación de los surcoreanos, considerados los más alfabetizados del mundo.

Este hallazgo, combinado con el uso acostumbrado de la máscara en el país, se convirtió en un facilitador para que la población colaborara en el enfrentamiento de COVID-19.

Teniendo en cuenta los aspectos de la comunicación, el gobierno de China adoptó el movimiento “Quédese en casa”, que buscaba el apoyo de la comunidad para evitar el tráfico en el territorio del país. Señalando esta misma estrategia, el gobierno de Nueva Zelanda puso a disposición información relacionada con la enfermedad en su país y juntos propusieron un enfoque muy innovador, el llamado “Unidos contra COVID-19” que se encargó de aumentar el sentido colectivo y favoreció la aprobación por parte de la población de las medidas presentadas por el gobierno local (JAMIENSON, 2020).

En este entendimiento, también podemos citar la importante lección que Taiwán aprendió de la experiencia del SRAS, como lo señalaron Wang y otros (2020) el país tuvo un aprendizaje constante como la creación de medios de acciones rápidas y sensibles a la población y el fortalecimiento de la comunicación pública. Estos esfuerzos y las lecciones aprendidas han ayudado al país a obtener mejores respuestas iniciales al COVID-19 al validar la importancia de la comunicación como estrategia.

Por otra parte, el bajo papel constructivo del Presidente del Brasil en la dirección de una respuesta basada en la ciencia y las recomendaciones internacionales se puso de relieve en el estudio de Henriques e Vasconcelos (2020), en el que se mencionó la difusión de información errónea al público brasileño procedente de entrevistas con el Gobierno que en ocasiones trataban de minimizar la gravedad del COVID-19 cuestionando las estrategias de mitigación adoptadas por los gobernadores de los estados brasileños que se han autoorganizado en sus territorios para controlar el virus.

#### **EJE 4: Control de la difusión**

La lucha contra la propagación del virus consiste en acciones variadas y combinadas, estas medidas han sido adoptadas enérgicamente en varios países. En resumen, de los estudios analizados se desprende que la vigilancia

epidemiológica y las medidas de reducción de la movilidad, como el distanciamiento social y la cuarentena, se aplicaron de hecho en la mayoría de los territorios estudiados por los autores consultados.

La organización de la capacidad de realizar pruebas diagnósticas asociados a la vigilancia de los casos es una medida importante para reducir la propagación del virus. Un ejemplo de ello son los esfuerzos sin precedentes de Corea del Sur, que se organizó creando centros de detección de paso, estaciones de detección de paso, aplicaciones de autodiagnóstico y centros de tratamiento comunitario, y adoptó el plan nacional de enfermedades infecciosas que dio al país la desaceleración de la difusión de COVID-19 en su territorio (YOU, 2020).

China ha programado diversas medidas para controlar la propagación del virus en su territorio, como la investigación de casos y la vigilancia a gran escala, para lo cual ha recurrido a una fuerte inversión en epidemiología junto con la vigilancia mediante cámaras en las calles para identificar los casos y el incumplimiento de las medidas impuestas. Además, el país ha actuado con la creación de estrategias de salud pública conciliadas con la vigilancia de los casos y contactos confirmados, además de mantener una comunicación eficaz con los científicos locales, la desinfección en los espacios públicos, la cuarentena a gran escala, el sistema nacional de información diaria y las visitas in situ en las zonas afectadas (ALTAKARLI, 2020).

Por otra parte, la principal estrategia de la India fue la creación del Plan Nacional de Contención para el COVID-19, la cuarentena domiciliaria en los primeros casos positivos en el país, la detección en el aeropuerto, el cierre de escuelas y universidades, el bloqueo nacional durante 21 días seguido del cierre, la aplicación de directrices para las pruebas del SARS-Cov-2, para el tratamiento domiciliar y directrices nacionales para la detección de pacientes sintomáticos (RAMACHANDRAN; KALAIVANI, 2020).

### **EJE 5: Medidas de protección física y psicosocial**

En este eje se destaca la categorización de las medidas dirigidas a los ciudadanos en general, a los trabajadores y a las áreas clave y a la población más vulnerable.

**– De los ciudadanos en general**

En este contexto, los indonesios han respondido a la pandemia quedándose en casa, adoptando medidas para higienizar sus manos y siguiendo el llamamiento de las iglesias que respondieron a las directrices del gobierno y pidieron al público que siguiera las pautas de distanciamiento social. Además de los hechos, la población ha mostrado una mirada de gratitud a su “ejército de la salud” en alusión al alto perfil de los profesionales de la salud en la lucha contra la pandemia causada por el COVID-19. El autor demuestra que Indonesia debe basar su respuesta en su comunidad y que el Gobierno necesita nuevas medidas para mejorar su eficiencia en este contexto.

En la India se crearon directrices para estimular el protagonismo de la población, especialmente para respetar las medidas de distanciamiento social. Los autores también destacan la educación sanitaria como aliada en este proceso de reducción de la propagación del virus en los territorios (RAMACHANDRAN; KALAIVANI, 2020).

**– De los trabajadores de la salud y las áreas esenciales:**

En tiempos de la pandemia COVID-19 se ha discutido mucho sobre la protección del profesional de la salud debido al riesgo de infección y diseminación del virus entre estos profesionales que, de hecho, están muy expuestos diariamente. En este entendimiento, el tema también abre debates sobre la valoración de los profesionales de primera línea. En algunos estudios, los autores mencionan medidas locales para proteger la clase de equipo de salud.

En Corea del Sur, el gobierno ha dado prioridad a los trabajadores de la salud. Para estos profesionales, se crearon directrices operativas para el trabajador, la provisión de EPI y la asistencia financiera como compensación (YOU, 2020). Siguiendo el mismo camino, China también reconoció la importancia de evitar el riesgo de contaminación entre sus profesionales de la salud. Con este fin, el Gobierno adoptó medidas de vigilancia para los trabajadores de la salud y puso a disposición medidas de protección en las unidades sanitarias del país, que culminaron en la reducción de la propagación del virus en los hospitales.

– **De la población más vulnerable**

La relación entre ciudadanos y refugiados fue mencionada por Šantiæ y Antiæ (2020) en Serbia, donde el autor habla de la xenofobia y el temor a la propagación del virus entre estos grupos en Serbia, estos hechos han incrementado el movimiento anti-migratorio en el país, donde el autor afirma que no hay manera de hacer frente a esta situación en el país. En cuanto a los serbios en situación de riesgo económico, se abordó la información sobre el apoyo económico en el país, que elaboró varias respuestas, siendo la más controvertida el suministro de 100 euros a los ciudadanos adultos con mayor edad y ancianos. Esas medidas han generado una sensación de insatisfacción entre algunos ciudadanos serbios.

En este tema, también podemos analizar el escenario peruano, traído por Vázquez-Rowe y Gandolfi (2020), el país sudamericano retrata un escenario desafiante y preocupante también experimentado por algunos de sus países vecinos. A este respecto, podemos destacar su deficiente sistema de salud y el enorme desafío que supone para el país responder económicamente durante este difícil período. Sobre este tema, el artículo trae la preocupación del autor por los trabajadores domésticos y también los medios para ayudar a los refugiados y migrantes acogidos en el país. Frente a este escenario, podemos observar que la falta de apoyo a los grupos sociales ha distanciado al Perú de las cooperativas de su población y ha disminuido su eficacia en las acciones para combatir el COVID-19. Sin embargo, según el autor, estas ineficiencias han exacerbado los problemas sociales endémicos del país. Esto nos hace pensar que además de actuar con medidas rápidas y eficientes, es necesario dar respuestas sociales que protejan a todos los grupos de población.

Es sabido que los ancianos son los más afectados por el nuevo Coronavirus. Como resultado, los países con una alta tasa de envejecimiento tienden a sufrir mayores impactos que los países con una población más joven. Conocido como un país con un alto índice de personas de edad, Italia ha seguido la rápida evolución del virus en su territorio que ha sufrido la escasez de camas de hospital. Para satisfacer la demanda, el gobierno de Lombardía ha ordenado a los asilos de ancianos que admitan a personas

mayores menos agravadas por el COVID-19. Esta controvertida medida no fue atendida por muchos y abrió varios debates sobre la importancia de las medidas de probada eficacia en los asilos de ancianos (CARVALHO; KRITSKI, 2020).

### **EJE 6: Expansión de la capacidad del hospital**

Uno de los principales objetivos de las respuestas de los países es evitar el colapso de su sistema de salud, especialmente del sistema altamente complejo. La ampliación de la capacidad de los hospitales es una alternativa que muchos utilizan para mejorar y garantizar el apoyo en los casos de progresión de enfermedades graves.

En el Brasil, el Ministerio de Salud ha contratado nuevas camas e invertido en insumos para mejorar su capacidad de atender a los pacientes que empeoran a causa de la enfermedad. Según los autores Henriques y Vasconcelos (2020), los gobernadores locales han organizado la capacidad de los hospitales en sus estados ampliando las camas y comprando materiales. A pesar de ello, la ciudad de Manaus, capital del Amazonas, se derrumbó ante el creciente número de casos, lo que demuestra que el COVID-19 fue insuficiente para atender todos los casos graves. Debido a los hechos, el municipio fue testigo de un alto número de muertes en hogares que ni siquiera recibieron asistencia médica.

Antes del Brasil, Italia era considerada una de las regiones europeas que más sufría la progresión del virus. Carvalho y Kritski (2020) destacaron el sufrimiento de los italianos por la falta de equipo, insumos y camas de hospital. Los autores sostienen que otros países difícilmente podrían responder eficazmente a esa demanda en un corto período de tiempo. Por esta razón, el escenario abruptamente letal se atribuyó a la elevada tasa de ciudadanos de edad avanzada en el país, que, como es sabido por todos estos grupos, se consideran factores de riesgo para el empeoramiento de la enfermedad.

En cambio, la ciudad de Wuhan, considerada el primer epicentro del mundo, construyó en 10 días un hospital con capacidad para 1.000 pacientes. Ante la insistencia de ampliar su capacidad, se construyó otra unidad

hospitalaria donde más de 1500 personas recibirían la atención. Además, China construyó varios otros hospitales en su territorio, lo que demuestra su preocupación por proporcionar atención a todos sus ciudadanos infectados por el nuevo Coronavirus (ALTAKARLI, 2020).

### **EJE 7: Modelos de evaluación utilizados**

Este eje indica los modelos de evaluación utilizados en los estudios analizados. Aunque es preliminar indicar el problema local evaluado por los autores, el conocimiento de la escala de los análisis indicados en los estudios permite comprender las singularidades entre los diferentes segmentos, los modelos de organización y las respuestas locales evaluadas durante la confrontación con la pandemia.

Así pues, el método descriptivo para narrar las medidas locales para hacer frente a la pandemia de COVID-19 se utilizó con frecuencia en prácticamente todos los estudios. A este respecto, también se destaca un amplio dimensionamiento de los aspectos analizados y descritos en los estudios. Cabe mencionar, por ejemplo, los enfoques que exploran la información sobre datos epidemiológicos (número de infectados, muertes y recuperaciones), los informes sobre la etapa de la pandemia en los territorios, los informes de vigilancia, las instalaciones sanitarias y las características de la labor de los profesionales de la salud, las medidas sanitarias, los discursos e informes del gobierno, así como las características relacionadas con el sistema político y social de salud local. Como consecuencia de la realidad local, también se observó que algunos investigadores trataban de profundizar y contextualizar las producciones narrativas que contenían información sobre la sociedad y la política locales.

### **Conclusiones y contribuciones**

La pandemia del COVID-19 se ha convertido en un motivo de preocupación en varios países, donde pocos han logrado escapar a sus efectos. En vista de ello, hemos observado la importancia de la gestión gubernamental ante el escenario actual y las muchas lecciones que esta

emergencia nos ha traído. Ahora más que nunca es necesario aprender a actuar con eficacia en los desafíos futuros. En este entendimiento, podemos citar la importante lección que Taiwán aprendió de la experiencia del SARS en 2003, como lo señalan Wang y otros (2020), el país tuvo un aprendizaje constante que se convirtió en esfuerzos que ayudaron al país a obtener mejores respuestas iniciales al COVID-19 reduciendo la propagación del virus en su territorio.

Al observar los estudios examinados y mencionados, podemos comprender que algunos países tuvieron una buena aplicabilidad en términos de respuesta y resultados obtenidos. En este contexto, podemos destacar la respuesta de algunos países como China, que demostró al mundo que las acciones rigurosas e inmediatas pueden garantizar una buena respuesta. En el mismo sentido, Nueva Zelanda ha aportado importantes enseñanzas para hacer frente a la enfermedad, donde se ha visto que ha superado sus problemas gracias a la capacidad de recuperación en los períodos emergentes y ha actuado con prontitud y rapidez para tener éxito en sus intervenciones.

En vista de los hechos mencionados, las premisas descritas señalan en general que es importante reconocer la crisis, actuar con prontitud y rapidez, además de buscar apoyo, valorar los grupos de población y su interculturalidad, invertir rigurosamente en la prevención y el tratamiento, y valorar y educar a su población para que sea un aliado fuerte en la lucha contra la pandemia. Este estudio contribuye al conocimiento del enfrentamiento del COVID-19 en varias localidades y, debido a la escasez de estudios relacionados, se hace indispensable la realización de nuevos estudios que analicen las intervenciones entre países en el enfrentamiento al nuevo Coronavirus.

## **Bibliografía**

- ALTAKARLI, N. S. China's Response to the COVID-19 Outbreak: A Model for Epidemic Preparedness and Management. **Dubai Medical Journal**, p. 1-6, 2020.
- CARVAJAL-TAPIA, A. E.; CARVAJAL-RODRIGUEZ, E. Producción científica en ciencias de la salud en los países de América Latina, 2006-2015: análisis a partir de SciELO. **Rev. Interam. Bibliot.**, Medellín, v. 42, n. 1, p. 15-21, 2019.

CRUZ, J. A. da *et al.* • Análisis comparativo de las respuestas a COVID-19 en la escena internacional: pruebas de la ciencia

CARVALHO, A. C. C.; KRITSKI, A. Comunicação curta: Aprendendo com a experiência italiana em lidar com COVID-19. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 53, p. 3-5, 2020.

DJALANTE, R. *et al.* Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. **Progress in Disaster Science**, v. 6, p. 100091, 2020.

FERLA, A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GE, H. *et al.* The epidemiology and clinical information about COVID-19. **Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 39, n. 6, p. 1.011-1.019, 2020.

GONZÁLEZ-JARAMILLO, V. *et al.* Projeções do impacto da pandemia COVID-19 sobre a população colombiana, segundo medidas de mitigação. Dados preliminares de modelos epidemiológicos para o período 18 de março a 18 de abril de 2020. **Rev. Public Health**, Colômbia, v. 22, n. 2, p. 1-6, 2020.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, 2020.

JAMIESON, T. “Go Hard, Go Early”: Preliminary Lessons From New Zealand’s Response to COVID-19. **Am. Rev. Public. Adm.**, p. 1-8, 2020.

LOAIZA, J. R. *et al.* Pandemia de COVID-19 no Panamá: lições dos riscos únicos e oportunidades de pesquisa para a América Latina. **Rev. Panam. Salud Publica**, Panamá, v. 44, p. 1-5, 2020.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 26-27.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe: Coronavírus é caracterizado como Pandemia**. mar. 2020a. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)>. Acesso em: 28 set. 2020.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel da doença de Coronavírus da OMS**. 2020b. Disponível em: <<https://covid19.who.int/table>>. Acesso em: 28 set. 2020.

PALANIAPPAN, A.; DAVE, U.; GOSINE, B. Comparando os sistemas de saúde da Coreia do Sul e da Itália e as iniciativas para combater o COVID-19. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 44, p. 1-5, 2020.

POUDEL, S. Epidemiological Characteristics of Confirmed Cases and Nepal's Response for Prevention and Control of COVID-19. **Internet J. Allied Health Sci. Pract.**, v. 10, n. 1, p. 30-35, 2020.

PRICE, D. J. *et al.* Early analysis of the Australian COVID-19 epidemic. **medRxiv**: 2020.

RAMACHANDRAN, P.; KALAIVANI, K. Resposta do sistema de saúde à epidemia de COVID-19 na Índia. **Ann. Natl. Acad. Med. Sci.**, v. 2, [S. N.], p. 67-76, 2020.

ŠANTLÆ, D.; ANTLÆ, M. Serbia in the time of COVID-19: between “corona diplomacy”, tough measures and migration management. **Eurasian Geogr. Econ.**, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

VÁZQUEZ-ROWE, I.; GANDOLFI, A. Peruvian efforts to contain COVID-19 fail to protect vulnerable population groups. **Public. Health Pract.**, v. 1, p. 100.020, 2020.

WANG, C. J.; NG, C. Y.; BROOK, R. H. Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. **JAMA**, 2020.

YAMAKAWA, E. K. *et al.* Comparativo dos softwares de gerenciamento de referências bibliográficas: Mendeley, EndNote e Zotero. **Transinformação**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 167-176, aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-37862014000200167&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-37862014000200167&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2020.

YOU, J. Lessons From South Korea's COVID-19 Policy Response. **Am. Rev. Public Adm.**, p. 1-8, 2020.

# Respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras ante el COVID-19: enfoques de la epidemiología crítica

*William Genderson Barquero Morales*

*Walter Perdomo Aguilar*

*Alcindo Antônio Ferla*

## **Introducción**

El COVID-19 ha demostrado de gran manera la deficiencia de un sistema mundial asimétrico, depredador, excluyente y deshumanizante; lo que ha permitido ver las determinaciones de salud y enfermedad, la reproducción social, y un metabolismo sociedad/naturaleza viciado y al borde del colapso. Esta situación ha llevado a un colapso social que lleva a un conflicto cognitivo del porqué y para que los modelos de salud pública de cada uno de los países. Por ende, se plantean interrogantes tales como ¿Cuál será la nueva normalidad de esta situación a nivel mundial? ¿serán las respuestas territoriales planteadas por organismos internacionales las correctas?, ¿Será que los modelos de salud de cada país tienen la fuerza necesaria y la organización suficiente para brindar salida a la necesidad del contexto?, entonces ¿Cuál es nuestra nueva realidad?...

En el marco de la epidemiología crítica internacional y de los contextos que implican cada uno de sus ejes de alcance, se lleva a cabo en este ensayo un análisis descriptivo de la pandemia de COVID-19 y su implicancia en el contexto local, rescatando en este análisis la importancia y el impacto de las estrategias basadas en el modelo de salud familiar y comunitario de país, que ha permitido continuar con todas las actividades económicas con normalidad.

Sobre la pandemia y sus consecuencias en las sociedades, existe cierto consenso en que ha explicitado una crisis civilizatoria (FERLA *et al.*, 2020),

con componentes sanitarios y humanitarios, pero sobre todo que hace visible el agotamiento de la forma en que se establecen las relaciones sociales en el sistema productivo vigente, especialmente la lógica de acumulación y naturalización con la que se distribuyen las condiciones adversas de vida y salud en los diferentes territorios.

Svampa (2020), también expresa que resulta difícil pensar que el mundo anterior a este año de la gran pandemia fuera un mundo “sólido”, en términos de sistema económico y social. El coronavirus nos arroja al gran ruedo en el cual importan sobre todo los grandes debates societales: cómo pensar la sociedad de aquí en más, cómo salir de la crisis, qué Estado necesitamos para ello; en fin, por si fuera poco, se trata de pensar el futuro civilizatorio al borde del colapso sistémico.

Estos argumentos nos permiten ver que la vida y la rutina diaria de la población cambian, teniendo así un impacto mundial y de futuro, que marcará las nuevas formas de vida de las generaciones futuras. Podemos afirmar con lo que plantea Santos (2020), que la pandemia actual no es una situación de crisis claramente opuesta a una situación “normal”, anterior a ella.

Podemos ver que este capitalismo neoliberal sigue cavando en la explotación y manipulación de una parte de las sociedades, mismos que afectan directamente los aspectos económicos de los países llevándonos a una catástrofe ecológica (SANTOS, 2020), elementos que expresa Basile (2020a) como “La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social como proceso determinante de la emergencia de COVID-19 a partir del metabolismo Sociedad-Naturaleza (...) la brutal y acelerada depredación de la sociedad sobre la naturaleza es quizás la mayor amenaza hoy a la salud colectiva”, por consiguiente, nos ponen en una situación vulnerable ante situaciones de salud de esta magnitud.

Los antes expuesto permite entender que el neoliberalismo enmascarado de globalización ha condicionado la salud internacional panamericana por los intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como centrales o desarrollados (ARAGÓN, 2006 apud BASILE, 2020b); que implica de alguna manera visibilizar o invisibilizar en la agenda global, según el caso, los procesos de salud enfermedad que

genera el propio sistema mundo imperante, es decir, las determinaciones globales de la salud y la vida en el planeta (BREILH, 2013).

Por tanto, al cuestionar la vigencia de una mirada colonial sobre el COVID-19, de mirarse en espejo a la “catástrofe” epidémica de Europa y Estados Unidos, refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia desde la salud internacional sur-sur para poner en el centro el papel que juegan otras determinaciones internacionales en la producción de la enfermedad, en los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza, el neoliberalismo y capitalismo del desastre (BASILE, 2020b).

Esta reflexión permite un acercamiento real de las respuestas territoriales, en relación al COVID-19, lo que permite evidenciar que el modelo de salud expuesto por los países desde la conceptualización de atención primaria en salud no cobra fuerza a menos que las autoridades de país y los líderes comunales interioricen de la verdadera necesidad de la salud colectiva y puedan ver la realidad de las comunidades desde su propio contexto.

No cabe duda de que vivimos una “guerra mundial” contra la pandemia de la COVID-19 y que esta solo es superada por la pandemia de la manipulación y la desinformación de los grandes medios de comunicación en el mundo. El análisis comparativo de las condiciones de respuesta en diferentes contextos permite identificar el fenómeno de la pandemia y sus consecuencias en la vida de los individuos y las colectividades también por los aspectos que movilizan las respuestas y los intereses que interfieren con los diferentes patrones de respuesta (FERLA *et al.*, 2000). El objetivo de este artículo es analizar comparativamente las respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras, en el marco de un estudio comparativo de los sistemas de salud (FERLA *et al.*, 1999) que incluye también otros estudios.

## **Contexto y Ámbito**

De acuerdo a Ugalde y Homedes (2007), en la interpretación más idónea de la Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que el Estado tiene como principal responsabilidad asegurar que la organización

social y económica no sean un obstáculo para el bienestar y la salud de los ciudadanos. Y por tanto el estado debe de

garantizar acceso a una vivienda digna y saludable; a una alimentación que satisfaga las necesidades nutricionales; a agua potable y a sistemas adecuados de eliminación de excretas y residuos industriales; y debe también: velar para que las actividades industriales no pongan en peligro la salud de la población a través de la contaminación medioambiental; exigir condiciones laborales que no pongan en peligro la salud del trabajador; y en general, facilitar la adopción de comportamientos saludables por parte de la población (UGALDE; HOMEDES, 2007, p. 34).

Además, cuando un ciudadano sufre una enfermedad o accidente, tiene el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para recuperar su salud y, si ello no es posible, reducir el sufrimiento. Sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos, las constituciones garantizan a los ciudadanos el derecho a la salud. Pero los gobiernos han interpretado lo que significa tener derecho a la salud de una forma muy limitada. Entendiéndose esta visión limitada como el acceso a algunos servicios de atención primaria. A su vez, Ugalde y Homedes (2007) afirma que, desde Alma Ata ha habido numerosas evaluaciones de los sistemas de salud de casi todos los países de la región.

De estos estudios se puede concluir que los gobiernos no han querido enfrentarse a los grupos que representan intereses especiales de empresas, organizaciones profesionales y sindicatos, cuando los intereses de éstos van en contra de la salud de los ciudadanos. Lo antes expuesto nos permite entender entonces que los sistemas de salud deben tener en consideración todos los aspectos relacionados a las determinantes sociales o visto desde una concepción más amplia el contexto epistémico, epidemiológico, político, económico, cultural y otros y donde su accionar atraviesa toda y cada una de estas áreas (LONDOÑO; FRENK, 1997).

Todos estos contextos han llevado consigo una revolución filosófica desde el nodo sur sur, permitiendo reflexionar ampliamente sobre estas temáticas y permitiendo de esta forma el desarrollo de nuevos paradigmas filosóficos encaminados a la epidemiología, tal como es la Epidemiología Crítica. La que conlleva en sí una categoría denominada Determinación Social, la que se relaciona con otras categorías tales como reproducción

social y metabolismo sociedad Naturaleza, donde estas tres categorías logran formar un eje teórico para la ruptura de la Salud Pública desde los conceptos errados (BREILH, 2013).

Por eso la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados. En esa medida la disciplina comparte con todas las demás, la característica consustancial de toda ciencia de ser una operación simbólica, y por lo tanto es "...una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad" (BREILH, 2013).

Estos contextos nos permiten reflexionar que la poca reflexión de los gobiernos sobre el tema de la salud como un bien común de todos y todas las personas, a dado lugar a un sin número de procesos de salud que deberían de ser visitados tales como los diferentes momentos históricos donde la raza humana se ha visto enfrentada con diferentes tipos de pandemias, comenzando por la peste negra en la Edad Media Más recientemente, todos evocan la gripe española (1918-1919), la gripe asiática (1957), la gripe de Hong Kong (1968), el VIH / Sida (desde la década de 1980), la gripe porcina AH1N1 (2009), el SARS (2002), el ébola (2014), el MERS (coronavirus, 2015) y ahora el COVID-19 el cual da inicio a mediados de noviembre del 2019. Para las Américas se convierte como para el mundo la pandemia se ha salido de las manos ya que no hay evidencias que puedan ayudar a mitigar dicha situación, por tal razón, es un reto complejo para cada uno de los países el poder encontrar las mejores estrategias para el abordaje de la pandemia.

Parte de estas estrategias han sido declaradas, sin embargo, deben de ser apropiadas por los diferentes gobiernos, tal elemento lo podemos ver en el 2003, cuando Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió un proceso de análisis y evaluación de la Atención Primaria de la Salud (APS) que permitió extraer las lecciones aprendidas en esos 25 años. Como resultado del proceso se elaboró una propuesta que hoy se conoce como APS renovada y se complementa con las Redes Integradas de Servicios de Salud y Sistemas de Salud basados en la APS (OMS, 2005).

No obstante, este proceso necesita cambios sustanciales: pasar del paradigma de la enfermedad al de la salud; fortalecer los sistemas públicos y universales de salud y los nuevos modelos de atención y gestión, integral y participativo, con real participación de las comunidades y organizaciones sociales. Sería necesario cambiar el modelo flexneriano de formación de profesionales de la salud, centrado en la enfermedad y con una visión fragmentada que conduce inevitablemente a la sub especialización, marcada por formas de práctica cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas.

Para esto Feo (2019) plantea la reconceptualización y construcción de la APS a partir de la integralidad; asumiendo el cuidado integral como una combinación de categorías conceptuales: derecho, determinación, interculturalidad y género; de estrategias de acción: promoción, prevención, curación y rehabilitación; a lo largo de todo el ciclo vital, del nacimiento a la muerte, y en los diversos espacios de la vida social: laboral, comunitaria, familiar, y en el plano individual; con *participación social verdadera*, concebida como una cuestión de poder, de capacidad real para decidir y eje transversal del nuevo modelo de atención.

A partir de estos conceptos y nuevas perspectivas y planteamientos en relación a la APS renovada Nicaragua a partir de la toma de gobierno por el Frente Sandinista de Liberación Nacional a cargo del Comandante Daniel Ortega Saavedra, se encuentra nuevamente ante la oportunidad histórica de hacer efectivo su Derecho a la Salud, para ello se requiere de transformaciones que parten desde la acción individual hasta la dimensión global del Sistema de Salud, lo que significa romper con la relación desigual entre proveedores y usuarios de la salud orientada por el Modelo Neoliberal gestado en los últimos 16 años, concebido como “*tanto tienes (o pagas), tanto obtienes*”, subordinando los principios básicos de la salud a formas organizativas perpetuadas de racionalidades económicas.

Para este, se necesita trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada con principios de humanidad, hermandad que se afiancen desde la acción de las personas, las familias, las organizaciones sociales, los actores sectoriales e intersectoriales públicos y privados para asegurar la salud en la comunidad de todas y todos los nicaragüenses.

En el caso de Honduras en su modelo de salud claramente plantea que su modelo transita de un sistema nacional de salud fragmentado, segmentado, excluyente, ineficiente, inequitativo e incapaz de satisfacer las necesidades y demandas de la población nacional, a otro que se caracterice por ser, plural, integrado, regulado y descentralizado, capaz de responder de manera eficiente, eficaz y equitativa a las necesidades y demandas de la población y a una efectiva separación de funciones. Que permita el involucramiento de la familia y comunidad, incluyendo perspectiva de género, la interculturalidad y la diversidad que refuerce la responsabilidad institucional de dar respuesta a las necesidades de la población y que incluya la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria.

Por consiguiente, encontramos evidentemente claro que ambos modelos están basados en una APS renovada que permite el involucramiento de las comunidades y de las personas de la misma como autores principales de su salud, donde el equipo de salud se convierte en facilitadores del aprendizaje del cuidado de la salud.

Entonces es partir de estas evidencias estaremos analizando las acciones y estrategias tomadas por las autoridades sanitarias de ambos países, retomando su principio de centralización en el bien común de las comunidades y tomando en consideración su participación activa en cada uno de los procesos, por consiguiente las recomendaciones internacionales sobre la situación endémica de los países no fueron consideradas en su totalidad y fueron consideradas las características propias de cada país nación, es decir, tomaron en consideración nuestra cultura, nuestra situación económica y política, además de las realidades de los ministerios de salud de cada país.

Estos planteamientos nos permiten reflexionar y analizar las respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras ante el COVID-19 desde una perspectiva epidemiológica crítica.

Tomando en consideración los siguientes elementos: Ejes rectores de los modelos de salud en Nicaragua y Honduras, estrategias declaradas por Nicaragua y Honduras en el abordaje del COVID-19 indicadores de

contagio, enfermedad y muerte a la luz de las estrategias implementadas por los gobiernos de Nicaragua y Honduras.

### **Fundamentación teórica**

Breilh (2013), plantea que la epidemiología de lo urbano requiere comprender los vínculos y diferencias de tres dimensiones del análisis que, si bien están estrechamente relacionadas, tienen su especificidad: espacio, geografía urbana y ecología urbana.

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación. Ese desafío lo iniciamos en los años '70 para entender las implicaciones epidemiológicas del principio dialéctico: “la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente” (BREILH, 2013).

Por consiguiente, la conexión entre lo biológico y lo social, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social (BREILH, 2010). Es decir, desde la perspectiva de la epidemiología crítica, la salud urbana como objeto de transformación es por tanto un proceso complejo y dialéctico.

Por otra parte, el ser humano establece con la naturaleza un intercambio dinámico doble: un intercambio material específico, ecológico, y un intercambio social general regulador, de “relaciones universales, de necesidades de todos los aspectos y de capacidades universales” (BREILH,

2010). Dicho proceso, definido como un metabolismo, entre el ser humano y la naturaleza implica que la naturaleza actúa sobre el exterior y lo cambia cambiando simultáneamente su propia naturaleza.

El metabolismo entre la naturaleza y la sociedad comienza cuando los seres humanos socialmente agrupados se apropian materiales y energías de la naturaleza (input) y finaliza cuando depositan desechos, emanaciones o residuos en los espacios naturales (output). Entre estos dos fenómenos ocurren además procesos en las “entrañas” de la sociedad por medio de los cuales las energías y materiales apropiados circulan, se transforman y terminan consumiéndose. Por lo anterior, en el proceso general del metabolismo social existen tres tipos de flujos de energía y materiales: los flujos de entrada, los flujos interiores y los flujos de salida. El proceso metabólico se ve entonces representado por cinco fenómenos que son teóricos y prácticamente distinguibles: la apropiación (A), la transformación (T), la distribución (D), el consumo (C) y la excreción (E).

Por lo tanto, la epidemiología crítica da un giro de ciento ochenta grados a la visión convencional de la salud, puesto que rompe con la lógica lineal y fragmentaria de la vieja epidemiología que coloca en el centro a la persona aislada y la considera rodeada de factores externos o “riesgos”, los cuales son unas veces calificados como “causas sociales”, otras como “causas ambientales” y hasta como “causas de las causas” de un entorno que rodea a los individuos. Desde esa óptica, el trabajo de la epidemiología es apenas agrupar a las personas según sus atributos individuales y mirar cómo estos se correlacionan con riesgos o causas.

Por el contrario, la epidemiología crítica construye su mirada desde la complejidad y asume la salud como un proceso multidimensional constituido por el movimiento e interrelación entre procesos colectivos e individuales. Eso enlaza: los procesos generales de la sociedad – que definen la lógica de su desarrollo y las grandes formas de relación o metabolismo con la naturaleza; los modos de vida de sus grupos particulares; y los procesos individuales socio-biológicos de sus individuos (BREILH, 2015).

Entonces la epidemiología crítica la podemos definir como un conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman

un movimiento, social e históricamente determinado, los cuales llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o en su condición individual junto con su núcleo familiar para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que generan y reproducen la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provocan en los órdenes general, particular y singular.

Esto debe ser hecho en líneas de acción que signifique, al mismo tiempo, una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y bio-segura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas, que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, y disfrutando del placer y de la espiritualidad. Lo que se asocia directamente con lo planteado en los modelos de salud familiar y comunitaria de los países en estudio.

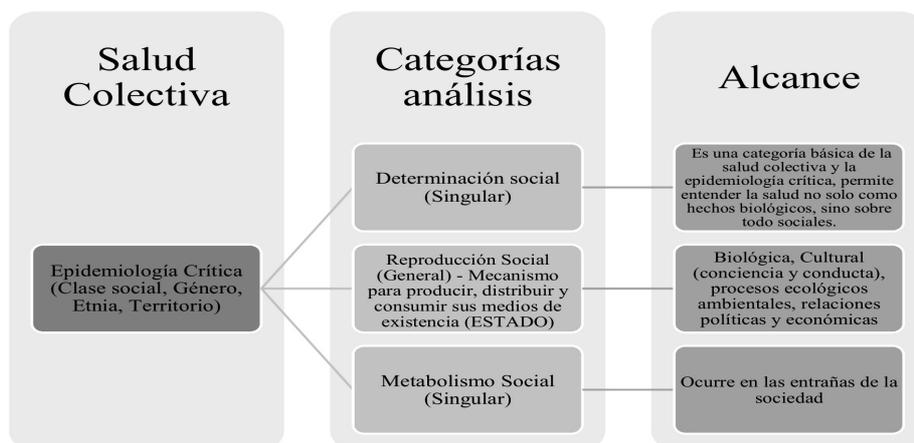
A continuación, encontramos una breve similitud entre la epidemiología clásica y la epidemiología crítica permitiendo de esta manera, entender de manera más clara la transformación de los ejes de análisis de la epidemiología clásica.

**Tabla 1:** Transformación de los ejes de análisis de la epidemiología clásica

EPIDEMIOLOGIA CLASICA	EPIDEMIOLOGIA CRITICA
	Principales autores (Mario Testas; Cristina Laurell, Naomar Almeida, Jaime Breilh, Juan Cesar García, entre otros/as)
• Enfermedad	• Salud
• Persona	• Clase social
• Lugar • Tiempo • Historia natural de la enfermedad • Factores de riesgo • Descriptiva / Pasiva • Unicausal, multicausal, ecológico y determinante	• Territorio social • Historia • Historia <b>SOCIAL</b> de la enfermedad • Procesos protectores / Procesos nocivos • Activa / Transformadora • Crítico, Dialéctico
• Tecnocrático, pasivo y aceptación	• Político, activo y transformador
• Biológica, cultural, ambiental, política/económica	• Determinación social, reproducción social, metabolismo sociedad / naturaleza
• Estilos de vida	• Singular (Individualidad), Particular (comunidad), General (sociedad)

Fuente: Elaboración propia sobre clases del Diploma Superior de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria retomando lo planteado por Feo (2019).

**Figura 1:** Epidemiología Crítica – Síntesis



Fuente: Creación propia.

Esta corriente epistémica requiere comprender los vínculos y diferencias de tres dimensiones del análisis que, si bien están estrechamente relacionadas, tienen su especificidad: espacio, geografía urbana y ecología urbana. Cabe insistir que, en la realidad epidemiológica de la ciudad, no existen objetos puros ni sujetos puros, sino un movimiento entre sujetos que se objetivan y objetos que producen sujetos. Es decir, no hay un espacio urbano de la salud como lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador (BREILH, 2003).

### **Retos de la epidemiología crítica**

- Superar el reduccionismo empírico cuantitativa de la epidemiología clásica;
- Superar el predominio de la lógica euro – antropo céntrica de la epidemiología de transición / Romper con la colonialidad del poder;
- Producir conocimientos que permitan comprender la salud de la población, contribuya a evaluar las políticas y a diseñar estrategias adecuadas de promoción, prevención y control;
- Desarrollar una nueva perspectiva de la relación de los saberes académicos y populares;
- Convertirse en una herramienta de emancipación y transformación social.

### **Metodología**

El artículo se basa en investigaciones documentales, incluidas publicaciones oficiales y científicas, sobre las respuestas a la pandemia, que se basan epistemológicamente en el análisis comparativo de los sistemas de salud (FERLA *et al.*, 2019; HEUFEMANN *et al.*, 2019). La base documental es oportuna en el contexto de la evolución mundial de la pandemia y la producción de conocimientos sobre la misma, ya que es necesario tomar decisiones basadas en registros de diferentes experiencias, y la producción de conocimientos a través del análisis descriptivo en contextos de

complejidad y cambios rápidos, se presenta como una posibilidad más accesible. El análisis comparativo de sistemas comparte la diversidad de técnicas de recopilación y análisis de datos utilizadas en estudios de casos múltiples, con una profundización analítica desde diferentes contextos, pero reconoce que la diversidad de condiciones es un factor relevante para inducir errores en los diseños clásicos de la investigación evaluativa, que emiten juicios de valor sin tener en cuenta la diversidad de las condiciones locales (FERLA *et al.*, 2019; FERLA *et al.*, 2020). Por lo tanto, utilizamos modelos de análisis que se basan más en la comprensión dialéctica de los datos presentados, como se describe en el examen de epidemiología crítica.

## **Análisis y Discusión de Resultados**

### **Principales componentes de los modelos de salud en Nicaragua y Honduras**

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud. La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la OPS (2020).

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.

2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que están viviendo.

3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez

La promoción de la salud incluye dimensiones personales y conductuales, y cinco componentes básicos interrelacionados entre sí (la

construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud) en las estrategias globales para su aplicación (CASAS; KLIJN, 2020). Además, juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, en la cual desde el Relatorio Lalonde (1974) se hizo una división en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud (CASAS; KLIJN, 2020; MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004; OSORIO *et al.*, 2010).

Como hemos señalado, la estrategia de APS se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud. Así, la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial.

A partir de esta transformación y renovación de la APS encontramos que, en Centroamérica, específicamente en Nicaragua y Honduras, se plantean modelos de salud con enfoque de APS, centrado en lograr la equidad en el sector, lo que obliga garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Dichos modelos están sustentados en la estrategia de Atención Primaria en Salud renovada como ya hemos visto, esta situación permite el contacto de la persona, familia y comunidad con el Sistema Nacional de Salud, mediante la participación plena de cada uno de los actores sociales mediante la autorresponsabilidad y autodeterminación. Además, aunque de la descentralización de la atención en salud.

Ambos modelos se basan en tres componentes fundamentales: *Atención/previsión, Gestión y financiamiento*; en el componente de atención y provisión de servicios, se centra en un sistema integrado de servicios de salud, enfatizando en la persona, familia, comunidad, entorno y lo ecológico, considerando lo económico, social y hábitos de consumo de salud. Además, que se organiza en redes de servicios para garantizar la continuidad e integralidad de la atención. Produciendo oportunidades de acceso a la salud, enfocándose en la promoción, prevención, de la salud y control de riesgo y enfermedades, promoviendo la participación social para una ciudadanía activa y orientada a la satisfacción de la persona.

Dentro del componente de gestión, buscan una descentralización como una forma de organización administrativa, dentro de los cuales se integran la intersectorialidad y la Inter institucionalidad, utilizando como herramientas los sistemas de información en salud, los sistemas de garantía de calidad, y los procesos evaluativos.

En lo que corresponde al componente financiero, este está dado por un régimen contributivo, uno no contributivo y uno voluntario. Estos permitirán el aseguramiento de un sistema equitativo, suficiente y oportuno para la población que demanda servicios de calidad, a su vez, permite un funcionamiento articulado, complementario y sinérgico de las instancias.

Ambos modelos a su vez poseen principios que rigen cada uno de los componentes antes descritos, estos principios son: Universalidad, equidad, continuidad, integralidad, eficacia y eficiencia social, calidad, corresponsabilidad, solidaridad e interculturalidad. Estos principios son parte elemental de cada uno de los componentes. Todos y cada uno de los componentes descrito de cada uno de los modelos aportan en gran manera al cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por las autoridades del país, ejemplo de estos son los objetivos de desarrollo sostenible.

**Tabla 2:** Características de los Modelos de Salud

Países	Integración institucional	Segmentación Poblacional	Oferta demanda	Bienes y servicios	Fuentes de Financiamiento	Financiamiento y Prestación	Modelo de atención	Cobertura
Nicaragua	Si	No	Oferta	Público	Presupuesto Estatal	Público	Basado en la APS	Universal
Honduras	Si	No	Oferta	Público	Presupuesto estatal	Público y privado	Basado en la APS	Universal

Fuente: Elaboración propia.

### **Estrategias declaradas por Nicaragua y Honduras en el abordaje del COVID-19**

Los países de América Latina y el Caribe son signatarios del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) un tratado jurídicamente vinculante cuyo objetivo es:

Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales (OMS, 2005).

El RSI expresa la responsabilidad compartida de los países respecto a la salud pública mundial mediante su compromiso de *a)* establecer y mantener las funciones esenciales de salud pública para detectar, evaluar, notificar y comunicar los eventos de salud pública y responder a ellos en la totalidad de su territorio; y *b)* intercambiar con prontitud y transparencia la información por los canales internacionales establecidos con respecto a eventos de salud pública que pudieran tener implicaciones internacionales.

De acuerdo a Espinal (2016) en el informe especial denominado RSI, la enfermedad por el virus del ébola y las enfermedades infecciosas emergentes en América Latina y el Caribe, en la Tabla 2 de capacidades básicas del RSI, se aprecia claramente las capacidades que posee cada uno de los países en estudio relacionadas a los temas de financiamiento de políticas, coordinación y comunicación, vigilancia, respuesta, preparativos, comunicación de riesgo, recursos humanos, laboratorios y puntos de entradas.

De acuerdo a este estudio, tanto Nicaragua como Honduras han mostrado una puntuación de la capacidad básica expresada en porcentaje y calculada según el marco de seguimiento del RSI de la OMS. Demostrando así, la capacidad de respuesta para la aplicación y ejecución de los acuerdos suscritos según este reglamento.

Entre las principales estrategias (WHO, 2020; CEPREDENAC, 2020) de Nicaragua (SPP, 2020) y Honduras (HONDURAS, 2020) basadas en los ejes de los modelos para la intervención ante esta situación endémica sobre covid fueron:

- Fortalecimiento de la red comunitaria y participación de los diferentes entes.
- Construcción de nuevas unidades de salud y en la modernización de las ya existentes que implicó crecimiento numérico y en la mejora continua de su personal médico, de enfermería y técnico, además de su distribución más equitativa en todo el territorio nacional.
- Coordinación con las instancias regionales del SICA y contando además con la cooperación de naciones hermanas como Taiwán, Cuba y Corea del Sur.
- Resguardo de la economía familiar, comunitaria, local y nacional, permitiendo así el impulso de la economía creativa la cual en Nicaragua generó más de 5 mil empleos en el año 2019.
- Honduras se logra el resguardo de la seguridad alimentaria, fortaleciendo a los pequeños y medianos productores además de las empresas productora de alimentos, esto por el cierre temporal de la economía incide drásticamente en la generación de empleo y obligando a la reapertura de la misma basado en análisis de los gobiernos locales, por lo que llevo a generación de incentivos tributarios por el impacto del cierre.
- Inauguración del laboratorio de biología molecular en caso de Nicaragua además de la planta de medicamentos con capacidad para producir 12 millones de vacunas contra la influenza al año y en la que se proyecta producir el medicamento ante COVID-19 y en el caso de honduras un laboratorio regional de virología, más un incremento significativo de medicamento de un esquema básico generado por la secretaría de salud.
- Vigilancia epidemiológica centinela / comunitaria.

Reconociendo la heterogeneidad de la mayoría de los países, así como de los diferentes componentes de los preparativos en general, observamos que la preparación existente es razonable, sin embargo, se deben de realizar modificaciones y mejoras y, lo que es más importante, se debe de realizar un fortalecimiento institucional. La respuesta frente a un evento de salud pública y su control sin que ello suponga entrar en una situación de crisis serán el mejor indicador de que ambos países están preparados para enfrentar eventos de salud pública que tienen implicaciones nacionales o internacionales. Las funciones esenciales de salud pública (capacidad básica detallada en el Reglamento Sanitario Internacional) son una parte integrante de los sistemas de salud, que deben ser resilientes para garantizar el logro y la sostenibilidad de tales capacidades.

### **Contagio, enfermedad y muerte a la luz de las estrategias implementadas por los gobiernos de Nicaragua y Honduras**

De acuerdo con Toro y Negrete (2018), el desarrollo y el riesgo son parte de “una misma agenda política” (PERALTA; VELÁSQUEZ, 2017, p. 68), y “dos caras de una misma moneda”. En otras palabras, “el desarrollo es el resultante de la interacción entre el sistema natural, el económico y el social, en un supuesto contexto de armonía”, cuando podría traducirse en condiciones de bienestar para los seres humanos en los diferentes territorios. Cuando la realidad de un territorio es suplantada por nuevas prácticas y formas de apropiación del espacio, que descuidan las condiciones de riesgo, una consecuencia de esta apropiación es la aparición del proceso riesgo-desastre (NARVÁEZ; LAVELL; PÉREZ, 2009). Cuando el continuo riesgo de desastres emerge, es posible considerar que el desarrollo y el riesgo hacen parte de una misma dinámica socioambiental, produciendo vulnerabilidad a las personas y comunidades del territorio. A lo antes expuesto también se integra la promoción de la salud la que cuenta como estrategia global (CASAS, 2006; MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Nicaragua y Honduras en los últimos años han consolidado su modelo ya que se ve marcada la participación activa de las diferentes entidades

sociales, mismas que convergen en un mismo fin como es la salud de la población y esto implica la reducción de riesgo y por ende nos lleva a la resiliencia como nación.

**Tabla 3:** Situación COVID-19

País	Seguimiento		Recuperados		Fallecidos		Total, de casos
Nicaragua	81	1.85%	4.126	94.5%	155	3.55%	4.362
Honduras	53.340	58%	35.930	39.10%	2.612	2.84%	91.882

Fuente: Nicaragua, Mapa Salud Ministerio de Salud / Honduras, covid19honduras.org/cepredenac.org.

Es evidente ver que, para Nicaragua con todo y las estrategias implementadas, ha presentado un total de 4362 casos de los cuales se han recuperado el 94.5% y hemos tenido una tasa de fallecimiento del 3.55%, según datos oficiales del Mapa Salud del Ministerio de Salud, en el caso de Honduras encontramos un total de 91,882 casos, con una recuperación del 39.10%, fallecimiento del 2.84%, datos oficiales de Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres en América Central y República Dominicana (CEPREDENAC, 2020).

Williamson *et al.* (2020) en un estudio de factores de riesgo de muerte con una población de 17.4 millones de adultos entre febrero y abril del 2020 demostró que los asiáticos y negros tiene mas riesgo de muerte, así como aquellos con edad avanzada, privación, con enfermedades crónicas y el sexo masculino, en este sentido es indudable ver que estos factores no coinciden con la caracterización geográfica de nuestros países, que somos países eminentemente jóvenes.

Actualmente quedan muchas investigaciones a desarrollar asociadas al contagio, enfermedad y muerte, sin embargo, es necesario seguir redoblando las estrategias comunitarias que han permitido hasta la actualidad el no colapso de los sistemas de salud en los dos países analizados, reforzando la participación de los actores sociales como líderes y dueños de sus propia salud, considerando en todo y cada uno de los momentos las determinantes sociales de salud desde una óptica cultural, interna y propia de cada uno de los países.

## Conclusiones

El análisis comparativo de las experiencias de confrontación del COVID-19 en Nicaragua y Honduras demostró que en ambos países se aplicaron respuestas específicas de los sistemas nacionales de salud, basadas en recomendaciones internacionales y centradas en las funciones de salud pública. Las respuestas de ambos países se basaron en acciones territoriales, con el fortalecimiento de las acciones de atención primaria, la movilización comunitaria y las medidas de higiene social y autocuidado. La expansión de los servicios especializados se incorporó a los sistemas de salud a medida que la pandemia avanzaba y con la capacidad financiera y operativa de cada sistema de salud, especialmente mediante la ampliación de la capacidad de diagnóstico de la población, con servicios de salud pública. Los indicadores de desempeño de los sistemas nacionales de salud también fueron similares, especialmente en lo que respecta a los indicadores epidemiológicos. El estudio, por su carácter descriptivo y explicativo, genera la necesidad de estudios más específicos en cuanto a la calidad de los registros oficiales y el alcance de las acciones en cada país y estudios de seguimiento, entendiendo que la pandemia se expande con diferentes velocidades y temporalidades, y también es oportuno realizar estudios empíricos retrospectivos con diseños epidemiológicos más estructurados.

Sin embargo, las principales características encontradas en el análisis en ambos países, basadas en documentos oficiales y publicaciones científicas, están en consonancia con lo que se propone en la bibliografía actual y las recomendaciones internacionales para la movilización de la comunidad y las medidas locales para controlar la propagación del virus y mitigar las consecuencias para la salud y la vida de las poblaciones sin embargo, no existe una receta única ni un abordaje técnico único que sea replicable. Cada país debe crear y conducir modelos de atención que respondan a las necesidades de la población en cada contexto.

Reafirmamos que la APS es un camino sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social, con políticas de estado que garanticen tales derechos, respeten la diversidad y cuenten con recursos económicos suficientes y equitativos,

fortaleciendo a las comunidades como factor de transformación de las realidades y que ninguna persona quede fuera del sistema de salud.

## **Recomendaciones**

Parte del proceso de reflexión nos permite analizar qué ha sucedido en cada uno de los países de estudio a partir de la epidemiología crítica, lo que permite tomar algunas consideraciones.

- Generales
  - o Integrar el componente de Epidemiología crítica a la formación del talento humano en el ámbito de salud.
  - o Crear un observatorio de salud colectiva a nivel de Nicaragua que permita la introversión de los fundamentos epistemológicos sur-sur.
- Gestión de conocimientos
  - o Generación colectiva / individual de un modelo de conocimiento, flexible e interactivo; Innovador.
  - o Transferencia de conocimiento.
- Redes de trabajos y equipos de investigación.
  - o Trabajar en la producción social de nuestras sociedades sujetas a la reproducción de las personas.
  - o Realizar investigaciones científicas desde la epistémia de la Epidemiología crítica.
  - o Ingresar a los documentos rectores que permitan el análisis de la agenda de salud pública, en pro de la ampliación de derechos humanos, sociales y laborales.
  - o Crear grupos de investigación que permitan seguir afianzando los procesos de aprendizaje.

## **Aportes**

En el estudio se desarrolló la metodología de análisis comparativo de los sistemas y servicios de salud, como una forma de comprender la dinámica de las respuestas en los diferentes países. También permitió ampliar los

conocimientos disponibles sobre las respuestas en Nicaragua y Honduras. Por último, permitió ampliar la comprensión teórica y metodológica de los estudios sobre los sistemas y servicios de salud, modelos de salud y modelos de organización, en el marco de la formación especializada, además de las reflexiones basadas en la epidemiología crítica y las determinaciones internacionales de la salud, por último, este proceso ha enriquecido las bases de salud colectiva desde el doctorado en Ciencias de la Salud lo que da una cosmovisión más amplia del concepto de salud y de la utilidad del mismo en los procesos reflexivos de los sistemas de salud.

### **Bibliografía**

ARAGÓN, L. Fortalecimiento de la cooperación internacional horizontal en América Latina. *In: La Educación Superior en el siglo XXI*. Visión de América Latina y el Caribe, Colección Respuestas. 2006. p. 143-1166.

BASILE, G. La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. **FLACSO República Dominicana IDEP Salud**, Buenos Aires, 2020a.

BASILE, G. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3557-3562, set. 2020b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903557&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903557&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 972-982, dez. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

BREILH, J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 6, n. 1, p. 83-101, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/#ModalArticles>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MORALES, W. G. B.; AGUILAR, W. P.; FERLA, A. A. • Respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras ante el COVID-19: enfoques de la epidemiología crítica

BREILH, J. SARS-CoV2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. *In: RODRÍGUEZ et al., Posnormales*, Quito: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio), 2020. p. 31-89.

CASAS, S. B.; KLIJN, T. P. Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 136-41, 2020. Disponible em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf>>. Acceso em: 11 mar. 2021.

CEPRENAC – CENTRO DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DESASTRES EN AMÉRICA CENTRAL Y REPÚBLICA DOMINICANA. **Herramienta regional para responder acertadamente ante la pandemia**. 2020. Disponible em: <<https://ceprenenac.org/>>. Acceso em: 15 mar. 2021.

ESPINAL, M. *et al.* Reglamento Sanitario Internacional, la enfermedad por el virus del Ébola y las enfermedades infecciosas emergentes en América Latina y el Caribe. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, v. 39, p. 174-178, 2016.

FEO, O. “¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? de la APS al Cuidado Integral de la Salud”. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. Compilación Publicada en línea. 2019. Disponible em: <<https://www.iae.edu.ve>>. Acceso em: 13 mar. 2021.

FERLA, A. A. *et al.* Una mirada al futuro: pensando en la capacitación de recursos humanos en salud para el desarrollo de sistemas y servicios de salud en Centroamérica. *In: VALLADARES, M. A. O.; IBARRA-HERRERA, M. Y. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud: 37 años fortaleciendo la salud pública en Centroamérica*. Porto Alegre, Brasil/Managua, Nicaragua: Editorial Rede Unida, CIES, 2019. p. 103-120.

FERLA, A. A. *et al.* Una paradoja civilizatoria: la pandemia como desafío a la enseñanza y al trabajo en salud y como afirmación de las vidas. *Saúde em Redes*. ISSN 2446-4813 versão *online*, v. 6, Supl. 2, p. 1-6, 2020. Disponible em: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g476>>. Acceso em: 11 mar. 2021.

HEUFEMANN, N. E. C. *et al.* Acceso a servicios de salud en territorios adversos: registros metodológicos y empíricos de una investigación en la Amazonia Brasileña. *In: OROZCO-VALLADARES, M. Á.; IBARRA HERRERA, M. Y.; FERLA, A. A. Investigación en ciencias de la Salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas*. Porto Alegre, Brasil/Managua, Nicaragua: Editorial Rede Unida, CIES, 2019. p. 133-152.

HONDURAS. Casa Presidencial, Bulevar Juan Pablo II, Secretaría de Salud. **Coronavirus COVID-19 en Honduras**, 2020. Disponível em: <<https://covid19honduras.org/>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974, 77 p. Disponível em: <<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

LONDONO, J. L.; FRENK, J. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. **Health Policy**, v. 41, p. 1-36, 1997. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00010-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00010-9)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NARVÁEZ, L.; LAVELL, A.; PÉREZ, G. **La gestión del riesgo de desastres**. Un enfoque basado en procesos. Secretaría General de la Comunidad Andina. Lima. 2009.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Reglamento Sanitario Internacional**. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/es>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas**. 2020. Disponível em: <[https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

OSORIO, A. G. *et al.* La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables. **Rev. Hacia la Promoción de la Salud**, v. 15, n. 1, p. 128-143, 2010. ISSN: 0121-7577. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3091/309126693010>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

PERALTA, H.; VELÁSQUEZ, A. **Resiliencia**. La clave del nuevo liderazgo del siglo XXI. Colombia: Gráficas Santa María S.A., 2017.

SANTOS, B. S. **La cruel pedagogía del virus**. Buenos Aires: CLACSO, 2020.

SPP – SECRETARIA PRIVADA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS. **El pueblo de Nicaragua y al mundo**. Informe sobre el covid 19 y una estrategia singular – Libro Blanco, 2020.

SVAMPA, M. **Reflexiones para un mundo post-coronavirus**. NUEVA SOCIEDAD, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.nuso.org/articulo/reflexiones-para-un>>

MORALES, W. G. B.; AGUILAR, W. P.; FERLA, A. A. • Respuestas territoriales de Nicaragua y Honduras ante el COVID-19: enfoques de la epidemiología crítica

mundo-post-coronavirus/?fbclid=IwAR01Ey3G6\_LJBBi8rm3uQ4PVia-7VZSUZHDp\_1y63udiWStXkzqn5hjMqbc>. Acceso em: 11 mar. 2021.

TORO, S. V.; NEGRETE, P. C. **Revisión del marco de SENDAI**: una reflexión crítica sobre el desarrollo y la gestión del riesgo de desastres. Monografía de grado para optar al título de Especialista en Prevención, Atención y Reducción de Desastres (EPARD). Universidad Católica de Manizales. Facultad de Ingeniería y Arquitectura. Manizales, Colômbia, 2018.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales **Salud Colectiva**, Argentina, v. 3, n. 1, p. 33-48, 2007.

WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2020. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acceso em: 11 mar. 2021.

WILLIAMSON, E. *et al.* OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. **MedRxiv**. 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1.full.pdf+html>>. Acceso em: 11 mar. 2021.

## Elaborare insieme la direzione verso cui andare: e' tempo di allargare lo sguardo

*Maria Augusta Nicoli*

*Vincenza Pellegrino*

*Giulia Rodeschini*

*Vanessa Vivoli*

### **Allargare Lo sguardo**

Vivere un'esperienza traumatica come quella che stiamo vivendo comporta un insieme complesso di emozioni e di vissuti. Da un lato, guardandoci intorno vediamo persone che hanno interiorizzato la sensazione di “essere congelati”: non solo un blocco fisico, ma una situazione che mina lentamente la capacità di pensare e agire. Il pressante invito a “stare a casa” – che diventa “non ti muovere” per lasciar fare a chi sta “in trincea”, a chi è sotto “fuoco nemico” (il virus) e sta operando anche per te – induce la sensazione che intanto gli altri sono fermi, non centrano molto con quanto accade, sono depositari del “bollettino di guerra” più che della “strategia di battaglia”, per citare espressioni che ci circondano. Da quelle cabine di regia da cui attendiamo l'azione, emerge che per potenziare gli interventi sugli effetti sanitari più devastanti dell'epidemia servono soprattutto attrezzature e dispositivi per metterci in sicurezza. Se non ci sono abbastanza mascherine, scatta la ricerca per trovarle o produrle e anche Armani si offre.

Dall'altro lato, intorno e dentro di noi tutto si “muove” invece, sentiamo che non siamo spettatori, il sollievo dalle corse lo percepiamo, riflettiamo su cosa ci manca e cosa non ci manca affatto, mentre dobbiamo decidere come gestire tempi, spazi e relazioni familiari in modo diverso, innoviamo noi stessi, nei fatti, in casa e al lavoro. Ci sono così oggetti, azioni, vissuti, innovazioni, resistenze non messe a fuoco, eppure fondamentali:

NICOLI, M. A.; PELLEGRINO, V.; RODESCHINI, G.; VIVOLI, V. • Elaborare insieme la direzione verso cui andare: e' tempo di allargare lo sguardo

quanto e chi riesce o può restare in casa? quali dimensioni relazionali attiviamo? cosa sta accadendo in quei posti, privati e pubblici, che riguardano la tenuta della cura reciproca, lo sfamarsi, il calmarsi, il parlarsi dei distanti tra loro o dei reclusi insieme, per destino o per caso?

Tutti siamo coinvolti in modo complesso dal cambiamento. Non possiamo delegare a pochi la ricerca di risposte riorganizzative. Tocca mettersi in gioco per individuarle. E in particolare questo vale per chi sta mantenendo vive le proprie responsabilità in ambito educativo, sociale, di cura, per capire meglio cosa stiamo facendo, cosa stiamo capendo e dove vogliamo andare, intanto e dopo. In tale senso offriamo alcuni spunti per creare contesti di “conversazione” che mettano in moto l’intelligenza diffusa dentro la crisi, con particolare attenzione alle forme di resistenza alla crisi che stanno emergendo negli intrecci tra sanitario, sociale ed educativo, come tra servizi formali e reti informali dentro i territori.

### **A Prendere atto della complessità delle questioni**

Rivolgere lo sguardo a ciò che appare sfuocato o messo nelle zone d’ombra rispetto alla sanitarizzazione di una questione complessa – costituisce in realtà un imprescindibile necessario a capire cosa permette la tenuta di un sistema dentro la crisi. Se non visto, tutto quanto attiene a dimensioni relazioni e sociali della risposta alla crisi epidemica, potrebbe tra l’altro determinare nuove emergenze nell’emergenza, perché non si indagano fattori importanti, ci si dimentica il linguaggio e il pensiero che attiene all’analisi delle diseguaglianze, alla diversa condizione di individui e gruppi sociali davanti alla crisi, che poi riemerge comunque, e anzi esplose.

A tratti rileviamo che, per avere gli ortaggi nei negozi, occorre qualcuno che li raccolga e ci domandiamo in che condizioni siano quelli che li raccolgono. E così l’elenco si allunga: le persone disabili costrette a casa, le residenze per anziani, i rifugia per senza fissa dimora e per migranti diniegati e altre situazioni che mettono in luce come guardare solo alla “trinca” non solo non è equo ma nemmeno è risolutivo, dato che queste persone non possono rispondere alle indicazioni nello stesso modo degli altri.

Finalmente, non senza fatica, in questi giorni lo sguardo tende ad allargarsi perché alcuni cambiamenti durissimi si producono, portando il nostro sguardo oltre le sole terapie intensive. Ma farlo poco, solo ora, farlo dopo (come “fase due” per riprendere il linguaggio istituzionale), allargare lentamente lo sguardo, non lascia intravedere la complessità delle sfide. Ancora una volta, si rischia di immaginare una popolazione astratta data dalla sommatoria di singoli (che poi assomigliano sempre ad un certo ‘singolo’, dotato di una casa di proprietà, di spazi adeguati, di computer e televisioni e così via), mettendo in fila poi le ulteriori declinazioni (il sanitario prima, il problema sociale per i casi particolari dopo...).

Una logica che ereditiamo dal passato, certo, ma che ora certo suona davvero strana, perché l’epidemia è per definizione una *malattia collettiva*: non dovrebbe essere pensata solo come questione di riduzione dei singoli contagi ma come risposta collettiva, come sito dei sincronismi tra stati d’animo, del coordinamento tra gruppi in condizioni materiali diverse, della composizione di letture culturali diverse sul rischio, e che coabitano. L’epidemia è la materializzazione dell’*interdipendenza, anche se al negativo*.

### **Una prospettiva di salute collettiva**

In definitiva, tutto il sistema del welfare – sociale e sanitario, pubblico e privato, cooperativo e associativo – è chiamato in causa. Non è solo l’ospedale a essere messo in gioco, ma tutto il sistema di tutela sociale dei cittadini che costituisce la trama di servizi “immateriali” oggi fondamentali più che mai. Le diseguaglianze pesano perché, anche se il virus colpisce le singole persone, il contagio è un fatto sociale davanti al quale i vari gruppi non reagiscono nello stesso modo.

Un’epidemia, quindi, è sempre *una questione di salute collettiva* e come tale va assunta: non possiamo pensare a questi fenomeni allargando piano piano il nostro fuoco di attenzione. Piuttosto allarghiamolo subito e poi chiediamoci cosa siamo in grado di fare operativamente, sapendo che tutto non si può. Ma è diverso concepire il tutto fino a scegliere l’azione su cui concentrarsi, piuttosto che dare per scontata un’azione, di routine o anche innovativa, semplificando il tutto).

## **A Un trauma sociale e sanitario insieme**

Questa consapevolezza porta, da un lato, a prendere in considerazione in modo più vasto, culturalmente, l'ambivalenza del trauma (cosa si chiude, certo, ma anche cosa si apre come possibilità, cosa si scopre nel bene e nel male insomma, socialmente parlando), dall'altro lato, più specificamente a partire dai nostri mestieri professionali, a pensare la riconfigurazione del sistema dei servizi, il funzionamento del welfare nel suo complesso, il modo in cui riesce a stare dentro l'esperienza di tutti in questo momento, a partire da coloro per cui "stare a casa" non è possibile, perché non hanno casa per fare un esempio. Come dicevamo, non possiamo permetterci di non vedere che dilagano le ansie degli anziani soli a casa o nelle RSA, le violenze (sempre più) sommerse, la miseria dei senza domicilio, mentre i servizi sociali fanno certo quel che possono ma come "in attesa" che al fronte di vinca, appunto, "congelati" più che coinvolti nel riprogettare e nel contribuire a reinventare forme diverse di assistenza domiciliare.

Le "Case della salute", ad esempio, dove ci sono, non potrebbero esercitare di più e diversamente quel ruolo di prossimità per cui sono state pensate adottando forme inedite di cura e assistenza? E le esperienze di welfare di tipo comunitario e partecipativo non potrebbero mappare e concettualizzare le disuguaglianze riprodotte dall'emergenza? Le reti digitali non potrebbero, a loro volta, innovare le modalità di ascolto dei vissuti dei cittadini?

## **Apprendere dalla genialità nell'emergenza**

In un commento letto su Facebook (che ogni tanto ne vale la pena) qualcuno ha scritto: *"Possibile che siamo dei geni durante l'emergenza e non lo siamo più in condizioni di normalità?"*

È facile costatare che l'attivazione, la ricerca di soluzioni, l'abbondanza di invenzioni, la vitalità e persino la genialità espressa in questo periodo, è rilevante. Così come lo è stata in altre occasioni di "catastrofe" collettiva del nostro Paese. Eventi quali i terremoti e gli altri disastri naturali mettono sotto sopra la quotidianità e sono formidabili inneschi di azioni "straordinarie" sotto diversi punti di vista.

Chi le vive, pur toccando con mano la sofferenza e il dolore, si sente disposto a dare molto di sé stesso attraverso l'attivazione diretta, contribuendo a identificare soluzioni utili ma anche a fare ciò di cui c'è bisogno. Si vive in un tempo sospeso, dove i confini che prima erano solchi che tracciavano divisioni insuperabili, ora svaniscono. Le narrazioni si soffermano sul senso di vicinanza e solidarietà, come anche sul riconoscimento sociale di competenze professionali prima sconosciute.

Si è "costretti" ad attribuire senso ai vissuti che hanno perso la loro implicita sensatezza o inevitabilità. Nei diversi terremoti ad esempio il lavorare senza "muri" negli spazi creati per l'occasione (tende, container) favoriva il lavoro di équipe e l'integrazione era facile.

Anche in questi mesi si vivono condizioni "speciali" che portano a sentirsi più disponibili: non è un caso che sono arrivate agli Enti richieste da parte di molti cittadini singoli di fare i volontari, donazioni, ecc. Rispetto ai servizi, l'intensità della condivisione di un "attimo eroico" allenta i freni e il riserbo. Non appare strano che chi lavora "in trincea" affidi a un video i propri sentimenti e l'orgoglio di appartenenza, l'essere parte di un gruppo, li testimoni con una dichiarazione o creando una "performance musicale". Ogni catastrofe insomma ha i suoi eroi, i suoi atti eroici, e i suoi narratori di eroicità.

Ma, tornando alla domanda catturata da Facebook, si corre il rischio da un lato che gli attori e i cantori della eroicità restino chiusi dentro le categorie ristrette espressioni di quello sguardo stretto di cui abbiamo parlato, e poi dall'altro lato il rischio è che dopo l'emergenza non rimanga molto di questa sensibilità sociale/collettiva, non si riesca a sedimentare la vitalità, perché non si riesce a fare apprendimento su ciò che guida le scelte, a depositare l'accaduto in quel "sedimento prezioso" che è il sapere di una collettività.

In tal modo, il rischio è che alcune idee innovative sull'organizzazione dei servizi (ma anche sulla nostra vita quotidiana, le nostre relazioni, i nostri ritmi) se non aprono a una narrazione diversa e corale dell'epidemia, saranno piegate dentro logiche di ottimizzazione o risparmio o accelerazione che precedevano la crisi, perdendo così non un'occasione per ripensare il

NICOLI, M. A.; PELLEGRINO, V.; RODESCHINI, G.; VIVOLI, V. • Elaborare insieme la direzione verso cui andare: e' tempo di allargare lo sguardo

“prendersi cura” e restaurando velocemente le culture egemoniche preesistenti che non assomigliano affatto alle culture messe in azione dentro la catastrofe.

## **A Aprire un confronto sul lavoro da fare**

A partire da queste riflessioni, condivise all'interno di gruppi che si occupano specificatamente di politiche pubbliche e di innovazioni sociali in relazione ai cambiamenti che impattano sul sistema dei servizi e sulle comunità di riferimento, ci permettiamo di ipotizzare alcune “piste di lavoro” (BOLOGNA, 2020).

Data l'ipotesi è che ogni componente del sistema dei servizi è chiamato a una riconversione del proprio ruolo, abbiamo pensato di costituire una piattaforma di confronto con operatori\operatrici proponendo alcune piste di riflessione collettiva che possono essere così enunciate:

\* come ripensare le nostre azioni progettuali alla luce di quel che sta accadendo?

\* quale essere il nostro ruolo in questa emergenza?

\* come mettere le competenze del nostro gruppo di lavoro al servizio del sistema?

In particolare, la riconversione è attesa da parte dei professionisti/e che si dedicano all'attivazione e sostegno di reti sociali territoriali, con la richiesta di metterle al lavoro nell'urgente ritessitura, più da vicino, di segnalazione di situazioni drammatiche spesso oscurate dalle notizie sui contagi, come gli episodi di violenza che non trovano ascolto. In tale senso c'è molto da ragionare su diversi livelli della “questione” a cui rispondere.

\* In primo luogo, *quali sono i gruppi sociali e le situazioni* rispetto alle quali l'epidemia può creare specifiche forme di contagio e di nuovo disagio? come aiutare il sistema a intendere in maniera più complessa le determinanti sociali e culturali di queste ricadute, ascoltando gli operatori e i volontari nell'intento di prevenire i possibili problemi (ad esempio, rispetto a minori seguiti/e dai servizi per maltrattamenti, alla popolazione migrante che non ha potuto completare l'iter per l'accoglienza e quindi è senza supporto, alle famiglie con persone che manifestano disagi psichici, e così via)?

\* In secondo luogo, *come mappare le pratiche e le soluzioni* che vengono agite nei diversi luoghi, non poche volte in assenza degli stessi servizi, in modo da aiutare altri territori a gestire la situazione esplorando insieme le ipotesi alla base di pratiche credibili e intelligenti per la riconversione dei servizi formali e informali?

\* Infine, *come sostenere la riconversione di parti dei servizi* che operano insieme ai variegati gruppi sociali nel misurarsi con bisogni di assistenza che non possono essere congelati, con il rischio di incrementi e aggravamenti in termini di salute e impoverimento?

Proprio perché la casistica è ampia, diventa importante che i servizi interagiscano con tali auto-produzioni organizzative per immaginare insieme delle evoluzioni significative e feconde.

### **La cura delle vulnerabilità**

Da parte nostra, fin dalle prime fasi di confronto con operatrici e operatori abbiamo iniziato a definire cosa significhi “prendersi cura” nella situazione creata dal diffondersi del virus.

Come dicevamo, l'emergenza dei casi acuti non può congelare l'esistenza di condizioni diseguali rispetto a tante dimensioni che vengono ad acuirsi. È importante tenere al centro dello sguardo la drammatica presenza di disegualanze, perché anche davanti a un virus non siamo tutti uguali. Non possiamo congelare la responsabilità politica rispetto a situazioni di fragilità, abuso, violenza che le persone vivono. I/le minori abusati/e o le famiglie in difficoltà non sono spariti, le persone senza fissa dimora non sono sparite, e così via. Anzi, sono esposti a un isolamento radicale che può peggiorare le condizioni di vita. Questo non può essere sottovalutato anche in un periodo di emergenza sanitaria. Le fragilità sociali vanno rese ancora più visibili rispetto a quanto il quadro sociale e politico provoca: i provvedimenti, le ordinanze e i decreti emanati in risposta all'emergenza aumentano in qualche modo la differenza tra chi ha una casa con giardino e chi vive in pochi metri quadri, chi ha risorse e competenze per una didattica digitale e chi non le ha, chi ha una rete sociale e familiare e chi invece è solo,

NICOLI, M. A.; PELLEGRINO, V.; RODESCHINI, G.; VIVOLI, V. • Elaborare insieme la direzione verso cui andare: e' tempo di allargare lo sguardo

chi può permettersi un servizio di cura per i figli, i genitori anziani o i familiari disabili e chi non può, chi ha uno stipendio sicuro e chi non ce l'ha.

Emblematica è la situazione di quanti sono in attesa di vedersi riconosciuta la richiesta di asilo, spesso senza alcun servizio di accompagnamento territoriale; o di quanti convivono con una persona disabile con disturbi che causano interazioni violente.

Portare al centro del discorso sociale e politico questi gruppi e problemi, trovare alternative specifiche e costruire reti di supporto, è una prioritaria pista di lavoro da aprire in ciascun contesto.

### **A Sostenere organizzazioni effimere**

Allargare lo sguardo in questi mesi poi implica prendere atto delle energie che cittadini e organizzazioni stanno mettendo in azione per stare in prossimità della sofferenza crescente e per essere di aiuto volontario e professionale rispetto alle diverse solitudini, agli effetti della chiusura di bambini e ragazzi tra le mure domestiche ad esempio, ma non solo. Insomma, sarebbe grave non posare lo sguardo sulle reti di sociali solidali che con intelligenza e passione lavorano dentro le diverse fatiche di questi tempi. Ma come comprendere questa vitalità delle reti sociali e come fare con competenza un pezzo di strada con loro?

Per comprendere e pensare al domani può essere forse utile il concetto di “organizzazione effimera”, proposto da un'analisi di Lanzara (1993) svolta osservando la gestione della crisi seguita al violento terremoto del 1980 in sud Italia. Lanzara aveva riscontrato come, a fronte della scarsa efficacia delle procedure preesistenti della burocrazia governativa e di altre organizzazioni formali, individui e gruppi di volontari accorsi sulla scena del disastro cominciarono a sviluppare forme elementari di intervento e organizzazioni che, “benché informali, effimere, fatte di espedienti, sembravano comunque funzionare” in modo efficace (LANZARA, 1993, p. 9). Come dicevamo, il terremoto diventa così “un esperimento sociale non pianificato, che offre opportunità di apprendimento e la possibilità di mettere alla prova non solo la capacità di resistenza umana, la prestazione

delle organizzazioni, e i modelli di comportamento sociale, ma anche idee sulle organizzazioni” (LANZARA, 1993, p. 144).

E' sotto gli occhi di tutti che anche oggi l'emergenza rappresenta in modo non diverso un'opportunità di variegata intraprendenza dal basso. E' quindi importante che nei diversi territori ci si fermi per apprendere tutti il verso dove andare e come valorizzando ancora una volta il sapere pluriforme delle organizzazioni effimere.

A livello dei servizi, come a livello sociale, stanno emergendo numerose pratiche organizzative e relazionali che, fino a poche settimane fa, non esistevano o avevano un ruolo marginale, si stanno mettendo in campo idee e azioni volte ad affrontare il momento emergenziale. Tutto questo non deve essere lasciato solo alla spontaneità di singole persone o di singoli nodi organizzativi. Al contrario, è importante trovare il modo di capitalizzare il “meta apprendimento”, ovvero quello che di queste forme organizzative dovrebbe rimanere, sedimentarsi, non essere (solo) effimero (temporaneo), affinché si possano consolidare delle pratiche nel sistema.

Le organizzazioni effimere sono destinate in parte a scomparire, ma su un altro livello devono restare, farsi sistema. Se non si riesce a fare questo, se non si riesce a ricapitalizzare, si rischia di cadere in un circolo vizioso in cui l'apprendimento ricomincia sempre da capo. Solo così, finita la situazione emergenziale, idee e azioni possono trasformarsi in elementi di conoscenza e cambiamento dei meccanismi di funzionamento del nostro sistema di solidarietà.

L'emergenza mette quindi in evidenza meccanismi di funzionamento che devono essere appresi per fare in modo che diventino patrimonio a cui altri potranno accedere. Le organizzazioni effimere sono in fondo forme nuove di vita sociale che interrogano tutti gli attori sociali di un territorio, non solo le istituzioni, per pensare e organizzarci diversamente, dando atto che ci possono essere modelli di pensiero e di azione sociale che meglio possono rispondere a sfide che velocemente si modificano. Rispetto a tali organizzazioni effimere, quindi, è importante mappare, osservare, mettere in contatto, sostenere.

## **Elaborare il trauma collettivo**

Mentre parliamo di sguardo sulla disegualianza e di innovazione organizzativa necessaria per mantenerlo vigile in questo momento storico, non dobbiamo dimenticare che la condizione che vivono molti cittadini e molti operatori sanitari, sociali ed educativi, ha ormai le caratteristiche di un vero e proprio “trauma collettivo” (BENZO; MAGGI, 2015).

La diffusione del virus si è tradotta in norme urgenti e obbligatorie da rispettare che hanno sospeso routine e travolto il quotidiano con l'extraordinario di milioni di persone. L'ordinario è cambiato ed è destinato a cambiare ancora. In tal senso, non pensiamo tanto alla presa in carico dei singoli traumi individuali, che pure ci sono, ma all'apertura di “spazi” entro cui potere leggere e interiorizzare il senso delle nostre azioni modificate, leggere in modo critico e generativo le implicazioni sociali e istituzionali di quanto sta cambiando, renderle evidenti, elaborarle collettivamente, in modo che la “difficoltà” sia analizzata anche nei termini di “possibilità”.

Per andare oltre la narrazione asciutta, tecnica, bio-logica che è stata fornita nel pieno del contenimento dell'emergenza, le istituzioni devono fin da ora attrezzarsi per identificare “spazi sociali” entro il racconto della crisi, la sua elaborazione e l'emergere di nuovi pensieri e passioni avvengano in momenti di intreccio partecipato, di elaborazione collettiva sul futuro. Perché la crisi è sempre “ambivalente”: obbliga al cambiamento, imprime con dolore un'inevitabilità, ma mobilita anche il nostro potenziale reattivo, ci mostra che siamo capaci di sconfiggere l'inerzia, di governare la storia, allarga la consapevolezza che essa dipende da noi: sentiamo che qualcosa di nuovo si apre, e possiamo chiederci cosa non volevamo più del vecchio mondo.

L'importanza in queste situazioni è riuscire a capitalizzare quanto emerge in tempi utili, prima che si richiuda questo “desiderio di dare senso” al futuro, per riuscire a sistematizzarlo e a renderlo apprendimento collettivo, per arricchire il sapere organizzativo che si trova sfidato da un evento nuovo e inaspettato, ma anche per diffondere riflessività politiche e competenze organizzative tra i cittadini.

Se questo lavoro non viene fatto, se non vengono esplicitati i cambiamenti in corso, le fatiche, ma anche le aperture che essi portano, ciò

che accade è che molte persone non riescano, da sole, a dare un nome a quanto vivono, a elaborarlo in positivo, a fare di questo passaggio storico una possibilità di miglioramento della vita a venire.

In particolare il virus mostra quanto il nostro sistema dei servizi sociali e sanitari si fonda(va) su un lavoro di rete ad alto contatto umano e ad alta velocità di scambi; è pur vero però che il virus sta obbligando noi tutti/e a rallentare, a non mettere la produttività al primo posto, ad ascoltare le proprie relazioni familiari, a riscoprire il proprio rapporto di gratitudine rispetto alle istituzioni che operano in prima linea e così via, a trovare cioè un modo di gestire le reti che sia meno accelerato.

La tensione tra distopia e utopia, tra dramma e possibilità, tra fatica e riuscita va tematizzata (PELLEGRINO, 2019), dentro i servizi e fuori, va narrata, riprodotta dentro le istituzioni, digerita tra colleghi e nel loro rapporto con le persone che le vivono. La formazione politica è compito importantissimo in questi momenti di bivio della storia, e qualcuno lo deve assumere; l'autoformazione, il dibattito, il monitoraggio e la mappatura sono un compito essenziale per l'elaborazione del trauma come obbligo al cambiamento: un conto è affrontare un bivio alla cieca un conto è (un po' più) consapevolmente.

### **A Ripartenza per andare dove?**

Più in generale, la proposta è capire come trasformare le costrizioni, i comportamenti che abbiamo agito, le scelte compiute in una riflessione che ci porti a organizzare un pensiero che ri-orienti complessivamente ciò che abbiamo vissuto seguendo dei criteri di priorità sul futuro, anziché farne dei punti elenco. La tentazione di colmare lo smarrimento, il vuoto, il silenzio, l'incertezza con le scelte di ripartenze che "non hanno discorso", cioè danno per scontato il recupero del prima o una certa direzione di veloce riempimento, non ci aiuta.

Il rischio è di ritornare alla normalità senza aver sfiorato e tenuto in considerazione le ferite e le resistenze di un corpo collettivo che si rendono visibili solo se la lettura di ciò che sta succedendo viene guidata da ciò che

emerge nelle zone in ombra. Lo smart working, per fare un esempio, che pure regala libertà di organizzazione ad alcuni di noi e rallentamento, forse non è così smart per chi da precario ha poco spazio e soffre di lavoro permanente; forse allora sarebbe meglio se il “telelavoro” fosse posto in luoghi condivisi, di quartiere o curati dentro i condomini, piuttosto che divenire proposta di “telecasalavoro” per tutti, e così via. E' solo un esempio per dire come la direzione del cambiamento non deve essere affatto ovvia, deve essere un nostro compito.

Prima del COVID-19 ci dicevamo che la scelta complessiva per i servizi poteva essere quella di perseguire “politiche di prossimità”, una priorità in quanto era assodato che la salute e il benessere sociale dovevano trovare una collocazione nella prospettiva di accompagnamento, non solo “guarigione” ma piuttosto “cura” appunto. La prospettiva che si stava rafforzando negli anni appena trascorsi avrebbe permesso di includere nelle scelte da adottare forme di intervento plurali, differenziate per chi ha diverse prospettive culturali, sociali, esistenziali. Integrazione, territorializzazione, domiciliarità erano diventate parole chiave.

Ora, in poco tempo, tutto ciò è come scomparso dall'orizzonte, non solo perché forse questi “pilastri” si pensavano già consolidati e non lo erano, ma soprattutto perché fin da subito la strategia contro la pandemia si è fondata sull'idea di “guarigione”, e quindi soprattutto o soltanto su azioni sanitarie che hanno rimesso in primo piano l'ospedale, i tecnici, gli scienziati.

Vorremmo ora tornare a parlare di cura in quel modo complesso che avevamo impostato, che certo tiene dentro la guarigione, ma anche i desideri di accompagnamento, socializzazione del disagio, cura collettiva delle vulnerabilità che vogliamo tenere vivi nella storia dei nostri servizi.

Ad esempio, l'uso della musica nei reparti di rianimazione al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna (TEMPERA, 2020) è da questo punto di vista interessante: la dottoressa che ha adottato questa soluzione per migliorare le condizioni dei pazienti in fase di passaggio dalla ventilazione assistita a quella fisiologica, lo ha fatto perché ha ascoltato una sua paziente di circa 70 anni. Questa paziente le ha chiesto di cantare una canzone natalizia perché si sentiva rassicurata e nello stesso tempo la

tranquillizzava. Dopo l'esito positivo, si è trovata nel reparto una modalità che potesse essere adattata anche agli altri pazienti, personalizzando le composizioni musicali in relazione all'età, ai gusti. Così, gli stessi operatori/trici si sono trasformati in esperti di *compilation*, spesso procurando con proprie risorse i mezzi necessari.

O ancora, pensiamo all'insegnante di scuola primaria che insieme al gruppo di volontari "Lo Sgarrupato", porta nei vicoli di Napoli la scuola a domicilio per bimbi e bimbe senza connessione. Insieme ai libri, i pennarelli e quaderni la maestra e i volontari raccolgono, smistano e consegnano la spesa, e così via.

### **La ripresa passa da una diffusa consapevolezza sociale**

L'elenco di esperienze che i territori stanno mettendo in campo sono tante e significative. Queste cose non sono nuove, discendono da una tensione a rendere collettivi i processi di welfare che vogliamo rimanga viva e la cui forza venga rintracciata anche ora, per essere poi messa a sistema.

In un recente articolo pubblicato sul quotidiano La Repubblica, Yunus (2020) invita a non tornare al mondo di prima:

In questo momento tutto il mondo deve trovare una risposta a un grande interrogativo. Non si tratta di come far ripartire l'economia perché, per fortuna, sappiamo già farlo. Le esperienze vissute in passato ci hanno aiutato a mettere a punto una terapia generica per ridare vita all'economia.

No, il grande interrogativo a cui dobbiamo dare risposta è un altro: riportiamo il mondo nella situazione nella quale si trovava prima del coronavirus o lo ridisegniamo daccapo? La decisione spetta soltanto a noi.

La ripresa post-coronavirus deve essere una ripresa trainata da una consapevolezza sociale. Ad aiutarci in modo sostanziale è una singola decisione globale unanime: sia chiaro, non vogliamo assolutamente tornare al mondo di prima. Nel nome della ripresa, non vogliamo saltare nella stessa padella rovente di prima (YUNUS, 2020).

Anche nell'ambito dei servizi è opportuno agire per una ripresa che non sia restaurazione più radicale di quanto non volevamo: un investimento univoco nella tecnologia più che nelle competenze lievi del tessere rete e mutuo aiuto; un investimento univoco sull'acuzie senza pensare ai determinanti sociali del dolore diseguale che riguarda anche la malattia, e così via).

## In movimento

Infine, i territori che stiamo interrogando, soprattutto nei luoghi della prossimità, si muovono, trovano soluzioni, inventano percorsi, costruiscono alleanze inedite, ma faticano a farli diventare “consapevolezza sociale”, a sostenere protagonismi diffusi rispetto alle direttrici da intraprendere. Questo è il compito che vorremmo darci e che identifichiamo come inevitabile nelle cabine di regia delle politiche sociali e sanitarie in questo momento.

Non possiamo permetterci che, ritornati “alla normalità”, non si riesca a depositare nulla che possa aiutare a dare forza e impulso a quelle visioni del mondo verso cui aspiravamo andare. Non perdiamo tempo, costruiamo fin da ora “piazze” e contesti di confronto come centri organizzatori di reti “vive”, di forme fluttuanti in cui si crea “quella massa critica” che si fa pensiero collettivo, che porta in evidenza ciò per cui abbiamo speso energie, per superare confini, per dare voce e riconoscere saperi esperienziali, per dare loro impulso rinnovato.

Lasciamoci guidare dal “campo” in cui nascono i “guizzi” creativi altrimenti non scopriremo “organizzazioni effimere” ma soluzioni che velocemente rubricheremo dentro alle formule “pubblico e privato”, anziché come pratiche che ci indicano qualcosa che va oltre. La bibliotecaria che si ripensa nel suo ruolo per distribuire non più libri ma fotocopie a chi non può accedere alla lettura, ad esempio, nel suo piccolo rappresenta un’organizzazione effimera, ovvero di risposta temporanea che nasce dall’emergenza ma che fa leva su una competenza presente e sul desiderio di allargare la rete dei “raggiunti”. Per fare questo è necessario avere la consapevolezza di essere potenzialmente una risorsa che pensa e agisce in modo proattivo. Oppure la maestra tra i vicoli di Napoli con i volontari, l’espressione di un’alleanza che si crea e pone le basi per quella domiciliarità tanto invocata, deve farsi forza del fatto di essere riconosciuta come importante, come esempio di transezionalità o di risolutività contestuale, ad esempio.

Insomma, concretamente proponiamo agli operatori\trici e ai cittadini\e di confluire in un osservatorio qualitativo di questa esperienza per: *creare mappe* che ci indichino i nuovi percorsi che si sono interrotti ma che abbiamo avuto la possibilità di testare in condizioni estreme; *esplorare i contesti*

*isolati*, rimettendo in moto una moltitudine di esploratori sul campo che facciano rete viva di saperi digeriti attraverso il confronto in gruppi, in spazi allestiti per prendere voce; *visualizzare le pratiche attivate nei territori* per farle diventare discorso politico sui bivi possibili che si aprono davanti ai nostri piedi, per fare cultura dentro i servizi, per assumere la consapevolezza di essere in ogni caso – sia che ci pensiamo sia che non ci pensiamo – i *costruttori delle future politiche pubbliche* che saranno del mondo a venire dopo il virus.

In fondo questo “contributo” vuole essere un richiamo a quanti, e sono molti, stanno creando reti per dar voce alle diverse esperienze e saperi diffusi che si stanno elaborando ma che ancora non trovano spazi, e forse non trovano interlocuzioni adeguate. Cercateci, contattateci, contribuite al dibattito.

## Bibliografia

BENZO, B.; MAGGI, S. Living in ‘survival mode’: Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932 and 1933 in Ukraine. **Sociale Science and Medicine**, v. 134, p. 86-94, 2015.

BOLOGNA. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. **Proposta per strategie integrate ad affrontare l'emergenza COVID-19**. Bologna, 24 mar. 2020. Disponível em: <<https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/innovazione-sociale/oss-pratiche-inn-covid/riflessioni>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LANZARA, G. F. **Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni**. Bologna: Il Mulino, 1993.

PELLEGRINO, V. **Futuri possibili: il domani per le scienze sociali di oggi**. Verona: ombre corte, 2019. 226p.

TEMPERA, N. **Coronavirus Bologna, terapia al Sant’Orsola**. “Aiutiamo i pazienti a guarire con la musica”. Il Resto del Carlino. Bologna. 2020. Disponível em: <<https://www.ilrestodelcarlino.it/bologna/cronaca/coronavirus-musica-sant-orsola-1.5112447>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

YUNUS, M. **Coronavirus, Yunus: “Non torniamo al mondo di prima”**. La Repubblica. 2020. Disponível em: <[https://www.repubblica.it/economia/2020/04/18/news/coronavirus\\_yunus\\_non\\_torniamo\\_al\\_mondo\\_di\\_prima\\_-254319011/](https://www.repubblica.it/economia/2020/04/18/news/coronavirus_yunus_non_torniamo_al_mondo_di_prima_-254319011/)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

Cultura, violência contra a mulher,  
trabalho e COVID-19 em Moçambique:  
algumas questões para pensar  
o trabalho em saúde

*Lídia Deise Ilídio Sanduane*  
*Lucildina Muzuri Conferso Sunde*  
*Alcindo Antônio Ferla*  
*Izabella Barison Matos*

### **Introdução**

A COVID-19 atingiu o mundo de forma desigual, e os serviços e sistemas de saúde de cada país têm dado diferentes respostas de enfrentamento à pandemia. Países africanos têm apresentado baixo número de casos e de óbitos, no entanto suspeita-se que isso possa ser explicado por algumas evidências: negativa e positiva. A negativa é decorrente da precariedade dos sistemas de informação, que podem não estar fazendo a notificação dos casos/óbitos; a positiva seria a experiência advinda da gestão de epidemias anteriores (ebola, malária, p.e), que teria deixado certo conhecimento adquirido (BESSA, 2020).

A África tem 16% da população mundial, sendo 47% no espaço urbano, boa parte vivendo em favelas, sendo 71% desses trabalhadores informais (UN-HABITAT, 2020). Na maior parte dos países africanos, há relatos e evidências de violação de direitos humanos, de conflitos armados e da deficiente infraestrutura em todas as áreas, principalmente na saúde (BESSA, 2020). Assim, pode-se dizer que os riscos que os habitantes desse continente correm “(...) são existenciais e têm grandes efeitos sobre suas populações marginalizadas” (BESSA, 2020, p. 82).

Em artigo sobre os impactos da COVID-19 no continente africano, Bessa (2020) replica dados da United Nations Economics Commission for

Africa (UNECA, 2020) que apontam para a queda das receitas de exportações de produtos para o mercado externo, ao mesmo tempo em que alerta para os riscos da informalidade como característica do mercado de trabalho (BESSA, 2020; SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020). Essas situações – condições de vida, maior número de habitantes no espaço rural, sem serviços básicos de saneamento, saúde e educação e restrições econômicas e do mercado de trabalho (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020) – acabam refletindo e dificultando a adoção das necessárias medidas protetivas à COVID-19 (MARTINS; HANSINE, 2020; SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020).

Dados da United Nations Children's Fund (UNICEF) (2020) ressaltam que a precariedade de políticas públicas nas diferentes áreas, que é a característica da maioria dos países africanos, ampliou-se com a pandemia. Isso porque somam-se: desemprego, aumento da extrema pobreza, ampliação das desigualdades sociais e de gênero, fechamento de escolas e universidades (BESSA, 2020). Além disso, as mulheres são atingidas com maior intensidade por estar distantes ou mesmo pela dificuldade na assistência à saúde e de acesso à informação e também pelo baixo capital escolar (OMS, 2012).

Em Moçambique, país do sul do continente africano, há aproximadamente 31 milhões de habitantes; desses, 36% no espaço urbano, sendo que cerca de 2/3 na zona rural, cuja maior parte é jovem (17,6%) com idade média de 20 anos; pessoas com 65 anos ou mais são apenas 3% da população (MARTINS; HANSINE, 2020). Com baixa densidade demográfica (39 hab/km<sup>2</sup>), Moçambique tem 90% da população economicamente ativa trabalhando na informalidade ou sem ocupação definida (MOÇAMBIQUE, 2017). Como nos demais países vizinhos, “o trabalho nos circuitos inferiores da economia significa ausência de proteção social” (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020, p. 687) e outros problemas advindos de uma situação de crise de desemprego e redução dos salários.

Mesmo tendo conquistado a independência em 1973, o país permanece palco de constantes conflitos armados (guerra civil e outras tensões geopolíticas), desastres naturais (duas enchentes, em 1995 e em 2000, e dois furacões em 2019), crises econômicas persistentes, surtos de epidemias (malária),

insegurança alimentar e pobreza extrema, sendo que o processo de modernização da economia com a entrada do capital estrangeiro iniciou há vinte anos (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020; MARTINS; HANSINE, 2020).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) passou desde a independência por diversas reformas. Atualmente, conta com 1.643 unidades sanitárias, distribuídas por níveis de atenção, que variam de acordo com o grau de complexidade e com média médico-paciente de 1/10.000 habitantes (MOÇAMBIQUE, 2017).

São diversas as abordagens empíricas que demonstram uma condição de vulnerabilidade importante, forjada no interior das condições materiais de vida das pessoas e coletividades e replicadas, muitas vezes, em ações dos sistemas de políticas públicas e da maquinaria dos estados num efeito pedagógico que reforça uma cultura de fragilização da vida e do exercício de cidadania dos sujeitos, como alertam Carmo e Guizardi (2018). A naturalização das condições de vida e saúde, inclusive nas ações profissionais sociosanitárias, e os imaginários sociais são forjados nas relações que se estabelecem nos diferentes territórios, que podem tanto reduzir como reforçar vulnerabilidades (CARMO; GUIZARDI, 2018). Por isso nos ocupamos de uma abordagem em diferentes dimensões das iniciativas de enfrentamento à COVID-19, refletindo sobre o desafio da formação profissional.

A partir dessas considerações, este texto pretende fazer incursões na literatura sobre a situação da saúde em Moçambique, particularmente em perceber como os sistemas e serviços de saúde vêm atuando no combate à COVID-19 e na situação de mulheres e de trabalhadores da indústria extrativista nesse contexto. Tal interesse por esses temas justifica-se pelo fato de ser objeto de estudo de mestrandas moçambicanas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCo1/UFRGS), com a contribuição de docentes. Destaca-se que tal programa entende a sua internacionalização com premissas que envolvem solidariedade e reciprocidade, bem como horizontalidade no compartilhamento tanto de experiências como de práticas de políticas públicas, respeitando a heterogeneidade (LEAL; MORAES, 2018) dos po-

vos, representados pelos mestrandos não nativos/ estrangeiros que vêm sendo acolhidos.

O ponto em comum entre o tema da violência contra a mulher e o dos trabalhadores na indústria extrativista em Moçambique é a ação dos serviços de saúde; em ambas, as questões socioculturais têm relevância. Se no primeiro tema há necessidade de superação da naturalização com que a violência estrutural atua, há também a importância de os profissionais de saúde abordarem adequadamente a questão. Já o cuidado em saúde do trabalhador, que as empresas extrativistas preferem que sejam estrangeiros, merece maior compreensão, considerando o contexto econômico, social e cultural onde o trabalho se realiza.

No artigo, no formato de ensaio, pretendemos compartilhar nossas reflexões, atravessadas por temas e referências do campo da Saúde Coletiva e com base na experiência de alunas em intercâmbio. Da mesma forma, trazer à rede de cooperação e às produções acadêmicas que emergem da reflexão sobre as práticas os movimentos políticos e sanitários de Moçambique na afirmação da saúde e da vida das pessoas que o compõem.

### **Saúde do trabalhador e a emergência da indústria extrativa**

O modo de organização da produção e as condições de trabalho são uma abordagem analítica relevante à cultura em relação ao trabalho e à vida de uma população. O trabalho e a renda constituem-se em condições de determinação da saúde e, assim como a saúde, ou são objeto de políticas públicas regulatórias, ou a omissão do Estado também é reveladora das políticas em relação à vida, imersas, frequentemente, na cultura geral vigente na sociedade como um todo. Em relação ao trabalho, interessa-nos aqui refletir um pouco sobre as condições da indústria extrativa, que mobiliza diretamente algo em torno de 4,5% da população economicamente ativa de Moçambique, sobretudo as condições com que estão sendo processadas as ações em relação à saúde dos trabalhadores.

Moçambique é detentor de inúmeros recursos naturais ainda não explorados na sua maioria, como é o caso do carvão mineral, gás natural,

bentonita, berilo, cobre, tantalita, ouro, grafite, rutilo, bauxita, ferro, zinco e muitos outros. Desses minerais, apenas titânio, tântalo, mármore, ouro, carvão, bauxita, granito, calcário e gás natural estão sendo explorados. Esse país é uma das principais fontes de gás natural e de carvão mineral, amplamente em exploração, abastecendo principalmente o mercado da África subsaariana, bem como exportando seus produtos (FILIPE; MAPILELE, 2020).

A indústria do petróleo e gás tem um impacto considerável na contribuição para o crescimento econômico dos países da África subsaariana, tendo como consequência a redução dos níveis de pobreza (CASTELBRANCO, 2010; OIT, 2017), embora tal crescimento não seja acompanhado na mesma medida pelo crescimento da mão de obra, favorecendo o aparecimento de situações de vulnerabilidade e precariedade por parte dos trabalhadores desse ramo de trabalho. Por outro lado, a fraca capacidade endógena na geração de maquinaria e outros bens da esfera de produção contribui para a formação de uma economia porosa, voltada essencialmente para a exportação de produtos semiprocessados, com limitada capacidade de multiplicação interna da riqueza gerada, dificuldade no engendramento de novos empregos pela fraca ligação entre setores e sub-setores de produção, assim como a fraca desenvoltura da ramo tecnológico e de inovação com tendência à desarticulação produtiva (CASTELBRANCO, 2010).

Em contrapartida, o crescimento dessa indústria vê-se ameaçado pelos problemas de segurança e saúde no trabalho, associados aos acidentes de trabalho e às doenças ocupacionais, que exigem um preparo econômico e humano para fazer frente a esses fatores, com sua resolução baseada principalmente na criação e implementação contínua de políticas de segurança e saúde no trabalho, bem como ações preventivas com envolvimento sinérgico de esforço abrangente do governo, empregadores e trabalhadores (OIT, 2017). Sob outra perspectiva, o desfasamento do crescimento da indústria extrativa com o setor de infraestrutura (CASTELBRANCO, 2010) dificulta o acesso dos trabalhadores que trabalham em regime de isolamento aos locais onde tenham acesso aos cuidados de saúde (MITANO *et al.*, 2016),

pois os locais de exploração dos recursos naturais encontram-se majoritariamente em áreas rurais e distantes.

A descoberta de novas fontes de recursos petrolíferos em Moçambique gerou o aumento de empresas multinacionais (exemplo: Anadarko, Sasol, Jindal África) e com desenvolvimento das atividades foram atrelados riscos com impactos negativos na saúde dos trabalhadores (BIHALE, 2016). Em 2014, foram registrados 495 acidentes de trabalho, que resultaram em 415 incapacidades temporárias de trabalho, com 66 incapacidades, sendo 63 permanentes parciais e três permanentes totais, e 14 casos com desfecho de óbito nos variados setores de atividade (MOÇAMBIQUE, 2015).

Para regulamentar as questões relacionadas à promoção da saúde e da segurança do trabalhador, a Convenção nº 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2003) e a Recomendação nº 197 (2006) são de suma importância, tendo seus pilares estabelecidos na necessidade de iniciativas capazes de implementar ambientes de trabalho seguros e saudáveis com envolvimento do governo, trabalhadores e empregadores, com priorização de atividades preventivas (Artigo 1) (OIT, 2017). Em Moçambique, a Constituição da República prevê questões relacionadas à saúde e à segurança do trabalho e está traduzida na Lei do Trabalho nº 23/2007, de 1 de agosto daquele ano, e no Decreto nº 53/05, de 15 de agosto de 2005, relativos ao regime jurídico de acidentes de trabalho e doenças profissionais (MOÇAMBIQUE, 2007).

Estudos feitos na área da indústria extrativa em Moçambique com trabalhadores das grandes empresas multinacionais trouxeram à tona fragilidades no processo do trabalho e nas relações de trabalho em questões concernentes ao regime contratual precário em alguns casos, à diferença salarial entre trabalhadores nacionais e estrangeiros e à discriminação em razão de raça. Essa condição convive com o fato de que essas mesmas empresas sejam regidas, em sua maioria, por regulamentos internos e obedecendo os padrões mínimos nacional e internacionalmente aceitos de higiene e segurança no trabalho (BIHALE, 2016). A fraca estrutura no que concerne à qualificação de recursos humanos na área da saúde do trabalhador expõe a preferência das multinacionais para empregar estrangeiros, tendo

sido evidenciadas pelos trabalhadores ao longo do estudo questões relacionadas à jornada de trabalho (BIHALE, 2016).

O setor da saúde beneficia-se de 6,6% do orçamento do Estado, sendo esse muito abaixo do recomendado na região da África (15%), e esse subfinanciamento associado a uma política de centralização da gestão dos recursos humanos e de assistência dificulta o acesso ao princípio de cobertura universal à saúde da população em geral e do trabalhador em particular pelos efeitos negativos ao nível primário que abrange a maioria da população (MITANO *et al.*, 2016).

A exposição aos riscos ergonômicos físicos estão presentes neste ramo de atividade, figurando, entre outros, o movimento repetitivo, manuseamento manual, inadequação do local de trabalho, da função ou tarefa laboral, altura desconfortável no posto de trabalho e postura incorreta (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2017). A cooperação em Saúde e Segurança do Trabalhador no componente administrativo, envolvendo os trabalhadores e seus representantes, é um elemento essencial na prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais. A esse respeito, a Recomendação da OIT nº 197 aponta a criação de comissões conjuntas para a segurança e a saúde no local de trabalho (OIT, 2017).

No momento da descoberta de grandes reservatórios de hidrocarbonetos na bacia do Rovuma, no norte de Moçambique, o governo reconheceu a necessidade de rever a sua lei relativa a Atividades de Petróleo e Gás a Jusante, promulgada em fevereiro de 2001. A nova lei (Operações de Petróleo e Gás a Jusante, nº 21/2014) visa responder aos requisitos básicos para a implementação de um conjunto de regras transparentes para reger os direitos e deveres dos investidores da indústria e favorecer o desenvolvimento estável de projetos de petróleo e gás no contexto das normas internacionais (MOÇAMBIQUE, 2014).

No contexto da pandemia da COVID-19 em Moçambique, um dos principais epicentros com maior número de casos registrou-se na região norte do país, em Cabo Delgado, em um acampamento de uma empresa multinacional de exploração de gás natural. 70% dos casos registrados em todo o país vinham dessa parcela, com ocorrência essencialmente em tra-

balhadores em regime de isolamento (SILVA; MONIE; MULHAISSE, 2020). Fato que demonstra a vulnerabilidade do trabalhador face ao ambiente e às condições de exercício laboral, que podem ser fatores importantes na cadeia de transmissão, seja pelo fluxo inter-regional dos técnicos com casos importados ou por transmissão local. Além disso, foram evidenciadas no relatório de avaliação de capacidade institucional no setor da saúde feito em Moçambique, com enfoque para a área da saúde ocupacional, a escassa disponibilidade de recursos humanos com qualificação na área, a falta de equipamento técnico e laboratorial para diagnóstico e assistência e a falta de clareza organizacional nos níveis de decisão e de responsabilidades nos vários substratos da organização política da saúde (BRUGGER; ROA; VON OW, 2020).

Outro ponto de cisão entre as grandes empresas exploradoras de recursos minerais em seu processo de implantação, excetuando as questões da área da saúde do trabalhador, é a falta de ganhos no componente social por parte das comunidades onde as empresas colocam suas instalações, não fazendo jus às promessas feitas quando de suas implantações. Percebe-se por parte das comunidades uma retribuição financeira pouco significativa, com quase nenhum desenvolvimento em termos de infraestrutura (escolas, hospitais, estabelecimentos comerciais com geração de emprego, etc.), fazendo com que, de forma paradoxal, as novas multinacionais sejam condição para agravar a pobreza das comunidades no geral, sem ganhos sociais visualizados de forma direta nas comunidades que albergam as indústrias (FILIPE; MAPILELE, 2020). A incorporação de novas modalidades de trabalho e renda restringe seus efeitos ao setor produtivo, consolidando maior vulnerabilidade social às pessoas e aos territórios envolvidos.

O processo de reassentamento das comunidades para dar lugar aos megaprojetos tem também criado indisposições por diversos motivos, que vão desde a impotência na escolha do novo local de habitação, a falta de condições básicas de saneamento do meio, em alguns casos infertilidade da nova terra em habitação, que obriga ao aparecimento de novas formas de sustentabilidade, não existência de infraestruturas básicas para o funcionamento de uma comunidade, muitas vezes contrariando a promessa do pro-

jeto inicial adornado de reassentamento (MATOS; MEDEIROS, 2012; FILIPE; MAPILELE, 2020).

A questão da saúde do trabalhador é muito relevante e deve acompanhar a atenção à saúde em todos os serviços da rede de atenção, uma vez que ela traduz as relações que os indivíduos estabelecem no interior dos seus processos de trabalho, mas também traduz a cultura local. Portanto, identificar e abordar precocemente as consequências do trabalho na saúde das pessoas é uma função de grande importância para os serviços de saúde, não apenas para prevenir e tratar os sujeitos acometidos por doenças relacionadas ao trabalho, mas também para produzir conhecimentos e iniciativas que alterem a cultura em relação ao trabalho, que prioriza o interesse da produção em detrimento da saúde dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador, particularmente nessas condições, soma uma função direta na prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores e uma função indireta, quando se constitui num observatório privilegiado das condições de vulnerabilidade produzidas nos processos produtivos e, muitas vezes, naturalizadas no cotidiano da sociedade. Torna-se, portanto, fundamental que as ações em relação à saúde dos trabalhadores tenham também uma ação coletiva mais ampla, relativa à produção de novos imaginários e tensões com a cultura social vigente.

### **Violência contra a mulher: cultura, legislação e saúde**

Uma segunda aproximação às interfaces da cultura, dos modos de vida e das condições de vulnerabilidade da população é a temática da violência contra a mulher. Moçambique tem sua população majoritariamente distribuída no espaço rural, com inúmeros desafios sociais, econômicos e políticos, que denotam subdesenvolvimento num contexto de produção social de vulnerabilidades (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020). O fenômeno da violência contra a mulher não se constitui em um problema novo (FUMO, 2016), que é agravado em situações de crise, conflito armado e desastres naturais (OMS, 2012). Silva, Monié e Mulhaise (2020, p. 686), referindo-se à pandemia da COVID-19 que assola o mundo, alertam para a

necessidade da “sociedade civil permanecer mobilizada diante do risco de aumento de casos de violência doméstica contra a mulher e crianças”.

Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos (IIM), as manifestações acerca de violência doméstica são mais frequentes nas áreas rurais do que nas áreas urbanas (MOÇAMBIQUE, 2008). Trata-se de um fenômeno complexo, cujas raízes são mais profundas e estão nas “(...) relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na autoidentidade e nas instituições sociais [onde] o direito (masculino) a dominar a mulher é considerado a essência da masculinidade” (HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994, p. 47).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde da mulher em países africanos salienta que aspectos da cultura contribuem para a permanência da violência sob diversas formas, a atribuição de papéis rígidos à mulher como responsável pelas tarefas domésticas e a maternidade como única função, além da anterior. Também informa que boa parte dos serviços de saúde é privado e, como as mulheres são dependentes financeiramente, cabe aos maridos/companheiros a decisão de proporcionar ou não a assistência (OMS, 2012).

A matéria jornalística (DEUTSCHE WELLE, 2016) cujo título é “Violência doméstica é preocupante em Moçambique”, realizada por Nádia Issufo com representante da ONG Fórum Mulher, informa que seis em cada dez mulheres são vítimas de violência doméstica. A entrevistada entende que esse é ainda um tema tabu e que é preciso criar mecanismos de enfrentamento mais eficazes e exigir dos políticos e dirigentes discursos mais fortes e enérgicos a respeito, pois eles “têm que se despir dessa cultura que oprime e viola os direitos”.

Ao mesmo tempo, a ativista acusa políticos de abusadores, pois também há casos de violência sexual praticada por eles; alerta ainda para a fragilidade que envolve os procedimentos das instituições policiais, Judiciário e Ministério Público em situações de violência doméstica. Para ela, esse aparato está contaminado por corrupção, excesso de burocracia, pouca compreensão e sensibilidade em lidar com as vítimas, e os serviços de assistência são insuficientes (DEUTSCHE WELLE, 2016).

Em Moçambique, no período entre 2015 e 2017, foram registrados mais de 25 mil casos de violência doméstica contra mulheres e crianças (MOÇAMBIQUE, 2018). Ao analisarmos as causas, apontadas pela literatura e alguns documentos de organismos multilaterais, chegaremos a explicações sobre a naturalização histórica dessa violência. Muitos que convivem diariamente com a violência acham que ela é parte intrínseca da condição humana. Mas não é. A violência pode ser evitada por intermédio de ações conjuntas dos governos, comunidades e indivíduos que podem fazer a diferença (OMS, 2015).

Até recentemente (século XX), a sociedade moçambicana autorizava o marido a violentar sua mulher como represália por atos praticados que o contrariassem (FUMO, 2016); ou seja, “se a mulher cometesse algum erro, tem que ser educada” (DEUTSCHE WELLE, 2016), o que pode ser feito de forma violenta. As origens da violência parecem situar-se “na estrutura social e no complexo conjunto de valores, tradições, costumes, hábitos e crenças que estão intimamente ligados à desigualdade sexual” (OMS, 2012, p. 9). Importa salientar que, tradicionalmente, a violência física, psíquica e sexual dos maridos sobre as mulheres foi sendo considerada justificada, fazendo tudo parte do poder de constrangimento doméstico do marido sobre a mulher e do pai sobre os filhos, que chegou a ter suporte na lei e na jurisprudência (ANDRADE, 2009).

Tal conjuntura histórico-cultural parece ser responsável pelo que se denominou de “conspiração do silêncio (...) [justificada pela] pouca evidência quanto ao reconhecimento da lei” (FUMO, 2016, p. 22 e 23). Somente nos primeiros anos do século XXI, com a promulgação da Constituição da República de Moçambique em 2004, as mulheres passaram a ser cidadãs de direito e não mais propriedade numa relação marital. Após se seguiram legislações que foram criadas como respostas às recomendações e convenções internacionais de diferentes organismos, colocando Moçambique em certa sintonia com o preconizado em termos de direitos humanos e de proteção às vítimas de violência doméstica.

Uma das legislações, criada em 2009, foi a Lei nº 29/2009 sobre Violência Doméstica Praticada Contra a Mulher, prevendo assistência multis-

setorial (saúde, psicológica, social e jurídica). Essa contempla vários tipos de violência doméstica, a saber: a violência física simples (artigo 13º), a violência física grave (artigo 14º), a violência psicológica (artigo 15º), a violência moral (artigo 16º), a cópula não consentida (artigo 17º), a cópula com transmissão de doenças (artigo 18º), a violência patrimonial (artigo 19º) e a violência social (artigo 20º) (MOÇAMBIQUE, 2009).

A elaboração dessa lei foi baseada nos princípios defendidos na Constituição da República de Moçambique e na Declaração Universal dos Direitos Humanos tanto uma como a outra defendem o princípio de igualdade de direitos entre os homens e as mulheres. A partir dessa, outras foram criadas, preconizando a prevenção e o combate ao fenômeno da violência.

Ao estudar o aparato jurídico criado em Moçambique, um estudo vai dizer que a lei citada não se ocupou em sinalizar ações de prevenção e/ou medidas concretas para o enfrentamento ao problema “que obriguem o infrator, assim como o Estado, a assegurar uma efetiva proteção à vítima” (FUMO, 2016, p. 49). Adicionamos a observação de que tampouco citou o fenômeno reconhecido contemporaneamente como feminicídio como objeto da referida lei; papel que tem sido realizado, em parte, por instituições da sociedade moçambicana, pela mídia, por organismos multilaterais, por organizações não governamentais (ONGs) e por legislações posteriores.

Como vimos, em Moçambique, o aparato legal para atender mulheres vítimas de violência doméstica é recente e contempla diferentes instâncias: inicialmente, as mulheres recorriam à Polícia da República de Moçambique (PRM), cujo dever é protegê-las. No entanto, grande parte dos policiais é homem, que não parece estar preparado para encaminhar as denúncias. Nessa direção, uma entrevista de ativista da ONG Fórum Mulher denuncia que eles “colocam a lei de lado e começam a julgar as pessoas pelas próprias crenças e vivências” (DEUTSCHE WELLE, 2016).

Os Gabinetes de Atendimento às Vítimas da Violência Doméstica são respostas para dar maior eficácia aos casos denunciados e, posteriormente, há os Tribunais e o Ministério Público como instâncias superiores. Criados em 1999 nas cidades de Maputo e da Beira, os Gabinetes foram

instalados em mais de duzentas delegacias<sup>1</sup> de polícia e hospitais. São mecanismos de ação que funcionam com base num esforço coletivo (governo, ONG e associações da sociedade civil) em resposta à crescente violência doméstica contra a mulher e a criança em especial. Coordenados pelo Departamento de Atendimento da Mulher e Criança, do Comando Geral da Polícia da República de Moçambique, os Gabinetes contam com intervenção multissetorial, que envolve os Ministérios da Saúde (MISAU), da Mulher e Acção Social (MMAS) e da Justiça (FUMO, 2016).

Registre-se a existência de organizações globais, dentre as quais se destaca a OMS, cujo relatório descreve a situação da saúde das mulheres em países do continente africano, apontando algumas estratégias para o enfrentamento das diferentes violências. A sociedade civil moçambicana, representada por várias associações – a Liga Moçambicana dos Direitos Humanos (LDH), o Fórum Mulher, Mulher Lei e Desenvolvimento, a *Women and Law in Southern Africa* (WLSA), a Associação das Mulheres de Carreira Jurídica, só para citar algumas –, oferece apoio às vítimas. Também há instituições profissionais, em missões, atuando no país (OMS, 2012).

Fumo (2016), ao analisar as dificuldades na aplicação da legislação, aponta dois motivos que fazem com que a mulher “cale a boca” diante das violências sofridas: receio e desconhecimento. O receio/medo em denunciar justifica-se em função da situação de dependência econômica dela, e o desconhecimento refere-se à falta de informação sobre a existência do aparato legal protetivo. O sentimento de lealdade familiar, responsável pela relutância em denunciar e expor familiares, pode também explicar o silêncio (OMS, 2012). Costumeiramente, problemas conjugais são resolvidos pela família e pessoas próximas, sem a interferência de órgão/instância legal policial (FUMO, 2016).

Vistas como propriedade do homem/marido/companheiro, somada à condição de pobreza com níveis de analfabetismo chegando a 68% das mulheres, o ciclo da violência parece perdurar: perdoar o agressor na esperança de que episódios de violência não aconteçam mais e o fato de a rela-

---

<sup>1</sup> Em Moçambique conhecidas como esquadras.

ção do casal apresentar também bons momentos parecem garantir o giro sem fim do ciclo (FUMO, 2016). Mas o fenômeno da violência contra a mulher passou a ter maior visibilidade após dois episódios envolvendo filhas de dois ex-presidentes de Moçambique. Em 2015, um episódio protagonizado pelo ex-namorado deixou Josina Machel com sequelas, ficando cega de um olho. No entanto, em 2020, o Tribunal Superior do Recurso moçambicano revogou a decisão que condenava o réu a três anos e quatro meses de prisão pela agressão (DEUTSCHE WELLE, 2020). Outro caso, em 2016, que resultou em feminicídio foi o de Valentina Guebuza, cujo marido foi o homicida. Sabendo que a violência ocorre em distintas classes sociais, parece ter trazido efeitos, pois o silêncio passa a ser progressivamente “quebrado”, conforme observa a ativista da ONG Fórum Mulher, na entrevista citada (DEUTSCHE WELLE, 2016).

Para o governo, o aumento de casos de violência doméstica registrados e reportados às autoridades policiais é resultado de suas intervenções em conjunto com a sociedade civil, visando conscientização sobre a denúncia de casos às autoridades competentes (MOÇAMBIQUE, 2018). Sem dúvida, esse é um desafio importante para os serviços de saúde e para os profissionais que atuam neles, seja por se tratar de um problema de saúde pública, seja pelo fato de que é muito frequente que os serviços de saúde sejam os primeiros lugares de contato das mulheres vítimas de violência.

A iniciativa do MISAU, como a realização do I Seminário Intersectorial: Fortalecimento e Capacitação Técnica da rede de atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres Vítimas de Violência, baseada no Gênero e Promoção de Saúde, realizada em novembro de 2020, em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, foi uma ação de qualificação significativa. Visando maximizar respostas na aplicação do Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher, que é governamental, o MISAU pretende, como resultado do Seminário, a elaboração de uma proposta de plano de ação dos serviços de saúde de Moçambique, integrado ao mecanismo multissetorial já existente (MOÇAMBIQUE, 2020). Talvez, como próxima estratégia de enfrentamento, a formação dos profissionais de saúde e de educação, tanto do nível técnico como superior, também deva ser empreendida na sequência.

## COVID-19: algumas anotações sobre a experiência moçambicana

Reportamo-nos ao dia 11 de março de 2020, quando a OMS declara a pandemia da COVID-19, seguindo-se medidas a serem tomadas para a prevenção: lavar as mãos com água e sabão ou fazer a higienização com álcool em gel, manter distanciamento social, usar máscara naso-oral (MANJANTE *et al.*, 2020). O ritmo de crescimento de novos casos de COVID-19 não acontece de forma homogênea no continente africano, e a África Austral, da qual Moçambique faz parte, tem demonstrado um crescimento acelerado quando comparado com outras regiões da África (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020).

O primeiro caso ocorreu em Maputo, capital do país, em 22 de março de 2020 e se disseminou pelo país. Apesar disso, Moçambique apresenta uma das menores taxas de infectados e de óbitos (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020) e de letalidade no mundo (MARTINS; HANSINE, 2020). O quadro a seguir apresenta dados gerais da COVID-19 em Moçambique.

**Quadro 1:** Dados gerais da COVID-19 em Moçambique

	17 de agosto de 2020	12 de outubro de 2020	Até 1º de novembro de 2020
<b>Casos positivos</b>	2.914 (96 por milhão de hab.)	10.088 (32 por milhão de hab.)	12.998
<b>Recuperados</b>	1.196 (41%)	7.550 (74, 8%)	10.439
<b>Óbitos</b>	19	72	93
<b>Taxa de letalidade</b>	0,7%	0,7%	–
<b>Testes</b>	–	144.202 (5,1 por mil/hab.)	–

Fonte: Elaboração dos autores a partir de Martins e Hansine (2020); Silva, Monié e Mulhaise (2020).

É possível que o fato de a maior parte da população ser jovem, com idade em torno de 20 anos, influencie, uma vez que é sabido que maiores taxas de letalidade e de morbidade pela COVID-19 atingem mais as faixas

etárias mais altas. Vale lembrar que, em Moçambique, os idosos com 65 anos ou mais são apenas 3% da população, bem como o país apresenta baixa densidade demográfica: 39 hab/km<sup>2</sup> (MARTINS; HANSINE, 2020). Mas é importante registrar a possibilidade de subnotificação, considerando-se a precariedade da infraestrutura da saúde e, conseqüentemente, dos sistemas de informação.

A compreensão do cenário atual tangencia o entendimento da construção e das etapas evolutivas da política do SNS moçambicano, bem como a interferência de fatores como a instabilidade política nas regiões do centro e do país. Essas influenciam negativamente o acesso da população às unidades de cuidados de saúde e conseqüentemente dão uma falsa ideia do verdadeiro cenário em relação à COVID-19 (MITANO *et al.*, 2016).

No processo evolutivo da pandemia em Moçambique, duas ondas com características epidemiológicas distintas foram verificadas. A primeira fase era evolutivamente mais lenta e com taxas de mortalidade reduzidas comparativamente com a segunda fase. Essa última apresenta-se desde o mês de novembro com novas infecções confirmadas a um ritmo acelerado, que se presume estar associada ao movimento migratório intensificado nos últimos meses da vizinha África do Sul para Moçambique; a África do Sul é líder nos casos confirmados de COVID-19 no continente africano, associado a um controle fronteiriço poroso entre esses dois países com um número considerável de imigrações ilegais (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020). Os movimentos migratórios internos e externos, principalmente com a vizinha África do Sul, são comuns e associados aos fluxos laborais ou por questões políticas e/ou socioeconômicas, sendo consubstanciados pela via formal ou informal (PATRICIO, 2016). Atualmente, Moçambique conta desde a notificação do primeiro caso em 22 de março de 2020 até 3 de fevereiro de 2021 com 41.443 casos confirmados de COVID-19, sendo que desses cerca de 28.000 casos (60%) foram registados nos últimos três meses (MOÇAMBIQUE, 2021).

Ainda tentando entender o que se passa, autores vão dizer que o fato de os fluxos aeroportuários não serem tão expressivos, a restrição da mobilidade e a instalação de postos nas regiões fronteiriças (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020; BESSA, 2020) tiveram sua contribuição. Por outro lado,

para entender tal situação, autores ponderam que se trata de uma população altamente suscetível a “múltiplas agressões ao sistema imunitário, resultantes de limitado acesso aos bens e serviços essenciais” (MARTINS; HANSINE, 2020, p. 35). Esse conjunto de carências e necessidades não supridas – falta de água potável, saneamento básico, alimentação adequada (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020) – acaba sendo uma espécie de medida protetiva, explicada pela expressão Dividendo de Exposição à Sujeira (DES), cunhada pelo cientista indiano Nandkuanar Kamat (2020). De certa forma, parece garantir um estado imunitário aos moçambicanos e demais populações em situação semelhante.

Órgãos do governo moçambicano divulgaram, no início da pandemia, através de diferentes mídias – televisão, rádio pública, plataforma do Ministério da Saúde, que mantém aplicativos de redes sociais, página na *WEB* – orientações preventivas à população. Além dessa iniciativa, houve a capacitação de funcionários dos setores público e privado e ações informativas (palestras) nas unidades de saúde da atenção básica (MANJANTE *et al.*, 2020; SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020). No país, há 1.722 médicos em atividade, dos quais mais da metade em consultórios públicos, exercendo clínica geral, com carência de especialistas, cuja atratividade é inibida pelos baixos salários (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020).

Para alguns autores, os dirigentes entenderam que as condições de vida da maior parte da população moçambicana são incompatíveis com as recomendações preconizadas para o enfrentamento à COVID-19; por isso não aplicaram confinamento obrigatório, considerando, também, os possíveis impactos na economia (MARTINS; HANSINE, 2020). Um estudo junto a 126 servidores públicos em Moçambique ressaltou o fato de que o “*modus vivendi* dos moçambicanos” não contribui para o cumprimento das recomendações, uma vez que se trata de uma população que se reúne em festas e não é muito afeita a proteções individuais ou coletivas; embora os autores tenham observado certo “medo teórico”, mas ponderam que as pressões sociais mais parecem “miragem” (MANJANTE *et al.*, 2020, p. 11).

Por outro lado, ao analisarem as políticas públicas no contexto da COVID-19 em Moçambique, Silva, Monié e Mulhaise (2020, p. 4) dizem

que está sendo lançado um desafio inédito para estruturas de saúde deficientes enfrentarem “o adoecimento coletivo da população em curto espaço de tempo”; pois salientam que o país iniciou o processo de modernização na área da saúde juntamente com o da economia somente no início do século XXI.

Mais recentemente, a partir de 2016, o MISAU disponibilizou a Telemedicina, ampliou a capacitação de profissionais da saúde, melhorou a infraestrutura na área, capacitou para a pesquisa e gestão com o apoio de ONG, agências internacionais e parcerias com universidades no Brasil (UFRGS) e nos EUA (Universidade John Hopkins), a fim de cumprimento de proposições do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025 (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020). A atuação da Universidade Eduardo Mondlane em Maputo, que é responsável pela formação de profissionais da saúde, e o recente movimento de interiorização do ensino superior, cuja expectativa é a necessária “contribuição às políticas de saúde e de segurança alimentar” (SILVA; MONIÉ; MULHAISE, 2020, p. 690), também são registros importantes nesse contexto de múltiplas carências a serem supridas.

### **Considerações finais**

O ensaio pretendeu fazer abordagens reflexivas sobre a produção de cultura, violência contra a mulher, trabalho e COVID-19 em Moçambique, com base na experiência das autoras, que estão em intercâmbio formativo no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, para aproximações com o tema da formação de profissionais da saúde. As três temáticas não apenas se relacionam à saúde, sobretudo numa concepção ampliada, em que as condições de produção da saúde estão afetas ao campo, como evidenciam políticas públicas em relação à vida das pessoas e coletividades. O acesso e a organização dos serviços de saúde, incluindo o trabalho que se desenvolve em seu interior, são condições de produção da saúde. Por outro lado, refletir sobre essas políticas em Moçambique, tomando a experiência de quem vive o país “por dentro”, pareceu-nos uma

oportunidade ímpar para compreender os processos daquele país por meio de uma leitura implicada, capaz de mostrar os movimentos de resistência no cotidiano.

O trabalho no setor extrativista incipiente, mas com iniciativas relevantes de expansão, aponta para um setor produtivo que negligencia a saúde dos trabalhadores e das populações que são afetadas pelas atividades produtivas e para iniciativas de regulamentação pública. Ilustra como o setor da saúde pode constituir-se em observatório das condições de organização da vida em sociedade e, nessa condição, precisa ocupar-se da produção de iniciativas no âmbito da cultura que denunciem a vulnerabilização da vida e a produção de riscos à saúde, quebrando a naturalização embasada nos interesses do complexo produtivo. Ora, se o trabalho tem função social, a pobreza não é atributo individual, mas política das sociedades. Ademais, o crescimento da indústria extrativa deveria ser usado como trampolim para o crescimento paralelo de outras indústrias e contribuir para o desenvolvimento da comunidade, do país e da região.

Assim também os riscos ocupacionais e os acidentes e doenças relacionados ao trabalho, também evidenciados recentemente pela pandemia, demonstraram consequências sociais e econômicas nas relações concretas que se estabelecem nos fluxos de globalização que se pretendem superiores à vida de amplos setores da sociedade. Como no dito corriqueiro durante a pandemia, não devemos almejar um retorno à normalidade anterior, que foi justamente ela que gerou as condições para o surgimento e sua rápida expansão em escala global.

Outro exemplo dos efeitos políticos da naturalização das vulnerabilidades está na violência contra a mulher. Em Moçambique, a maior parte da população está no espaço rural; muitas mulheres vítimas de violência doméstica não têm acesso aos cuidados de saúde, quer pela distância ou pela inexistência dos serviços. Vimos que a naturalização da violência, perpetrada contra mulheres, tem raízes históricas, baseadas na rígida socialização dos papéis atribuídos aos homens e mulheres numa cultura que tem a mulher numa posição de dependência econômica e de propriedade do marido/companheiro.

A isso somam-se o baixo nível de escolaridade delas, majoritariamente analfabetas, e o desconhecimento de seus direitos. O medo e a vergonha pela exposição da família e pela estigmatização parecem ser sentimentos que silenciam as vítimas de violência doméstica. Embora tenha sido criado, na década passada, um aparato legal-policial para a proteção à mulher – e o fenômeno parece estar mais visibilizado na sociedade moçambicana –, constatam-se certa inoperância dessas instâncias governamentais e a persistência do silêncio.

Os três temas aqui abordados – saúde do trabalhador, violência doméstica, COVID-19 – provocam uma discussão sobre a ideia das necessárias mudanças na formação de profissionais e no trabalho em saúde em Moçambique. Algumas iniciativas governamentais foram citadas, com destaque para a importância da cooperação internacional por meio de organismos multilaterais, ONG, universidades e outras instituições.

Reafirmamos a partir dessa parceria entre mestrandas e docentes do PPGCol a relevância do mestrado como dispositivo para ativar o pensamento sobre mudanças necessárias e sobre a compreensão ampliada da saúde. Também tal experiência torna possível dar pequenas guinadas decoloniais; aqui nos reportamos ao fato de resistir ao tendencioso caminho da eurocentralidade e de ter sempre presente o respeito à heterogeneidade dos povos, da cultura e do conhecimento.

## Referências

ANDRADE, X. Proposta de lei contra a violência doméstica: processo e fundamentos. In: **Outras vozes**, n. 26, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.wlsa.org.mz/artigo/proposta-de-lei-contr-a-violencia-domestica-processo-e-fundamentos/>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BESSA, M. Impactos da COVID-19: a saúde e a “saúde” no continente africano. IPEA. **Boletim de Economia e Política Internacional/BEPI**, n. 27, p. 77-92, maio 2020/ago. 2020.

BIHALE, D. **Indústria Extractiva em Moçambique**: Perspectivas para o Desenvolvimento do País. Maputo: Friedrich Ebert, 2016. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mosambik/13195.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SANDUANE, L. D. I.; SUNDE, L. M. C.; FERLA, A. A.; MATOS, I. B. • Cultura, violência contra a mulher: trabalho e COVID-19 em Moçambique: algumas questões para pensar o trabalho em saúde

BRUGGER, F.; ROA, T. M.; VON OW, A. **Relatório da Avaliação da Capacidade Institucional**. Moçambique: [s. n.], 2020. E-book. Disponível em: <[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-10/ASGM Mozambique ICA Report 11052020\\_PT v2-1.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-10/ASGM Mozambique ICA Report 11052020_PT v2-1.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

CASTEL-BRANCO, C. N. **Economia extractiva e desafios de industrialização em Moçambique**. Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos, 2010. Disponível em: <[https://www.iese.ac.mz/lib/publication/cad\\_iese/CadernosIESE\\_01\\_CNCB.pdf](https://www.iese.ac.mz/lib/publication/cad_iese/CadernosIESE_01_CNCB.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2020.

DEUTSCHE WELLE. **Caso Josina Machel**: Revogada condenação de ex-namorado por violência doméstica. 2020. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-002/caso-josina-machel-revogada-condena%C3%A7%C3%A3o-de-ex-namorado-por-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica/a-53934274>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

DEUTSCHE WELLE. **Violência doméstica é preocupante em Moçambique**. Entrevista com a representante da ONG Fórum Mulher à Nádia Issufo. 2016. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-002/viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-%C3%A9-preocupante-em-mo%C3%A7ambique/a-36850499>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FUMO, L. J. **Violência Doméstica praticada contra a mulher: análise jurídica do atual panorama moçambicano**. Dissertação de Mestrado. Mestrado Integrado em Ciências Policiais. Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. Lisboa, 2016.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence Against Women: The Hidden Health Burden**. World Bank Discussion Papers 255. Washington, D.C.: World Bank, 1994. Disponível em: <<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/489381468740165817/violence-against-women-the-hidden-health-burden>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

KAMAT, N. Hypothesis on COVID-19 Indian Subcontinental Dirtiness Exposure Dividend (DED). **Taleigão**, Universidade de Goa, 3 de abril de 2020.

LEAL, F. G.; MORAES, M. C. B. Decolonialidade como Epistemologia para o Campo Teórico da Internacionalização da Educação Superior. **Arquivos Analíticos de Políticas Educativas**, Arizona State University, v. 16, n. 87, jul. 2018.

MANJATE, J. L. S. *et al.* **Knowledge, Attitudes and Practices of Mozambican Public Employees in relation to the Prevention of COVID-19.** SciELO Preprints. 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/114/136>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MAPILELE, F. S. **Breve Reflexão sobre a Dinâmica da Indústria Extrativa de Recursos Minerais em Moçambique.** p. 1-11, 2020. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/53088/breve-reflexao-sobre-a-dinamica-da-industria-extrativa-de-recursos-minerais-em-mocambique>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MARTINS, H. F. B.; HANSINE, R. Análise epidemiológica e demográfica da COVID-19 em África. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, 2020, 19: 7-42. Disponível em: <<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/353/289>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MATOS, E. A. C.; MEDEIROS, R. M. V. Exploração mineira em Moatize, no centro de Moçambique: que futuro para as comunidades locais. In: **XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária**, 2012, Uberlândia, Minas Gerais. Disponível em: <[http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais\\_enga\\_2012/eixos/1064\\_1.pdf](http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais_enga_2012/eixos/1064_1.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MITANO, F. *et al.* Direito à saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2679, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MOÇAMBIQUE. Boletim da República. Publicação Oficial da República de Moçambique. **Lei nº 21, de 18 de agosto de 2014.** A presente lei estabelece o limite de atribuição de direitos para a realização de ações petrolíferas na República de Moçambique e para além de suas fronteiras. Edição Eletrônica, 18 ago. 2014. Disponível em: <<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/moz152023.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MOÇAMBIQUE. Boletim da República. Publicação Oficial da República de Moçambique. **Lei nº 23, de 01 agosto de 2007.** Aprova a Lei do Trabalho e revoga a Lei nº 8/98, de 20 de Julho. Edição Eletrônica, I série, n. 31, 01 ago 2007, p. 466-506. Disponível em: <<http://www.mitess.gov.mz/sites/default/files/documents/files/Lei%2023%202007%20%20Lei%20de%20Trabalho.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

MOÇAMBIQUE. Boletim da República. Publicação Oficial da República de Moçambique. **Lei nº 29, de 29 de setembro de 2009.** Lei sobre a violência doméstica

SANDUANE, L. D. I.; SUNDE, L. M. C.; FERLA, A. A.; MATOS, I. B. • Cultura, violência contra a mulher: trabalho e COVID-19 em Moçambique: algumas questões para pensar o trabalho em saúde

praticada contra a mulher. Edição Eletrônica, I série, n. 38, 29 set. 2009, p. 285-290. Disponível em: <[https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei\\_VD\\_2009.pdf](https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei_VD_2009.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2021.

MOÇAMBIQUE. Governo de Moçambique (GdM). **Governo ratifica convênios sobre segurança ocupacional**, 2015. Disponível em: <<https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Governo-ratifica-convenios-sobre-seguranca-ocupacional>>. Acesso em: 03 out. 2020.

MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional de Estatística. **Estatísticas de Violência Doméstica 2017**. Moçambique, 2018. Disponível em: <<http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-sectoriais/crime-e-justica/estatisticas-de-violencia-domestica-2017/view>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional de Estatística. **Relatório do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS)**. Maputo, INE, 2008. Disponível em: <[https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2013/05/RelatorioMICS\\_Unicef.pdf](https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2013/05/RelatorioMICS_Unicef.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2020.

MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional de Estatística. **Resultados definitivos do Censo**. 2017. Disponível em: <<http://www.ine.gov.mz/iv-censo-2017>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **COVID-19: Boletins diários**, 2021. Disponível em: <<https://www.misau.gov.mz/index.php/covid-19-boletins-diarios>>. Acesso em: 03 fev. 2021.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Ministra da Saúde procede abertura da Formação sobre Violência baseada no Género**. 2020. Disponível em: <<https://www.misau.gov.mz/index.php/13-ministra-da-saude-procede-abertura-da-formacao-sobre-violencia-baseada-no-genero>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Segurança e saúde no trabalho na indústria do petróleo e do gás em países selecionados da África Subsaariana**. Genebra, 2017.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Enfrentar o desafio da saúde da mulher em África**. Reino Unido: Escritório Regional para África, 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2015.

PATRICIO, G. Compulsando as migrações internas e internacionais. **InterEspaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade**, v. 2, n. 5, p. 78-101, 2016. Dispo-

nível em: <<https://doi.org/10.18766/2446-6549/interespaço.v2n5p78-101>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

SILVA, C. A.; MONIÉ, F.; MULHAISE, R. A. Pandemia de Coronavírus/COVID-19 em Moçambique: Desafios de reflexão sobre os contextos territoriais e socioeconômicos da política de saúde. Revista **Geosaberes**, Fortaleza, v. 11, p. 674, nov. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.26895/geosaberes.v11i0.1101>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

UNECA – UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR AFRICA. **Trade policies for Africa to tackle COVID-19**. [s.l.]: UNECA; ATPC, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.uneca.org/publications/trade-policies-africa-tackle-covid-19>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

UN-HABITAT – UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME. **COVID-19 in African cities: impacts, responses and policies**. [s.l.]: UN-HABITAT; UNCDF, 2020. Disponível em: <<https://unhabitat.org/covid-19-in-africa-cities-impacts-responses-and-policies>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective**. [s.l.]: UNICEF, May 2020. v. 1. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/how-covid-19-is-changing-the-world-a-statistical-perspective/>>. Acesso em: 28 jan. 2021.



# Artes na pandemia: travessias da Saúde Coletiva<sup>1</sup>

## EXPOSIÇÃO TRAVESSIA

Do dicionário:

**tra.ves.si.a**

– substantivo feminino –

1. Ação ou resultado de atravessar região, deserto, mar etc.; TRAVESSA: *Fez a travessia da África.*
2. Mar. Vento que sopra acompanhando o rumo da embarcação
3. Bras. Compra e venda clandestina de mercadorias, esp. gêneros alimentícios
4. Caminho longo e despovoado

A exposição fotográfica **TRAVESSIA** parte da necessidade provocada, urgente e pulsante de retratar as ações e/ou os resultados de atravessar regiões, comunidades, lugares e pessoas como estratégia para ressignificar a vida durante a pandemia da **COVID-19** em distintas regiões e lugares do Brasil.

Assim, a partir da travessia e dos caminhos percorridos nos territórios onde a vida acontece foram documentados os encontros/encantos/esforços na organização da vida durante esse período de incertezas.

**Nesta exposição, vocês poderão navegar por cinco galerias, onde estão dispostas as séries fotográficas que através de um jogo de palavras, imagens, sons e afetos conduzirão seus sentidos a pensar sobre as belezas e**

---

<sup>1</sup> Entre as iniciativas desencadeadas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS desde o início da pandemia está a proposição da produção artística como dispositivo de problematizar o cotidiano com a radicalidade e a suavidade de uma forma de expressão não predominantemente textual. A iniciativa deu origem à exposição virtual “Retratos da Pandemia” (<https://www.ufrgs.br/retratos-da-pandemia/>), com seções temáticas. Uma das quais, “Exposição Travessias”, com imagens utilizadas neste livro.

**injustiças de fazer uma travessia em uma mesma tempestade, mas em embarcações tão distintas.**

Na Série **FRAGMENTOS**, você verá a partir de fragmentos do cotidiano medos, inseguranças, respiros e pedaços que se fundem para criar o/um **EU** em quarentena e um novo cotidiano.

Nas séries **PORTO** e **PARAÍSO**, muita força, solidariedade e união serão apresentadas a você através da sensibilidade das lentes que captaram imagens do cotidiano dos territórios onde a vida acontece, tanto em comunidades de **Porto Alegre/RS e região metropolitana** como na favela de **Parai-sópolis em SP**.



Daiana Santos (@daianasantospo) por Cristiane Leite (@cristianeleitofotografia).

Ainda nos territórios e nas correntezas, você poderá ver na série **FÉ** as práticas cotidianas de cuidado retratadas pelas lentes de um fotógrafo, educador, cuidador, que no encontro das águas do Alto Solimões, na cidade de **Tefé no Amazonas**, mostra-nos concretamente o quanto a travessia vem sendo feita em diferentes embarcações.

Por fim, chegamos à nau que conduziu tantos em meio à maior tormenta. Na série **CANOA**, onde foram documentadas as expressões e a subjetividade de quem cuida e de quem era cuidado em um ambiente de incertezas, o **Hospital de Campanha Boqueirão na cidade de Canoas**.

Um ambiente que, não se enganem, foi muito mais associado a um esperar instituinte da Saúde Coletiva do que a qualquer outro sentimento.

*O processo de viver é feito de erros – a maioria essenciais –, de coragem e preguiça, desespero e esperança, de vegetativa atenção, de sentimento constante (não pensamento) que não conduz a nada, e de repente aquilo que se pensou que era “nada” era o próprio assustador contato com a tessitura de viver – e esse instante de reconhecimento, esse mergulhar anônimo, esse instante de reconhecimento (igual a uma revelação) precisa ser recebido com a maior inocência, com a inocência de que se é feito.*

*Aprendendo a viver, Clarice Lispector (p. 76)*

Com esta passagem de Clarice, nós, curadores-aprendentes desta exposição, agradecemos a gentileza, a disponibilidade e a generosidade das e dos fotógrafas e fotógrafos **Mayna Ávila, Bolivar Lauda, Rafael Stedile, Cris Leite e Júlio César Schweickardt**, que com a sua sensibilidade registraram um momento tão delicado dessa travessia de enfrentamentos individuais e coletivos à COVID-19. Também agradecemos a Mayna e a Bolivar por difundir suas vidas conosco e às **comunidades de Paraisópolis (@g10favelas)**, de **Tefé** e a todas assistidas pelo **Fundo de Amparo ao Combate à Fome para Mulheres em Porto Alegre (@fundodasmulherespoa)** por receber e permitir esses belos e importantes registros feitos pelos fotógrafos e fotógrafas. Além disso, gratidão à **prefeitura de Canoas (@prefcanoas)** pela

disponibilidade de acesso ao hospital de campanha e aos **trabalhadores e trabalhadoras da saúde de Canoas e Tefé** por representar a Saúde Coletiva em suas lutas cotidianas.

Desejamos a todos uma boa travessia na exposição, na pandemia, na vida...

Desejos de coragem e preguiça, desespero e esperança, de vegetativa atenção, de sentimento constante para que na tessitura do viver, depois da tormenta, possamos estar todos vivos, atentos e fortes.

**Usem máscara.**

**Se puder, fique em casa.**

**Se não puder, tenha cuidado.**

Mas sobretudo **esperamos que lembremos uns aos outros** em seus fragmentos e totalidades, acontecendo, e que mesmo em embarcações diferentes seguimos olhando e zelando uns pelos outros.

## **EQUIPE:**

### **a) Curadoria**



**Guilherme Lamperti Thomazi**  
Médico Veterinário  
Mestrando em Saúde Coletiva – UFRGS

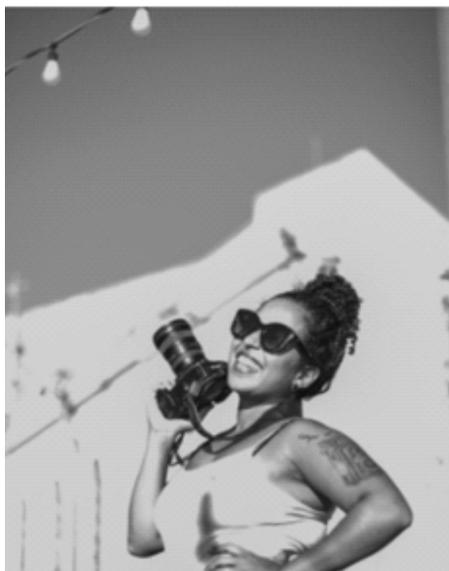


**Aline Blaya**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFRGS

**b) Fotografia:**

**Fotógrafa**



**Cristiane Leite**

Então, conheci a Daiana de alguns eventos culturais e pelas redes sociais. Quando comecei a ver as publicações do FUNDO DAS MULHERES me chamou muita atenção por ser voltado só para MULHERES e também, a tempos, gostaria que minha fotografia entrasse em outros campos. Chamei a Dai e disse tu faz tudo isso e não registra? E ela disse que não tinha alguém específico e muitas vezes esquecia! Então comecei a acompanhar as entregas, alguns cadastros e mostrar para as pessoas onde estão indo suas doações! Um trabalho voluntário que faço com todo meu coração, aprendo, escuto e registro a vida de centenas de mulheres com diversas histórias de vida. Contato: @cristianeleitofotografia

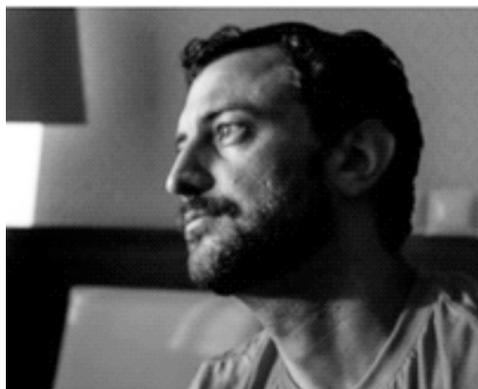
## Fotógrafo



### **Júlio César Schweickardt**

Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2009), Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2000), graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997), graduado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1990). Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas, chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA. Contato: [julio.ilmd@gmail.com](mailto:julio.ilmd@gmail.com)  
[julio.cesar@fiocruz.br](mailto:julio.cesar@fiocruz.br)

## Fotógrafo



### **Rafael Stedile**

É paulistano, formado em Publicidade, trabalha como fotógrafo desde 2012. Seus temas de interesse são questões sociais e narrativas historicamente invisibilizadas. Contribui como fotojornalista para movimentos sociais e mídias independentes do Brasil e da América Latina. Tem ensaios produzidos no México, Argentina, África do Sul, Moçambique e Coreia do Norte. Contato: [@rafasted](https://www.instagram.com/rafasted)

## Sobre as autoras e os autores

**Akemi Larissa Moreira Suzuki** – Graduanda do curso de Agronomia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Alcides Silva de Miranda** – Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Alcindo Antônio Ferla** – Médico, Doutor em Educação, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Aline Blaya Martins** – Sanitarista, Cirurgiã-Dentista, Mestre e Doutora em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

**Aline Schwalm Andrade Rattes** – Psicóloga, Especialista em Saúde da Mulher e Criança (GHC), Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

**Amanda Della Bruna Campos** – Graduanda do Curso de Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Ana Paula Cappellari** – Farmacêutica e Sanitarista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Assessora Técnica do COSEMS RS.

**Caroline Baroni** – Graduanda do Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Douglas Rodrigues Gonçalves** – Cirurgião-Dentista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Residente no Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal – Estomatologia da UFRGS.

**Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Enfermeira, Doutora em Engenharia da Produção, Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Fernanda dos Santos Fernandes** – Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Servidora Pública de Porto Alegre, Diretora Adjunta da Vigilância em Saúde do município de Porto Alegre.

**Francisco José Mayorga Marín** – Bioanalista Clínico, Máster en Salud Pública, Máster en Epidemiología, Docente e investigador en El Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES UNAM Managua.

**Frederico Viana Machado** – Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professor do Bacharelado em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Giulia Rodeschini** – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna e Università di Parma.

**Gladis Jung** – Enfermeira graduada pela Unisinos, Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Diretora de Enfermagem do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

**Guilherme Lamperti Thomazi** – Médico Veterinário, Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

**Izabella Barison Matos** – Assistente Social, Doutora em Ciências-Saúde Pública e Pós-doutorado em Educação, Professora Visitante no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Jaqueline Miotto Guarnieri** – Psicóloga pela Universidade de Passo Fundo, Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Joyce Alves da Cruz** – Nutricionista, Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e no Curso de Pós-Graduação em nível de Especialização Lato Sensu em Assistência em Oncologia e Cuidados Paliativos (Multidisciplinar) pela UNIFEJ Educacional.

**Juliana Silveira Tubino Ranucci** – Graduanda do Curso de Agronomia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Karolline da Silva Silveira** – Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Sul, Graduanda do Curso de Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Servidora Técnico-Administrativa da UFRGS.

**Letícia dos Santos Litran** – Graduanda do Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Lídia Deise Ilídio Sanduane** – Médica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Especialização em Medicina do Trabalho pela UFRGS. Vínculo atual com Ministério da Saúde – Moçambique, Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social – Inharrime.

**Luciane Maria Pilotto** – Cirurgiã-Dentista, Sanitarista, Mestre e Doutora em Saúde Bucal Coletiva. Professora do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Lucildina Muzuri Conferso Sunde** – Professora, graduada em Psicologia Escolar. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), funcionária do Ministério de Educação e Desenvolvimento Humano de Moçambique no Centro de Recursos de Educação Inclusiva Nampula.

**Magnólia Aparecida Silva da Silva** – Engenheira-Agrônoma, Doutora em Agronomia (Horticultura), Professora do Curso de Agronomia e do Programa de Pós-Graduação em Fitotecnia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Mara Lisiane de Moraes dos Santos** – Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pelo convênio multi-institucional Rede Centro-Oeste UnB/UFG/UFMS. Professora Associada da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Membro do corpo docente permanente do PPG Stricto Sensu em Saúde da Família e Enfermagem da UFMS.

**Marcelle Rodrigues Schettert** – Enfermeira, MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção, enfermeira do Serviço de Controle de Infecção do HPS.

**Maria Augusta Nicoli** – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna.

**Maurício Almeida Stédile** – Médico, Especialista em Medicina de Emergência, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Médico Assistente do Hospital de Clínicas da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Médico Assistente do Pronto-Socorro do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina.

**Pamella Morette** – Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Apoiadora Regional de Gestão no COSEMS/RS.

**Rafael Henrique Flores Ribeiro** – Sanitarista, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Assistente de Ensino e Pesquisa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

**Renata Machado Brasil** – Enfermeira, Especialista em Nefrologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Educação para Preceptores do SUS – IEP Sirio Libanês, Especialista em Segurança do Paciente – FIOCRUZ, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

**Renata Riffel Bitencourt** – Cirurgiã-Dentista, Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Renata Vidor Contri** – Farmacêutica, Doutora em Ciências Farmacêuticas, Professora do Curso de Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Rosaura Soares Paczek** – Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Samara da Silveira Lourenço** – Cirurgiã-Dentista, Especialista em Gestão em Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Odontóloga da Atenção Básica.

**Sheila Valdivia Quiroz** – CIES UNAN Managua.

**Simone Ávila** – Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Humanas na área de Estudos de Gênero. Aids Healthcare Foundation – AHFBrazil.

**Stela Nazareth Meneghel** – Médica, Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pós-Doutora (PPGPsicologia – Universidade Aberta do Brasil), Professora Associada da UFRGS e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/ UFRGS-FIOCRUZ.

**Tania Esmeralda Rodriguez Vargas** – Cirujana Dentista, Máster en Salud Pública, Docente e investigadora en El Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES UNAM Managua e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Tatiane da Rosa Vasconcelos** – Psicóloga, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Vanessa Vivoli** – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell’Emilia-Romagna.

**Vincenza Pellegrino** – Università di Parma.

Sobre as autoras e os autores

**Walter Smelin Perdomo Aguilar** – Médico (Universidade Nacional Autônoma de Honduras), Doutorando em Ciências da Saúde (CIES/ UNAM – Manágua) e Prefeito de Villanueva, Honduras.

**William Genderson Barquero Morales** – Fellow del Doctorado en Ciencias de la Salud (CIES, 2019), Máster en Epidemiología, Máster en Enfermería con Mención en Docencia, graduado de la Licenciatura en Enfermería con mención en Pacientes Críticos. Diplomado de “Promoción de salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud”.

## Índice remissivo

### *A*

atenção básica · 21, 29, 50, 53, 54, 57, 76, 77, 80, 82, 83, 6, 88, 89, 90, 91, 151, 174, 219, 334, 350, 35e

### *C*

classes · 96, 97, 98, 130, 171, 331  
comunidades · 7, 9, 10, 14, 18, 28, 31, 33, 34, 36, 37, 39, 46, 53, 55, 76, 81, 84, 86, 126, 133, 280, 283, 284, 290, 295, 298, 325, 328, 339, 343, 344, 345  
COVID-19 · 7, 9, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 25, 26, 28, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 63, 64, 66, 68, 74, 77, 84, 85, 87, 89, 91, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 117, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 179, 181, 182, 184, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 218, 219, 220, 224, 226, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 284, 293, 294, 296, 297, 301, 302, 314, 317, 318, 319, 320,

324, 326, 332, 333, 334, 335, 337, 338, 339, 340, 341, 343, 345

### *D*

distanciamento · 9, 10, 26, 36, 53, 56, 58, 79, 83, 84, 117, 122, 130, 132, 140, 154, 160, 161, 180, 187, 188, 189, 191, 193, 195, 198, 199, 200, 201, 202, 210, 212, 213, 219, 221, 332  
diversidade · 8, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 43, 64, 76, 78, 79, 82, 104, 128, 129, 142, 153, 174, 211, 217, 227

### *E*

ensino · 8, 14, 19, 20, 21, 26, 41, 62, 77, 80, 81, 83, 98, 213, 229, 276, 335, 352  
extensão · 8, 14, 19, 63, 64, 73, 75, 76, 81, 83, 84, 85, 87, 88, 91

### *G*

gênero · 20, 64, 69, 74, 93, 111, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 150, 153, 154, 158, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 173, 174, 175, 217, 283, 284, 287, 294, 319, 327, 331, 340, 343, 345, 353  
gestão · 7, 13, 15, 20, 44, 45, 47, 54, 55, 58, 108, 126, 153, 172, 173, 175, 177, 183, 209, 212, 215, 217, 219, 220, 228, 232, 235, 240, 242, 248, 249, 251, 255, 256, 318, 324, 335

**H**

hospital · 29, 47, 57, 96, 101, 117, 177, 223, 239, 241, 245, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 255, 272, 273, 302, 345, 346, 350

**I**

isolamento · 9, 10, 19, 26, 28, 29, 57, 63, 69, 85, 113, 128, 130, 132, 140, 153, 159, 161, 167, 173, 194, 210, 211, 214, 219, 221, 227, 236, 238, 239, 240, 244, 246, 309, 322, 325

**M**

morte · 7, 8, 11, 13, 16, 17, 18, 31, 37, 38, 58, 67, 70, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 112, 113, 114, 126, 127, 153, 159, 161, 163, 206, 207, 209, 214, 233, 234, 235, 237, 238, 240, 241, 242

**N**

necropolítica · 13, 28, 30, 36, 39, 49, 108, 110, 111, 116, 117, 119, 129, 130, 153, 163, 171, 174, 186, 205, 206, 207, 214, 230, 232, 233, 237, 238, 239, 242, 245

**P**

pandemia · 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70, 75, 77, 84, 89, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 121, 122, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140,

143, 144, 145, 146, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 166, 168, 170, 171, 172, 173, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 198, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 267, 268, 271, 274, 275, 276, 278, 279, 282, 289, 297, 300, 314, 318, 324, 326, 330, 333, 334, 336, 341, 343, 346

pesquisa · 8, 13, 14, 18, 19, 26, 36, 37, 43, 62, 63, 64, 67, 71, 73, 74, 77, 79, 81, 85, 87, 106, 114, 119, 136, 143, 144, 146, 156, 157, 158, 164, 172, 173, 174, 199, 211, 213, 221, 226, 230, 252, 276, 335  
populares · 7, 20, 23, 25, 28, 35, 76, 81, 82, 88, 171, 223, 289  
PPGCol · 8, 13, 320, 337

**R**

raça · 20, 54, 55, 69, 93, 112, 121, 122, 124, 125, 126, 128, 134, 135, 136, 137, 148, 149, 233, 234, 237, 323  
redes · 7, 9, 12, 13, 19, 20, 21, 33, 42, 48, 60, 62, 65, 67, 72, 138, 140, 169, 218, 225, 229, 257, 264, 276, 282, 292, 298, 300, 334  
resistência · 7, 11, 13, 18, 20, 21, 26, 27, 40, 49, 60, 65, 100, 116, 124, 163, 172, 207, 239, 336

**S**

Saúde Coletiva · 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 35, 36, 40, 41, 47, 62, 63, 64, 73, 74, 83, 90, 91, 134, 136, 137, 172, 174, 211, 232, 243, 246, 299, 301, 320, 321, 3335, 345, 346

serviços de saúde · 8, 18, 28, 30, 43, 47, 50, 51, 54, 55, 57, 59, 62, 77, 78, 79, 82, 98, 132, 139, 151, 166, 169, 170, 172, 197, 210, 218, 219, 250, 320, 321, 326, 327, 331, 335

sistema de saúde · 8, 14, 15, 29, 60, 61, 80, 88, 108, 133, 144, 159, 211, 212, 217, 248, 277, 339

solidariedade · 7, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 32, 110, 243, 320, 344

SUS · 8, 15, 44, 45, 46, 49, 51, 53, 54, 55, 56, 60, 62, 78, 79, 80, 82, 84, 89, 90, 95, 97, 98, 99, 108, 110, 113, 132, 133, 134, 137, 139, 165, 168, 170, 171, 172, 173, 189, 199, 201, 208, 212, 217, 219, 227, 228, 236, 238, 242, 243, 247, 248, 255

**T**

trabalhadores da saúde · 95, 96, 100, 122, 210

trabalho vivo · 12, 21, 225, 230

**U**

UFRGS · 8, 10, 35, 40, 63, 66, 67, 74, 76, 80, 84, 86, 320, 325

universidade · 8, 11, 19, 20, 23, 35, 63, 64, 76, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 100, 106, 135, 139, 174, 175, 199, 320, 335, 338, 340

**V**

vacinas · 7, 55, 56, 103, 105, 109, 113, 114, 115, 119, 160, 184, 195, 199, 204, 211, 226

vida · 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 25, 28, 29, 31, 33, 35, 41, 44, 47, 49, 56, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 79, 83, 95, 96, 97, 99, 102, 103, 104, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 128, 129, 130, 132, 134, 140, 141, 142, 149, 159, 160, 161, 163, 170, 171, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 220, 225, 226, 227, 228, 229, 236, 237, 239, 241, 243, 279, 280, 283, 286, 287, 288, 291, 297, 300, 301, 319, 320, 321, 326, 334, 335, 336, 343, 344, 346

vigilância · 16, 20, 35, 36, 37, 56, 118, 133, 135, 138, 200, 219, 226, 239, 244, 250, 267, 269, 270, 271, 274, 293, 294