

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

THIAGO DIAS SARTI

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
THIAGO DIAS SARTI
ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

VITÓRIA – ES
2021

NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Série tem como objetivo disseminar experiências e iniciativas no âmbito do trabalho e das pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõem. Pretende um diálogo intenso dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde no cotidiano das instituições e dos territórios. Trata-se de conhecimento produzido em ato por diferentes pessoas, que pede diálogos interdisciplinares e com campos epistêmicos diversos para desenvolver o trabalho em saúde, seja na atenção e na gestão, seja no ensino e na participação em saúde. O desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui é proposto como deslocamento, como movimento, para qualificar a atuação em redes e serviços no trabalho, na gestão, no ensino e na educação em saúde, assim como em diferentes movimentos sociais. A série pretende compor metaforicamente rodas de conversa sobre temas relevantes para a produção da saúde em práticas, experiências e pesquisas, convidando novas interloquções. A Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde tem coordenação editorial de Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

A553g Andrade, Maria Angélica Carvalho (org.) et al.

Gestão e Práticas em Saúde Coletiva: no contexto da pandemia de COVID19 / Organizadores: Maria Angélica Carvalho Andrade, Rita de Cássia Duarte Lima, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Thiago Dias Sarti, Ana Claudia Pinheiro Garcia e Eliane de Fátima Almeida Lima. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2021. 324 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 14).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-87180-84-7.
DOI 10.18310/9786587180847.

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. COVID-19. 3. Gestão em Saúde. 4. Saúde Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 610.6:303.485

21-3018076

CDU 616-036.21

“Tentar fazer dos acontecimentos cotidianos um caminho para o conhecimento (e transformação de si).“
Rene Lourau, 1993

SUMÁRIO

PREFÁCIO	11	4. A DOR DA GENTE É FOME: PROTAGONISMO FEMININO E INIQUIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA.	74
Ethel Leonor Noia Maciel		Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Marcelo Eliseu Sipioni, Manuella Ribeiro Lira Riquieri, Denise Barbieri Biscotto, Sophia Rosa Benedito, Thiago Dias Sarti e Maria Angélica Carvalho Andrade	
APRESENTAÇÃO	13	5. MATERNIDADE E EPIDEMIA: AS URGÊNCIAS QUE VIRAM NEGLIGÊNCIAS.	96
1. ACONTECIMENTO COVID-19: E DAÍ?	18	Camila Marchiori Pereira, Mayara Ciciliotti da Silva, Maria Cristina Medeiros e Maria Angélica Carvalho Andrade	
Mayara Ciciliotti da Silva, Ketle Silva, Luziane de Assis Ruela Siqueira e Maria Angélica Carvalho Andrade		6. ASSISTÊNCIA NEONATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: REPERCUSSÕES E DESAFIOS.	112
2. NECROPOLÍTICA DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO BRASIL: QUEM PODE MORRER? QUEM ESTÁ MORRENDO? QUEM JÁ NASCEU PARA SER DEIXADO MORRER?	32	Jamine Ronacher Passos Silva, Fernanda Có e Gomes Tardin, Bárbara Sthefany de Paula Lacerda, Maria Angélica Carvalho Andrade	
Joel Hirtz do Nascimento Navarro, Mayara Ciciliotti da Silva, Luziane de Assis Ruela Siqueira e Maria Angélica Carvalho Andrade		7. REFLETINDO SOBRE O DIREITO A TER DIREITO SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM EM TEMPO DE PANDEMIA.	128
3. MÁSCARAS COBREM O ROSTO, A FOME DESMASCARA O RESTO: COVID-19 E O ENFRENTAMENTO DA FOME NO BRASIL.	56	Stephania Mendes Demarchi, Jeremias Campos Simões e Maria Angélica Carvalho Andrade	
Marcelo Eliseu Sipioni, Manuela Ribeiro Lira Riquieri, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Denise Barbieri Biscotto, Sophia Rosa Benedito, Thiago Dias Sarti e Maria Angélica Carvalho Andrade			

8. PROTAGONISMO E VULNERABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.	148	12. INTERVENÇÕES E ÓBITOS POR COVID-19 NO BRASIL SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE: ESTUDO DESCRITIVO.	216
Stephania Mendes Demarchi, Rita de Cássia Duarte Lima, Luciene Rossati Loureiro e Maria Angélica Carvalho Andrade		Marcos Vinicius da Silva Cordeiro, Rita de Cassia Duarte, Otavio Caliari Lima, João Victor Penha dos Santos, Sara Líbina Cruzio Nascimento, Jacyara Silva de Paiva, Ethel Leonor Noia Maciel e Thiago Nascimento Prado	
9. VIVÊNCIAS DE TRABALHADORAS DE SAÚDE DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA: DESIGUALDADES, AFETAMENTOS E INTERSECCIONALIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.	162	13. RACISMO SOCIOESPACIAL NOS EUA E NO BRASIL: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO CASO DE GEORGE FLOYD E AS PRODUÇÕES DE DOENÇA SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA. NO JUSTICE, NO PEACE!	236
Bruna Heintze Ferreira e Rita de Cássia Duarte Lima		Patrícia Rufino e Monyque Assis Suzano	
10. REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO: DESAFIOS PARA A INCLUSÃO DE ESTUDANTES VULNERÁVEIS EM UM CONTEXTO DIGITAL DE ENSINO-APRENDIZAGEM.	178	14. ENTRE A AVENIDA DO SAMBA, A PRODUÇÃO E O CUIDADO DE SAÚDE COMO POSSIBILIDADES DE VIDA.	262
Caroline Feitosa Dibai de Castro, Erika Maria Sampaio Rocha, Thiago Dias Sarti e Maria Angélica Carvalho Andrade		Marcos Vinicius da Silva Cordeiro, Adriana Ilha da Silva, Gabriela de Brito Martins e Rita de Cássia Duarte Lima	
11. ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE SOB O ENFOQUE DA POLÍTICA INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.	196	15. A AGONIA DA SAÚDE E DA CULTURA NO CONTEXTO SUFOCANTE DA PANDEMIA DE COVID-19.	286
Fabiane Lima Simões, Elizabeth Artmann e Maria Angélica Carvalho Andrade		Rodrigo Andrade Alvarenga, Jeanine Pacheco Moreira Barbosa, Déborah Shirley de Vasconcelos e Maria Angélica Carvalho Andrade	

PREFÁCIO

Este livro comemorativo de 20 anos do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação (Nupgasc), intitulado **GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**, é um espaço acadêmico em que seus integrantes, pesquisadores com trajetórias singulares, criaram uma linguagem de diálogo entre a política e esse momento único que vivemos globalmente com a pandemia da Covid-19.

Por certo, essa não foi a primeira grande pandemia e nem será a última, mas refletir sobre esse momento e lançar esses tantos olhares a esse tempo vivido e a seus protagonistas de múltiplas histórias certamente levará você, leitor, a uma compreensão mais aprofundada do cenário brasileiro.

A violência sofrida, a sua vivência da maternidade e o cuidado com o neonato levaram as mulheres a enfrentarem desafios ainda maiores durante a pandemia. As desigualdades foram reveladas, exacerbadas e ganharam novos contornos. O racismo se fez presente nos números de doentes e mortos e mostrou sua face institucionalizada, que os autores demonstraram nos capítulos que se seguem.

Para além das desigualdades na saúde, também são tratados neste livro a necropolítica, a fome e o trabalho, esses também faces da mesma moeda da injustiça social que atravessa o Brasil desde seus primórdios coloniais. De fato, a extinção de programas e a falta de políticas que possam enfrentar a fome, a precarização do trabalho e a ausência da assistência social são tratadas de forma contundente no livro.

Além disso, o papel central da educação e da cultura, em suas diversas formas, e os estímulos necessários para que possamos efetivar uma educação inclusiva foram também abordados e discutidos como espaços de produção de saúde e possibilidades de vida. Educação e Cultura devem,

portanto, serem integradas para a promoção de historicidade, identidade e resistência.

Convido você, que viveu esse tempo ou que ouviu em algum documentário longínquo que ele aconteceu, a ler os capítulos que seguem como quem desnuda os muitos véus da verdade e, através da descoberta das pesquisas políticas que perpassaram a pandemia de Covid-19, compreender o desencobrimento dos fatos narrados pelos integrantes e convidados do Nupgasc nesta bela obra que reafirma a importância de núcleos de pesquisa no Brasil. Boa leitura!

Ethel Leonor Noia Maciel

APRESENTAÇÃO

Este é um livro escrito em meio a um dos momentos mais desafiadores da história, um evento que, certamente, deixará marcas em nós e nas próximas gerações e que, possivelmente, reconduzirá a forma como organizamos nossas vidas e sociedades. Outros diriam que é um livro escrito no olho do furacão, cuja visibilidade se torna difícil, pois, além das emoções que afloram, existem muitos obstáculos carregados pela força do vento que bloqueiam a visão. Mas será que isso realmente impede nossa observação?

Lançar um olhar para a pandemia, enquanto a experienciamos, requer um compartilhamento de olhares, desvelando uma profusão de perspectivas que podem nos ajudar a clarear, ou melhor, ampliar a visibilidade. Não estamos em busca de um olhar totalizante ou generalista, muito menos em busca de uma verdade absoluta sobre um fato ou fenômeno, uma vez que todo conhecimento é transitório e processual.

Podemos pegar emprestada a metáfora utilizada por Ítalo Calvino em seu conto “Palomar na praia” (1994), no qual apresenta o desafio de fazer a leitura de uma única onda do mar. Logo se percebe que a tarefa não será assim tão fácil, uma vez que, em princípio, não se consegue determinar onde termina a onda que se estende até a praia e onde começa a outra que vem logo em seguida. Ao mesmo tempo, o observador se dá conta de que as ondas, embora guardem semelhanças, carregam singularidades.

Assim é o grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva – Nupgasc. Ao nos reunirmos para compartilhar olhares sobre a pandemia, os capítulos desta publicação podem guardar semelhanças mas, ao mesmo tempo, diferem em velocidade, forma, força e direção, como as ondas observadas pelo senhor Palomar no conto de Calvino.

Dessa perspectiva, é possível afirmar também que, assim como não se pode observar uma onda sem levar em conta os aspectos complexos que concorrem para sua formação, cada capítulo também está relacionado aos demais, contribuindo para ampliar o nosso olhar em meio ao furacão. Por isso, o convidamos para uma leitura que leve em consideração essa multiplicidade, o que por si só requer uma disposição para entrar em contato com o mundo externo, com a praia, ao mesmo tempo que mantém uma relação com o seu próprio mundo interno.

A pandemia afetou todos nós de modos diferentes, mas também guardando semelhanças. E isso não foi diferente com os pesquisadores. Sentimo-nos convocados a responder às iniquidades desveladas e agravadas pela pandemia e, com a intenção de honrar as mais de 500 mil vidas perdidas em nosso país, nos debruçamos sobre esse fenômeno, em meio ao furacão, propondo a produção deste livro escrito a muitas mãos. Apesar de o Brasil ter um acúmulo histórico, durante o século XX, dos mais relevantes em práticas e saberes em saúde pública, a superação da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 exige articulação coletiva para ampliar a reflexão crítica e a produção de novas estratégias em defesa de todas as vidas.

Aprendemos que a pandemia é um acontecimento que não se restringe à saúde pública, sendo produto direto do modo de organização social e produção econômica de nosso tempo. Por isso, é imprescindível uma observação que leve em conta a complexidade e a relação indissociável entre as áreas do conhecimento. E isso se torna mais concreto quando observamos a diferença na condução das ações de enfrentamento da pandemia, em diferentes contextos mundiais. O que nos leva a problematizar as formas como o nosso país tem enfrentado esse momento, apesar de ter superado ou amenizado mazelas sanitárias históricas e construído, a partir de muitas lutas, um sistema de saúde público e universal. Sim, estamos cientes que ainda convivemos com malária, tuberculose, hanseníase, dengue e zika, entre outras doenças, além dos desafios relacionados ao subfinanciamento, corrupção etc. Mas avançamos muito para deixar de questionar os resultados infames que vimos alcançando no enfrentamento dessa pandemia.

Não é, portanto, mera coincidência que a maioria dos capítulos deste livro trate dos acontecimentos que estamos vivendo, mês após mês, em

um movimento que parece infundável desde o início de 2020. Assim, é plenamente justificável que os(as) autores(as) do segundo capítulo deste livro tragam para a cena o conceito de necropolítica do filósofo Achille Mbembe para pensar o terror moderno que configura o estado de sítio e exceção permanente, ao qual a maior parte da população mundial é sujeita cotidianamente, a partir da imbricação de nossa história de colonização, racismo, *apartheid* e produção econômica do tipo *plantation*.

Talvez seja, com essa imagem em mente, que obviamente nos remete ao cenário de nossas favelas e periferias, possível entender melhor que as mais altas estimativas de morte por Covid-19 estejam nas populações negras periféricas, como mostram dois artigos deste livro – pensemos, por exemplo, nas mulheres negras técnicas de enfermagem e profissionais da limpeza de nossos serviços de saúde que viajam horas em um ônibus lotado e mal ventilado para chegar a seu trabalho precário e ganhar o sustento de sua família. Aliás, as mulheres se destacam nesta publicação, tanto como sujeitas das reflexões quanto como pesquisadoras que elaboram as ricas reflexões.

Este livro, fruto das reflexões dos mestrados, doutorandos e pesquisadores do Nupgasc, contextualiza e, mais importante, compartilha um olhar implicado com a defesa de uma saúde para todos(as) em um país que vitimiza as populações mais vulneráveis. É um livro em defesa das vidas que são manipuladas, segregadas ou eliminadas por serem consideradas perigosas ou não se ajustarem a um mercado cada vez mais corporativo, global e automatizado.

Há muita racionalidade e muita modernidade nessa máquina de guerra que vigia, separa, exclui, segrega, imobiliza, despotencializa e controla. Máquina essa que produz fome, dor e morte. Talvez a Covid-19 tenha sido o combustível mais potente para essa máquina. Não é possível olhar para as estatísticas da pandemia e não entender os números a partir desse contexto, em especial em uma área de conhecimento que, ao menos em parte, se originou e se fortaleceu a partir de um radical compromisso ético e social com a emancipação popular, a valorização da vida e a justiça e transformação social.

É por isso que, ao longo deste livro, seremos provocados-convocados a pensar nos nossos milhares de Floyds, cuja história um dos capítulos retoma, que têm suas vidas tiradas diariamente e veem seu direito à

saúde negado. Que suas palavras façam sentido e promovam debates e ações de (r)existência não apenas a um vírus, mas às inúmeras injustiças que estão presentes em nosso cotidiano. Como no lema “No Justice, No Peace”, expresso pelo movimento Black Lives Matter, as mobilizações e as redes de afeto e ajuda que nossas periferias construíram durante toda a pandemia nos mostram que não sairemos desta tragédia sem luta. E se é assim, nada melhor do que lutar junto daqueles que estão ao nosso lado.

O propósito desta produção não é apreender o fenômeno da pandemia em sua totalidade, mas dar passagem ao movimento e ao fluxo que não podem ser congelados em uma imagem estática e acabada, assim com a onda evocada no conto de Calvino (1994). Que este livro seja mais uma intervenção no modo como observamos a realidade. Mas, para isso, é preciso descalçar os pés e nos colocarmos na areia da praia, sem pressa, para então nos colocarmos, mais que a observar, a contemplar.

Que o encontro com estas páginas possa produzir afetos e nos permita aumentar a potência e a capacidade para existir-resistir-insistir. E que as marcas resultantes desse furacão nos permitam construir novas formas de sentir/pensar/agir em saúde pública que estejam conectadas a um exercício de reflexão e esperança.

AbraSUS.

As(os) organizadoras(es)

1

MAYARA CICILIOTTI DA SILVA
KETLE SILVA
LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ACONTECIMENTO COVID-19: E DAÍ?

INTRODUÇÃO

E daí? Pode parecer estranho iniciar um texto com essa inflexão, citada pelo mandatário do Brasil. Essa indagação, formada por apenas duas palavras – portanto, ínfima e ligeira –, interpela a nós de tal forma que nos mobilizou a pensar este artigo. Buscaremos, nesta escrita, compartilhar o que o “E daí?” tem provocado em nós, pesquisadoras de uma universidade pública.

Foucault (2004), ao falar do cuidado de si, compara o filósofo Sócrates ao tавão, um inseto que persegue e pica os animais, causando agitação ao picá-los. Para o autor, “o cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (FOUCAULT, 2004, p. 11). Tomamos o “E daí?” como um agulhão que nos agita, produzindo esse princípio de inquietude, o qual pretendemos que permaneça agitando nossa existência e nosso pensamento no decorrer deste texto.

Acrescentamos à inspiração foucaultiana, o pensamento da filósofa judia Hannah Arendt. Ao tentar compreender o totalitarismo nazista e a ausência da política vivida na Segunda Guerra Mundial, Arendt (1989) dizia que a questão não era a ausência de respostas, mas o fato de que os homens não mais conseguiam fazer as perguntas certas. É esse o caminho que trilhamos neste texto: tecer as perguntas certas acerca da *novidade* que se coloca na contemporaneidade, uma experiência nunca antes vivida por nós – a pandemia de COVID-19.

Nesse caminho a ser trilhado, compreendendo que vivemos no aqui-agora desta experiência, decerto temos poucas respostas, mas impera em

nós o desejo de reflexão, desejo que não pode ser abafado pela inflexão “E daí?”. Inspiradas pela concepção arendtiana de banalidade do mal, refletimos acerca da inflexão proferida pelo presidente do Brasil. Arendt (1999), ao cobrir o julgamento de Eichmann, acusado do assassinato de milhões de judeus, visualiza um homem banal, que justificava seus atos como cumprimento de dever. A autora fala, assim, da banalidade do mal, a ausência de pensar e de refletir sobre nossas ações e seus efeitos no mundo. Buscamos a não-adesão à banalidade do mal, inquietando-nos, pensando e refletindo acerca do acontecimento-COVID. Objetivamos tecer perguntas certas, pois não aceitamos o “E daí?” como uma pergunta a ser feita neste momento.

Podemos vivenciar este momento de pandemia como um acontecimento que, segundo Foucault (2006), é uma “ruptura das evidências”, a qual nos impele e nos mobiliza a criar estratégias para lidar com o novo, com o não vivido. Tsallis (2014, p. 124), citando Vinciane Despret, diz que o “acontecimento é quando, a partir daquele evento, sua vida muda de tal maneira que já não é possível voltar atrás. [...] Aprender a ler é um acontecimento: quando vemos letras, já não conseguimos mais não ler”.

Tomamos a atual pandemia como um acontecimento, pois “já não seremos mais os mesmos”, dizem muitos neste momento. Já não é possível voltar atrás, mas devemos nos indagar: o que conseguiremos “ler” dessa experiência? Que letras devemos juntar, que palavras elas formam para nossa leitura? Ou ficaremos cegos diante das letras, palavras e frases, e diremos: *E daí?* E daí que as pessoas morrem, sofrem, são excluídas? O “E daí” torna-se um convite, interpelando todos a uma tomada de decisão: ler as letras, ou seja, construir análises dos efeitos do acontecimento-COVID; ou não ler, aderindo à banalização deste momento.

Entendemos que se trata de um convite à reflexão. Ao pensar sobre os sentidos produzidos pela pandemia, aceitamos a dimensão de uma ética da responsabilidade diante do mundo, que nos convoca a pensar “o que estamos fazendo” do e no mundo, conforme Arendt (2010). Para Assy (2004, p. 58), seguindo as reflexões arendtianas, “não obstante nascermos intrinsecamente entre homens, ainda nos cabe a arte de exercitar a alteridade, de assumir responsabilidade por quem somos, pelo modo como agimos e por qual mundo somos responsáveis”.

Traçamos aqui, portanto, algumas reflexões acerca do mundo atual, vivenciado a partir da pandemia. Do contrário, aderir ao “E daí?” traduz

uma ausência de reflexão, e seria aderir à banalidade do mal. Assim, buscamos trazer, neste texto, as perguntas que estão em pleno processo de elaboração, convocadas e afetadas pela indignação que tomou nossos corpos ao ouvir (e ler) a pergunta do presidente. Já explicamos que esta é uma escrita afetada, impregnada, no sentido que Hooks (2000) nos convida: uma escrita que recoloca a paixão na academia, um *aceite* da convocação a pensar na pandemia em suas múltiplos e diversos efeitos – inclusive em nós!

PENSAR O MUNDO ESTANDO NO MUNDO

Refletir sobre o momento vivido nos impõe grandes desafios, pois pouco (ou quase nada) sabemos desse vírus invisível. É traçar uma tentativa de fazer uma ontologia do presente, tal como fizeram Foucault e Arendt: pensar o mundo estando no mundo. Pensar o presente, sem deixar a conexão com o passado. É explorar, ainda que intuitivamente, a dimensão de *acontecimentalização* da pandemia em nós, acrescida do impacto diante do negacionismo e desvarios do presidente da república (CAMPOS, 2020), a partir de seus efeitos éticos, políticos e subjetivos que nos chega e perturba, atordoa, chacoalha. Ainda com relação ao discurso negacionista do governo federal, destaca-se o alinhamento brasileiro a um pequeno grupo de quatro líderes mundiais (Brasil, Bielorrússia, Turcomenistão e Nicarágua) que ignoram a seriedade e a gravidade da pandemia, por isso apelidado de ‘Aliança do Avestruz’ (ALIANÇA..., 2020; SCHIPANI; FOY; WEBBER, 2020).

Para Foucault (2006), *acontecimentalizar* significa, em primeiro lugar, a afirmação de uma ética que muito pouco ou nada tem a dizer sobre a verdade dos fatos. Isso porque a *acontecimentalização* da experiência faz refletir o nosso encontro único e singular com a verdade e seus agenciamentos em nós, que nos modificam, mobilizam e paralisam no aqui e agora. Portanto, a *acontecimentalização* rompe com uma continuidade histórica, ela permite a ruptura entre o tempo passado e presente, impondo uma descontinuidade, na medida em que produz marcas nos corpos da experiência, de modo a não serem mais os mesmos a partir dali:

Ali onde se estaria bastante tentado a se referir a uma constante histórica ou a um traço antropológico imediato, ou ainda uma evidência se impondo da mesma maneira para todos, trata-se de fazer surgir uma “singularidade”. [...] Ruptura das evidências, essas evidências sobre as quais se apoiam nosso saber, nossos consentimentos, nossas práticas (FOUCAULT, 2006, p. 339).

Desse modo, os acontecimentos possuem uma dimensão de imprevisibilidade, que fazem irromper tentativas de controle, mensuração e previsibilidade sobre o mundo que nos cerca e nos habita. Afinal, o que esse vírus invisível produz nos seres visíveis e invisíveis?

Assim, para conhecer a dinâmica desse novo vírus, convocamos as ciências médicas e exatas. Para dimensionar seus efeitos, convocamos a história e a política social. Talvez, imbuídas de uma aposta em comum na confluência de seus saberes, ainda não descobriram a solução para a atual conjuntura de crise, que envolve, além dos aspectos sanitário-econômicos, muitas das dimensões do viver em sociedades patriarcais, racistas e machistas que caminham para o recrudescimento em nível exponencial da banalidade do mal, que, por sua vez, se afina com as campanhas de solidarização e empatia seletivas.

NÃO SOMOS TODOS IGUAIS, NOS TORNAMOS IGUAIS – OU NÃO

Diante disso, é necessário refletir acerca do paradoxo de um vírus que convoca a ação individual e, ao mesmo tempo, remete à globalização e à “igualdade” de condições. Explicamos: cada um deve se cuidar, com ações individuais, como usar máscara, lavar as mãos, se isolar. E, a isso, não nos opomos, o que discutimos é a universalização dessas ações, quando é importante questionar: todos têm acesso à água e sabão? Todos têm casa para o isolamento? Quem pode garantir o isolamento quando a sobrevivência está em jogo? Como assegurar as medidas preconizadas no contexto de moradias precárias, insalubres, empilhadas nos becos estreitos, muitas vezes sem saneamento, sem água nas torneiras, e de famílias sem dinheiro para comprar sabão, sem dinheiro para comprar gás para

cozinhar, sem dinheiro para comprar comida? Quando lançamos ações sem o entendimento da diversidade de condições socioeconômicas, obliteramos a realidade e nos isentamos de culpabilidade: se não der certo, é porque não houve dedicação e entendimento dos indivíduos. Lavam-se as mãos!

Se é verdade que o vírus não tem distinção de classe, raça e gênero – portanto, atinge a todos e todas de modo similar –, como podemos, então, explicar a letalidade pela COVID-19 ser consideravelmente maior em pessoas negras (62%) em comparação aos sujeitos brancos ou que as favelas e os conjuntos habitacionais concentram maior número de mortes por COVID-19? (JÚNIOR; FIGUEIREDO, 2020).

É inquestionável que a situação da pandemia faz emergir uma grave crise sanitária e econômica, mas também é verdadeiro que ela escancara diversas dimensões da desigualdade de antes. Constitui-se, atualmente, um grande desafio assegurar os direitos fundamentais de determinados sujeitos quando, cada vez que pensamos nas ações de combate e prevenção do vírus, milhares de problemas surgem.

Não existe discurso neutro ou relativizado, e com o vírus não seria diferente. O que a COVID-19 tem revelado com força é o que vem sendo denunciado a tempos: as desigualdades gritantes de gênero, raça e classe, além do modo como as estruturas políticas e econômicas afetam e matam populações que vivem em condições precárias. A perspectiva da interseccionalidade nos auxilia a pensar como se entrecruzam e potencializam esses eixos de opressão e subordinação.

Nesse sentido, localizamos as mulheres entre o grupo mais afetado pelas consequências da pandemia, sobretudo as mulheres negras, em virtude de ocuparem majoritariamente a base da pirâmide, uma vez que são a maioria entre os trabalhadores informais, recebem os menores salários, vivem em condições precárias de moradia, alimentação e saneamento básico e sofrem com a violência doméstica, que tem crescido neste período de isolamento domiciliar (AFP, 2020). Como apontado pela intelectual Kimberle Crenshaw (2012), mulheres negras estão na frente desta colisão interseccional (raça, classe e gênero).

Ademais, é importante considerar que grande parte das mulheres se constitui como “cuidadoras”, isto é, são a maioria das trabalhadoras na área da saúde, são as responsáveis pelos doentes da família, das pessoas com deficiência, dos idosos, e são as que são submetidas ao trabalho doméstico,

seja em suas casas ou fora delas. Diante desse cenário, é fundamental perguntarmos: quem cuida de quem sempre cuidou?

Paradoxalmente, pensar no vírus que globaliza o horror e medo da morte nos leva à ilusão que somos todos iguais, todos sendo afetados pelo mesmo *inimigo*. “Não nascemos iguais: tornamo-nos iguais como membros de um grupo por força da nossa decisão de nos garantirmos direitos reciprocamente iguais” (ARENDRT, 1989, p. 335). Assim, temos a possibilidade de nos tornarmos iguais – ou não. Os países não vivem esta pandemia exatamente da mesma forma. Os indivíduos também não a vivem da mesma forma.

Essa ilusão de estarmos conectados cria uma imagem de uma *humanidade amiga*, de mãos dadas contra o vírus. Ainda que vejamos ações como as doações da China, as questões políticas e econômicas não deixam de vigorar e afirmar um jogo de interesses pautado nas políticas neoliberais, por exemplo a retenção criminosa pelos Estados Unidos da América de insumos médicos importados da China pelo Brasil e por outros países e a decisão do então presidente americano de acabar com o financiamento da Organização Mundial da Saúde (DOLCE, 2020). Há que se ter cuidado: o “*We are the world*” não existe!

UM DESTINO DE MORTE NÃO DEMOCRÁTICA PARA MILHARES DE BRASILEIROS E BRASILEIRAS

Não se trata de um discurso pessimista, mas como afirmamos anteriormente, uma tentativa de compreender os efeitos da pandemia em nós. Seguimos com muitas perguntas e poucas respostas... E elencamos culpados: o indivíduo, que não cumpre seu papel de cidadão (no caso do Brasil, um papel confuso: aderir ao isolamento ou produzir?); Deus, que manda o castigo divino como já vivido na história da humanidade; ou a ciência, com seus métodos incompreensíveis para a maioria da população.

Com renovada confiança, o discurso dos governantes aposta na ciência (no caso do Brasil e de outros países, a mesma ciência que vem sendo atacada e descredibilizada ao não receber investimentos em pesquisas e universidades públicas). Um novo paradoxo, muito evidente diante do

“E daí?”, que desqualifica tanto os riscos quanto a adoção das medidas de prevenção fundamentadas cientificamente, em especial o isolamento social, defendendo, em seu lugar, a denominada ‘imunidade de rebanho’ (CAMPOS, 2020), e que segue produzindo e publicizando o uso de medicamentos sem comprovação científica – a hidroxicloroquina – para tratar infecções por COVID-19 (EISENHAMMER; STARGARDTER, 2020).

E daí? Diante da fala do presidente da república que vem repetindo que “as mortes serão inevitáveis e que as pessoas deverão aceitar passivamente essa fatalidade” (CAMPOS, 2020, p. 3), o chamamento da ciência para dar respostas é endossado pela população e pelos gestores subnacionais que, diante do aumento do número de mortes, têm demonstrado indignação coletiva frente aos efeitos do vírus em um cenário de crônica desigualdade. Motivados pelos desafios que o enfrentamento da pandemia oferece, ainda que forçados pela necessidade de dar respostas à população, gestores estaduais e municipais buscam alternativas para além do pacto federativo, empenhando esforços na sua inserção internacional (ALVARENGA *et al.*, 2020). Tal como aponta Barzaghi (2020, n.p.), o medo da morte aproxima as pessoas em seu distanciamento social, de tal forma que:

As janelas dão passagem a gritos de indignação perante a declaração de que a economia não pode parar [...]; ela nunca parou, por que seria diferente agora? O extermínio de parcelas da população sempre fez parte dos planos de crescimento econômico desse aclamado país do futuro. Mas em solo brasileiro, [...] priorizar tão descaradamente a economia sobre a vida soa o mais inaceitável dos discursos. E é.

Porém, “porque pela primeira vez na vida muita gente se identifica como parte daqueles que o Estado admite como descartáveis, esses que até então eram Outrem?” (BARZAGUI, 2020, n.p.).

De algum modo, a necropolítica chegou mais perto da nossa porta. Com isso, vemos uma tentativa de colocar todos no mesmo barco. Das janelas, levantam-se as bandeiras de luta que afirmam a igualdade do contágio e das medidas de prevenção. Sem dúvidas, vivemos em um contexto de riscos, dentre os quais o mais temido é o risco de afirmarmos que “no Brasil a necropolítica também é igualitária e democrática” (BARZAGUI, 2020, n.p.) enquanto os efeitos da pandemia

são direcionados de forma mais incisiva àqueles que historicamente estiveram na linha de frente da morte.

Como dissemos, a pandemia afeta diferentemente os povos. E precisamos olhar e ler “as outras letras”, as histórias de vidas que existem para além de nossos apartamentos e computadores. Mbembe (2020) nos alerta para os povos e sujeitos que “já não têm direito à respiração”, que sofrem processos históricos de violência, extermínio, colonização e objetificação. Krenak (2020, p. 7) aponta também para os efeitos da ação destrutiva dos homens na Terra e analisa que “o que estamos vivendo pode ser a obra de uma mãe amorosa que decidiu fazer o filho calar a boca pelo menos por um instante. [...] ‘Filho, silêncio’. A Terra está falando isso para a humanidade”.

Formas diferentes das nossas de sentir e dizer os efeitos da pandemia. De fato, não somos iguais. Se temos algo em comum é o fato de que estamos todos vivenciando os efeitos de uma pandemia que nos coloca frente à morte, de uma forma que temos que “tomar consciência, repentinamente, da própria putrescibilidade, e ter de viver na vizinhança da própria morte, a contemplá-la como uma possibilidade real” (MBEMBE, 2020, n.p.).

Decerto já vivemos outras experiências de mortes. No início do ano de 2020, mesmo ano que eclodiu a pandemia de COVID-19, a região sudeste do Brasil foi assolada por fortes chuvas deixando cidades devastadas, e inúmeras famílias tiveram suas casas destruídas e perderam entes queridos, tendo que recomeçar do zero. O número de mortos crescia diariamente e atribuía-se à intervenção humana o motivo da força avassaladora das águas que, por onde passavam, nada deixava em pé.

Na atual conjuntura, vemo-nos diante da letalidade de um vírus microscópico, porém tão avassalador quanto às fortes enxurradas do começo do ano de 2020 que dizimaram centenas de famílias. Diante disso, acerca da extensão da necropolítica, cabe-nos a advertência, ao tentarmos situar que a pandemia nos coloca em frente a um novo inimigo: “não se engane: por todo o mundo os campos de morte, que são tão antigos quanto a história da civilização ocidental, continuam e continuarão existindo” (BARZAGUI, 2020, n.p.).

E daí? Quem deve pagar a conta da pandemia? O que dizer de *Zés Ninguéns*, de Marias, de Josés, de Anas e de tantos nomes-vidas que viraram números? A inflexão “E daí?” é praticamente um destino de morte para milhares de brasileiros e brasileiras, que lança a reflexão da

banalidade do mal em uma dimensão ética de pensar uma ameaça mundial e ao mesmo tempo local. De que corpos e vidas falamos nos índices de mortalidade pelo vírus? A ilusão de que mata igualmente, independente de classe, é uma falácia que tenta produzir uma sensação de igualdade. Ainda que os funerais sejam parecidos, há vidas que importam e vidas que não importam. Há vidas que são passíveis de luto e vidas que não são contabilizadas porque são vistas como precárias – não vidas, não humanos (BUTLER, 2019). *E daí?* O que fazer diante dessa postura que expressa “o desprezo pela vida humana e uma aguda desconsideração com a população socialmente mais vulnerável”? (CAMPOS, 2020, p.1)

Esta pandemia aciona os microscópios para visualizar o vírus, mas também nos convoca a lançar um olhar mais apurado, mais detalhado para as desigualdades e processos de exclusão social que não foram estancados. A produção da subjetividade infame segue a pleno vapor. Não refletir sobre os efeitos desiguais em uma população desigual é também aderir à banalidade do mal. *E daí?* Seremos cúmplices silenciosos do “E daí?” de um presidente que é considerado a maior ameaça à resposta ao COVID-19 para o Brasil (LANCET, 2020), que foi denunciado no Tribunal Internacional de Haia, devido à sua negligência com as políticas de isolamento, que foi apontado pelo *Washington Post* como o pior líder mundial a lidar com o novo coronavírus, que desdenha da morte e se declara incapaz de se solidarizar com seu povo, que não se vê como o maior responsável pelo enfrentamento dessa grave pandemia? Seremos como Eichmann e diremos: *estou fazendo minha parte, muitos irão morrer mesmo?* Continuaremos banalizando as inúmeras mortes e os sofrimentos que incidem de diferentes maneiras nos indivíduos? Vamos aderir cegamente a uma nova arte de governar, atualizada em tempos de pandemia, baseada no medo, no autoritarismo, no genocídio, na ignorância e na indiferença do “E daí?”.

MUITAS PERGUNTAS E POUCAS RESPOSTAS

Qual é o nosso papel diante desses desafios e paradoxos? Muitas perguntas e poucas respostas. O vírus continua nos interpelando com

interrogações, esfregando em nossa face a fragilidade do conhecimento sobre essa novidade nomeada COVID-19. Mas quais perguntas ainda devemos fazer face às desigualdades e às mazelas sociais?

Convocamos ao abandono de nossas facas amoladas, apostando no convite de mergulho na experiência da pandemia, uma experiência que impõe a reflexão ética de como nos responsabilizamos pelo mundo, um mundo que, apesar dos paradoxos e desafios, pode ser pensado como um mundo comum. Afinal, se estamos vivenciando uma guerra (a pandemia) com a destruição de nossas certezas e com incontáveis mortes, podemos, a partir de Walter Benjamin (1994, p. 116), pensar que se há algo positivo na guerra é que ela destrói e aniquila tudo, mas também dá passagem ao ato de impelir para a frente, “a começar de novo, a contentar-se com pouco, a construir com pouco”.

Com o pouco de conhecimento e certezas que temos hoje acerca do vírus, tomadas de inquietações e afetos, convidamos às reflexões finais: o que vamos ler do acontecimento-COVID? O que nos fica de reflexão e possibilidade de construir e começar de novo? E, como nos diz Krenak (2020, p. 14), “tomara que não voltemos à normalidade, pois, se voltarmos, é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro”.

REFERÊNCIAS

AFP. Coronavírus: durante a quarentena, violência doméstica aumenta ainda mais nos países da América Latina. **O Globo**, São Paulo, 22 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/celina/coronavirus-durante-quarentena-violencia-domestica-aumenta-ainda-mais-nos-paises-da-america-latina-24387467>. Acesso em: 6 maio 2020.

‘ALIANÇA do Avestruz’: FT destaca grupo de Bolsonaro e outros líderes que ‘se recusam a levar coronavirus a sério’. **BBC**, 17 abr, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52328505>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ALVARENGA, A. A. et al. Desafios do estado brasileiro frente à pandemia pela Covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Scielo Preprints**. [no prelo], 2020.

Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/738>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARENDT, H. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. Tradução de José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. Tradução de Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ASSY, Bethania. Introdução à edição brasileira: “FACES privadas em espaços públicos” – por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, Hannah. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. p. 31-60.

BAPTISTA, L.A. dos S. A Atriz, o Padre e a Psicanalista - os Amoladores de Facas. **A Cidade dos Sábios**. São Paulo: Summus, 1999. p. 45-49. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal12-andremartins.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BARZAGUI, C. **O inimigo não é o vírus**. n-1 edições - Textos. 2020. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/textos-1>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BUTLER, J. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

CAMPOS, Gastão W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. e00279111.

CRENSHAW, Kimberle W. A interseccionalidade na discriminação de raça gênero. **Cruzamento: raça e gênero**. 2012. Disponível em: <https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf>. Acesso em: 6 maio 2020.

DOLCE, J. Geopolítica da pandemia: “A verdade é que hoje o Brasil é um pária internacional”, diz especialista em saúde global. **A Pública**, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/geopolitica-da-pandemia-a-verdade-e-que-hoje-o-brasil-e-um-paria-internacional-diz-especialista-em-saude-global>. Acesso em: 6 maio 2020.

EISENHAMMER, Stephen; STARGARDTER, Gabriel. Bolsonaro colocou gerais para combater coronavírus, e Brasil está perdendo a batalha. **UOL**, 26 maio 2020. Economia. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/05/26/especial-bolsonaro-colocou-gerais-para-combater-coronavirus-e-brasil-esta-perdendo-a-batalha.amp.htm?>. Acesso em: 11 jun. 2020.

FIGUEIREDO, P. Bairros com maior número de mortes por coronavírus em SP concentram favelas e conjuntos habitacionais. **G1**, São Paulo, 4 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: 6 mai. 2020.

FOUCAULT, M. Aula de 6 de janeiro de 1982 - Primeira hora. In: FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 3-24.

FOUCAULT, M. Mesa redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, M. B. da. (Org.). **Michel Foucault: estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006. Coleção Ditos & Escritos, v. 4. p. 338-339.

GARCIA, G *et al.* ‘E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?’, diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; ‘Sou Messias, mas não faço milagre’. **G1**, Brasília, DF, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 6 maio 2020.

HOOKS, B. Eros, erotismo e o processo pedagógico. In: LOURO, G. L. (Org.) **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

JÚNIOR, G. Em SP o risco de morte de negros por Covid-19 é 62% maior em relação aos brancos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 maio 2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-sp-risco-de-morte-de-negros-por-covid-19-e-62-maior-em-relacao-aos-brancos,70003291431>. Acesso em: 6 maio de 2020.

KRENAK, A. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Editora Schwarcz, 2020.

LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **Lancet**, 9 maio 2020. Editorial, v. 395, Issue 1-0235, p.1461. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31095-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31095-3.pdf). Acesso em: 11 jun. 2020.

LOBO, L F. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MBEMBE, A. O direito universal à respiração. Tradução de Ana Luiza Braga. **Pandemia Crítica** - Textos. São Paulo: N-1 Edições, 20. Disponível em: <https://www.n1edicoes.org/textos/53>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. N-1 Edições: São Paulo, 2018.

REICH, W. **Escute, Zé-ninguém!** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007

SCHIPANI, A.; FOY, H.; WEBBER, J. The ‘Ostrich Alliance’: the leaders denying the coronavirusthreat. **Financial Times**, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ft.com/content/974dc9d2-77c1-4381-adcd-2f755333a36b>. Acesso em: 11 jun. 2020.

TSALLIS, A. Caros colegas pesquisadores. In BERNARDES, A. G.; TAVARES, G. M.; MORAES, M. (Orgs.). **Cartas para pensar políticas de pesquisa em Psicologia**. Vitória: EDUFES, 2014. p.123-130 (e-book). Disponível em: <http://edufes.ufes.br/items/show/357>. Acesso em: 11 jun. 2020.

VILELA, M. E. M.; BÁRCENA ORBE, F. Acontecimento. In: CARVALHO, A.D. (Coord.). **Dicionário de Filosofia da educação**. Porto: Porto Editora, 2007. p.14-19.

2

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO
MAYARA CICILIOTTI DA SILVA
LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

NECROPOLÍTICA DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO BRASIL: QUEM PODE MORRER? QUEM ESTÁ MORRENDO? QUEM JÁ NASCEU PARA SER DEIXADO MORRER?

INTRODUÇÃO

“Eu sei que agente se acostuma. Mas não devia. 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”

Colasanti, 2009, p. 53

O Brasil, em maio de 2020, atingiu a marca de 240 mil mortes registradas pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020). Diante dessa marca, na tentativa de “não nos acostumarmos” com os efeitos diversos que a pandemia da Covid-19 produz, propomos um artigo-inquieto, impregnado do *ethos* de “ler” o que o acontecimento-Covid nos convoca a refletir.

Tomamos a Covid-19 como um acontecimento que nos convoca a reler o mundo (SILVA *et al.*, 2020). Buscamos, assim, equivocar, estranhar o que vem sendo apresentado como verdade: a morte que iguala, que atinge a todos “de maneira igual”. Avisamos aos leitores que este não é um texto neutro e asséptico, tampouco apresenta certezas, sendo povoado de “nãos”: não aceitamos os mortos, não aceitamos nos acostumar, não banalizamos as mortes, as perdas, os números. Buscamos refletir o que este momento que vivemos nos mostra acerca de nós mesmos, o que o vírus microscópico torna visível: a atualização de sujeitos infames (FOUCAULT, 2003; LOBO, 2008) e a produção de sujeitos não passíveis de luto – porque não são vistos como vidas que importam (BUTLER, 2017).

A pandemia de Covid-19 nos impele a olhares sensíveis, estéticos e apurados para processos que se cronificam no contexto de pandemia: maior

exposição à morte, desigualdades, exclusão social, ausência de políticas públicas que efetivamente dialoguem com as comunidades, violação de direitos. Olhar estético é o que rompe “com as estereotípias que nos cegam à diversidade da realidade e da vida. [...] que nos permitam reinventar nossos modos de ver, de ouvir, de sentir, de pensar, de viver e conviver” (ZANELLA, 2006, p. 139). Apresentamos o paradoxo que nos acompanha nestas reflexões: de que vida falamos, quando anunciamos as mortes pelo novo coronavírus?

Com o objetivo de colocar em análise os dados quantitativos da Covid-19 no Brasil, buscaremos traçar a conexão entre os processos históricos de produção de sujeitos infames, de vidas sem glória, sem registro, sem nota na história, e o contexto atual de pandemia, lançando a questão: podemos considerar as vítimas do novo coronavírus os “novos infames”? Em uma pandemia que denuncia em seu enfrentamento governamental as subnotificações de casos, apontamos a dimensão ética de compreender que, ainda que todas as vidas sejam precárias, algumas enfrentam a precariedade (BUTLER, 2017). É preciso acionar a dimensão dos sujeitos que não são contabilizados como “vidas dignas”, tendo assim uma “subnotificação de vidas”, o que remete ao *status* de “humanidade” que conferimos a alguns sujeitos e a outros não.

Mbembe (2018a; 2018b) denuncia que o processo histórico-colonizatório trouxe como “novidade” o racismo vinculado ao capitalismo, no qual os corpos negros escravizados foram objetificados e tomados como mercadoria. Processo histórico que se atualiza no contemporâneo e se cronifica no contexto da pandemia – afinal, quem conta como “humano” a quem não atribuímos “humanidade”, a quem afirmamos o direito à proteção e à vida? Não nos propomos a dar respostas, mas convocamos a nós mesmos e a todos e todas, em uma dimensão ético-política, a refletir acerca dos efeitos da pandemia nos diversos sujeitos que coabitam o mundo contemporâneo.

UM VÍRUS CONTEMPORÂNEO QUE ACIONA A HISTÓRIA

É preciso nos darmos conta do expressivo número de mortos no Brasil em decorrência da Covid-19. Buscamos acionar processos históricos

para compreender o momento que vivemos na contemporaneidade, o que implica pensarmos a abertura da história segundo Walter Benjamin (1994). O autor critica o historicismo e a historiografia burguesa, e os historicistas contam as narrativas dos *vencedores da história*, apontando que não há historiador neutro. Assim, desconstruir a versão “oficial” dos fatos é trazer a história contada a partir do ponto de vista dos *vencidos da história*, o que “é inseparável de uma opção ética, social e política pelas vítimas da opressão e por aqueles que a combatem” (LÖWY, 2005, p. 159). Aposta ética pelos vencidos como narradores de suas histórias, de suas próprias versões dos fatos, porque a história única cria estereótipos e, quando nós a rejeitamos, afirmamos que “histórias importam, muitas histórias importam” (ADICHIE, 2019, p. 32).

A história de muitos sujeitos foi contada de uma única forma, criando os “sujeitos infames”, vidas de existências-relâmpago, cujas existências obscuras e desventuradas eram destinadas a passar sem deixar rastro, “iluminadas” somente pelo encontro com “o poder que espreitava essas vidas, que as perseguiu, que prestou atenção, ainda que por um instante, em suas queixas e em seu pequeno tumulto, e que as marcou com suas garras, foi ele que suscitou as poucas palavras que disso nos restam” (FOUCAULT, 2003, p. 4). Lobo (2008) relata o percurso histórico dos infames no Brasil: pobres, deficientes, negros escravizados, loucos – vidas sem glória, sem notoriedade, sem valor, sem registro, irrelevantes, “[...] obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo sem deixar rastro [...]” (LOBO, 2008, p. 17). Existências sem rastro, como a tragédia anunciada no sistema prisional no contexto da pandemia, em que os corpos vivos das pessoas privadas de liberdade com suspeitas de Covid-19 eram isolados em contêineres (REDAÇÃO RBA, 2020a) e os corpos mortos dos internos do sistema prisional não reclamados por familiares poderiam ser enterrados ou cremados sem atestado de óbito (OLIVEIRA, 2020). Cinzas e pó, retrato de uma vida infame, uma vida que não é passível de luto, porque não é considerada uma vida que conta como uma vida. Vidas retratadas pela história em suas “infâmias”, a partir do ponto de vista do poder-vencedor.

Foucault (1999) analisa o poder sobre a vida e sobre os corpos, citando o poder soberano, que podia fazer morrer e deixar viver; o poder disciplinar, que docilizava, moldava e tornava os corpos úteis; e o biopoder

(na segunda metade do século XVIII), o direito de fazer viver e de deixar morrer. Segundo o autor, o que determina quais vidas podem/devem morrer, o que faz um “corte entre o que deve viver e o que deve morrer”, é o racismo de Estado, que produziu a morte a partir da visão de que

[...] quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (FOUCAULT, 1999, p. 305).

Analisando as formas de poder contemporâneo, Mbembe cita as “[...] formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2018a, p. 71), uma necropolítica, poder que mata, que subjuga a vida ao poder da morte. Poder de morte do outro, da raça ruim e inferior – sujeitos infames.

Aliada aos processos de desumanização e objetificação dos corpos negros, a necropolítica se renova no contemporâneo. No contexto da pandemia, percebemos a cronificação da atuação necropolítica do Estado, produzindo mortes, mas não “quaisquer” mortes. Já sabemos que a população pobre e negra vem se confirmando, em uma série de estudos, como a grande vítima da pandemia (AVILEZ, 2020). Assim, acionando processos históricos, “abrindo” a história, pretendemos atualizar os efeitos da pandemia nas vidas de alguns sujeitos infames, vidas que não são consideradas como passíveis de luto, presentes na contemporaneidade: pobres, negros, indígenas, população em situação de rua, internos do sistema prisional, entre outros. Serão eles os “novos infames”? Morrerão sem deixar rastros, sem deixar registros, a não ser os dados numéricos de vítimas da Covid-19? Suas vidas não importam?

Ressaltamos que a pandemia de Covid-19, como fenômeno novo e atual, traz demandas de “novidade” nas produções acadêmicas, a fim de encontrar respostas ao que vem tomando o mundo no aqui-agora. No

entanto, apostamos no processo reflexivo para compreender o contexto da pandemia e, para tal, é fundamental acionar os processos históricos estando no presente, pois é preciso rememorar o passado e “[...] não se trata somente de não se esquecer do passado, mas também de agir sobre o presente” (GAGNEBIN, 2006, p. 55). Evocar o passado, estando no presente e transformando-o, abrindo espaço para *uma outra história* no futuro.

OS NÚMEROS E OS INUMERÁVEIS: A SUBNOTIFICAÇÃO DA VIDA E DA MORTE

Várias nomenclaturas têm sido utilizadas para designar os indivíduos que sofrem as consequências da Covid-19 no país. Um desses termos foi “os inumeráveis”, utilizado em campanha para nomear e tecer as histórias das vítimas do vírus. A plataforma “Inumeráveis”, criada pelo artista plástico Edson Pavoni, tem como objetivo valorizar, em forma de registros históricos, cada uma das vidas perdidas em função da pandemia do coronavírus no Brasil e dar visibilidade a histórias que sofrem tentativas de apagamento (AUN, 2020). Quem são esses que direta ou indiretamente são afetados pelo contexto atual?

Buscamos “dar vida, registro e nota” aos números, registrando na história as vidas de sujeitos que merecem viver e merecem que deles se fale, para muito além de análises numéricas. Objetivamos, assim, romper com a lógica da produção da subjetividade infame que atua sobre esses indivíduos, os retira da história ou os refere somente no lugar da objetificação e da subalternação ao poder. Trata-se de uma dimensão de ética da responsabilidade para com cada sujeito e para com a construção de um mundo comum. A partir de Hannah Arendt, Assy (2004, p. 58) fala da ética da responsabilidade: “[...] não obstante nascermos intrinsecamente entre homens, ainda nos cabe a arte de exercitar a alteridade, de assumir responsabilidade por quem somos, pelo modo como agimos, e por que mundo somos responsáveis”.

Nos referimos ao mundo não como uma realidade física que nos rodeia, mas como as ações humanas e as relações que os homens podem estabelecer

reunidos entre si, criando, assim, um mundo comum. Analisar os dados da pandemia a partir de olhares sensíveis e sob a ética da responsabilidade de desconstruir “infâmias” implica colocar em análise os dados referentes a aproximadamente 10 milhões de pessoas infectadas pelo novo coronavírus e mais de 240 mil brasileiros mortos (BRASIL, 2020) e buscar conectá-los à história e à condição dos sujeitos a que eles se referem: classe, gênero, raça, condições de habitação, acesso a direitos e políticas públicas.

Entretanto, a realidade no Brasil é bem pior, a grande subnotificação de casos da doença, devido principalmente à baixa testagem diagnóstica da população, juntamente com uma curva ascendente de mortes posicionam o país como um dos epicentros da pandemia de coronavírus no mundo. Esse fenômeno pode ser considerado como um projeto de genocídio de determinadas populações no Brasil.

Ainda no contexto de subnotificação, em que especialistas apontam que os dados oficiais representariam apenas 60% do total de óbitos (BARRUCHO, 2020), e da determinação presidencial para “maquiar” os dados ministeriais da doença (NUNES, 2020), precisamos olhar também para os brasileiros que se encontram por trás de expressões como ‘apagão de dados’ e ‘voo cego’, que têm sido usadas por pesquisadores para descrever a gestão brasileira das informações na pandemia (TAVARES, 2020). Ou seja, a nação está ‘navegando às cegas’ ao tentar atravessar a crise (AGÊNCIA O GLOBO, 2020).

Assim, iremos conectar os dados quantitativos atuais e os “inumeráveis” da pandemia com reflexões de âmbito qualitativo acerca das vidas e mortes que se atualizam cotidianamente diante desse cenário.

O QUE OS NÚMEROS DE MORTES NOS FALAM ACERCA DAS VIDAS?

Inicialmente, o coronavírus parecia promover uma inversão no que diz respeito às vulnerabilidades, uma vez que atingia principalmente pessoas de classe social mais elevada, provenientes de países europeus. Entretanto, logo após o diagnóstico da patroa recém-chegada da Itália, o vírus já havia sido transmitido para a sua empregada doméstica e, desta,

para a sua mãe, daí disseminando-se para os territórios com maior risco de morrer pela doença, devido às piores condições socioeconômicas, numa efetiva ‘periferização’ das mortes de Covid-19, e revelando toda a vulnerabilidade da população mais pobre e a gravidade da situação. O número de mortos crescendo desproporcionalmente nos bairros mais pobres também reflete uma iniquidade de acesso à saúde, de um contingente de pessoas que dependem unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos serviços essenciais estão em colapso (GOMES, 2020). Além disso, em meio à pandemia, a fome e as incertezas, associadas à violência do Estado por meio das operações policiais, têm culminado num grande genocídio da população preta e da favela (REDAÇÃO RBA, 2020b).

Diante do expressivo número de casos e mortes diárias de Covid-19 no Brasil, do colapso iminente de serviços de saúde locais em diversas regiões e da falta de uma política pública de saúde unificada, comprometida com a população e em sintonia com as recomendações da OMS, há também a subnotificação e a negligência sistemática dos contextos específicos que estão vivendo determinadas populações, como as pessoas em situação de rua, em privação de liberdade, moradoras das favelas das grandes cidades e indígenas. Como dissemos, há uma subnotificação da vida! Afinal, quais são as vidas reclamadas e lamentadas durante a pandemia? Quais as vidas que importa proteger?

Butler (2017) evidencia o problema dos enquadramentos seletivos, considerados como as molduras pelas quais conseguimos apreender ou não a vida dos outros como perdida ou lesada (ou sua suscetibilidade de ser perdida ou lesada). Esses enquadramentos – operações específicas de poder – atuam delimitando o que pode ser ou não considerada uma vida, organizam a experiência visual e geram ontologias específicas do sujeito, ou seja, um corpo é produzido como sujeito e passível de assim ser reconhecido por meio de termos, convenções e condições normativas da cultura. Nesse sentido, a vida será produzida e reconhecida de acordo com normas que a caracterizam como uma vida, e, assim, haverá sujeitos que não serão reconhecidos como sujeitos e vidas que dificilmente – ou nunca – serão reconhecidas como vidas (BUTLER, 2017).

Figuras vivas, como a população indígena, em situação de rua, em privação de liberdade e aquela que vive nas favelas, são historicamente excluídas das normas em que os sujeitos e a vida são produzidos e

tornam-se também os problemas com quais esses enquadramentos seletivos têm de lidar em nossas sociedades contemporâneas capitalistas – que já praticam o genocídio desses grupos – em meio a uma pandemia. A escassez de políticas públicas específicas que deem conta dos contextos que estão vivendo essas populações e a insuficiência de dados que mostrem esses sujeitos em meio à pandemia da Covid-19 refletem o fato do Estado e da maioria dos seus representantes não terem interesse em lidar com essas vidas, consideradas como descartáveis, assim colaborando com a produção de corpos que não importam, que não são considerados vivos, ou melhor, que não são habitados por uma vida.

Esses enquadramentos seletivos operam também dificultando que a sociedade identifique a negligência sistemática e as guerras que são traçadas contra essas populações. Quem reclama essas vidas? Quem reivindica a proteção dessas vidas? Como proteger vidas que não são consideradas vidas? Para Butler (2017, p. 13):

Se certas vidas não são qualificadas como vidas ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras. Nesse sentido, a possibilidade de ser enlutada, de ser reivindicada, de ser protegida, de ter uma rede social de ajuda, será uma condição de uma vida que importa.

Para serem reclamadas e terem sua proteção reivindicada, ou seja, serem preservadas na condição de uma vida que importa ou serem passíveis de luto, as vidas dessas populações precisam ser vistas como vidas. Esses corpos só serão protegidos levando em consideração essa possibilidade de reconhecer essas vidas e as condições necessárias para que se tornem mais vivíveis. Caso contrário, haverá ali, nesses corpos que vivem nas favelas, naqueles que circulam pelas calçadas, praças e portas dos mercados pedindo doações de alimentos ou naqueles que se encontram em privação de liberdade, vidas que nunca terão sido vividas pela lente dos enquadramentos com que opera o Estado brasileiro. Vidas que não são mostradas durante a pandemia ou até mesmo são escondidas quando denunciam a acentuada falta das estruturas básicas para manterem suas vidas, que já lhes atingia antes mesmo do contexto da Covid-19 no país.

Podemos ver diariamente nos noticiários relatos sobre vidas que são frequentemente perdidas por estarem mais expostas às violências e a falta de apoio social durante a pandemia, ou seja, que vivem a precariedade. Podemos também não ter dados suficientes que mostrem determinadas populações que se encontram nessas mesmas condições, mostrando, então, subnotificação de suas vidas por parte do Estado. Como podemos, nessas duas condições, percebermos essas vidas como vidas que importam e estabelecermos uma oposição ética e política a essas perdas e à falta das condições estruturais básicas para que suas vidas sejam sustentadas? A partir da produção de vidas que não importam, de que forma esses enquadramentos seletivos afetam essas populações – e nos afetam – em meio à pandemia da Covid-19?

Como já afirmavam Diniz e Carino (2020), a pandemia causada pela Covid-19 parece uma atualização das aulas de Michel Foucault sobre biopolítica, segurança e territórios, em que biopolítica é compreendida como o poder que organiza as políticas da vida, isto é, táticas que regulam que corpos devem viver e quais podem ser descartáveis. Com esse entendimento, toda biopolítica se converte em uma necropolítica quando os regimes de desigualdade determinam quais corpos vivem o risco. Pensar a necropolítica é pensar sobre como o Estado exerce poder político-social, administrando a vida e a morte de grupos marginalizados e promovendo, assim, ainda mais opressões e efetivando o projeto de genocídio de grupos brasileiros já vulnerabilizados.

Assim, ao contar a história a partir do ponto de vista dos vencidos, eticamente refletindo e nos opondo à necropolítica, à produção de sujeitos infames e à produção de vidas não passíveis de luto, indagamos: Quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? Quem são os novos infames desta pandemia?

OS NOVOS INFAMES DA PANDEMIA: É PRECISO AINDA FALAR DO QUE NÃO FOI SUPERADO

Com relação à identificação das populações mais vulneráveis, destaca-se o avanço da Covid-19 para os bairros periféricos, onde o contágio,

o acesso à saúde e as comorbidades escancararam as desigualdades. Ressalta-se que, no Brasil, sob a ampla denominação de favela, comunidade, grotão, vila, mocambo, dentre outros, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identifica os “aglomerados subnormais” como um conjunto de domicílios com no mínimo 51 unidades habitacionais carentes que ocupam, de maneira desordenada e densa, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e que não possui acesso a serviços públicos essenciais (IBGE, 2010).

Importante salientar que esses 15.868 setores identificados pelo IBGE (2010) em aglomerados subnormais (cerca de 5% do total dos setores brasileiros) e utilizados para mensurar essas habitações são descritos por aquilo que não possui, pelo que “falta”. Além disso, há a homogeneização de um espaço diverso, cuja marca importante, desde sua origem, é a presença de contrastes e ausência de apoio do Estado, resultando em muitas carências, por exemplo de infraestrutura básica, como água tratada, rede de energia elétrica e rede de esgoto, o que faz com que os moradores tenham que encontrar soluções próprias para o seu cotidiano (RIBEIRO, 2020).

É importante destacar que, assim como a favela pode ser um espaço de problemas, na mesma medida, há espaços de soluções, nos quais seus moradores se organizam de acordo com suas possibilidades e reinventam maneiras para minimizar as adversidades do dia a dia (RIBEIRO, 2020). As cerca de 700 favelas do Rio de Janeiro (RJ), onde vivem em torno de 1,4 milhão de pessoas (22,5% da população carioca), de acordo com o levantamento do Voz das Comunidades, somavam mais mortes pelo SARS-CoV-2 no início da pandemia no Brasil do que 15 estados do país (BARREIRA, 2020). Entretanto, também há subnotificação de casos dessa população, que acontece especialmente em decorrência da falta de testes e diagnósticos corretos em massa nas comunidades carentes, combinada com a precarização do atendimento na rede pública de saúde, revelando também o aumento das mortes em casa como mais uma face dramática dessa subnotificação dos casos de Covid-19 (THUSWOHL, 2020). Com o avanço crescente da doença e diante da crônica ausência do poder público, diversas associações de moradores e entidades comunitárias se mobilizam para realizar ações de combate ao coronavírus e de conscientização da população sobre a necessidade de isolamento social

(THUSWOHL, 2020). Diante da situação, destacam-se as organizações Voz das Comunidades, Mulheres no Alemão em Ação e Coletivo Papo Reto, que se uniram para criar o Gabinete de Crise do Alemão, voltado à comunicação sobre o coronavírus e à promoção de ações humanitárias para coleta e distribuição de alimentos, água e produtos de higiene na comunidade (REDAÇÃO RBA, 2020c).

Os distritos da cidade de São Paulo com maior quantidade de mortes por coronavírus, ou suspeitas, concentram grande quantidade de favelas, cortiços e conjuntos ou núcleos habitacionais, onde o risco de morrer pela doença foi apontado como dez vezes maior do que em bairros com melhor condição social, enquanto pessoas negras têm 62% mais chances de morrer por Covid-19 do que as brancas (FIGUEIREDO, 2020). Dentre esses territórios, Brasilândia, localizada na zona norte de São Paulo e um dos mais populosos da capital paulista, concentrava, no início de 2020, o maior número bruto de óbitos (confirmados ou suspeitos) por coronavírus, com as pessoas, na maioria idosas, morrendo dentro de casa sem identificação do vírus e sem atendimento (BETIM, 2020), especialmente pelo fato de a rede de saúde pública já ter atingido o limite de sua capacidade, com quase todos os leitos de UTI ocupados em muitos locais.

As comunidades buscam, assim, lidar com a ausência de políticas públicas no território, fato que, destacamos, é histórico e anterior à pandemia. O contexto contemporâneo somente cronifica a precariedade na vida de algumas populações e da afirmação de direitos, com um vírus que atende à demanda da necropolítica estatal, “deixando morrer” os que já estavam sendo deixados para morrer a partir do racismo de Estado.

Cabe lembrar, conforme mostra Loures (2020), que apenas oito das 27 secretarias estaduais de saúde do país estavam divulgando a “raça/cor” das vítimas da Covid-19 em 2020, mesmo já existindo uma portaria que tornava obrigatório esse registro das pessoas que são atendidas no SUS em âmbito nacional. Dessa forma, torna-se ainda mais difícil a identificação das necessidades e do perfil epidemiológico de populações específicas que poderiam ser analisadas e levadas em consideração na elaboração de políticas públicas e de planos de combate ao coronavírus.

Os “novos” infames também podem ser vistos na tragédia anunciada no sistema prisional, vivenciando uma crise humanitária e de saúde nas penitenciárias brasileiras. O Brasil possui uma população de 773.151

pessoas privadas de liberdade em todos os regimes (DEPEN, 2021). Em relação ao período da escrita deste artigo, o último balanço oficial da Covid-19 no sistema prisional, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021), evidenciava que, até aquele momento, houve 229 óbitos registrados, destes 99 correspondendo a servidores e 130 a pessoas em privação de liberdade. Em relação aos casos de infecção, houve 13.655 em servidores e 43.799 em pessoas em privação de liberdade. No sistema socioeducativo, os dados mostram que foram registrados 27 óbitos de servidores e nenhum em adolescentes privados de liberdade. Já os casos de infecção são de 4.611 no primeiro grupo e 1.377 no segundo. É importante também destacar que, diante do potencial de disseminação do coronavírus nas penitenciárias, além das pessoas em privação de liberdade, também estão em risco os trabalhadores desses locais, os profissionais de saúde que atuam nos sistemas e seus familiares (REDAÇÃO RBA, 2020a).

No entanto, apresenta-se uma grande desconfiância dos dados divulgados, seguindo o contexto da subnotificação, da insuficiência de estatísticas como um todo da população em situação de privação de liberdade e das condições de encarceramento no país, com as pessoas amontoadas em celas insalubres, sem ventilação e iluminação adequadas, uma situação propícia para a disseminação e agravamento da Covid-19 (OLIVEIRA, 2020). Novamente, ressaltamos a ausência de investimento nessas vidas, vistas como infames, descartáveis e não passíveis de luto.

Dentre as medidas para combater o coronavírus no sistema prisional, destacam-se ações estaduais de distribuição de máscaras, ampliação da realização de testes para Covid-19, limpeza e sanitização das celas. Os estados brasileiros seguem as medidas de suspensão das visitas adotadas no país, o que tem causado dificuldades de comunicação com os familiares e temor de contágio em massa entre as pessoas privadas de liberdade. Além disso, existem relatos de restrição na alimentação nas penitenciárias e atrasos na entrega de correspondências (DALAPOLA, 2020).

Se é verdade que a pandemia nos leva a refletir sobre a fragilidade da nossa existência, há um composto estruturante público e privado de gênero, raça e classe que precisa ser considerado, tanto na destinação dos apoios estatais emergenciais quanto na resignificação das nossas relações familiares, comunitárias e de trabalho. No contexto da pandemia, a população dos “novos” infames sofre ainda mais tentativas de

apagamento e esquecimento e, conseqüentemente, fica mais exposta à precariedade. Quando em situação de rua, especialmente nas periferias das grandes cidades, vivem de teimosos, sem nada, nem roupas, nem comida, nem luvas, nem máscaras, nada, nada, é como se não existissem (ASSUNÇÃO, 2020). Estimava-se, em 2015, a existência de 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil, que, para além das vulnerabilidades locais (como a insegurança) e das iniquidades no acesso a determinados serviços (NATALINO, 2016), estão mais susceptíveis ao risco de infecção pelo novo coronavírus.

Sabemos que viver na rua expõe e vulnerabiliza as pessoas em diferentes aspectos, tais como violências, preconceito, dificuldade de acesso às políticas públicas, alimentação incerta e pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e afeição e a dificuldade de adesão a tratamentos de saúde. A população em situação de rua está em muitos lugares. Tantos lugares que ninguém nem sabe onde eles estão. Eles estão entregues à própria sorte (ASSUNÇÃO, 2020). No estado de São Paulo, considerado um dos epicentros da doença, estima-se que, no mês de março de 2020, havia 24.000 desabrigados na cidade – famílias inteiras em alguns casos. Desse universo, 13% têm mais de 60 anos de idade, faixa de maior risco de contaminação.

Apesar da afirmação da atual ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, que poucos moradores de rua foram contaminados pelo coronavírus no Brasil porque “ninguém pega na mão deles” (DAMARES..., 2020), o risco de contaminação por doenças de transmissão respiratória é muito maior nas pessoas em situação de rua, seja por suas condições de precariedade, seja pela maior dificuldade de acessar políticas de prevenção – por exemplo, obter água, sabão, álcool em gel e uma casa que permita o distanciamento social, para o caso da Covid-19. Essas dificuldades fazem com que populações mais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua, fiquem à margem de políticas globais generalistas, muitas vezes mais focadas no combate às ameaças biológicas do vírus do que efetivamente em práticas de cuidado e proteção a esses grupos.

Diante da crise sanitária e econômica desencadeada pela pandemia de coronavírus, e na ausência de iniciativas mais efetivas por parte do poder público, muitas vezes, resta, a essa parcela da população mais vulnerável, somente o apoio de movimentos e projetos que têm feito doações de alimentos e materiais para higiene (ASSUNÇÃO, 2020).

Apesar dessa realidade, o Brasil segue no negacionismo (CAMPOS, 2020) e não conta com dados oficiais suficientes sobre a população em situação de rua, revelando e reproduzindo a tentativa de apagamento e esquecimento da população não domiciliada. A pandemia de coronavírus é um espelho das vidas que têm o direito de serem cuidadas, mas que serão relegadas à própria sorte – ou azar. Embora as suas formas de disseminação atinjam democraticamente indivíduos e populações, o vírus encontra na desigualdade social as condições ideais para abater populações historicamente em situação de precariedade que, por conseguinte, irão compor substancialmente as estatísticas.

Dentre os “novos” infames, é importante destacar que os povos indígenas estão sendo dizimados. Mais uma vez, afirma-se que o problema do coronavírus escancara a crônica diferença e luta de classes, a situação dos que vivem nas ruas, das favelas e dos indígenas. O governo atual incentiva os madeireiros e os garimpeiros, e eles levam a doença aos índios. É um momento de assassinato da vida muito grande, em todos os sentidos (MARETTI, 2020).

A quantidade de violência com que os indígenas estão sendo tratados nessa pandemia de Covid-19 é considerada enorme até mesmo para os padrões do Estado brasileiro, um histórico agente de violação dos direitos e de agressões contra os povos indígenas. Nesse contexto, destaca-se a dor das mulheres Yanomami, que imploraram pelos corpos de seus bebês, mortos e desaparecidos, possivelmente enterrados no cemitério da cidade devido à contaminação por Covid-19 durante internação hospitalar (BRUM, 2020). Tal fato viola seus direitos enquanto povo, pois os Yanomami não são enterrados nunca, em nenhuma hipótese. Para essa cultura, não há pior afronta e sofrimento do que fazer ‘desaparecer’ seus mortos. O corpo deve ser cremado e com um longo ritual, para que o morto possa morrer para si e para a comunidade. Entretanto, o desrespeito e a indignidade com que a morte está sendo tratada pelas autoridades públicas são os mesmos da vida (BRUM, 2020). “Vidas infames!”

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil criou uma ferramenta para monitorar e mitigar as subnotificações a partir do site “Quarentena Indígena”, que apresenta números com apuração própria sobre indígenas e o coronavírus. Os dados são atualizados com a colaboração de diversas organizações indígenas regionais e mostram números conflitantes com os

oficiais. Em sua última atualização, indicava 968 óbitos, 48.678 pessoas contaminadas e 161 povos atingidos em todo o país (APIB, 2021). Já o boletim epidemiológico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), atualizado no dia 15 de fevereiro de 2021, apresentou 567 óbitos e 4.308 casos confirmados (BRASIL, 2021).

“INCONCLUSÕES”: OPERANDO COM A NECESSIDADE ÉTICO-POLÍTICA DE FAZERMOS OPOSIÇÃO À ATUALIZAÇÃO DE SUJEITOS INFAMES

No atual contexto, vemos um recrudescimento de uma política de morte dos grupos mais vulneráveis. Trata-se das vidas que são consideradas como não passíveis de serem enlutadas, que estão mais expostas à precariedade e cada vez mais distantes de um mundo capaz de ser habitado democraticamente. Tais processos de enquadramento seletivo da população através de uma lógica de mercado cada vez mais produtivista alia-se às políticas globais e de governo, historicamente voltadas para regular os modos de existir e de ocupar os espaços, principalmente as ruas.

A negligência do Estado e de alguns governantes resulta no genocídio de populações específicas, de grupos que são considerados como perdíveis, destrutíveis, não passíveis de lamentação. A produção desses “corpos que não importam” cria um contexto favorável para que a necropolítica do Estado possa operar e, assim, vidas – que sim, importam! – sejam perdidas.

Identificar e pensar a necropolítica serve como ferramenta para que possamos refletir e estabelecermos políticas democráticas radicais que digam não ao genocídio provocado pelo Estado, por suas instituições e dispositivos que exercem seu poder político social de administrar a vida e a morte de determinados grupos, deixando-os à mercê da falta das condições básicas para manterem suas vidas, promovendo ainda mais opressões.

Vivenciamos hoje uma pandemia que exige o uso de máscaras para proteção e que, ao mesmo tempo, “tira nossas máscaras”. É necessário arrancar as máscaras que impedem que nossos olhos vejam o que vem

sendo cronicamente atualizado: as desigualdades, as exclusões, a ausência de políticas públicas, a necropolítica, a produção de sujeitos infames e de vidas não passíveis de luto.

Acionando a história aberta do ponto de vista dos vencidos, vemos que a “novidade” da Covid-19 é uma requeitada e conhecida violência que produziu guerras e inúmeras mortes no passado, uma violência que ainda se baseia na crença da superioridade de uns sobre os outros. Assim, diante da novidade da pandemia, o que temos de mais revolucionário é a evocação do passado para compreender o hoje e modificar o futuro.

É fundamental um posicionamento de oposição à repetição do passado que atualiza os infames, os que não são considerados humanos, que têm suas vidas subnotificadas. Não podemos nos acostumar ao luto naturalizado. Sem utopias, a pandemia nos provoca a novos olhares, a mudanças estruturais que possam se opor aos “ismos” que persistem em habitar em nossa sociedade: racismos, machismos e principalmente, aos fascismos em nós. Rago e Veiga-Neto (2009) lembram que Foucault nos convida a uma “arte de viver contrária a todas as formas de fascismo”, uma arte que demanda uma importante premissa de que não nos apaixonemos pelo poder. Talvez o grande desafio não seja exatamente em saber lidar com a pandemia, mas, sobretudo, criar formas de se “desapaixonar” pelo poder, produzindo estratégias de transformar o que herdamos do passado, compreendendo o presente e criando um “novo” futuro. Porque, senão, nada mudará, e, como diz Krenak, “tomara que não voltemos à normalidade, pois, se voltarmos, é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas no mundo inteiro” (KRENAK, 2020, p. 14).

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

APIB. **Covid-19 e os Povos Indígenas**. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 17 fev. 2021.

AGÊNCIA O GLOBO. Covid-19: Brasil vive “apagão” de dados e não tem noção do tamanho da pandemia. **IG**, 2 maio 2020. Último Segundo. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-05-02/covid-19-brasil-vive-apagao-de-dados-e-nao-tem-nocao-do-tamanho-da-pandemia.html>. Acesso em: 21 maio 2020.

ASSUNÇÃO, Clara. População de rua em São Paulo e o coronavírus: ‘Não pegamos porque somos invisíveis’. **Rede Brasil Atual**, 4 abr. 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/populacao-de-rua-coronavirus-somos-invisiveis/>. Acesso em: 21 maio 2020.

ASSY, Bethania. Introdução à edição brasileira: “FACES privadas em espaços públicos” - por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, Hanna. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. p. 31-60.

AUN, Heloísa. “Não é um número”: projeto homenageia vítimas da Covid-19 no Brasil. **Catraca Livre**, 25 maio 2020. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/nao-e-um-numero-projeto-homenageia-vitimas-da-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 29 junho 2020.

AVILEZ, Larissa. Movimento negro exige medidas do governo e pede lockdown no ES. **A Gazeta**, 2 jun. 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/movimento-negro-exige-medidas-do-governo-e-pedem-lockdown-no-es-0620?>. Acesso em: 6 jun. 2020.

BARREIRA, Gabriel. Favelas do Rio somam mais mortes por Covid-19 do que 15 estados do Brasil. **G1**, 21 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/21/favelas-do-rio-somam-mais-mortes-por-covid-19-do-que-15-estados-do-brasil.ghtml>. Acesso em: 21 maio 2020.

BARRUCHO, Luis. Brasil: o novo epicentro da pandemia de coronavírus? **BBC**, 20 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52732620>. Acesso em: 21 maio 2020.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Rouanet SP. (Trad.) 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BETIM, Felipe. No bairro campeão de mortes por covid-19 em São Paulo moradores isolam seus idosos à espera de um hospital. **El País**, 5 maio 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-05-05/no-bairro-campeao-de-mortes-por-covid-19-em-sao-paulo-moradores-isolam-seus-idosos-a-espera-de-um-hospital.html>. Acesso em: 7 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. **Boletim epidemiológico SESAI**, Brasília, n. 249, 15 fev. 2021. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/15-02-2021_Boletim%20epidemiologico%20SESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRUM, Eliane. Mães Yanomami imploram pelos corpos de seus bebês. **El País**, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-24/maes-yanomami-imploram-pelos-corpos-de-seus-bebes.html>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00279111, 2020. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279

CNJ - Conselho Nacional de Justiça. **Boletim CNJ de monitoramento Covid-19**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/registros-de-contagios-obitos/>. Acesso em: 17 fev. 2021.

COLASANTI, Marina. Eu sei, mas não devia. In: COLASANTI, Marina. **O pequeno livro das grandes emoções**. Brasília: UNESCO; 2009. p. 53-54.

DALAPOLA, Kaique. Brasil chega a 10 mortes por covid-19 em presídios. **R7**, 1 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.r7.com/sao-paulo/brasil-chega-a-10-mortes-por-covid-19-em-presidios-01052020>. Acesso em: 7 jun. 2020.

DAMARES: poucos moradores de rua têm covid, pois ninguém pega na mão deles. **UOL**, 7 maio 2020. Coronavírus. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/07/damares-poucos-moradores-de-rua-tem-covid-pois-ninguem-pegar-na-mao-deles.htm>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional. Painéis de monitoramento. Detecções/suspeitas do coronavírus nos sistemas penitenciários brasileiros. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNnMnY05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 17 set. 2021.

DINIZ, Débora; CARINO, Giselle. A necropolítica das epidemias. **El País**, 9 mar. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-03-09/a-necropolitica-das-epidemias.html>. Acesso em: 30 maio 2020.

FIGUEIREDO, Patrícia. Bairros com maior número de mortes por coronavírus em SP concentram favelas e conjuntos habitacionais. **G1**, 4 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: 7 jun. 2020.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 203-222.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **Lembrar esquecer escrever**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GOMES, Rodrigo. Mortes pela covid-19 crescem 45% nos bairros pobres em uma semana. **Rede Brasil Atual**, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/mortes-por-covid-19-periferia/>. Acesso em: 21 maio 2020.

HADDAD, Naief. Coronavírus matou tantos brasileiros quanto a Guerra do Paraguai. **Folha de São Paulo**, 20 jun 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/06/coronavirus-matou-tantos-brasileiros-quanto-a-guerra-do-paraguai.shtml?>. Acesso em: 23 jun. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Aglomerados subnormais. 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf. Acesso em: 7 jun. 2020.

IMPERIAL COLLEGE. **Ferramenta de análise de cenário COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://covidsim.org/v1.20200524/?place=Brazil>. Acesso em: 30 maio 2020.

KRENAK, Ailton. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Editora Schwarcz, 2020.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina; 2008.

LOURES, Samily. Apenas 8 estados brasileiros divulgam dados de “raça/cor” das vítimas de Covid-19. **Notícia Preta**, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://noticiapreta.com.br/apenas-8-estados-brasileiros-divulgam-dados-de-raca-cor-das-vitimas-de-covid-19/>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LÖWY, Michael. **Walter Benjamin: aviso de incêndio – uma leitura das teses “Sobre o conceito de história”**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MARETTI, Eduardo. Zé Celso: ‘O que importa agora é a cultura da vida, não a cultura da morte’. **Rede Brasil Atual**, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cultura/2020/04/ze-celso-o-mais-importante-agora-e-a-cultura-da-vida-nao-a-cultura-da-morte/>. Acesso em: 30 maio 2020.

MATIAS, Tatiane Leite Lima. **COVID-19 Pannel de Monitoramento dos Sistemas Prisionais**. Departamento Penitenciário Nacional, DEPEN. 19 março 2020. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/covid-19-pannel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais>. Acesso em: 7 jun. 2020.

MBEMBE, Achille. **A crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018b.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018a.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para Discussão. 2016. 2246. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, Brasília. Disponível em: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177462/1/td_2246.pdf. Acesso em: 7 jun. 2020.

NUNES, Vicente. “Bolsonaro surtou de vez”, dizem técnicos do Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**, 6 jun. 2020. Disponível em: <http://blogs.correiobraziliense.com.br/vicente/bolsonaro-surtou-de-vez-dizem-tecnicos-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

OLIVEIRA, Cida de. Covid-19 pode encobrir desaparecimento de presos. **Rede Brasil Atual**, 29 abr. 2020 Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/mortes-covid-19-pode-encobrir-desaparecimento-de-presos/>. Acesso em: 21 maio 2020.

PESSOA, Fernando. **Livro do desassossego**. São Paulo: UNICAMP, 1994.

RAGO, Margareth, VEIGA-NETO, Alfredo José. **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

REDAÇÃO RBA. Damares ‘atrapalha’ ações contra Covid-19 nas prisões, denuncia comitê anti-tortura. **Rede Brasil Atual**, 29 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/dameres-inviabiliza-reunioes-covid-19-prisoes-comite-combate-a-tortura/>. Acesso em: 21 maio 2020.

REDAÇÃO RBA. Moradores do Complexo do Alemão lidam com a pandemia e a violência policial. **Rede Brasil Atual**, 28 abr. 2020b. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/moradores-do-complexo-do-alemao-lidam-com-a-pandemia-e-a-violencia-policial/>. Acesso em: 21 maio 2020.

REDAÇÃO RBA. Rio de Janeiro: na ausência do Estado, moradores do Alemão criam gabinete de crise. **Rede Brasil Atual**, 30 abr. 2020c. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/rio-de-janeiro-na-ausencia-do-estado-moradores-do-alemao-criam-gabinete-de-crise/>. Acesso em: 21 maio 2020.

RIBEIRO, Amarolina. Contrastes nas favelas. **Brasil Escola**, 2020. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/contrastes-nas-favelas.htm>. Acesso em: 2 jun. 2020.

SCHUCH, Patrice; FURTADO, Calvin; SARMENTO, Caroline. População de rua, coronavírus e necropolítica. **Jornal da Universidade - UFRGS**, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/populacao-de-rua-coronavirus-e-necropolitica/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SILVA, Mayara Ciciliotti; SILVA, Kettle; SIQUEIRA, Luziane de Assis Ruela; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Acontecimento COVID -19: e daí? **Scielo Preprints**. [no prelo] Versão 1. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/520>. Acesso em: 13 jun. 2020.

TAVARES, Viviane. Os dados invisíveis da Covid-19. **EPSJV/Fiocruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 14 maio 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/os-dados-invisiveis-da-covid-19>. Acesso em: 21 maio 2020.

THUSWOHL, Maurício. Subnotificação, falta de informação e condições precárias aumentam drama da covid-19 nas favelas do Rio. **Rede Brasil Atual**, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/subnotificacao-falta-de-informacao-e-condicoes-precarias-aumentam-drama-da-covid-19-nas-favelas-do-rio/>. Acesso em: 21 maio 2020.

ZANELLA, Andréa Vieirra. Sobre olhos, olhares e seu processo de (re)produção. **Imagem: Intervenção e pesquisa**, Florianópolis, p. 139-149, 2006.

3

MARCELO ELISEU SIPIONI
MANUELA RIBEIRO LIRA RIQUIERI
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
DENISE BARBIERI BISCOTTO
SOPHIA ROSA BENEDITO
THIAGO DIAS SARTI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

MÁSCARAS COBREM O ROSTO, A FOME DESMASCARA O RESTO: COVID-19 E O ENFRENTAMENTO DA FOME NO BRASIL.

INTRODUÇÃO

Quantos de nós, estudiosos e entusiastas da saúde coletiva, já não nos deparamos em aulas, leituras ou arquivos de audiovisuais com elementos históricos sobre as epidemias e pandemias que assolaram épocas e dizimaram sociedades? A Peste Negra, no século XIV, e a Gripe Espanhola, no século XX, são alguns dos exemplos mais importantes. Ao nos depararmos com esses casos, raramente buscamos analisar as consequências do avanço da doença indo além do número de pessoas que morreram ou as cidades/Estados mais afetados.

O ano de 2020 aparecerá em aulas, livros, artigos e produtos audiovisuais futuros como mais um desses eventos epidemiológicos globais, marcado pelo advento da pandemia de COVID-19, uma doença viral causada por uma variante de um vírus já conhecido, o coronavírus. Para a história da saúde coletiva, temos algo de novo a ressaltar: em nenhuma outra pandemia ou epidemia a ciência pôde contribuir tanto como nessa e o controle da doença se manifesta em um futuro próximo. Mas há uma questão diferencial óbvia: estamos testemunhando a história, de forma ocular e visceral. Sofrendo com as impotências às quais nos defrontamos diariamente frente a esse fantasma quase invisível. Estamos vendo que uma pandemia não se resume aos milhões de infectados e mortos pelo vírus, o que por si só gera enorme consternação. Somando-se a esta tragédia, que é a doença em si, vemos uma série de consequências igualmente graves. Muitas delas são frutos de um sistema econômico que estimula as iniquidades, precariza o trabalho e explora os pobres, especialmente as mulheres e a população negra, e que tem seu poder destruidor potencializado, por

exemplo, pelas medidas sanitárias fundamentais para conter o avanço da doença e por governos desqualificados, que flertam abertamente com posturas fascistas.

Assim, sem nos esquecermos da tragédia sanitária traduzida pela pandemia de COVID-19, buscaremos discutir aqui estratégias políticas para combater a fome e a miséria, tidas como consequências igualmente nefastas deste momento.

Ressalta-se que a pandemia não criou o estado de miséria e fome atuais. O contexto da fome no mundo já era preocupante antes mesmo da crise sanitária global (FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO, 2019). Portanto, procuraremos discutir o quanto se aprofundam essas mazelas com a pandemia e o quanto os governos, em especial no Brasil, se omitem frente à necessidade de promover políticas públicas de segurança alimentar e nutricional (SAN), especialmente na conjuntura de crise sanitária, o que já era previsto por Pérez-Escamilla, Cunningham e Moran (2020) desde o início da pandemia.

No Brasil, o SARS-CoV-2 chega em um momento de estagnação econômica, desmonte do sistema de saúde, de segurança alimentar e nutricional e de proteção social, além de aumento acelerado da pobreza e da população em situação de rua. A interseção entre esses fatores, em especial num contexto de esvaziamento das políticas de segurança alimentar e nutricional, contribui ainda mais para que grande parcela dos brasileiros se encontre em uma situação de profunda vulnerabilidade diante desta pandemia.

Nesse sentido, este ensaio objetiva ressaltar o papel do Estado brasileiro para que a catástrofe da fome anunciada dentre as consequências da pandemia no Brasil seja amenizada. Para tanto, é realizada uma breve análise contextual das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, especialmente aquelas voltadas a combater a fome, com destaque para o desmantelamento das políticas de segurança alimentar e nutricional iniciadas, principalmente, a partir de 2016. Em seguida, são apresentadas algumas políticas consideradas essenciais para amenizar o risco da subalimentação nas populações vulneráveis e como foram conduzidas pelo poder público no ano de 2020.

CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

Até meados da década de 1940, o fenômeno da fome era tratado como algo natural, causado por intempéries alheias à ação humana e pela ignorância da população pobre, sob uma perspectiva malthusiana. Somente a partir da emergência das ideias de Josué de Castro, estruturadas em seu livro *Geografia da Fome*, é que a questão passou a ser tratada com outros olhares, como fenômeno social, produzido pelo ser humano e sua organização social e econômica (CASTRO, 2008).

Sob a influência desse novo olhar em relação ao problema da fome, as políticas de alimentação e nutrição começaram a se destacar no Estado Novo (1937-1946), especialmente com a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), respondendo a uma demanda específica voltada à melhoria das condições de vida e trabalho da classe operária. A alimentação passa da condição de uma área do conhecimento para se tornar uma política social, especialmente através dos restaurantes populares ligados ao SAPS (PADRÃO; AGUIAR, 2018). A partir de então, as políticas de alimentação e nutrição evoluíram no país com modificações inerentes às posturas governamentais que se sucederam, de forma que é possível caracterizá-las com um importante viés assistencialista, paternalista e clientelista ao longo de sua trajetória durante todo o restante do século XX (VASCONCELOS, 2005).

Durante o governo militar, houve forte apelo às políticas de suplementação alimentar de caráter tecnicista. Já o governo Sarney (1985-1990) buscou romper com os paradigmas das políticas executadas durante a Ditadura Militar, sem muitos resultados em termos de redução nos índices de subalimentação. Por sua vez, tal realidade pouco se alterou durante os governos Collor (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1995), mesmo tendo, este último, criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA (VASCONCELOS, 2005).

O protagonismo governamental no combate à fome foi ainda mais enfraquecido em 1995, com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, que ignorou as proposições emanadas da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, ocorrida em 1994, e extinguiu o CONSEA. Deu-se ênfase,

a partir de então, a estratégias de descentralização das ações, em uma perspectiva neoliberal, com a participação da sociedade civil, parcialmente revertidas, entre 2000 e 2002, com a criação de políticas de combate à miséria com base em transferência de renda, tais como o Bolsa Alimentação (VASCONCELOS, 2005).

Somente a partir dos anos 2000, especialmente em 2003, políticas mais estruturantes e integradas passaram a fazer parte da agenda pública do Estado brasileiro. Durante o governo Lula, priorizou-se o combate à fome com a criação do Programa Fome Zero, que integrava diversos projetos de diferentes setores governamentais; recriou-se o CONSEA, agora denominado Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; e criou-se o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, constituído pelo CONSEA, pelas Conferências de SAN e pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN, órgão intersetorial responsável pela integração das políticas de SAN no Poder Executivo. Tem-se então inédito protagonismo do Poder Público no incentivo e execução das políticas de SAN em nível nacional, com envolvimento de estados, municípios e Distrito Federal (VASCONCELOS *et al.*, 2019; LEÃO; MALUF, 2012; VASCONCELOS, 2005).

Não sem encontrar obstáculos, o Brasil passa a ser reconhecido internacionalmente como protagonista no combate à fome e à miséria, servindo de exemplo para outras nações e assessorando políticas em outros países, especialmente africanos. O resultado foi uma acentuação da curva descendente de pessoas vulnerabilizadas a partir de então. Nesse contexto, milhões de pessoas foram retiradas da situação de extrema pobreza, ainda que, concomitantemente, houvesse políticas contraditórias, como o grande incentivo ao agronegócio exportador de *commodities* (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

No primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014), o foco no combate à fome e à miséria foram mantidos com o lançamento do Programa Brasil Sem Miséria, composto por diversas estratégias voltadas às áreas de inclusão produtiva no campo e nas cidades e reforço à proteção social e acesso a serviços públicos de promoção e proteção social (VASCONCELOS *et al.*, 2019; PAIVA; FALCÃO; BARTHOLO, 2013), e com forte incremento do Programa Bolsa Família – PBF e da atenção

à saúde das populações vulneráveis, especialmente focadas no público materno infantil (PAIVA; FALCÃO; BARTHOLO, 2013). Essa tendência foi abalada no segundo mandato de Dilma Rousseff (2014-2016) devido à recessão econômica, implementação de políticas de austeridade e redução de investimentos em importantes políticas de combate à fome e à miséria (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

No Governo Temer, após o *impeachment* de Dilma, o esvaziamento das políticas sociais se acentuou sob o ponto de vista orçamentário e de gestão. Reforça-se o caráter neoliberal do governo e a austeridade fiscal, de forma que as políticas de SAN e de combate à miséria perdem seu protagonismo no governo federal (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Finalmente, em 1º de janeiro de 2019, em seu primeiro dia de mandato, o Presidente Jair Bolsonaro extinguiu o CONSEA (assim como vários outros conselhos gestores de políticas públicas) (BRASIL, 2019) e aprofundou ainda mais o esvaziamento das políticas de SAN, priorizando o incentivo à agricultura predatória e agroexportadora em detrimento à produção local e familiar.

O CONSEA era responsável por monitorar os indicadores do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN (quadrienal) para propor as prioridades para os Planos subsequentes. Com sua extinção, tal monitoramento não ocorreu e o novo PLANSAN sequer foi elaborado. Além disso, há dois anos não há reunião da CAISAN, a VI Conferência Nacional de SAN (que deveria ter ocorrido em 2019, organizada pelo CONSEA) não aconteceu e os Conselhos e Conferências estaduais e municipais, que eram orientados pela esfera nacional, perderam sua governança. Em suma, a extinção do CONSEA nacional representa o fim do próprio SISAN. Apesar disso, é importante destacar o papel que movimentos sociais e organizações da sociedade civil tiveram para manter aquecida a denúncia contra o desmonte dessa política (RECINE *et al.*, 2020).

O desfecho desse desmantelamento agrava a situação enfrentada pelo Brasil, assim como em todo o mundo. A pandemia da COVID-19 incluiu na vulnerabilidade milhões de trabalhadores brasileiros, artistas, autônomos, agricultores, estudantes que, de alguma forma, passaram a depender de políticas e programas vinculados à SAN, por se encontrarem em uma situação de vulnerabilidade aguda, exigindo do Estado brasileiro uma postura protetora diante de um cenário de emergência como o de uma pandemia.

FOME NA PANDEMIA DE COVID-19 E O PAPEL DAS POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Apesar da real desarticulação dos programas e ações e desmantelamento do SISAN, é possível traçarmos aqui uma série de análises específicas sobre programas de SAN com potências importantes para contribuir para o enfrentamento da fome em tempos de pandemia. Ressalta-se que combater a fome significa dar a possibilidade de que as pessoas acessem alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, rica em nutrientes e inerentes à sua realidade cultural e social. Pensar que “comer é suficiente” neste momento de crise pode ser considerado tão desumano e humilhante quanto a própria fome (MARTINELLI *et al.*, 2020).

Ribeiro-Silva *et al.* (2020), utilizando-se das reconhecidas dimensões de análise da SAN em termos de políticas públicas, elencaram as seguintes repercussões da pandemia de COVID-19 para a SAN, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Repercussões da pandemia de COVID-19 de acordo com as diferentes dimensões de segurança alimentar e nutricional.

Dimensão de SAN	Repercussões da pandemia Covid-19
<i>Disponibilidade de alimentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prejuízos na oferta de alimentos <i>in natura</i> da agricultura familiar (AF), especialmente vegetais; - Paralisação do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE e aquisição de alimentos da AF; - Fábricas de processamento de alimentos fechadas devido a surtos entre trabalhadores; - Equipamentos de venda e comercialização de alimentos foram fechados: fechamentos de feiras livres, restaurantes; - Limitação de transportes de alimentos;
<i>Acesso aos alimentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução ou suspensão de renda para os mais vulneráveis – trabalhadores informais; - Redução de cobertura do Programa Bolsa Família – PBF;

<i>Consumo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do consumo de alimentos <i>in natura</i>; - Aumento do ganho de peso e/ou transtornos alimentares associados à inatividade física e ao isolamento social.
<i>Utilização biológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Redução ou ausência de acesso aos serviços de saúde pode tornar crianças, idosos, gestantes mais vulneráveis a deficiências nutricionais; - Pessoas/populações sem acessos regular e permanente à água, saneamento e higiene adequados estão sob o risco de desenvolver a má-nutrição, em particular, a desnutrição e as carências de micronutrientes.

Fonte: Ribeiro-Silva *et al.* (2020, p. 3425), com adaptações.

Uma das estratégias mais debatidas para amenizar os efeitos sociais e econômicos durante a pandemia foi o chamado “auxílio emergencial” no valor de R\$ 600,00 para famílias cadastradas e aprovadas como elegíveis. Apesar de inegavelmente importante, o valor apresenta-se incapaz de suprir as necessidades dos que passam fome neste momento, de forma representar pouco mais do que o valor de uma cesta básica na maioria das capitais brasileiras (LEÃO; MALUF, 2012).

Considera-se importante também propostas de ajuste dos valores pagos pelo Programa Bolsa Família – PBF, considerado o maior programa de transferência de renda do mundo e com comprovada eficácia na redução das desigualdades sociais, como o Projeto de Lei nº 1102/2020, que propõe alteração da Lei 10.836/2004 para estabelecer um ajuste financeiro de 50% nos pagamentos do PBF enquanto durar o estado de calamidade pública decretado. Infelizmente a proposta não foi levada à frente pelo Legislativo, muito menos foi estimulada pelo Executivo (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020; BRASIL, 2020a; VASCONCELOS *et al.*, 2019; BRASIL, 2004).

A conjuntura de crise atual desmascara a necessidade de respostas aos aspectos sociais frente aos recentes retrocessos políticos. Enquanto

os protocolos instituem o uso de máscaras para evitar a propagação do vírus, a disseminação da situação de pobreza da população, já desmascarada, exige um enfrentamento político concreto e comprometido com os mais vulnerabilizados, de forma que o PBF se apresenta como elemento fundamental para tal enfrentamento.

Seria importante que, enquanto durar os efeitos sociais e econômicos da pandemia (estimativa ainda difícil de se fazer), o PBF tenha seus critérios de elegibilidade revisados. Paiva *et al.* (2020) sugerem que a fila para inserção no programa seja zerada, a política de revisão em voga seja suspensa e o valor do benefício seja revisado, bem como os critérios de elegibilidade. Além disso, propõem que todas as famílias do Cadastro Único, incluídas ou não no PBF, com renda inferior a meio salário mínimo, tenham acesso a um benefício extraordinário.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE certamente é a mais exitosa e abrangente política de SAN em vigor no Brasil, oferecendo refeições para mais de 40 milhões de estudantes. Com o início da pandemia e a suspensão das aulas em todo o país, essa enorme população de beneficiários passou a não usufruir diariamente da alimentação escolar, muitas delas em situação de grave vulnerabilidade, incluindo quilombolas e indígenas, entre outros. Após amparo legal que autorizou a disponibilização de alimentos com recursos do PNAE frente à pandemia (BRASIL 2020b), o Ministério da Educação, por meio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE, juntamente com Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, através da Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo, produziu e divulgou orientações para a execução do PNAE durante a pandemia (AMORIM; RIBEIRO JUNIOR; BANDONI, 2020; BRASIL, 2020c). A iniciativa pode ser considerada louvável, uma vez que buscou garantir a manutenção da distribuição dos alimentos para as famílias e a alimentação diária para o estudante, mesmo que problematizando pouco o já escasso recurso necessário para viabilizar o direito à alimentação adequada, além de manter incerta a garantia de compra de alimentos da agricultura familiar.

Em uma análise sobre a conduta adotada pelos estados e Distrito Federal em relação ao PNAE durante a pandemia, foram identificadas duas formas de garantia de alimentação escolar enquanto as aulas se mantivessem suspensas: entrega de kits e/ou disponibilização de cartão alimentação

para as famílias dos educandos. Em apenas dez entes federados o acesso foi universal. Nos demais, a oferta da alimentação escolar por kit e/ou cartão alimentação se deu seguindo critérios sociais (cadastro no PBF ou no CadÚnico), o que implica em descontinuidade do princípio da universalidade do PNAE. O fato é prejudicial, uma vez que diversas famílias perderam renda durante a pandemia e ainda não estavam inscritas nos programas sociais do governo. Além disso, em alguns casos, o cartão-alimentação só pode ser usado em estabelecimentos específicos, o que compromete a autonomia dos beneficiários (CORRÊA *et al.*, 2020).

Ressalta-se ainda que a disponibilidade de cartão-alimentação, além da oferta de kits contendo apenas alimentos semiperecíveis em alguns estados, afeta negativamente uma das principais características do PNAE, que é a sua relação institucional com a agricultura familiar (CORRÊA *et al.*, 2020), uma vez que a Lei Federal 11.947/2009 estabelece, em seu artigo 14, que 30% do valor repassado a estados e municípios para compra de alimentos da alimentação escolar seja utilizado para compra de gêneros da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural (BRASIL, 2009).

Com a previsão de retorno gradativo das atividades presenciais das aulas sem que a pandemia e seus impactos sociais e econômicos tenham sido solucionados, recomenda-se às secretarias de educação que avaliem o nível de insegurança alimentar dos alunos, aumente o *per capita* repassado e se mantenha o atendimento equânime do PNAE também nas férias e recessos escolares (AMORIM; RIBEIRO JUNIOR; BANDONI, 2020), contribuindo com a redução dos danos potenciais causados pela miséria em ascensão neste momento.

Para além das nuances negativas relativas ao PNAE, convém debatermos os impactos da pandemia para a agricultura familiar como um todo. As barreiras sanitárias impostas na emergência sanitária tendem a aumentar a insegurança alimentar da população rural. Alguns fatores como os riscos de contaminação na produção e comercialização dos alimentos, fechamento de estabelecimentos e mercados institucionais, com consequente queda nas vendas, impactam frontalmente a garantia de escoamento da produção de alimentos pela agricultura familiar (CAVALLI *et al.*, 2020).

A agricultura familiar já vinha tendo dificuldades crescentes com a instabilidade e queda de orçamento do Programa de Aquisição de Alimentos – PAA desde 2013, com forte intensificação da queda em 2016

(SAMBUICHI *et al.*, 2020; SAMBUICHI *et al.*, 2019), de forma que a garantia de sua continuidade e sua expansão são defendidas como estratégia fundamental para reduzir os impactos da pandemia na alimentação do brasileiro (MARTINELLI *et al.*, 2020). O PAA é um programa criado em 2003, sob proposição do CONSEA à época, que articula a garantia de compra de produtos oriundos da agricultura familiar, de assentados da reforma agrária e de povos e comunidades tradicionais. Produtos, esses, a serem distribuídos com auxílio de estados, municípios e Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB às populações em vulnerabilidade social através de políticas e equipamentos públicos de alimentação e nutrição, rede de proteção e promoção social e rede educacional (SAMBUICHI *et al.*, 2020; SAMBUICHI *et al.*, 2019; D’AVILA; ROVERSI, 2010). Seu impacto positivo aos agricultores familiares e à população vulnerabilizada, em geral, tem sido comprovado pela literatura científica (SAMBUICHI *et al.*, 2019).

Para 2020, estavam orçados apenas R\$ 101 milhões, sendo que para todo o quadriênio do Plano Plurianual (2020-2023) foram orçados pouco mais que R\$ 520 milhões (MELITO, 2020). Diante da pandemia e da pressão da sociedade civil frente aos péssimos prognósticos à agricultura familiar, foram liberados de uma só vez um crédito extraordinário de R\$ 500 milhões através da Medida Provisória 957/2020 (BRASIL, 2020d). O resultado esperado dessa liberação de recursos garante adquirir cerca de 200 mil toneladas de alimentos, o que projeta um quadro mais promissor do que aquele previsto pelo orçamento ordinário. Não obstante, defende-se um incremento orçamentário para liberação de R\$1 bilhão, o que garantiria a aquisição de 420 mil toneladas de alimentos e um forte incremento à SAN dos brasileiros, em especial dos agricultores familiares (SAMBUICHI *et al.*, 2020). Diante da inércia do governo Federal em ampliar a aquisição de alimentos pelo PAA, 21 estados criaram ou reforçaram seus PAA estaduais (GURGEL *et al.*, 2020), o que ameniza a insegurança dos agricultores dessas regiões.

Como ressaltado, o PAA se vincula a outras políticas de assistência social, de educação e saúde. Dessa forma, é válido lembrar que, mesmo com liberação de recursos aumentados, o impacto desse programa depende da adequada assistência técnica e criação de linhas de crédito para agricultores, além do fortalecimento de políticas de SAN, tais como o fortalecimento dos Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar

e Nutricional – EPSAN (SAMBUICHI *et al.*, 2020). Os EPSAN, por exemplo, poderiam desenvolver um papel fundamental nesta pandemia, em especial os Restaurantes Populares. Infelizmente, segundo dados do próprio Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020e), existiam no Brasil, em 2019, apenas 135 restaurantes populares em 107 municípios. Tais equipamentos são estratégicos para a distribuição de refeições para pessoas em situação de rua ou mesmo autônomos informais que perderam sua renda devido ao esvaziamento das cidades.

A pandemia da COVID-19 elevou as expectativas de que mais pessoas entrarão no quadro de miséria, em que comer passa a ser a primeira demanda para se manterem vivas. Dessa forma, restaurantes populares, em funcionamento ou até então fechados, devem ser postos à disposição da população faminta, para que a tragédia não seja maior do que a anunciada. Nesse contexto, argumentos economicistas não cabem neste momento por parte de qualquer governo. Contudo, Gurgel *et al.* (2020) nos apresentam o dado de que apenas 12 estados da federação e 13 capitais disponibilizaram EPSAN como estratégia de enfrentamento à insegurança alimentar, sendo a grande maioria desses equipamentos representada por Restaurantes Populares.

Por fim, é imprescindível que entendamos a importância da Atenção Primária à Saúde – APS no contexto da pandemia como elemento central na promoção da alimentação adequada e saudável. Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, promoção da alimentação saudável e adequada, intervenção nas epidemias relacionadas à alimentação (diabetes, hipertensão arterial e obesidade, principalmente), prevenção de carências nutricionais (com atenção especial para anemia ferropriva, hipovitaminose A e desnutrição energético-proteica) são consideradas as principais rotinas necessárias a serem desenvolvidas com base na territorialidade proposta pela APS, o que demanda postura multiprofissional (BORTOLINI *et al.*, 2020; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Uma possível agenda a ser pensada, em curto e médio prazo, é a utilização de estratégias de acompanhamento da SAN nos territórios pelas equipes de saúde, como o mapeamento dos ambientes alimentares, atuação comunitária, e a utilização de instrumentos como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). Apesar de criticada em seu objetivo de medir algo tão complexo e

subjetivo quanto a SAN (AZEVEDO; RIBAS, 2016), a EBIA é o recurso oficial para mensurar a insegurança alimentar nos domicílios brasileiros através das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio – PNAD. Além disso, faz-se necessário o monitoramento do estado nutricional da população e o estímulo à alimentação saudável via atividades de educação alimentar e nutricional (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou problematizar a fome como consequência emergente no contexto da pandemia de COVID-19, identificando potencialidades e desafios que contribuam para o horizonte de superação desse problema a partir da ação do Estado. É importante frisar que o contexto histórico de constituição das políticas de alimentação e nutrição no Brasil dificulta a resolução do problema da fome de forma estrutural. E que o enfraquecimento das políticas de SAN repercute de forma aguda nas condições de vida da população mais vulnerabilizada diante desta pandemia. Nesse sentido, políticas e programas de promoção da segurança alimentar, mesmo enfraquecidos, são fundamentais, sendo que a execução de tais ações deve se adaptar às condições impostas pelas políticas sanitárias de enfrentamento à pandemia. O Brasil já possui um arcabouço legal que permite agir em caráter emergencial e estruturante em prol da garantia da segurança alimentar e nutricional. Torna-se, portanto, fundamental uma agenda de mobilizações e pressão política no sentido de resgatar o protagonismo do país no combate à fome.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. L. B.; RIBEIRO JUNIOR, J. R. S.; BANDONI, D. H. Programa Nacional de Alimentação Escolar: estratégias para enfrentar a insegurança alimentar durante e após a COVID-19. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 1134-1145, 2020.

AZEVEDO, E. de; RIBAS, M. T. G. Estamos seguros? Reflexões sobre indicadores da segurança alimentar e nutricional. *Revista de Nutrição*, v. 29, n. 2, p. 241-251, 2016.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana Salud Pública*, v. 44, e39, 2020.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm. Acesso em: 27 jun. de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios (...). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Bolsa Família: mais de 14,2 milhões de famílias beneficiadas em abril. *Ministério da Cidadania*, Brasília, DF, 30 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/bolsa-familia-mais-de-14-2-milhoes-de-familias-beneficiadas-em-abril>. Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.987 de 07 de abril de 2020. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para autorizar, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão de situação de emergência ou calamidade pública, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.987-de-7-de-abril-de-2020-251562793>. Acesso em 03 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento; Ministério da Educação. **Orientações para a execução do PNAE durante a situação de emergência decorrente da pandemia do coronavírus (COVID-19)**. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 2020c.

BRASIL. Medida Provisória nº 957, de 24 de abril de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Cidadania, no valor de R\$ 500.000.000, para o fim que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv957.htm. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Mais de 130 restaurantes populares garantem alimentação saudável para população vulnerável. **Ministério da Cidadania**, Brasília, DF, 28 jan. 2020. Brasília/DF. 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mais-de-130-restaurantes-populares-garantem-alimentacao-saudavel-para-populacao-vulneravel>. Acesso em: 25 maio 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Proposta aumenta Bolsa Família em 50% durante pandemia. **Agência de Notícias da Câmara**, Brasília, DF, 20 abr. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/655130-proposta-aumenta-bolsa-familia-em-50-durante-pandemia>. Acesso em: 25 de jun. de 2020.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020.

CASTRO, J. **Geografia da fome - o dilema brasileiro: pão ou aço**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.

CAVALLI, S. B. *et al.* Family farmin in times of Covid-19. **Revista de Nutrição**, v. 33, e200180, 2020.

CORRÊA, E. N. *et al.* School feeding in Covid-19 times: mapping of public policy execution strategies by state administration. **Revista de Nutrição**, v. 33, e200169, 2020.

D'ÁVILA, C. R.; ROVERSI, M. M. S. Programa de aquisição de alimentos. In: CONTI, I. L. (Org.). **Programa de Aquisição de Alimentos: uma inovação em políticas públicas de segurança alimentar e nutricional**. Passo Fundo: IFIBE, 2010.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019: Safeguarding against economic slowdowns and downturns**. Rome: FAO, 2019. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca5162en/ca5162en.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 475-481, 2020.

GURGEL, A. M. *et al.* Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4945-4956, 2020.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

LEÃO, M.; MALUF, R. S. **A construção social de um sistema público de segurança alimentar e nutricional: a experiência brasileira**. Brasília: ABRANDH, 2012.

MARTINELLI, S. S. *et al.* Strategies for the promotion of health, adequate and sustainable food in Brazil in times of Covid-19. **Revista de Nutrição**, v. 33, e200181, 2020.

MELITO, L. No governo Bolsonaro, compras públicas de alimentos viram lenda. **Brasil de Fato**, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/01/28/no-governo-bolsonaro-compras-publicas-de-alimentos-viram-lenda>. Acesso em: 23 mai. 2020.

PADRÃO, S. M.; AGUIAR, O. B. Restaurante Popular: a política social em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, e280319, 2018.

PAIVA, L. H.; FALCÃO, T.; BARTHOLO, L. Do Bolsa Família ao Brasil Sem Miséria: um resumo do percurso brasileiro recente na busca da superação da extrema pobreza. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília/DF: IPEA, 2013.

PAIVA, L. H. *et al.* Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1097-1110, 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; CUNNINGHAM, K.; MORAN, V. H. COVID-19 and the maternal and child food and nutrition insecurity: a complex syndemic. **Maternal & Child Nutrition**, v. 16, e13036, 2020.

RECINE, E. *et al.* Reflections on the extinction of the National Council for Food and Nutrition Security and the confrontation of Covid-19 in Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 33, e200176, 2020.

SAMBUICHI, R. H. R. *et al.* **Programa de Aquisição de Alimentos e segurança alimentar**: modelo lógico, resultados e desafios de uma política pública voltada ao fortalecimento da agricultura familiar. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

SAMBUICHI, R. H. R. *et al.* O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) como estratégia de enfrentamento aos desafios da COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1079-1096, 2020.

VASCONCELOS, F. de A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G. *et al.* Public policies of food and nutrition in Brasil: from Lula to Temer. **Revista de Nutrição**, v. 32, e180161, 2019.

4

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
MARCELO ELISEU SIPIONI
MANUELLA RIBEIRO LIRA RIQUIERI
DENISE BARBIERI BISCOTTO
SOPHIA ROSA BENEDITO
THIAGO DIAS SARTI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

A DOR DA GENTE É FOME: PROTAGONISMO FEMININO E INIQUIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA.

PARA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI... DA FOME

“Poeta! Não queixas suas aflições aos que vivem em ricas vivendas. Não lhe darão atenções. Sofrimentos, para eles, são lendas.”

Carolina Maria de Jesus, 2014

Em tempos de pandemia de Covid-19, nos colocamos enquanto pensadoras(es)-pesquisadoras(es) a interrogar a fome, violência antiga que atinge de diferentes formas milhares de brasileiras(os), sendo considerada uma manifestação que surge com a formação das sociedades de classes (FREITAS, 2003). Nesse cenário, a desigualdade social revela experiências distintas e nossos olhos se voltam, então, para as mulheres que, por já se encontrarem em maior situação de vulnerabilidade, são atravessadas por mais essa forma de violência, além das tantas outras presentes em sua existência.

São as mulheres que, além de lidar com a violência doméstica e fora de casa, manifesta pelos tiroteios entre os traficantes em seus bairros, abrem mão da própria comida para alimentar os filhos pequenos. São elas que saem para trabalhar como empregadas domésticas, em transportes lotados, ou vão mendigar nas ruas, expondo-se a contaminação em troca de sobras de comida que as permitam alimentar sua família. São elas ainda que colocam seus filhos para dormir mais cedo, para esquecer a fome, na esperança de que no dia seguinte possam “fazer a xepa” para enganar o estômago.

A fome é um substantivo feminino e, ao contrário do que muitos governantes insistem em dizer (FORTUNA *et al.*, 2019), é uma presença

constante na vida de muitas(os) brasileiras(os) por gerações, como uma herança maldita, da qual não conseguem se libertar. Grande parte das mulheres que passam fome hoje já passou fome na infância e hoje assistem seus filhos e netos vivenciarem a mesma situação (LOBATO, 2019).

Assim, de acordo com as pesquisas realizadas nesse campo, existe uma grande probabilidade de se conviver com a fome nos domicílios que apresentam o seguinte perfil socioeconômico: baixo rendimento familiar, habitados por mais de sete pessoas incluindo-se crianças e/ou adolescentes, em que a pessoa de referência seja mulher, negra, com idade inferior a 55 anos e com nenhuma escolaridade (HOFFMANN, 2008; IBGE, 2006; SEGALL-CORRÊA, MARÍN-LEÓN, 2008). A fome é uma “doença crônica” que atinge determinados grupos sociais com muita violência e, para que seja possível conhecer as diversas linhas que se entrecruzam nesse fenômeno, necessita-se de uma análise que propicie um olhar da micropolítica desse processo, de dentro pra fora e de fora para dentro, trazendo para a cena as mulheres, enquanto protagonistas, acompanhando, cartografando e descrevendo suas experiências singulares, seus sofrimentos, sua agonia, mas também sua resistência, sua criatividade para inventar formas para sobreviver.

Buscar a noção de protagonista na literatura indica a necessidade de se contrapor ao crescente esvaziamento que o conceito teve desde sua origem grega até o momento. Protagonismo significa literalmente “aquele que agoniza primeiro” (ANDALO, 2001). Na tragédia grega, o protagonista é um perdedor. E é nisso que realizará um enorme aprendizado da vida. Assim, protagonizar diz respeito à busca de um sentido próprio na (e para a) existência, sentido não dado, mas sim buscado, investigado, sofrido. A origem conceitual de protagonista diz respeito a uma luta agônica, peleja de vida e morte. Dessa luta, espera-se mais vida, mas as marcas no corpo e a produção de sentimentos são inevitáveis (MERENGUÉ, 2013).

Em meio às nossas pesquisas, emerge uma personagem: a menina Maria Carolina. Não se trata de uma personagem de diálogo, como a utilizada em peças teatrais para expor ideias e conceitos, mas de uma personagem conceitual que vive e insiste. Carolina possui vida, personalidade própria e por meio dos seus movimentos descreve o nosso plano de imanência intervindo na criação de novos conceitos (DELEUZE; GUATTARI, 1992). Carolina surgiu diante das(os) autoras(es) depois

de lerem uma notícia de jornal que trouxe a história de uma menina de Alpinópolis, no Sul de Minas Gerais, que, diante de sua situação de fome familiar e sem o conhecimento dos pais, liga para a polícia pedindo comida (DRUMMOND, 2020). De imediato, esse encontro causou um grande impacto. Como era possível para uma criança tamanha clareza sobre a sua situação e de sua família, ao perceber que a fome era SIM um caso de polícia? Ou ainda: como era possível para todos nós não vermos isso?

Esse acontecimento deflagra em nós, pensadoras(es)-pesquisadoras(es), questões muito caras a escrita de um capítulo sobre a fome: Por que não enxergamos a fome como a menina de Alpinópolis? Quantos de nós, pensadoras(es)-pesquisadoras(es) passaram fome? Como falar de uma experiência que a maioria de nós não vivenciou? Como falar de uma produção histórica que se concentra em pessoas condenadas à sobrevivência incerta desde a infância? O que sabemos da fome consta, na maioria das vezes, nas estatísticas e estudos acadêmicos. Não seríamos nós aquelas(es) que majoritariamente vivem em ricas vivendas, como enunciado por Carolina Maria de Jesus em sua interlocução com o poeta? O que é a fome se não uma lenda para grande parte de nós?

Josué de Castro (1984, p. 20) vai além e questiona sobre o silêncio em nosso meio a respeito desse tema:

Quais são os fatores ocultos desta verdadeira conspiração de silêncio em torno da fome? Será por simples obra do acaso que o tema não tem atraído devidamente o interesse dos espíritos especulativos e criadores dos nossos tempos? Não cremos. O fenômeno é tão marcante e se apresenta com tal regularidade que, longe de traduzir a obra do acaso, parece condicionado às mesmas leis gerais que regulam as outras manifestações sociais de nossa cultura. Trata-se de um silêncio premeditado pela própria alma da cultura: foram os interesses e os preconceitos de ordem moral e de ordem política e econômica de nossa chamada civilização ocidental que tornaram a fome um tema proibido, ou pelo menos pouco aconselhável de ser abordado publicamente.

Diante do cenário que nos afeta em tempos de pandemia, não é possível ficarmos encastelados, distantes dessa realidade vivenciada por muitas mulheres em todo o país. Como pensadoras(es)-pesquisadoras(es) que somos, fazemos da escrita um território de luta e resistência. A fome

nos desafia, nos inquieta, nos afeta, nos tomba. E é por essa via de afeto que optamos por discutir essa questão interseccionada ao protagonismo feminino em tempos de pandemia.

Para acompanhar esse circuito de afetos, evitaremos o olhar enclausurado, dando passagem à protagonista dessa história, que sentiu na pele toda agonia da fome. Carolina nos acompanhará nas linhas que percorrem as histórias do cotidiano de milhares de mulheres que têm em comum o desafio de sobreviver diante de um cenário árido e cruel dominado pela fome. Fome que assola o nosso país. Pátria desalmada que finge não ver a dor estampada nas esquinas e periferias. Nesta tarefa, muitas outras protagonistas aparecem, como as retratadas na escrita poética de Carolina Maria de Jesus, catadora de palavras, importante escritora brasileira que, em sua obra *Quarto de Despejo*, traz a fome como personagem trágica, descrevendo os dramas vivenciados no seu cotidiano de mulher negra, favelada, que retirava sua sobrevivência do lixo.

Contudo, para dar corpo a essas experiências que envolvem significados, sentidos, motivos, crenças e valores, é preciso fazer uma análise que considere a complexidade das relações, dos processos e dos fenômenos que envolvem a fome nas relações de gênero. Assim, propomos acompanhar o caminho percorrido por Carolina, personagem conceitual que emergiu de nossas pesquisas/afecções para dar vida ao texto e visibilidade ao plano em que se dão as experiências de muitas outras mulheres em situação de fome.

Importante ressaltar que a menina Carolina, enquanto personagem conceitual, não é a representante das(os) pensadoras(es)-pesquisadoras(es). Trata-se mesmo do contrário, essas(es) são apenas o invólucro da personagem Carolina, que é a verdadeira protagonista. Ela carrega algumas das peculiaridades e características das(os) pensadoras(os)-pesquisadoras(os), mas ela é na verdade nosso heterônimo, com personalidade própria, enquanto nossos nomes são apenas seus pseudônimos, ou seja, nomes fictícios usados por ela como alternativa ao seu nome real. Carolina está viva, ela respira, dança, se move, sente e insiste, não é uma personificação abstrata, por isso protagoniza sua própria vida (DELEUZE; GUATTARI, 1992).

A *personagem conceitual* é o conceito em ato e não a ilustração de um conceito. Porque pensamento é movimento e não abstração. Carolina

é como um bloco de afetos dentro do plano de imanência e carrega o conceito em potência. “Os conceitos são agenciamentos concretos como configurações de uma máquina, mas o plano é a máquina abstrata cujos agenciamentos são as peças” (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 51). “Os personagens conceituais descrevem o plano de imanência do autor, e intervêm na própria criação de seus conceitos. Revelam perigos próprios a este plano, as más percepções, maus sentimentos e inspiram conceitos originais” (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p.85).

As *personagens conceituais* movimentam-se pensando, por isso são consideradas verdadeiras agentes de enunciação. Carolina é uma estrangeira em sua própria terra, ela observa tudo curiosa, pensa, questiona e sente-se afetada por tudo. Seu mais sincero desejo é de realizar novos encontros, levando o pensamento o mais longe possível. Ela quer criar, buscar o novo, provocar rupturas. Carolina denuncia a fome, herança discursiva. Ela personifica os conceitos que se tornam vivos, extrapolando, transbordando a realidade. Sua existência é fluida, intermediária entre conceitos e o plano da imanência, indo de um para o outro, como leva-e-traz, descrevendo os territórios onde habita e seus processos de (re)constituição.

Os personagens conceituais têm este papel, manifestar os territórios, desterritorializações e reterritorializações absolutas do pensamento. Os personagens conceituais são pensadores, unicamente pensadores, e seus traços personalísticos se juntam estreitamente aos traços diagramáticos do pensamento e intensivos do conceito (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p.84).

Com Carolina buscamos critérios/olhares para avaliar a vida e pensar nas questões que atravessam a fome em nosso país. Criando conceitos, buscamos revigorar a crença neste mundo, uma aposta no devir. Nossas armas, no campo do pensamento, são os conceitos e nossa espada é a caneta.

Ao descrever as vivências de Carolina, vamos ao encontro de muitas outras mulheres que agonizam diante da fome, processo endêmico que se repete nas comunidades, sobretudo das periferias e comunidades tradicionais, por gerações seguidas. Nosso intuito é problematizar a temática da fome no contexto da pandemia de Covid-19 com um olhar sobre a população feminina, descrevendo as múltiplas experiências das

mulheres, enquanto protagonistas legítimas, que encarnam o drama coletivo da luta pela vida em tempo de morte.

A FOME É SUBSTANTIVO FEMININO

“Eu que antes de comer via o céu, as árvores,
as aves, tudo amarelo, depois que comi, tudo
normalizou-se aos meus olhos.”
Carolina Maria de Jesus, 2014

Maria Carolina, menina de 12 anos, mora numa comunidade no Morro de São Benedito, no Território do Bem, em Vitória, no Espírito Santo. Acha o nome bonito, mas o lugar, feio. Tem pouca cor. É tudo marrom e cinza, cor de tijolo e papelão. Mora em uma casa agarrada com as outras, quase sem ventilação e muito quente. Vive no barraco da avó, Dona Maria Tereza, de apenas um cômodo, junto com a mãe, Maria de Lourdes e dois irmãos pequenos. No mesmo terreno, tem a casa onde moram dois tios e a tia, que tem um filho de 4 anos. Todo mundo mora praticamente junto, embolado! Carolina, como todo mundo a chama, fica brava quando vê o tio chegar de cara cheia e ameaçar bater na avó. A briga é sempre por dinheiro. Enquanto em casa tem dia que nem fubá sobra, o tio desperdiça as poucas moedas com cachaça. Pensa que no morro falta tudo. Só não falta gente. Isso é o que mais tem!

A casa de um cômodo tem apenas um banheiro pequeno, com uma pia já quebrada. Os cinco moradores convivem com infiltrações severas, muita umidade, mofo e falta de ventilação. Isso se deve a construção feita por conta própria, falta de manutenção e proximidade entre os vizinhos. Muitas vezes, barracos de um cômodo sem banheiro são levantados por jovens nos quintais de suas mães. Todo dia Carolina tem que buscar e carregar água no balde para fazer o café. Só não vai no dia de operação policial na favela! Não pode circular porque tem muito tiro solto! Não tem sapatos. O par de sapatos que a mãe achou no lixo, lavou e remendou, já estragou. Levou uns tapas da avó porque o sapato rasgou. “*Vai descalça mesmo, menina! Pé preto!*” A mãe disse que tem que esfregar o pé com

sabão e bucha. Mas não tem bucha, nem sabão. Carolina não gosta de andar descalça! Descalça pega bicho-de-pé e tem muito esgoto aberto correndo em meio às ruas da comunidade! Entra prefeito, sai prefeito e parece que ninguém se lembra da comunidade lá do morro.

Não é fácil carregar o balde cheio de água logo que acorda porque está varada de fome. Dá indisposição e tremedeira. A última vez que comeu foi há mais de 10 horas e não foi grande coisa. A mãe diz que é mau olhado e faz que vai benzer. Carolina sabe que é a forma que a mãe usa para distrair o estômago vazio. Tem que se benzer que ele desaparece. O que não some é a cor amarela em tudo. De manhã, o céu, as árvores, os passarinhos têm cor amarela. A cor só volta depois do café com pão. Mas tem dias que não tem pão. Tem que tomar café simples com farinha para a cor amarela sumir (JESUS, 2014).

Carolina acompanha a mãe para revirar lixo, atrás de papelão para vender. Elas ficam na rua o dia todo. Em dia de semana, é mais fácil para comer. No fim de semana, tudo está fechado. A mãe está desempregada e a escola está fechada por causa da pandemia. Escola fechada não tem merenda!

Na rua, você tem que saber sobreviver com a fome rondando o tempo todo! Aprendeu a não ter nojo de nada. Às vezes, até acha que gente tem mesmo que imitar os animais. Elas não magueam pelas ruas. Carolina não acha que pedir esmolas é humilhante. Humilhante é passar fome. É ruim. A mãe também pensa assim, mas não gosta de pedir ajuda na rua. Vê crianças ricas brincarem com brinquedos. Não tem brinquedos. Mas não liga para isso porque não acha que é mais criança. Já tem 12 anos! Desde pequena cuida da casa e dos irmãos.

Na volta para casa, a vizinha veio pedir um dente de alho. O Bolsa Família dela foi cortado porque o filho de 15 anos foi morar com o pai e abandonou a escola. A filha dela também está pelejando para recuperar o Bolsa Família. Quando ela morava no pé do morro São Benedito, em Itararé, uma enchente inundou seu barraco e ela perdeu os documentos e as carteiras de vacinação dos filhos. Contou que outra vizinha, com quatro filhos, também deixou de receber o Bolsa Família porque a filha menor passou a receber pensão com a morte do pai (LOBATO, 2019). A mãe comenta que “*Na favela, não há coisa pior na vida do que a própria vida!*” Ao sair, a vizinha ainda perguntou se a mãe estava grávida de novo. Ela

respondeu que não, com educação. Mas não gostou da pergunta. A mãe tem pavor das mulheres da favela, diz que a língua delas é como pés de galinha: tudo espalha!

Os tiroteios na favela acontecem a qualquer hora do dia ou da noite. Desde cedo, tenta se acostumar com o barulho durante as invasões no morro pela polícia ou disputa dos traficantes pela área. Difícil mesmo é se acostumar a dormir com o estômago vazio, doendo de fome. Fome dá sono. A mãe costumava botar ela e os irmãos para dormir cedo para fome passar (LOBATO, 2019). Mas não passa. Carolina não reclama para mãe não ficar triste. A mãe ensinou a rezar. Mas não dá para concentrar com o estômago roncando. Aprendeu a cantar baixinho dentro da cabeça para ninguém ouvir e a contar os dedos para o sono chegar mais rápido. Só se sente feliz quando está dormindo.

Desde pequena, Carolina convive com a fome. Já viu a mãe tirar a pouca comida da boca que tinha para dar aos irmãos mais novos. Mulher tem que ser forte. Será? Às vezes a avó chama sua atenção quando reclama de alguma coisa. A avó conta que, quando era criança, a situação era ainda pior, que ela tinha que aceitar e pronto. Carolina não aceita e fica encucada. Poucas vezes vê homens passando tanta necessidade ou sofrendo como já viu sua mãe e outras mulheres da comunidade. Homens têm liberdade para andar por aí, sem filhos(as) para carregar. Seria a fome uma maldição das mulheres? Mas Carolina não acredita. Quer mudar de vida e procura um jeito. Movimenta-se pelo bairro. Faz bicos aqui e ali ao lado mãe, cata papel, papelão, latinha, tudo que puder vender. Às vezes surge uma coisa para fazer, mas não é todo lugar que pode ir sozinha. Menina solta corre muito risco em qualquer lugar. Ela tem medo. Aprendeu cedo que os homens só querem uma coisa de você e depois te abandonam cheia de filhos(as). Ali no seu bairro parece que muitas mulheres passam pela mesma situação. A maior parte das famílias é chefiada por elas. Os maridos já se foram há muito tempo e deixaram as crianças para trás. Algumas mulheres até dão graças a Deus, porque apanhavam todo dia do companheiro. Carolina se questiona “*Se para ter filho precisa de dois, por que na hora de criar a obrigação é só da mulher?*”. É como se ela fosse a única responsável pela concepção e muitas vezes ela nem quer, mas é forçada pelo marido, agarrada na marra, afinal, mulher tem que obedecer ao marido. “*Está na bíblia*”, diz a avó, “*que mulher deve obrigação e respeito*

ao marido?”. A avó acredita e diz que esse é o papel da mulher, e depois, de que adianta reclamar? Sempre foi assim. Carolina acha que é melhor viver sozinha do que ter homem perturbando dentro de casa.

Carolina não conheceu o pai. A mãe diz que é vagabundo e que batia nela quando bebia. O pai dos irmãos mais novos só viu umas poucas vezes. Quando foi embora de vez, ficou feliz, porque volta e meia Carolina tinha que se esquivar de suas investidas. Por isso, na sua casa sempre foi assim: três mulheres, três Marias.

A rotina no morro não é fácil, nunca foi. A avó conta a benção que foi quando abriram a primeira escolinha no morro de São Benedito lá pelos anos 70. Muitas mães que sofriam com a fome dos filhos(as) ficaram aliviadas. Mas, com a pandemia, parece que o caldo entornou de vez. Além das escolas, restaurantes e feiras livres também fecharam. As ruas e praias ficaram vazias. Às vezes, a mãe lavava roupa para fora, mas a dona dispensou. Parece que o marido tinha perdido o emprego. Carolina ficou aborrecida. A situação daquela dona não podia ser pior que a delas. Nos primeiros meses de pandemia, passaram muita fome. Até fubá com mato comeram. Carolina não entende do que as pessoas têm tanto medo. Um bichinho tão pequeno e invisível não pode matar. Ela tem mais medo da fome. Essa sim, mata e é cruel. Dona Inácia, que mora uns dois barracos para cima, já tinha perdido dois filhos. Disseram no posto de saúde que as crianças estavam desnutridas. Carolina aprendeu também que estar gordo não quer dizer que esteja alimentado direito. A prova disso é sua tia, que vira e mexe vai parar no pronto-socorro com fraqueza. Se você olhar para ela, não diz que não come, de tão gordinha, mas é muito amarela, coitada. Saúde pra Carolina é barriga cheia, mas com comida de verdade e qualidade. Mas, o mercadinho do bairro não tem muita variedade e elas compram o que é mais barato. Dinheiro é pouco para essas coisas. O Bolsa Família não dá para manter as cinco pessoas e falta emprego para todo lado. Tem que dar graças a Deus quando tem um feijão e uma farinha. “Ontem comemos mal. E hoje pior” (JESUS, 2014, p.107).

Antes das feiras livres fecharem, Carolina vai com a avó fazer a xepa para complementar a alimentação. Quando dão sorte, pegam uma fruta gostosa, dessas caras, que a gente só vê mesmo na banca ou no mercado. Não importa se estava meio amassada ou parte estragada. Aprendeu cedo a aproveitar tudo. Certa vez, a mãe de Carolina chegou em casa e disse

que tinha provado lá na casa da patroa, uma fruta muito cara, coisa de gente rica. O nome da fruta era pitaiá. Carolina nunca tinha ouvido falar, mas, na sua imaginação de criança, pensava que devia ser alguma coisa tão gostosa quanto o sorvete que ganhou lá na venda do seu Neca como pagamento pela faxina que fez. Ele sempre pagava com algum alimento, mas era meio mão de vaca. Acontece que trabalho não dá em árvore, como diz a avó, e muitas vezes tem que aceitar o que aparece. Carolina pensa, às vezes, que a vida não permite escolhas ou que tudo já foi escolhido para as mulheres antes mesmo delas nascerem. Mas é desconfiada. Sempre que alguém diz que sempre foi assim, Carolina se pergunta por que não pode mudar. Será que é porque a gente não quer, ou por que as coisas do jeito que são interessam para alguém? Com certeza para as mulheres não era nada bom. Inquieta essa menina. O pensamento vive agitado. Pensamento movimento. Carolina transformação. Convite e inspiração.

PROTAGONISMO DA MULHER NEGRA DIANTE DA FOME

“Ah, comigo o mundo vai modificar-se. Não gosto do mundo como ele é.”

Carolina Maria de Jesus, 2014

Carolina é uma menina que não dá para esquecer. Olhos pretos muito vivos, magrelinha, de pele preta e cabelo curtinho. Gosta dele assim. Com a água racionada é mais fácil cuidar. Vivaz, esperta e de sorriso largo. Estava sempre interessada em tudo que acontecia na comunidade. Estava sempre no *entre*. Linha que vai e vem de fora para dentro e de dentro para fora. Rizoma de linhas que não obedecem a uma hierarquia. Conexões abertas a muitas histórias de mulheres protagonistas (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Quando tinha tempo, Carolina gostava de visitar Dona Nilma, 85 anos, pele preta brilhante e cabelos brancos. Apesar da idade, era muito lúcida e guardava na memória a história de ocupação do morro de São Benedito. Carolina é curiosa e inquieta. Pensa e se move no seu devir

menina-mulher. Com seus olhos vívidos do presente, olha para o passado e já transforma o futuro. Por isso, gosta de ouvir essas narrativas. A cada história, uma linha mais se conectava a sua, multiplicando as histórias. Tapetes, tessituras cheias de pequenos interstícios que se conectam a novas histórias. Tessitura transitória, que se faz e desfaz no caos da vida, dando origem ao novo, a diferença em si. Dona Nilma era uma dessas pessoas singulares. Ela conta que veio para o bairro em 1974, direto do quilombo Sapê do Norte, na corrente migratória imposta pela perda das terras para Aracruz Celulose, hoje Fibria. Processo de cerceamentos motivados pelo capitalismo que expropriou milhões de produtores rurais de suas terras, condenando-os a uma vida de escravidão. Processos macropolíticos em que as instituições, a serviço do capitalismo, atravessam vidas que são desvalorizadas, levando-as à servidão no chão das fábricas. Dona Nilda foi uma dessas vidas. Ainda menina, foi trabalhar de doméstica na casa de um médico, assim como tantas outras mulheres negras. Os homens iam para a construção civil. A casa de Dona Nilma servia de abrigo para os novos moradores de origem étnica quilombola que chegavam em busca de um novo horizonte, ou pelo menos de um novo lar (BISCOTTO, 2009). Dona Nilma, mulher tecelã, tece poderosas linhas de fuga para resistir ao sistema verticalizado que esmaga tudo em nome da economia. Rizomando em sua casa, criava micro revoluções. Mulher de liderança, que desafia o sistema e teima em viver! Cuida dos doentes com benzas, ervas e rezas, que aprendeu com sua avó, quando no morro não existia nenhum cuidado do Estado. Até hoje, os moradores recorrem a ela em caso de problemas de saúde. Mulher de fé. Mulher bruxa, bruxa mulher, por isso tão combatida em nossa sociedade.

[...] a figura da bruxa, que em *A tempestade* fica relegada a segundo plano, neste livro situa-se no centro da cena, enquanto encarnação de um mundo de sujeitos femininos que o capitalismo precisou destruir: a herege, a curandeira, a esposa desobediente, a mulher que ousa viver só, a mulher obeah que envenenava a comida do senhor e incitava os escravos à rebelião (FEDERICI, 2017, p. 23-24).

Dona Nilma diz que, quando chegou com suas três filhas, não tinha nada no morro, nem água, nem luz, muito menos médico. Conta que a água que

usavam vinha lá debaixo, de Coronel Hélio. Era uma labuta só, carregar lata d'água na cabeça no sol quente morro acima até a casa. A água servia para fazer comida, tomar banho e lavar roupa. As filas eram enormes e permaneciam até tarde da noite. Geralmente a água só chegava de madrugada. “*Mesmo com sacrifício de pegar a água em balde, as minhas filhas estavam sempre limpinhas e com as roupas bem lavadinhas*”, conta Dona Nilma cheia de orgulho. Ela diz que, quando fizeram a lavanderia no bairro, muita mulher chorou de emoção. Mas infelizmente a alegria não durou muito tempo, porque o povo brigava demais na hora de organizar o espaço coletivo. Fizeram, então, uma delegacia ao lado da lavanderia para tentar manter a ordem. Mas esta também acabou sendo destruída pelos moradores depois que a polícia foi acusada de matar um garoto da comunidade. Dona Nilma diz que, para ela, a melhor coisa que já aconteceu no bairro foi a inauguração do chafariz em 1973, cujas ruínas ainda existem. Foi a terceira tentativa de abastecimento público de água no alto do morro. As duas tentativas anteriores (a lavanderia e a bica) foram desativadas por desavenças entre os moradores, como ela mesmo conta. Os olhos de Carolina brilham com as histórias que ouviu de Dona Nilma. Sente orgulho dessa herança de mulheres pretas e guerreiras e pensa na sua família e nas mulheres que conhece que lutam até hoje para ter o que comer, mas que não desistem, resistem.

Luta, aliás, era um termo que o povo de lá conhecia bem. Das casas de madeira e resto de papelão, da bica de água até chegar água encanada e luz elétrica, foi muita briga, geralmente encabeçada pela mulherada do morro. Histórias de sacrifício, trabalho árduo, mas também de união e muita criatividade (BISCOTTO, 2009).

Ainda falta muita coisa para os moradores da comunidade. Trabalho, por exemplo, nunca foi fácil. Ter carteira assinada, então... era quase um milagre! Sabe como é, gente pobre e preta é sempre discriminada. Ou aceita as migalhas que lhe oferecem ou morre de fome. E você acaba aceitando sem discutir. Carolina via isso na avó e na mãe. É tanto sofrimento que acaba acreditando que a vida é assim e não tem como mudar. Processos que criam subjetividades mais ou menos parecidas, que estabelecem o certo e o errado, o bonito e o feio, que reforçam modelos estereotipados de pessoas que devem ser observados, reproduzindo preconceitos e estigmas. Antiprodução, massificação, extermínio do desejo. Carolina não gosta disso. Ouve as histórias que falam que no morro só vive gente vagabunda

ou violenta. Conhece o povo de São Benedito e acredita na capacidade de trabalho e transformação de cada um(a). Não gosta quando ouve gente falando mal da comunidade. Fica indignada. Seus olhos pretos vívidos só vêem gente que luta com muita garra para viver honestamente e sem nenhuma ajuda. Muita gente tinha vergonha de dizer que morava por lá, pois logo vinha a frase “*Deus me livre! Nesse bairro só tem bandido!*”. Carolina não vê assim. Escapa, linha de fuga, cria o seu próprio saber sobre si mesma e a comunidade em que vive. Enxerga o povo sofrido que foi expulso de seus locais de origem e precisa se reinventar para sobreviver. O morro de São Benedito os acolheu e é o lugar que ela chama de lar. Por isso, gosta de ouvir as histórias de Dona Nilma, entre outros moradores mais antigos do bairro. Carolina narra e é narrada. Conta e vive suas histórias. Protagoniza seus próprios dramas e conflitos. Mas o preconceito no asfalto é grande. E quem tem poder cria narrativas que controlam os discursos tendo grande influência no imaginário popular sobre as pessoas pretas. Assim, mulheres e homens negros só são vistos em posições subalternas ou são hipersexualizados, desumanizados, sempre a serviço da existência da branquitude. As mulheres negras parecem personagens sem vida própria, pois acabam reduzidas a personagens coadjuvantes, serviçais da branquitude (PALMARES, 2021).

Carolina sabe que grande parte das mulheres da comunidade trabalha como faxineira, empregada, diarista ou coisa assim. As oportunidades são poucas para quem é pobre, mora na periferia, e tudo piora se você é mulher e negra. A avó de Carolina (40 anos) trabalha como diarista. Fazia cinco faxinas certas por semana, dispensada pelos patrões depois da pandemia, só consegue serviço vez ou outra. A mãe de Carolina (27 anos) já estava desempregada mesmo antes da pandemia e costumava lavar roupa para fora. A tia de Carolina (20 anos) trabalhava sem carteira assinada em um pet shop, mas perdeu o emprego logo no começo do isolamento. Um tio (24 anos), que trabalhava como guardador e lavador de carros (flanelinha), perdeu a renda logo no começo da pandemia. O outro tio (25 anos) trabalha como pedreiro e conseguiu manter o emprego, mas a carga horária é exaustiva e as condições de trabalho insalubres. Mesmo debilitado, nunca pensou em fazer outra coisa. Esse era o seu destino. Será? Mas Carolina insiste. Rejeita as tarjas que lhe impõem. Não aceita destino. Não acredita em destino. Se refaz, mas diferente. Carolina não repete, cria.

Carolina sabe que sem escola é difícil conseguir emprego bom. Mas na comunidade só tinha uma escola e era difícil conseguir vaga. Muita gente descia o morro para estudar. O gasto era maior porque tinha que pegar condução. Por isso, a mãe chegou a dormir na fila de um dia para outro para conseguir vaga na escola do bairro. Carolina até conseguiu fazer os primeiros anos. Mas, logo que a mãe perdeu o emprego, precisou deixar a escola para ajudar com as tarefas da casa e trabalhar catando coisas na rua. Acabou perdendo a vaga. Muitas meninas e mulheres, quando conseguem chegar à escola, não dão continuidade aos estudos pela mesma razão, pois o trabalho doméstico ainda é atribuído, exclusivamente, a elas. Além disso, há meninas que já são mães e precisam trabalhar para alimentar seus filhos. Mesmo matriculadas, as opressões e violências sempre recaem sobre elas. Tudo isso, associado a limitação na escolha da carreira, causada, sobretudo, pela crença de que existem profissões femininas e masculinas, contribui para que a desigualdade de gênero no acesso a educação seja mais um abismo que as mulheres têm que atravessar para conseguir sua independência financeira e combater a fome (PAIVA, 2018).

Carolina gostava da escola. Tinha merenda e ela sabia que estudar era importante, mesmo tendo dificuldade com algumas matérias. Em casa, ninguém podia ajudar, pois sua avó nem primário tinha. Carolina então inventou uma escola no bairro que funciona debaixo de uma garagem improvisada com telhas quebradas. Carolina pulsa, se afeta, deseja, cria, escapa da repetição. Movimentos que diferem das subjetividades sujeitadas. Juntava a turminha e brincava de professora. Usava os cadernos que catava no lixo, os cacos de tijolo como giz e o chão como quadro. Assim como aprendeu a ler e escrever quase sozinha, ajuda outras crianças também. Sua avó dizia que o povo que veio para o morro só sabia viver da roça e que nunca valorizou escola, que ela devia mesmo era ensinar a lavar, passar ou fazer alguma coisa que desse dinheiro. Mas Carolina sonha e, no seu faz de conta de professora, muda o seu destino. Um dia vai ser professora para comprar uma casa com banheiro e pia na cozinha. Carolina cria, tece e destece e desafia.

As mulheres da comunidade de São Benedito têm jornadas duplas, triplas... Carolina desconfia e não vê o trabalho doméstico como um não trabalho. Se pergunta por que a obrigação de cuidar da casa era só dela, menina-mulher? Por que os outros irmãos não tinham essa obrigação?

Desde pequena aprendeu a lavar louça, fazer comida. Carolina insiste e resiste. Carolina devir mulher livre. Às vezes a vizinha da rua debaixo, Ivonete, vinha deixar os dois filhos pequenos para mãe de Carolina tomar conta. Ivonete era alegre e muito festeira. Carolina gosta dela e de ver as roupas coloridas, o cabelo de trança longa e o batom vermelho que ela usa para sair. A mãe de Carolina costuma advertir Ivonete do perigo de pegar Covid nessas escapulidas. Carolina acha a advertência da mãe um despropósito. Se ela pode pegar ônibus cheio para ir trabalhar, por que não pode ir à festa ou a praia para se divertir? Será que o vírus só escolhe festa para se esparramar? Ivonete trabalha como doméstica na Praia do Canto na casa de uma gente endinheirada e, durante a pandemia, não ficou um só dia em casa. Pega ônibus lotado todo santo dia. Quando passa no jornal que as pessoas têm que ficar em casa para se proteger, Ivonete ri “*Se eu ficar em casa morro de fome e mato meus filhos tudo e ainda apanho do Elias*”. O marido de Ivonete, Elias, nunca para em casa. Só aparece no fim do mês para pegar o dinheiro que ela ganhava com tanto sacrifício. A mãe de Carolina fala que é por isso que ela não quer nunca mais colocar homem dentro de casa “*Pra que? Pra ter que sustentar e ainda apanhar dele? Antes só do que mal acompanhada. Tô bem sozinha*”. Semanas atrás, Ivonete caiu doente. Dor no corpo, diarreia, febre e tosse. Era Covid. Com medo de perder o emprego, não falou nada com os patrões. Mas ela piorou e precisou ir ao posto de saúde e disse para o patrão que precisava resolver um problema do filho. Pediu a mãe de Carolina que fosse trabalhar no seu lugar. Ela foi. Chegou ao prédio, tinha tanta segurança que até parecia uma prisão. O apartamento era no 15º andar, cobertura. Quando se identificou na entrada e o porteiro ficou sabendo para qual apto ela ia, o homem fez uma cara de “coitada, não sabe o que te espera”. Assim que entrou, reparou que a casa tinha mais vidro que parede. A dona da casa mostrou tudo e quando chegou à cozinha, mostrou onde ficava a água e o copo que ela deveria usar. A mãe de Carolina trabalhou com afinco para não fazer feio, mas passou a hora do almoço e nada da dona oferecer comida. Foi até a cozinha e a mulher já havia feito algo para comer e guardou o restante. Ela ainda ficou na esperança de que ela tivesse pedido uma quentinha, mas qual o quê. Maria ficava de olho comprido para as frutas e não tinha coragem de pedir, então passou a beber água e acelerar o serviço para ir embora logo. Trabalhou o dia inteiro limpando aquela casa

enorme, com fome, enchendo a barriga de água para enganar o estômago que se retorcia.

Quando chegou a casa e contou para a família, Carolina ficou indignada e disse para mãe não voltar mais lá. Mas Maria respondeu que ela deveria agradecer a Deus, pois fora com o dinheiro daquele trabalho que ela pode comprar um pouco de carne, macarrão e sabão para fazer mais algum dinheiro lavando roupa para fora. Carolina foi deitar contrariada e uma pergunta ficou rodando na sua cabeça que não a deixava dormir. Como a dona daquela casa não se deu conta que sua mãe estava sem comer o dia inteiro? Será que ela era invisível? Será que toda a sua família era invisível? Será que tem gente que é mais visível que outras? Carolina já tinha parado para pensar nisso quando um moleque lá do morro foi pego no asfalto e levou uma prensa da polícia. Ele não era traficante, tinha descido o morro para ir à escola, mas, como era preto, foi “confundido” com bandido. Como se não existisse bandido branco. Carolina chora às vezes sozinha. Parece que gente preta não existe, é invisível, e, quando é vista, é só desse jeito torto. Esse é o perigo da história única. Da história universal. Uma herança discursiva que mantém as mulheres da comunidade na mesma situação de precariedade por gerações.

Carolina vai e vem costurando as histórias que encontra pelo bairro. Nutrindo a vida e o imaginário com narrativas dessas mulheres protagonistas. Que agonizam, sofrem diante da fome. Elas não são coadjuvantes de outras histórias, mas personagens principais de suas próprias vidas.

Toda vez que passa pela lojinha de Dona Juraci, tem que parar para uma prosa. Preta de pele lustrosa, na cadeira de rodas por conta de um derrame, tem uma pequena venda de secos e molhados. Para o povo da região é um quebra galho, pois não precisa descer para comprar as coisas de mais necessidade. Certa vez, ouviu de Dona Juraci como foi que o morro recebeu o nome do Santo Benedito, protetor dos pretos. Ela conta que, em 1966, de tábuas e telhas, foi construída pelos moradores a primeira capelinha, no Alto de São Benedito, com o apoio do Sargento Carioca. Para lá foi levada a imagem de São Benedito doada à comunidade. Uma procissão com mais de 500 pessoas saiu da Praia de Santa Helena conduzindo a imagem até o alto do morro. Mas, toda vida, sempre foram as mulheres que cuidaram da igreja e, quando as tábuas apodreceram, foi uma senhora da comunidade que tomou a frente e, junto com os moradores, reconstruiu

a capela, mais de uma vez. Carolina, quando passa por lá, vê sempre uma vovozinha que tem muito zelo com aquela igreja, todo dia ela troca as flores das imagens. “*Ela é uma preta, mas era uma raça de preto limpa*”, como algumas pessoas preconceituosas a descreviam lá no bairro. Em maio, ela reza o mês inteiro. Ela chamava Carolina e a família para ir rezar, mas a mãe de Carolina é evangélica. No morro hoje, tem para mais de dez igrejas evangélicas. Dona Juraci conta que, quando chegou por lá, não tinha nenhuma. Lembra que Dona Ana foi a primeira evangélica do bairro e, por conta disso, era até mal vista pelos outros moradores. Algumas mães não gostavam de deixar seus filhos brincar com as crianças dela (BISCOTTO, 2009). Agora, parece que tudo se inverteu. Só tem a igreja de São Benedito. Carolina até gostava de ver aquela fé toda nas procissões, nas velas acesas que serpenteavam pela escadaria do morro e se lembrava das festas em homenagem ao Santo. Ela acredita que o que faz as mulheres daquela comunidade sobreviverem sem ter o que comer, com tanta violência e maus tratos é a fé.

Carolina menina de fé. Transita entre as histórias da comunidade e as histórias do asfalto. Multiplica sentidos e cria novos. Não acredita na repetição, cria o novo. Lembra mais uma vez do perigo da história única e combate o discurso que omite a fome como substantivo feminino. Ela sabe, sente, que, em uma pandemia ou em qualquer situação extrema, são as mulheres que sofrem. Porque são as mulheres que protagonizam as dores de uma sociedade injusta e desigual marcada por racismo e machismo. Mas também reconhece que são essas mesmas mulheres que protagonizam as lutas, que constroem o novo, que atam e desatam, que não se dobram e resistem. Lutam contra o racismo estrutural protagonizando as lutas históricas, como o movimento feminista negro, que deu visibilidade para as causas das mulheres pretas e abriu caminho para muitas conquistas, como a criação de uma Secretaria para a Promoção da Igualdade Racial e a obrigatoriedade do ensino da História e da Cultura Afro-Brasileira e Africana. Essas mulheres são responsáveis, ao lado de outros movimentos negros, pela instituição das políticas de promoção de equidade étnico-racial, das políticas afirmativas que deram origem às cotas raciais nas universidades e serviços públicos, permitindo o acesso de mais pessoas negras à educação e pesquisa.

Carolina é o devir mulher composto por tantas outras mulheres negras que reivindicam suas vozes e sua representatividade, não apenas para serem

números, mas para ocupar o lugar que lhes foi usurpado por um sistema desigual, cruel e desumano. Carolina revela a cartografia de uma análise interseccional que atravessa as mulheres pretas. Análise denunciada por vozes claras e fortes como as de Lélia Gonzalez (antropóloga e filósofa), Conceição Evaristo (professora e escritora), Sueli Carneiro (filósofa e doutora em educação), Maria Carolina de Jesus (escritora, compositora e poetisa brasileira), mas também denunciada por Carolinas, Marias, Nilmas, Fátimas, Joanas, Anas, Juracis... Todas protagonistas em busca de um sentido próprio na (e para a) existência, sentido não dado e sim buscado, investigado, sofrido, que abriram caminho para a representatividade, ocupando espaços antes nunca ocupados e contribuindo para a melhoria nas condições de vidas de milhares de pessoas negras e não negras, pois só com o fim do racismo e do machismo a sociedade alcançará justiça social e liberdade para todas e todos.

REFERÊNCIAS

- ANDALO, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.
- BISCOTTO, D. B. (Org.). **Inventário participativo realizado no Território do Bem** - Ponto de Memória: Nossa História, Nosso Bem. Vitória: Associação Ateliê de Ideias, 2009.
- BISCOTTO, D. B. (Org.). **Inventário participativo realizado no Território do Bem** - Ponto de Memória: Nossa História, Nosso Bem. Vitória: Associação Ateliê de Ideias, 2016.
- CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro: pão ou aço. 10. ed. rev. Rio de Janeiro: Antares, 1984.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. Os personagens conceituais. In. DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 83-109.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs I**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DRUMMOND, I. Alpinópolis: menina de 10 anos liga para a polícia pedindo comida. **Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 07 jul. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/07/01/interna_gerais,1161763/alpinopolis-menina-de-10-anos-liga-para-a-policia-pedindo-comida.shtml. Acesso em: 3 ago. 2020.
- FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante, 2017.
- FORTUNA, D.; FERRARI, H.; SOARES, I. “Falar que se passa fome no Brasil é uma grande mentira”, diz Bolsonaro. **Correio Braziliense**, Brasília, 19 jul. 2019. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2019/07/19/interna_politica,772193/falar-que-se-passa-fome-no-brasil-e-uma-grande-mentira.shtml. Acesso em: 3 ago. 2020.
- FREITAS, M. C. S. **Agonia da fome**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2003. 281p.
- HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: análise dos Dados da PNAD de 2004. **Segur. Aliment. Nutr.**, Campinas, v. 15, p. 49-61, 2008.
- JESUS, C, M. **Quarto de despejo**: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Editora Ática, 2014. 200p.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Segurança Alimentar, 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- JUCÁ, B. “Passei o dia inteiro sem comer”, uma história de fome no centro de São Paulo. **El País**, São Paulo, 20 jul. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/20/politica/1563575540_977369.html. Acesso em: 23 ago. 2020.
- LOBATO, E. Dormir para esquecer a fome. **Pública**, São Paulo, 13 mar. 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/03/dormir-para-esquecer-a-fome/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

MERENGUÉ, D. Literatura da recusa: protagonismo e resistência. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 127-140, 2013.

PAIVA, T. Como a desigualdade de gênero se manifesta na educação das meninas. **Centro de Referência em Educação Integral**, 8 mar. 2018. Disponível em: <https://educacaointegral.org.br/reportagens/como-a-desigualdade-de-genero-se-manifesta-na-educacao-das-meninas/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PALMARES, D. A Genialidade da Globo. **Carta capital**, São Paulo, 11 fev. 2021. Disponível em: <https://midia4p.cartacapital.com.br/a-genialidade-da-rede-globo>. Acesso em: 1 mar. 2021.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARÍN-LEÓN, L. Segurança alimentar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 263-275.

5

CAMILA MARCHIORI PEREIRA
MAYARA CICILIOTTI DA SILVA
MARIA CRISTINA MEDEIROS
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

MATERNIDADE E EPIDEMIA: AS URGÊNCIAS QUE VIRAM NEGLIGÊNCIAS

PARA INÍCIO DE CONVERSA...

“O destino de uma mulher é ser mulher.”

Clarice Lispector

Ao longo dos anos, as mulheres têm lutado por seus direitos, conquistando duramente garantias relativas à sua existência, sexualidade e humanidade. O direito ao trabalho, à liberdade sexual e a um cuidado em saúde voltado à mulher, e não apenas à reprodução, são alguns exemplos de conquistas decorrentes dessa luta. Porém, momentos de crise na saúde trazem mudanças que parecem ameaçar tais conquistas.

As epidemias traçadas na contemporaneidade tratam-se de doenças novas que, por sua novidade e desconhecimento, deflagram mudanças organizativas e estruturais nos modos de se gerir a saúde. Nota-se uma gestão emergencial que se pauta em protocolos e no cuidado biológico como frente de ação. Com isso, lutas em prol do cuidado integral, considerando a complexidade psicossocial do ser humano, acabam por não acontecer, sendo negligenciadas em tempos de crise. Importantes pautas são invisibilizadas no retrocesso que a emergência impõe, e salientamos, neste capítulo, especialmente os retrocessos no campo feminino.

As consequências de certos contextos de crise recaem sobre as mulheres por meio do reforço de seu lugar enquanto cuidadora, posição historicamente confinada à mulher de forma opressora (VALE; ALVES; CARVALHO, 2020). Da mesma maneira, em relação aos avanços em torno de uma prática humanizada no parto e nascimento, mulheres acabam por ter direitos negligenciados, por exemplo quando impedidas de ter apoio dos seus mais queridos durante o parto e complicações neonatais (SBP, 2020).

A epidemia do Zika Vírus e da Covid-19 são exemplos dessas situações. São dois eventos de doenças novas, das quais pouco se sabe a respeito, e, diante desse desconhecimento, as iniciativas em saúde observadas foram voltadas, prioritariamente, para aspectos biológicos (FREIRE *et al.*, 2018; BRASIL, 2020; ESPÍRITO SANTO, 2020; RIO GRANDE DO SUL, 2020; GOIÁS, 2020). Da mesma maneira que às mães, durante a epidemia do Zika, foi solicitado esperarem o desenvolvimento de seus bebês para conhecerem as consequências do vírus, à população, foi pedido espera e paciência enquanto viviam em isolamento social como resposta à emergência da Covid-19.

Porém, nesse período de espera, muito aconteceu, vidas foram acometidas, o modo de viver foi modificado, muitas áreas tiveram prejuízos e direitos foram negligenciados. Tanto a Covid-19 quanto o Zika são epidemias vividas nessa era de virtualidade e globalização, ambas perpassam pelas vantagens e desvantagens que envolvem as mídias de informação e a deflagração do conhecimento e da responsabilidade. Mas o que vemos/aprendemos com esses dois acontecimentos?

Diante disso, este capítulo busca problematizar os modos de gestão de saúde em momentos de epidemias, denunciando a forma de cuidado centralizada no âmbito biológico, que perpetuam práticas de saúde que negligenciam direitos humanos duramente conquistados no campo da saúde da mulher.

MULHERES EM TEMPOS DE NOVAS EPIDEMIAS: DO ZIKA À COVID-19

“Com todo perdão da palavra, eu sou um mistério para mim.”
Clarice Lispector

Os estudos de doenças epidêmicas se expandiram desde início do século XX, sendo geralmente percebidas por meio de eventos que fogem do ordenamento e do cotidiano de uma sociedade, passando do individual para o coletivo, colocando em risco a ordem pública e social e

a economia, modificando valores, chegando de forma rápida e intensiva até a morte. Esses novos eventos podem causar colapsos nos sistemas de saúde de vários países devido à falta de recursos humanos e à tecnologias e procedimentos desconhecidos, gerando uma nova organização da saúde pública em busca da preservação da vida (TORRES SILVEIRA, 2011; CASTANEDA CULLOT; RAMOS SERPA, 2020).

No contexto de pandemias importantes em diferentes épocas da história mundial, houve flagelos importantes e terríveis, ocasionados por infecções virais ou bacterianas, como as conhecidas pestes e gripes. As grandes pandemias ocasionam consequências importantes, com uma expansão rápida acompanhada pela dúvida e desconfiança da população por falta de informações positivas, como inúmeras mortes, impossibilidade do controle e intervenções com muitos questionamentos (TORRES SILVEIRA, 2011; CASTANEDA CULLOT; RAMOS SERPA, 2020).

Para compreendermos as mudanças organizativas que as epidemias reverberam na sociedade, vamos nos utilizar das consequências vividas na epidemia do Zika Vírus, deflagrada em 2016 no Brasil, e na pandemia da Covid-19, em 2020. Pouco podemos traçar em comum entre as epidemias citadas, seus agentes biológicos de transmissão, sintomas e acometimentos são diferentes, porém ambas atingem de forma específica e mais intensa certas populações que podemos caracterizar aqui como minorias. Trataremos, neste capítulo, especificamente, das consequências decorrentes das epidemias para a população feminina.

Com a epidemia do vírus Zika, observou-se, em 2015, o aumento nos casos de microcefalia, sendo confirmada a relação desses casos com o vírus e, em estudos posteriores, foram identificadas correlações adicionais. A esse quadro de correlações foi dado o termo de Síndrome Congênita da Zika (SCZ), caracterizada por uma desproporção craniofacial aliada a acometimentos psicomotores identificados em recém-nascidos (TEIXEIRA *et al.*, 2018). Até 2019, foram aproximadamente 18 mil casos notificados de SCZ (BRASIL, 2019).

A SCZ era uma doença pouco conhecida, de tal modo que as estratégias de enfrentamento da doença foram propostas no decorrer da epidemia. Apesar dos esforços das instâncias governamentais por meio da publicação de protocolos, as informações sobre a evolução e o tratamento da doença ainda eram poucas. Com isso, os profissionais conheciam pouco

sobre o manejo da doença. As informações sobre a SCZ eram acessadas através da prática clínica, por meio da observação do cotidiano dos serviços de saúde, de como as crianças evoluíram e de sintomas de complicações e incapacidades percebidas pelas mães, requerendo dessas mães uma atitude de vigilância, devido à imprevisibilidade de acontecimentos que demonstram risco à criança (VALE; ALVES; CARVALHO, 2020).

Mães de crianças com SCZ experienciaram a imprevisibilidade da doença através de diagnósticos e prognósticos poucos delimitados, e, por isso, é importante considerar a excepcionalidade dessa vivência quando comparada a outras experiências maternas de anomalias congênitas (FREIRE *et al.*, 2018; VALE; ALVES; CARVALHO, 2020). Essas mães vivenciaram a incerteza do desenvolvimento de seus filhos, juntamente ao terror midiático lançado sobre a epidemia no período, que se configurou por meio de um cenário estressante e de difícil manejo (ANTUNES, 2018).

Algumas mães interpretaram o interesse na mídia pelo tema como uma forma de amparo às famílias e situações nas quais estavam enfrentando, porém, após a epidemia perder a classificação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, houve diminuição do interesse da mídia e as famílias passaram a se sentir desamparadas em relação aos enfrentamentos das dificuldades relacionadas ao adoecimento crônico (FREIRE *et al.*, 2018).

Posicionamentos de governantes durante da epidemia do Zika evidenciaram o descaso do governo com a população de mulheres, e bebês, vítimas, sendo culpabilizadas por seus direitos reprodutivos, como na fala do Ministro da Saúde em 2015: “Sexo é para amador, gravidez é para profissional. A pessoa que vai engravidar precisa tomar os devidos cuidados” (OBSERVATÓRIO DE SEXUALIDADE E POLÍTICA, 2015). A epidemia do Zika faz emergir uma importante questão de gênero que reflete e exacerba as desigualdades regionais e sociais existentes no país, pois a SCZ afeta desproporcionalmente mulheres, particularmente aquelas de famílias vulneráveis. Declarações como essa parecem não considerar que 56% das gestações no país não são intencionais, além de ignorarem que nem todas as mulheres têm acesso a contraceptivos ou controle sobre o seu uso (ANTUNES, 2018).

Da mesma maneira, após a declaração de emergência do Zika cessar, não houve maiores investimentos em relação aos cuidados em saúde das

crianças com SCZ, como disponibilização de profissionais para estimulação precoce, compra de cadeiras de rodas, políticas de acesso aos serviços, entre outros (ANTUNES, 2018).

Em 2020, a doença conhecida como Covid-19, decorrente do vírus SARS-CoV-2, se espalhou rapidamente e gerou uma pandemia de grande magnitude que trouxe mudanças extremas nas organizações de sociedades no mundo todo, tendo mais de 8 milhões contaminados no Brasil e mais de 214 mil óbitos pela doença no país (BRASIL, 2021). E, como forma de enfrentamento à doença, o Ministério da Saúde colocou também as gestantes e puérperas na priorização de atendimento ao público-alvo, devido à letalidade que o vírus pode afetar esse público (BRASIL, 2020).

Na gravidez, a mulher possui alterações fisiológicas, tornando-as mais susceptíveis a alterações biológicas e comportamentais, devido a variação hormonal e de humor que acontecem durante o período gravídico-puerperal. Apesar das baixas taxas de mortalidade e morbidades encontradas em mulheres em período perinatal associadas ao Covid-19, ainda são poucas as informações referentes às consequências a longo prazo em gestantes, fetos e no pós-parto (JUAN *et al.*, 2020). Porém, observou-se um aumento nos números de cesáreas realizadas e alterações imunológicas ocasionadas pelo vírus em mulheres grávidas, ocasionando, inclusive, complicações na gravidez, como sofrimento fetal, ruptura prematura de membranas, partos prematuros e natimortos (WENLING, 2020).

O governo federal brasileiro não realizou uma uniformização nos seus tratamentos e cuidados a gestantes, adotando medidas como a remarcação de exames e/ou o adiamento de consultas e, em caso de suspeita de síndrome gripal, se necessário, atendimento em local isolado (BRASIL, 2020). Diante disso, as gestões estaduais criaram normas técnicas específicas de responsabilização de sua equipe da atenção primária. De forma que as orientações sobre os cuidados em saúde não foram uniformizadas dentro do território brasileiro, abrindo precedentes para equívocos e interpretações errôneas e até mesmo a desinformação da população em geral acerca das condutas de enfrentamento da doença (ESPÍRITO SANTO, 2020; RIO GRANDE DO SUL, 2020; GOIÁS, 2020).

No entanto, foi visto nas maternidades uma mudança na recomendação do contato pele a pele entre mãe e bebê no pós-parto, sendo agora só

permitida após higienização da parturiente. Porém, sabe-se da importância das primeiras horas de contato entre mãe e bebê para o desenvolvimento do bebê e do vínculo materno, sendo preconizado imediatamente após o nascimento, acalmando o bebê e a mãe, auxiliando a estabilização cardiorrespiratória do bebê, reduzindo seu estresse e mantendo-o aquecido, além de favorecer o aleitamento materno (BRASIL, 2011).

Além disso, houve restrição de visitas em alojamento conjunto e nas unidades intensivas neonatais (UTINs), sendo também recomendado que o berço do bebê fique até dois metros de distância da mãe. O Método Canguru passou a ser prática somente materna, não havendo participação do pai, bem como a ocorrência do revezamento da presença de ambos na unidade de terapia intensiva. Da mesma maneira, atividades coletivas e atendimentos psicossociais à beira leito não são recomendados (SBP, 2020; CARVALHO *et al.*, 2020).

VIOLAÇÕES CONTRA MULHERES: A CRISE QUE DESFAZ DIREITOS, CUIDADOS E HUMANIDADE

“Minha verdade espantada é que eu sempre estive só de ti e não sabia. Agora sei: sou só. Eu e minha liberdade que não sei usar. Grande responsabilidade da solidão. Quem não é perdido não conhece a liberdade e não a ama. Quanto a mim, assumo a minha solidão.”
Clarice Lispector

No Brasil, a calamidade das pandemias se torna mais evidente, devido à mínima organização frente a seu avanço e consequências que traz. Atrelado a isso, há outro agravante presente no país: as desigualdades das populações, que atinge de forma mais intensa os mais pobres, as mulheres, os negros, os trabalhadores informais e os que habitam os municípios mais carentes (SANTOS *et al.*, 2020).

Ao comparar as informações de mortes, internações e atendimentos entre as mulheres brasileiras classificadas como brancas ou negras, Takemoto *et al.* (2020) observou que a mortalidade materna em mulheres negras devido à Covid-19 é quase duas vezes maior que a observada em mulheres brancas. Embora tenha sido constatado que o perfil médio de idade e morbidade dessas mulheres eram semelhantes, os dados revelaram que as mulheres negras foram hospitalizadas em piores condições (maior prevalência de dispneia e queda de saturação de oxigênio), apresentando maior taxa de admissão na UTI, uso de ventilação mecânica e óbito (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Cabe salientar ainda que o cenário de negligência configura o financiamento das políticas públicas de saúde no Brasil através do congelamento de investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), impedindo o acesso com dignidade e equilíbrio à saúde a cerca de 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas, que já dependiam exclusivamente do SUS para tratamento antes da pandemia. Em consequência, o Brasil tem o maior número de mortes maternas relacionadas à Covid-19 no mundo, decorrente de erros na prestação de assistência (AMORIM *et al.*, 2020).

Embora muito já se tenha avançado no que concerne ao conhecimento científico, o que temos ainda se mostra insuficiente para o enfrentamento da pandemia, intensificando incertezas quanto às escolhas das melhores estratégias a serem utilizadas para contenção, disseminação e diminuição de mortalidade, principalmente em populações mais vulneráveis (BARRETO *et al.*, 2020).

Com isso, observamos nos dois exemplos de crise citados acima, as controversas conduções do governo em relação à população feminina. Enquanto observamos, na crise do Zika, os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres serem questionados em tom de culpabilização à mulher, na pandemia do Covid-19, vemos a humanização do cuidado e os direitos femininos relacionados ao parto e nascimento serem esquecidos em meio a normativas de restrição.

A luta pela humanização do parto e nascimento tem um longo percurso. Observa-se, ao longo da história, os números das taxas de mortalidade materna caírem com os adventos de programas de Saúde da Mulher, Parto e Nascimento. A Política Nacional de Humanização tem como diretriz a escuta à mulher, e sua implantação é parte de uma

luta histórica que envolve a compreensão da vivência feminina para além do papel materno biológico (BRASIL, 2004).

Momentos de crise, como catástrofes ou epidemias, não podem ser responsáveis pela suspensão de direitos duramente conquistados. Da mesma maneira, cenários de crise não podem ter, como principais medidas práticas de saúde que caminhem em direção ao retrocesso. Pois, qualquer atraso, que não siga um rumo consistente e adequado na implementação de ações, pode não ter recuperação, a custo de negligências, danos psicológicos e repercussões familiares advindos das pandemias (CASTANEDA CULLOT; RAMOS SERPA, 2020).

Por exemplo, o estudo realizado por Vale, Alves e Carvalho (2020) identificou que mães de crianças com SCZ se tornaram potentes criadoras ativas de cuidado, pois não houve direcionamentos de cuidados para elas no cenário de epidemia do Zika. Porém, os autores pontuam que, devido ao lugar de cuidado que foi reforçado à elas, observou-se que as mães buscam satisfazer expectativas atribuídas ao gênero, que abrange a satisfação ao parceiro, a organização e higiene do ambiente doméstico e o cuidado e educação dos filhos, resultando em cansaço físico, exaustão e depressão descrito por elas.

Na perspectiva de pandemia Covid-19, as mulheres ficaram ainda mais isoladas em sua fase de maternidade, sendo restringidas ao ambiente doméstico, local já conhecido como lugar de sobretrabalho feminino. Sabe-se que a maternidade é um processo físico, emocional e também social, e que o papel materno é produzido em contato com a rede social da mulher. A ausência do apoio social nesse momento transicional da maternidade é um fator de risco para essa mãe, que pode vir a sofrer emocionalmente e financeiramente (DODOU *et al.*, 2014). As medidas impostas pela pandemia vulnerabilizam mulheres em período perinatal, que passam por este momento em meio à solidão e medo.

Além disso, houve medidas restritivas impostas em hospitais brasileiros que negligenciaram o direito a ter um acompanhante no parto, uma vez que a maioria das maternidades não possuem quartos individuais como o sugerido pelas normativas. A Lei do Acompanhante, Lei Federal 11.108/2005, que não pode ser suspensa pois fere a dignidade humana, dá a garantia de ter acompanhante antes, durante e depois o parto. No entanto, o acompanhante se submete aos cuidados previstos na Lei

13.079/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento à pandemia.

Em relação ao materno-infantil, o estudo brasileiro realizado por Dittz e Rocha (2020) com 15 mães de bebês internados na UTIN no período da pandemia identificou que, devido às restrições de conduta impostas, as mães reduziram o contato com o bebê, por exemplo pelo tocar, falar e segurar no colo, devido ao medo de contaminar o bebê através dessa aproximação, principalmente em caso de prematuros. Tais medidas fazem com que se sintam impotentes e angustiadas diante do cuidado ao bebê.

As medidas em relação ao Covid-19 desconsideram a historicidade das questões envolvidas, como se fosse possível uma forma de suspensão das complexidades sociais enquanto a pandemia se alinha. Diante da impossibilidade desse fato, o que vemos são questões sociais importantes sendo maximizadas diante do descaso, como a elevação das taxas de violência contra a mulher no período de isolamento social da pandemia (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

Segundo dados brasileiros do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o número de denúncias de violência contra mulher aumentou 9% após o início da pandemia de Covid-19. E essa violência é praticada em sua maioria pelo seu parceiro íntimo, sendo agravada pelo isolamento das famílias em um ambiente, tornando maior o controle sobre a vítima com intimidação, manipulação e aumentando os comportamentos violentos, a violência em si e a consequente vulnerabilidade (OKABAYASHI *et al.*, 2020; SENADO, 2020).

Em meio ao cenário de crise, vemos a adoção de medidas que precinizam aspectos biológicos e transmitem as questões sociais, relacionais e práticas da vida cotidiana em um conjunto de medidas, orientações e protocolos pautados em uma concepção de cuidado hegemônica construída e enraizada na sociedade patriarcal. Tal concepção atribui às mulheres a efetiva participação na manutenção da vida da família por meio de diversos cuidados dispensados aos seus membros, como amamentar, cozinhar, lavar e passar as roupas, arrumar a casa, educar as crianças, cuidar de sua higiene, cuidar de deficientes e idosos, ser boa esposa etc.

Trata-se da construção de uma identidade feminina ligada ao papel de mãe, designando às mulheres funções sociais únicas, exclusivas e possíveis

de cuidadoras e reprodutoras. Um modo a reforçar a exposição de mulheres a cenários de violação de direitos e à inclusão desigual nas relações de trabalho no capitalismo, evidenciando relações assimétricas entre a vida doméstica e as conexões entre as formas de exploração do trabalho das mulheres – dentro e fora de casa – ocupadas com o cuidado (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante disso, problematizamos os efeitos nocivos da atribuição de uma ‘natureza feminina para o cuidado’ nos discursos e práticas que aparecem nos serviços de atenção à saúde das mulheres, os quais deveriam prestar uma assistência qualificada, pautada no acolhimento e no fomento de práticas que visem o desenvolvimento da autonomia e sexualidade das mulheres brasileiras.

Assim, quando falamos de cuidado, o mesmo pode ter muitos sentidos, o cuidado não é o mesmo independentemente de quem o exerça. A identificação do cuidar pode ser compreendida como uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, vulnerável às variações de um segmento social a outro. O cuidado em saúde é uma ação organizada a partir das concepções de determinado contexto sociocultural sobre o processo saúde e doença e direitos humanos. A saúde é um fenômeno complexo, cuja construção ocorre no contexto cultural, na interação com o social e o meio físico.

CONSIDERAÇÕES PARA PENSAR CONSTRUIR FUTUROS

“Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda
não tem nome.”
Clarice Lispector

Ao analisar os problemas enfrentados por mulheres em momentos de crise, como catástrofes ou epidemias, nota-se mais um lugar de disputas políticas marcado pela precariedade e insuficiência de articulação entre as três esferas de governo, do que a necessidade de assegurar e garantir à população direitos humanos fundamentais duramente conquistados através de lutas históricas.

Diante disso, pautar ações de intervenção centralizadas em aspectos biológicos, de modo a justificar a suspensão desses direitos, significa desconsiderar a complexidade dos processos de saúde-doença-cuidado que englobam a vida humana. De modo que a política, que deveria resguardar o direito da sociedade, está corroborando para a desorientação da população já tão escassa em acesso à informação de qualidade, principalmente os grupos das minorias.

Denunciamos, neste escrito, a negligência vivenciada pelas mulheres quando se trata de emergências em saúde. A crise é mediada pela urgência que se traduz em retrocesso de uma prática de saúde integral e humanizada. O cuidado em saúde deve sempre ser feito considerando todos os determinantes sociais que envolvem o usuário em seu contexto psicossocial e sua realidade histórica.

Embora a hierarquia masculina e profissional seja hegemônica em relação ao corpo da mulher, deixando-a mais vulnerável durante a hospitalização do parto, seu cuidado e tratamento não pode ser pautado na dimensão de gênero, sujeitando-as a negligência. No entanto, quão importante é os profissionais da área, em sua maioria mulheres, reconhecerem o manejo empático frente às necessidades emocionais e sociais desse público de modo a suprimir, de forma definitiva, essa condição de negligência e, por fim, dar visibilidade às narrativas femininas.

Essa mudança de modelo no processo de trabalho dos profissionais da área é fundamental para repensar esse novo contexto epidêmico que se vivencia, visando não perpetuar ações de omissão, violências e abusos por relações de poder entre os usuários e profissionais. Para isso, é necessário conhecer, valorizar e oportunizar a percepção da mulher, respeitando e compreendendo sua subjetividade através de um espaço de escuta.

Os cenários de crise deflagrados pela epidemia do Zika e da Covid-19 evidenciaram os modos nos quais tem se realizado o governo das políticas de saúde em meio à crise. Mas, afinal, o que iremos aprender com esses acontecimentos? Ao pensar sobre os sentidos produzidos nos cenários de crise, podemos considerar que esses acontecimentos produziram rupturas nas evidências e que, por isso, nos mobilizam a criar estratégias para lidar com o novo, com o não vivido.

Diante disso, consideramos que este escrito possa contribuir como um convite à reflexão, ruptura e transgressão das obviedades e do cerceamento

dos direitos de mulheres e seus corpos. Uma vez que, assim como afirmou a cantora, compositora e pianista norte-americana, Nina Simone “temos a permissão de ser exatamente quem somos”.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. *et al.* Quem é responsável pela catástrofe brasileira na crise de Covid-19?. **LSE Latin America and Caribbean Blog**, 2020.

ANTUNES, M. N. **COMUNICANDO O RISCO: um olhar sobre a epidemia de Zika**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2018.

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, e200032, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Painel Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol Epidemiol**, v. 50, n. esp., p. 1-154, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>.

CARVALHO, W. B. de *et al.* Role of a Neonatal Intensive Care Unit during the COVID-19 Pandemia: recommendations from the neonatology discipline. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 894-897, jul. 2020.

CASTANEDA GULLOT, C.; RAMOS SERPA, G. Principales pandemias en la historia de la humanidad. **Rev. Cubana Pediatr.**, Ciudad de la Habana, v. 92, supl. 1, e1183, 2020.

DITZ, E. S.; ROCHA, A. L. S. As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal durante a medida de isolamento social para evitar contágio por COVID-19. **SciELO Preprints/Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1238>. Acesso em: 4 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1238>

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria Estadual da Saúde. **Nota técnica COVID-19 nº 12/2020 SESA/SSAS/GROSS/NEAPRI-REMI**. Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVI-19) para Atenção à Gestante e Puérpera. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Notas%20T%C3%A9cnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2012.20%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%C2%A0%20Gestante.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FREIRE, I. M. *et al.* Síndrome congênita do Zika vírus em lactentes: repercussões na promoção da saúde mental das famílias. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00176217, 2018. Epub 06-Set-2018. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00176217>.

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção Integral à saúde. Nota técnica nº 3/2020 – SAIS – 03083. **Orienta para o atendimento de gestantes e puérperas diante da pandemia do COVID-19.** Goiânia-GO, 2020. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104094/nota-tecnica-no-3-2002-sais-orientacoes-atend-gestantes-puerpe_XJK7cya.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 42, n. 08, p. 445 - 447, ago. 2020.

OBSERVATÓRIO DE SEXUALIDADE E POLÍTICA. **Fala de ministro sobre sexo e maternidade é duramente criticada por feministas e pesquisadores brasileiros.** 24 nov, 2015. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/fala-de-ministro-sobre-sexo-e-maternidade-e-duramente-criticada-por-feministas-e-pesquisadores-brasileiros/5417>. Acesso em: 4 fev. 2021.

OKABAYASHI, N. Y. T. *et al.* Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil- impacto do isolamento social pela COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4511-4531, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Nota Técnica nº01/2020. **Orientações sobre o atendimento de pré-natal diante da pandemia do COVID-19.** Porto Alegre - RS, 2020. Disponível em: <https://atenaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/05102723-04181050-nt-01-orientacoes-sobre-o-atendimento-de-pre-natal-diante-da-pandemia-do-covid-19-02jun.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SANTOS, G. B. M. *et al.* Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00300132, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300518&lng=en&nrm=iso.

SENADO FEDERAL (Brasília). Agência do Senado Federal. Projetos buscam garantir atendimento a mulheres vítimas de violência durante a pandemia. **Senado Notícias**, atualizado em 16 de abr. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/projetos-buscam-garantiratendimento-a-mulheres-vitimas-de-violencia-durante-pandemia>. Acesso em: 2 jan. 2020.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. **Prevenção e abordagem da infecção por COVID-19 em mães e recém-nascidos, em Hospitais Maternidades.** Rio de Janeiro: SBP; 2020.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID 19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, p. ijgo.13300, 29 jul. 2020.

TEIXEIRA, G. A. *et al.* Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 25, n. 2, p.567-574, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-do-conceito-sindrome-congenita-pelo-zika-virus/16883?id=16883>.

TORRES SILVEIRA, A. J. Epidemias, estado e sociedade: Minas Gerais na segunda metade do século XIX. **Dynamis**, Granada, v. 31, n. 1, p. 41-63, 2011.

VALE, P. R. L. F.; ALVES, D. V. & CARVALHO, E. S. S. “Bem corrido”: reorganização cotidiana das mães para cuidar de crianças com Síndrome Congênita pelo Zika. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, e20190301, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190301>

WENLING, Y. *et al.* Pregnancy and COVID-19: management and challenges. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 62, 2020.

6

JAMINE RONACHER PASSOS SILVA
FERNANDA CÓ E GOMES TARDIN
BÁRBARA STHEFANY DE PAULA LACERDA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ASSISTÊNCIA NEONATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: REPERCUSSÕES E DESAFIOS.

INTRODUÇÃO

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

A pandemia causada pela síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2 (SARS-CoV-2) modificou de forma considerável o funcionamento dos serviços de saúde. Diante de um vírus de alta transmissibilidade e expressiva morbimortalidade, medidas de isolamento dos pacientes, restrição à entrada e circulação de acompanhantes, uso maciço de equipamentos de proteção individual (EPIs) e outras tecnologias se tornaram obrigatórias para minimizar o contágio dentro das unidades de saúde (FIOCRUZ, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Tais mudanças trouxeram repercussões para toda a sociedade que, nos últimos tempos, tem que lidar com o distanciamento dos entes queridos em um momento tão delicado de adoecimento e de internação hospitalar.

O cenário atual, caracterizado pela subnotificação de casos e, em menor grau, de mortos, devido principalmente à baixa testagem, juntamente com uma curva ascendente de novas mortes, posicionam o Brasil, em fevereiro de 2020, como um dos epicentros da pandemia de coronavírus, com mais de 9,8 milhões de casos confirmados e mais de 238 mil mortes (BRASIL, 2020; WHO, 2020; IMPERIAL COLLEGE,

2020). O contexto de incertezas causado pela pandemia da Covid-19 tem produzido estresse e ansiedade nas mulheres grávidas, relacionados ao risco de exposição ao coronavírus desde o trajeto às unidades de saúde até os procedimentos pré, intra e pós-parto, o que faz com que algumas mulheres desejem o término precoce da gestação com cesárea eletiva (FAKARI; SIMBAR, 2020). A distribuição da doença tem apontado para uma maior probabilidade de admissão hospitalares de mulheres negras e de outras etnias minoritárias (KNIGHT *et al.*, 2020), sugerindo o possível aumento de risco da exposição ao vírus associado a vulnerabilidades relacionadas a fatores econômicos, sociais raciais/étnicos e de gênero.

No Brasil, as estratégias de cuidado planejadas para o enfrentamento à Covid-19 foram definidas com base na estratificação de risco, com ações voltadas para os grupos mais suscetíveis a ter complicações da doença, incluindo gestantes, puérperas e mães de recém-nascidos até 45 dias de vida (BRASIL, 2020; RONDELLI, 2020). Aproximadamente 47% de gestantes confirmadas com Covid-19 estão tendo partos prematuros, os quais representam um número maior em comparação com mulheres não infectadas (CARVALHO *et al.*, 2020; ZIMMERMAN; CURTIS, 2020). Apesar dos efeitos de infecção materna por Covid-19 durante a gravidez em mulheres e neonatos (ZIMMERMANN; CURTIS, 2020), todas “as consequências da infecção pela Covid-19 durante a gestação ainda são incertas” (ESPÍRITO SANTO, 2020, p.2).

Em meio ao surgimento de tantas novas regulamentações, o medo que acompanha as incertezas da pandemia serve de justificativa para a imposição de medidas argumentavelmente radicais no ambiente hospitalar. Na Neonatologia, o impacto dessas restrições e modificações foi intenso. As maternidades e as unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) precisaram reformular suas condutas e práticas e adaptá-las no sentido de proteção de todos envolvidos. Dentre as medidas adotadas, foi necessário limitar a entrada e permanência dos pais e suspender a entrada de outros acompanhantes (irmãos, avós e outros parentes) (FIOCRUZ, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Nesse contexto, restringir o acesso dos pais, que são também protagonistas do cuidado neonatal – como parte do trinômio recém-nascido (RN), família e equipe – tem sido um aspecto traumático desses tempos sombrios (BARTICK *et*

al., 2021). Além disso, garantir a segurança de todos envolvidos na atenção ao recém-nascido sem anular ou negligenciar as práticas de humanização tornou-se um desafio para a equipe neonatal.

Sabe-se que as orientações atuais teoricamente permitem, a fim de garantir o vínculo, a visita de pais assintomáticos na UTIN, porém, dependendo da realidade de cada UTIN, as notícias vêm relatando que isso nem sempre é colocado em prática. Portanto, há margens finas entre os limites da exposição ao risco e a valorização da humanização – então surge a pergunta: até quando está eticamente aceitável impedir a aproximação dos pais com os recém-nascidos?

Inspirado numa notícia jornalística sobre o primeiro caso confirmado e noticiado de infecção pelo coronavírus dentro de uma UTIN no estado do Espírito Santo, este capítulo propõe-se a explorar os desafios vivenciados na assistência neonatal durante a pandemia da Covid-19, destacando as repercussões familiares, especialmente diante da prescrição de isolamento social e de um adicional grau de incertezas, buscando traçar uma conexão com os aspectos da vulnerabilidade em saúde e a prática do cuidado ao recém-nascido.

BEBÊ VENCE CORONAVÍRUS E PAIS COMEMORAM

Como noticiado em “Bebê vence coronavírus e pais comemoram”, publicada pelo jornal *A Tribuna* em abril de 2020 (PROSCHOLDT, 2020), um menino de 5 meses nasceu prematuro e contraiu a Covid-19 dentro do hospital. A criança nasceu de parto prematuro, com 29 semanas de gestação e, desde então, precisou ser mantida internada no Hospital Estadual Jayme Santos Neves, no município de Serra, no Espírito Santo, porque apresentou broncodisplasia, uma doença que apresenta alterações na função respiratória. O bebê, durante a permanência na unidade de médio risco neonatal (Ucin), começou a apresentar sintomas de coriza e febre, sendo encaminhado para o isolamento por suspeita de Covid-19, que foi confirmada três dias após. A criança teve que cumprir o período de quarentena de 14 dias longe de seus pais.

ASPECTOS DA VULNERABILIDADE E CUIDADO EM SAÚDE

A fim de compreender as preocupações atuais associadas ao cuidado, é necessário explorar o conceito de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde resultou de progressivas interseções entre o ativismo social e o movimento dos Direitos Humanos durante a epidemia de Aids nas décadas de 1980 e 1990. A partir dessas interseções é que o termo vulnerabilidade passa a ser entendido como um conceito de Saúde Coletiva (AYRES *et al.*, 2015). Mais recentemente, o conceito de vulnerabilidade vem se expandindo para as áreas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do idoso, violência e atenção primária à saúde de um modo geral (AYRES *et al.*, 2015).

De acordo com Ayres *et al.* (2015), destacam-se três eixos ou dimensões de análise da vulnerabilidade, que são separadas didaticamente, mas se comunicam e se entrelaçam ao longo de sua existência:

- a) Dimensão individual da vulnerabilidade: leva em consideração o modo de vida do indivíduo, a qualidade e o grau de informação de que dispõe sobre a doença/agravo e sua saúde e a capacidade de elaborar estas informações e incorporá-las ao seu modo de viver.
- b) Dimensão social da vulnerabilidade: esse componente analítico considera os fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, isto é, os aspectos materiais, culturais, morais e políticos que compõem a vida em sociedade.
- c) Dimensão pragmática da vulnerabilidade (ou institucional): avalia como as instituições de saúde atuam como elementos que perpetuam as condições de vulnerabilidade social. Analisa de que modo essas instituições estimulam a percepção dos contextos desfavoráveis pelo indivíduo ou por grupos sociais e propiciam a superação ou atenuação desses obstáculos. Fatores como grau de compromisso dessas instituições com a população atendida, recursos disponíveis, valores e competências de gerentes e técnicos, sustentabilidade das propostas e estímulo à participação e autonomia dos sujeitos são fundamentais para a análise da vulnerabilidade pragmática.

Para Ayres (2003), o cuidado surge quando se intervém para a redução das vulnerabilidades nas suas três dimensões. Para produzir cuidado é necessário atenuar as vulnerabilidades e os processos vulnerabilizantes (AYRES, 2003; AYRES *et al.*, 2006). O cuidado minimiza a vulnerabilidade e a redução de vulnerabilidades produz o cuidado. Ao se empregar a redução das vulnerabilidades na atenção à saúde, há o deslocamento do resultado final do modelo da prevenção tradicional (cura) para a construção do cuidado, de modo que a proteção e promoção da saúde sejam mais efetivas e a qualidade de vida seja mais satisfatória (AYRES *et al.*, 2015).

O cuidado pretendido para o prematuro internado na UTIN é complexo e multifacetado e está intrinsecamente relacionado à redução de suas vulnerabilidades peculiares. Diante das múltiplas características do cuidado, é necessário contextualizar a internação do prematuro em UTIN e perceber que, além da tecnologia disponível e indispensável nessas unidades, o cuidado precisa permear toda a assistência desses pacientes.

Por definição do senso comum, o cuidado é entendido como o conjunto de procedimentos técnicos para o bom êxito de certo tratamento (AYRES, 2001). Porém, como constructo filosófico, o cuidado é a interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou alcance do bem-estar, mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2001).

O cuidado é o que emerge da interação entre dois sujeitos (sujeito profissional e usuário, sujeito alvo das ações), permitindo que o usuário seja realmente sujeito nesse encontro, em uma relação não objetivadora desse usuário, favorecendo o diálogo simétrico entre profissional e paciente (AYRES, 2001). Como atitude cuidadora, o cuidado passa pelas competências técnicas, mas não é restrito a elas; é mais do que curar, tratar, controlar. Além disso, curar, tratar e controlar são exemplos de relações estáticas, individualizadas e individualizantes, que objetivam o sujeito alvo das intervenções de saúde (AYRES, 2001).

Por fim, é importante destacar que o cuidado é centrado na relação entre profissional e usuário, portanto, pertence ao universo relacional entre pessoas. Além disso, é multifacetado e complexo, não se apresenta com todas as suas características em único momento e, do mesmo modo, pode apresentar ora uma ora outra característica alternadamente. Cada parte do cuidado ganha sentido numa totalidade, e a totalidade depende de cada uma de suas partes (AYRES, 2004).

A PRÁTICA DO CUIDADO AOS RECÉM-NASCIDOS

A prematuridade por si só já pressupõe vulnerabilidade. As condições clínicas do prematuro são mais vulneráveis do que as condições clínicas de recém-nascidos de termo, portanto, suas chances reais de óbito são maiores (EICHENWALD *et al.*, 2017). Essa dimensão de vulnerabilidade individual, somada às dimensões de vulnerabilidade social e institucional, torna o prematuro um indivíduo suscetível em vários aspectos, cujas práticas de cuidado devem estar diretamente relacionadas à redução dessas vulnerabilidades (AYRES *et al.*, 2006).

Para os prematuros, reduzir vulnerabilidades e focar no cuidado diz respeito principalmente ao seu futuro. Inicialmente, o prematuro precisa superar suas dificuldades intrínsecas durante a internação em UTIN (imaturidade de órgãos e sistemas, doenças infecciosas, dentre outras). Dependendo do grau dessas dificuldades e de que modo se deu a superação, restarão sequelas a serem tratadas ou acompanhadas por tempo indeterminado, com maior ou menor grau de gravidade (SILVEIRA *et al.*, 2012).

Ao transportar os conceitos das dimensões da vulnerabilidade em saúde para os prematuros internados em UTIN no contexto da pandemia por Covid-19, observa-se quão pertinente esses conceitos se mantêm. Os prematuros são vulneráveis pela sua condição própria de estar no mundo, precocemente, muitas vezes sem condições de sobrevivência se não houver um suporte de cuidados intensivos. O prematuro, como ser, não pode ser descolado de sua mãe quando analisamos as dimensões de sua vulnerabilidade e tampouco de seu meio social e institucional.

Desde o início da pandemia, muitos foram os nascimentos de recém-nascidos (RN) expostos a Covid-19, ou seja, filhos de mães com infecção suspeita ou confirmada pelo SARS-Cov2 (SOLÍS-GARCÍA *et al.*, 2020). As práticas relacionadas à assistência a esses bebês foram modificadas ao longo do tempo e estão em constante atualização e produção à medida que novos estudos são publicados.

Atualmente, os recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos são, em geral, afastados dos pais logo após o parto e encaminhados para internação em quartos exclusivos com entrada restrita até que seus

exames sejam negativos para a infecção pelo coronavírus, conforme definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de cada instituição (PROCIANOY *et al.*, 2020; SBP, 2020). Tais medidas são necessárias para evitar a infecção do RN no momento do parto e também para evitar a contaminação da equipe e dos outros pacientes internados nas unidades. Contudo, com essas práticas, muitos pais não veem os filhos ao nascimento e só irão conhecê-los dias depois, quando são liberados do confinamento. Os recém-nascidos expostos a Covid-19, mas que não precisam de cuidados intensivos, são liberados para a maternidade com a mãe, porém permanecem em quartos exclusivos e devem seguir algumas medidas de higiene e proteção para evitar a contaminação (distanciamento entre leito da mãe e berço do RN, uso de máscaras pela mãe e lavagem frequente das mãos). Com base nessas realidades, é indispensável a reflexão acerca dos traumas que acompanham essas implementações.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, em concordância com as indicações da Organização Mundial da Saúde, expressa a importância da humanização da atenção ao recém-nascido (SBP, 2020; WHO, 2020). Respeitando a higienização e as medidas protetivas de biossegurança, os cuidados devem priorizar o contato com os pais (FIOCRUZ, 2020).

A preocupação ainda é grande sobre as consequências e potenciais riscos dessa infecção para a gestante e, em especial, para o conceito. Apesar da confirmação de um caso de transmissão vertical de gestante para neonato de SARS-CoV-2 (VIVANTI *et al.*, 2020), até o momento, não há dados estatisticamente significativos para elucidar a possível transmissão transplacentária, vertical ou por meio do leite materno, embora alguns artigos argumentem essa probabilidade (SOLÍS-GARCÍA *et al.*, 2020). Analogamente, não há comprovações clínicas suficientes de que o estímulo ao contato pele a pele entre o RN e a mãe aumenta significativamente o risco de contrair o Sars-Cov-2 (SOLÍS-GARCÍA *et al.*, 2020). Pelo contrário, é extremamente importante, por exemplo, promover a amamentação do neonato, haja vista que há mais comprovações de benefícios do que de riscos, mesmo diante da pandemia (BARTICK *et al.*, 2021). Sendo assim, sabe-se que esse contato durante os primeiros dias de vida é essencial para criação do vínculo entre ambas as partes. Em consequente, estudos reforçam que crianças que não tiveram esse contato primário normalmente não conseguem passar por um período exclusivo de alimentação com

leite materno, recorrendo à utilização da fórmula como suplementação (WHO, 2018). Essa realidade, além de contrariar as recomendações da Organização Mundial da Saúde, proporciona um momento de tensão e angústia para as mães que não conseguem amamentar seus filhos. Além disso, quando a instituição mantém práticas que reforçam o desmame, pode-se afirmar que não está ocorrendo comprometimento com o futuro desses pacientes, sob o ponto de vista da redução das vulnerabilidades e produção de cuidado (AYRES *et al.*, 2015).

Ressalta-se que, quando há estímulo e apoio ao aleitamento materno dentro da UTIN, há o investimento na saúde desse paciente, do presente e do futuro. Extrapolam-se os atos de curar e tratar (ou atingir um peso específico) para fazer projetos para esse paciente, com responsabilização (AYRES, 2006). A oferta do leite materno ao seio seguidamente durante a internação (não somente a existência do banco de leite e a oferta de leite humano pasteurizado) influenciará a manutenção da amamentação do prematuro no pós-alta (PINCHEVSKI-KADIR *et al.*, 2017). No contexto da internação hospitalar, o prematuro é levado ao peito da mãe em tempo oportuno e prolongado, sem restrição de horário durante a internação, possibilitando a amamentação após a alta e na sua vida futura (BRASIL, 2013). Ao fazer a substituição do leite materno por fórmula artificial para os prematuros, utilizando-se da justificativa da ausência da mãe (muitas vezes pela proibição da própria instituição), há o reforço na vulnerabilidade desses pacientes em suas três dimensões e prejuízo na produção do cuidado (AYRES *et al.*, 2015).

Ainda nas UTINs, práticas como o contato pele a pele, a posição canguru, a amamentação, a ordenha de leite materno, entre outros cuidados que envolvem a presença dos pais, têm sido evitadas e/ou postergadas nos bebês de risco até um momento julgado mais seguro para todos (WHO, 2020). O contato e vínculo da equipe com os pais e a transmissão e comunicação de informações sobre o quadro clínico do filho internado em UTIN também foram modificados nos últimos tempos e são limitados a uma ligação telefônica diária ou, em alguns locais onde é permitido, uma chamada de vídeo. De acordo com as regulamentações, o ideal seria um rodízio entre o pai e a mãe para visitar o RN de forma a manter as medidas de segurança, no entanto, muitas vezes essas visitas não são permitidas dependendo da realidade de cada hospital (FIOCRUZ, 2020; SBP, 2020; MP IDENTIFICA..., 2020).

Tais restrições não se limitam somente aos filhos de mães com infecção suspeita ou confirmada. O livre acesso e permanência dos pais está prejudicado nas UTINs para todos. E, quando um dos pais que acompanha o filho internado apresenta qualquer sintoma ou tem história de contato com alguma pessoa contaminada, também precisa se ausentar até que haja uma melhor definição do caso (FERREIRA, 2020; COM COVID-19..., 2020).

A promoção e proteção efetivas do aleitamento materno do prematuro necessitam que seja viabilizada a presença contínua da mãe na UTIN, possibilitando que esse bebê seja amamentado na internação. Ser amamentado nesse período aumenta suas chances de continuar sendo amamentado após a alta (PINCHEVSKI-KADIR *et al.*, 2017). Assim, a proibição ao livre acesso é o pior cenário encontrado para a efetivação da amamentação na UTIN, pois sabe-se que a livre demanda e a frequência regular da amamentação têm efeito positivo na manutenção desta prática (BRASIL, 2017).

Ademais, há evidências de que os efeitos da separação entre pais e filhos são irreparáveis nesses casos (WHO, 2018). Percebe-se que as implicações de certas condutas não se restringem somente ao ambiente hospitalar, uma vez que o estresse causado por tantas mudanças é sentido por todos: bebês mais agitados e apresentando mais complicações, pais esgotados e insatisfeitos e uma equipe de saúde sobrecarregada e limitada (COM COVID-19..., 2020; BARTICK *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto.”

Leonardo Boff

As turbulências que acompanham o cenário de saúde pública atual carregam consigo reflexões fundamentais para a humanidade, tanto no plano científico e físico quanto no aspecto filosófico e emocional. Nesse sentido, percebe-se que as experiências vivenciadas pela população brasileira durante a pandemia da Covid-19, embora compartilhem

angústias e desafios similares, são singulares quando se analisa os pretextos, as vulnerabilidades e as possíveis sequelas de cada caso. Com isso, a compreensão de como tais singularidades se comunicam com um quadro maior de relatos é o primeiro passo para desenvolver estratégias e planos os quais prezam pela qualidade de cuidados prestados e pelo bem-estar de todos envolvidos: equipe, familiares e pacientes.

No plano científico e físico, a discussão se concentra em biossegurança, em estatística, em dados quantitativos e qualitativos para ditar o que pode ou não ser feito. Assim, esse ponto de vista lida com probabilidades, uma análise das conclusões de grandes artigos e, por fim, um acordo entre o que é ou não seguro. Embora, nesse eixo, haja um predomínio do racional, ele pode provocar sentimentos de ansiedade e medo na população, uma vez que separa o conhecido do que há de conhecer. Desse modo, certezas que afirmam as incertezas podem provocar medidas protetivas radicais em prol da saúde.

Por outro lado, o plano filosófico e emocional é movido por discursos de ética e de moralidade, apoiando-se nos dogmas inerentes à jornada humana. Em outras palavras, relaciona-se aos costumes e o discernimento entre as vontades e o que, na prática, transmite uma sensação boa para as pessoas. Com isso, o debate se centraliza entre o que aparenta ser certo, baseando-se em costumes e desejos, tanto pessoais quanto coletivos.

Em síntese, a pandemia de Covid-19 provocou um conflito entre esses dois campos, racional e filosófico, provocando uma separação de ideias que deveriam ser complementares. O distanciamento desses ideais, enaltecido pela perplexidade do momento, contribui para atenuação do limite entre a biossegurança e a valorização da experiência humana.

Ressalta-se, ainda, que o desenvolvimento de orientações acerca de condutas com neonatos é uma tarefa complexa, haja vista que o sujeito em questão é indefeso. A inaptidão atrelada ao ser dependente é justamente o motivo pela dificuldade de mensurar a extensão das consequências provocadas pela separação, não amamentação e isolamento, haja vista que não existe uma comunicação clara entre a equipe e o recém-nascido. Sendo assim, os efeitos dos traumas sofridos por essas crianças serão, de fato, elucidados a longo prazo.

Portanto, a discussão dos conceitos de cuidado, vulnerabilidade e humanização torna-se imprescindível. Em análogo, é necessário compreender, de forma geral, pandemias como realidades imprevisíveis

que não respeitam limites de tempo, podendo estarem presentes por anos na luta diária de todos. Logo, traçar metas e gerar planos para adaptar e conviver com a realidade do momento é crucial para um futuro propício.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015, p. 399-342.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, jun. 2006. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2004.060905>. Acesso em: 16 fev. 2021.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005/>.

BARTICK M.C. *et al.* Maternal and Infant Outcomes Associated with Maternity Practices Related to COVID-19: The COVID Mothers Study. **Breastfeed Med**, 2021. Doi: 10.1089/bfm.2020.0353.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil.** 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 10/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. **Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARVALHO, W. B. D. *et al.* Expert recommendations for the care of newborns of mothers with COVID-19. **Clinics**, v. 75, 2020. DOI: 10.6061/clinics/2020/e1932.

COM COVID-19, Luccas Neto se emociona ao falar sobre distanciamento de filho recém-nascido. **Portal G1**, 18 nov. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2020/11/18/com-covid-19-luccas-neto-se-emociona-ao-falar-sobre-distanciamento-de-filho-recem-nascido.ghml>. Acesso em: 2 fev. 2021.

EICHENWALD, E.C. *et al.* **Cloherly and Stark's Manual of Neonatal Care.** 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA). **Recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Atenção à Gestante e Puerpera.** 2020.

FAKARI, R. F.; SIMBAR, M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. **Arch Acad Emerg Med.**, v. 1, n. 21, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075675/pdf/aaem-8-e21.pdf>

FERREIRA, Ivanir. HC cria protocolos para cuidados com recém-nascidos de mães com covid-19. **Jornal da USP**, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/06/19/hc-cria-protocolos-para-cuidados-com-recem-nascidos-de-maes-com-covid-19.htm>. Acesso em: 2 fev. 2021.

FIOCRUZ. **Principais Questões sobre COVID-19 no Cuidado Neonatal e no Seguimento do RN de Risco**, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-covid-19-cuidado-neonatal-e-seguimento-do-rn-de-risco/>. Acesso em: 1 fev. 2021.

IMPERIAL COLLEGE. **Ferramenta de análise de cenário COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://covidsim.org/v1.20200524/?place=Brazil>. Acesso em: 30 maio 2020.

KNIGHT, M. *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. **BMJ**, v. 369, n. 2107, 2020. DOI: 10.1136/bmj.m2107.

MP IDENTIFICA casos de Covid-19 em recém-nascidos e pede suspensão de visitas na maternidade do AP. **Portal G1 Amapá**, 15 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2020/12/15/mp-identifica-casos-de-covid-19-em-recem-nascidos-e-pede-suspensao-de-visitas-na-maternidade-do-ap.ghml>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PINCHEVSKI-KADIR, S. *et al.* Direct feeding at the breast is associated with breast milk feeding duration among preterm infants. **Nutrients**, v. 9, n. 1202, p. 1-12, 2017. DOI: 10.3390/nu9111202.

PROCIANOY, R.S.; SILVEIRA, R.C.; MANZONI, P.; SANT'ANNA, G. COVID-19 neonatal: poucas evidências e necessidade de mais informações. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 3, p. 269-272, maio-jun. 2020. Doi: 10.1016/j.jped.2020.04.002.

PROSCHOLDT, Eliane. Bebê vence coronavírus e pais comemoram. **A Tribuna**, 25 abr. 2020. Disponível em: <https://tribunaonline.com.br/bebe-vence-coronavirus-e-pais-comemoram>. Acesso em: 2 dez. 2020.

RONDELLI, *et al.* Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção Covid-19: uma revisão sistemática. **Revista Desafios**, v. 7, n. Supl. COVID-19, 2020.

SILVEIRA, R.C. *et al.* **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco.**

Departamento científico de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 1. ed, 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguinto_prematuro_ok.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Prevenção e Abordagem da Infecção por COVID-19 em mães e Recém-Nascidos, em Hospitais-**

Maternidades. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22412b-Nota_Alerta_PrevenAbordagem_infeccao_COVID19_maes-RN_em_HospMatern.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

SOLÍS-GARCÍA G. *et al.* Epidemiology, management and risk of SARS-CoV-2 transmission in a cohort of newborns born to mothers diagnosed with COVID-19 infection. *An Pediatr*, 2021. Doi: 10.1016/j.anpede.2020.12.006.

VIVANTI, A. *et al.* Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nature Research*, 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Frequently asked questions: breastfeeding and COVID-19 for health care workers.** 12 mai. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/faqs-breastfeeding-and-covid-19.pdf?sfvrsn=d839e6c0_5. Acesso em: 10 dez. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative.** Genebra: WHO. 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.** 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

ZIMMERMANN, P.; CURTIS, N. COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, v. 39, n. 6, p. 469-477, 2020. doi: 10.1097/inf.0000000000002700.

7

STEPHANIA MENDES DEMARCHI
JEREMIAS CAMPOS SIMÕES
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

REFLETINDO SOBRE O DIREITO A TER DIREITO SOB A PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM EM TEMPO DE PANDEMIA.

INTRODUÇÃO

“Abdicar de pensar também é crime.”
Hannah Arendt

A enfermagem é a maior categoria entre os profissionais de saúde, representando aproximadamente 59% de todos os profissionais mundialmente disponíveis, tendo como força de trabalho 27,9 milhões de homens e mulheres em todo o mundo. Apesar dessa aparente abundância, a humanidade não possui força de trabalho de enfermagem suficiente para cobrir as suas demandas e para atingir as metas mundiais de saúde (WHO, 2020).

Para diminuir a defasagem de profissionais de enfermagem até 2030, precisaremos ter 36 milhões de enfermeiros, sendo assim necessário aumentar a formação em enfermagem em 8% ao ano. Além dos poucos profissionais, há uma má distribuição desses, com cerca de 80% dos enfermeiros encontrando-se em países que concentram apenas metade da população mundial. Na região do continente americano, poucos países concentram a alta densidade do pessoal de enfermagem, já que 87% da enfermagem concentra-se no Brasil, Canadá e Estados Unidos, enquanto abrigam juntos 57% da população americana. Dessa forma, 8 em cada 10 enfermeiros desse continente encontram-se nesses três países (WHO, 2020).

No Brasil, a enfermagem destaca-se por ser a única categoria da área da saúde que não tem uma jornada de trabalho regulamentada inferior a 44 horas semanais. Médicos, dentistas, técnicos em radiologia, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos têm jornadas regulamentadas entre 20 e 30 horas semanais (PIRES *et al.*, 2016). Assim,

a enfermagem convive com jornadas de trabalho excessivas, subempregos ou múltiplos vínculos, más condições de trabalho etc. Tudo isso aumenta os fatores de adoecimento da categoria e pode comprometer a qualidade do cuidado (CAMPONOGARA, 2017).

Essa complexa realidade tem sido destacada diante da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, pois os profissionais de enfermagem estão na linha de frente nos cuidados aos pacientes acometidos pela Covid-19, sendo fundamentais para o enfrentamento da doença, por sua capacidade técnica, mas também por permanecerem 24 horas ao lado do enfermo, estando assim mais vulneráveis a se contaminarem pela doença (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020). Nesse trabalho ininterrupto e extensivo, ressalta-se o manuseio íntimo dos corpos, por meio de procedimentos como banho, sondagem e mudança de decúbito, dentre outros, o que por si só já torna o profissional de enfermagem mais suscetível à contaminação, principalmente na ausência de equipamentos mínimos de segurança para a realização do seu trabalho (PIRES, 2009; OLIVEIRA, 2020).

Em meio a pandemia, vemos na mídia diversas manifestações de carinho e reconhecimento direcionadas aos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem. Apesar do reconhecimento demonstrado através das palmas na varanda e homenagem nas mídias/redes sociais, o que encontramos no Brasil são péssimas condições de trabalho, salários defasados, jornadas exaustivas e escassez de direitos (LAZARINI, 2020).

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo analisar, a luz do pensamento de Hannah Arendt, os direitos dos profissionais de enfermagem no Brasil durante a pandemia provocada pela Covid-19.

PROTAGONISMO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE NO BRASIL

“A pluralidade humana é a paradoxal
pluralidade dos seres singulares.”

Hannah Arendt

No Brasil existem mais de dois milhões de profissionais de enfermagem (COFEN, 2020), sendo estruturados no conjunto de quatro categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira (BRASIL, 1986a). É uma profissão de múltipla aplicabilidade, pois está na assistência, na saúde pública, na prevenção e na promoção da saúde. Encontra-se presente em todas as fases vitais do ser humano, o que lhe garante um lugar essencial para a sociedade. Dessa forma, a enfermagem é uma profissão crucial em qualquer sistema de saúde, sendo socialmente necessária. Sem ela não há como seguir com o trabalho. Também é importante destacar que, por mais desenvolvimento tecnológico e inovações que ocorram na saúde, o ser humano ainda é o mais importante na estrutura do cuidado (SILVA; MACHADO, 2020).

É o profissional de enfermagem que, com o seu olhar, toque, presença, atendimento qualificado, técnica precisa e fidelidade diante das demandas de saúde, faz toda a diferença no processo de cura (SILVA; MACHADO, 2020). Assim, a profissão, com uma quantidade expressiva de integrantes, possui em suas mãos o poder de transmutar para melhor a saúde dos brasileiros. Para tanto, é necessário que a enfermagem conquiste um lugar melhor para si na sociedade, possibilitando um cuidado mais humanizado para os demais indivíduos (GASSEN; CARVALHO; GOES, 2013).

Apesar disso, os trabalhadores da enfermagem parecem imperceptíveis aos olhos dos governantes, empresários e gerentes do sistema de saúde e, às vezes, da população. E, por que não dizer, são invisíveis até entre eles mesmos, devido à baixa autoestima (SILVA; MACHADO, 2020) e baixo reconhecimento e valorização social. Condição que, historicamente, vem sendo reproduzida na relação com as outras profissões do cuidado, não por acaso, compostas majoritariamente por mulheres. Partindo desse processo de feminização da enfermagem como fato histórico, pode-se afirmar que:

A enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. É a condenação desses saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo. O tardio processo de profissionalização atesta essas características e reproduz as relações de trabalho sob o peso hegemônico da medicina “masculina”. (LOPES; LEAL, 2005)

Em relação ao pensar sobre o melhor para si como categoria, devemos lembrar que esta trabalha em uma prestação de serviço que gera desgaste, *stress* e adoecimento. A enfermagem brasileira, a exemplo de outras realidades mundiais, tem perfil majoritariamente feminino e apresenta sinais de esgotamento, computando altos índices de acidentes de trabalho, além do aumento crescente de depressão, obesidade, extremo cansaço, sentimento de desvalorização e índices alarmantes de atestados médicos (SILVA; MACHADO, 2020).

Frente à dominação capitalista, ocorre a intensificação e precarização do cotidiano dos trabalhadores, assim exigindo alto esforço físico e mental para realização de atividades em pouco espaço de tempo, resultando em vulnerabilidade de vínculos empregatícios, más condições de trabalho, aumento de horas de trabalho, remuneração baixa, aumento do desemprego etc. (CAMPONOGARA, 2017; TRAESEL; MERLO, 2011). Nesse contexto, torna-se necessário refletir sobre o direito a ter direito dos trabalhadores de enfermagem.

DIREITO A TER DIREITO NOS DEBATES DE HANNAH ARENDT

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos.”
Hannah Arendt

Hannah Arendt exalta o direito a ter direito ao pensar sobre o contexto dos apátridas, judeus que se tornaram homens sem lar, sem estado, que perderam seus direitos humanos e refúgio na Alemanha nazista (ARENDR, 1989). Nesse contexto enternecedor, foi negado a milhões de pessoas um lugar próprio no mundo, no qual pudessem manter a cidadania, isto é, o direito a ter direito. Esses homens encontravam-se desprotegidos de um estatuto legal regido por um estado, gerando um colapso na ideia de direitos humanos (DUARTE, 2001).

Inspirada em Arendt, Telles (1990) ressalta que ter direito, na visão arendtiana, significa viver em uma comunidade política em que as ações e opiniões do sujeito são acolhidos na condução dos negócios humanos. Dessa maneira, há exigência de um espaço em que cada indivíduo é julgado por suas ações e opiniões, mas não pela sua classe, origem ou raça. Assim, o direito deve ser visto como qualidade do agir humano e como uma experiência realizada em conjunto, com o objetivo de garantir direitos iguais (ARENDR, 1989).

Desse modo, no plano político, a ideia de contrato social é fruto da concordância de homens iguais em direito e similares pela natureza (CARVALHO, 2015), e, assim, os direitos precisam ser vistos como base indispensável para a consolidação da relação igualdade/equidade (ARAUJO, 2017). Diante disso, a igualdade, ainda incerta em nossa sociedade moderna, tem como requisito a justiça, pois a igualdade não é dada aos homens, mas é sempre resultado da organização humana. Não nascemos iguais, tornamo-nos iguais quando nos reconhecemos como membros de um grupo que decidiu garantir direitos mutualmente iguais (ARENDR, 1989).

Dessa forma, nossa vida política está baseada no pressuposto que podemos construir igualdade através da coletividade, pois, como ressaltou Arendt (1989), o homem pode construir o mundo comum e mudá-lo “juntamente com os seus iguais e somente com os seus iguais”. Isso não significa que Arendt estava ignorando as diferenças entre os indivíduos,

como ela mesmo deixa claro ao ressaltar que “Os homens são desiguais segundo sua origem natural, sua diferente organização e seu destino na história. Sua igualdade é apenas uma igualdade de direitos” (ARENDT, 1989). Dessa maneira, o direito é uma característica da vida em sociedade, aprendendo-o com um preceito ontológico de um agir democrático eficiente para evocar novas responsabilidades públicas (ARAUJO, 2017).

O desafio atual, diante da crise do político na nossa sociedade, se dá na presença da incapacidade dos sistemas de partidos ou da democracia representativa de garantir espaços de participação aos cidadãos, negando-os assim o direito de decidir sobre assuntos públicos de interesse comum (FELICIO, 2006). Sendo isso a negação da política, pois, para Arendt, a política tem como objetivo a construção do espaço público que tenha como motivação o bem comum, partindo do preceito que a política surge entre homens e não no homem (ARENDT, 2002).

Além disso, é no não reconhecimento de que todo e qualquer indivíduo é igual a mim que ocorrem as mais terríveis formas de crueldade (ARENDT, 1989). Diante do que foi posto até aqui sobre a importância da enfermagem na saúde, nesta primeira parte do texto, e a visão da Arendt sobre direito, vamos refletir no próximo tópico sobre o direito a ter direito da enfermagem em meio ao contexto da pandemia provocada pela COVID-19.

O DIREITO A TER DIREITOS NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história.”

Hannah Arendt

A lógica capitalista geralmente é pensada para produção de produtos, mas também é aplicada à área da saúde. Apesar do cuidar ter demandas que não se encontram na produção de objetos como cadeiras e computadores, há uma exigência de aplicar características de gestão de produção de mercadorias na prestação de serviço (SOUZA; PASSOS; TAVARES,

2015), ou seja, existe uma exigência dada pelo sistema capitalista de transformar o cuidado em saúde em mercadoria. Dessa forma, a saúde passa a ser negociada e gerida pela mesma lógica comercial que regula produtos e bens de consumo, subvertendo os princípios humanos indispensáveis ao ato de cuidar.

Isso reflete no trabalho da área da saúde de modo geral e, consequentemente, no trabalho da enfermagem. O profissional de enfermagem que antes exercia um trabalho essencialmente afetivo, já que seu trabalho exige contato e interação com o sujeito que precisa de cuidados, torna-se cada vez mais um profissional que acumula funções e que precisa atingir metas cada vez mais acirradas e vencer com competitividade, produtividade e excelência de resultados, em um plano de cuidado no qual um bom procedimento não é mais o bastante. É exigido sempre ir além, superar expectativas (TRAESEL; MERLO, 2011).

Associado a isso, há ainda os vários controles e exigências, determinados pela tecnologia da saúde, e o rigor da técnica, associado a custos e tempo de execução de procedimento (ou seja, cuidados), ao que se adiciona ainda a desvalorização do aspecto humano e afetivo, que deveria ser o centro do exercício profissional. Diante dessa sobrecarga das demandas gerenciais, do esvaziamento e da desvalorização do seu processo de trabalho, a enfermagem torna-se cada vez mais infeliz em exercer sua prática, gerando sofrimento em seu cotidiano laboral (TRAESEL; MERLO, 2011).

Diante da maior crise sanitária do século, também estamos vivendo uma crise do cuidado, pois os profissionais que cuidam são negligenciados pelas entidades que os empregam e pelos órgãos que fiscalizam os empregadores (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020). A enfermagem enfrenta ainda dilemas de ordem ética, já que assistir ao paciente em casos de urgência e emergência é um dever. A questão é que, no contexto da pandemia, num país onde as instituições não oferecem equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, essa exigência de “dever” do atendimento pode levar esses trabalhadores a arriscarem as suas vidas (MIRANDA *et al.*, 2020).

É importante destacar que a Resolução COFEN nº. 311/2007 se direciona para padrões de ética dos profissionais de enfermagem e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições. Dentre as responsabilidades e deveres citados nessa resolução, afirma-se que, em

tempos de pandemia e em casos de urgência e emergência, é direito do profissional suspender suas atividades quando a instituição para a qual trabalha não lhe oferece condições dignas para exercício profissional. Além disso, também é seu direito recusar-se a desenvolver suas atividades em casos de falta de equipamentos de proteção individual (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

As leis nº. 2.604/55 e nº. 7.498/86 regulamentam o exercício profissional da enfermagem e, apesar de serem bastante estudadas e conhecidas pelos trabalhadores, não mencionam nada sobre as condições de trabalho da categoria. Já a Portaria nº. 399/2006 faz diretrizes para a gestão do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo a busca pela valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. É importante destacar que essa portaria não é específica da enfermagem e também não descreve como esse objetivo seria alcançado. Assim, podemos perceber, com base nas resoluções mencionadas, que o sistema jurídico da enfermagem esteve mais preocupado em regulamentar ações dos profissionais de enfermagem do que em definir quais seriam as condições seguras do ambiente de trabalho e de fazer a fiscalização sobre isso (BRASIL, 1955; BRASIL, 1986b; BRASIL, 2006).

Para melhorar as condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem, devemos lutar neste momento pela melhora das condições de trabalho voltadas para oferecer condições necessárias para o enfrentamento da Covid-19, que, nesse caso, consiste em colocar em prática as seguintes ações: reforçar os cuidados com a segurança do profissional, oferecer treinamento sobre a realização do atendimento a pacientes infectados, garantir a disponibilidade de EPIs, enfatizar a higienização das mãos, garantir os insumos necessários, criar e garantir um ambiente adequado, garantir um contingente de profissionais que permita a reposição da equipe que apresente algum desfalque devido à contaminação, oferecer os serviços de saúde mental, evitar improvisações e oferecer opções de alojamento aos profissionais a fim de que estes não exponham seus familiares (MASSUDA *et al.*, 2020).

Mas apenas essas medidas não serão capazes de resolver o problema crônico do nosso país em relação aos profissionais de enfermagem. É necessário pensar ações em níveis macro e micropolítico, sendo fundamentais ações que promovam o modelo de atenção à saúde de forma

integrada, fortalecer as estratégias do trabalho em equipe, promover a integração e vínculo entre os trabalhadores, desenvolver e aplicar políticas que promovam o bem-estar do trabalhador, oportunizando uma visão crítica sobre seu processo de trabalho, desde uma análise contínua sobre sua ação/reflexão/ação, que proporcione maior visibilidade e a identidade profissional da categoria (CAMPONOGARA, 2017).

É importante a garantia de políticas que favoreçam a aquisição de direitos já contemplados para as demais categorias profissionais, destacando-se a necessária e urgente regulamentação da jornada e das condições de trabalho da enfermagem (que já tem vários projetos de lei em tramitação), tanto no setor privado quanto no SUS, o maior empregador da categoria da enfermagem, seja no âmbito hospitalar, seja na atenção básica (MACHADO *et al.*, 2016). Para que isso seja alcançado, é importante promover a aplicabilidade da quinta dimensão do processo do trabalho da categoria. Afinal, temos como base para ações de enfermagem: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Esse último item tem como objetivo conquistar melhores condições para realizar as outras dimensões do processo de trabalho (SANNA, 2007).

Participar politicamente é método para transformar a realidade, o que só é possível por meio da aplicação da força de trabalho da enfermagem e da sua representatividade social. Dessa forma, quando um profissional se filia a uma entidade de classe ou se posiciona politicamente no ambiente de trabalho ou em bancos escolares, ou ainda quando organizam-se para discutir e conquistar melhores condições de trabalho, constitui-se uma possibilidade de transformação. Essa participação mais ativa do trabalhador é mais importante que uma filiação compulsória e descompromissada aos órgãos de representação (SANNA, 2007).

É importante considerar como as questões de gênero e socioeconômica dos trabalhadores de enfermagem influenciam negativamente na participação política e nas lutas por conquistas trabalhistas. A participação reduzida das mulheres nas lutas políticas no Brasil é multicausal e multifatorial, perpassando a enfermagem (DIAS *et al.*, 2019), passando uma falsa imagem de despolitização, acomodação e apatia social como características desfavoráveis dessa categoria profissional.

Apesar de ter ocorrido uma mudança social em relação às mulheres devido a conquistas do movimento feminista no início da reforma

industrial, o que permitiu que elas saíssem da esfera privada e adentrassem à esfera pública, dando a elas como mulheres e trabalhadoras o direito de ver e serem vistas, de falar e serem ouvidas (ARENDRT, 2016), as desigualdades sociais de gênero se refletiram e se refletem no mercado de trabalho, que, baseado na sua divisão sexual, reforça as relações de poder, gera discriminação e violências simbólicas e explícitas contra o gênero feminino, além de causar desvalorização das profissões majoritariamente exercidas por mulheres (LOMBARDI, 2017).

A divisão sexual do trabalho marca profundamente a enfermagem, uma vez que a mulher continua exercendo seu papel de cuidadora, podendo contribuir com as despesas do lar, mas não disputa com os homens a liderança, já que, apesar de majoritariamente feminina, poucas são as posições de liderança alcançadas por elas nos altos patamares de decisão nos sistemas de saúde, além dos baixos salários e da discriminação de gênero no ambiente de trabalho. Assim, com a divisão sexual do trabalho, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho aparentemente contribui para uma contratação de mãos de obra mais baratas e em condições mais precárias (GUEDES, 2010; WHO, 2020).

Devido a isso, é fundamental que as condições e influências que permeiam o trabalho da enfermagem na nossa contemporaneidade sejam compreendidas como um reflexo de um contexto ainda maior, baseado em cultura, historicidade e economia etc. Para superar isso, a enfermagem precisa se aproximar das lutas sociais que buscam preservar valores mais humanos, se contrapondo à força da desumanização provocada pelo capital (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015). Portanto, é preciso lutar pelo direito a ter direito nas políticas que atravessam a enfermagem, como as políticas para as mulheres, para a população negra, para os povos tradicionais como a população indígena e quilombolas, para as camadas mais empobrecidas e para a população LGBTQIA+.

Destaca-se ainda que a luta da enfermagem está entrelaçada com lutas sociais amplas pela democracia, pela igualdade e pela liberdade, tendo o SUS como um direito de cidadania, inclusive de acesso ao emprego digno para trabalhadores de saúde. O SUS é o maior empregador da categoria da enfermagem (MACHADO *et al.*, 2016), tornando-se assim vital para os trabalhadores dessa categoria o engajamento e comprometimento na luta pela consolidação e financiamento adequado do Sistema, de forma que ele

seja efetivamente integral, equânime e com uma política sólida e favorável de gestão do trabalho que rompa com todas as formas e possibilidades de precarização do trabalho e de vidas, agindo em favor dos inúmeros trabalhadores inseridos nesse sistema, ou seja, um SUS igual e como direito de todos, inclusive dos trabalhadores de enfermagem.

É importante destacar que o direito a ter direito pensado por Hannah Arendt (1989) refere-se a um grupo de pessoas que não recebem proteção do Estado e que assim estão a mercê de abusos. Afinal, conforme Arendt (1989): “Não nascemos iguais; tornamo-nos iguais como membros de um grupo por força da nossa decisão de nos garantirmos direitos reciprocamente iguais”.

Para Arendt, conforme Lafer (1997), a cidadania é o direito a ter direito, pois a igualdade de dignidade e direitos não é algo cedido, mas é construído de forma coletiva e, para tal, exige acesso ao espaço público. Dessa forma, define sociedade como a união de pluralidades e o respeito a estas, isso porque somos os homens e não o homem, que habita e vive na terra. Devido a isso, devemos ser capazes de amparar e proteger os sujeitos dentro de uma condição que lhe proporcione viver em segurança (ARENDRT, 2010).

Há em nós a responsabilidade de construir uma sociedade na qual os homens sejam dignos e, para isso, há necessidade de agir em conjunto. Portanto, a dignidade humana, da mesma forma que os direitos, está relacionada a uma questão de política prática (BRITO, 2019). Diante da luta pela dignidade humana, temos a luta por direitos, e, dentre esses, o direito à saúde, o direito da mulher e o direito do trabalhador, e todos esses direitos, envolvem a enfermagem.

Baseado no direito à saúde, conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2019), devido ao fato de constituir boa parte da força de trabalho nos serviços de saúde, a enfermagem tem um importante papel no acesso universal de saúde e na sua cobertura universal. Assim, para a terceira meta do desenvolvimento do milênio e desenvolvimento sustentável, que consiste em “aumentar o financiamento da saúde e o recrutamento, formação e retenção de profissionais da saúde em países em desenvolvimento”, (AGENDA 2030, 2015) é necessário investir na prática e formação de enfermeiros, empoderar esses profissionais, conscientizá-los de seu importante papel e reconhecê-los como agentes capazes de modificar para melhor a saúde do indivíduo, família e comunidade.

Devido a isso, e na tentativa de debater, refletir e melhorar as condições da enfermagem no âmbito mundial, foi criado, em 2018, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros, All Party Parliamentary Group on Global Health e Organização Mundial de Saúde, a campanha *Nursing Now*, que teve adesão de 30 países, incluindo o Brasil. Como seus objetivos gerais estão: mais profissionais na liderança de saúde, maior autonomia nas tomadas de decisões, maior influência da enfermagem nas políticas nacionais e globais de saúde, melhoras de práticas e inovações da enfermagem, maior investimento em educação e melhores condições de trabalho para os profissionais (CASSIANI; LIRA, NETO, 2018; CRISP; IRO, 2018, NURSING NOW, 2018).

Além disso, investir na enfermagem também é investir na mulher, já que é uma profissão majoritariamente realizada por mulheres, e as sociedades mudam quando as mulheres se tornam mais influentes. Podemos também contribuir para maior igualdade entre homens e mulheres devido à independência financeira e às melhoras nas taxas de partos normais com enfermeiras obstétricas e parteiras, tendo como consequência o aumento da empoderamento das mulheres em alguns países (CRISP; IRO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo buscou-se refletir sobre os direitos dos profissionais de enfermagem no Brasil durante a pandemia de COVID-19 a partir da concepção de direito em Hannah Arendt.

Tendo em vista que a enfermagem é essencial para todo sistema de saúde, já que sua atuação está tanto na assistência como na prevenção e promoção, torna-se necessária a defesa dos seus direitos, o que inclui a valorização desses profissionais, submetidos a condições precárias de trabalho, sobretudo durante a pandemia de COVID-19.

Com base no pensamento de Arendt, não nascemos iguais, mas nos tornamos iguais a medida em que agimos conjuntamente na vida política para garantir direitos iguais. Nesse sentido, o direito a ter direito requer uma vida em comunidade política, em que haja acolhimento das ações e opiniões dos sujeitos, entendidos como cidadãos.

Nesse processo de construção de igualdade de direitos para a enfermagem, apresentam-se muitos desafios em um cenário bastante complexo. Primeiro ressalta-se a negação da política no cenário brasileiro que impossibilita a participação pública em tomadas de decisão sobre assuntos de interesse comum. Um reflexo dessa problemática está na regulamentação jurídica da enfermagem que tem se preocupado muito mais em regulamentar ações dos profissionais do que em garantir condições seguras de trabalho para os mesmos. Dessa forma, a categoria enfrenta longas jornadas de trabalho, ainda não regulamentada, além da precariedade nos estabelecimentos privados e públicos de saúde, situação agravada durante o combate da pandemia, quando profissionais da enfermagem não tinham nem mesmo EPIs disponíveis para sua proteção.

O segundo desafio está relacionado ao sistema capitalista, que, ao longo dos anos, tem transformado a saúde em mercadoria, capturando o trabalho de cuidado exercido pela enfermagem por meio das lógicas comerciais, que esvaziam a dimensão humana e afetiva essencial ao trabalho em saúde, ao mesmo tempo que submete a categoria à lógica de produtividade utilizada para gerenciar aqueles estabelecimentos que produzem bens materiais de consumo. Assim, parâmetros pautados em produtividade foram aplicados, gerando adoecimento e desgaste da categoria.

A pandemia expôs essa realidade por meio das altas taxas de afastamento e mortalidade de enfermeiros, que enfrentaram dilemas éticos ao socorrer pessoas contaminadas pela COVID-19 sem o direito a sua autoproteção ou de suas famílias.

Outras questões estruturais associam-se à desigualdade de gênero, já que a enfermagem é uma profissão majoritariamente realizada por mulheres. Marcada pela divisão sexual do trabalho, o cuidado em saúde é visto como uma profissão essencialmente feminina e de menor valor, o que contribui para sua invisibilização social. As questões relacionadas ao racismo institucional, ao desprezo pelas práticas dos povos tradicionais, à desigualdade econômica, entre outros fatores sociais, históricos e culturais, também atravessam a enfermagem.

No entanto, o pensamento de Arendt aponta para uma possibilidade no enfrentamento dessas problemáticas. É preciso um agir em comum, em coletividade, com a união de toda a categoria, para que seus direitos sejam garantidos. Entende-se que os objetivos elencados pelo Conselho

Internacional de Enfermeiros, em 2018, estão na direção apontada por Hannah Arendt na conquista do direito a ter direito, pois objetivam aumentar a participação da categoria nas instâncias políticas de decisão, abrindo espaço em cargos de liderança, acolhendo inovações, o que com certeza vai gerar mais autonomia. Contudo, nada disso será possível sem investimento em educação e na melhoria das condições de trabalho desses profissionais.

Para transformar essas políticas, será necessária muita articulação da categoria de forma integrada que fortaleça os vínculos entre as equipes, possibilitando uma ação/reflexão/ação coletiva, um pensar político, o que segundo Arendt trata-se de um agir em comum, pois a igualdade em dignidade e direitos não é algo cedido, mas é construído de forma coletiva e, para tal, exige acesso ao espaço público.

Se para Arendt o crime está em abdicar de pensar, a resistência está exatamente na sua forma contrária. Por conseguinte, espera-se que este capítulo possa fomentar muitas outras reflexões, sendo apenas um começo para novas proposições.

REFERÊNCIAS

AGENDA 2030. Os 17 objetivos de desenvolvimento sustentável. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 9 set. 2021.

ARAÚJO, V. C. de. A impermeabilidade das “políticas” destinadas às crianças: por uma necessária ressemantização do direito. **Educação**, v. 40, n. 3, p. 405-412, 2017.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. [s.l.]. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ARENDT, Hannah. **O que é política?** Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil, 2002

BRASIL. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regulação Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 17 set. 1955.

BRASIL. Lei nº 1986, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 1986a.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 26 jun. 1986b.

BRASIL. Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

BRITO, R. R. Os Direitos Humanos na perspectiva de Hannah Arendt. **Revista Ética e Filosofia Política**, v. 1, n. 9, 9 set. 2019.

CAMPONOGARA, S. Desafios do trabalho da enfermagem na contemporaneidade. **Revista espaço ciência e saúde**, v. 5, n. 2, p. 1-3, 2017.

CARVALHO, J. S. F. de. Autoridade e educação: o desafio em face do ocaso da tradição. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, n. 63, p. 975-993, 2015.

CASSIANI, S. H. DE B.; LIRA NETO, J. C. G. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n. 5, p. 2487-2488, 2018.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing Now campaign: raising the status of nurses. **The Lancet**, 2018. Disponível em: <https://treaties.un.org/>. Acesso em: 29 out. 2020

DIAS, M. O. *et al.* Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/?s=resolucao+311%2F2007>. Acesso em: 29 out. 2020

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números.** 2020. Disponível em: www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros. Acesso em: 29 out. 2020

DUARTE, A. Hannah Arendt e a modernidade: esquecimento e redescoberta da política. **Trans/formação**, v. 24, n. 1, p. 249-272, 2001.

FELÍCIO, C. Sob o signo da república: notas sobre o estatuto do sistema de conselhos no pensamento de Hannah Arendt. **Philosophos-Revista de Filosofia**, v. 11, n. 1, p. 31-48, 2006.

GASSEN, K. N. R.; CARVALHO, C. L.; GOES, C. H. B. A profissão de enfermagem: uma análise histórica de seus avanços e desafios atuais no Brasil. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, p. 14-28, 2013.

GUEDES, M. DE C. A inserção dos trabalhadores mais escolarizados no mercado de trabalho brasileiro: uma análise de gênero. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 55-75, 2010.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 55-65, 1997.

LAZARINI, W. S. Profissionais da saúde merecem homenagens, mas não são heróis. **A Gazeta**, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/artigos/profissionais-da-saude-merecem-homenagens-mas-nao-sao-herois-0320>. Acesso em: 6 jul. 2020.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 105-125, 2005

LOMBARDI, M. R. Mulheres em carreiras de prestígio: Conquistas e desafios à feminização. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742017000100010&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 29 out. 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, p. 52-69, 2016.

MASSUDA, A. *et al.* Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19 - Nota técnica n. 6. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, p. 4, 2020.

MIRANDA, F. M. D. *et al.* Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2020.

NURSING NOW. **Onde há vida, há enfermagem.** Disponível em: <http://nursingnowbr.org/metad-2020>. Acesso em: 6 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da COVID19. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-3, 2020.

PIRES, D. E. P. *de et al.* Enfermagem: Desafios em um contexto complexo. 1ª Conferência de Enfermagem no Estado de Santa Catarina. **Texto Norteador**. Florianópolis: Coren SC, 2016.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019597014>. Acesso em: 30 out. 2020.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem TT - Work processes in Nursing. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

OPAS - ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Diretriz estratégica para a Enfermagem na Região das Américas**. Washington, D.C: OPAS, 2019.

SILVA, M. C. N. DA; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SOUZA E SOUZA, L. P.; SOUZA, A. G. DE. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? / Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care? **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020

SOUZA, M. D. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. DE M. Suffering and precariousness at work in nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2072, 2015.

TELLES, V. da S. Espaço público e espaço privado na constituição do social: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt. **Tempo Social**, v. 2, n. 1, p. 23-48, 1990.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 40–55, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020**. Investing in education, jobs and leadership. **Anais**. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. Acesso em: 30 out. 2020.

8

STEPHANIA MENDES DEMARCHI
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

PROTAGONISMO E VULNERABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.

INTRODUÇÃO

Dentre os mais de 221 milhões de casos confirmados e mais de 4 milhões de mortes pela Covid-19 no mundo datados até setembro de 2021 (WHO, 2021), registram-se na mesma data oficialmente no Brasil, o país com maior número de casos confirmados da América do Sul e o terceiro no mundo, mais de 20 milhões de pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2. São Paulo é o epicentro da doença no país, com 4.297.299 casos e 146.610 mil mortes, seguido por Minas Gerais, com 2.086.149 casos e 53.407 mil mortes (BRASIL, 2021).

No entanto, a realidade é muito pior, pois os dados oficiais, questionados por especialistas, apontam para a grande subnotificação de casos da doença, devido principalmente à baixa testagem diagnóstica da população. Nesse contexto de subnotificação, especialistas indicam que os dados oficiais representariam apenas 60% do total de óbitos (BARRUCHO, 2020).

Destaca-se ainda a determinação presidencial para “maquiar” os dados ministeriais da doença (NUNES, 2020). Nesse contexto brasileiro de negacionismo e desvarios (CAMPOS, 2020) e desresponsabilização do Ministério da Saúde (MS) pela coordenação de respostas a essa Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os tantos vulneráveis ao avanço do coronavírus, destacam-se os profissionais de saúde, em especial as equipes de enfermagem que estão na linha de frente do cuidado e combate à doença e que estão sendo infectadas em massa nos hospitais e obrigadas a se afastarem do trabalho (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020).

Junto com o colapso do sistema de saúde, muitos profissionais também estão morrendo. Há tensão, medo e um sentimento de impotência quando recebem a notícia de que um colega foi contaminado ou morreu, muitas vezes longe da

família, para preservá-la do risco. Ressalta-se que, entre os trabalhadores da saúde, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem representam maioria nos serviços públicos e privados, sendo essenciais e considerados nucleares na estrutura das profissões da saúde (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020).

Nesse contexto, diante da crise sanitária provocada pelo novo coronavírus, o objetivo deste ensaio é refletir sobre o protagonismo, as fragilidades e as vulnerabilidades dos profissionais de enfermagem, principalmente sobre suas condições de trabalho ao realizar o cuidado à saúde no Brasil, a partir de uma revisão bibliográfica com coleta de informações e notícias jornalísticas sobre o tema. Diante disso, é necessário refletir e falar sobre a precarização do trabalho e da relação entre o trabalho contemporâneo e o trabalho da enfermagem.

FRAGILIDADES E VULNERABILIDADES CRÔNICAS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

No contexto proporcionado pelas ações de políticas neoliberais no Brasil, as condições de trabalho em saúde se deterioram, pois ficam submetidas à rígida contenção de gastos e impõem aos trabalhadores de enfermagem salários cada vez mais baixos (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015). Para piorar ainda mais a condição da enfermagem no país, a categoria não possui piso salarial nacional ou plano de carreira e também não tem exigências mínimas de condições de trabalho para que sejam garantidas nos milhares de serviços de saúde (PIRES *et al.*, 2016).

Associam-se a isso os novos desafios provocados recentemente pela reforma da previdência, que afeta demasiadamente os profissionais de enfermagem, uma categoria predominantemente feminina (entre 83% e 85%) (MACHADO, 2020). Assim, a enfermagem, especialmente quando praticada por trabalhadoras que são mulheres e mães, pode, devido às más condições de trabalho, comprometer a saúde física e mental desse gênero já sobrecarregado, em muitas situações, por assumirem sozinhas o sustento da família e a educação dos filhos (SPINDOLA; SANTOS, 2005).

Na compreensão histórica do processo de feminização da enfermagem, Lopes e Leal (2005) afirmam que é necessário considerar a influência de Florence Nightingale, na Inglaterra, ao institucionalizar uma profissão para as mulheres, com base em valores considerados naturalmente femininos, legitimando a relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado). Essa dicotomia traduz as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. Nesse sentido:

O diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fim, o saber que embasa a organização e os processos de trabalho na saúde. Os atos médicos são concretos, quantificáveis, justificam maior salário e pagamento por ato realizado. Isso nos confronta com a visibilidade do trabalho médico, enquanto que o trabalho de enfermagem, por sua vez, se incorpora aos fins, se invisibiliza. Sua existência concreta se materializa nas jornadas contínuas, nas 24 horas de presença no hospital, por exemplo, que exprimem a intensidade do trabalho e sua indispensabilidade. [...] Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (os serviços e a prática médica), sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais da enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados nesse aspecto e na estrutura de poder (LOPES; LEAL, 2005).

Nesse contexto, destaca-se que a enfermagem é única categoria da equipe de saúde que não possui carga horária inferior a 44 horas semanais (PIRES *et al.*, 2016). Diante disso, é necessário pensar sobre as condições de trabalho e como elas refletem no processo de trabalho e contribuem de forma significativa no processo de saúde-doença-cuidado dos profissionais de enfermagem. Os meios materiais, psíquicos e sociais das condições de labor são determinados por diversos fatores, tais como a ordem econômica, técnica e organizacional do espaço onde o trabalhador de enfermagem executa a sua atividade. É importante salientar que os trabalhadores são expostos a inúmeros fatores de risco, tendo como destaque os riscos biológicos, seguido pelos riscos ergonômicos e pelos riscos químicos (MAURO *et al.*, 2010).

Assim, as más condições de trabalho são manifestadas de diferentes formas, como jornadas extensas, sobrecarga das atividades e ritmo de

trabalho estressante, associadas a números inadequados de trabalhadores e falta de estrutura física, como condições do local de refeições e repouso, excesso de barulho etc. (SANTANA, 2018). Associado a tudo isto, há vivências típicas do contexto hospitalar, que se configura um ambiente em que há uma complexa exigência emocional. Essas e muitas outras condições contribuem para o desgaste físico e psicológico desses trabalhadores (SANTANA, 2018).

Foi diante desse cenário que a pandemia encontrou o setor de saúde, em particular o Sistema Único de Saúde (SUS), o maior empregador da categoria de enfermagem e no qual uma quantidade significativa da população tem ido buscar assistência à saúde. A pandemia encontrou os trabalhadores de saúde em uma situação de muitas carências e vulnerabilidades, principalmente associadas às relações e condições de trabalho frágeis e precarizadas, em particular devido ao subfinanciamento e sucateamento histórico do SUS.

Os serviços de saúde têm se constituído em cenários vulneráveis diante da pandemia com a crescente demanda por equipamentos, leitos e insumos e adoecimento e óbitos dos trabalhadores, culminado na necessidade de reposição da força de trabalho já exaurida. São contextos que vêm contribuindo para acelerar, e mesmo piorar, as já precárias relações e condições de trabalho a que os profissionais de saúde têm sido submetidos, sendo algumas profissões mais afetadas e com a enfermagem se destacando pelo adoecimento e pela necessidade de afastamentos devido ao contágio e pelos óbitos em decorrência da Covid-19.

A CONDIÇÃO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DIANTE DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Diante da complexidade do desgaste da saúde do trabalhador de enfermagem no Brasil, encontra-se a situação peculiar decorrente do enfrentamento à pandemia de Covid-19, tendo como destaque as ações da enfermagem de vigilância, prevenção, controle da transmissão do vírus,

assistência direta aos enfermos, produção de pesquisas e orientações à comunidade. Essas ações geram assim uma sobrecarga de trabalho, e há ainda outras demandas provocadas pela alta taxa de contaminação do vírus (MIRANDA *et al.*, 2020).

A invisibilidade crônica da profissão da enfermagem tem sido superada nessa circunstância provocada pela Covid-19. No contexto da pandemia, diversas manifestações de carinho e reconhecimento têm sido dirigidas aos profissionais de saúde, em especial à enfermagem, que tem sido elevada à categoria de heroína por sua disposição de enfrentar grandes desafios e sua dedicação aos cuidados de forma tão abnegada, reforçando a imagem de sacerdócio tão associada à profissão de enfermagem e às mulheres cuidadoras. Entretanto, a crise é um convite para rever essa herança impregnada no trabalho em saúde que o reduz ao ato caritativo ou forma de doação ao outro, ultrapassar as palmas e olhar para a humanidade e as condições de trabalho da enfermagem, com rotinas exaustivas, salários defasados e exposição a ambientes de trabalho violentos e insalubres (LAZARINI, 2020).

A pandemia se propaga, as taxas de mortalidades aumentam entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão em contato direto com uma nova doença que não se sabe tudo sobre patógeno, não há cura, não há vacina ainda para todos, não há medicação que possa frear seu progresso. Assim, a Covid-19 desmascarou que, nos hospitais, existem seres humanos que trabalham em condições vergonhosas, entre esses, a enfermagem (COSTA, 2020).

Essa categoria não precisa ser vista como heróis de guerra, o que realmente é necessário é que seja encarada como trabalhadoras de uma profissão discriminada, mitigada e em situação de vulnerabilidade pelos riscos diários da sua atividade, e que se submetem a jornadas extensas e condições laborais diferenciadas, seja pela razão da região onde trabalham, seja pelo contrato. Tudo isso acarreta riscos de adoecimento físico e mental, levando ao afastamento de suas atividades (COSTA, 2020).

Embora a sociedade demonstre em suas muitas manifestações reconhecer o heroísmo dos trabalhadores de saúde nestes momentos difíceis da pandemia, é bom que se diga que alguns deslocamentos de olhares em nível institucional e da gestão do trabalho infelizmente não têm contribuído para mudanças efetivas nas condições concretas geradoras

das precariedades e perversidades com que as condições de trabalho da equipe de enfermagem vêm sendo produzidas e aprofundadas na emergência da pandemia. Vários têm sido os depoimentos dos profissionais de enfermagem e das entidades de classe com denúncias sobre a vulnerabilidade e a precariedade a que os profissionais estão cotidianamente submetidos, estando suscetíveis à infecção, ao adoecimento e mesmo ao óbito (OLIVEIRA, 2020).

As denúncias são muitas, assim como as dificuldades, inseguranças, *stress* e medos diante da realidade que se tem enfrentado na linha de frente dos cuidados a pacientes com Covid-19 e das perdas de colegas de trabalho. As denúncias vão desde contaminação, adoecimento e falta de estrutura, gerando condições sanitárias inseguras, ao recebimento de salários aviltantes e jornadas de trabalho extenuantes. São inúmeros os relatos de “lesões por pressão devido ao uso continuado por horas a fio das máscaras e falta de tempo” ou mesmo “a impossibilidade de remover aventais, máscaras e até luvas, por não ter quantitativo suficiente para troca” (OLIVEIRA, 2020).

Diante desse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem, desde o início da pandemia na realidade brasileira, já recebeu milhares de denúncias devido à falta, escassez ou má qualidade dos equipamentos de proteção individual como máscaras, luvas e aventais, os quais são divulgados pelas mídias, aumentando a preocupação da população e dos servidores de saúde, principalmente da enfermagem, dado seu contato contínuo e ininterrupto com os pacientes. Denúncias têm sido constantes, inclusive referentes às diferentes formas de violência e/ou assédio moral e à falta de segurança, tanto para os trabalhadores quanto para os pacientes/usuários (OLIVEIRA, 2020). Assim, torna-se necessário discutir as condições de trabalho e o valor real da enfermagem e refletir sobre o sistema de saúde e como estamos lidando com a pandemia. Assim, neste momento, é importante que o Brasil olhe para quem cuida, de quem cuida e em que condições cuida (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020).

Com o objetivo de acompanhar a contaminação dos profissionais de enfermagem pelo novo coronavírus, o Conselho Federal de Enfermagem criou um observatório online no qual o profissional ou os serviços de saúde informam sobre o estado de saúde desses trabalhadores. Na consulta realizada em julho de 2020 consta a contaminação de 26.249

profissionais e o total de 272 mortes. É importante ressaltar que a enfermagem é composta de 83% a 85% pelo sexo feminino (COFEN, 2020a; SILVA; MACHADO, 2020), a maioria na faixa etária entre 31 a 41 anos de idade. O cotidiano de trabalho desses profissionais de saúde, em contato 24 horas com casos suspeitos e confirmados, incluía jornadas exaustivas, falta de protocolo, infraestrutura e equipamentos de proteção, aumentando os riscos de contágio pela Covid-19 (COFEN, 2020a, FERREIRA, L.; FERREIRA, L, 2020).

O descaso com os profissionais de saúde e dos serviços essenciais é grande. Nesse sentido, destaca-se a enquete nacional da campanha mundial realizada pelo Sindicato Global Internacional dos Serviços Públicos, apoiada no Brasil por 40 entidades sindicais e associativas dos setores privado e público e de diversas categorias consideradas essenciais, denominada “Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas” (TTPSV). Dos 3.636 entrevistados (até 22 de junho de 2020), 86% são trabalhadores do setor da saúde, tanto privado quanto público, e 75% são mulheres. Dentre os profissionais da saúde, 33% são enfermeiros/as, 14% são técnicos/as em enfermagem e 12% são agentes de endemias (TTPSV, 2020).

A pandemia também coloca em evidência problemas crônicos existentes na saúde, como a falta de insumos e condições de trabalho insalubres. Do total de entrevistados, 64% informaram não ter equipamentos de proteção individual (EPIs) em quantidade suficiente em seus locais de trabalho para troca higienizada, conforme recomendam os protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial da Saúde. Há vários relatos de imposição patronal para reutilização incorreta e explicitamente proibida de EPIs. Mais: 69% daqueles que trabalham na saúde informaram não ter tido treinamento adequado para cuidados de segurança e atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de coronavírus, e 33% informaram cumprir uma jornada de 12 ou mais horas diárias de trabalho (TTPSV, 2020).

Diante dessa pandemia, alguns profissionais de enfermagem mudaram comportamento, hábitos e rotinas familiares. Por exemplo, muitos optaram pelo autoisolamento social se restringindo a ficar em um cômodo da casa, devido ao medo de transmitir o vírus aos familiares. Há relatos de trabalhadores que compraram seu próprio equipamento

de proteção individual devido à falta desses insumos na instituição de trabalho (ALMEIDA, 2020).

Segundo Araújo-dos-Santos *et al* (2013), entre as enfermeiras, as condições de trabalho representam 46,8% das causas de precarização do trabalho, enquanto que, para técnicos e auxiliares de enfermagem, o ritmo e a pressão da atividade correspondem a 51,2%. Nesse contexto, destaca-se ainda a denúncia de enfermeiras e técnicos de enfermagem no Hospital de Campanha do Maracanã, no Rio de Janeiro, contra as precárias condições de trabalho, que os levam a dormir no chão frio, em condições insalubres, enquanto médicos têm camas e quartos com ar-condicionado e TV, evidenciando desigualdades nas condições de vida e trabalho (DONDOSSOLA, 2020).

Apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde de manter-se em isolamento social, as mulheres estão na linha de frente da pandemia, ocupando as funções de cuidado, em especial na equipe de enfermagem – enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem –, com uma média de seis mulheres para cada homem (GOULART, 2020), espelhando a feminização nesse setor e afirmando-se como o maior contingente no campo da saúde. Com o fato de não haver EPIs em número e qualidade suficientes e a limitação de espaço físico nas emergências, dificultando a manutenção da distância necessária para reduzir o risco de infecção (PAULO, 2020), e com o aumento da pandemia, as mulheres estão cada vez mais expostas ao risco de contaminação e perda de meios de subsistência (UNWOMEN, 2020).

Apesar de medidas que estão sendo tomadas para proteger os profissionais de saúde, o que se vê em dados oficiais e na mídia é cada vez maiores números de profissionais infectados e mortos pelos vírus, desmascarando assim a terrível realidade dos serviços de saúde brasileiros em relação à enfermagem, que está exposta à falta de estrutura e apoio logísticos e de materiais para que prestem uma assistência segura (SOUZA, 2020). A mortalidade dos profissionais de enfermagem pela COVID-19 está relacionada a diversas más condições de trabalho como: falta de equipamentos individuais, elevada carga horária, elevado quantitativo de pacientes por profissional, número reduzido de trabalhadores contratados para atendimento, entre outros (BENITO *et al*, 2020). Outro aspecto crônico que também deve ser considerado no avanço da pandemia é o fato

de que muitas mortes ocorrem no hospital, impactando o cotidiano dos profissionais de saúde, envolvendo escolhas difíceis de serem realizadas e gerando *stress* adicional (KOVÁCS, 2010).

Isso aparece com mais clareza nos planos de contingência e enfrentamento da Covid-19 realizados pelos estados ou pelas instituições de saúde que geralmente focam nos procedimentos, normas e padrões a serem obedecidos, mas que, raramente, direcionam o cuidado para quem cuida, não levando em consideração o adoecimento biopsicossocial a que milhões de trabalhadores de enfermagem estão expostos (SOUZA E SOUZA; SOUZA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo trouxe em debate como as condições de trabalho precárias são situações crônicas no serviço de saúde e de que maneira isso se reflete principalmente na equipe da enfermagem. Apontamos também como a Covid-19 pode interferir ainda mais na qualidade de vida e condições de trabalho dessa categoria tão explorada e malcuidada entre os trabalhadores da saúde.

A enfermagem brasileira cuida de todos, de qualquer faixa etária e com qualquer patologia, e está nos mais variados serviços de saúde. Podemos presumir que qualquer brasileiro já foi cuidado pelo menos uma vez por um membro da equipe de enfermagem. Mas diante disso, quem cuida da enfermagem?

Essa categoria também precisa de cuidados, e cabe a nós, como sociedade, estado e categoria, nos organizamos e exigirmos melhoras nas condições de trabalho, a fim de melhorar a qualidade de vida e diminuir o adoecimento desses profissionais. Até porque essa luta traz benefícios para todos os cidadãos, pois pode repercutir na melhora da estrutura física e organizacional dos serviços de saúde, melhora da qualidade do cuidado, melhora da relação interpessoal entre equipe e paciente, diminuição do absenteísmo, diminuição do *turnover*, entre tantos outros.

Por fim, a pandemia revelou à sociedade a importância dos serviços de saúde e como esse é um direito social, além de expor a enfermagem como

uma das principais profissões que colocam em prática a execução desse direito. Portanto, mesmo diante de tempos tão sombrios, que voltemos os nossos olhos para quais condições de trabalho estamos oferecendo a esses trabalhadores, a fim de que possamos cuidar de quem cuida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. Enfermeiro escreve reflexão sobre completar 40 anos em meio a pandemia. **Coren-SP**, São Paulo, 8 abr. 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/enfermeiro-escreve-reflexao-sobre-completar-40-anos-em-meio-a-pandemia>. Acesso em: 6 jul. 2020.

ARAÚJO-DOS-SANTOS, T. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03411, 2013.

BARRUCHO, L. Brasil: o novo epicentro da pandemia de coronavírus? **BBC News Brasil**, Londres, 20 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52732620>. Acesso em: 21 maio. 2020.

BENITO, L. A. O. *et al.* Mortalidade de profissionais de enfermagem pelo Covid-19 no Brasil no primeiro semestre de 2020. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, p. 656-668, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 09 set. 2021.

CAMPOS, G. W. DE S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Observatório de Enfermagem**. 2020. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2020a.

COSTA, D. A. M. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a Covid-19. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 1, n. 30, p. 19-21, 2020.

DONDOSSOLA, E. Imagens mostram profissionais da saúde dormindo no chão do Hospital do Maracanã. **G1**, 14 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/14/imagens-mostram-enfermeiros-e-tecnicos-da-linha-de-frente-do-combate-a-covid-19-dormindo-no-chao-do-hospital-de-campanha-do-maracana.ghtml>. Acesso em: 18 mai. 2020.

FERREIRA, L.; FERREIRA, L. **Enfermeiras na linha de frente contra o coronavírus. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen**, 19 mar. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermeiras-na-linha-de-frente-contra-o-coronavirus_78016.html. Acesso em: 24 abr. 2020.

GOULART, D. **Notas sobre uma leitura feminista da pandemia**. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 31, mar. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/notas-sobre-uma-leitura-feminista-da-pandemia/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 420–429, 2010.

LAZARINI, W. S. Profissionais da saúde merecem homenagens, mas não são heróis. **A Gazeta**, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/artigos/profissionais-da-saude-merecem-homenagens-mas-nao-sao-herois-0320>. Acesso em: 6 jul. 2020.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 105-125, 2005.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 244–252, 2010.

MIRANDA, F. M. D. *et al.* Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1–8, 2020.

NUNES, V. “Bolsonaro surtou de vez”, dizem técnicos do Ministério da Saúde. *Correio Braziliense*. **Blog do Vicente**, Correio Brasiliense, 6 jun. 2020. Disponível em: <http://blogs.correiobrasiliense.com.br/vicente/bolsonaro-surtou-de-vez-dizem-tecnicos-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da COVID19. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, p. 1–3, 2020.

PAULO, F. D. S. País tem mais de 8.200 profissionais da saúde afastados em meio à pandemia. *Folha de São Paulo*, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/pais-tem-mais-de-8200-profissionais-da-saude-afastados-em-meio-a-pandemia.shtml>. Acesso em: 16 abr. 2020.

PIRES, D. E. P. DE *et al.* Enfermagem: Desafios em um contexto complexo. 1ª Conferência de enfermagem no estado de Santa Catarina. **Texto Norteador**. Florianópolis: Coren SC, 2016. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXT0-NORTEADOR_.pdf. Acesso em: 1 nov. 2020.

SANTANA, L. DE L. **Riscos psicossociais e saúde mental em ambiente hospitalar: com a voz o trabalhador**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

SILVA, M. C. N. DA; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

SOUZA E SOUZA, L. P.; SOUZA, A. G. de. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? / Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care? *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 4, 2020.

SOUZA, M. D. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. DE M. Suffering and precariousness at work in nursing. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 2072, 2015.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. DA S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p. 156-160, 2005.

TTPSV - Trabalhadoras e Trabalhadores protegidos Salvam Vidas. **Relatório sintético de resposta-final**. Disponível em: <http://trabalhadoresprotegidos.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Relatorio-sintetico-de-respostas---Parcial-7-04-07-20.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

UNWOMEN. **A igualdade de gênero é importante na resposta do COVID-19**. Disponível em: www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response. Acesso em: 13 abr. 2020

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 6 set. 2021.

9

BRUNA HEINTZE FERREIRA
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

VIVÊNCIAS DE TRABALHADORAS DE SAÚDE DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA: DESIGUALDADES, AFETAMENTOS E INTERSECCIONALIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira, até o início do século XX, era caracterizada como sendo patriarcal (APERIBENSE; BARREIRA, 2008). O patriarcado ditava os processos de construção de identidades sociais que atribuíam à mulher um papel de submissão e domínio do espaço doméstico como modos mais acertados de expressar um comportamento considerado adequado à condição de mulher (NADER, 2014).

Era um modelo de sociedade que legitimava aos homens o comportamento de posse do corpo feminino e ligava a honra masculina à conduta da mulher sob sua tutela, de maneira que era função do homem disciplinar e controlar as mulheres da família, muitas vezes utilizando a força como instrumento legítimo para tal fim. Sustentada e institucionalizada pela lei, a dominação masculina nomeou o lar como um espaço privilegiado para a ocorrência da violência contra a mulher, tida como essencial para a manutenção e boa condução da sociedade (LAGE; NADER, 2016).

Esse mesmo modelo de sociedade também direcionou a entrada da mulher no mercado de trabalho, iniciada no final do século XIX, que associava os papéis tradicionais da identidade feminina ao cuidar, ao educar e ao servir como sendo um dom ou vocação exclusiva da mulher (SOUSA; GUEDES, 2016).

Assim, por necessidades variadas, as mulheres foram assumindo espaços no mundo do trabalho e postos antes vetados para elas. Seguindo essa lógica, inicialmente foram acessando ocupações que eram consideradas vocacionalmente femininas, como costurar, cuidar, fiar, entre outras. Com o tempo, foi imprescindível romper preconceitos para atuar em setores conservadores e tradicionalmente masculinos. Até a década de 1960, as mulheres só poderiam trabalhar com a autorização do marido. A mudança

desse cenário ocorreu com o Estatuto da Mulher Casada (1962), que retirou do Código Civil vigente no Brasil o direito do marido de impedir sua esposa de trabalhar fora do domicílio (MATOS; BORELLI, 2016).

A feminização do trabalho se refere a entrada da mulher em profissões historicamente masculinas, como a medicina e a odontologia. A enfermagem foi a primeira profissão feminina universitária no Brasil, o que traduz o processo sócio-histórico do cuidado de saúde vinculado aos papéis tradicionais de feminilidade (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). No momento presente, os dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) evidenciam que as mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de 6 milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica (PROTAGONISMO..., 2020).

Dentre as demandas que a Atenção Básica recebe, a violência que acomete as mulheres é uma delas. A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, pautado nas relações de gênero, que traz danos físicos, psicológicos e sofrimento para as mulheres (UN, 1993). Trata-se de um problema mundial, baseado nas relações de desigualdade de gênero, que tem início em ambiente familiar em que as relações de gênero se estabelecem de forma hierárquica (BANDEIRA, 2014). Em 2020, como agravante da violência contra a mulher, temos a pandemia de COVID-19 que, no Brasil, evidenciou aumento de notificação de casos no primeiro trimestre de 2020 (FIOCRUZ, 2020).

Os serviços de Atenção Básica são parte da rota de mulheres em situação de violência por busca de assistência, pois são portas de entrada do sistema de saúde e atuam de forma longitudinal com a população adscrita, o que favorece o fortalecimento do vínculo. E, por último, trata-se de um serviço voltado para a prevenção e promoção de saúde, que presta assistência de forma continuada às mulheres, independente de doenças específicas, proporcionando que o serviço seja buscado mesmo na ausência de queixas ligadas a adoecimentos já manifestos (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Um fato importante a ser considerado é que a maior parte do trabalho realizado em saúde é feito por mulheres, e este possui um forte conteúdo relacional (PENSO *et al.*, 2010). Ao estabelecerem a relação de cuidado com seus pacientes, são demandadas na forma como estão psíquica

e socialmente envolvidas nesse processo de trabalho e nas relações do trabalho com as questões de gênero, dado que se doam emocionalmente para o outro que se encontra em situação de vulnerabilidade.

No entanto, essa dedicação pode ter um alto custo, pois não é raro que essas profissionais negligenciem a si mesmas, colocando-se em último plano, conforme mostrado na pandemia de COVID-19, uma vez que demandou muitos profissionais de saúde. Esse modo de se deixar implicar subjetivamente no trabalho associa-se a um modo de intervir junto ao outro, marcado por uma posição de devotamento e abnegação que exige docilidade e paciência (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995), mas que precisam ser exercidas a custo de uma hostilidade nem sempre consciente e que contribui de modo indelével para o sofrimento e desprazer no trabalho.

Por isso que é preciso olhar para quem cuida e em que condição o faz para questionarmos como está o cuidado de quem cuida. Os profissionais de saúde da linha de frente do enfrentamento da COVID-19 estão sendo infectados em massa, sendo afastados dos serviços, com sofrimento mental e até perdendo a vida. Essa situação denomina-se uma crise do cuidado na pandemia visto que, mesmo com as manifestações de reconhecimento da importância dos profissionais de saúde para a contenção da pandemia, isso não exclui a sensação de desrespeito governamental e violação de direitos à autoproteção dos profissionais, já que se expõem ao risco de contágio para proteger os mais vulneráveis. Isso evidencia o papel de gênero como marcador de desigualdade no contexto da pandemia, dado que as mulheres continuam trabalhando, seja de forma remunerada ou não, e se expõem ao risco mais do que os homens (SANTOS, *et al.*, 2020).

Sendo assim, diante das vulnerabilidades às quais as mulheres são submetidas por sua condição existencial que afetam sua forma de agir tanto profissionalmente como pessoalmente, este estudo busca responder às seguintes perguntas norteadoras: Como o fenômeno da violência contra a mulher é percebido pelas trabalhadoras da Atenção Básica? A trabalhadora de saúde em sua condição de mulher se considera mais vulnerável à violência? As mulheres trabalhadoras de saúde são afetadas pessoalmente e profissionalmente pelas situações de violência que chegam ao serviço? E quando é uma mulher violentada por parceiro íntimo? Há diferença no afetamento?

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este texto é parte da dissertação de mestrado “Lugar de falas: Atenção Básica como território de enfrentamento da violência contra a mulher no município de Vitória, Espírito Santo”, de abordagem qualitativa e delineamento analítico-descritivo. A pesquisa teve como objetivo identificar, a partir da percepção das trabalhadoras de saúde, como se produz, na organização cotidiana do trabalho, as diferentes formas de acolhimento e afetamento às situações de violência contra a mulher na Atenção Básica no município de Vitória, Espírito Santo.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da região de Maruípe, Vitória, Espírito Santo. A escolha do território de Maruípe justifica-se pelo fato de ser um campo de estágio do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, local onde o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva está inserido, além de ser um território com indicadores de violência que indicam ser um problema relevante e necessitar de ações intersetoriais, inclusive na área da saúde.

Participaram da pesquisa mulheres, trabalhadoras de saúde. O critério de inclusão adotado foi ser mulher e estar em atividade na Unidade de Saúde no momento da pesquisa, e como critério de exclusão foi ser do sexo masculino, estar em trabalho na modalidade *home office* ou estar de licença do serviço.

Pela situação da pandemia de COVID-19, a coleta de dados sofreu adaptações, respeitando as recomendações de biossegurança da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pré-acordada com os diretores das Unidades de Saúde. Utilizou-se um questionário com perguntas abertas, que foi deixado na Unidade de Saúde para as trabalhadoras responderem se concordassem com o termo de consentimento, e depois a pesquisadora buscava no local. A coleta foi realizada no mês de julho de 2020, depois do período de *lockdown* (bloqueio total ou confinamento), fase do protocolo de isolamento por causa da pandemia de COVID-19.

Os resultados foram organizados e analisados com o auxílio do *software* Atlas ti para análise temática de conteúdo. Depois da organização dos dados, que teve como finalidade compreender os variados sentidos, percepções, das trabalhadoras de saúde sobre a temática da violência contra a mulher, o material foi agrupado em categorias de análise para

ser discutido. Para esta pesquisa, destacam-se as seguintes categorias: percepção das profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher, afetamentos das profissionais de saúde no cuidado à mulher em situação de violência, vulnerabilidade da mulher e pandemia de COVID-19.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo foi realizado com cinco enfermeiras, duas assistentes sociais, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de laboratório, uma auxiliar de saúde bucal, uma cirurgiã dentista e uma fonoaudióloga, na faixa etária de 30 a 54 anos de idade, totalizando 12 trabalhadoras de saúde de duas Unidades de Saúde de Vitória, Espírito Santo. Oito se declaram brancas, duas pardas, uma preta e uma amarela. Sete são católicas, quatro evangélicas e uma denominou-se de outra religião. Oito trabalhadoras são casadas, duas são solteiras e duas são divorciadas. Apresentaram de sete meses a 15 anos de tempo de serviço na Atenção Básica. Dez trabalhadoras de saúde possuem Ensino Superior, todas apresentando pós-graduação na área da saúde, e duas possuem Ensino Médio Completo. Para assegurar o sigilo e ética em pesquisa, as participantes serão identificadas com a letra “P” seguida de um número de 1 até 12, correspondente ao total de trabalhadoras de saúde.

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHERES

As trabalhadoras de saúde relatam haver alto índice de violência contra a mulher na sociedade. Identificaram, na Atenção Básica, com a mesma quantidade de respostas, as violências física e psicológica, seguidas da violência sexual e violência patrimonial/financeira. Nesse caso, uma participante destacou esse tipo de violência como sendo mais identificada em mulheres idosas. Cinco trabalhadoras identificaram também as violências

autoinfligidas. Por último, veio a violência urbana. Das 12 trabalhadoras que participaram do estudo, cinco relataram ter sofrido violência. Das violências sofridas, mencionaram a física, a psicológica e a financeira, mas não quiseram trazer mais detalhes sobre a experiência de violência sofrida.

Com o impacto da violência, tem-se que 25% dos dias de faltas no trabalho remetem à causa da violência, o que reduz a remuneração financeira em 3% e 20%. Filhos de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer e 63% repetem o ano na escola, havendo evasão escolar, muitas vezes, por volta dos 9 anos de idade. A violência doméstica representa quase um ano saudável de vida perdido para uma em cada cinco mulheres entre 15 e 44 anos, ocupando peso similar ao da tuberculose, do HIV, dos diversos tipos de câncer e das enfermidades cardiovasculares (BRASIL, 2005).

Seguindo essa lógica, as trabalhadoras de saúde agregaram a situação de vulnerabilidade social como um fator de risco para a ocorrência do fenômeno da violência e as relacionam com a grande magnitude do problema. Trazer a vulnerabilidade feminina para o contexto da violência torna-se fundamental visto que antecipam as doenças e os agravos à saúde da mulher. A vulnerabilidade é uma forma de evidenciar a iniquidade e a desigualdade social ao considerar aspectos coletivos e contextuais para além do individual, que expõe os indivíduos a doenças e agravos à saúde por carência de recursos de proteção (MUNHOZ; BERTOLOZZI, 2007).

As trabalhadoras de saúde relacionaram os territórios onde trabalham com as situações de vulnerabilidade mostradas pelas notificações compulsórias da violência, tendo a violência urbana e o tráfico de drogas como fatores que intensificam as vivências de violência pelas mulheres:

Possui um dos mais altos índices de violência contra a mulher do país, P6.

Bastante presente no território em que trabalho, onde temos uma população bastante vulnerável. Também percebo uma grande demanda desse fenômeno ao ler boletins encaminhados pela vigilância, porém acredito que exista uma subnotificação e denúncias de casos, P10.

[...] Temos muitos territórios em vulnerabilidade social, alguns com episódios de tráfico de drogas que submetem ainda mais as mulheres aos agressores que geralmente vivem na mesma residência ou comunidade, P3.

Fatores comportamentais dos parceiros íntimos, como uso abusivo de substâncias químicas, foram relatados como fatores de risco, sendo mencionados por seis trabalhadoras da Atenção Básica com as palavras “álcool” e “drogas”:

Vejo que acontece infelizmente em todas as classes sociais, mas com ascendência nas mulheres em vulnerabilidade social, e na maioria das vezes ocasionada pelo uso de drogas [...], P4.

[...] a maior parte da violência está relacionada ao abuso excessivo do álcool e outras drogas, ciúme. Enfim, envolve uma gama de sentimentos, às vezes ambíguos e contraditórios, P1.

O contexto cultural que modela os papéis de gênero aparece de modo persistente, sobrepondo fatores de vulnerabilidade para as mulheres sofrerem violência. “Machismo”, “ciúme”, “posse” e “naturalizado” são expressões as representações da percepção das trabalhadoras de saúde de comportamentos abusivos e agressivos persistente em nossa sociedade:

Algo naturalizado e institucionalizado. Tão fortemente enraizado na cultura brasileira que chega a ser transmitido pelas gerações, P2.

[...] O ciúme doentio, o machismo, uso abusivo de álcool e drogas, são fatores que desencadeiam para as causas de mortes em mulheres capixabas, P12.

Sendo assim, as trabalhadoras de saúde percebem a violência baseada no contexto sociocultural no qual estão inseridas, trazendo as vulnerabilidades em que a mulher se encontra reforçadas pelo comportamento machista que persiste em nossa sociedade, confirmada pela indicação da tipologia da violência psicológica e física como as mais identificadas.

AFETAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As trabalhadoras de saúde mostraram-se sensibilizadas com a violência que acomete as mulheres ao atendê-las, e por vezes trazem a necessidade de aprimoramento profissional para melhor lidar com essa demanda. Cinco trabalhadoras sofreram situações de violência, o que sugere maior afetamento e empatia para lidar com situações tão delicadas, reforçando o papel histórico atribuído a mulher de cuidado com o outro. As palavras como “transtornada” e “indignação” demonstram o acolhimento, a escuta qualificada e sensível das trabalhadoras no atendimento às mulheres vítimas.

A violência sempre atinge a todos de uma forma ou outra. Afinal, somos humanos. Eu, sendo mulher, fico transtornada com tal situação sofrida por outras mulheres. O sofrimento da vítima pode causar danos terríveis, P3.

Me sinto mal, por não poder dar um suporte maior para estas mulheres, só conhecemos o serviço dentro da unidade quando nos deparamos com algum caso e temos que encaminhar, aí saímos procurando para onde encaminhar, P5.

Ao tratar um problema de violência contra a mulher é fato que ao acolhermos a paciente iremos vivenciar uma situação de sofrimento e constrangimento. Mesmo que se use a empatia, temos que ter equilíbrio psicológico durante todo tratamento do caso, P12.

Profissionalmente afeta no sentido de querer aprimorar o conhecimento para poder saber direcionar a vítima para o profissional adequado ao atendimento. No âmbito pessoal, às vezes nos comovemos com os relatos da vítima ao se abrir e comunicar sobre suas dificuldades vividas em momentos de desespero, P4.

A VULNERABILIDADE DA MULHER E A PANDEMIA DE COVID 19

Sendo afetadas de modo diferenciado pela condição de mulher e trabalhadora de saúde, as participantes compreendem a necessidade de entender melhor esse fenômeno multifacetado e interseccional. Entendem que o quesito raça/cor torna a mulher ainda mais vulnerável a sofrer violência, sendo que dez trabalhadoras responderam que a mulher negra é a mais vulnerável e trazem expressões como “raça”, “social” e vulnerável” como representação dessa percepção.

As diferenças entre as mulheres negras e não negras pode ser observada na proporção de mulheres negras entre as vítimas da violência letal: em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto, entre as mulheres não negras, a taxa de mortalidade por homicídios no último ano foi de 2,8 por 100 mil, entre as negras, a taxa chegou a 5,2 por 100 mil, praticamente o dobro (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

As mulheres negras ainda sofrem as marcas deixadas pela escravidão, evidenciadas pela desigualdade social. O feminismo negro discute as diferenças entre as mulheres brancas e negras (NADER, 2019). Traz também o conceito de interseccionalidade, para que se possa apreender os fios de causalidades, consequências e os entrecruzamentos que, ao longo da história, tem estruturado e tecido, em especial, as relações de gênero, classe social e raça/cor.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p.177).

Dentre as justificativas apresentadas pelas trabalhadoras de saúde para essa diferença entre as mulheres brancas e negras e a vulnerabilidade à violência, são trazidos o contexto socioeconômico e o racismo estrutural, que geram desigualdade de oportunidades, tendo por consequência situações de pobreza e dependência financeira do parceiro íntimo.

As mulheres negras, pela vulnerabilidade social estar fortemente presente, juntando-se também ao preconceito/racismo ainda existente infelizmente na sociedade, P4.

A mulher negra, devido à baixa escolaridade, desconhecimento dos seus direitos enquanto mulher, o alcoolismo, drogas, dependência do marido, maior número de filhos, P5.

Geralmente são as pessoas de raça negra. São pessoas expostas a situação de violência, de extrema pobreza, dependentes e com estima baixa, P12.

Aliada ao contexto brasileiro de desigualdade social, a pandemia de COVID-19, que acometeu o mundo, no Brasil, agravou ainda mais a situação de abismo social tão presente na sociedade brasileira.

Essa pandemia tem desencadeado alterações repentinas na vida das famílias e da sociedade em geral. As medidas de biossegurança e restrições nos deslocamentos necessárias como contenção da transmissão da COVID-19 trazem transtornos à rotina em geral, aumentando o foco de tensionamento e estresse. As crianças estão fora das atividades escolares. Homens e mulheres estão com trabalho reduzido ou impossibilitados de trabalhar, o que gera sobrecarga, desafios de conciliação de rotinas e exigências com a casa e cuidados com os membros da família. Essas situações muitas vezes contribuem para que as pessoas sintam preocupações sobre a própria infecção, como a manutenção da subsistência ou como encontrar novas opções de cuidado com os familiares. É importante destacar que a pandemia atinge as famílias de forma desigual, dependendo de marcadores sociais como gênero, cor da pele, etnia, faixa etária, renda e estrato social (FIOCRUZ, 2020).

Em relação às mulheres, as situações de vulnerabilidade se acentuaram, visto que estas, em sua maioria, possuem trabalhos informais, ocupam o espaço doméstico que agora, na situação de isolamento social, foi ocupado também pelos parceiros íntimos. E ainda, é importante mencionar as incertezas econômicas do país que agravou o desemprego e gerou ainda mais estresse nas famílias. As trabalhadoras de saúde trazem esses fatores como potenciais para o aumento de casos de violência contra a mulher proveniente da pandemia de COVID-19 na

sociedade, mas que não refletiram diretamente no cotidiano de trabalho da Atenção Básica.

A pandemia tem causado alterações bruscas na vida das famílias. Medidas de quarentena perturbam a rotina de modo geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse, deixam a mulher mais exposta à violência, P7.

Acredito que tenha aumentado a violência contra a mulher, todo esse clima de incertezas, medo, pânico, desemprego, deve ter afetado a vida de muitas, gerando violências, mas as pacientes não têm procurado os serviços de atenção primária. A maioria, ficamos sabendo por meio de notificações de PA (Pronto Atendimento), P10.

Com a pandemia aumentou sim os casos, pois ocorrem o isolamento social, e algumas casas, marido e mulher passam a ter uma convivência maior, aumentando assim as brigas, as agressões físicas e psicológicas, P12.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que a violência contra a mulher vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19. No Brasil, o aumento da violência contra a mulher, ao longo do primeiro mês da pandemia, também tem sido noticiado (FIOCRUZ, 2020). Esse aumento pode estar associado: ao distanciamento da mulher da rede socioafetiva; ao aumento do estresse causado pela limitação do sustento da família, que pode agravar conflitos de convivência – os agressores podem usar as restrições de controle de transmissão da pandemia como forma de submissão das parceiras, o que gera ainda mais redução no acesso aos serviços de atenção e apoio psicossocial –; ao aumento de consumo de álcool e drogas em ambiente familiar; ao acesso limitado aos serviços de atendimento à mulher em situação de violência pelo combate à COVID-19. Dessa forma, as mulheres podem estar enfrentando obstáculos ainda maiores para acessar os serviços de proteção (FIOCRUZ, 2020).

De modo geral, as trabalhadoras da saúde mencionam que a mulher negra é a mais vulnerável e que há uma disparidade entre mulheres negras e não negras em relação aos casos de violência. Ao se observar os dados da pesquisa, também foi perceptível os relatos sobre o aumento da violência no atual cenário sanitário, corroborando com achados de outros estudos.

Do mesmo modo, foi possível notar a reprodução das desigualdades e iniquidades sociais que se agravaram no contexto da crise da COVID-19, o que colabora para que a mulher esteja mais vulnerável à violência doméstica (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contemplou o objetivo que foi identificar, a partir da percepção das trabalhadoras de saúde, como se produz, na organização cotidiana do trabalho em Saúde, as diferentes formas de acolhimento e afetamento às situações de violência contra a mulher na Atenção Básica.

De modo geral, as trabalhadoras de saúde percebem a violência contra a mulher como um fenômeno naturalizado, com alto índice e agravado pelas desigualdades de gênero que ainda persistem em nossa sociedade, por colocarem as mulheres em situações de risco e de maior vulnerabilidade. Identificam diversas formas de manifestação da violência como a física, a psicológica, a sexual e a autoinfligida, dentre outras. Se consideram vulneráveis às situações de violência e consideram a mulher negra como a que possui maior risco de sofrer violência.

Apresentam-se afetadas com a temática dado que cinco participantes já experienciaram situações de violência, o que sugere maior propensão à sensibilização e ao acolhimento de outras mulheres em situação de violência. Por isso, os serviços de saúde, em especial a Atenção Básica por atuar no território, são privilegiados no rastreamento das vulnerabilidades com destaque para a violência. Sendo assim, os trabalhadores de saúde são peças-chave para buscar o entendimento das desigualdades para antecipar os cuidados em saúde à população feminina.

Como uma limitação do estudo, apresenta-se o contexto da pandemia de COVID-19, que restringiu a participação das trabalhadoras de saúde, e também a dificuldade ainda presente em se falar sobre a temática. Torna-se necessário o aprimoramento constante dos trabalhadores de saúde para lidar com essa demanda.

No mais, há a compreensão que esta pesquisa trouxe contribuições relevantes para a área da saúde pública, por dar visibilidade a perspectiva

da mulher, trabalhadora de saúde, duplamente afetada pelo fenômeno, sobre a complexidade da violência contra a mulher. Por fim, entende-se a necessidade de apoio a mulher em situação de violência e de prevenção no contexto cotidiano de trabalho dos serviços de Atenção Básica, na busca ofertar um cuidado qualificado e integrado a rede intersetorial.

REFERÊNCIAS

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. São Paulo. **Ver Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p.474-482, 2008.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Pú.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 1995.

BANDEIRA, M.L. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n. 2, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

CERQUEIRA, D. C, *et al.* **Atlas da Violência 2020**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília: DF, 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista de Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, 2002.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária em Saúde: uma revisão sistemática. **Interface** (Botucatu), v. 24, 2020.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID19**. Violência doméstica e familiar na COVID 19. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020.

LAGE, L.; NADER, M. B. Violência contra a mulher: Da legitimação à condenação social. In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (Orgs). **Nova Histórias das Mulheres no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MATOS, M.; BORELLI, A. Espaço feminino no mercado produtivo. In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (orgs.). **Nova História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2012, p. 126-147.

MUNHOZ, S. AI, BERTOLOZZI, MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-24, 2007.

NADER, M. B., RANGEL, L. A. **S. Mulher e gênero em debate**: representações, poder e ideologia. Vitória: Edufes, 2014.

NADER, M. B. **Equidade de gênero e raça**. Vitória: Edufes, 2019.

PENSO, M. A. *et al.* O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 728-733. 2014

PROTAGONISMO feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. **CONASEMS – Conselho Nacional De Secretarias Municipais de Saúde**, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/> Acesso em: 15 out. 2020.

SANTOS, G. B. N. *et al.* Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pala COVID 19. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, 2020.

UN - UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. **Declaration on the elimination of violence against women**. Proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993. 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>. Acesso em: 15 out. 2020.

10

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO
ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA
THIAGO DIAS SARTI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO: DESAFIOS PARA A INCLUSÃO DE ESTUDANTES VULNERÁVEIS EM UM CONTEXTO DIGITAL DE ENSINO-APRENDIZAGEM.

INTRODUÇÃO

A doença provocada pelo coronavírus (*Corona Virus Disease*), originada em Wuhan na China e manifestada mundialmente a partir de 2019, não é apenas um problema de saúde. A pandemia do SARS-CoV-2 e a doença causada por ele (Covid-19) têm sido consideradas um choque profundo para nossas sociedades e economias, criando a maior política de isolamento social em larga escala e colocando em evidência nosso modo de organização social e seus principais problemas.

De acordo com Arruda (2020, p. 258), “o mundo não se encontrava previamente preparado para os efeitos sociais, culturais, educacionais e econômicos gerados por esse vírus”. Nesse contexto, é importante destacar que o coronavírus tornou o espaço escolar um local muito temido pelo risco da sua transmissão. Ademais, o cenário educacional é reconhecido como um setor muito afetado por tais implicações ocasionadas pela pandemia, gerando modificações na estrutura organizacional em todos os níveis de ensino. No nível superior, se destaca a inédita situação de 90% da população estudantil ter estado isolada em algum momento em todo o mundo devido ao fechamento das instituições para impedir a propagação do vírus.

Esse cenário vem promovendo desconstruções nos formatos tradicionais de ensino e a valorização de metodologias de ensino-aprendizagem a distância e das tecnologias digitais, ao mesmo tempo que coloca em cena a inclusão de um grande contingente de estudantes socialmente vulneráveis (ARRUDA, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). Tornou-se imprescindível que os docentes dominem as tecnologias empregadas no sistema de ensino remoto. Entretanto, destaca-se a ausência de políticas públicas voltadas

para a formação massiva de professores para atuarem nessa nova perspectiva educacional vigente (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Com a suspensão das atividades presenciais no contexto da pandemia, as escolas e Instituições de Educação Superior (IES) necessitaram adotar o Ensino Remoto Emergencial (ERE), o que exigiu adaptações tanto para essas instituições como também para os estudantes e suas famílias.

Os modelos híbridos de ensino, com momentos síncronos e assíncronos, presenciais e a distância, utilizando tecnologias digitais e metodologias ativas, já vinham sendo discutidos e utilizados por instituições de ensino de vários países como forma de melhorar o acesso e otimizar o ensino superior (BACICH; TANZI NETO; TREVISANI, 2015). Com o isolamento social, esses métodos e tecnologias de ensino ganharam evidência e têm gerado importantes debates diante dos seus impactos frente às desigualdades sociais vivenciadas pelos brasileiros e também por explicitar fragilidades no Ministério da Educação (MEC) na condução desse processo (ARRUDA, 2020). Desdobramentos posteriores podem ser gerados sobre se o uso em larga escala dessas tecnologias no meio de uma pandemia, e seus efeitos psicoemocionais, fortalecerá o uso do ensino virtual e o ensino a distância no panorama educacional.

No Brasil, as medidas de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 adotadas pelo Estado não têm se mostrado capazes de gerir seus impactos, já sendo evidentes os sinais de estagnação econômica, desemprego, desmonte dos sistemas de saúde e proteção social e aumento acelerado das desigualdades sociais e suas implicações (BUSS *et al.*, 2020; IBGE, 2020; CASTRO, 2020).

Tendo como cenário o direcionamento das políticas neoliberais que o país vem assumindo e o alto grau de privatização do ensino superior no Brasil (INEP, 2016), há de se considerar impactos como o medo de contaminação, o isolamento social, a suspensão das atividades acadêmicas presenciais e a adoção de novas metodologias de ensino na arena da educação superior que, vinculadas aos mecanismos de auxílios do governo ou ao custeio direto das famílias, definirão a continuidade dos estudos e a futura inserção desses estudantes no mercado de trabalho (CASTRO, 2020). Nesse contexto, destaca-se um cenário de aprofundamento das desigualdades econômicas e da precarização das universidades públicas, da ampliação da política de privatização

da Educação Superior e da regressão dos direitos conquistados pelos trabalhadores (LIMA, 2019).

Em um cenário de incertezas atreladas ao funcionamento das IES públicas e privadas e a formação de estudantes nesse nível, jovens são forçados, em velocidade acelerada, a se adaptarem às mudanças metodológicas de ensino, especialmente quanto ao uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), o que amplia uma carga psicoemocional inerente a formação na graduação, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida destes jovens (SANTOS *et al.*, 2020).

Torna-se pertinente e relevante atentar quanto às repercussões geradas pela pandemia de Covid-19 nas múltiplas dimensões do cotidiano acadêmico no ensino superior no âmbito privado, em nível individual, familiar e coletivo, em especial quando a maior parte da população brasileira está inserida no segmento particular e o custeio com educação ou é realizado por gastos direto da família ou é dependente de auxílios governamentais junto à essas IES (INEP, 2016).

O modelo de expansão da educação superior adotado no Brasil teve como diretriz central o crescimento de instituições de ensino superior privado aliado a ampliação da abrangência e a diversidade de políticas de financiamento público estudantil que culminaram na abertura desse setor junto a agentes internacionais de mercado, resultando em uma grande elitização do perfil dos alunos, em especial nos cursos mais concorridos na área da saúde e nas instituições privadas (CARVALHO, 2014; 2015; PINTO, 2004). Essa expansão tenta propor maior universalização e acesso a níveis mais altos na educação brasileira, mas enfrenta graves problemas de sustentabilidade diante da instabilidade econômica e financeira gerada pela pandemia de Covid-19 no país.

Nesse sentido, o objetivo do presente ensaio é problematizar as implicações da Covid-19 em um ensino superior privatizado e hegemonicamente orientado por uma lógica mercantil de matriz neoliberal, a fim de construir uma interpretação de como se configura a educação superior privada em tempos de pandemia e como isso afetará as políticas sociais educacionais no futuro.

REFLETINDO AS REPERCUSSÕES GERADAS NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO PELA PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de Covid-19 paralisou grande parte das atividades produtivas e de prestação de serviços de todo país, e não foi diferente os impactos gerados no Sistema Educacional Brasileiro. Há de se ressaltar uma lacuna gigantesca entre o segmento público e o privado, quando considerada a inércia e ingerência no setor público diante das orientações e diretrizes confusas do Ministério da Educação e, um ano após a chegada do vírus no país, vivenciamos a instalação de mudanças estruturais, pedagógicas e acadêmicas emergenciais e divergentes entre esses setores (CASTRO, 2020).

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que retrata dados do acesso domiciliar à internet em banda larga ou 3G/4G, nos mostra que, no ensino superior, havia, em 2018, 2% da população no país (em valores absolutos: 150 a 190 mil, sendo 51 a 72 mil na rede pública) sem acesso à internet. Esse percentual hoje pode ser bem maior, uma vez que as IES estão concentradas em centros urbanos e uma parcela de estudantes migraram para os seus domicílios, o que pode significar maiores proporções de alunos sem acesso adequado à internet. Nesse estudo, foi verificado que 88% dos estudantes inseridos em IES públicas classificados como baixa renda não possuíam acesso à internet e, em uma proporção não tão distante, 64% de estudantes no setor privado também não possuíam acesso à internet. Tal percentual justifica-se pela maior concentração de alunos matriculados no segmento privado: 75,4% (IPEA, 2020).

O surgimento de situações que exijam o distanciamento social, como a situação atual da pandemia por Covid-19, afeta os sistemas educacionais. Nesse cenário, as ferramentas tecnológicas e ambientes virtuais apresentam-se como importante instrumento educacional complementar. Na educação a distância, afirma-se que o aluno é o protagonista da sua aprendizagem, caminhando na direção da autonomia e de ampliar sua capacidade de criar e buscar novas habilidades para que seja capaz de interferir na sua realidade cotidiana (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Para esses autores, a experimentação do ensino remoto demandou mudanças no vínculo entre estudantes, professores e, conseqüentemente, nas dinâmicas

de estudos e realização das tarefas, levando a um novo modo de ensino-aprendizagem. Entretanto, observa-se ainda grande limitação em relação à acessibilidade da população de baixa renda a uma rede de internet de qualidade (XAVIER *et al.*, 2020).

Os dados nos mostram que uma política que prega sobre a universalização do acesso a atividades remotas de ensino-aprendizagem no ensino superior demandaria a articulação de inúmeros esforços e estratégias (gestão, materiais e financeiras) e que a regulamentação do ensino superior via Ensino à Distância (EAD), prevista para ampliar em 50% a oferta de ensino superior no país e atingir metas traçadas pela Política Nacional de Educação (PNE), é prejudicada pela falta de acesso a meios digitais em grande parte do país, em especial nas regiões Norte e Nordeste (IPEA, 2020).

Há um caminho muito longo a percorrer no tocante ao acesso à educação superior e acessibilidade ao ensino. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) evidenciam que apenas 14% dos brasileiros com idade entre 25 e 64 anos e 16% entre 25 e 34 anos concluíram algum tipo de curso superior, enquanto a média entre cidadãos dos países-membros da OCDE nessas duas faixas etárias é, respectivamente, de 35% e de 42% (OECD, 2016).

Nesse contexto brasileiro, pode-se afirmar que o enfrentamento dos desafios da sociedade do conhecimento deve necessariamente resolver três questões: a modernização do sistema, o efetivo aprimoramento da qualidade da educação brasileira e a democratização do ensino promovendo a inclusão social (MACEDO *et al.*, 2005). O processo de democratização do acesso e garantia de maior equidade em termos de gênero, classe e etnia tem sido considerada como uma questão central da política educacional (NEVES *et al.*, 2007). Um desafio adicional apontado nesse processo relaciona-se à compreensão de quais as premissas e qual a visão da sociedade que são apresentadas como discursos legítimos e se encontram envolvidas no processo de construção das políticas públicas de educação superior (MARTINS, 2001).

Outro importante aspecto ainda a ser considerado no acesso à educação superior diz respeito ao avanço da escolarização feminina e à distinção entre as mulheres de diferentes grupos raciais com relação ao ingresso e permanência no ensino, possivelmente em decorrência da menor herança escolar familiar e da maior tendência a associarem estudo e trabalho, além

da maior tendência de estudar à noite e se beneficiarem menos das bolsas de estudos (GOIS, 2008).

Ainda com relação aos modeladores de acesso e permanência no ensino superior, destaca-se uma variedade de fatores que influenciam na formação dos ingressantes, como situações de preconceitos, dificuldades com a língua e barreiras culturais, por exemplo as vivenciadas por indígenas, revelando a formação elitista e a intolerância/resistência, além do pequeno número de ações que abordam a diversidade e ações afirmativas (FERRI; BAGNATO, 2018). Vale ainda ressaltar a limitada oportunidade de acesso à universidade pelos brasileiros mais pobres, além do traço cultural de descontinuidade das políticas públicas, que podem ser facilmente revertidas diante de mudanças na correlação de forças existente na sociedade (MARQUES *et al.*, 2018).

Desde a década de 1990, o ensino superior brasileiro vem passando por um período de crescimento no número de vagas, cursos e matrículas, bem como por uma diversificação dos tipos de instituições, modalidades de ensino e cursos, destacando-se a expansão das IESs privadas, principalmente com fins lucrativos. Nesse contexto, observa-se significativas mudanças na configuração e no papel do ensino superior privado, influenciadas pela concorrência entre instituições e a entrada e crescimento de grandes grupos econômicos. Importante ainda salientar que a dinâmica das IESs privadas é heterogênea entre as diferentes graduações, indicando que a expansão privada na formação de profissionais da saúde não pode ser considerada um fenômeno uniforme ou definitivo (FRANCO; DAL POZ, 2018).

Ressalta-se que o avanço do processo de privatização do ensino superior tem evidenciado a dificuldade das camadas mais pobres em acessar esse nível educacional e que, quando essa barreira é transposta, persiste o desafio da permanência do aluno mediante os elevados gastos com as mensalidades nos estabelecimentos privados, evidentes nas elevadas taxas de inadimplência e evasão, associadas ao sistema de crédito educativo insuficiente e inadequado (CARVALHO, 2015). Nesse contexto, faz-se necessário salientar que o sistema de cotas não tem sido responsabilizado pelo rendimento dos alunos, indicando que, independentemente da forma de acesso, o critério de seleção dos alunos é capaz de escolher os mais bem preparados e garantir a formação com qualidade dos futuros profissionais (QUEIROZ *et al.*, 2015).

Nesse panorama, há uma considerável parcela da população na graduação hoje desguarnecida de recursos digitais e meios de acesso à tecnologia remota (IPEA, 2020) que, aliada ao sucateamento, subfinanciamento e estrutura precária das universidades brasileiras, fazem perdurar a suspensão das aulas por um longo tempo até que se instale aulas a distância e sistema “híbrido” de ensino, que forçosamente todos foram imputados a aderir (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, as IES privadas conseguiram se ajustar mais rápido ao ensino remoto emergencial e ao retorno parcial das aulas presenciais, justificado por uma relação de consumo através da prestação de serviços educacionais. No tocante dessa relação, há de se considerar um cenário previsto por Sumner *et al.* (2020), que avaliou três momentos distintos e possíveis da recessão causada pela pandemia, com queda respectivamente de 5%, 10% e 20% de renda ou consumo, que a longo prazo incidirá no custeio financeiro dispensado pelas famílias com ensino superior privado.

Há de ser feita uma reflexão sobre o produto interno bruto (PIB) do país que, nos últimos três anos, decresceu 1,3% ao ano, e as previsões futuras que demonstram retrações contínuas e muito elevadas na economia com queda bruta do PIB durante e após a pandemia. Retrações previstas tanto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), com queda de -5,3%, quanto pela OCDE, com queda de -9,1%, o que acarretará em graves repercussões para a economia mundial, diante de uma recessão global que acentuará a taxa de pobreza, principalmente em países latinos (CASTRO, 2020).

Esses dados, quando associados às políticas públicas de proteção social instituídas no país, demonstram que a taxa de desocupação no setor formal durante a pandemia dobrou. Dados do IBGE (2020) mostram que a taxa de desemprego atingiu 14%, representando em torno de 13 milhões de pessoas desocupadas, incidindo na estabilização de renda e rendimento da população brasileira e levando o governo a dispensar auxílio emergencial à classe média sem renda (CASTRO, 2020). Nesse contexto, é importante destacar que o enfrentamento dos desafios referentes ao reduzido e elitizado acesso à educação superior no Brasil passa também pela garantia de trabalho para os que se formam nesse nível de ensino, o que demanda mudança estrutural no modelo econômico vigente, reduzindo-se a concentração de renda (PINTO, 2004). Nessa perspectiva do indivíduo, o papel da educação superior se revela, de acordo com Ribeiro

(2006), como forma de capacitação profissional, realização individual e mobilidade social, relacionando-se com a cultura, cidadania e formação da identidade nacional.

Além dos reduzidos gastos governamentais com educação, há de se considerar ainda o empresariamento da educação superior, as parcerias público-privadas na educação superior e dos contratos de gestão, resultando na desconstrução da educação pública brasileira como um direito social e na estruturação de um tipo de universidade adequada a atual etapa de acumulação do capital (LIMA, 2011). Ademais, a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), que prevê a redução de gastos públicos ao longo de 20 anos, afetará drasticamente o setor educacional no tocante a políticas públicas, fortalecendo ainda mais o setor privado com terceirização e privatização da educação superior, já observada através do expressivo número destas IES no país.

Importante destacar que o desempenho acadêmico não é resultado do binômio capacidade-oportunidade, mas inclui outros elementos, tais como a situação socioeconômica expressa por moradia, alimentação, transporte, entre outros, podendo-se afirmar que fatores socioeconômicos interferem na trajetória dos estudantes nos seus cursos de graduação, gerando inclusive abandono escolar (IMPERATORI, 2017).

Nesse contexto, faz-se necessário repensarmos na fragilidade do segmento educacional no contexto pandêmico e pós-pandêmico, vislumbra pelo possível aumento da taxa de inadimplência e evasão estudantil por famílias que necessitam dispensar gastos diretos com ensino superior privado e que tiveram suas rendas diminuídas e estão – ou estarão – desempregadas. Sendo assim, por uma questão de “sobrevivência”, essas IES lançam mão de estratégias de retenção de alunos flexibilizando valores de mensalidade, considerando também a incerteza de captação de alunos pós-pandemia.

Nesse sentido, o Sindicato de Ensino Superior de São Paulo alerta que a suspensão ou redução expressiva de mensalidades poderá provocar uma queda brusca de receitas dessas IES, podendo gerar “quebra do setor estudantil privado”, o que acarretará danos e prejuízos a milhões de alunos, aos professores, às escolas e à sociedade como um todo (SEMESP, 2016).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à qualidade metodológica e institucional, que se encontra comprometida com o isolamento

social na pandemia de Covid-19, afetando importantes indicadores do conhecimento contextualizado e da integração pesquisa/ensino/extensão, tais como os compromissos sociais, a inserção internacional, o caráter protagonista e indutor da IES, a participação da comunidade acadêmica e social, a gestão democrática, as parcerias e a sustentabilidade ambiental e institucional (MOROSINI *et al.*, 2016).

Importante ressaltar que a crise econômica e a ausência de políticas públicas eficientes de proteção social impactaram diretamente nos grupos mais pobres e nas minorias: negros, pardos, índios e mulheres (responsáveis, na maioria das vezes, pelo cuidado com a família). Esses grupos são os mais propensos a sentirem os impactos da crise atual, acentuado ainda mais nas regiões Norte e Nordeste do país (ALVES; ELEUTÉRIO, 2019; CASTRO, 2020).

Quando programas sociais sofrem cortes ou são suspensos em nome da austeridade fiscal, a crise atinge especialmente grupos que necessitam de maior apoio (ALVES; ELEUTÉRIO, 2019). Nesse sentido, a pandemia de Covid-19 evidencia as desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero e as condições precárias de vida a que estão submetidas essa parcela da população brasileira.

O ingresso no ensino superior por si só já é uma transição que traz repercussões para o desenvolvimento psicológico dos estudantes, já que representa, muitas vezes, a primeira tentativa de uma identidade autônoma. O primeiro ano na universidade é marcado por um impacto que vai muito além da profissionalização, implicando uma série de transformações nas redes de apoio social (ANVERSA *et al.*, 2018).

O ingresso, a permanência e a finalização da formação universitária são fatores que podem refletir e impactar no bem-estar e na qualidade de vida dos estudantes. Os ingressantes tendem a apresentar menos qualidade de vida, fato que pode ser justificado pela fragilidade dos vínculos sociais, exigências e frustrações educacionais, bem como pela incerteza e busca de identidade profissional. A permanência na universidade pode favorecer o amadurecimento e potencializar a autonomia e a segurança pessoal e profissional dos acadêmicos, influenciando todos os domínios da qualidade de vida (ANVERSA *et al.*, 2018).

Além de toda essa transição, a pandemia reforça ainda mais temores a serem enfrentados na vida acadêmica diante do isolamento social.

Rodrigues (2020) evidencia alterações expressivas psicoemocionais em estudantes da área da saúde. Sentimentos como medo, incertezas sobre o futuro, depressão, ansiedade, solidão e frustração, aliados ao uso abusivo de substâncias e com o risco de suicídios, colocam em risco o bem-estar dos jovens e fazem um alerta sobre cuidados voltado à saúde mental.

A permanência e a finalização do curso universitário são características que merecem destaque, uma vez que exigem intenso processo de envolvimento do estudante na sua formação e isso retornará para a sociedade. Para Soares *et al.* (2014), espera-se dos universitários autonomia na aprendizagem, na administração do tempo e na definição de metas e estratégias para os estudos. Ademais, além das aulas, dos estágios, dos trabalhos de conclusão de curso, há a preocupação com a vida pós-formatura, o que pode gerar ansiedade e insegurança (ANVERSA *et al.*, 2018).

Estar em um curso superior implica melhorias nas oportunidades e nas posições profissionais e na remuneração, o que repercute positivamente nas expectativas e necessidades de futuro (SARAIVA; NUNES, 2011). Assim, é necessário voltarmos nosso olhar para um contexto mais amplo da situação vivenciada e considerarmos todas as nuances que estão incidindo no ensino superior brasileiro, fatores sentidos durante a pandemia e que ainda não sabemos como refletirá e impactará na sociedade pós-pandemia: formas de ingresso cercadas de polêmicas quanto à sua característica de seletividade e exclusão social, mudanças das metodologias de ensino, instabilidade econômico-financeira, aumento da taxa de desemprego, redução de incentivo público à educação, flexibilização das mensalidades no setor privado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retorno às aulas presenciais em sua totalidade ainda se mantém como uma incógnita até que as medidas de controle da pandemia sejam efetivas no país. Até que isso aconteça, jovens e famílias que estão inseridos no sistema educacional brasileiro sofrerão sequelas resultantes da pandemia causada pela Covid-19.

Há de se considerar a necessidade urgente de estudos que abordem os efeitos desta pandemia na formação dos estudantes, na qualidade do ensino dispensado pelas IES e absorvido por esses alunos, na qualidade de vida e saúde mental desses estudantes, na repercussão social e financeira dentro dos núcleos familiares, considerando as altas taxas de desemprego e a redução do poder de consumo, e na expectativa de carreira diante da incerteza e concretizar a graduação.

A longo prazo, será necessário compreender os desafios gerados durante e pós-pandemia que se instalarão no ensino superior. No tocante ao custeio e ao financiamento no setor privado, lacunas com questionamentos serão abertas, tais como os impactos socioeconômicos que incidirão na educação superior brasileira, em especial no setor privado (diante dos riscos de evasão estudantil, inadimplência de mensalidades, incertezas na garantia de auxílios governamentais), e outros desdobramentos serão levantados: quem arcará com custos educacionais, como isso afetará a vida dos estudantes e suas famílias, de que forma isso desaguará na sociedade. Tais questões nos convidam a refletir e repensar o papel do Estado nas políticas sociais educacionais e na ameaça do rompimento dos valores democráticos.

O cenário atual nos mostra que o número de intuições privadas é cada vez mais crescente no Brasil e nos leva a crer que o desmonte das IES públicas é certo e que pregar por um ensino gratuito, público e de qualidade chega a ser utopia. Pensamos que, ao invés de remar contra a maré, o que nos resta é repensar a forma de como o Estado de direito fará valer a proteção social voltada para a educação superior. A relação de interdependência entre o público e privado nos leva a lutar por políticas de colaboração, cooperação e parceria (defendendo valores constitucionais) entre esses setores, na busca de um bem comum e do aumento de capital intelectual humano no país.

Estudos que façam abordagem da formação no âmbito privado urgem ser realizados, considerando que as repercussões financeiras geradas nas famílias brasileiras ameaçam a qualidade e efetivação da formação de estudantes a nível superior, diante de toda conjuntura econômica e política vivenciada no país neste momento, que conjecturarão na necessidade de um olhar cuidadoso do poder público quanto a maior cobertura e expansão de auxílios e recursos públicos à graduação durante e pós-pandemia. Há

ainda de ponderar que essas questões impactarão nas metas definidas pela Política Nacional de Educação para 2024 e na sustentabilidade da rede educacional privada no país.

As dificuldades, intervenções e rupturas que os jovens brasileiros estão enfrentando na educação superior neste momento reforçarão e ampliarão as desigualdades sociais, prejudicarão a formação de capital intelectual no país e ameaçarão os progressos decorrentes do ensino, pesquisa e extensão. Progressos esses dos quais hoje todos estamos reféns e aguardamos na ciência uma solução sanitária.

Espera-se que futuras pesquisas com essa temática venham não apenas contribuir com a produção científica na comunidade acadêmica, mas também auxiliar em medidas efetivas do Estado diante das mudanças e transformações vividas pelo setor educacional neste momento de crise e necessárias para formar e capacitar profissionais para responder novas demandas sociais e de saúde, de forma a minimizar os inevitáveis impactos negativos que o presente momento impõe.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cristina; ELEUTÉRIO, Regina. Cortes em programas sociais devolvem mulheres à miséria e à violência doméstica, dizem especialistas. **Pública**, São Paulo, 13 mar. 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/03/cortes-em-programas-sociais-devolvem-mulheres-a-miseria-e-a-violencia-domestica-dizem-especialistas/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ANVERSA, Andreisi Carbone *et al.* Qualidade de vida e o cotidiano acadêmico: uma reflexão necessária. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 626-631, jul. 2018.

ARRUDA, Eucídio Pimenta. Educação Remota Emergencial: elementos para políticas públicas na educação brasileira em tempos de Covid-19. **EmRede - Revista de Educação a Distância**, vol. 7, n. 1, p. 257-275, mai. 2020.

BACICH, Lilian; TANZI NETO, Adolfo; TREVISANI, Fernando de Melo. **Ensino híbrido: personalização e tecnologia na educação**. Porto Alegre: Penso, 2015. 270p.

BRASIL. Lei nº 14.040, de 18 de agosto de 2020. Estabelece normas educacionais excepcionais a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020; e altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 ago. 2020. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. Seção 1, p. 1.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.4723-4735, dez. 2020.

CARVALHO, Cristina Helena Almeida de. A política pública de expansão para a educação superior entre 1995 e 2010: uma abordagem neoinstitucionalista histórica. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 60, p. 51-76, mar. 2015.

CARVALHO, Cristina Helena Almeida de. Política para a educação superior no governo Lula: expansão e financiamento. **Rev. Inst. Estud. Bras.**, São Paulo, n. 58, p. 209-244, jun. 2014.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Social protection in times of Covid-19. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1186>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERRI, Erika Kaneta; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Políticas públicas de Ação Afirmativa para indígenas na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul: a visão dos implementadores. **Pro-Posições**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 54-82, abr. 2018.

FRANCO, Thais de Andrade Vidaurre; POZ, Mario Roberto Dal. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. **Trab. educ.**

saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1017-1037, dez. 2018.

GOIS, João Bôsko Hora. Quando raça conta: um estudo de diferenças entre mulheres brancas e negras no acesso e permanência no ensino superior. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 743-768, dez. 2008.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 148p.

IMPERATORI, Thaís Kristosch. A trajetória da assistência estudantil na educação superior brasileira. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 129, p. 285-303, ago. 2017.

INEP. **Censo da educação superior 2016:** notas estatísticas. Brasília: INEP, 2016. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf. Acesso em: 9 mar. 2021.

IPEA. **Acesso domiciliar à internet e ensino remoto durante a pandemia:** nota técnica nº 88. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200902_nt_disoc_n_88.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

LIMA, Kátia Regina de Souza. Educação superior em tempos de ajustes neoliberais e regressão de direitos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 525-535, set. 2019.

LIMA, Kátia Regina de Souza. O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 86-94, jun. 2011.

MACEDO, Arthur Roquete de *et al.* Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 47, p. 127-148, jan. 2005.

MARQUES, Rosa Maria; XIMENES, Salomão Barros; UGINO, Camila Kimie. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação

superior. **Brazil. J. Polit. Econ.**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 526-547, set. 2018.

MARTINS, Rubens de Oliveira. Indivíduo e sociedade no discurso da política de ensino superior. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 6, p. 94-120, dez. 2001.

MOROSINI, Marília Costa *et al.* A qualidade da educação superior e o complexo exercício de propor indicadores. **Rev. Bras. Educ.**, v. 21 n. 64, p. 13-37, jan./mar. 2016.

NEVES, Clarissa Eckert Baeta; RAIZER, Leandro; FACHINETTO, Rochele Fellini. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 17, p. 124-157, jun. 2007.

OECD. **Education at a Glance 2016:** OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2016.

OLIVEIRA, Eleilde de Sousa *et al.* A educação a distância (EaD) e os novos caminhos da educação após a pandemia ocasionada pela Covid-19. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 52860-52867, jul. 2020.

PINTO, José Marcelino de Rezende. O acesso à educação superior no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 727-756, out. 2004.

QUEIROZ, Zandra Cristina Lima Silva *et al.* A lei de cotas na perspectiva do desempenho acadêmico na Universidade Federal de Uberlândia. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 96, n. 243, p. 299-320, ago. 2015.

RIBEIRO, Gustavo Ferreira. Afinal, o que a organização mundial do comércio tem a ver com a educação superior? **Rev. bras. polít. int.**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 137-156, dez. 2006.

RODRIGUES, Bráulio Brandão. Aprendendo com o imprevisível: saúde mental dos universitários e educação médica na pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, 44, n. sup.1, p. e0149, 2020.

SANTOS, Guilherme Mendes Tomaz dos *et al.* Educação superior: reflexões a partir

do advento da pandemia da Covid-19. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 4, n. 10, p. 108-114, 2020.

SARAIVA, Luiz Alex Silva; NUNES, Adriana de Souza. A efetividade de programas sociais de acesso à educação superior: o caso do ProUni. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 941-964, ago. 2011.

SEMESP. **Mapa do Ensino Superior do Brasil 2016**. São Paulo: SEMESP, 2016. Disponível em: http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOARES, Adriana Benevides *et al.* O impacto das expectativas na adaptação acadêmica dos estudantes no Ensino Superior. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 1, p. 49-60, abr. 2014.

SUMNER, Andy; HOY, Chris; ORTIZ-JUAREZ, Eduardo. **Precarity and the pandemic COVID-19 and poverty incidence, intensity, and severity in developing countries**. Helsinki: UNU-WIDER, 2020. (Working Paper 77).

XAVIER, Thiago Brito. Utilização de Recursos Web na educação em Odontologia durante Pandemia COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4989-5000 mai./jun. 2020.

11

FABIANE LIMA SIMÕES
ELIZABETH ARTMANN
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE SOB O ENFOQUE DA POLÍTICA INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.

INTRODUÇÃO

Iniciada na província de Hubei na China, em dezembro de 2019, a pandemia de COVID-19, em nível global, evidenciou ser uma crise sem precedentes, transcendendo fronteiras (ABRASCO, 2020; OPAS, 2020). O aumento exponencial de sua incidência provocou a morte de pessoas em todo o mundo e levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhecer a pandemia em março de 2020, demandando uma ação internacional imediata (OPAS, 2020).

As maiores complexidades que surgiram relacionaram-se ao comportamento da doença; à demanda pelos serviços de saúde, desde a atenção primária até cuidados intensivos; e à velocidade de contágio do vírus, com potencial de acumular casos, configurando-se em grande desafio para os governos implementarem suas políticas de saúde em resposta à pandemia. O curso e a gravidade da doença fizeram com que esses governos adotassem intervenções de grande intensidade, ancoradas nas recomendações da OMS, como isolamento dos casos encontrados, distanciamento social e medidas de quarentena, a fim de conter novas infecções e reduzir a sobrecarga social da doença e sua mortalidade (ABRASCO, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

No Brasil, com mais de 10 milhões de infectados e cerca de 256 mil mortos (BRASIL, 2021), uma situação de colapso dos sistemas de saúde, com falta de leitos de UTI, de equipamentos e de insumos que garantam atendimento apropriado aos pacientes, ainda se observa uma ausência do governo federal na condução de uma política de enfrentamento da pandemia. Pelo contrário, os desencontros e contraditórios na condução política e posicionamentos técnicos das autoridades do Ministério da Saúde e os

discursos do Presidente da República, que negam a gravidade da Covid-19 e preconizam o uso de drogas ineficazes para a sua prevenção e tratamento, trouxeram prejuízos à implementação de políticas, com o sacrifício de vidas e sofrimento à população (PEREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2020).

É fundamental reconhecer os diferentes interesses e forças implicados nos rumos e no formato dessas políticas, uma vez que a sua construção envolve diversos atores. Nesse sentido, a análise de políticas públicas se mostra um campo complexo e dinâmico, exigindo grande conhecimento para seu entendimento e explicação (COHN, 2009).

Partindo desses pressupostos, o campo de análise de política pública não comporta mais teorias e métodos lineares e limitados, e utilizar metodologias mais complexas, capazes de entender e explicar como e porque os governos agem, poderia contribuir para a capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde e transpor os grandes desafios que se apresentam no enfrentamento a pandemia de COVID-19 (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

O processo de implementação das políticas públicas, suas definições e conceitos apresentam-se bastante diversos. Viana e Baptista (2009) afirmam que falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder, envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações. No entanto, o processo de implementação dessa política no nível local precisa ser discutido com certa urgência (VITÓRIA; CAMPOS, 2020), pois os ajustes para alcançar seus objetivos são realizados nesse local, no encontro dos atores, das relações, das forças, das alianças e das parcerias (DALFIOR *et al.*, 2016; VITÓRIA; CAMPOS, 2020; COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

No campo da saúde, os tensionamentos e interesses diversos abrangem tanto debates teóricos, fortemente pautados na categoria das ciências sociais, como ações concretas (FLEURY; OUVÉNEY, 2009). Compreender essa correlação permite saber o que se pretende fazer, o quanto e como fazê-lo. Somando-se a isso, sistemas de proteção social, que incluem proteção à saúde, são dinâmicos e interagem com as transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, democráticas, entre outras, o que exige uma constante mobilização e reestruturação para consolidar o seu papel na garantia do bem-estar das populações, levando a discussão a ganhar amplitude (SILVA; MELO, 2000).

No contexto da pandemia, sua própria dinâmica requer estratégias e instrumentos de coordenação, envolvendo múltiplas dimensões, atores

e escalas de decisão e ação, pois, ao se considerar a crise do Estado federativo brasileiro (principalmente sob os aspectos social e econômico), os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental, as especificidades de seu arranjo federativo, a existência de profundas desigualdades socioespaciais e o acirramento de conflitos políticos entre os governos, a pandemia ganha amplitude exponencial (DE LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020). Além disso, questões mais profundas sobre os efeitos institucionais das formas do Estado sobre as políticas públicas e a divisão de competências e de recursos entre níveis de governo devem ser considerados, pois sua complexidade impacta a capacidade de resposta à pandemia (ARRETCHE, 2020).

O PENSAMENTO ESTRATÉGICO

De acordo com Paim (2010), planejamento e gestão de redes e serviços de saúde não podem ser traduzidos tão somente em tecnologias utilizadas na atenção à saúde, mas podem representar um agir mediador entre as políticas públicas e o cuidado ou a intervenção em saúde, facilitando sua concretude, ao posicionar o planejamento no interior das práticas de saúde e reconhecer suas necessidades. Sua evolução teórico-metodológica está intimamente ligada ao desenvolvimento das sociedades e do pensamento humano, com enfoques capazes de apoiar os diversos atores frente aos diferentes desafios e conflitos da sociedade moderna, em ambiente contextualizado sócio-historicamente em que os problemas estão inseridos (RIVERA; ARTMANN, 2020). Ao sistematizar e atualizar algumas tendências teórico-metodológicas de Planejamento e Gestão em Saúde e estimular seu debate, os autores apontam para uma evolução da abordagem normativa para a estratégica (RIVERA, 1997) e para o conceito de planejamento comunicativo, com intuito de concretizar o direito à saúde.

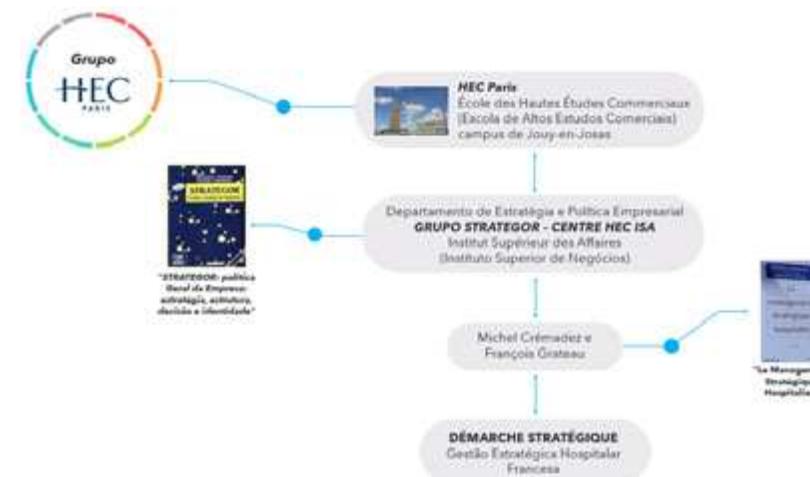
Mintzberg (1995) traz uma importante contribuição ao caracterizar as diferentes formas de organização, considerando as instituições de saúde como organizações profissionais com forte autonomia da base operacional (os profissionais de saúde, especialmente os médicos) e ancorada

em saberes específicos. Esse tipo de organização exige uma visão de planejamento comunicativo ou intersubjetivo (RIVERA; ARTMANN, 2020), em que a concepção do trabalho se pauta na colaboração, na participação ativa tanto da direção estratégica quanto dos profissionais de ponta no processo de planejamento. Aqui o diálogo assume um caráter crítico, reflexivo, buscando transformar a competição em ambiente de comunicação e de cooperação apoiado na relação com a gestão de redes, estabelecendo parcerias e negociação de metas, sem negligenciar conflitos, mas problematizando-os. Esse paradigma – comunicativo – se ancora em base habermasiana, que abarca um conceito para além da racionalidade controlada, objetiva (HABERMAS, 2012). Esse novo conceito contempla, além da racionalidade instrumental/finalística ou estratégica, questões ético-normativas e subjetivas. O fundamental não seria a elaboração de grandes planos estratégicos, mas a difusão ou incorporação de um raciocínio estratégico pelo corpo organizacional, a ser aplicado no cotidiano das decisões sobre opções alternativas. Assim, a estratégia seria o resultado, não de um processo superior destacado no tempo e no espaço, mas de múltiplas interações entre os agentes organizacionais munidos de habilidades comuns (RIVERA; ARTMANN, 2020).

O ENFOQUE DA POLÍTICA INSTITUCIONAL DO GRUPO FRANCÊS STRATEGOR

O método de análise estratégica que se pretende abordar neste capítulo toma como base a obra *Strategor: política global da empresa, estratégia, estrutura, decisão e identidade* (Figura 1), do Grupo Strategor, formado por professores do Departamento de Estratégia e Política Empresarial do Centre HEC ISA, da Escola de Altos Estudos Comerciais (Hautes Études Commerciatres – HEC PARIS) localizada no campus Jouy-em-Josa, em Paris (França), sendo a Démarche Stratégique um exemplo de sistematização desse método aplicado à saúde por Crémadez e Gâteau (RIVERA, 1997). Esse método de análise tem sido utilizado no Brasil em diversas experiências (ARTMANN; ANDRADE; RIVERA, 2013).

Figura 1 – Grupo Strategor



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

STRATEGOR (2000) refere-se a essa equipe de professores que, ao abordar o enfoque da política institucional, por meio de quatro grandes áreas – decisão, estratégia, identidade e estrutura –, traz uma contribuição teórica na análise estratégica que consideramos importante por possibilitar ampliação da discussão desse enfoque no nível local – municípios –, locus de operacionalização das políticas, tornando-o singular e apropriado como método de análise do processo de implementação de políticas públicas de saúde (STRATEGOR, 2000; DALFIOR *et al.*, 2016; ESPERIDIÃO, 2018).

Os aspectos que posicionam esse método como proposta inovadora e potente de análise de política fundamentam-se na possibilidade de, apontando para particularidades do processo de tomada de decisão, ampliar o leque de análise da complexidade humana presente dentro das instituições, na dinâmica da estrutura institucional, e, a partir daí, realizar uma análise da estratégia assumida pela instituição para implementar determinada política (VIANA, 1996; STRATEGOR, 2000).

A partir dessas possibilidades, o método ganha potencial para tratar da complexidade que envolve o campo de análise do processo de implementação, ao considerar o modo como uma instituição se organiza frente às necessidades da política. Ao abordar a ‘implementação’, uma das etapas

do processo político proposto pelo modelo teórico do Ciclo de Política, traduzindo-a como política institucional, sugere-se um aprofundamento na análise pois, segundo Pinto, Silva e Baptista (2014), esse é

[...] o momento crucial do ciclo da política, em que as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores. Essa etapa é o momento de se colocar em prática as ações e projetos de governo [...] (PINTO, SILVA, BAPTISTA, 2014).

O enfoque da política institucional se constitui como uma forma de ler a Política Geral Organizacional, produto da diversidade de experiências de ensino e consultoria dos professores do departamento (HEC Paris), a partir do desenvolvimento do conceito do *tetraedro* (Figura 2), no qual cada uma de suas faces representa, respectivamente, *a estratégia, a estrutura, o processo decisório e a identidade* de uma organização e, fundamentalmente, qualquer mudança ou ação em uma das faces afeta ou traz consequências para todas as demais (STRATEGOR, 2000).

Figura 2 – Tetraedro



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O objetivo seria, ao considerar a instituição como ator econômico/social, conhecer seus determinantes endógenos e exógenos, explicar os seus comportamentos passados, prever e, sobretudo, orientar os seus comportamentos futuros. A mudança organizacional é, portanto, centrada nos processos, com visão dinâmica, e não nos modelos preestabelecidos (STRATEGOR, 2000, p. 395).

O método aborda o conceito de estratégia como a forma de escolher os domínios da atividade em que a empresa/organização entende estar presente e de empregar recursos de modo que se sustente e se desenvolva com eles, devendo seus dirigentes focarem na capacidade de mobilização das sinergias internas para alcance de resultados, fortalecimento da cultura organizacional, convergência dos fins e motivação. A identidade e cultura são abordadas de forma entrelaçada (THEVENET, 1993), respeitando traços culturais das organizações e não os confrontando diretamente. Assim, a identidade, a estratégia, a decisão e a estrutura que compõem a política da empresa/instituição consistem um sistema vivo, sendo tarefa primordial dos dirigentes garantir a sua coerência interna e externa, conjugando movimento e flexibilidade na busca das mudanças organizacionais necessárias, em que a capacidade da organização em transformar uma dada realidade depende da clareza sobre o cenário, das opções e, sobretudo, da motivação profunda dos seus dirigentes (RAQUEL; SALES, 2012).

Considerando o contexto pandêmico e sua complexidade, o método, ao ser aplicado na lógica de atuação de redes de serviços, contexto em que a política de saúde se opera em ações e práticas e em que atuam os agentes implementadores, especialmente os profissionais de saúde, revela-se apropriado por permitir uma discussão mais ampla de análise do processo de implementação da política no contexto local (TENORIO; SANTOS, 2018).

Na etapa da implementação, a política sofre alterações para ser adaptada a cada realidade, tornando a análise dessa etapa primordial para compreender os determinantes que aí se apresentam, com métodos de análise que permitam identificar questões que estão presentes no comportamento institucional em todos os níveis, nem sempre perceptíveis e identificáveis em instrumentos de avaliação tradicionais (STRATEGOR, 2000; DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015; DALFIOR *et al.*, 2016).

O método alimenta-se de diversos enfoques de planejamento e gestão estratégica, baseados em elementos da microeconomia, dos campos da estratégia e da política, da área do desenvolvimento organizacional e cultural, além de categorias próprias da saúde e da epidemiologia (STRATEGOR, 2000; ARTMANN; RIVERA, 2003; DALFIOR *et al.*, 2016). Ao adaptar o enfoque da política institucional através dos seus determinantes (estratégia, decisão, estrutura e identidade), busca-se compreender os fatores intrínsecos desse processo de análise no ambiente institucional e contribuir para fortalecer a gestão estratégica das instituições envolvidas, criando possibilidades de corrigir rotas, de fortalecer aproximações entre o nível estratégico e o operacional e de reposicionar o projeto institucional, reestruturando-o com base nas sinergias e parcerias identificadas (STRATEGOR, 2000).

Para a área da saúde pública, um dos métodos de análise estratégica mais conhecidos de aplicabilidade do enfoque institucional de *Strategor* é a *Démarche Strategique*, de Crémadez e Grateau (1997), aplicado pela primeira vez no Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, na França, que supõe a adaptação do enfoque de gestão estratégica para os serviços de saúde (ARTMANN; ANDRADE; RIVERA, 2013).

O método chegou ao Brasil trazido por Rivera (1997) e vem sendo adaptado e aplicado em várias unidades hospitalares do país. As experiências de aplicação desse enfoque, analisadas por diversos autores, mostraram seu potencial como um modelo de gestão estratégico/comunicativa, adequado para abranger a complexa realidade dos hospitais públicos brasileiros (FAVACHO, 2001; ARTMANN; RIVERA, 2003; ANDRADE, 2009; ARTMANN; ANDRADE; RIVERA, 2013; ARAUJO; ARTMANN; ANDRADE, 2013).

Ao analisar o processo de implementação da política do Hiperdia em nível local, utilizando em seu desenho metodológico o enfoque da política institucional proposto por *Strategor*, Dalfior *et al.* (2014) identificaram redes complexas de atores que deram sustentação política e legitimidade à sua implantação. Utilizado como ferramenta de análise, resgatou a etapa da implementação da política voltada para os pacientes hipertensos e diabéticos no ambiente institucional no município de Venda Nova do Imigrante (ES), evidenciando como a gestão estratégica estimulou todos os atores a exercitarem um aprendizado coletivo.

Artmann *et al.* (2013) relatam e analisam uma experiência inovadora de aplicação do método numa instituição de pesquisa, ao adaptar indicadores próprios de pesquisa de forma articulada aos de assistência com o fim de contribuir para consolidar uma metodologia de análise estratégica e de gestão cultural considerando instituições com missões complexas (pesquisa, ensino e assistência). O método, por operar indiretamente como reforço dos traços da nova cultura que emergiu, revelou seu potencial para efetivar políticas, processos e recursos de forma comunicativa e democrática, o que contribui para a operacionalização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse campo de atuação, em que muitos modelos propostos para análise desse processo têm limitações para enfrentar mudanças, especialmente aquelas relacionadas à resistência das corporações (médicos e enfermeiros), à profissionalização da gestão e à fragmentação e desarticulação das ações de saúde decorrentes da constituição de equipes do tipo agrupamento (PEDUZZI, 2007; CECILIO, 2011; ARTMANN; ANDRADE; RIVERA, 2013), exigem novos modelos que têm surgido no cenário prático e na literatura da área (STRATEGOR, 2000; RIVERA; ARTMANN, 2012).

O método proposto por *Strategor* aproveita conceitos do planejamento estratégico corporativo de Porter, mas se enriquece com a contribuição de outros autores, como Mintzberg (1995) e Thevenet (1993), que trazem a especificidade do setor saúde e a importância da dimensão cultural. Por meio da mediação de outras referências teóricas e da inserção do enfoque em um modelo que não é de mercado, mas da política pública de saúde, a proposta de planejamento com vistas à obtenção de vantagens competitivas deixa de ser um instrumento de competição e torna-se instrumento de diálogo e regulação dessa, tendo em vista a construção de redes solidárias.

Ao apoiar-se nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (RAVIERA; ARTMANN, 2020), o método pode assumir uma dupla função, não importando a origem adotada na problematização, se no contexto da atenção básica ou no nível hospitalar. A realidade percebida e a situação a ser enfrentada forjarão uma rota que deverá ser ancorada em uma rede integrada, na construção de parcerias colaborativas, considerando que os problemas relacionados à saúde apresentam diferentes graus de complexidade e necessidades requerendo um olhar integral da atenção.

DAS POSSIBILIDADES...

Sistemas de Saúde que apresentam Atenção Primária à Saúde (APS) organizada e robusta podem alcançar melhores resultados, desde o desempenho de suas ações rotineiras até aquelas que caracterizam eventos inusitados, como a pandemia de COVID-19. No Brasil, o modelo consolida-se pelo enfoque comunitário, territorial e organizado com equipes de saúde da família (BRASIL, 2021), podendo responder à pandemia, limitando a distribuição da doença e reduzindo mortes, quando se apoia na Vigilância em Saúde, nos territórios, na atenção às pessoas e famílias, na gestão compartilhada do cuidado, na promoção da saúde, no suporte social a grupos vulneráveis e na segurança de pacientes e profissionais de saúde.

Ao adentrar às especificidades do processo de implementação da política, o método proposto alarga um amplo campo de oportunidades que poderão apresentar resultados de análise bastante diversos ao revelar questões pouco discutidas, pois, ao abordar a política institucional em suas quatro áreas (Figura 2), pode ampliar a compreensão dos processos locais e suas interações.

Processo Decisório

A decisão, principal motor da política institucional, é um dos meios para que as ideias se transformem em ações estratégicas, sendo as mudanças ocorridas dentro das instituições os resultados dos processos decisórios, e requerem utilização de informações, garantia da viabilidade de recursos (orçamentários, financeiros, logística, humanos), capacidade de articulação entre setores de governo e sociedade.

Aplicar o método requer o reconhecimento da situação-problema de crise sanitária gerada pela pandemia de Covid-19, contextualizando-a sob os aspectos político, social e econômico e seus reflexos nos sistemas de saúde. Inicialmente caracterizada por uma síndrome respiratória aguda grave, associada ao vírus Coronaviridae, de rápida disseminação mundial – com um total acumulado de cerca de 191 milhões de casos confirmados e 4.095.223 mortes, desde os primeiros casos até julho de 2021 (OPAS, 2021) –, demandando desde serviços de saúde da atenção primária até cuidados intensivos, com alta velocidade de contágio e capacidade de

provocar colapso em sistemas de saúde, exigiu, por sua gravidade, um processo decisório ágil, com definição de estratégias de gestão adequadas, no qual foram propostas medidas de isolamento social, elaboração de planos de gerenciamento de risco, adequada proteção dos profissionais de saúde, necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção), implantação e ampliação de leitos UTI e de enfermaria para isolamento.

No entanto, o processo decisório não é simples, especialmente em instituições profissionais (MINTZBERG, 1995), com forte autonomia dos centros operacionais, tal como são os serviços de saúde, e em um país onde o pacto federativo prevê autonomia dos vários entes envolvidos (MACHADO *et al.*, 2020), cuja complexidade requer alta capacidade de negociação (RIVERA; ARTMANN, 2020).

Uma das primeiras providências adotadas pelas secretarias de saúde, no que diz respeito ao seu planejamento institucional, foi a orientação e organização de processos e fluxos de trabalho das vigilâncias, que seguiram as orientações do Ministério da Saúde. No entanto, a situação normativa, traçada a partir do nível nacional, aponta para uma imposição de políticas de saúde de ‘cima para baixo’ (*top down*), em que aqueles que tomam decisões nem sempre dominam as características locais, o que pode resultar na não implementação da política ou mesmo no não alcance dos objetivos traçados no momento de sua definição.

Estrutura

A APS precisa assumir com urgência o seu protagonismo como ordenadora do cuidado. Algumas medidas, como a reorganização dos fluxos de usuários nos serviços, podem e devem ser tomadas de imediato e outras, como melhorias nas estruturas físicas das unidades, devem permanecer no horizonte, pois levam tempo maior para sua concretização.

A análise, sob a ótica da estrutura, requer avaliar alguns aspectos como a dimensão da força de trabalho, a logística necessária para solicitação de exames complementares com resultados em tempo oportuno e o fluxo adequado para acolher possíveis casos suspeitos, entre outras intervenções necessárias ao cuidado em saúde coordenado e executado pela APS. No caso do Brasil, testes produzidos não foram adequadamente distribuídos e utilizados (REDAÇÃO O SUL, 2020), o que pode ter refletido na decisão em se adotar

ou não a estratégia de ampla testagem em massa, impactando no isolamento de maior número de casos, que reduziria o contágio e o número de mortes.

A IDENTIDADE

Falar de identidade institucional requer analisar características institucionais que vão além de questões quantitativas e econômicas, importando as questões subjetivas que podem demonstrar o grau de envolvimento pessoal e afetivo dos trabalhadores da saúde, que estão e são sujeitos vulneráveis a essa pandemia. Eles representam uma força de trabalho para o SUS de quase 1,147 milhão de profissionais, sendo 303 mil médicos, a maioria deles clínicos gerais; 843 mil trabalhadores da enfermagem; e cerca de 250.000 agentes comunitários de saúde (ACS).

Observou-se duas questões contraditórias: a) um grande compromisso dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, apesar da demora e inadequação no fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) e da falta de políticas de proteção – 30% das mortes de profissionais de enfermagem no mundo aconteceram no Brasil (ALESSI, 2021); b) a demora de entidades representativas, como os conselhos de classe de medicina, se manifestarem frente à atuações incongruentes do governo federal, como defesa do uso de medicamentos sem eficácia, em especial a liberação do uso da cloroquina em todos os casos e estágios da infecção pelo novo coronavírus, inclusive nos mais leves, mesmo após confirmação da ineficácia e dos riscos pela comunidade científica internacional (MEHRA *et al.*, 2020), e discursos negacionistas frente a medidas de prevenção, como fechamento de estabelecimentos comerciais, escolas etc. Assim, vemos uma identidade contraditória, mas que foi se modificando ao longo do tempo.

A formação da estratégia institucional

A estratégia, ao integrar cada um dos três determinantes discutidos anteriormente, pode ser entendida como a escolha do campo de atividade sobre a qual a instituição irá aplicar seus recursos para se fortalecer e desenvolver, requerendo, em sua análise, reconhecer o forte protagonismo

dos governadores, com o distanciamento do Ministério da Saúde da linha de frente das ações e o falso dilema entre a economia e a saúde, instaurando-se uma “pseudo” cisão entre as medidas sanitárias e as medidas de retomada econômica, somando-se à diminuição da oferta de ações rotineiras, restringindo acesso e fragilizando a APS. No entanto, para aqueles municípios que garantiram uma estrutura eficiente, que decidiram baseados em indicadores de saúde, que investiram na qualificação da força de trabalho, que fortaleceram as ações de vigilância dos casos confirmados e dos óbitos, bem como os que investiram em ampla testagem para a Covid-19, pode-se atribuir um diferencial competitivo, que possibilitou a construção e a coordenação da rede de cuidado em resposta à pandemia de Covid-19, portanto, com maior capacidade de intervir (SIQUEIRA; SOARES; LUIZA, 2020).

CONSIDERAÇÕES

Diante do cenário de crise que não pode ser reduzido apenas a uma questão sanitária, pois sujeita-se a estreita relação com os campos político, social e econômico, a APS precisa fortalecer seu papel de ordenadora do cuidado, efetivando a gestão em rede de forma resolutiva, com metas negociadas e amplo diálogo e cooperação entre os atores envolvidos, com vistas a concretização do pacto pela vida. Para tanto, é necessário utilizar ferramentas e métodos capazes de responderem às diferentes necessidades e desafios que se conformam no processo de implementação de políticas. Assim, o método de análise estratégica proposto pelo grupo *Strategor* apresenta-se como uma opção potente para essa finalidade, pois, ao articular seus quatro determinantes (decisão, estrutura, estratégia e identidade cultural), permite captar elementos implícitos do processo de implementação, sendo capaz de compreender o modo como o processo foi conduzido, sugerindo-se útil para viabilizar esse método de análise.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Seminário Virtual Rede APS ABRASCO. In: SEMINÁRIO DESAFIOS DA APS NO SUS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19”, 16 abr. 2020. **Relatório**. Rede de Pesquisa em APS, 26 abr. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/04/26/desafios-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19-seminario-virtual-rede-aps-abrasco/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ALESSI, G. Brasil responde por um terço das mortes globais entre profissionais de enfermagem por Covid-19. **El País**, São Paulo, 8 jan. 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: 10 fev. 2021.

ANDRADE, M. A. C. **O enfoque da Démarche estratégica em instituições de diferentes níveis de complexidade: instrumento potencializador da humanização hospitalar numa cultura em transição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 212 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ARAUJO, M. J. D.; ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C. **Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional** eficaz de análise da missão institucional. p. 319–343, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 fev. 2021.

ARTMANN, E.; URIBE RIVERA, F. J. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.

ARRETCHE, M. Estados federativos e unitários: uma dicotomia que pouco revela. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, 2020.

ARTMANN, E.; ANDRADE, M. A. C.; RIVERA, F. J. U. Desafios para a discussão de missão institucional complexa: O caso de um Instituto de Pesquisa em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 191–202, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Medida Provisória nº 966, de 2020. Responsabilização de agentes públicos em atos relacionados com a pandemia da covid-19. 2020b. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141949>. Acesso em: 25 maio 2020.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC e Ed. FIOCRUZ, 2009. p. 219-246.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. DE V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 289–296, 2020.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 283-297, dez. 2015.

DALFIOR, E. T. *et al.* Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional, 2016. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 128–139, 2016.

MACHADO, C. V.; DE LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M. Crisis, conditioning factors, and challenges in the coordination of Brazil's federative State in the context of COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 341–360, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0341.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

FAVACHO, J. C. P. **Gestão estratégica da maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará: a Démarche Stratégique em questão**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001. 101 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4866>. Acesso em: 21 jan. 2021.

FLEURY, S. OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2009. p. 65-105.

HABERMAS, J. **Teoria do Agir Comunicativo**. Trad. Flávio Siebeneichler. São Paulo: Martins Fontes, 2012. V. I, II.

MEHRA, Mandeep R. *et al*. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. **The Lancet**, 22 maio 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6). Acesso em: 2 mar. 2021.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 9-31; p.158-277.

OPAS. **Respuesta de la organización Panamericana de la salud a la Covid-19 en la región de las américas**. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-covid-19-americas>. Acesso em: 18 fev. 2021.

OPAS. **Atualização epidemiológica: doença causada pelo coronavírus**. OPAS, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54703>. Acesso em: 09 set. 2021

PAIM, J. S. Planning and management: Going beyond communication. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2279–2280, 2010.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M.E.B.; MATTOS R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p. 161-177.

PEREIRA, A. K.; OLIVEIRA, M. S.; SAMPAIO, T. DA S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 678–696, 2020.

PINTO, I. C. de M.; SILVA, L. M. V. da; BAPTISTA, T. V. de F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.69-81

RAQUEL, S.; SALES, G. **Transformação Organizacional: Um estudo de caso sobre a percepção dos gestores em uma mineradora no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado Mestrado Profissional em Administração) – Fundação Pedro Leopoldo, 2012.

REDAÇÃO O SUL. Representações no Tribunal de Contas da União pedem apuração de testes de Covid prestes a perder validade. **O Sul**, 23 nov. 2020. Disponível em: <https://www.osul.com.br/representacoes-no-tribunal-de-contas-da-uniao-pedem-apuracao-de-testes-de-covid-prestes-a-perder-validade/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan. 1997.

RIVERA, F. J. U. ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2020. 162 p.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. DE. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Nepp- Unicamp**, n. 48, p. 1–17, 2000.

SIQUEIRA, C.; SOARES, A.; LUIZA, C. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. O mundo vivencia algo totalmente novo e incerto: a pandemia do Coronavírus. **Journal of Management & Primary Health Care**, p. 1-11, 4 jan. 2021.

STRATEGOR. **Política Global da Empresa: Estratégia, estrutura, decisão, identidade**. 3. ed. Lisboa, Portugal: Editora Dom Quixote, 2000. 416p.

TENORIO, E. C. H.; SANTOS, J. M. Reflexões sobre o processo de implementação da política pública de saúde no Brasil. **Espaço Público**, v. 2, p. 18-25, dez. 2018.

THÉVENET, M. **La Culture d'Entreprise**. Paris, França: Presses Universitaires de France. 1993. Coleção Que sais-je?

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal TT - Municipal health policy planning and implementation. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1239–1250, 2008.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar.-abr. 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8095>. Acesso em: 13 de fev. 2021.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.*, (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1. reimp. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.2009. p.65-105.

VITÓRIA, Â. M.; CAMPOS, G. W. DE S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI – frente estamira de caps. **Frente Estamira de CAPS**, 2020.

12

MARCOS VINICIUS DA SILVA CORDEIRO
RITA DE CASSIA DUARTE
OTAVIO CALIARI LIMA
JOÃO VICTOR PENHA DOS SANTOS
SARA LÍBINA CRUZIO NASCIMENTO
JACYARA SILVA DE PAIVA
ETHEL LEONOR NOIA MACIEL
THIAGO NASCIMENTO DO PRADO

INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR COVID-19 NO BRASIL SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE: ESTUDO DESCRITIVO.

INTRODUÇÃO

A pandemia do “*Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) tem exibido efeito social comparável apenas à de gripe espanhola de 1918 (LIANG; LIANG; ROSEN, 2021). Embora a maioria dos infectados permaneça assintomáticos ou desenvolva doença leve, aproximadamente 12% dos casos requerem internação em unidades de terapia intensiva e, em alguns casos, levam à morte. Idade superior a 60 anos, sexo masculino e presença de hipertensão, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares são fatores associados à maior severidade e óbitos pela doença (GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020; LI *et al.*, 2020; LIANG; LIANG; ROSEN, 2021; REMUZZI; REMUZZI, 2020).

O curso epidemiológico da pandemia no Brasil apresenta semelhanças entre o perfil mundial de infectados pelo vírus que evoluíram para óbito, pessoas que estão entre o grupo de risco. Contudo, sobressaem-se, nos boletins epidemiológicos, a ocorrência de óbitos entre pessoas identificadas como pretas e pardas, que em seu somatório constituem a população negra do país (DYER, 2020; MACEDO; ORNELLAS; BOMFIM, 2020; MADEIRA; GOMES, 2018).

Mesmo em países com população negra proporcionalmente inferior a do Brasil, mas que também têm histórico escravista e uma estrutura racial desigual, os dados produzidos chamam atenção, como os dos Estados Unidos, onde a variável raça/cor da pele vem ganhando destaque. No estado de Luisiana, aproximadamente 32% da população é negra, porém mais de 56% dos óbitos pela COVID-19 até o dia 14 de maio de 2020 eram de pessoas negras (LIANG; LIANG; ROSEN, 2021). Essa assimetria ilustra o quão agravante

pode ser a pandemia em sociedades racialmente desiguais (MACEDO; ORNELLAS; BOMFIM, 2020).

A denegação do negro como sujeito social e de direito como parte da sociedade no Brasil é assentada na violência, no genocídio e na inobservância das demandas sociais dessa população (GOMES; LABORNE, 2018). Após a abolição do escravismo, milhares de negros foram lançados à própria sorte, sendo constantemente alvos das políticas higienista e eugenista do Estado (BRASIL, 1988). Na transição da senzala, para os cortiços e para as favelas, escassamente observamos mudanças estruturais nos determinantes sociais dessa população, que fora histórica e sistematicamente dizimada: mortos pela cólera nos navios negreiros, grande alvo da febre amarela e da gripe espanhola nos cortiços e, agora, nas favelas e periferias, subsistindo com doenças endêmicas relacionadas à pobreza e à exiguidade do saneamento básico (JESUS, 2020).

A variável raça/cor da pele tem apresentado associação com diversos agravos em saúde (BRASIL, 2017a). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra preconiza também a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) para a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor da pele. Cabe ressaltar a importância da padronização e de melhorias dos sistemas e dos recursos humanos para que sejam diminuídos quaisquer aspectos do racismo marcante no nosso país. Observa-se a necessidade de compreender o racismo sistêmico, que normatiza e naturaliza atitudes racistas que operam no processo de seletividade dos bens sociais gerados pelo Estado, limitando e determinando quem acessa tal serviço e qual é a qualidade desse acesso (BRASIL, 2017a; 2017b; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; JESUS, 2020; WERNECK, 2016).

Este estudo tem como objetivo descrever indicadores de internações e óbitos por COVID-19 no Brasil segundo a variável raça/cor da pele.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com dados de hospitalização e

óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 estratificados por raça/cor da pele no Brasil.

Contexto

O Brasil é um país de dimensões continentais, com extensão territorial de 8.516.00 km² e dividido em 26 estados e o Distrito Federal (DF), com população estimada em mais 207.853 milhões de pessoas em 2018. Encontra-se na categoria de países com renda média-alta, mas, apesar disso, grande parte de sua população encontra-se na linha da pobreza, marcando assim o país com um alto nível de desigualdade social, que está intimamente ligada ao caráter racial de sua população (IBGE, 2018; THE WORLD BANK, 2019).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, são identificadas as seguintes possibilidades de variáveis raça/cor da pele: preta, parda, branca, amarela e indígena. Adotaremos o entendimento de negro como pessoas que tiveram o preenchimento das variáveis raça/cor da pele como preta e parda. Em 2018, o percentual de pretos ou pardos que estavam entre os 10% com menores rendimentos do Brasil era de 75,2%, enquanto os brancos ocupavam 23,7% desse grupo. Entretanto, em um cenário oposto, os brancos representam 70,6% dos 10% com maiores rendimentos do Brasil, sendo a população negra 27,7% (IBGE, 2018).

Participantes

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e que tinham a variável raça/cor da pele preenchida como branca, preta e parda. Foram excluídos os indivíduos com raça/cor da pele sem informação ou ignorados.

Variáveis

- a. Epidemiológicas
 - Variável raça/cor da pele (negra/branca): adota-se como negro o preenchimento da variável raça-cor da pele como preta e parda.
 - Região geográfica (sudeste/nordeste/centro oeste/sul/norte).
 - Os 26 estados e capitais juntamente com o Distrito Federal (DF).

- Sexo (feminino/masculino).
- Letalidade hospitalar: calculada através do número de óbitos hospitalares por SRAG por COVID-19 dividido pelo número de internados pela doença.

b. Informativas dos painéis, boletins epidemiológicos e planos de contingência sobre COVID-19

- Informação sobre raça/cor da pele (Não/Sim).
- Estratégias e ações para a redução de impactos na população negra (Não/Sim)

Fontes de dados

Para extração dos dados de hospitalização e óbitos por SRAG por COVID-19, acessou-se a Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde -IVIS (<http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/dados-abertos/>), que apresenta os dados da notificação realizada no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) em 2020, até o dia 18 de maio.

Análise dos dados

Foram obtidas frequências absolutas e relativas dos números de casos e óbitos e foram calculadas as proporções de letalidade hospitalar e a distribuição proporcional dos óbitos estratificados segundo sexo e raça/cor da pele. Utilizou-se o *software* Stata, versão 15.1 (StataCorp LP, College Station, TX, EUA).

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo no CAAE 32839620.5.0000.5060 em 9 de junho de 2020.

RESULTADOS

Inicialmente, foram encontradas as informações sobre a situação da COVID-19 em todos estados. Sete estados apresentaram as informações

em forma de Boletim Epidemiológico e 20 estados adotaram também os Painéis Eletrônicos como forma de apresentar os dados atualizados da pandemia. Até o dia 14 de junho de 2020, os dados da COVID-19 com a informação da variável raça/cor da pele eram apresentados apenas pelos estados de Alagoas, Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Paraná. Entre as capitais, Florianópolis (SC), Maceió (AL), Rio de Janeiro (RJ) e Vitória (ES) apresentaram os dados da COVID-19 com recorte de raça/cor da pele.

Foram notificados, no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP- Gripe), 43.906 casos hospitalizados de SRAG por COVID-19. Desses, em 7.848 (17,87%), a variável raça/cor estava ignorada, e, em 8.504 (19,37%), constavam no banco como dado faltante, totalizando 37,2% de casos sem caracterização da raça/cor (dados não apresentados na tabela). Diante disso, foram analisados 27.024 casos, sendo 13.186 da raça/cor da pele negra e 13.838 da raça/cor da pele branca.

Conforme apresentado na Tabela 1, 48% dos casos hospitalizados de SRAG por COVID-19 no Brasil eram da raça/cor da pele negra e 52% da branca. A letalidade hospitalar, entre negros, foi de 37,1%, e, entre brancos, foi de 27,2%. As taxas de letalidade foram maiores entre os negros em todas as regiões administrativas brasileiras. A região sudeste apresentou uma letalidade de 28,5% entre brancos e de 64,4% entre negros, sendo a maior disparidade em regiões do Brasil.

Tabela 1 - Descrição dos dados de casos hospitalizados de Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19 nas regiões e unidades federativas do Brasil segundo raça/cor da pele até 14 de junho de 2020.

Regiões e UF	Casos de SRAG por COVID 19			Óbitos		Letalidade (%)	
	Total N	Negros N (%)	Branços N (%)	Negros N (%)	Branços N (%)	Negros %	Branços %
Centro-Oeste	803	258	149	48	26	18,6	17,4
<i>Distrito Federal</i>	310	47 (65)	25 (35)	7 (64)	4 (36)	14,9	16,0
<i>Goiás</i>	252	97 (74)	34 (26)	24 (77)	7 (23)	24,7	20,6
<i>Mato Grosso</i>	159	82 (60)	55 (40)	14 (67)	7 (33)	17,1	12,7
<i>Mato Grosso do Sul</i>	82	32 (48)	35 (52)	3 (27)	8 (73)	9,4	22,9
Nordeste	5.725	2515	512	999	183	39,7	35,7
<i>Alagoas</i>	133	84 (95)	4 (5)	33 (100)	0	39,3	0,0
<i>Bahia</i>	604	291 (87)	43 (13)	118 (87)	18 (13)	40,5	41,9
<i>Ceará</i>	2.625	1.038 (87)	157 (13)	487 (89)	60 (11)	46,9	38,2
<i>Maranhão</i>	181	90 (79)	24 (21)	30 (79)	8 (21)	33,3	33,3
<i>Paraíba</i>	238	155 (85)	27 (15)	73 (89)	9 (11)	47,1	33,3
<i>Pernambuco</i>	1.255	507 (81)	118 (19)	187 (76)	60 (24)	36,9	50,8
<i>Piauí</i>	302	183 (77)	55 (23)	21 (81)	5 (19)	11,5	9,1
<i>Rio Grande do Norte</i>	291	142 (65)	75 (35)	44 (69)	20 (31)	31,0	26,7
<i>Sergipe</i>	96	25 (74)	9 (26)	6 (67)	3 (33)	24,0	33,3
Norte	3.044	2.250	207	1.072	98	47,6	47,3
<i>Acre</i>	8	2 (67)	1 (33)	2 (67)	1 (33)	100,0	100,0
<i>Amapá</i>	22	11 (61)	7 (39)	3 (38)	5 (63)	27,3	71,4
<i>Amazonas</i>	2.163	1.633 (93)	126 (7)	875 (93)	68 (7)	53,6	54,0
<i>Pará</i>	680	503 (89)	61 (11)	161 (88)	21 (12)	32,0	34,4
<i>Rondônia</i>	37	11 (79)	3 (21)	2 (67)	1 (33)	18,2	33,3
<i>Roraima</i>	61	45 (94)	3 (6)	18 (95)	1 (5)	40,0	33,3

<i>Tocantins</i>	73	45 (88)	6 (12)	11 (92)	1 (8)	24,4	16,7
Sudeste	25.271	2.958	9.375	1.904	2.673	64,4	28,5
<i>Espírito Santo</i>	247	112 (67)	56 (33)	79 (74)	28 (26)	70,5	50,0
<i>Minas Gerais</i>	786	292 (43)	387 (57)	68 (45)	84 (55)	23,3	21,7
<i>Rio de Janeiro</i>	4936	1.307 (52)	1.226 (48)	679 (54)	579 (46)	52,0	47,2
<i>São Paulo</i>	19301	4.039 (34)	7.706 (66)	1.078 (35)	1.982 (65)	26,7	25,7
Sul	2.018	177	1637	34	257	19,2	15,7
<i>Paraná</i>	625	57 (12)	430 (88)	15 (14)	92 (86)	26,3	21,4
<i>Rio Grande do Sul</i>	1.061	89 (9)	854 (91)	16 (14)	102 (86)	18,0	11,9
<i>Santa Catarina</i>	422	31 (8)	353 (92)	3 (5)	63 (95)	9,7	17,8
Total	39.950	10.950 (48)	11.880 (52)	4.057 (56)	3.237 (24)	37,1	27,2

Na Tabela 2, observa-se que, entre as capitais e o DF, as internações e a taxa de letalidade tiveram uma elevação quando comparadas às variáveis raça/cor da pele na população negra. Foram contabilizados 29.195 casos de internações por SRAG por COVID-19, sendo 7.631 (48%) na população branca e 8.365 (52%) na população negra. A taxa de letalidade na população negra foi de 40,1%, enquanto na população branca foi de 29,7%.

Tabela 2 - Casos hospitalizados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 nas capitais do Brasil segundo raça/cor da pele até 14 de junho de 2020.

Capitais	Casos de SRAG por COVID-19			Óbitos		Letalidade hospitalar	
	Total N	Negros N (%)	Branco N (%)	Negros N (%)	Branco N (%)	Negros %	Branco %
<i>Aracaju</i>	90	22 (69)	10 (31)	6 (67)	3 (33)	27,3	30,0
<i>Belém</i>	193	91 (87)	14 (13)	48 (83)	10 (27)	52,7	71,4
<i>Belo Horizonte</i>	250	118 (57)	90 (43)	25 (61)	16 (41)	21,2	17,8
<i>Boa Vista</i>	63	46 (94)	3 (6)	18 (95)	1 (5)	39,1	33,3
<i>Brasília</i>	348	55 (67)	27 (33)	8 (62)	5 (38)	14,5	18,5
<i>Campo Grande</i>	50	16 (43)	21 (57)	1 (33)	2 (67)	6,3	9,5
<i>Cuiabá</i>	300	139 (54)	120 (46)	5 (63)	3 (37)	3,6	2,5

<i>Curitiba</i>	289	9 (5)	183 (95)	1 (3)	32 (97)	11,1	17,5
<i>Florianópolis</i>	46	3 (9)	31(91)	-	5 (100)	-	16,1
<i>Fortaleza</i>	2.642	1.032 (87)	158 (23)	558 (87)	81 (13)	54,1	51,3
<i>Goiânia</i>	175	42 (71)	17 (29)	17 (77)	5 (23)	40,5	29,4
<i>Joao Pessoa</i>	226	138 (85)	25 (15)	48 (84)	9 (16)	34,8	36,0
<i>Macapá</i>	14	10 (91)	1 (9)	4 (100)	-	40,0	-
<i>Maceió</i>	122	73 (95)	4 (5)	26 (100)	-	35,6	-
<i>Manaus</i>	2.035	1.421 (91)	149 (9)	778 (91)	76 (9)	54,8	51,0
<i>Natal</i>	194	74 (61)	48 (39)	22 (76)	7 (24)	29,7	14,6
<i>Palmas</i>	43	21 (78)	6 (22)	2 (67)	1 (33)	9,5	16,7
<i>Porto Alegre</i>	280	29 (12)	217 (88)	4 (14)	25 (86)	13,8	11,5
<i>Porto Velho</i>	54	20 (87)	3 (13)	3 (100)	-	15,0	-
<i>Recife</i>	1.306	465 (77)	140 (23)	201 (72)	80 (28)	43,2	57,1
<i>Rio Branco</i>	27	10 (67)	5 (33)	9 (64)	5 (46)	90,0	100,0
<i>Rio de Janeiro</i>	4.315	1.226 (54)	1.054 (46)	682 (54)	580 (46)	55,6	55,0
<i>Salvador</i>	625	278 (89)	33 (11)	117 (89)	14 (11)	42,1	42,4
<i>São Luís</i>	156	72(77)	21 (23)	22 (73)	8 (27)	30,6	38,1
<i>São Paulo</i>	14.916	2.751 (35)	5.171 (65)	725 (36)	1.283 (44)	26,4	24,8
<i>Terresina</i>	298	177 (75)	58 (25)	18 (78)	5 (22)	10,2	8,6
<i>Vitoria</i>	69	27 (55)	22 (45)	5 (38)	8 (62)	18,5	36,4
Total	29.196	8.365 (52)	7.631 (48)	3.353 (60)	2.264 (40)	40,1	29,7

A distribuição percentual dos óbitos por SRAG por COVID-19 segundo raça/cor é apresentada na Figura 1. No primeiro e no segundo períodos, a porcentagem cumulativa de óbitos entre brancos (73% e 76% respectivamente) era maior do que entre negros (27% e 24% respectivamente), porém, na terceira semana, houve uma inversão, passando a ser a maioria dos óbitos entre negros (53%, comparado a 47% entre brancos), característica que se manteve até o final do seguimento (Figura 2).

Figura 1 - Números de internações e de óbitos e letalidade hospitalar por Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19, entre os casos notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe, segundo sexo e raça/cor da pele, calculados cumulativamente a cada duas semanas epidemiológicas no período de 18 de fevereiro a 18 de maio de 2020.

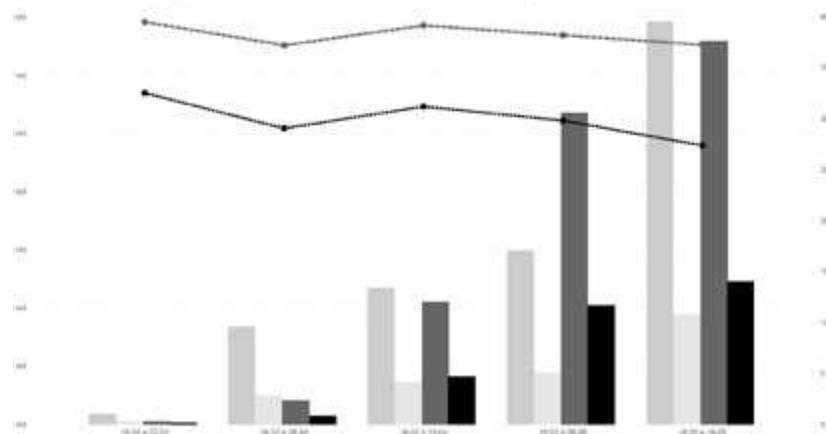
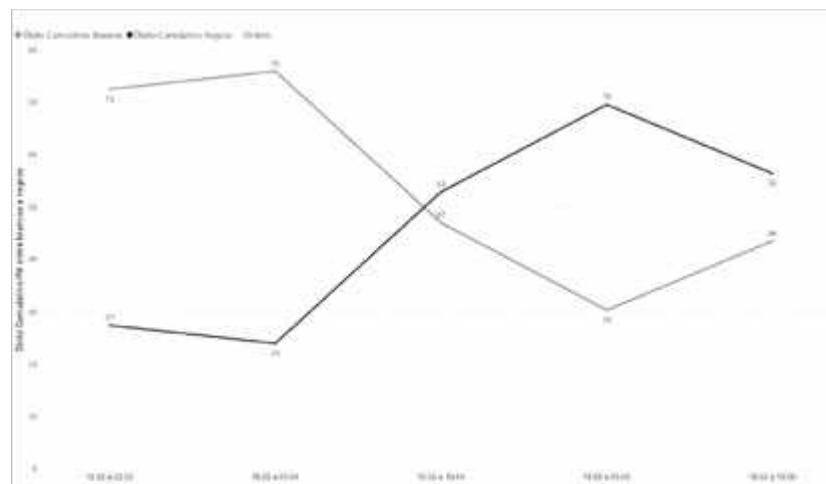
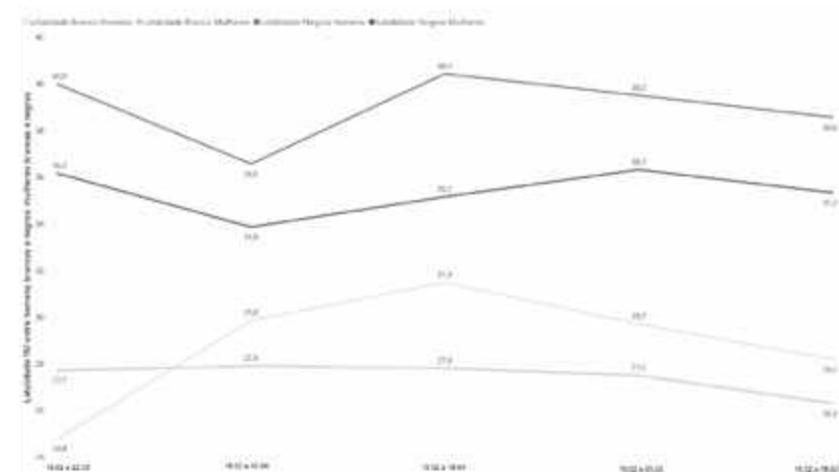


Figura 2 - Distribuição percentual dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19, entre os casos notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe, segundo raça/cor da pele, calculada cumulativamente a cada duas semanas epidemiológicas no período de 18 de fevereiro a 18 de maio de 2020.



Ao analisar os dados de letalidade hospitalar estratificado por raça/cor da pele e sexo, observa-se letalidade de 38,6% entre homens negros, 35,3% em mulheres negras, 28,2% entre homens brancos e 26,3% nas mulheres brancas (Figura 3).

Figura 3 - Letalidade hospitalar (%) por Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19, entre os casos notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe, segundo sexo e raça/cor da pele, calculada cumulativamente a cada duas semanas epidemiológicas, no período de 18 de fevereiro a 18 de maio de 2020.



DISCUSSÃO

Este estudo observou um maior número acumulado de internações por SRAG por COVID-19 entre pessoas com preenchimento da variável raça/cor da pele branca no período estudado no Brasil. Todavia, foi entre a população negra que podemos observar maior letalidade hospitalar, independentemente do sexo e das regiões administrativas do país, mas com maior diferença entre as regiões Nordeste e Sudeste. Observa-se que, nos

dois primeiros períodos analisados, o número cumulativo de óbitos entre brancos foi superior àquele entre negros. Após esse período, a proporção se inverteu e o número acumulado de óbitos entre os negros mostrou-se maior do que o observado entre os brancos. O presente estudo revela também que somente sete estados apresentaram as informações sobre a variável raça/cor da pele nos Boletins Epidemiológicos ou Painéis Eletrônicos da COVID-19.

Embora este trabalho tenha importância epidemiológica para apontar o impacto da pandemia na população negra brasileira, deve-se pontuar as limitações do estudo. Primeiro, trata-se de análises de dados secundários com mais de um terço dos casos de internação por SRAG por COVID-19 no país apresentando o quesito raça/cor ignorados ou não preenchidos. Todavia, um estudo prévio revelou que o sistema de vigilância universal da SRAG apresentou boa completude de dados e baixa inconsistência ao estudar a Influenza no período de 2014 a 2016 (RIBEIRO; SANCHEZ, 2020). Em segundo lugar, a pesquisa se limitou às internações de SRAG por COVID-19, não permitindo generalizações para os casos de COVID-19 com sintomas mais leves e que não tiveram também acesso aos testes e serviços de saúde locais.

Nota-se que, no início da pandemia, a proporção de internações e óbitos eram maiores na população branca no Brasil. Esse achado reforça a hipótese de que, assim como em outros países, a doença iniciou seu contato, no Brasil, por pessoas que vinham de viagens ao exterior, notadamente de classes econômicas elevadas (FARIAS, 2020). Estudo ecológico, realizado no município do Rio de Janeiro com o objetivo de descrever a distribuição espacial dos primeiros casos e mortes de COVID-19 confirmados entre 6 de março e 10 de abril, encontrou alto risco de infecção e mortes causadas por COVID-19 em bairros da zona sul, região cuja classe econômica prevalente são as classes A e B (CAVALCANTE; ABREU, 2020). Esse dado permite aferir que a pandemia está se difundindo dos territórios de maior poder aquisitivo, de maioria branca, para os territórios de maioria negra e com baixo poder aquisitivo, que nos grandes centros urbanos são caracterizados por favelas, comunidades, periferias e subúrbios (FARIAS, 2020; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020). Tal difusão pode ser explicada, uma vez que a necessidade da garantia de renda financeira oriunda de trabalhos braçais ou informais, como os casos de empregadas domésticas, diaristas, camelôs entre outros, e conseqüentemente a impossibilidade

da realização de quarentena/isolamento social podem ter contribuído para o maior risco de exposição à SRAG por COVID-19 nessa população periférica (MACEDO; ORNELLAS; BOMFIM, 2020).

A letalidade encontrada apresenta-se maior entre a população negra brasileira quando comparada com a branca. Assim, este estudo corrobora sobre a importância de mais pesquisas sobre os impactos da COVID-19 e suas relações com a variável da raça/cor da pele, associados os determinantes e as iniquidades em saúde que afetam a população negra no país (BARATA, 2001; CAMBOTA; ROCHA, 2015).

Em um estudo ecológico realizado nos Estados Unidos com objetivos de avaliar a incidência acumulada de COVID-19 e a letalidade entre negros e brancos, os pesquisadores identificaram maior letalidade entre negros, cerca de 34% de todas as mortes no país. Outro estudo, do tipo série de casos, realizado no mesmo país no período de 9 a 27 de março, na região metropolitana de Detroit, no estado de Michigan, foi observado que a maioria dos pacientes era de negros com alta prevalência de comorbidades, taxas de hospitalização, internação em unidade de terapia intensiva, complicações e mortalidade por COVID-19 (HOLMES *et al.*, 2020; SULEYMAN *et al.*, 2020).

No Brasil, estudos mostram a alta prevalência de comorbidades como diabetes tipo II e hipertensão na população afrodescendente. Aliada a tais comorbidades, os determinantes sociais de saúde potencializam as vulnerabilidades dessa população ao vírus, visto que estão instaladas em áreas de ausência de saneamento básico e indisponibilidade de recursos básicos para estabelecer condição de vida digna. Estudo exploratório em bases de dados como IBGE e DataSUS, realizado no período de 1996 a 2014, sobre acesso ao saneamento e à morbimortalidade afirma que, a cada uma hora e meia, uma pessoa negra morre por não ter saneamento adequado no Brasil, expondo assim uma questão estrutural e histórica de saúde antecessora a pandemia (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; JESUS, 2020; MACEDO; ORNELLAS; BOMFIM, 2020).

Tais análises apresentam um complexo cenário de desigualdade em saúde no país. Os números nos mostram que as periferias convivem e enfrentam simultaneamente as iniquidades impostas pelos determinantes sociais em saúde e o COVID-19. Tal preocupação associa-se a questões de segurança alimentar, trabalho e renda, educação, violência e habitação, entre

outros fatores que impactam diretamente no processo saúde-doença e morte dessa população (BARATA, 2001; CAMBOTA; ROCHA, 2015). Tal análise apresenta-se como uma necessidade emergente em ampliar os debates sobre saúde integral da população negra que é a maior usuária e exclusivamente dependente do SUS (FAUSTINO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2006).

Conclui-se que há uma alta letalidade hospitalar por SRAG por COVID-19 entre a população negra, se comparada com a branca. Tais números apresentam-se elevados mesmo que desagregados pela variável gênero. Em resumo, homens e mulheres negras morrem mais vítimas da COVID-19 quando comparada com homens e mulheres brancas. Tais relações podem ser analisadas pelas condições precárias em que vivem essa população historicamente negligenciada pelas políticas públicas de saúde. Torna-se necessário a intervenção direta sobre a realidade estrutural da vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

- BARATA, R. B. Iniquidade e Saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, n. 51, p. 138–145, nov. 2001.
- BRASIL. Lei nº 3.353, de 13 de maio 1888 (Lei Áurea). Declara extinta a escravidão no Brasil. 1888. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM3353.htm. Acesso em: 18 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, 2017b.
- CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e Planejamento Econômico**. v. 45, n. 2, p. 219-243, ago. 2015.
- CAVALCANTE, J. R.; ABREU, A. de J. L. de. COVID-19 in the city of Rio de Janeiro: spatial analysis of first confirmed cases and deaths. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020204, 2020.
- DYER, O. Covid-19: Black People and Other Minorities Are Hardest Hit in US. **BMJ**, p. m1483, 14 abr. 2020.
- FARIAS, H. S. de. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. **Espaço e Economia**, n. 17, 7 abr. 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoconomia/11357>. Acesso em: 20 maio 2020.
- FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, dez. 2017.
- GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r942.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.
- GOMES, N. L.; LABORNE, A. A. de P. Pedagogia da Crueldade: Racismo e Extermínio da Juventude Negra. **Educação em Revista**, v. 34, 23 nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982018000100657&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 abr. 2021.
- GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. **JAMA**, v. 323, n. 16, p. 1545, 28 abr. 2020.
- HOLMES, L. *et al.* Black–White Risk Differentials in COVID-19 (SARS-COV2) Transmission, Mortality and Case Fatality in the United States: Translational Epidemiologic Perspective and Challenges. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 12, p. 4322, 17 jun. 2020.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua trimestral**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa>. Acesso em: 19 abr. 2020.

JESUS, V. de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e180519, 2020.

LI, J.-W. *et al.* The Impact of 2019 Novel Coronavirus on Heart Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 63, n. 4, p. 518–524, jul. 2020.

LIANG, S. T.; LIANG, L. T.; ROSEN, J. M. COVID-19: A Comparison to the 1918 Influenza and How We Can Defeat It. **Postgraduate Medical Journal**, p. postgradmedj-2020-139070, 9 fev. 2021.

MACEDO, Y. M.; ORNELLAS, J. L.; BOMFIM, H. F. do. COVID-19 no Brasil: O que se espera para população subalternizada? **Revista Encantar**, p. 1-10, 2020.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 463-479, dez. 2018.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: What Next? **The Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1225–1228, abr. 2020.

RIBEIRO, M. C. S. de A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, dez. 2006.

RIBEIRO, I.G.; SANCHEZ, M.N. Evaluation of the severe acute respiratory syndrome (SARS) surveillance system, with emphasis on influenza, Brazil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, p. e2020066. doi: 10.5123/S1679-49742020000300013.

SULEYMAN, G. *et al.* Clinical Characteristics and Morbidity Associated with Coronavirus Disease 2019 in a Series of Patients in Metropolitan Detroit. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 6, p. e2012270, 16 jun. 2020.

THE WORLD BANK. Date of Brazil. **International Development, Poverty & Sustainability**, 2019. Disponível em: <https://data.worldbank.org/country/BR?locale=pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016.

13

PATRÍCIA RUFINO
MONYQUE ASSIS SUZANO

RACISMO SOCIOESPACIAL NOS EUA E NO BRASIL: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO CASO DE GEORGE FLOYD E AS PRODUÇÕES DE DOENÇA SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA. NO JUSTICE, NO PEACE!

INTRODUÇÃO

“No Justice, no peace!”

Violência policial tem sido apontada como um dos principais indícios para reflexão sobre segregação socioespacial. É fato, e pesquisas comprovam, que pessoas negras são muitas vezes mais agredidas e usurpadas em seus direitos pelos representantes da força do Estado¹ – nesse caso, sob a representação da força policial (CESEC-2019).² A partir desse olhar, desenvolvemos estudos que apontam a interferência da ação direta do Estado conforme o pertencimento racial, ou seja, questiona-se a soberania, alegoria e autorização sobre a vida, quando este concede a decisão de que corpos devem morrer, exercício fatídico da necropolítica segundo Mbembe (2003). Portanto, ao analisarmos os contextos históricos da morte de George Floyd, homem negro afro-americano, é inevitável associar violência policial ao racismo segregacionista socioespacial.

Esse fato pode ser pensado a partir da compreensão histórica do território quando a população negra é agredida, exterminada pelos agentes institucionais. Neste texto, recordamos alguns apontamentos sobre a experiência que vivemos em Minneapolis, compreendendo as conturbações do primeiro semestre do ano de 2020 e conjugando

1. Confira em: http://www.forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf. Acesso em: 19 ago. 2020.
2. Relatório “A cor da violência policial: a bala não erra o alvo”. Rede de Observatórios da Segurança - Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC, 2019).

contínuas discussões sobre racismo institucional no Brasil. Através de aportes metodológicos, analisamos dados disponíveis em sites oficiais, tanto nos EUA quanto no Brasil, que evidenciam que a violência policial tem cor e classe social, ou seja, é preta e periférica. A partir daí, são contextualizadas questões que entendemos como segregação sócio territorial, historicamente discutidas no Brasil como questões de classe e não de raça, mas que se refletem como doenças sociais no campo institucional, porque falam do racismo vivenciado pela população preta favelizada no cotidiano, territorialmente segregada.

O decreto de uma pandemia mundial e a cena inigualável do assassinato de George Floyd colocaram em xeque a pretensa cordialidade da cidade de Minneapolis, porque questionaram a permissão histórica do estado de Minnesota sobre a morte de pessoas negras. Esse era o ponto crucial quando clamávamos por justiça contra o policial que apertou até a morte o pescoço de George Floyd no asfalto. A figura representativa do Estado e a permissão da morte deflagraram reflexões sobre a territorialidade negra e o enfrentamento ao racismo no mundo.

Experiências nos transformam. Os relatos daquele momento produziram frutos e reflexões durante a pandemia e construíram percepções raciais que alertaram para o que chamávamos de certezas circunstanciais sobre a experiência histórica de segregação dos EUA. Em outras proporções, descortinaram, mais uma vez, o racismo velado do Brasil e, para além disso, movimentaram concepções políticas sobre a diferença estrutural acirrada na pandemia.

Quando se nega a humanidade do outro, tudo é justificável, inclusive a morte (MBEMBE, 2003). Ao descrever parte dessas vivências em Minneapolis, retornamos aos estudos fenomenológicos, com efeitos produzidos por esse sentir. Fazemos esta análise introdutória por concordarmos com Merleau-Ponty sobre a compreensão de que a Fenomenologia deixa-se praticar e reconhecer como realmente existe, ou seja, é necessário descrever o real fazendo uma reflexão da experimentação e aprendizagem, recolocando sua subjetividade ao lado do seu ser e do tempo (MERLEAU-PONTY, 1996). Portanto, ao descrevermos experiências denunciativas do assassinato de George Floyd nas passeatas durante a pandemia, revivemos afetos e sentidos que deixaram transparecer, para além da compreensão histórica, revisões ideológicas, políticas e religiosas,

ao mesmo tempo que produziram novos aprendizados. Talvez seja essa concordância com Merleau-Ponty (1996) motivo para repensarmos: como os estudos raciais chegam às salas de aula? De que maneira são discutidos e denunciados em nossa sociedade? Quais investimentos reais do estado sobre a questão? Sobre a percepção da facticidade do mundo, das expressões, dos sentimentos e dos gestos, entendemos que: “É por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo coisas” (MERLEAU-PONTY, 1990). Expor a morte de Floyd reverbera a compreensão do corpo negro que clama por justiça. Não era apenas Floyd, fomos todos nós negros e negras asfixiados no chão.

A EXPERIÊNCIA

Quem estuda “racismos” nos duros cotidianos brasileiros, e vê todos os dias jovens negros brutalmente mortos, mulheres negras na luta permanente por lugares de poder e mídias racistas, tem a sensação desanimadora de uma anestesia social. Muitas violações que desanimam, decepcionam. Percebemos, o quanto estamos desiludidos com tanto esforço, principalmente se considerarmos o desgaste político atual do Brasil, tal qual ou um pouco pior que o desgaste político dos EUA, porém em posições extremamente diferentes.

De um país racista, para outro país com histórico racista de segregação racial como EUA, jamais pensamos na possibilidade de tal vivência. A morte de Floyd também sinalizava para mudança política nos EUA. As lições estavam sendo construídas. A permissão do estado para que o aparelhamento policial esmagasse o pescoço de um cidadão para imobilizá-lo causou estranhamento, perplexidade, assombro e revolta. Sete minutos sem ar expostos em mídias mundiais. Sete minutos que, naquelas circunstâncias, a inevitável morte apontava feridas abertas do regime segregacionista que a história não apagou.

Ainda que sussurrasse, com o joelho do policial em seu pescoço, “estou sem ar”, no dia 25 de maio, na Eliot Avenue, no estado de Minnesota – Minneapolis (EUA), um policial manteve, por sete minutos, George Floyd no chão. A desumanização do sujeito durante a abordagem policial foi

habilmente filmada por uma pedestre,³ que logo reportou aos jornais da cidade a denúncia do crime para as mídias mundiais. Floyd não resistia à prisão. Foi retirado de seu carro, brutalmente imobilizado com o joelho do policial em seu pescoço e, segundo populares, por pelo menos 11 vezes gritou que não conseguia respirar.⁴ Os sete minutos foram suficientes para que Dereck Chauvin mantivesse sua postura agressiva, racista de supremacia.

O caso de Floyd foi intenso, Dereck Chauvin era o Estado. A força abrupta imposta naquela situação fez todos que assistiam se sentirem violentados e, como resposta, ocorreram muitos protestos. Milhares de pessoas clamando por justiça ampliaram a visibilidade reagindo com caminhadas, muitas pessoas nas ruas e ateando fogo em lojas. Muitos jovens negros americanos gritavam, com um engasgo na garganta: “Quem morreu? George Floyd! O que vocês querem? *Justice!*”. “*Black lives matter*”.⁵ Muitas famílias também marcharam inteiras. As esquinas de Minneapolis se encheram de pessoas. Muitos brancos e não brancos se juntaram aos protestos. A reação inevitável por tamanha violência foi em si uma resposta significativa.

Aos poucos as reações do Estado foram também se intensificando: primeiro, apenas afastaram os policiais; depois, prenderam; falou-se em demiti-los, por fim condenados. Uma resposta esperada ansiosamente tanto pela família quanto por todos que fizeram parte dos protestos denunciativos. A população do condado cobrava, o mundo acompanhava passo a passo a efetividade das ações pelos representantes políticos e públicos das instituições. Porém, no atestado de óbito de George Floyd consta morte por parada cardiorrespiratória.

3. Noticiado em 26 de Maio de 2020, no “Common Dreams”: https://www.commondreams.org/further/2020/05/26/murder-again?utm_campaign=shareaholic&utm_medium=referral&utm_source=email_this. Acesso em 19 ago. 2020.

4. Policial da ação.

5. *Black Lives Matter* (Vidas Negras Importam) é um movimento ativista internacional, com origem na comunidade afro-americana, que caminha contra a violência direcionada às pessoas negras. O BLM regularmente organiza protestos em torno da morte de negros causada por policiais e de questões mais amplas de discriminação racial, brutalidade policial e desigualdade racial no sistema de justiça criminal dos Estados Unidos.

Além dos conflitos individuais, conjecturais, estatais e institucionais houve a denúncia das instituições racistas evidenciadas quando subscreveram *parada cardiorrespiratória*. Foi possível identificar movimentos instituintes advindos da sensibilização das multidões, direcionando a discussão racial não apenas para o campo moral da culpabilização mas para o campo político, do combate ao racismo sistêmico que atua sobre as instituições (ALMEIDA, 2019).

Neste texto, não trataremos do mérito do julgamento, das questões que se sobrepuseram adiante. Mas especificamente das produções de sentidos sobre os consentimentos de morte de pessoas negras, sobre as expectativas de racialidades nos territórios de periferias e de como podemos criar outros processos providenciais de enfrentamento aos racismos cotidianos.

De fato, a pandemia expôs feridas das desigualdades, anos de descaso político, planos governamentais falidos, mas há um intenso questionamento: estamos combatendo o racismo? O que de fato se aprende para denunciar e fazer valer a lei quanto à formação racialista da sociedade? Se considerarmos as desigualdades que enfrentam os territórios negros, a morte de George Floyd apenas redimensiona as imensas fissuras enfatizadas pelas forças policiais sobre os territórios.

Enquanto toda a movimentação continuava sobre protestos da morte de Floyd, outros estados americanos agregaram-se às manifestações. A Força Nacional foi acionada pelo presidente Donald John Trump (2017-2021, Partido Republicano). O governador de Minneapolis, mesmo sendo um Democrata, partido oposto ao de Donald Trump, não se opôs à entrada da Força Nacional. Em Washington D.C. foi decretado toque de recolher. Aos poucos fecharam os comércios – que já estavam em caráter emergencial por causa da pandemia de Covid-19 –, os transportes urbanos cessaram de vez, principalmente os meios mais usados pela população negra – metrô e ônibus – que atendiam e interligavam os centros urbanos à maior parte dos bairros negros em Minneapolis. Bancos também pararam de funcionar. Muitas das grandes lojas de supermercados, tais como Target, Aldi, Cub, foram incendiadas e fechadas. Foram 15 dias em que todas as noites havia população em confronto com policiais, muitos estouros e incêndios e jovens negros presos. O mundo corresponde aos protestos, muitos países juntam-se às reivindicações contra racismo.

Na mesma semana, em 31 de maio de 2020, participamos de um culto aberto – Memorial de George. Na esquina onde tudo aconteceu, no Condado de Hennepin, foram deixadas muitas flores (Figura 1). Em meio às palavras de ordem, orações e reflexões, algumas igrejas apoiavam os protestos com cânticos. Naquela mesma manhã, o New York Times trazia a reportagem matinal:

Good morning. Protests raged again last night. Police are responding aggressively. And The Times tells Tara Reade’s story. Let’s start by taking a close look at Minnesota⁶.

Figura 1 - Memorial à George Floyd - Painel em Homenagem a George Floyd, (Eliot Avenue) Condado de Hennepin, Minneapolis- USA, 2020.



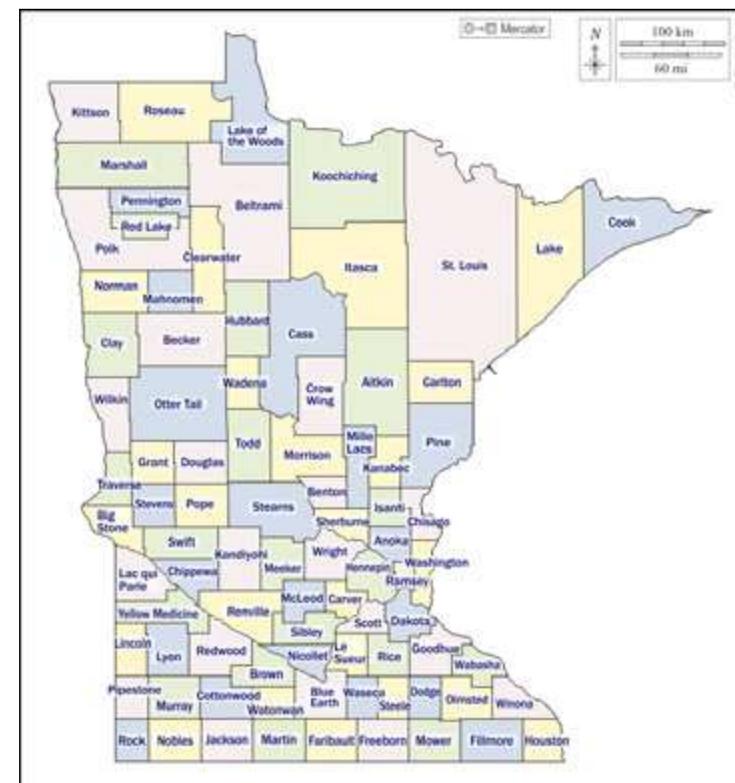
Fonte: Foto da autora, 2020.

Minnesota possui 87 condados (Figura 2), dentre eles destacam-se: Condado de Hennepin (metropolitano), Condado de Anoka (nordeste), Condado de Ramsey (nordeste), Condado de Dakota (sudeste), Scott County (sul), Condado de Carver (sudoeste), Condado de Wright (noroeste) e Condado de Sherburne (norte). A Figura 1, com o painel na Eliot Avenue,

6. Tradução: “Bom Dia. Os protestos ocorreram novamente na noite passada a polícia está respondendo de forma agressiva. E o The Times conta a história de Tara Reade. Vamos começar dando uma olhada em Minnesota.”

faz parte das homenagens realizadas no Condado de Hennepin o 34^o mais populoso dos EUA.

Figura 2 - Mapa do Condado de Minnesota, MN



Fonte: D-Maps.com⁷

De acordo com o US Bureau of Economic Analysis⁸, o Condado de Hennepin é o mais rico de Minnesota e um dos 100 condados de maior

7. Disponível em: <https://d-maps.com/m/america/usa/minnesota/minnesota/minnesota74.gif>. Acesso em: 19 ago. 2020

8. Renda pessoal por município, área metropolitana e outras áreas | US Bureau of Economic Analysis (BEA). www.bea.gov

renda dos Estados Unidos. No entanto, o fato de compor a região metropolitana de Minneapolis (MN), St. Paul (*Twin Cities*) e Bloomington mascara as desigualdades. De acordo com a Pesquisa da Comunidade Americana, em 2016, os dados apresentaram um quantitativo de 10,9% de pessoas abaixo da linha de pobreza, ou seja, 132.000 residentes, um paradoxo importante para o comparativo de 14% da média nacional, uma vez que os dados atuais contam com uma população de 1.152.425 habitantes.⁹ Esse condado concentra muitas fragilidades das comunidades negras, questões econômicas, de renda, de saúde, de alimentação e de educação, entendidas como estruturais, atendendo precariamente às famílias negras. Para a população de Minneapolis que se encontra exposta a linha de pobreza, por exemplo, são necessárias providências a curto, médio e longo prazo, além de maiores investimentos na educação dessa população para equacionar a diferença. O fato é que, naquele território, uma abordagem policial a um homem negro acaba em fatalidade por suporem que ele estaria infringindo a lei, “suposição” racista. Esse será o legado para as novas gerações atuarem a longo prazo, com processo formativo nas instituições, em permanente vigilância objetivando sanar as desigualdades.

O Estado de Minnesota tem histórico racista extremamente complexo. Para Samuel Myers Jr.,¹⁰ a morte de George Floyd expôs a cidade ao próprio paradoxo de extremas desigualdades. As cidades gêmeas (*Twin Cities*) Minneapolis e Saint Paul têm um dos mais elevados índices de qualidade de vida. No entanto, a grande maioria de sua população é branca e concentra tanto as maiores rendas como melhores condições imobiliárias e educacionais e possui, efetivamente, padrão social elevado. Esse padrão reflete diretamente as desigualdades raciais dos EUA. Myers (2020) aponta que essas disparidades são paradoxais porque a manutenção de renda na grande maioria da população branca expõe uma falsa ideia de que toda população tenha um elevado padrão de vida. Há na cidade muitos jovens negros nas

9. Dados disponíveis em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Condado_de_Hennepin

10. É um economista afro-americano e Roy Wilkins Professor de Relações Humanas e Justiça Social na Escola de Relações Públicas Hubert H. Humphrey da Universidade de Minnesota. [1] Ele recebeu o prêmio Samuel Z. Westerfield Jr. da National Economic Association [2] e o prêmio Marilyn J. Gittell Activist Scholar da Urban Affairs Association (UAA).

ruas, muitos idosos desamparados e sem condições mínimas de renda asseguradas e muitos imigrantes irregulares.

SEGREGAÇÃO TERRITORIAL: PRESSUPOSTOS SOBRE VIOLÊNCIA POLICIAL

Se é possível contribuir nesse processo de elucidação fenomenológica, pensaremos, nos territórios, algumas possibilidades tomando por exemplo a desumanização de George Floyd sob a perspectiva da necropolítica (MBEMBE, 2019).

A segregação socioespacial está diretamente relacionada à forma como se compreende o espaço. Para isso, é necessário considerar os processos históricos, culturais, políticos e sociais contidos em sua proporção organizacional. É necessário considerar as divisões geográficas do sistema: o lugar, o território, a região. No entanto, quaisquer que sejam as categorias em análise, estão embutidas no processo político do Estado e, portanto, sujeitas às decisões e ações das instituições.

Compreender o processo de racialidade política é determinante para a compreensão histórica sobre a expansão territorial e a divisão espacial que tem nas condições de infraestrutura social seu grande reflexo. Muito diferente do Brasil, até por processos histórico-políticos de colonização, muitas cidades americanas organizaram-se no sentido periferia-centro, em que a periferia concentra as populações mais abastadas e o centro as populações carentes de infraestrutura. No centro, são organizados os setoriais de serviços urbanos e fornecidos serviços. Já o histórico brasileiro contém o pressuposto da organização campo-cidade, aliada à estrutura centro-periferia. O passado histórico de Estado escravista expulsou do campo a população negra sem garantir condições para a subsistência. Dessa forma, a distribuição territorial passa a receber uma população carente de estrutura, que necessitava estar próxima aos centros. Além disso, grande parte da produção econômica concentrou-se nas mãos de imigrantes, em sua maioria brancos, da mesma forma que, nas periferias urbanas, as áreas carentes de infraestrutura concentraram a população

negra e pobre que, em busca de condições socioeconômicas, ocupou partes altas (morros) e baixadas nas bordas dos centros urbanos.

Assim, o Brasil se organizou territorialmente em centro-periferia, garantindo, historicamente, que o centro estivesse diretamente relacionado à produção, ao acesso à formação e à qualificação ao atendimento das classes sociais mais abastadas, enquanto as periferias concentrariam a grande massa de pessoas com baixa escolaridade, com pouca qualificação e subutilizadas, ou seja, a visão da racialidade que conjuga relação de poder classe-território – analfabetos, mão-de obra barata, prestadores de serviço (GONZALEZ; HASENBALG, 1982, p. 15) estariam relegados à segregação socioespacial – periferias. Com processos organizativos diferenciados, os quilombos, as periferias urbanas, os morros e as favelas foram organizados no entorno dos grandes centros, em regiões à margem, concretizando a segregação socioespacial (PIZA; GUIMARÃES; ARGOLO, 2017, p. 248), habitados majoritariamente por pessoas negras. No Brasil, quilombos, morros e favelas são estereótipos diretos do racismo socioespacial em que os sujeitos vivenciam ações e reações do Estado, relegados à falta de estrutura.

A psicanalista Neusa Santos, autora de “Tornar-se negro” (1983), um dos primeiros trabalhos sobre a psicologia na questão racial no Brasil, afirma que: “A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco e instituiu o paralelismo entre cor e posição social inferior” (SANTOS, 1983, p. 19). Com os resquícios da escravização, os lugares destinados à população negra constituem um destino do estereótipo determinado pelos brancos, trazendo consequências para o modo de organização estrutural brasileira até os dias atuais. Quando o estado tortura e mata “Floyds” pelo mundo, o faz mediante o estigma racial presente nos imaginários sociais. Portanto, as instituições representam o Estado, compreendem força, poder e autoridade que, diante desse mesmo estigma, naturaliza a morte de negros e negras (MBEMBE, 2019)

Intrínseca em nossa sociedade, essa inferiorização relatada por Neusa Santos (1983) é o que Silvio Almeida (2019) analisou como racismo estrutural. Almeida (2019, p. 52) argumenta que “Racismo é um processo sistêmico de discriminação que influencia a organização da sociedade e depende de poder político para existir”. Portanto, é por esse mesmo poder político que negligencia os territórios periféricos que se implicam vantagens de um

grupo racialmente identificado sobre outro – privilégios. Toda estrutura jurídico-política dos aparelhos ideológicos do estado (BOURDIEU, 2002) atua no exercício do poder (a polícia, o exército, as leis, os tribunais, os meios de comunicação, entre outros) e sempre vão privilegiar de maneira direta ou indireta, a branquidade.¹¹ É a exclusão socioespacial derivada da supremacia e superioridade que distingue por interesses humanos, políticos e econômicos a racialização dos espaços de poder.

Ainda hoje a noção de raça é um fator determinante para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos socialmente minoritários ou minorizados. Portanto, nos territórios negros, identificamos a maior parte das violências policiais, já que, em detrimento do grande quantitativo dessa população nas periferias, como a exemplo do Condado de Hennepin, negros são estereotipados, à bem do Estado, como criminosos à priori autorizados à morte – exercício da Necropolítica (MBEMBE, 2019).

Ao discutir sobre o biopoder (FOUCAULT, 1999) e necropolítica, Achille Mbembe (2019) considera a desumanização consequência do processo histórico dessa política de morte:

Os teóricos do terror acreditam ser possível distinguir entre autênticas expressões da soberania as ações do inimigo. Eles também acreditam que é possível distinguir entre erro do cidadão e o crime do contrarrevolucionário na esfera política. Assim, o terror se converte numa forma de marcar a aberração no corpo político e a política é lida como a força móvel da razão quanto como tentativa errática de criar um espaço em que o erro seria minimizado, a verdade reforçada e o inimigo eliminado (MBEMBE, p.23, 2019).

Nesse sentido, a política do biopoder implica no reconhecimento da soberania que autoriza a morte, porque o soberano é aquele cujo poder inside fundamentalmente no direito sobre a vida (FOUCAULT, 1999),

11. Entendemos o termo branquidade como a experiência da identidade branca (SCHUMAN, 2014). Essa posição é ocupada e construída a partir de experiências que constituem o próprio cotidiano desses sujeitos por usufruírem de privilégios sistêmicos-estruturais herdados do colonialismo e do imperialismo que se mantêm assegurados na contemporaneidade.

ou seja, o valor da vida é factível ao soberano, pois a subjugação impõe-lhe assegurar o território, permitindo-lhe decidir sobre a morte de seus súditos.

A condição de resistência é imposta à negros e negras nas periferias, lutar pela vida significa enfrentar cotidianamente a morte. Por não se reconhecerem no percurso histórico dos colonizadores, com o mesmo acesso sociocultural, estrutural, negros e negras sofrerão do processo de desumanização socioespacial que observa e elimina o erro que está relacionado à segregação – à pobreza, à desvalorização do corpo político, à narrativa da dominação numa relação diretamente expressa pelo poder soberano do estado – em muitos momentos reconhecidos nas periferias pela violência policial. Por isso, Mbembe (2019) considera que qualquer relato histórico precisa retomar o processo de escravização, e não há como pensar a sociabilidade territorial distante do estereótipo racial. As narrativas sobre racialização precisam enxergar essa delimitação histórica dos territórios para lutar contra ela. É exatamente esse o ponto forte da população do Condado de Hennepin: a conscientização. Quando se mata um homem negro, em um território comunitário que contempla em grande parte a população negra, constata-se a desumanização dos sujeitos em virtude da sombra estereotipada e objetificada pela retórica.

Outro ponto importante necessário a esta discussão refere-se à forma como compreende-se o racismo sistêmico, que tem na comunidade o exercício do poder de fala e de pensamento. A relação desigual estabelecida na morte de Floyd expõe a racialidade da questão, produzindo contradição entre a liberdade de propriedade e a liberdade da pessoa. O que foram os sete minutos sem ar se não a reprodução da forma cruel e descontrolada do sofrimento imposto ao corpo do escravizado pelos capatazes? (MBEMBE, 2019, p. 28). É possível inclusive compará-la à violência das chibatadas ou ao capricho de se tirar uma vida de um negro pelo senhor de escravos, essa foi a cena que vimos. O estereótipo racial que usurpa o direito e mata.

Mediante esse processo aterrador, apontamos o racismo sistêmico como processo de discriminação que influencia instituições e organizações da sociedade e depende do poder político para existir (ALMEIDA, 2019). Implica vantagens e desvantagens de um grupo racialmente identificado sobre outro. Se o estado autoriza violência, concorda com a supremacia racial, autoriza e concorda com a morte. Toda estrutura jurídico-política dos aparelhos ideológicos do estado (BOURDIEU, 1997) reproduzem de maneira direta ou indireta o racismo, acatam o exercício da imposição de poder. É contra

isto que o Conselho do Condado de Hennepin tem se debruçado. Em nossa compreensão, a violência nos territórios negros é primeiramente resultado da transformação do negro em objeto desumanizado. Portanto, mais do que nunca, a noção de raça é fator importante para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o extermínio de grupos racialmente minoritários.

O campo institucional é um bom termômetro para medir se as ações antirracistas estão surtindo efeitos. Se as estatísticas de homicídios policiais decrescem e se as fissuras das desigualdades desaparecem, é possível apontar que a conscientização e o processo educativo possibilitaram uma pedagogia da diversidade (GOMES, 2017). No entanto, é possível considerar a dificuldade em compor/encontrar dados sobre o tema como uma falha do Estado, falência da polícia ou racismo estrutural?

Um dos propósitos da Educação antirracista é ocupar-se tanto do preparo quanto da formação do corpo docente e discente sobre sua conscientização política acerca da importância da inserção histórica nos currículos, dos aprofundamentos em relação às condições estruturais da população negra, ocupar-se da formação consciente de seus aprendizes. Portanto, a práxis pedagógica toma por base experiências, fatos, análises circunstanciais, à luz do processo de construção do Estado para assim formar indivíduos que possam finalmente se identificar conscientemente como negros e negras, reconhecendo e lutando por seu lugar político.

Os Estados Unidos da América concentram no total de sua população um pouco mais que 12% negros afro-americanos. Desse contingente, as *Twin Cities* tem, em sua composição étnica, 63,79%, de brancos, 19,36% de afro-americanos, 6,13% de asiáticos e 4,67% de outras raças¹². No entanto, a cidade ainda não consegue lidar bem com a reivindicada equidade racial.

O QUE DIZEM OS DADOS?

O estado de Minnesota possui uma população de 5.303.925 em seus registros e, de acordo com o Mapa de Violência Policial, de 2013-2019,

12. Disponível em: <https://worldpopulationreview.com/us-cities/minneapolis-mn-population>: Acesso em: 10 ago. 2020.

teve 84 pessoas mortas pela polícia. Dentre essas, 17 eram negras, o que representa uma taxa de 8,85% da taxa média anual de homicídios cometidos pela polícia para negros. Nesse caso, é necessário ainda considerar que a população é composta por apenas 5% de negros e que, desse total de casos, 20% de pessoas foram mortas por policiais. A taxa média anual para homicídios de todas as pessoas é de 2.262, portanto, a polícia de Minneapolis mata negros em uma proporção 13 vezes maior do que mata brancos, uma disparidade racial maior do que em qualquer outro lugar do país.¹³ Em 2020, Minneapolis chegou ao índice de 28% de pessoas negras mortas para o quantitativo de 13% negros da população¹⁴.

O passado histórico (MBEMBE, 2019) estadunidense resulta de um período pós-escravização em que o modelo birracial segregacionista impunha a rotina de hostilidade, com destaque para o sistema judicial racista extremamente severo do século XIX que propôs a lei de ferro da escravidão, a duradoura hostilidade para com os negros libertos e sua marginalização entre as pessoas livres.

É necessário lembrar que esse sistema segregacionista desenvolveu uma espécie de ódio racial legal quando, ainda no século XIX, não permitia sequer, em alguns estados, o voto de libertos. Minnesota tem essa herança histórica, que faz parte de um arcabouço de ações legitimadas pela justiça da época que condenava severamente pessoas negras:

[...] Quase tanta hostilidade quanto a norte-americana em relação ao ex-escravo e sua condição de livre já pode ser percebida nas leis das colônias e estados do norte e do sul dos Estados Unidos desde o século XVIII. Nenhum estado do sul, e apenas alguns do norte, permitia o voto de libertos no século XIX. A maioria dos estados do norte e do sul proibia liberto(a)s de se casarem com branco(a)s e dissolvia qualquer tipo de organização negra que porventura surgisse. Além disso, todos os estados adotaram a regra de um quarto de sangue se um dos avós fosse negro ou mulato, a pessoa seria mulata, e todos os mulatos eram tratados da mesma forma que os negros. Libertos (mulatos ou negros) não podiam atuar como testemunhas em processos judiciais envolvendo brancos, eram severamente punidos por atacar brancos, e em diversos

13. Police Accountability Tool. Acesso em: 19 ago. 2020.

14. Disponível em: <https://mappingpoliceviolence.org/>. Último acesso em: fev. 2020.

tipos de crimes eram tratados como escravos e podiam até ser chicoteados. [...] (KLEIN, 2012, p. 121).

A forma como a lei foi racialmente instituída nos EUA, especialmente em Minneapolis, atravança possibilidades de convivência socialmente harmônica entre polícia/comunidade, já que a polícia é agente direto do cumprimento da lei instituída. Esse entrave tem seus reflexos na forma como politicamente conduziram o caso de Floyd. Portanto, a morte de Floyd e de tantos outros negros conjura complexas relações que há séculos vêm se desenhando naquela cidade, naquele e em outros países. Nos protestos foi infinitamente repetido “*No justice, no peace*”, referindo-se a uma reivindicação reconhecida pelos afro-americanos que estudaram nos bancos da escola a sua história, a relação segregacional do estado nos territórios. A reivindicação desses acertos históricos, necessários à nova ordem pela qual se orgulha a referida cidade, verde, multicultural e hospitaleira, veio carregada de identidade e certeza das lutas dos negros afro-americanos. No entanto, para Samuel Myers Jr. (2020), para equacionar as relações existentes, será necessário superar décadas de políticas governamentais que priorizam o setor privado e que pressupõem fim de privilégios, principalmente os segregacionismos territoriais.

A memória recente põe foco nas realidades duras necessárias a esse enfrentamento. Portanto, os protestos cobraram também atitudes e posturas antirracistas por parte não somente dos agentes públicos, mas de toda sociedade local, instituições e estruturas. Essa é a diferença que propomos quando defendemos uma educação antirracista, capaz de mobilizar as massas em prol de seus direitos, ou seja, afirmam suas identidades, a certeza de quem são. As passeatas por justiça e por respeito à vida das pessoas negras fazem parte de um processo pedagógico denunciativo, que alerta e ensina sobre a importância do reconhecimento da história de um povo.

Em Boston University (BUSPH), uma pesquisa realizada pelo Dr. Michael Siegel (2019), professor de ciências da saúde comunitária, publicada no *Journal of the National Medical Association*, concluiu que o nível de segregação residencial foi significativamente associado à disparidade racial nas taxas de disparos policiais fatais. Para cada aumento de desvio padrão no índice de dissimilaridade, a proporção das taxas de disparos policiais fatais negros aumentou 44,4% (intervalo de confiança de 95%, 17,1% - 71,7%). A

conclusão de Dr. Siegel (2019) demonstra que a segregação residencial racial é um indicador de significativa disparidade de homicídios entre negros e brancos. Os estudos consideram que intervenções como o treinamento de preconceito inerente visam alterar a maneira como os policiais interagem com os indivíduos negros. A pesquisa sugere que é necessário treinamento que mude a maneira como a polícia interage com os “bairros negros”.

Siegel (2019) defende que esforços para amenizar o problema da violência policial fatal devem ir além do nível individual e considerar a interação entre os policiais e os bairros que atuam. Ele também afirma que “Em última análise, o combate ao racismo estrutural em si, particularmente na forma de segregação racial, é crítico” (SIEGEL, 2019). Nesse caso, entendemos que a territorialidade aponta como fator crítico a segregação social, especificamente o aumento de tiroteios relacionados ao racismo territorial, o qual identificamos nos bairros negros de menor assistência do Estado. Para chegar a essa análise, Siegel (2019) considerou as vítimas por disparos fatais, o que evidencia a ação direcionada para os sujeitos destes locais.

Independente dos motivos que levaram à abordagem violenta do policial contra Floyd, a forma como a polícia tratou aquele ser humano negro evidencia morte racializada, destinada a pessoas negras nas comunidades, um índice que só cresce. Uma pesquisa desenvolvida e publicada no “Mapping Police Violence”¹⁵ aponta que, até junho de 2020, a polícia nos EUA matou 598 pessoas, desse quantitativo a maioria são de pessoas negras. Apresentamos os dados que fortalecem a hipótese de racialização da violência policial nos territórios. Os dados encontrados no Mapa de Violência policial¹⁶ foram coletados de janeiro de 2013 a dezembro de 2019 por cidades dos EUA. Esses dados são utilizados para avaliação e encaminhamentos necessários aos departamentos de polícia nas jurisdições que operam e fornecem subsídios à população para que cobrem responsabilidades dos prefeitos e chefes de polícia. De acordo com os

15. Disponível em: <https://mappingpoliceviolence.org/>. Acesso em 19 ago. 2020.

16. Esses gráficos exibem dados sobre homicídios cometidos por policiais ocorridos de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. O gráfico de taxas de homicídios por policiais exibe as chances de uma pessoa negra ser morta por um policial dentro de um determinado estado em relação ao total da população negra que vive naquele estado (Fonte: Dados do Censo dos EUA de 2013).

dados, é possível sintetizar as disparidades presentes em cada estado e, a partir de sua interpretação, compreender que grande parte das mortes policiais praticadas na atualidade tem raízes históricas, culturais que concentram sua expressividade na violência policial. Em síntese:

- 26% das mortes por policiais dos EUA, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2019, foram cometidas por departamentos de polícia das 100 maiores cidades dos EUA.
- Os negros somaram 38% das pessoas mortas por esses 100 departamentos de polícia, apesar de serem apenas 21% da população em suas jurisdições.
- Apenas 1 dos 100 maiores departamentos de polícia da cidade não matou ninguém de janeiro de 2013 a dezembro de 2019 (Irvine, CA).
- 47% das pessoas desarmadas mortas pelos 100 maiores departamentos de polícia da cidade eram negros. Esses departamentos de polícia mataram negros desarmados em uma taxa quatro vezes maior do que brancos desarmados.
- Os índices de crimes violentos nas cidades não tornavam mais ou menos provável que os departamentos de polícia matassem pessoas. Por exemplo, os departamentos de polícia de Buffalo e Newark tiveram taxas relativamente baixas de violência policial, apesar das altas taxas de criminalidade, enquanto Spokane e Orlando tiveram taxas de criminalidade relativamente baixas e altas taxas de violência policial.
- De 2013 a 2019, o Departamento de Polícia Metropolitana de St. Louis matou 34 homens negros e o Departamento de Polícia de Oklahoma City matou 25 homens negros. Essas são taxas médias de 7 por 100.000 homens negros em St. Louis e 8,5 por 100.000 homens negros em Oklahoma City, uma taxa mais alta do que a taxa de assassinato dos EUA em 2018, de 5,0 por 100.000.
- Os dados também evidenciam que a polícia de Minneapolis mata uma taxa 13 vezes mais negros que brancos que em outros estados de USA, ou seja, há uma elevada disparidade social que historicamente permanece crescente sobre a violência policial racializada em Minneapolis.

CONTEXTO BRASILEIRO

Muito embora não tenham o pescoço esmagado pela polícia em cena pública, a violência policial letal tem demarcado corpos negros. Quanto mais jovens e periféricos, mais vulneráveis a esse tipo de violência, é o que nos aponta o Anuário da Rede de Observatórios de Segurança (2020). A rede monitora os dados de dois estados da Região Nordeste do Brasil – Ceará e Pernambuco – e dois estados da Região Sudeste – Rio de Janeiro e São Paulo.

No primeiro semestre de 2020, apesar da pandemia e do isolamento social, os casos de violência policial continuaram subindo em São Paulo. As balas, conforme o relatório apresentado, encontram os alvos negros e realmente são dispersadas nos morros e favelas. A tolerância das autoridades à violência policial no Rio de Janeiro, por exemplo, foi uma das sementes de grupos paramilitares, que aproveitaram a oportunidade para matar como forma de vencer seus rivais no crime e ficarem ricos. Enquanto existir um descontrole das autoridades e um incômodo em aceitar que as discussões sobre educação, trabalho, segurança e política precisam estar alinhadas ao enfrentamento da questão racial, corpos negros continuarão sendo mortos porque a bala não erra o alvo. O alvo do estado é preto e periférico.

Os indicadores revelam que ser preto no Brasil é um risco presente em toda a extensão geográfica, como mostram os dados da Rede de Observatórios de Segurança, projeto do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC) que concentra as informações estatísticas de cinco estados brasileiros. De acordo com o relatório de 2020 – *A cor da violência policial: A bala que não erra o alvo – 2020*, os dados coletados pelo observatório escancararam a finalidade bélica para com corpos escuros. Nosso olhar, que aqui se detém a números, representam nomes, histórias e futuros ceifados devido a um sistema produzido por tecnologias de assassinato (MBEMBE, 2019, p. 129) que identificam o corpo negro enquanto finalidade.

As forças policiais ocupam papel indispensável para a execução da justiça criminal, as abordagens de tortura se voltam para serem aplicadas no território por cor. Sob a justificativa do medo, práticas que naturalizam punição e assassinato constituem os dados estatísticos do Observatório de Violência (2020), evidenciando fortes laços com o processo de formação do Estado brasileiro enquanto máquina de extermínio racial. Por outro lado, o disfarce da política pública, impõe aos territórios medo e desamparo,

quando na verdade deveria proporcionar segurança e educação nas multifacetadas faces da violência.

Há um grande desnível socioespacial nas ações violentas que culminam em morte. De certa forma, a produção se dá pelo próprio processo de exclusão que impõe formas de vida alternativas relacionadas a criminalidade, diante dos quais estão os estereótipos raciais incutidos na perspectiva social de negritude-pobreza-marginalidade.

No Mapa da Desigualdade de 2020,¹⁷ produzido desde 2012 pela Rede Nossa São Paulo, foram divulgados indicadores comparativos para deflagrar os locais mais e menos desprovidos de serviços e equipamentos públicos. A organização do mapa se dá pela demarcação das oito macrorregiões metropolitanas: Centro, Leste 1, Leste 2, Norte 1, Norte 2, Oeste, Sul 1 e Sul 2, que totalizam 96 distritos da capital paulista. A distância entre o melhor e o pior indicador auxiliam a entender os desafios que cada distrito enfrenta ao produzir o dispositivo “Desigaltômetro”, que avalia condições de vida dos moradores, assim como a existência de serviços e equipamentos públicos em prol dos territórios. A ferramenta determina desafios a serem superados a partir da relação que se põe intransigente centro-periferia, como descreve Gohn (2010, p.268):

[...] novo modelo de urbanização em curso em São Paulo, pois ricos e pobres convivem na mesma região, separados muitas vezes por um muro, uma avenida, um pequeno morro. O modelo da segregação em áreas periféricas não acabou, já que novas periferias continuamente estão se formando, em anéis concêntricos à cidade e cada vez mais longe de suas fronteiras.

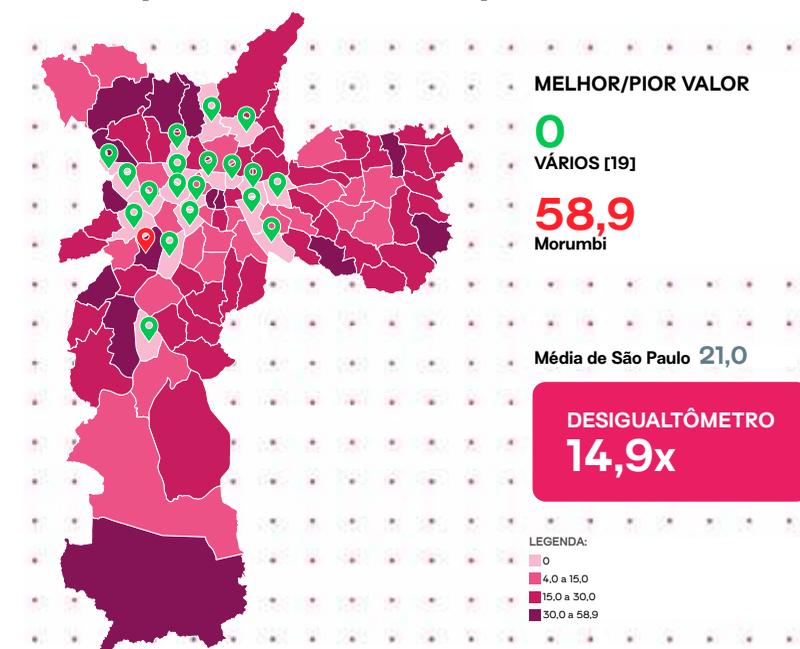
Uma das formas de entender a segregação socioespacial está na interpretação da divisão regional dos territórios e na análise interna das infraestruturas a que se tem acesso.

Um exemplo desse fenômeno de segregação a partir das desigualdades no território é o distrito do Morumbi, que agrega a comunidade de Paraisópolis. A região tem o coeficiente mais díspar em relação a outros distritos do estado no que concerne a homicídios de jovens. A cada 100 mil

17. Confira em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Mapa-da-Desigualdade-2020-MAPAS-site-1.pdf>

peças residentes de 15 a 29 anos, 58,9 mil foram vítimas de homicídio ou intervenção legal. Em comparação a média geral da capital São Paulo, o indicativo é de que 21 a cada 100 mil pessoas sofram violência letal. O lugar que antes fora pensado para construção de residências de luxo sob a alcunha “Loteamentos Paraizópolis”, devido a características geográficas como terreno irregular e com a presença de córregos, logo foi ocupada nas partes planas e de fácil acesso por grandes mansões, e se tornou refúgio para imigrantes pobres do interior do Estado e do nordeste do país.

Figura 3 - Coeficiente mortalidade de jovens por homicídio e intervenção legal para cada cem mil pessoas residentes de 15 a 29 anos, por distrito.



A movimentação dos trabalhadores se deu na expectativa de empregabilidade no Centro. Os morros logo se tornaram abarrotados com a presença de uma favela a se verticalizar. Com o número crescente de moradores, o território sofreu e ainda hoje é alvo de tentativas de desapropriação pela justiça.

A favela foi cenário do massacre de jovens em um baile funk que ocorreu no primeiro dia de dezembro do ano de 2019. A saída de nove jovens de idades entre 14 e 23 anos para uma noite de entretenimento resultou em tragédia por decorrência de uma ação da Polícia Militar do Estado de São Paulo realizada em Paraizópolis durante o baile da DZ7.

As declarações dos militares apontam uma versão que ocasionou os fatos a partir de uma suposta perseguição a uma moto com dois suspeitos. Por conta de tal risco, os oficiais do Estado iniciaram o plano de dispersão que resultou no fim da vida de nove jovens. Não foram apresentadas provas que sustentassem a versão dos militares. Testemunhas negam a versão dos oficiais e apontam truculência durante a ação executada. Muitos são os mistérios que rondam essa noite de extermínio, como a ausência de pedido de socorro médico. Testemunhas relatam ter sido ameaçadas ao tentar prestar primeiros socorros a pessoas feridas. Se a premissa de Mbembe (2019) revelasse falhas como racismo socioespacial, seria possível apontar algum aprendizado considerando tal cenário catastrófico de forças policiais do estado. A consciência de se pensar racialmente o território reforça que há necessidade de uma mudança radical tanto nas concepções como nas ações políticas que circundam os territórios negros.

CONCLUINDO

Neste momento excepcionalmente conturbado em que somos surpreendidos pela intensa crise da Covid 19, ocasionando o fechamento das instituições e o isolamento social, a tragédia de Floyd apontou para o significado heroico de sua morte, quando colocou em foco a grave forma de discriminação sofrida pela população negra no mundo. Muitas denúncias chegaram ao patamar mundial apontando como as discriminações raciais desumanizam negros e, como consequência, muito brancos se juntaram às aclamações por justiça. Nesse sentido, importa-nos identificar o pensamento aterrador do racismo individual e entendê-lo como estruturante social na discussão de poder e na relação dos estereótipos socioespaciais.

Há décadas, silenciamentos e mortes roubam nosso oxigênio. Lutas pelas quais nós, negros e negras, gostaríamos de tê-las ultrapassado. Não

foi apenas o funeral de George Floyd que se viu nas ruas de Minneapolis, foram jovens, negros e não negros juntos clamando por justiça, nos dizendo que ainda temos muito a lutar, que o antirracismo também deve subverter a ordem (no caso das passeatas em plena pandemia), fortalecer e esperar. Realmente foram dados novos passos nessa longa história pela igualdade racial. Mas isso ainda não é suficiente.

O caos instaurado teve como propósito despertar para consciência sobre as desigualdades, alertando sobre as violências cotidianas, mas também a cobrança por ações intensivas em que a subtração de recursos e aplicação em outros tipos de contribuição para a população americana se faz necessária.

Assumir o antirracismo é compreender o propósito de equidade social. O antirracismo necessita de pessoas politicamente conscientes. Para além da questão moral, comumente instigada nas escolas e academias, o racismo precisa ser entendido em sua condição sistêmica, estrutural. Reconhecer-se racista é uma das condições morais principais desse processo educativo que certamente contribuirá para o reconhecimento e ações das instituições. Necessário considerar que a prática pela equidade só é possível quando aprendemos sobre as desigualdades. O cerne do pensamento antirracista é reconhecimento e ação por toda população.

REFERÊNCIAS

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. 1. reimp. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

BRAY, Mark; THOMAS, R. Murray. Levels of comparison in educational studies: different insights from different literatures and the value of multilevel analyses. **Harvard Educational Review**, v. 65, n. 3, p. 472-490, 1995.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo: Difel, 1972.

GOHN, Maria da Glória. Morumbi: o contraditório bairro-região de São Paulo. **Cad. CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, p. 267-281, ago 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2021.

GOMES, Nilma Lino. **O Movimento Negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação**. São Paulo: Editora Vozes, 2017.

Klein, Herbert S. **a experiência afro-americana numa perspectiva comparativa: a situação atual do debate sobre a escravidão nas américas**. Salvador-BA: Afro-Ásia 45, 2012. p. 95-121.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HAESBAERT, Rogério. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: **ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA**, 10, 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Carlos Alberto R. de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MYERS, Samuel Jr.; CRUZ, Britt Cecconi; XIAOYAN, Gao. Ethnic Minorities, Race, and Inequality in China: A New Perspective on Racial Dynamics. **The Review of Black Political Economy**, v. 40, n. 3, p. 231-244, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12114-013-9165-7>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SPOSITO, Eliseu Savério (Org.). **Territórios e territorialidades: Teorias, processos e conflitos**. São Paulo; Presidente Prudente: Expressão Popular, 2009. p. 57-72.

PATO, Isabel; PEREIRA, Margarida. Segregação territorial, conhecimento estatístico e governação urbana. Leitura foucaultiana dos casos de França e de Portugal. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/15817>. Acesso em: 20 ago. 2020.

14

MARCOS VINICIUS DA SILVA CORDEIRO
ADRIANA ILHA DA SILVA
GABRIELA DE BRITO MARTINS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

**ENTRE A AVENIDA
DO SAMBA, A
PRODUÇÃO E
O CUIDADO DE
SAÚDE COMO
POSSIBILIDADES
DE VIDA.**

SINAL VERDE! ACADÊMICOS DA SAÚDE COLETIVA NA PASSARELA DO SAMBA

Este ensaio objetiva realizar uma reflexão sobre a escola de samba como um espaço de produção de saúde e potencialidades/possibilidades de vida, por meio da sua trajetória histórica de promoção de cultura, identidade e resistência. Para tal, enfocamos como referencial para o estudo a perspectiva de saúde proposta por Canguilhem (2009; 2005), a produção e cuidado de saúde de Costa e Bernardes (2012) e o projeto de felicidade na perspectiva de Ayres (2009).

Buscar-se-á desfragmentar a visão de uma concepção rígida e de conceito-objeto de saúde, desfilando no entendimento desta como afirmação da vida em seus movimentos. Ainda, pela avenida, iremos apresentar processos sociais, culturais e políticos que, nos galpões da história, permitem superar as adversidades, produzindo saúde e cuidado quando se produz identidade, alteridade, realizações e projetos de felicidades, especialmente à população negra.

ABRAM ALAS QUE A SAÚDE VAI PASSAR! REFLETINDO SOBRE AFIRMAÇÃO DA VIDA

Pro samba não tem vacina
E na medicina não existe remédio
Tem valor de vitamina
Se nos contamina, nos cura do tédio

Renova a energia da gente
Dá febre de felicidade
É bem diferente
Fazendo a vida valer de verdade

[...]

Bom marca-passo pra vida
Samba é saúde pro meu coração
É feito sob medida
Bem na batida da minha emoção
Quem samba não fica doente
Quem samba espanta maldade
Só vive contente
Não sente tristeza
Nem sente saudade

*Música: Samba é Saúde
Composição: Alexandre Silva/
Moisés Santiago/Renan Pereira*

Para iniciarmos nossa reflexão a fim de compreendermos as múltiplas faces tais como as múltiplas possibilidades de produção de saúde no mundo do samba, é necessário questionarmos sobre o que se entende como saúde. Qual visão se projeta sobre essa saúde em um meio de tantos marcadores sociais, diversos processos e peripécias cotidianas? Para tal, o primeiro passo é o desarranjar-se das visões fragmentadas da saúde, seja na ótica do castigo divino, da visão biologicista, da saúde medicocentrada, seja em uma utopia institucionalista de vida sem contrariedades.

Assim, caminha-se para o entendimento maior sobre a vida como um potencial dinâmico de superação. No viver humano, a produção saúde-doença-cuidado existe simultaneamente e simbioticamente. Se há uma relação simultânea e por vezes simbiótica, é possível que a norma daquilo que se define como saúde seja alterada, ora para produção da doença, ora para produção de saúde por meio do cuidado.

George Canguilhem (2005) nos evoca a pensarmos no conceito saúde como um processo da vida. Para o autor, a saúde não pode ser vista como

razões mecânicas dos órgãos, nem através de explicações e teoremas ou quantitativamente através de normas e desvios. Ele nos convoca a refletir sobre uma “saúde livre” que não está condicionada a questões estritas e quantitativas dos indicadores epidemiológicos, mas que é apreendida na qualidade das experiências e vivências do sujeito. É a “saúde livre” que produz a liberdade para a/o mulher/homem existir, opinar e fazer escolhas sobre os riscos a se assumir dentro do meio. Assim, “o corpo vivido não é objeto, mas, para o homem, viver é também conhecer” (CANGUILHEM, 2005, p.41)

Dessa maneira, o que se observa sobre tais conceitos de saúde que buscam de alguma forma dizer o que é saúde são traços de uma rigidez conceitual, que se limita a definir um padrão social utópico do estar plenamente saudável e, assim, delimita-se a produção de algo inalcançável. Não obstante, uma conceituação rígida de saúde produz uma ferramenta sistêmica de culpabilização, uma vez que não é da realidade do viver humano o sentimento de “bem-estar pleno”, dadas as adversidades que são impostas pelo meio, pela fisiologia, pela anatomia, pelas relações socioafetivas estabelecidas ou pelas condições micro e macropolíticas que ditam sobre as sociedades. Em síntese, as adversidades contracenam na avenida da vida a todo instante.

Por séculos, as associações entre saúde, corpos e condições relativas ao meio estavam impetradas de moralidade, que dentro da história da medicina, segundo Sandra Caponi (2001), levou a criação de estratégias clínicas, terapêuticas e preventivas que produziam a moralização das condutas e que perpetua, até os dias de hoje, estratégias de poder sobre os corpos. A prática em saúde, quando pensada e operacionalizada a partir de uma ótica racional biomédica, produz sujeitos identitários sobre a ótica de doenças, identidades circunscritas nas políticas de saúde que ditam sobre o sujeito hipertenso, sujeito diabético, sujeito criança, sujeito negro, sujeito LGBT, sujeito mulher, e perde-se assim o sujeito vivo (COSTA; BERNARDES, 2012).

Assim, é preciso romper com tal visão. O que se busca é um pensar saúde que se produz na diversidade e que promova a vida. E compreendê-la como possibilidades que ao mesmo tempo está intrínseca às relações macros, que estruturam nossa sociedade, e à autonomia individual, de produção de sentidos subjetivos e significados do viver, para que não haja culpabilização do sujeito por mecanismos moralizantes típicos de

uma saúde em sua forma restrita. O que se busca é a saúde que se movimenta no sambar dos corpos vivos e que resiste as alteridades da vida. Dessa maneira:

A vinculação do tema da vida ao tema da saúde requer uma reflexão sobre o conceito de saúde na sua forma restrita e ampliada. O conceito negativo de saúde, produzido de uma perspectiva biomédica de cura da doença, não se ocupa da saúde em si, mas dos resultados de uma série de estratégias, políticas e intervenções dirigidas à factualidade da doença. Esse conceito negativo de saúde é o predominante na ciência médica produzida a partir da episteme moderna; como tal, saúde é a ausência de doença (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 833).

Márcio L. Costa e Anita G. Bernardes (2012) nos conduzem, de forma mais profunda a esse questionamento sobre os conceitos de saúde que não se reproduzem na diferença. Os autores chamam a atenção ao alertar sobre a saúde vista como um “objeto-conceito” que, ao nomear e definir, se prende a uma visão limitada da saúde e, por assim dizer, da própria vida. Igualmente perigosa é a compreensão de saúde na oposição, ou melhor, na ausência da doença. Aqui se estabelece uma polaridade que não permite transcender possibilidades de sentir-se saudável na presença de um agente patológico.

Sobre isso, Canguilhem (2009) nos conduz a refletir sobre os sentidos, individuais ou coletivos, contidos no processo de doença, como também no movimento da vida. Processo de adoecimento produzido por diversos tipos de conhecimentos que serão apreendidos e ressignificados, atribuindo valores e sentidos a essas experiências de adoecer, e que, em sua forma ampliada, nos permite pensar a doença para além da anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, entre outras ciências, em seu meio social.

Nessa perspectiva, está o corpo vivo, o qual não se constitui como um objeto, mas sim como meio para se experienciar as dores, os prazeres e as potencialidades da vida. Logo, a doença adquire uma nova dimensão na vida:

A doença passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido — exceto pela diferença de formato — do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida (CANGUILHEM, 2009, p. 73).

Tanto a doença quanto a saúde passam a ser pensadas e absorvidas em um espectro livre, que produz, cria e potencializa a vida. Assim, os poderes que constituem o “corpo-vivo” se movimentam na subjetividade e na autonomia na construção de poderes de escolhas. Dessa forma, no movimentar da vida o sujeito vai buscando sentidos e vivenciando processos de saúde-doença. Logo, a saúde é produzida a todo momento na “tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2009, p. 78).

Segundo Costa e Bernardes (2012, p. 829), “Dizer ‘saúde’ não é dizer o que é, mas dizer que é. Saúde é um modo murmurante e fugaz de ser; como tal, pode ser descrito por suas condições de possibilidade e por sua caracterologia, mas não pode ser enquadrado em nenhuma taxionomia conceitual”. Nesse ponto, é importante afirmar que a produção de saúde é realizada por atrizes e atores promotores que podem não saber conceituar, domesticar e nomear o que é saúde, contudo a experienciam como uma força motriz na busca de sentidos para vida.

Dessa forma, apesar dos esforços conceituais em limitar, restringir, ditar, sobre a saúde e o que é ser saudável, a saúde se movimenta a transgredir tais esforços e floresce nos sentidos apreendidos no viver e na experiencia. É o movimento de resistência analisado por Costa e Bernardes (2012; p. 824):

A saúde escapa à ordem do discurso científico quando se equaliza à vida como potência de permanente invenção de modos de existência; desse modo, a doença não é um impeditivo no sentido regulativo para as possibilidades de vida. Há formas de viver que insistem e resistem à doença.

Perante isso, a saúde é o que fornece a potencialidade para a vida. Dessa maneira, os sentidos da vida se empregam, se modificam e se reproduzem pelas possibilidades que a saúde projeta para os planos futuros e para os projetos pessoais e coletivos que visam aquilo que é comum em todos, a felicidade. Por analogia, a saúde se coloca como a afirmação da vida no âmbito da alteridade (COSTA; BERNARDES, 2012).

Assim a saúde é sentida como a possibilidade de ser. Como a liberdade da existência. Como um valor que movimenta a vida. Segundo Ayres (2009), saúde pode ser entendida também como uma força motriz para projetos de felicidade. Sob o mesmo ponto de vista, a produção de

saúde desenrola-se de tais movimentos pela avenida da vida que produz diferença, arranjos e desarrajos, condições de possibilidades, em suma alteridade:

Puxar a alteridade para o campo da saúde significa produzir uma torção ontológica e epistemológica que desterritorializa uma visão puramente técnica da saúde, mas incorpora também uma visão ética e política, pois nessas dimensões é possível o murmúrio da alteridade (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 833).

Dessa maneira, a produção de saúde está contida no movimentar-se pelas adversidades da vida, na diversidade dos encontros subjetivos, nas encruzilhadas de processos que interpelam sobre o ser e o viver. “A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida” (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 834).

Em suma, a produção de saúde acontece no movimentar-se em prol daquilo que provoca sentidos, o que permite a livre manifestação da subjetividade. Ela desabrocha de uma totalidade compreensiva da vida cotidiana em seus diversos estilos e suas distintas formas de viver. E, por vez, será diretamente impetrada pelas infidelidades do meio, tal como pelos determinantes sociais em saúde que ditam sobre a condição de saúde, vida e morte de uma população. Contudo, abre-se a todo momento possibilidades de vidas pelas frestas de tais determinantes para uma saúde desviante que potencializa a vida.

E se, de um lado da história da saúde no Brasil, suas concepções percorreram questões místicas religiosas, indo para centralidade a intervenção sobre a doença como exclusão e isolamento, controle da mão-de obra para potencializar a economia moderna, descaracterizando, oprimindo e silenciando possibilidades de vidas, principalmente da população negra. De outro, as escolas de sambas constituem-se, em sua genealogia, como espaços de frestas, construídos na/pela margem, diante desses silenciamentos sistêmicos e de necropolítica, espaços que se constituem da criatividade, da força, da esperança e da reconexão. Logo, não cabe uma visão taxionômica de saúde, considerando que, por meio da Reforma Sanitária, na concepção de produção de saúde e de promoção de saúde adotada na Política Nacional de Promoção de Saúde, as diversas configurações de

saúde são um direito essencial a vida e a dignidade humana. Pois, em meio a um cenário sócio-histórico de negação da afirmação de vidas e corpos passíveis de morte, há a necessidade de se buscar outros arejas para a saúde (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010; CHALHOUB, 1996; SCLiar *et al.*, 2002).

DA VADIAGEM DAS RUAS PARA A AVENIDA DA SAÚDE: PROCESSOS QUE ATRAVESSAM A PRODUÇÃO DO SAMBA E DO CARNAVAL NO BRASIL

Muito mais do que gênero musical ou bailado coreográfico, o samba é elemento de referência de um amplo complexo cultural que dele sai e a ele retorna, dinamicamente. Nos sambas vivem saberes que circulam; formas de apropriação do mundo; construção de identidade comunitárias dos que tiveram seus laços associativos quebrados pela escravidão; hábitos cotidianos; jeitos de comer, beber, vestir, enterrar os mortos, amar, matar, celebrar os deuses e louvar os ancestrais. Reduzir o samba ao terreno imaginário onde mora a alegria brasileira do carnaval é um reducionismo completo. (SIMAS, 2020, p. 114)

Cabe analisar o carnaval na sua multiplicidade, nos permitindo entender que no Brasil ele não é uno. Segundo Risério (1995), as diversas formas de manifestação do carnaval pelo país refletem o processo social, econômico, histórico e cultural da constituição do povo brasileiro e das arenas dos interesses em disputa que moldam nossa sociedade. Logo, a construção do carnaval perpassa o encontro de culturas e se constitui a partir de processos que são específicos de cada região. Trata-se de um fenômeno social amplo e complexo.

De acordo com Flores (1996), considerando esse fenômeno em suas origens europeias, remete-se às comemorações pré-existentes no norte do continente africano, como no Império Egípcio, nas homenagens a deusa Ísis e no Império Romano, com as Saturnálias ou Saturnais, festas

populares ao deus Saturno. Eram festivais regados de fartos banquetes, músicas, bebidas e orgias.

A tradição europeia foi trazida por colonos portugueses para o Brasil e chamada de ‘entrudo’. Giron (2002) afirma que, inicialmente, o entrudo no Brasil tratou-se de uma manifestação carnavalesca, antecessora das escolas de samba. Conhecida desde a época colonial, tais práticas carnavalescas passaram a ser vistas pela elite branca eurocêntrica, já no período do Império e início da República, como um “atraso colonial” e “selvageria”. O entrudo brasileiro, assim como o português, era celebrado nos três dias antes da quaresma. Naquele período de festas, a população saía às ruas com limões de cheiro, farinha, polvilho e até mesmo urina em brincadeiras carnavalescas e os pecados capitais eram “permissíveis” durante a festividade.

Após a vinda da Família Real Portuguesa para o Rio de Janeiro em 1808, acelerou-se a mobilização para a modernização da cidade e, com isso, o preparo do carnaval aos moldes dos bailes carnavalescos venezianos e parisienses. Consequentemente, a elite branca dominou o período com os luxuosos desfiles dos grandes clubes e sociedades que realizavam corsos e cortejos pelas ruas da cidade e se fechavam em bailes de máscara e valsa, longe das massas que buscavam novas possibilidades de construção do seu carnaval (ALBIN, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2005; FLORES, 1996; GIRON, 2002; NOGUEIRA, 2006; RAPHAEL, 1990).

Tureta e Araújo (2013) apontam que, desde o início da festividade, havia uma nítida separação de classe social que, ao atracar no Brasil, recebe também contornos raciais:

[...] basicamente negros **escravos** e os pobres em geral, se divertia nas ruas das cidades com o entrudo popular. Este representava mais um momento de diversão, algazarra e “liberdade” para os marginalizados e para os negros que aproveitavam a situação de relaxamento social com o intuito de realizarem festas à sua maneira, com cortejos processuais, danças e músicas (TURETA; ARAÚJO, 2013, p. 114).

Na manifestação popular havia restrições que marcavam as separações sociais e o comportamento sexual: os negros não podiam molhar os brancos, mas estes podiam ensopar e enfarinhar qualquer negro ou negra. Não era de bom tom homem jogar água em homem (FLORES, 1996, p. 154).

No século XVIII, há referências às batucadas durante os entrudos realizados pelas classes menos abastadas como “semicivilização”. Aqui se chama atenção sobre o emprego desse conceito de civilidade, moldado dentro dos padrões europeus, que impossibilitava e segregava grupos sociais compostos por indígenas, escravizados, pretos alforriados, mestiços, brancos pobres, em suma, grupos que nunca alcançariam tal patamar de “civilidade” (ARAÚJO *et al.*, 2005; FLORES, 1996; GIRON, 2002).

Observa-se que os estudos produzidos sobre o carnaval brasileiro têm se concentrado majoritariamente sobre o campo das pesquisas antropológica e sociológica. Como pontua Soares (1999, p. 1), grande parte dos estudos produzidos tiveram como a centralidade da discussão o “desfile carnavalesco e não o processo preliminar da produção da festa”. Logo, é inegável que o carnaval brasileiro é um produto das tensões dos “(des)encontros” de classes sociais, raças, etnias e culturas diversas que, ao seu modo, corroboraram para a construção de entendimento do carnaval como conhecemos hoje, principalmente no cenário do surgimento das escolas de samba (ALBIN, 2009; MATTA, 1984; RISÉRIO, 1995; TURETA; ARAÚJO, 2013).

Assim, buscaram-se, através da história do carnaval no Brasil, elementos que exemplificam a escola de samba como um espaço de alteridades, sociabilidade, solidariedade, como espaço de relações de produção de saúde e de cuidado com as potencialidades e possibilidades de vida.

A saúde pública no Brasil assume, nos séculos XIX e XX, a teoria miasmática. Ou seja, as concepções de saúde pública se consolidam no país a fim de responder uma demanda de mercado: o controle de doenças em meio a mão-de-obra que, na visão do Estado, era essencial para que se proporcionasse o desenvolvimento industrial e modernização. Assim, tais entendimentos são regidos por movimentos higienistas e eugenistas (SCLIAR, *et al.*, 2002). Para Bernardes *et al.* (2010, p.7):

Uma dessas emergências diz respeito ao campo da saúde: epidemias, mortalidade, pobreza. A relação entre essas três dimensões constitutivas da vida da população será foco de estratégias de saúde que investirão na vida, não no sentido de aperfeiçoá-la de modo geral, mas no sentido de administrá-la, de governá-la a partir daquilo que se considera, mediante um racismo de Estado, que deve viver e aquilo que se deixa morrer. A pobreza será correlacionada à

doença e objetivada como uma forma endêmica da Nação, portanto, ao trabalho na saúde caberá conter o efeito de contaminação da Nação por meio da pobreza.

Essa perspectiva pode ser melhor observada após a abolição em 1888 e com a crescente das políticas eugenistas de branqueamento da população, amplamente defendida, tanto pela classe política como pela intelectual e científica à época, e implantada, com as seguintes ações: 1) a substituição da mão-de-obra negra escravizada nos engenhos por imigrantes europeus, resultando em um êxodo rural dos negros para a capital da recente República do Brasil; 2) a Lei de Terras de 1850, que proibia a posse de terras por parte de qualquer agrupamento negro, utilizando o aparato militar para exterminar e destruir qualquer tipo de organização, em especial os quilombos (BRASIL, 1850). A terra só poderia ser obtida mediante a compra, o que, além de impossibilitar aos negros de viver em ambiente rural, os obrigavam a buscar outras formas de resistência e existência. Já em 1890, com o início das imigrações europeias, essas terras foram cedidas aos imigrantes para plantio e subsistência.

Enquanto isso, no meio urbano, o movimento migratório negro causara incômodos e preocupações por parte do Estado e das elites. O primeiro, enxerga o negro como um não-sujeito, que apesar de livre não é considerado “civilizado”, logo passível de intervenção repressiva direta, um problema social. Já a elite via na negra e no negro um perigo sanitário, uma ameaça a ser evitada, afastado e, se (ou quando) possível, eliminado (CHALHOUB, 1996), tirando o seu direito de dignidade humana, de produção e cuidado de saúde enquanto possibilidade de vida a partir de suas escolhas, sem discriminação e com o respeito às suas origens, como se observa com a institucionalização do Código Penal de 1890 no Brasil, que estabelece leis e normativas legais à perseguição ao povo negro e sua expressão de cultural. Ao que se refere à saúde pública, o Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890 promulga que fica proibido:

Art. 157. Praticar o espiritismo, a magia e seus sortilégios, usar de talismãs e cartomancias para despertar sentimentos de ódio ou amor, inculcar cura de moléstias curáveis ou incuráveis, enfim, para fascinar e subjugar a credulidade pública:

Art. 158. Ministras, ou simplesmente prescrever, como meio curativo para uso interno ou externo, e sob qualquer forma preparada, substância de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o ofício do denominado curandeiro (BRASIL, 1890)

A criminalização e a penalização de tais práticas religiosas, mesmo que não nominadas diretamente, estabelecem possibilidades de interpretações sobre a perseguição aos cultos de matrizes afrodescendentes e sua influência à saúde, um perigo sanitário. Observa-se a arquitetura institucional da exclusão, o que nos gera perplexidade haja visto a utilização da categoria de “crime contra a saúde pública” para se justificar, promover e manter tal perseguição institucional à cultura afrodescendente. Ainda no Código Penal de 1890, observa-se que o nome “negro” não se apresenta como sujeito alvo da ação. Contudo, por trás de um entendimento nominal rígido, o Decreto estabelece como criminoso tudo aquilo que está de modos diretos e indiretos relacionados ao povo negro e a negritude.

Art. 399. Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de occupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costumes [...].

Art. 402. Fazer nas ruas e praças publicas exercicios de agilidade e destreza corporal conhecidos pela denominação capoeiragem; andar em correrias, com armas ou instrumentos capazes de produzir uma lesão corporal, provocando tumultos ou desordens, ameaçando pessoa certa ou incerta, ou incutindo temor de algum mal (BRASIL, 1890).

Dessa maneira, tal como as práticas religiosas, até mesmo o conhecimento popular sobre o uso e manipulação das ervas como estratégias de cura, toda forma de reconexão do povo negro escravizado com sua identidade e suas raízes foram alvos da criminalização por parte do Estado em nome da saúde pública e de um iminente perigo sanitário. A situação social de trabalho e renda, tal como a expressividade artístico cultural identitárias, foram alvos desse marco legal. Popularmente conhecida como “Lei da Vadiagem”,

em seu Capítulo XIII, denominado “Dos Vadios e Capoeiras”, define um perfil de vadiagem que são os sem profissão ou ofício que permita “ganhar a vida”, os sem domicílios e aqueles e aquelas que, de alguma forma, ofendam a moral e os bons costumes. Essa lei marca uma perseguição no campo simbólico daquilo que representa a cultura negra. Em contínua perseguição, a formação desse perfilamento contorna-se também no aprisionamento de adolescentes e jovens que se enquadrem a tal situação social.

Ao abolir oficialmente o regime escravocrata, não se buscou a inserção do negro na vida social, política, econômica e cultural do país, pelo contrário, eles foram cada vez mais marginalizados na tentativa de despotencializar sua identidade, sua história e sua contribuição social. Ao assumir como priorização projetos de Estado e políticas de eugenismo e de encarceramento, afirma-se a exclusão dos negros como um projeto de nação, negando assim a possibilidade de existência desses corpos em sociedade como indivíduos livres e que podem optar por uma “saúde livre”, nos moldes de Canguilhem (2009).

A prioridade política de branqueamento da sociedade fica nítida quando o Decreto nº 528, de 28 de junho 1890, que versa sobre a regularização do imigrante no Brasil, em seu Artigo 1º, refere-se a abertura dos portos brasileiros para todos, exceto para “os indígenas da Ásia e da África”. Não se tenta mascarar com um cunho financeiro tal perseguição quando assume a possibilidade de brancos pobres, porém europeus, adentrar em solo brasileiro, enquanto povos originários da Ásia e da África teriam suas solicitações analisadas por um representante oficial do Estado. Trata-se da negação da saúde como a afirmação da vida, nesse caso, a vida da população negra.

Perante isso, tal processo político instituído pelo Estado brasileiro via no branqueamento da população não uma ação pensada exclusivamente na ideia de eugenia da raça, o clareamento da pele ou uma proximidade aos padrões eurocêntricos. Para além disso, operava-se uma lógica de apagamento, silenciamento e desqualificação das culturas afro-ameríndias e tudo aquilo que estivesse interligado com a identidade desses povos não-europeus. Assim estrutura-se os princípios do pensamento colonial, com o colonialismo operando na psique social, porém não na perspectiva da alteridade e da solidariedade social já citados por Costa e Bernardes (2012). Dessa forma, a modernidade e a industrialização não renunciavam seus privilégios da elite patriarcal. O novo regime não visava uma cidadania para

todos, mas sim ancorava-se em uma cidadania excludente (SIMAS, 2021; BRASIL, 1891), em suma, a potencialidade de vida para alguns.

Como apontado por Kilomba (2020, p. 75), nessa construção colonial, a branquitude “é construída como ponto de referência a partir do qual todas/os as/os ‘outras/os’ raciais diferem”. Havia um temor de que a população negra se tornasse maioria em poder. Dentre os recursos para operar o “branqueamento” da população, a violência sempre foi um padrão a ser utilizado, ancorado no sistemático estupro de mulheres negra, visando como produto o “sangue misto”, gestando aquilo que ficou nomeado como “mulato”, que posteriormente passa a adquirir novos conceitos como “pardo”, “moreno”, entre outros. Todos esses termos são heranças de um passado colonial de invasão e violação da mulher negra. Abdias do Nascimento (2016) nos alerta sobre os impactos em compreender tal miscigenação como símbolo de uma “democracia racial”. Para o autor, buscou-se na mulata e no mulato uma ideia de vantagem, ascensão social, contudo vale ressaltar que são “ambos (pretas/os e mulatas/os) vítimas de igual desprezo, idêntico preconceito e discriminação, cercados pelo mesmo desdém da sociedade brasileira institucionalmente branca” (NASCIMENTO, 2016, p. 61).

Perante isso, o racismo estilo brasileiro, conforme denunciado por Nascimento (2016, p. 82), performa pela via da “democracia racial” como um mecanismo

[...] institucionalizado de forma eficaz nos níveis oficiais de governo, assim como difuso e profundamente penetrante no tecido social, psicológico, econômico, político e cultural da sociedade do país. Da classificação grosseira dos negros como selvagens e inferiores, ao enaltecimento das virtudes da mistura de sangue como tentativa de erradicação da ‘mancha negra’ [...]. Monstruosa máquina ironicamente designada ‘democracia racial’ que só concede aos negros um único ‘privilégio’: aquele de se tornarem brancos, por dentro e por fora.

Assim procedendo, a política de branqueamento, em seu objetivo primário, visou limitar, tolher a todo custo, qualquer crescimento da população negra no Brasil (fenotipicamente, culturalmente, socialmente e economicamente), tal como qualquer forma de afirmação de si (NASCIMENTO, 2016).

Longe do padrão de civilidade, longe da concepção de humanidade por parte dos outros, os negros foram em busca de *possibilidades de vida*, ora permeadas por diversas adversidades e situação de desumanidade, ora na força e na garra da resistência de existir e resistir. Um desses momentos de vivenciar sua potencialidade de vida era no carnaval, ocupando as ruas e manifestando subjetividades, experimentando formas e estilo de viver em sensações possíveis. Assim surgem figuras como Hilário Jovino Ferreira, que, em 1893, funda o rancho “Rei de Ouro”, dentre outras, contribuindo para uma nova forma de ocupação e resignificação do espaço público no carnaval pelos negros, o que recebe no futuro a síncopa do samba, que dará origem às escolas de samba (ARAÚJO *et al.*, 2005; NOGUEIRA, 2006).

Os processos históricos, sociais, políticos, culturais e artísticos que somam no surgimento das escolas de samba não são processos totalmente simbióticos, lineares, cronológicos e rígidos, mas apresentam temporalidades que, ora dialéticas, ora contrastantes, culminam na construção diversa do carnaval. Nesse processo, são múltiplas as possibilidades e alternativas para a vivência da carnavalização. As escolas de samba são, em muitos aspectos, a expressão que traz para si os aspectos de muitos outros movimentos festivos, como os cordões, os ranchos, os corsos e os blocos, e até mesmos alguns aspectos advindos das grandes sociedades. Em vista disso, as escolas de samba assumem, desde suas origens, a alteridade como possibilidade para existir ao se valer de grandes e pequenas modificações para sua construção. Logo, o tradicional e o moderno estão em constante movimento de construção dessa identidade que verá no samba a junção de tantos possíveis para a afirmação de vida e suas possibilidades, ou seja, uma visão dessa instituição como uma produtora de saúde em seu sentido ampliado.

À vista disso que o samba se torna uma complexa rede de solidariedade, tal como um potente contato cultural das várias etnias e fortalecimento de vínculo identitário. Eis um novo movimento de resignificação para essa população. É importante compreender que tal rede trata-se de uma resposta de resistência identitária e cultural, de manipulação de subjetividade e intersubjetividade de um coletivo que produz arte para além dos padrões estabelecidos pela própria arte da época e que surge pelas frestas das culturas elitizadas num mínimo espaço (ALBIN, 2009; RAPHAEL, 1990; THEODORO, 2009).

Para o sambista, cantor e compositor Ismael Silva, o surgimento do nome “escolas de samba” é datado de 1928 com a “*Deixa Falar*” no bairro da Estácio, onde se aprendia o ritmo do samba e também eram estabelecidas formas e possibilidades de ser, de viver e de sonhar, especialmente para a população negra, através da luta pela educação formal. Na Lei nº 1, de 14 de janeiro de 1837, Artigo 3º, a exclusão dos negros ao acesso à educação foi legalmente estabelecida: “São proibidos de frequentar as Escolas Públicas: 1º Todas as pessoas que padecerem moléstias contagiosas. 2º Os escravos, e os pretos Africanos, ainda que sejam livres ou libertos”. Logo, observa-se uma construtiva sistêmica de não-lugar para o negro por parte do Estado. Em contraponto, uma resposta de possibilidades de alteridades e resistência por parte das populações negras, surge “a escola do samba”, por eles e para eles, para adjetivar seus próprios mestres e salvaguardar sua tradição.

Apesar das mudanças sociais presentes nas escolas de samba, ainda hoje é possível observar que, na visão das comunidades, as escolas de samba têm exercido um importante papel social na produção de lazer, sociabilidade, integração, promoção da cultura e visibilidade, possibilitando vivências e experiência ímpares para os sambistas integrantes das agremiações (COSTA, 2011; PAVÃO, 2009; RIBEIRO, 2018; SOARES, 1999).

Dessa maneira, é importante salientar que é preciso ter por certo a compreensão de que as atividades de uma escola de samba extrapolam os minutos estipulados no dia dos desfiles, movimentando todo um grupo social em prol da agremiação. Contudo, não nos cabe reforçar a idealização midiática de que todos os membros de um território se relacionam e se ocupam das atividades da escola de samba. As escolas de samba são instituições em que se produzem relações diversas de parcerias, conflitos e divergências, com interesses e disputas que impactam diretamente o dia a dia de uma agremiação (PAVÃO, 2009).

Ao se colocar como um espaço de produção de mundo, a escola de samba produz possibilidades para que os sujeitos resgatem sua identidade, o entendimento de si, laços afetivos e integração social, permitindo o sambar de seus corpos vivos com potencialidades de vida. Nos bastidores das relações sociais que estão envoltos a uma agremiação carnavalesca, enxerga-se projetos de felicidades e a produção de saúde como força motriz desse movimento.

A SAÚDE NO MUNDO DOS POSSÍVEIS

No desfile da escola vida, o enredo são os nós. Sinal aberto, o espetáculo vai começar. A agremiação se prepara para mais um desfile carnavalesco. Oh, abre-alas! Uma história será contada! A comissão de frente aposta, as baianas sorriem, dançam e cantam a plenos pulmões o hino da escola. O casal de mestre-sala e porta-bandeira estão cientes da sua missão de defender e exaltar o maior símbolo da escola. Os foliões, brincantes, estão em suas alas ansiosos para ver o brilho dos holofotes e distribuir beijos e acenos para conhecidos e desconhecidos que vibram durante o desfile. Tum! Tum! A bateria arrepia e dá o ritmo do desfile. Durante essa caminhada poderá haver imprevistos técnicos, meteorológicos, organizacionais e até mesmo acidentes. Contudo, independentemente a escola entra e sai da avenida apresentando sua história, suas bandeiras, suas narrativas e suas lutas. Tudo isso em busca de um sonho, o título daquele ano. Por detrás do título, têm histórias, suor, lágrimas, alegrias, muito trabalho e sentimentos para todas/os daquela comunidade.

Como um desfile de uma escola de samba, podemos ver a vida como uma avenida de possíveis. No desenrolar da avenida, os processos de saúde-doença se apresentam do sinal verde, na concentração, à dispersão. Todo o processo de contar uma história abre caminhos e possibilidades de vida mesmo diante das adversidades. Cada setor e ala tem um papel nessa história, serão eles que irão aproximar o público do que a escola representa. As baianas trazem consigo a representação da ancestralidade, as guardiãs da história viva. O casal de mestre-sala e porta-bandeira carregam a identidade, a bandeira, quem somos nessa avenida. As alas, como curvas nas normatividades rígidas, brincam, dançam e sambam. Todo movimento pré e durante o desfile compõe um projeto de felicidade coletivo. Ali há possibilidades de ser reconhecido pelo seu trabalho, representar sua subjetividade e permitir emoções ímpares para todos os envolvidos – quem está na avenida e quem está assistindo. Assim, para o mundo, as escolas de samba apresentam apenas um fragmento do seu real. Contudo, para aquelas e aqueles que vivenciam o cotidiano das escolas de samba, esse é apenas um momento que foi fruto de um longo percurso que proporciona grandes outros momentos.

Por detrás das alegorias, das fantasias de pena e das coreografias existe um movimento de reconexão identitárias. Como afirma Luiz Antônio Simas (2021), as escolas de samba são lugares de produção de mundo onde está contido a resistência, a alteridade, a diversidade e a identidade, o conhecimento e reconhecimento de si através de laços de sociabilidades, afinidades e afetos. Então, o que seria produzir saúde se não diminuir distâncias, destravar expressões, capilarizar sentidos? Dessa maneira, o mundo possível em que se produz através das escolas de samba, é um lugar instituído por agrupamentos diversos que, longe de uma utopia comunitária pré-capitalista, vivência tais processos, nomeia e reconhece as relações étnico-raciais e a exclusão histórica imposta a eles. É pelo samba que as escolas de samba ressignificam a sua história. Como aponta Grada Kilomba (2020), torna-se urgente o movimento de ressignificar alguns conceitos, termos e pensamentos visando romper com o pensamento colonial, e é isto o que nos movimenta sobre uma ciência decolonial e, porque não dizer, uma produção de saúde e produção de conhecimento em saúde decolonial.

No que tange a produção de conhecimento em saúde, intriga-nos pensar em uma busca pelo conhecer que nos adoce, pressiona ou aprisiona. Instiga-nos a cavar caminhos que nos extrapolam nas entranhas da vida, trazendo à avenida a saúde com seu enredo de possíveis. Se a saúde é uma produção desviante, por que estariam estes às margens do conhecimento acadêmico em saúde?

Torna-se imprescindível pontuar que esta reflexão vem sendo construída desde fevereiro de 2021, o ano que não teve o desfile do carnaval em função da pandemia de um novo coronavírus, a qual se acresce o sentimento de tristeza, somando-se o luto e pesar pelas centenas de milhares de brasileiros e brasileiras mortos em função da infecção pelo Covid-19. Apesar da vacina ser hoje uma realidade, ainda há muito a se fazer para que as escolas de samba retornem suas atividades organizacionais e possam desfilar na passarela e sob aplausos apresentar todo o *glamour* das fantasias, sonhos e desejos frutos de muito trabalho dos seus componentes. Mesmo com essas limitações, as agremiações carnavalescas não suspenderam todas as suas atividades. As escolas de samba foram, e ainda são, fundamentais na parceria e assistência aos moradores das suas comunidades, que viram sua renda e seus empregos sendo levados em decorrência da crise gerada pela pandemia do então novo coronavírus.

Se identificamos as escolas de samba como manifestações populares que ocupam um espaço vazio deixado pelo Estado para uma comunidade, quais são as magnitudes desse vazio em período pandêmico?

É oportuno refletir que as escolas de samba são, seja em suas origens, seja nas transformações que enfrentaram para resistir ao longo dos anos, projetos para o sujeito, uma possibilidade de ação, se colocando como um ser autêntico e produtor de subjetividade. Para esta reflexão, evocamos José Ricardo Ayres (2009), em *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. A subjetividade, para o autor, proporciona ao sujeito possibilidades de reconstrução identitárias, induz o movimento de refletir sobre sua própria realidade, colocando-o em contato com sua historicidade e produzindo então uma intersubjetividade de um coletivo. Tal movimento se aproxima do entendimento de subjetividade preconizado na Política Nacional de Promoção e Produção de Saúde.

Ora, é pela intersubjetividade e pela resistência do outro que o sujeito se coloca como indivíduo indivisível, seja em um processo de historicidade, seja em um processo político-social, seja também no processo saúde-doença-cuidado. O indivíduo vive esses processos de forma subjetiva, produzindo significações, sentidos e sentimentos expressos na narrativa como manifestação da sua própria essência, e esses são produtos da linguagem em que se manifesta a experiência. Em seguida, essa experiência compõe a construção de conhecimento, individual e coletivo. E é através da troca que a intersubjetividade se constrói como uma identidade comunitária (AYRES, 2009).

Outro disparador que nos evidencia é quais são os sentidos apreendidos por uma comunidade do samba neste período de pandemia?

As escolas de samba foram constituídas como ambientes de manifestações de narrativas. Nelas, o sujeito indivisível constrói suas narrativas, muitas vezes de forma coletiva, e aproxima-se de sua historicidade e ancestralidades. Ali se possibilita o “Ser”. A saúde se manifesta nas possibilidades de tristezas, perdas e choros, mas também de alegria, felicidade, sociabilidade, cultura e bem-estar. Nessa perspectiva, as escolas de samba são também produtoras de saúde ao possibilitar projeções de sonhos e projetos de felicidade, abrindo possibilidades e permitindo o reconhecimento do trabalho coletivo e dando asas à imaginação e a representações de personagens e de pertencimento. Permitem, ainda, refúgio e construção

de uma identidade coletiva – a de “sambista” ou “comunidade de escola de samba” – ao carregar em si a nomenclatura da escola, como imperiano, manguense, portelense, entre outras diversas possibilidades.

Obviamente, os processos de adoecimento também estão presentes, tal como estresse, ansiedade, depressão, preocupação por questões sentimentais, que podem sim desencadear questões fisiológicas. Não somente, mas também, tais processos geram significados e sentidos que ora serão vistos por um sujeito, ora serão vistos pela sua comunidade. Contudo, o processo de adoecer está envolto de sentidos, experiências e conhecimentos que são partilhados, sentidos e reconectados, se abrindo a possibilidade de enfrentamento de adversidades.

Decorrente disso, todo esse movimento permite, dentro das possibilidades da vida, a alternativa de uma história para além da história oficial. As escolas de samba têm produzido um movimento de historicidade de suas origens. Todo um trabalho de pesquisa, cenografia, poesia, dança e música que movimenta toda uma comunidade e permite esse reconhecimento de si, possibilitando uma outra narrativa.

Ao refletirmos sobre tamanhas possibilidades de compreensão da saúde, entendemos que a redução do carnaval como um evento, fontes de renda, lazer e entretenimento não dá conta de abarcar sua real magnitude, a produção subjetiva do ser. E as escolas de samba não se resumem a produção de um espetáculo. A escola de samba uniu o carnaval, o samba e tantas outras expressões artísticas para constituir-se em uma rede de possibilidades. Por conseguinte, uma visão simplista e quantitativa nunca seria capaz de apreender as dores e os amores, as perdas e as vitórias, as trocas e as partilhas. Daí, ao compreender que as escolas de samba produzem possibilidades, assume-se que é possível, seja por um momento, seja por um lugar, ser rei, rainha, mestre ou até “bailarina da avenida”. Ali há força para seguir se representa os sonhos.

Assim, esta reflexão sobre o processo saúde-doença traz o encantamento de culturas, tradições e saberes das religiões de matriz africana que, no que diz respeito a saúde-doença-cuidado, extrapolam o saber e as práticas biomédicas que orientam a formação de fonoaudiólogas/os, enfermeiras/os, médicas/os e tantos outros profissionais de saúde. É essa perspectiva que muitas vezes atravessa a produção de saúde perpassada pelo chão das escolas de samba, pelas rodas de samba, pelas comunidades

tradicionais, tal como pelo processo de produção de cultura, arte, trabalho e ocupação e pela solidariedade. Tudo isso é possível encontrar em uma escola de samba produtora de saúde.

Em síntese, a produção de saúde advinda de uma escola de samba é desvinculada de normativas moralizantes e controladoras. Ela não dita sobre os corpos a culpabilização de si e de seus desejos. Ainda, essa saúde não se exime na presença da doença, mas se move como sentido para ser. Dessa forma, ao buscar essa reconexão identitária, produzir subjetividade e cuidar como forma de ensinamento e de conhecimento, as escolas de samba assumem um compromisso na potencialidade da vida. Logo, ali há saúde livre de corpos vivos.

REFERÊNCIAS

- ALBIN, R. C. Escola de Samba. **Textos Escolhidos de Cultura e Arte Populares**, v. 6, n.1, p. 249–259, 2009.
- ARAÚJO, S. et al. Entre palcos, ruas e salões: processos de circularidade cultural na música dos ranchos carnavalescos do Rio de Janeiro (1890-1930). **Em Pauta**, v. 16, n. 26, p. 73, 2005.
- AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. (Coleção Clássicos para integralidade em saúde. Editor Roseni Pinheiro).
- BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M. de F. Trabalho e Produção de Saúde: Práticas de Liberdade e Formas de Governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 5-13, 2010.
- BRASIL. Decreto nº 528, de 28 de junho de 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-528-28-junho-1890-506935-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- BRASIL. Lei nº 1 de 14 janeiro de 1837. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/asphe/article/viewFile/29135/pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre Medicina**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CAPONI, S. Corpo, população e moralidade na história da medicina. **Esboços: histórias em contextos globais**, v. 9, n. 9, p. 69–86, 2001.
- CHALHOUB, S. **Cidade febril**. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996.
- COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 822–835, 2012.
- COSTA, S. H. B. Bem-Estar dos Trabalhadores de Escola de Samba: Realidade ou Fantasia? **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 137, 2 dez. 2011.
- FLORES, M. Do Entrudo ao Carnaval. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 22, p.149-161, 1996.
- GIRON, L. A. O etnógrafo enfarinhado: Gonçalves Dias na guerra contra o entrudo. **Metis: história & cultura**, v. 1, n. 1, p. 16, 2002.
- KILOMBA, G. **Memórias da plantação**. Tradução Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.
- MATTA, R. da. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 2016.

NOGUEIRA, N. **Dossiê das matrizes do samba no Rio de Janeiro**. 2006. Rio de Janeiro: IPHAN/MinC. Disponível em: http://www.cnfcp.gov.br/pdf/Patrimonio_Imaterial/Dossie_Patrimonio_Imaterial/Dossie_Samba_RJ.pdf. Acesso em: 28 set. 2009.

PAVÃO, F. As Escolas de Samba e suas Comunidades. **Textos Escolhidos de Cultura e Arte Populares**, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2009.

RAPHAEL, A. From Popular Culture to Microenterprise: The History of Brazilian Samba Schools. **Latin American Music Review**, v. 11, n. 1, p. 73-83, 1990.

RIBEIRO, A. P. A. O futuro do sambista e o sambista do futuro. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 70, p. 189–207, 31 ago. 2018.

RISÉRIO, A. Carnaval: As Cores da Mudança. **Afro'Asia**, n. 16, p. 92–106, 1995.

SCLIAR, M. *et al.* **Saúde pública**. 1. ed. São Paulo: Ed. Scipione, 2002. (Coleção Mosaico ensaios & documentos).

SIMAS, L. A. **O corpo encantado das ruas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

SIMAS, L. A. Pensando as Frestas nas Festas. In: Entre tambores & procissões: festas e frestas da brasilidade, 2021 [curso online]. Instituto para Reforma das Relações entre Estado e Empresa. **Anais...** Instituto para Reforma das Relações entre Estado e Empresa: [s.n.], 2021.

SOARES, R. **O cotidiano de uma escola de samba paulistana: o caso do Vai-Vai**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

THEODORO, H. Guerreiras do samba. **Textos escolhidos de cultura e arte populares**, v. 6, n. 1, 2009.

TURETA, C.; ARAÚJO, B. F. V. B. de. Escolas de samba: trajetória, contradições e contribuições para os estudos organizacionais. **Organizações & Sociedade**, v. 20, n. 64, p. 111–129, mar. 2013.

15

RODRIGO ANDRADE ALVARENGA
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
DÉBORAH SHIRLEY DE VASCONCELOS
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

A AGONIA DA SAÚDE E DA CULTURA NO CONTEXTO SUFOCANTE DA PANDEMIA DE COVID-19.

INTRODUÇÃO

“Um pouco de possível, por favor,
senão sufoco”.

Deleuze e Guattari, 1992, p. 131

A frase da epígrafe teria sido um desabafo de Foucault em um momento de crise, ao sentir-se “sufocado” pelo rumo filosófico que seus trabalhos tinham tomado, buscando, então, oxigenação intelectual ao fazer uma revisão conceitual de sua obra, deixando um grande legado (FUSARO, 2015). Evocamos esse pensamento foucaultiano, expresso por Deleuze e Guattari, não por acaso. Vivemos tempos sufocantes, quando nos falta o ar, também no sentido literal. A crise sanitária, instaurada com a pandemia de Covid-19, revela um mundo “demasiado humano”, onde a diferença passa a constituir uma grande ameaça e a singularidade é atacada por preconceitos e intolerâncias. Somos vigiados o tempo todo também por um panóptico interno, que nos impede de acolher novos modos de vida ou dar passagem àquilo que nos diferencia.

Para Foucault, Deleuze e Guattari, o *possível* está na concepção da vida e do ser como magníficas potências atualizadas no mundo. Na busca por esse *possível* que nos livre do sufoco, percorreremos as transformações pelas quais passam a cultura e a saúde, acompanhados da revitalizante oxigenação intelectual desses filósofos, a fim de pensar o mundo a partir de seu caráter transdisciplinar, na interface entre três áreas do conhecimento igualmente criadoras: filosofia, ciência e arte (FUSARO, 2015). Olhar além das disciplinas, vistas como caixas, é a chave para compreender as relações entre cultura e saúde apresentadas ao longo deste capítulo.

Há muito que a cultura é vista para além dos elementos simbólicos transmitidos de geração para geração, constituindo-se como parte integrante da saúde. Nessa perspectiva, esse pensamento, que não fragmenta a realidade, é entendido como:

[...] o conjunto de toda e qualquer prática que atravessa a vida humana em sociedade, de modo que não seria arriscado dizer que a cultura não tem um “fora”, isto é, que não é possível estar fora da cultura, ou “não ter cultura”, jargão ainda hoje repetido por certos agentes das elites civilizatórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Nesse conceito ampliado, destaca-se a presença de culturas, no plural, como resultado da multiplicidade que afirma a alteridade da sociedade. Nesse contexto, a saúde é um elemento constitutivo da nossa cultura, pois as práticas ligadas à saúde são aspectos culturais de uma sociedade, uma vez que estão presentes nas relações humanas, com múltiplas ressonâncias.

Entretanto, quando pensamos na relação entre cultura e saúde, faz-se a priori uma leitura que a reduz a um uso meramente instrumental por meio da arte, segundo a qual as práticas artísticas teriam uma espécie de “poder curativo”, deixando de lado sua dimensão simbólica e transformadora. A arte, enquanto um elemento da cultura, é um empreendimento de saúde porque afirma a alteridade ao carregar a potência para multiplicar e acolher novos modos de vida e produzir transformações que reelaboram a vida com mais qualidade, combatendo preconceitos e a exclusão.

A saúde também sofre com essa concepção restrita e fragmentada, sendo ainda compreendida como o oposto da doença. Essa visão ultrapassada não reconhece a definição mais ampliada, inicialmente adotada pela Organização Mundial de Saúde e readaptada ao contexto brasileiro na ocasião do movimento da reforma sanitária. O seu conceito ampliado está na Constituição brasileira, que define que o direito universal à saúde é responsabilidade do Estado e da sociedade, e valoriza o tema da determinação social do processo saúde-doença-cuidado. Isso implica pensar a saúde também como um elemento que se torna condição das situações de vida e se relaciona com a questão da distribuição de riqueza e desigualdades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Pensar a partir dessa concepção ampliada é lançar um olhar sobre a cultura e a saúde em um plano de imanência, que reconduz os modos de estar no mundo, a partir de uma dimensão ética que afirma a potência da vida em sua integralidade. De acordo com Campos (2002, p.106),

[...] quando a gente fala de cultura e saúde, nós estamos falando de atributo humano, de um atributo das pessoas, e a cultura produz pessoas, produz o jeito que nós somos, a forma que nós atuamos. Por outro lado, nós também somos produtores de cultura.

É nesse sentido que nos parece fundamental a existência de espaços culturais que tenham como função promover e divulgar ações em saúde, entendida como um direito dos cidadãos e um bem cultural de suma importância para um mundo com mais qualidade de vida. Essa concepção faz uma articulação ético-política chamada de “ecosofia” por Guattari, que inclui três aspectos ecológicos – meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana –, três dimensões responsáveis pela sustentabilidade (GUATTARI, 2009). Assim, cultura e saúde são dimensões da sustentabilidade porque envolvem atributos humanos necessários à vida. Nesse contexto cultural, destacam-se os museus enquanto promotores dessa sustentabilidade. De acordo com Hans-Martin Hinz, presidente do ICOM Portugal:

Os museus, enquanto educadores e mediadores culturais, adotam cada vez mais um papel vital em contribuir para a definição e implementação de desenvolvimento e práticas sustentáveis. Os museus devem ser capazes de assegurar a sua função de salvaguarda do património cultural, pois é possível que aumente a precariedade dos ecossistemas, a instabilidade política e os desafios associados a tudo isto, sejam naturais ou provocadas pelo homem. Temos de fazer tudo o que está ao nosso alcance para garantir que os museus façam parte do principal motor cultural de desenvolvimento sustentável no mundo (RIBEIRO, 2015, p. 3).

Dessa forma, reconhece-se o papel essencial dos museus e sua inseparável relação com a saúde, uma vez que a destruição desse património cultural compromete essas três dimensões sustentáveis explicitadas por

Guattari, criando crises e conflitos que prejudicam a saúde da população, inclusive com grandes prejuízos para as gerações futuras.

Paradoxalmente, há acentuada desvalorização, descaso e negligência com a cultura, o que pode ser observado por meio da restrição orçamentária, crônica e grave, para a gestão de museus de arte em todo o mundo, em especial no Brasil (FORTES, 2020). O que o atual cenário nos mostra é que a cultura não tem sido valorizada no Brasil, especialmente diante das agruras financeiras, agravadas pela crise política e sanitária de Covid-19, que acabam por negligenciá-la, gerando uma crise de sustentabilidade.

O Brasil possui mais de 3.700 museus, sendo 65% deles públicos, entre os quais 456 federais. Com relação à expressividade do número, apenas 1.200 municípios brasileiros, dos 5.500 existentes, possuem museus. Ou seja, a maioria dos municípios não tem como garantir sua memória histórica (IBRAM, 2020). Geralmente pouco valorizado pelo público e por governos, e com um histórico de inviabilidade econômica, os museus brasileiros precisam garantir políticas de orçamento, visitação e preservação de suas memórias históricas (SAMPAIO, 2018). E o que temos assistido é a “queima” dos museus nacionais e um total descaso das autoridades públicas, com consequências significativas para a cultura e saúde.

As inúmeras tragédias que vêm ocorrendo no Brasil ao longo dos anos mostram o total desamparo da cultura com grande impacto para a saúde da população, sobretudo durante os agravamentos decorrentes da atual pandemia. A cultura é entendida como um Determinante Social da Saúde (DSS), que são os fatores relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que é preciso considerar os fatores econômicos, culturais, étnicos/raciais e psicológicos, além dos aspectos comportamentais, que podem gerar problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como alimentação, escolaridade, moradia, renda e emprego. Para combater as iniquidades na saúde, é fundamental que se avalie os DSS para além das doenças geradas, como aspectos que influenciam múltiplas dimensões que envolvem a saúde dos indivíduos e das populações. Nesse contexto, os DSS não estabelecem uma relação hierárquica, fugindo da lógica positivista causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Portanto, é preciso ampliar o olhar para compreender as relações entre cultura e saúde no contexto em que as desigualdades são o pano

de fundo para as iniquidades. Compreendendo-se a cultura como Determinante Social da Saúde, questiona-se por que, em momentos de crise, a cultura é sempre negligenciada? Apesar de adotar a concepção ampliada de saúde, por que o Brasil ainda trata cultura e saúde como campos isolados e fragmentados? De que forma a negligência de museus e espaços culturais interfere na saúde da sociedade brasileira e na perda de sua alteridade?

Nesse contexto, este capítulo propõe-se a refletir sobre a intrínseca relação entre cultura e saúde em meio a pandemia provocada pelo coronavírus Sars-CoV-2, desvelando um cenário em que o biopoder tem sido utilizado para controlar corpos e destruir a alteridade, um poder de fazer viver e deixar morrer (FOUCAULT, 2012).

A ASFIXIA DOS MUSEUS NO BRASIL

Apesar de o uso generalizado do termo “museu” ilustrar perspectivas de saber universal (POULOT, 2013), nos tempos atuais, o termo é definido como uma

[...] instituição permanente, sem fins lucrativos, a serviço da sociedade e do seu desenvolvimento, aberta ao público, que adquire, conserva, pesquisa, comunica e exhibe o patrimônio material e imaterial da humanidade e de seu ambiente para os propósitos de educação, estudo e entretenimento (UNESCO, 2017, p. 3).

No Brasil, de acordo com o Estatuto de Museus, de 2009, consideram-se museus

[...] as instituições sem fins lucrativos que conservam, investigam, comunicam, interpretam e expõem, para fins de preservação, estudo, pesquisa, educação, contemplação e turismo, conjuntos e coleções de valor histórico, artístico, científico, técnico ou de qualquer outra natureza cultural, abertas ao público, a serviço da sociedade e de seu desenvolvimento (BRASIL, 2009).

A partir desse entendimento e de suas características, destaca-se a importância dos museus como instituições que buscam representar a diversidade cultural e natural da humanidade. Dessa forma, assumem um papel essencial na proteção, preservação e transmissão do patrimônio e da memória cultural, afirmando a alteridade de uma sociedade. Nesse sentido, a preservação dos museus está em consonância com a ecossociedade, uma vez que contemplam os aspectos ecológicos da subjetividade, do meio ambiente e das relações sociais (GUATTARI, 2009), fatores essenciais à dimensão da sustentabilidade, e que precisam ser avaliados enquanto Determinantes Sociais da Saúde para que seja possível combater as desigualdades de saúde entre grupos populacionais, promovendo o bem-estar social.

Entretanto, não é de hoje que o descaso e a escassez financeira nos museus resultam em grandes catástrofes com perdas inestimáveis para o patrimônio material e imaterial, especialmente no Brasil. Nos últimos anos, observa-se uma série de situações que evidenciam esse descaso com a cultura, a arte e a ciência em diversos museus brasileiros. Tal descaso com as instituições da cultura parece ser um traço lamentavelmente profundo e crônico do nosso país (MARTÍ, 2018).

Em 1978, o Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro (MAM RIO) perdeu, em um incêndio, aproximadamente 100 milhões de dólares, sem considerar o inestimável valor simbólico, histórico e memorial. Pinturas de Pablo Picasso, Salvador Dalí e boa parte da fase construtivista do uruguaio Joaquín Torres-García foram totalmente perdidas (MARTÍ, 2018).

Em anos seguintes, incêndios dizimaram diversos outros prédios com tesouros culturais e científicos do país, como o que ocorreu no Teatro Cultura Artística (São Paulo) em 2008; o que atingiu o laboratório de répteis do Instituto Butantan (São Paulo) em 2010, transformando em pó mais de 100 anos de história e conhecimento; o que destruiu o auditório Simón Bolívar no Memorial da América Latina (São Paulo), onde havia uma tapeçaria de 800 m² da artista Tomie Ohtake, em 2013; o que ocorreu no Museu de Ciências Naturais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) também em 2013, causando prejuízos científicos incalculáveis em um dos maiores acervos fósseis de mamíferos do Brasil; e o que destruiu parte do acervo e o galpão centenário do Centro Cultural Liceu de Artes e Ofícios São Paulo em 2014 (MUSEU..., 2018a).

Já em 2015, um incêndio de grandes proporções, causado por um defeito em um holofote, atingiu o Museu da Língua Portuguesa, em São Paulo, destruindo completamente os três andares e a cobertura do prédio da Estação da Luz (TOMAZ, 2019).

Merece destaque o caso da Cinemateca Brasileira, em São Paulo, que teve destruídos 731 títulos do seu acervo, 270 deles de forma definitiva, em um incêndio ocorrido em um dos depósitos de seu galpão em 2016: somente 461 possuíam cópia de segurança (MUSEU..., 2018a). Posteriormente, em fevereiro de 2020, seu acervo foi novamente afetado, dessa vez por uma enchente na cidade que atingiu o depósito onde estavam cópias de longas, curtas e cinejornais (GOUVEIA, 2020). Mesmo com esse histórico de perdas, os galpões da Cinemateca, com toda a história e a memória visual do país, correm risco de um novo incêndio, o que vem sendo comunicado em vários e seguidos ofícios. Sem dinheiro, devido ao calote do governo federal em uma dívida que já passa de R\$ 13 milhões, o maior museu do audiovisual e do cinema da América do Sul é considerado um rastilho de pólvora (FELTRIN, 2020a). Depois de meses de calote, inação, demissões e falta de manutenção, a Prefeitura de São Paulo, por meio da Empresa de Cinema e Audiovisual de São Paulo (SPCine) e da Câmara dos Vereadores, decidiu ajudar o órgão a pagar suas contas atrasadas, reativar o sistema de segurança e vigilância, recolocar os bombeiros no local e retomar a manutenção do seu acervo. No entanto, existe um movimento de oposição à ajuda prestada pelo município ao órgão por parte da Secretaria Especial de Cultura e do Ministério do Turismo, a quem a secretaria está submetida (FELTRIN, 2020b).

Outro exemplo de descaso com a cultura é a situação do Museu Casa do Pontal, no Rio de Janeiro. Apesar de reunir o principal acervo de arte popular do país, com mais de 9 mil obras de cerca de 300 artistas de 20 estados brasileiros, o espaço vem sofrendo com a diversas inundações provocadas pelas fortes chuvas. Já foram oito episódios de inundações nos últimos anos e, até o momento, poucas iniciativas foram tomadas para resolver esse problema enfrentado pelo museu e para preservar o seu acervo (TOKARNIA, 2020).

Já em 2018, ocorreu a maior perda histórica e científica do Brasil, em decorrência do incêndio no Museu Nacional, no Rio de Janeiro, que arrasou cerca de 90% do acervo de 20 milhões de itens históricos e 200

anos de pesquisa científica. Dados divulgados pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior no Brasil (Andifes) apontam que um orçamento de R\$ 55 milhões destinado para a recuperação do museu sofreu corte de 21,63%, aproximadamente R\$ 12 milhões, pelo Ministério da Educação (MEC) (BERMÚDEZ, 2019). Nessa tragédia já anunciada pela crônica falta de recursos (MUSEU..., 2018b), é importante salientar que o incêndio não foi considerado criminoso pela Polícia Federal (PF), assim como não foi caracterizada como omissa a conduta dos gestores do museu. A administração da instituição estava realizando um processo de adequação das instalações de acordo com o Código de Segurança contra Incêndio e Pânico e o contrato de revitalização do prédio com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) já havia sido assinado em junho de 2018, mas a verba não foi liberada antes da tragédia (PF CONCLUI..., 2020). Ressalta-se que, após esse episódio, foi sancionada a lei que permite a captação dos recursos privados que constituirão os chamados fundos patrimoniais para apoio a instituições de interesse público (SANCIONADA..., 2019).

Em um episódio mais recente, já em 2020, um dos prédios do Museu de História Natural da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com um acervo formado por mais de 260 mil itens entre peças e coleções científicas, também pegou fogo. O incêndio destruiu a reserva técnica do museu que abrigava parte das coleções de paleontologia e arqueologia. Nesse episódio, destaca-se a falta de profissionais: a UFMG tem somente três profissionais para atender os 25 museus da universidade (UFMG..., 2020).

Diante desse resgate, é possível observar a desvalorização da cultura no Brasil e o total desconhecimento da sua importância enquanto DSS, em especial em um momento de enfrentamento de uma grave pandemia. Parece que o país virou uma grande Roma Antiga, onde seus governantes são Nero permitindo que o fogo queime tudo aquilo que nos constitui e nos faz humanos. Mas, os incêndios não se restringem aos prédios e edificações, estendendo-se à instituição simbólica da cultura e da saúde como um todo, já que a destruição do patrimônio material e imaterial de um povo fomenta iniquidades, a partir do apagamento de sua singularidade e identidade cultural.

O SUFOCO DO DESCASO E NEGLIGÊNCIA COM A CULTURA E SUA DESVALORIZAÇÃO

Torna-se importante destacar as políticas fiscais contracionistas adotadas pelo governo federal vigente no Brasil no que diz respeito aos repasses de recursos financeiros à cultura. Mesmo que as dificuldades enfrentadas pelo setor existam há muito tempo, é nítido que estão se agravando devido a esse posicionamento. Desde que ainda era candidato, o atual Presidente da República, já defendia a ideia de que retiraria o *status* de ministério da pasta da Cultura, substituindo o Ministério da Cultura (MinC) por uma secretaria, e que a Lei Rouanet passaria por uma série de mudanças (BOREKI, 2018).

A extinção do MinC, criado em 1985, se concretizou no governo de Jair Bolsonaro em janeiro de 2019, sendo incorporado ao Ministério do Turismo, apesar dos protestos da classe artística e de cinco ex-ministros da cultura (EX-MINISTROS..., 2019). Essa mudança já havia sido cogitada no início do governo Michel Temer em 2016, porém voltou-se atrás em razão das duras críticas de representantes do setor cultural à transferência da pasta para o guarda-chuva do MEC (BOLSONARO..., 2018).

Por sua vez, a Lei Rouanet, criada em 1991, atualmente conhecida como Lei de Incentivo à Cultura e considerada como principal mecanismo de incentivo financeiro às atividades culturais no país, foi duramente atacada com a redução de verbas pelo atual governo. Apesar dessa Lei ter gerado um impacto de R\$ 2 bilhões de reais na economia em 2018 – terceiro maior valor nos 27 anos da sua vigência – e um importante aumento de renda e empregos em fevereiro de 2019 (BERGAMO, 2019), em abril de 2019, houve redução da verba destinada aos projetos de R\$ 60 milhões para R\$ 10 milhões (BOLSONARO..., 2019a) e do limite captado anualmente por projeto pela Lei Rouanet, que caiu de R\$ 60 milhões para R\$ 1 milhão (NOVA..., 2019). Isso se deu devido a um incremento no rigor para concessão de benefícios ao setor audiovisual por meio da implementação de mudanças na Lei Rouanet.

Além disso, a fim de justificar a não contratação e o corte do patrocínio de projetos culturais por empresas estatais, o atual governo também divulgou diversas informações equivocadas, tentando criar um sistema de censura

prévia a projetos realizados em espaços culturais mantidos e patrocinados por essas empresas, o que gerou uma desestabilização do setor cultural e artístico (NIKLAS, 2019; CAIXA..., 2019). Após a censura e o cancelamento de espetáculos, seminários e festivais de cinema em equipamentos federais, como unidades da Caixa Cultural e do Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB), o presidente Jair Bolsonaro afirmou ainda que faria mudanças na Fundação Nacional de Artes (Funarte) e na Agência Nacional do Cinema (Ancine) (BOLSONARO..., 2019b). A mudança se concretizou quando, em mais uma ofensiva contra a cultura, cortou da Ancine quase 43% do orçamento do Fundo Setorial do Audiovisual, um setor que gera empregos e que é considerado um grande impulsionador da nova economia (BRANT; URIBE, 2019).

Nesse contexto cultural de restrição orçamentária, destaca-se a polêmica criação do Museu Nacional da Bíblia, em Brasília, que deve custar R\$ 26 milhões aos cofres públicos, na contramão do que vem sendo praticado pelo governo em relação a outras instituições e programas da área da cultura. A obra para a sua construção, reivindicada por políticos da Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional, é alvo de críticas por entidades laicas, alegando que a medida constitui afronta à liberdade religiosa e à laicidade do Estado, pelo uso do espaço e dinheiro público (CRUZ, 2021).

Além dos cortes no orçamento, mudanças na direção de diversos órgãos responsáveis pela gestão da cultura no país também afetaram o funcionamento de algumas instituições culturais, por exemplo as mudanças realizadas no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan), criado em 1937 e que responde pela preservação do Patrimônio Cultural Brasileiro. Apesar da sua importância, o desmonte do Iphan têm causado estarrecimento e deixado o país atônito, pelas nomeações sem qualificação de seus superintendentes (FERREIRA, 2019; AMADO, 2020; CONSELHO..., 2020).

O Museu Nacional de Belas Artes (MNBA), no Rio de Janeiro, aberto em 1937 e com um importante acervo de arte brasileira do século XIX, também foi alvo dessas mudanças promovidas pelo governo Bolsonaro. Em fevereiro de 2021, foi exonerada a diretora museóloga Monica Xexéo, que dirigia a instituição há 15 anos, sem nenhum motivo que justificasse tal medida (GOVERNO..., 2021).

Já a Funarte, responsável pelas políticas públicas federais de estímulo à atividade artística brasileira, passou por diversas mudanças em

sua diretoria e teve diversas novas nomeações, incluindo pessoas sem formação específica e/ou que não possuíam experiências para o cargo (GOVERNO..., 2020). No final de março de 2021, foi exonerado Lamar-tine Barbosa Holanda, o quinto a ocupar a presidência do órgão federal de fomento à cultura desde que Jair Bolsonaro assumiu (PERASSOLO, 2021). Todas essas mudanças e nomeações trouxeram prejuízos reais à gestão e ao fomento da atividade produtiva artística brasileira, possibilitando que diretrizes técnicas fossem distorcidas e que os serviços desempenhados pela fundação fossem desenvolvidos com mais lentidão e interrupções.

Ainda relacionado ao desmonte das instituições culturais no Brasil, destaca-se o caso da Fundação Casa de Rui Barbosa que, originada em 1928, vem trabalhando no desenvolvimento da cultura, da pesquisa e do ensino desde 1966. O debate em torno da sua transformação em museu foi de grande polêmica, pois a Fundação é responsável por uma das maiores e mais significativas produções de conhecimento sobre políticas culturais do Brasil. Com essa mudança, passaria a integrar a estrutura do Instituto Brasileiro de Museus (Ibram) (BERGAMO, 2020), o que impactaria não só na mudança da gestão, mas no encerramento de pesquisas, no fechamento de acervos, bibliotecas e pós-graduação e na eliminação do quadro de servidores.

As constantes mudanças nas administrações públicas não se deram somente nas instituições e fundações geridas pelo atual governo, mas também na própria Secretaria Especial de Cultura, que foi transferida do Ministério da Cidadania para o Ministério do Turismo e passou por sucessivas trocas na sua gestão, evidenciando o descaso com a área cultural. Em novembro de 2019, foi nomeado, como secretário especial da Cultura, o dramaturgo Roberto Alvim, associado a ideias conservadoras e ações reconhecidas como de guerra contra a cultura (SOARES, 2019). Uma onda crescente de indignação entre políticos, autoridades e representantes da sociedade civil, especialmente após um pronunciamento no qual plagiou o discurso nazista de Joseph Goebbels, culminou com o pedido de seu afastamento (SHINOHARA, 2020). Apesar de justificar seu discurso como uma “coincidência retórica” (COINCIDÊNCIA..., 2020), após um posicionamento da cúpula militar do governo, Roberto Alvim foi exonerado em janeiro de 2020 (CALCAGNO, 2020).

Para substituir Alvim na direção da Secretaria Especial de Cultura, foi escolhida a atriz Regina Duarte, que teve, do presidente Jair Bolsonaro, a

orientação para não liberar verba para projetos ligados à diversidade de gênero (MASCARENHAS, 2020). Com receio de desagradar o governo, a então secretária ignorou a classe artística e os interesses da pasta da Cultura em diversas situações. Um dos pontos mais baixos de sua gestão foi sua entrevista ao vivo na CNN Brasil, na qual cantarolou uma música associada ao período em que os militares mandavam no país e minimizou a morte de pessoas durante o regime da ditadura (CASTRO, 2020). Em meio a polêmicas e com a insatisfação da classe artística, Regina Duarte deixou o comando da Secretaria pouco mais de dois meses depois de assumir (MAZUI; KRÜGER, 2020). E, em sua quinta escolha para a Cultura, o presidente Jair Bolsonaro nomeou o ator Mário Frias para assumir a Secretaria Especial de Cultura (FERNANDES; FIORATTI, 2020).

Restrições de orçamento e mudanças constantes na direção dos órgãos, assim como escolhas de pessoas não capacitadas ou não comprometidas com os interesses da pasta da Cultura e das categorias envolvidas, têm causado instabilidade político-econômica-social, agravando ainda mais a crise sanitária vigente. Na prática, o que se tem percebido é um aumento da agonia da cultura, que ao lado da saúde asfixiam.

A AGONIA DA CULTURA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Foucault (2008 p.27) diz que não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Por essa ótica, podemos entender os ataques feitos aos museus por se constituírem espaços de preservação do saber de um povo. Não é primeira vez que vemos governos extremistas e totalitários queimarem o patrimônio cultural de uma sociedade e atacar sua produção literária e artística, demonizando-a e construindo barreiras e estereótipos que reforçam preconceitos. Essa é uma das formas pelas quais se dá o poder, não um poder repressivo, mas um poder que permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 2008, p. 8).

Quem são as pessoas que mais sofrem com a perda desses espaços, guardiões do patrimônio material e imaterial? Essa pergunta não é difícil de responder. São sempre os mais vulneráveis, aqueles que se diferenciam de uma classe elitista pautada em padrões hegemônicos, eurocêtricos: pessoas pretas, pessoas de gênero e identidade sexual que se diferenciam dos modelos instituídos. São os povos tradicionais, indígenas e quilombolas. São os artistas que, pela sua arte, convocam e provocam o pensar. Todo esse movimento é uma tentativa clara de apagamento dessas singularidades. Como é possível produzir saúde em um contexto que nega a vida, pela singularidade de sua cultura, dessas populações vulneráveis?

Os governantes de uma nação que entendem as relações entre cultura e saúde sabem, ou deveriam saber, que esses campos são inseparáveis e essenciais para a sustentabilidade de um país. São dimensões que se encontram entrelaçadas, como um rizoma. Essa é uma relação que se torna ainda mais evidente em um contexto de crise sanitária como a que é vivida atualmente em função da pandemia provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2.

Segundo a secretaria de Produtividade, Emprego e Competitividade, o setor de atividades artísticas, criativas e de espetáculos foi o mais afetado pela pandemia de Covid-19. Já um levantamento realizado pela Associação Brasileira de Promotores de Eventos (ABRAPE) indica que, desde o início da pandemia, o setor de eventos culturais perdeu em número de empregos o equivalente a quase 80 fábricas da Ford, ou seja, 335.435 empregos formais. E esse número passa de 450 mil se entrarem no cálculo os trabalhadores indiretos. Com o avanço da pandemia, a ABRAPE calcula que os cofres públicos podem deixar de arrecadar, em 2021, cerca de R\$ 4,65 bilhões em impostos federais, devido à total paralisação dos eventos de cultura e entretenimento. A ausência de dados estatísticos não permite saber para onde foram esses trabalhadores atingidos, sobretudo por se tratar de um setor altamente informal (DINIZ, 2021).

Nesse contexto de enorme amplitude do desamparo da cultura brasileira, evidencia-se a grande desvalorização da classe artística, por alguns denominados de “vagabundos da Lei Rouanet”, e a falta de reconhecimento do importante papel social da cultura. A classe artística agoniza, sufocada, e exige de cada cidadão e cidadã uma atitude que vá além de aplausos e parabenizações.

O mesmo pode-se dizer dos(das) profissionais de saúde, especialmente da enfermagem. Desvalorizados(as) e com salários defasados, sobretudo os(as) que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), têm enfrentado rotinas de trabalhos desgastante com impactos para sua saúde física e mental, colocando em risco constante suas vidas e a de seus familiares. Os dados de março de 2021 do Ministério de Saúde indicam que o Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid-19, no entanto, para o conselho da classe, os dados estão subnotificados (LOPES, 2021).

Diante desse cenário, é possível questionar a quem interessa essa falta de dados necessários para nortear os investimentos em cultura? Sem políticas públicas e com o agravamento da pandemia, haverá um comprometimento da saúde física e mental da população. Outrossim, faz-se necessário destacar que a cultura no ambiente virtual foi para muito um alento diante do cenário de horror, permitindo a população (re)elaborar suas impressões sobre um período marcado pela morte física ou simbólica. Mas cabe ainda perguntar sobre o que tem acontecido às pessoas excluídas digitalmente (MOURA, 2021). Estarão sujeitas apenas a programas massificados de TV? Onde poderão encontrar espaço para o conteúdo simbólico que dá passagem a sua alteridade?

Cenário semelhante, não por acaso, é o que tem acontecido na pasta da Saúde que, até a data desta publicação, teve quatro ministros da Saúde, em uma verdadeira dança das cadeiras. Em plena crise sanitária, o povo brasileiro tem convivido com essas trocas de comando e posturas negacionista, contrárias à ciência e à cultura, que produzem conflitos entre governo federal, estadual e municipal ao mesmo tempo em que assiste passivamente à destruição da arte, da ciência e da cultura, ou seja, daquilo que representa o humano em nós. Mesmo tendo tempo para se preparar para a crise iminente, o governo não investiu em vacina, chegando ao auge da crise sanitária, em abril de 2021, com 20,8 milhões de vacinados, ou seja, irrelevantes 9,84% da população (BRASIL..., 2021).

Essas atitudes demonstram claramente uma forma de governar já conceituada por Foucault (1999), na qual constrói-se um saber a partir da proliferação da incredulidade, das *fake news* e do negacionismo, entre outras crenças limitantes que estão a serviço do Estado. Esse saber é uma forma de poder que produz desigualdades, iniquidades, aumentando os

abismos que dividem a sociedade. O que era no poder soberano expresso por “fazer morrer e deixar viver” cria outro poder “que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: o poder de ‘fazer’ viver e de ‘deixar’ morrer” (FOUCAULT, 1999, p. 287). Em um momento em que milhares de vidas se perdem, o medo gera confrontos entre a população e seus respectivos representantes, aumentam o caos e a desestabilidade social. Nesse contexto, a separação entre Saúde e Cultura produz um saber-ilusão de que uma é mais importante que a outra e que não possuem relação alguma, desconsiderando-se totalmente as implicações dos DSS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os museus são instrumentos de preservação da memória cultural de uma coletividade, exercendo um importante papel na manutenção de seu patrimônio material e imaterial. São de extrema relevância para preservar a história do ser humano, sendo considerados um lugar de conexão entre passado, presente e o futuro das gerações, contemplando a dimensão da sustentabilidade. Dessa forma, podem ser vistos como importantes fatores de determinação social da saúde, sobretudo quando se pensa no impacto que geram nas condições de vida e de trabalho de pessoas e populações.

Ao longo deste texto, foi possível identificar diversos atravessamentos que apontam para a falta de prioridade com os museus e bens culturais no Brasil, revelando um processo histórico-social agravado durante a pandemia. Tal atitude demonstra um descaso do Estado, uma vez que a maioria dos incidentes que destruíram patrimônios culturais públicos foram causados pela falta de manutenção dos estabelecimentos, portanto, passíveis de serem evitados.

Paralelo a isso, as investidas intensificadas do governo contra o setor cultural durante o período de pandemia revelam quais vidas importam, sendo possível afirmar que os golpes sofridos pela cultura têm grandes reflexos para a saúde no país. Destacam-se os golpes desferidos pela crise político-econômica, pela radicalização religiosa, pelas ceifadas da

censura, pela difamação arquitetada por interesses políticos, pela extinção do Ministério da Cultura em 2019, substituído por uma secretaria especial, e pela coordenação de órgãos culturais públicos por pessoas sem qualificação técnica, comprometendo gravemente o patrimônio histórico e artístico nacional, a sustentabilidade e, por sua vez, a saúde da população.

Impregnadas de ideologias políticas e religiosas, tais investidas são justificadas, muitas vezes pela necessidade de se (re)alocar as verbas públicas naquilo que seria visto como “mais lucrativo” para a população. No entanto, buscou-se demonstrar que o setor cultural no Brasil contribui e muito para o desenvolvimento econômico do país e sua pauperização tem agravado ainda mais a situação de milhares de brasileiras e brasileiros durante a pandemia, sobretudo no aumento do desemprego e várias formas de precarização do trabalho.

A cultura analisada como um fator macrodeterminante da saúde, ao lado das condições econômicas e ambientais da sociedade, possui grande influência sobre o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde. O texto lançou um foco sobre a trama de vínculos entre a saúde e as condições de vida e trabalho desiguais, tendo como pano de fundo o contexto da cultura no Brasil. Evidenciou-se o desgaste das relações de solidariedade e confiança, tanto no âmbito pessoal como no social, que acabam por transformar-se em mecanismo de iniquidades. Tal atitude torna ainda mais frágil os laços de coesão do país, onde pouco ou nada se investe em capital humano e rede de apoio social, essenciais para a promoção e proteção de saúde individual e coletiva, que agonizam em meio a uma política sufocante e desumana, que pode ser resumida em fazer viver e deixar morrer.

REFERÊNCIAS

AMADO, Guilherme. Ministro do turismo nomeia blogueira para Iphan no Rio. *Época*, Rio de Janeiro, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/ministro-do-turismo-nomeia-blogueira-para-iphan-no-rio-24378146>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BERGAMO, Mônica. Projetos aprovados pela Lei Rouanet em 2018 geraram impacto de R\$ 2 bi na economia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08 jan. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2019/01/projetos-aprovados-pela-lei-rouanet-em-2018-geraram-impacto-de-r-2-bi-na-economia.shtml>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BERGAMO, Mônica. Governo federal estuda extinguir Fundação Casa de Rui Barbosa. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 maio 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/05/governo-federal-estuda-extinguir-fundacao-casa-de-rui-barbosa.shtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

BERMÚDEZ, Ana Carla. Após incêndio que arrasou acervo, MEC corta R\$ 12 milhões do Museu Nacional. *UOL*, São Paulo, 29 maio 2019. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/noticias/2019/05/28/apos-incendio-que-arrasou-acervo-mec-corta-r-12-mi-do-museu-nacional.htm>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BOLSONARO defende mudanças na Lei Rouanet e diz que se eleito vai tirar status de ministério da Cultura. *G1*, Rio de Janeiro, 03 set. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/eleicoes/2018/noticia/2018/09/03/bolsonaro-defende-mudancas-na-lei-rouanet-e-diz-que-se-eleito-vai-tirar-status-de-ministerio-da-cultura.ghtml>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOLSONARO reduz verbas para projetos de R\$ 60 milhões para R\$ 10 milhões. *Meia Hora*, Rio de Janeiro, 11 fev. 2019a. Disponível em: <https://www.meiahora.com.br/geral/2019/02/5619003-bolsonaro-anuncia-mudancas-na-lei-rouanet--famosos-ficam-de-fora.html>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BOLSONARO diz que veto a obras culturais não é ‘censura’, mas sim ‘preservar valores cristãos’. *O Globo*, Rio de Janeiro, 05 out. 2019b. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/bolsonaro-diz-que-veto-obras-culturais-nao-censura-mas-sim-preservar-valores-cristaos-23998872>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006. Acesso em: 6 abr. 2021.

BOREKI, Vinicius. Bolsonaro defende a extinção do Ministério da Cultura. 2018. **UOL**, São Paulo, 29 mar. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2018/noticias/2018/03/29/bolsonaro-defende-a-extincao-do-ministerio-da-cultura.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRANT, Danielle; URIBE, Gustavo. Em ofensiva contra Ancine, Bolsonaro corta 43% de fundo do audiovisual. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 set. 2019. Ilustrada. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2019/09/em-ofensiva-contrancine-bolsonaro-corta-43-de-fundo-do-audiovisual.shtml>. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.904, de 14 de janeiro de 2009. Institui o Estatuto de Museus e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11904.htm. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL atinge 20,8 milhões de vacinados contra covid, 9,84% da população. **UOL**, 06 abr. 2021. Notícias. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/04/06/vacinacao-covid-19-coronavirus-06-de-abril.htm>. Acesso em: 09 abr. 2021.

CALCAGNO, Luiz. Jair Bolsonaro decide exonerar Roberto Alvim, o secretário de Cultura. **Correio Braziliense**, Brasília, DF, 17 jan. 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/01/17/interna_politica,821133/jair-bolsonaro-decide-exonerar-roberto-almiv-o-secretario-de-cultura.shtml. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 105-115, jul. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100011. Acesso em: 1 abr. 2021.

CASTRO, Daniel. Na CNN, Regina Duarte canta música da ditadura e minimiza tortura e mortes. **UOL**, 7 mai. 2020. Notícias da TV. Disponível em: <https://noticiasdatv.uol.com.br/noticia/televisao/na-cnn-regina-duarte-canta-musica-da-ditadura-e-minimiza-tortura-e-mortes-36545>. Acesso em: 26 jul. 2020.

‘COINCIDÊNCIA retórica’, diz secretário de Cultura sobre discurso semelhante ao de ministro de Hitler. **G1**, Rio de Janeiro, 17 jan. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/17/coincidencia-retorica-diz-secretario-de-cultura-sobre-discurso-semelhante-ao-de-ministro-de-hitler.ghtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CONSELHO Internacional de Museus pede ajuda a líderes políticos, com urgência. 2020. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 04 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2020/04/conselho-internacional-de-museus-pede-ajuda-a-lideres-politicos-com-urgencia.shtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CRUZ, Carolina. Museu Nacional da Bíblia, em Brasília, deve custar R\$ 26 milhões aos cofres públicos. **G1**, Distrito Federal, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2021/01/14/museu-nacional-da-biblia-em-brasilia-deve-custar-r-26-milhoes-aos-cofres-publicos.ghtml>. Acesso em: 01 abr. 2021.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a Filosofia?* São Paulo: Editora 34, 1992.

DINIZ, Ana Carolina. Setor de eventos perde empregos equivalentes a 80 fábricas da Ford. **O Globo**, Rio de Janeiro, 26 jan. 2021. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/miriam-leitao/post/setor-de-eventos-perde-empregos-equivalentes-80-fabricas-da-ford.html>. Acesso em: 01 abr. 2021.

EX-MINISTROS divulgam manifesto contra a extinção do Ministério da Cultura. **O Globo**, Rio de Janeiro, 02 jul. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/ex-ministros-divulgam-manifesto-contr-extincao-do-ministerio-da-cultura-23778523>. Acesso em: 18 jul. 2020.

FELTRIN, Ricardo. Sem bombeiro e com gerador pifando, Cinemateca vira bomba-relógio em SP. **UOL**, São Paulo, 03 jul. 2020a. Disponível em: <https://tvefamosos.uol.com.br/noticias/ooops/2020/07/03/sem-bombeiros-e-com-gerador-pifando-cinemateca-vira-bomba-relogio.htm>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FELTRIN, Ricardo. Prefeitura de SP salva Cinemateca e governo federal reage contra. **UOL**, São Paulo, 16 jul. 2020b. Disponível em: <https://tvefamosos.uol.com.br/noticias/ooops/2020/07/16/prefeitura-de-sp-salva-cinemateca-e-governo-federal-reage-contra.htm>. Acesso em: 18 jul. 2020.

FERNANDES, Talita; FIORATTI, Gustavo. Bolsonaro nomeia ex-galã de ‘Malhação’ Mario Frias para comandar pasta da Cultura. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2020/06/bolsonaro-anuncia-mario-frias-para-a-cultura.shtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FERREIRA, Juca. Patrimônios culturais sofrem desmonte silencioso, diz ex-ministro. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 out. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2019/10/patrimonios-culturais-sofrem-desmonte-silencioso-diz-ex-ministro.shtml>. Acesso em: 18 jul. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e Trad. Roberto Machado. 26. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008. 295 p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. São. Paulo: Editora Vozes, 2012, 291p.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, 269p.

FORTES, Márcia. Coronavírus condena práticas insustentáveis do mundo da arte, diz galerista. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 mai. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/05/coronavirus-condena-praticas-insustentaveis-do-mundo-da-arte-diz-galerista.shtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FUSARO, Marcia. Para além do peso e da leveza do assombro na era digital. In: **TransObjeto** - Grupo de estudo entre o realismo especulativo e o realismo peirceano. 2015. Disponível em: <https://transobjeto.wordpress.com/2015/08/14/para-alem-do-peso-e-da-leveza-do-assombro-na-era-digital>. Acesso em: 23/03/2021.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 20. ed. Trad. Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papyrus, 2009, 56p.

GOUVEIA, Leandro. Acervo da Cinemateca Brasileira foi afetado pela enchente em São Paulo. **CBN**, Rio de Janeiro, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/291339/acervo-da-cinemateca-brasileira-foi-afetado-pela-e.htm>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GOVERNO Bolsonaro exonera diretora do Museu Nacional de Belas Artes, no Rio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 05 fev. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2021/02/governo-bolsonaro-exonera-diretora-do-museu-nacional-de-belas-artes-no-rio.shtml>. Acesso em: 01 abr. 2021.

GOVERNO efetiva ex-assessor de Carlos Bolsonaro na presidência da Funarte. 2020b. **G1**, Rio de Janeiro, 13 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/07/13/governo-efetiva-ex-assessor-de-carlos-bolsonaro-na-presidencia-da-funarte.ghtml>. Acesso em: 23 jul. 2020.

IBRAM - INSTITUTO BRASILEIRO DE MUSEUS. **Museus do Brasil**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.museus.gov.br/museus-do-brasil/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

LOPES, Raquel. Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 08 mar. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid.shtml>. Acesso em: 01 abr. 2021.

MARTÍ, Silas. Há 40 anos, pegava fogo no Museu de Arte Moderna do Rio. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2 set. 2018. Ilustrada. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2018/09/ha-40-anos-pegava-fogo-o-museu-de-arte-moderna-do-rio.shtml>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MASCARENHAS, Gabriel. A orientação que Bolsonaro deu a Regina Duarte no primeiro encontro. 2020. **O Globo**, Rio de Janeiro, 26 jan. 2020. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/orientacao-que-bolsonaro-deu-regina-duarte-no-primeiro-encontro.html>. Acesso em: 26 jul. 2020.

MAZUI, Guilherme; KRÜGER, Ana. Regina Duarte deixa comando da secretaria de Cultura do governo Bolsonaro. **G1**, 20 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/20/regina-duarte-deixa-secretaria-de-cultura-do-governo-de-bolsonaro.ghtml>. Acesso em: 26 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cultura e Saúde. **Centro cultural do Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/cultura-e-saude>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MOURA, Eduardo. Aldir Blanc ajuda cultura a recuperar metade dos 870 mil postos perdidos na Covid. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2021/04/aldir-blanc-ajuda-cultura-a-recuperar-metade-dos-870-mil-postos-perdidos-na-covid.shtml>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MUSEU Nacional: em 10 anos, fogo dizima ao menos 8 prédios com tesouros culturais e científicos do país. **BBC**, São Paulo, 03 set. 2018a. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45348664>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MUSEU Nacional teve 90% de seu acervo perdido em seis horas de incêndio. **G1**, Rio de Janeiro, 3 set. 2018b. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2018/09/03/museu-nacional-teve-90-de-seu-acervo-perdido-em-seis-horas-de-incendio.ghtml>. Acesso em: 16 jul. 2020.

NIKLAS, Jan. Bolsonaro cita projetos que não receberam patrocínio da Petrobras para justificar revisão de contratos da estatal com cultura. **O Globo**, Rio de Janeiro, 21 abr. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/bolsonaro-cita-projetos-que-nao-recebem-patrocinio-da-petrobras-para-justificar-revisao-de-contratos-da-estatal-com-cultura-23613325>. Acesso em 20 jul. 2020.

NOVA Lei de Incentivo à Cultura reduz de R\$ 60 milhões para R\$ 1 milhão teto de captação por projeto. **Secretaria Especial da Cultura**, Brasília, 23 abr. 2019. Disponível em: <http://cultura.gov.br/nova-lei-de-incentivo-a-cultura-reduz-de-r-60-milhoes-para-r-1-milhao-teto-de-captacao-por-projeto>. Acesso em 7 abr. 2021.

PERASSOLO, João. Governo Bolsonaro exonera chefe da Funarte, coronel Lamartine Barbosa Holanda. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2021/04/governo-bolsonaro-exonera-chefe-da-funarte-coronel-lamartine-barbosa-holanda.shtml>. Acesso em: 01 abr. 2021.

PF conclui investigação de incêndio no Museu Nacional e descarta crime. **UOL**, São Paulo, 06 jul. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/07/06/pf-conclui-investigacao-de-incendio-no-museu-nacional-e-descarta-crime.htm>. Acesso em: 16 jul. 2020.

POULOT, Dominique. **Museus e Museologia**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Belo horizonte: Autêntica, 2013.

RIBEIRO, José Alberto. Mensagem do Presidentes, **Boletim ICOM Portugal**, série III, n. 3, maio 2015. Disponível em: <https://icom-portugal.org/2015/05/07/boletim-icom-portugal-serie-iii-n-o-3-maio-2015/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SAMPAIO, Cristiane. Museus brasileiros batalham por apoio, afirma diretora do Ibram. 2018. **Brasil de Fato**, Brasília, DF, 05 set. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/09/05/museus-brasileiros-batalham-por-apoio-afirma-dirigente>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SANCIONADA com vetos lei dos fundos patrimoniais para apoio a instituições de interesse público. **Senado Notícias**, Brasília, DF, 07 jan. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/07/sancionada-com-vetos-lei-dos-fundos-patrimoniais-para-apoio-a-instituicoes-de-interesse-publico>. Acesso em: 18 jul. 2020.

SHINOHARA, Gabriel. Legislativo, Judiciário, Embaixada da Alemanha e federações israelitas condenam fala de Alvim. **O Globo**, Rio de Janeiro, 17 jan. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/legislativo-judiciario-embaixada-da-alemanha-federacoes-israelitas-condenam-fala-de-alvim-24196191>. Acesso em: 26 jul. 2020.

SOARES, Jussara. Bolsonaro nomeia dramaturgo Roberto Alvim para Secretaria Especial de Cultura. **O Globo**, Rio de Janeiro, 07 nov. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/bolsonaro-nomeia-dramaturgo-roberto-alvim-para-secretaria-especial-de-cultura-24068248>. Acesso em: 26 jul. 2020.

TOKARNIA, Mariana. Museu Casa do Pontal alaga pela oitava vez. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 02 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/museu-casa-do-pontal-alaga-pela-oitava-vez>. Acesso em: 16 jul. 2020.

TOMAZ, Kleber. Polícia conclui inquérito sobre Museu da Língua Portuguesa em SP sem apontar culpados por incêndio e morte de bombeiro. **G1**, São Paulo, 04 jul. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/07/04/policia-conclui-inquerito-sobre-museu-da-lingua-portuguesa-em-sp-sem-apontar-culpados-por-incendio-e-morte-de-bombeiro.ghtml>. Acesso em: 16 jul. 2020.

UFMG tem três profissionais para atender os 25 museus da universidade, diz Conselho Regional de Museologia. **G1**, Belo Horizonte, 16 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/06/16/ufmg-tem-tres-profissionais-para-atender-os-25-museus-da-universidade-diz-conselho-regional-de-museologia.ghtml>. Acesso em: 17 jul. 2020.

UNESCO. Recomendação referente à proteção e promoção dos museus e coleções, sua diversidade e seu papel na sociedade. Aprovada em 17 de novembro de 2015 pela Conferência Geral da Unesco em sua 38ª sessão. Brasília, DF: UNESCO; IBRAM; UNESCO Brasilia Office, 2017. Disponível em: <http://www.icom.org.br/wp-content/uploads/2017/05/RecomendacaoProtecaoMuseuseColecoes.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ADRIANA ILHA DA SILVA

Assistente Social. Doutorado em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro dos Grupos de pesquisa: Estudos Críticos em processos sociais; NUSP; LabEpi; GEMTES; Labic/UFES. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8698-5768>

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA

Cientista Social. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4752-830X>

BÁRBARA STEFANY DE PAULA LACERDA

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1358-0713>

BRUNA HEINTZE FERREIRA

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8789-0031>

CAMILA MARCHIORI PEREIRA

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5731-0702>

CAROLINE FEITOSA DIBAI DE CASTRO

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6055-4804>

DÉBORAH SHIRLEY DE VASCONCELOS

Comunicóloga e Publicitária. Mestre em Mídia e Cotidiano pela Universidade Federal Fluminense (PPGMC-UFF).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6055-4804>

DENISE BARBIERI BISCOTTO

Socióloga. Especialista em Gestão do Desenvolvimento Local – Centro Internacional de Formação, da Organização Internacional do Trabalho CIF/OIT. Coordenadora de Projetos da Associação Ateliê de Ideias.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2686-984X>

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>

ELIZABETH ARTMANN

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8690-5964>

ERIKA MARIA SAMPAIO DA ROCHA

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Docente Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), campus Paulo Freire.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4347-0531>

ETHEL LEONOR NOIA MACIEL

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-doutora em Epidemiologia na Johns Hopkins University - Baltimore, Maryland, Estados Unidos. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4826-3355>

FABIANE LIMA SIMÕES

Farmacêutica. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Apoiadora Institucional da Região de Saúde Oeste do Distrito Federal. Membro do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2351-5528>

FERNANDA CÔ E GOMES TARDIN

Médica. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6147-0394>

GABRIELA DE BRITO MARTINS

Psicóloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1274-3664>

JACYARA SILVA DE PAIVA

Graduada em Pedagogia e Direito. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora Adjunta do Departamento de Linguagens, Cultura e Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenadora do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros (NEAB/UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2917-7673>

JAMINE RONACHER PASSOS SILVA

Médica. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2607-5409>

JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA

Arte-educadora. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora voluntária do Departamento de terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1024-4378>

JEREMIAS CAMPOS SIMÕES

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3970-0819>

JOÃO VICTOR PENHA DOS SANTOS

Cientista Social. Mestrando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Centro de Políticas Comparadas (CPC) e do Núcleo de Estudos Afro-brasileiros (NEAB/UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1795-691X>

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8236-403X>

KETLE SILVA

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Grupo de Estudos Conectus. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5928-7016>

LUCIENE ROSSATI LOUREIRO

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Enfermeira da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, Enfermeira Auditora da Unimed Vitória e da Fundação de Seguridade Social (GEAP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1551-0858>

LUZIANE DE ASSIS RUELA SIQUEIRA

Psicóloga. Doutora em Educação. Professora adjunta do Departamento de Psicologia e da Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Grupo de Estudos Conectus. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7510-9148>

MANUELLA RIBEIRO LIRA RIQUIERI

Nutricionista. Mestre em Sociologia (UFPB). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5276-7965>

MARCELO ELISEU SIPIONI

Nutricionista. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1536-6374>

MARCOS VINICIUS DA SILVA CORDEIRO

Fonoaudiólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8992-5514>

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>

MARIA CRISTINA MEDEIROS

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0457-7272>

MAYARA CICILIOTTI DA SILVA

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3222-6904>

MONYQUE DE ASSIS SUZANO

Graduada em Letras - Inglês pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8706-1249>

OTAVIO CALIARI LIMA

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7756-3739>

PATRÍCIA GOMES RUFINO ANDRADE

Pedagoga e Geógrafa. Doutora em Educação e Diversidade (UFES) e Geografia (UFES). Em Estágio de Pós-Doutorado na Universidade de Minnesota (UNM/USA). Coordenadora do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros (2016-2020); Diretora de Políticas de Extensão UFES (2019). Research Collaboration Project UFES & CEHD: Territórios e Territorialidades Rurais e Urbanas; Educação para as relações étnico-raciais, Territorialidades e novas mídias.
Orcid: <https://Orcid.org/0000-0002-9681-971X>

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Servidora Pública Federal, docente. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>

RODRIGO ANDRADE ALVARENGA

Mercadólogo. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Gestor de Projeto, Diretor de Produção, Produtor Cultural e Editor-Chefe na empresa AREA27.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1873-1357>

SARA LÍBINA CRUZIO NASCIMENTO

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi).
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6665-6075>

SOPHIA ROSA BENEDITO

Nutricionista. Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Residente em Gestão da Atenção Básica na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4757-6827>

STEPHANIA MENDES DEMARCHI

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2403-8842>

THIAGO DIAS SARTI

Médico. Doutor em Saúde Pública (FSP/USP). Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6276>

THIAGO NASCIMENTO PRADO

Enfermeiro. Doutor em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi).

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8132-6288>

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

PUBLICAÇÃO

Organização

Maria Angélica Carvalho Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa

Thiago Dias Sarti

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Eliane de Fátima Almeida Lima

Editora

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial da Rede UNIDA

Editor-Chefe:

Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados da Rede UNIDA

Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Conselho Editorial da Rede UNIDA:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália). Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália). Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha). Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados

Unidos da América). Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil). Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). Líliliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil). Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil). Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil). Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil). Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). Sara Donetto (King's College London, Inglaterra). Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil). Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil). Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil). Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial da Rede UNIDA:

Jaqueline Miotto Guarnieri, Alana Santos de Souza, Márcia Regina Cardoso Torres, Renata Riffel Bitencourt.

Coedição

AREA27

Coordenação e Produção Editorial

Rodrigo Andrade Alvarenga

Autores

Adriana Ilha da Silva

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Bárbara Sthefany de Paula Lacerda

Bruna Heintze Ferreira

Camila Marchiori Pereira

Caroline Feitosa Dibai de Castro

Déborah Shirley de Vasconcelos

Denise Barbieri Biscotto

Eliane de Fátima Almeida Lima

Elizabeth Artmann

Erika Maria Sampaio da Rocha

Ethel Leonor Noia Maciel

Fabiane Lima Simões

Fernanda Có e Gomes Tardin

Gabriela de Brito Martins

Jacyara Silva de Paiva

Jamine Ronacher Passos Silva

Jeanine Pacheco Moreira Barbosa

Jeremias Campos Simões

João Victor Penha dos Santos

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Ketle Silva

Luciene Rossati Loureiro

Luziane de Assis Ruela Siqueira

Manuella Ribeiro Lira Riquieri

Marcelo Eliseu Sipioni

Marcos Vinicius da Silva Cordeiro

Maria Angélica Carvalho Andrade

Maria Cristina Medeiros

Mayara Ciciliotti da Silva

Monyque de Assis Suzano

Otavio Caliari Lima

Patrícia Gomes Rufino Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Rodrigo Andrade Alvarenga

Sara Líbina Cruzio Nascimento

Sophia Rosa Benedito

Stephania Mendes Demarchi

Thiago Dias Sarti

Thiago Nascimento Prado

Design Gráfico

Luana Luna

Lucyano Palheta

[AOQUADRADO]

Revisão de Texto

Déborah Vasconcelos

Agradecimentos

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente que é a editoração científica. Em especial, somos gratos aos professores, discentes, pesquisadores e parceiros do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) pela confiança e generosidade em nos confiar seus textos.

Acesse o site do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo: <https://saudecoletiva.ufes.br/>

Este livro foi produzido pelas editoras Rede UNIDA e AREA27 em comemoração aos 20 anos do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória – ES, no ano de 2021. O texto foi composto nas fontes Antwerp e os títulos em Franklin Gothic.

Realização



Produção



