

OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 NO BRASIL

populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia

Gustavo Corrêa Matta

Sergio Rego

Ester Paiva Souto

Jean Segata

organizadores



SÉRIE

INFORMAÇÃO PARA AÇÃO NA COVID-19

iniciativa da Coordenação de Informação e
PEIC/Fiocruz, tem na sua essência, o conceito
“científico” - com uma base técnica científica, apoia
uma ciência e o processo de
descobrir, compreender e/ou eliminar

mais de 100 artigos, protocolos, diretrizes e
informações para ação na COVID-19.



Série Informação para ação na Covid-19



OBSERVATÓRIO COVID-19



Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia

Gustavo Corrêa Matta
Sergio Rego
Ester Paiva Souto
Jean Segata
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0.

<https://doi.org/10.7476/9786557080320>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](#).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](#).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](#).

OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 NO BRASIL

populações vulnerabilizadas
e respostas à pandemia



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Nísia Trindade Lima

Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação

Cristiani Vieira Machado

EDITORIA FIOCRUZ

Diretora

Cristiani Vieira Machado

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

Conselho Editorial

Moisés Goldbaum

Rafael Linden

Ricardo Ventura Santos

Ligia Maria Vieira da Silva

Marcos Cueto

Maria Cecília de Souza Minayo

Marilia Santini de Oliveira

José Roberto Lapa e Silva

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Denise Valle

OBSERVATÓRIO COVID-19

Comitê Editorial

Carlos Machado de Freitas (coordenador)

Christovam Barcellos

Daniel Antunes Maciel Villela

Gustavo Corrêa Matta

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Margareth Crisóstomo Portela

Gustavo Corrêa Matta
Sergio Rego
Ester Paiva Souto
Jean Segata
Organizadores

OS IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 NO BRASIL

populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia

Série Informação para Ação na Covid-19



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

OBSERVATÓRIO COVID-19



Copyright © 2021 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão
Irene Ernest Dias

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Capa, projeto gráfico e editoração
Adriana Carvalho e Carlos Fernando Reis

Produção editorial
Phelipe Gasiglia

Imagens da capa
Vírus
Depositphotos, ID 391488244 – @ apid

Tarso Sarraf/AFP

Agentes de saúde do governo visitam comunidades ribeirinhas do município de Melgaço para testá-las para infecções por coronavírus Covid-19 na região de Marajoara, localizada no sudoeste da ilha de Marajó, na foz do rio Amazonas no estado do Pará, Brasil, em 23 de maio de 2020

Salvador Scofano/Acervo Comer Pra Quê?/Fiocruz Imagens
Carroceiro transportando hortaliças

Catalogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

I34i Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia / organizado por Gustavo Corrêa Matta, et al. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2021.

231 p. : il. ; graf. (Série Informação para Ação na Covid-19)

ISBN: 978-65-5708-032-0

Site: <http://books.scielo.org>

1. Infecções por Coronavírus. 2. Ciências Sociais. 3. Ciências Humanas. 4. Bioética.
5. Vulnerabilidade Social. 6. Saúde Pública. 7. Áreas de Pobreza. 8. Saúde Mental. 9. Povos Indígenas. 10. Pandemias. II. Brasil. I. Matta, Gustavo Corrêa (Org). II. Rego, Sergio (Org.). III. Souto, Ester Paiva (Org.). IV. Segata, Jean (Org.). V. Título.

CDD - 23.ed. – 616.2

2021

EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036, térreo, sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro, RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Editora filiada



Organizadores

Gustavo Corrêa Matta

Psicólogo, doutor em saúde coletiva. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, coordenador da Rede Zika Ciências Sociais e do eixo Impactos Sociais do Observatório Covid-19/Fiocruz.

Sergio Rego

Médico, doutor em saúde coletiva. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, pesquisador do GT Bioética Abrasco - Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa e bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

Ester Paiva Souto

Psicóloga e fonoaudióloga, doutora em saúde pública. Pesquisadora na Rede Zika de Ciências Sociais.

Jean Segata

Graduado em psicologia, doutor em antropologia social. Professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coordenador da Rede Covid-19 Humanidades MCTI.

Autores

Agda Marina F. Moreira

Historiadora, doutoranda em saúde coletiva. Assessora da Federação das Comunidades Quilombolas do Estado de Minas Gerais (N'Golo).

Ana Lucia de Moura Pontes

Médica, doutora em saúde pública. Pesquisadora do grupo de pesquisas Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Andrey Moreira Cardoso

Médico, doutor em saúde pública. Pesquisador titular em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

André Luiz da Silva Lima

Historiador, doutor em história das ciências e da saúde. Bolsista de extensão na Cooperação Social da Presidência da Fiocruz.

André R. Santos Périsse

Médico, doutor em epidemiologia com doutorado em avaliação de impacto na saúde de grandes empreendimentos pela Universidade de Genebra. Pesquisador titular em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Arlinda B. Moreno

Psicóloga, doutora em saúde coletiva. Psicoterapeuta fenomenológico-existencial, pesquisadora independente, pesquisadora em saúde pública aposentada da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Beatriz Schmidt

Psicóloga, doutora em psicologia. Professora em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande.

Bernardo Dolabella Melo

Psicólogo, mestre em psicologia. Pesquisador colaborador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde/Fiocruz.

Bethânia de Araújo Almeida

Socióloga, doutora em saúde pública. Servidora em atividade de pesquisa no Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde da Fiocruz Bahia.

Bianca Leandro

Sanitarista, mestre em saúde pública. Tecnologista em saúde pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

Brunah Schall

Bióloga, doutora em sociologia em estágio de pós-doutorado no Instituto René Rachou - Fiocruz Minas.

Camila Pimentel Lopes de Melo

Cientista social, doutora em sociologia. Pesquisadora em saúde pública no Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco.

Carlos Eduardo Batistella

Cirurgião-dentista, doutor em educação. Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

Carlos Machado de Freitas

Historiador, doutor em saúde pública. Coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde/Fiocruz.

Ceres Gomes Víctora

Cientista social, doutora em antropologia. Professora titular do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Clare Wenham

Cientista política, doutora em relações internacionais, especialista em segurança de saúde global e preparação para pandemia e política de resposta a surtos. Professora assistente na London School of Economics and Political Science.

Cláudia Bonan

Médica, doutora em ciências humanas, com pós-doutorado no Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société (Cermes3/CNRS). Professora do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Corina Helena Figueira Mendes

Psicóloga, graduada em direito, doutora em ciências da saúde. Pesquisadora e docente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Daniel Scopel

Antropólogo, doutor em antropologia social. Pesquisador no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural.

Denise Nacif Pimenta

Antropóloga, doutora em ciências da saúde. Pesquisadora no Instituto de Pesquisas René Rachou - Fiocruz Minas.

Débora da Silva Noal

Psicóloga, doutora em processos do desenvolvimento humano e saúde, com pós-doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Pesquisadora da Fiocruz Brasília.

Ede Cerqueira

Historiadora, doutora em história das ciências e da saúde. Pesquisadora bolsista na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Eduardo Ryô Tamaki

Cientista social, pesquisador do Centro de Estudos do Comportamento Político da Universidade Federal de Minas Gerais, do Team Populism, com sede na Brigham Young University, Utah, e pesquisador colaborador do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas.

Eliana Elisabeth Diehl

Farmacêutica, doutora em saúde pública. Professora titular aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina e membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural.

Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Psicóloga, doutora em saúde pública. Pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/Ensp/Fiocruz e professora do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação.

Flávia Thedim Costa Bueno

Psicóloga, doutora em saúde global e sustentabilidade. Coordenadora do Hub da Fiocruz na plataforma The Global Health Network/Universidade de Oxford.

Francine de Souza Dias

Assistente social, doutoranda em saúde pública. Pesquisadora associada à Rede Zika Ciências Sociais.

Fábio Araújo

Sociólogo, doutor em sociologia. Pesquisador da Cooperação Social da Presidência da Fiocruz.

Gabriela Lotta

Graduada em administração pública, doutora em ciência política. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Burocracia e pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole.

Giovana Lazzarin

Técnica em meio ambiente e estudante de ciências sociais, bolsista de Iniciação Científica da Fapergs. Atua na Rede Covid-19 Humanidades MCTI.

Janine Miranda Cardoso

Cientista social, doutora em comunicação e cultura. Professora no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz.

José Leonídio Madureira de Sousa Santos

Graduado em gestão ambiental. Coordenador de Cooperação Social da Fiocruz.

Jussara Angelo

Geógrafa, doutora em ciência do sistema terrestre. Pesquisadora em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Kátia Lerner

Antropóloga, doutora em antropologia social. Professora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz.

Leonardo S. Bastos

Estatístico, doutor em estatística. Pesquisador em saúde pública do Programa de Computação Científica/Fiocruz.

Luana Bermudez

Bacharel em relações internacionais, doutoranda em saúde pública. Assessora da Presidência da Fiocruz.

Luciana Andrade

Cientista social, mestra em ciência política, doutoranda em ciência política. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais.

Luciana Brito

Psicóloga, doutora em ciências da saúde em estágio de pós-doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética, do GT Bioética Abrasco - Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa, e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Luísa Muccillo

Cientista social. Pesquisadora da Rede Covid-19 Humanidades MCTI.

Luiza Beck

Cientista social e gastróloga, mestrande em antropologia social. Pesquisadora da Rede Covid-19 Humanidades MCTI.

Marcos Nascimento

Psicólogo, doutor em saúde coletiva. Pesquisador e docente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

Maria Aparecida Machado Silva

Trabalhadora rural, ensino fundamental completo. Presidente da Associação Comunitária União Quilombola de Córrego do Rocha, MG.

Maria Aparecida Nunes Silva

Trabalhadora rural, ensino fundamental incompleto. Vice-presidente da Associação Quilombola de Córrego do Narciso, MG.

Maria Fabiana Damásio Passos

Psicóloga, doutora em psicologia. Diretora da Fiocruz Brasília e secretária executiva do Sistema Universidade Aberta do SUS.

Mariane Martins

Filósofa e desenhista industrial. Pesquisadora do projeto PTSSCU em arte, saúde e territórios vulnerabilizados, da Coordenação de Cooperação Social da Presidência da Fiocruz.

Marie Gaille

Doutora em filosofia. Pesquisadora do Centre National de la Recherche Scientifique, onde é diretora de Pesquisa no Laboratoire SPHere e diretora assistente científica no Institut des Sciences Humaines et Sociales.

Mariela Campos Rocha

Cientista política em estágio de pós-doutorado no Instituto René Rachou - Fiocruz Minas. Pesquisadora do Centro dos Estudos de Comportamento Político da Universidade Federal de Minas Gerais.

Marisa Palácios

Médica, doutora em engenharia. Professora titular e diretora do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisadora do GT Bioética Abrasco – Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa.

Marlise Matos

Graduada em psicologia, doutora em sociologia. Professora associada ao Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, onde é coordenadora do Núcleo de Pesquisas sobre a Mulher e do Centro do Interesse Feminista e de Gênero.

Martha Cristina Nunes Moreira

Psicóloga, doutora em sociologia. Pesquisadora e docente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

Monalisa Dias de Siqueira

Cientista social, doutora em antropologia social em estágio de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Paloma Porto

Historiadora, doutora em história. Pesquisadora do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas.

Patrice Schuch

Antropóloga, doutora em antropologia social. Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Philippe Terral

Sociólogo com pós-doutorado. Professor da Universidade Paul Sabatier - Toulouse III, onde é membro e diretor do Centre de Recherches Sciences Sociales Sports et Corps.

Polyana Aparecida Valente

Historiadora em estágio de pós-doutorado na área da saúde coletiva no Instituto René Rachou - Fiocruz Minas. Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ibirité.

Raquel Dias-Scope

Cientista social, doutora em antropologia social. Pesquisadora titular na Fiocruz Mato Grosso do Sul.

Renata Gracie

Geógrafa, doutora em saúde coletiva. Tecnologista em saúde e vice-coordenadora do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz.

Ricardo Ventura Santos

Antropólogo, doutor em antropologia, com pós-doutorado no Massachusetts Institute of Technology (MIT/University of Massachusetts) e no Max Planck Institute for the History of Science, Berlim. Professor titular no Departamento de Antropologia do Museu Nacional/UFRJ e pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq.

Roberta Gondim de Oliveira

Psicóloga, doutora em sociologia. Professora pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Roberta Lemos dos Santos

Fisioterapeuta, doutora em bioética, ética aplicada e saúde coletiva, em estágio de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva/Fiocruz.

Sanete Esteves de Souza

Técnica em gestão de políticas públicas de gênero e raça, ensino médio completo. Funcionária pública da Secretaria de Educação do Município de Berilo, MG, na função de canteira escolar, e secretária da diretoria da Associação Quilombola de Desenvolvimento Comunitário do Morro do Boteco, MG.

Simone Petraglia Kropf

Historiadora, doutora em história. Pesquisadora e professora da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Tatiana Clébícar

Jornalista, doutoranda em informação e comunicação em saúde, bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Thiago da Costa Lopes

Cientista social e historiador, doutor em história das ciências. Pesquisador bolsista na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

À memória dos colegas e amigos sanitaristas que muito contribuíram para a fundação e desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil e nos deixaram recentemente

Antenor Amâncio Filho

Carlos Serra

Hesio de Albuquerque Cordeiro

Ruben Araujo de Mattos

Sumário

A Covid-19 no Brasil e as Várias Faces da Pandemia: apresentação 15
Gustavo Corrêa Matta, Ester Paiva Souto, Sergio Rego e Jean Segata

PARTE I – CIÊNCIAS SOCIAIS, HUMANIDADES E A PANDEMIA DE COVID-19

1. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil 27
Flávia Thedim Costa Bueno, Ester Paiva Souto e Gustavo Corrêa Matta
2. Covid-19 e o Dia em que o Brasil Tirou o Bloco da Rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco 41
Arlinda B. Moreno e Gustavo Corrêa Matta
3. Uma Contribuição da Pesquisa Francesa em Ciências Humanas e Sociais para a Análise Internacional da Pandemia de Covid-19 51
Marie Gaille e Philippe Terral
4. Bioética e Covid-19: vulnerabilidades e saúde pública 61
Sergio Rego, Marisa Palácios, Luciana Brito e Roberta Lemos dos Santos
5. A Covid-19, a Indústria da Carne e outras Doenças do Capitalismo 73
Jean Segata, Luiza Beck, Luísa Muccillo e Giovana Lazzarin

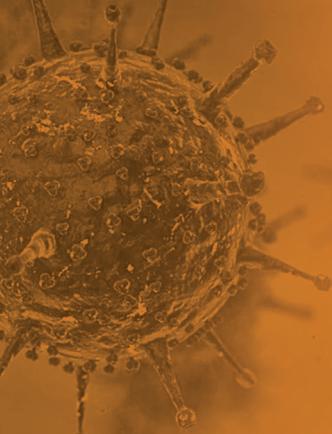
PARTE II – NARRATIVAS SOBRE POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

6. Saúde Mental e Atenção Psicossocial a Grupos Populacionais Vulneráveis por Processos de Exclusão Social na Pandemia de Covid-19 87
Beatriz Schmidt, Débora da Silva Noal, Bernardo Dolabella Melo, Carlos Machado de Freitas, Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Maria Fabiana Damásio Passos
7. Deficiência e Interseccionalidade na Pandemia de Covid-19 99
Martha Cristina Nunes Moreira e Francine de Souza Dias
8. Covid-19 nas Favelas: cartografia das desigualdades 111
André Luiz da Silva Lima, André R. Santos Périssé, Bianca Leandro, Carlos Eduardo Batistella, Fábio Araújo, José Leonídio Madureira de Sousa Santos, Jussara Angelo, Mariane Martins, Renata Gracie e Roberta Gondim de Oliveira
9. Pandemia de Covid-19 e os Povos Indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos 123
Ana Lucia de Moura Pontes, Andrey Moreira Cardoso, Leonardo S. Bastos e Ricardo Ventura Santos
10. Participação Indígena e Obstáculos ao Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Mato Grosso do Sul 137
Raquel Dias-Scope, Daniel Scopel e Eliana Elisabeth Diehl

11. Cuidado e Controle na Gestão da Velhice em Tempos de Covid-19	149
<i>Patrice Schuch, Ceres Gomes Víctora e Monalisa Dias de Siqueira</i>	
12. Leituras de Gênero sobre a Covid-19 no Brasil	159
<i>Denise Nacif Pimenta, Clare Wenham, Mariela Campos Rocha, Brunah Schall, Cláudia Bonan, Corina Helena Figueira Mendes, Marcos Nascimento, Gabriela Lotta, Eduardo Ryô Tamaki e Paloma Porto</i>	
13. Narrativas sobre a Covid-19 na Vida de Mulheres Quilombolas do Vale do Jequitinhonha: estratégias contracolonizadoras de luta e (re)existência	171
<i>Polyana Aparecida Valente, Brunah Schall, Ágda Marina F. Moreira, Sanete Esteves de Souza, Maria Aparecida Nunes Silva, Maria Aparecida Machado Silva e Roberta Gondim de Oliveira</i>	
14. Mulheres, Violências, Pandemia e as Reações do Estado Brasileiro	181
<i>Marlise Matos e Luciana Andrade</i>	

PARTE III – CIÊNCIA, TECNOLOGIA E COMUNICAÇÃO

15. A Fiocruz no Tempo Presente: ciência, saúde e sociedade no enfrentamento da pandemia de Covid-19	197
<i>Simone Petraglia Kropf, Thiago da Costa Lopes, Ede Cerqueira, Polyana Aparecida Valente, André Luiz da Silva Lima, Ester Paiva Souto, Luana Bermudez, Bethânia de Araújo Almeida, Denise Nacif Pimenta e Camila Pimentel Lopes de Melo</i>	
16. Conexão Saúde no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19	209
<i>Ede Cerqueira</i>	
17. Covid-19 nas Mídias: medo e confiança em tempos de pandemia	221
<i>Kátia Lerner, Janine Miranda Cardoso e Tatiana Clébícar</i>	



A Covid-19 no Brasil e as Várias Faces da Pandemia

apresentação

Gustavo Corrêa Matta, Ester Paiva Souto, Sergio Rego e Jean Segata

Pandemia é um termo que designa uma tendência epidemiológica. Indica que muitos surtos estão acontecendo ao mesmo tempo e espalhados por toda parte. Mas tais surtos não são iguais. Cada um deles pode ter intensidades, qualidades e formas de agravos muito distintas e estabelece relações com as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, coletivas ou mesmo individuais. Uma pandemia pode até mesmo se tornar evento em escala global. É o caso da Covid-19. Levou menos de três meses para que, no início de 2020, mais de 210 países e territórios confirmassem contaminações com o novo coronavírus, casos da doença e mortes. A escala global, no entanto, não significa que se trate de um fenômeno universal e homogêneo. É possível estabelecer padrões, identificar seu patógeno, compreender a sua mecânica biológica e sua transmissibilidade. Mas um vírus sozinho não faz pandemia, tampouco explica o processo saúde e doença presente em diferentes contextos.

Carrara (2020), expõe de forma clara e analítica a redução que transformou a pandemia de Covid-19 em um evento individualizante:

... as ciências humanas e sociais brasileiras têm desenvolvido com relativo sucesso a crítica sistemática de uma cosmovisão individualista, ainda bastante presente em certas formulações da Saúde Pública, e em cujos termos não existem “configurações sociais”, mas “populações”, compostas por indivíduos intercambiáveis e separáveis apenas em quatro grandes categorias: “susceptíveis”, “infetados”, “sobreviventes” e “mortos”.

A crítica à concepção universalista sobre os sujeitos sociais, o espaço e o movimento considera a necessidade de estabelecer relações com outros marcadores sociais, como raça, gênero, classe social, sexualidade, territórios e dinâmica social e econômica. Ou seja, analisar e intervir sobre os fenômenos decorrentes da circulação e transmissão

do Sars-CoV-2 não se resume a identificar o vírus, compreender sua disseminação e controlá-lo. A colocação em cena da Covid-19 em diferentes contextos, espaços e linguagens, especialmente em situações de extrema desigualdade socioassistencial, expõe a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico desde sua dimensão macrosocial até a capilaridade micropolítica nas formas e estratégias de produção do cotidiano.

Diferentes experiências nacionais e internacionais relacionadas à pandemia que se valem de diversas lentes e fazem diferentes usos das ciências sociais e humanidades podem ser identificadas, tais como:

1. A iniciativa da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs) em seu blogue e posterior publicação do livro *Cientistas Sociais e o Coronavírus* (Grossi & Toniol, 2020);
2. O boletim do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos, *Sociologia na Pandemia*, com a publicação de artigos nos quais se abordam diferentes aspectos da epidemia na vida social brasileira (*Sociologia UFSCar, 2020*);
3. A criação do Observatório Social do Coronavírus – Pensar a Pandemia, do Conselho Latino-Americanano de Ciências Sociais (Clacso, 2020);
4. Covid-19 and Social Sciences do Social Sciences Research Council, dos EUA (*SSRC, 2020*);
5. A iniciativa da União Europeia Sonar-Global, que, coordenada pelo Instituto Pasteur, visa a mobilizar cientistas sociais para responder à Covid-19 e a outras ameaças epidêmicas (*Sonar Global, 2020*);
6. A criação na Organização Mundial da Saúde (OMS) do *Covid-19 Research Roadmap Recovery* (WHO, 2020), que reúne cientistas sociais dos cinco continentes para publicação de notas técnicas, artigos científicos e material sobre treinamentos, monitoramento de vulnerabilidades sociais e criação de instrumentos qualitativos rápidos, entre outros.

Diferentes perspectivas e usos das ciências sociais são identificados nessas iniciativas, representando trajetórias históricas e epistemológicas diversas, desde abordagens funcionalistas e instrumentais das ciências sociais até estratégias fundadas na etnografia e análises críticas baseadas na biopolítica e em estudos sobre a ciência.

Neste *instant book* os diferentes autores buscam pistas que ofereçam ao leitor a possibilidade de compreender, com base nas ciências sociais e humanidades, muitas das condições enredadas no fenômeno infeccioso que fazem com que a doença tenha repercussões diferentes nos distintos contextos e grupos sociais. Se pensarmos em

uma imagem alegórica podemos contrapor a ideia, muitas vezes difundida em meios de comunicação social, de que “estamos todos no mesmo barco”, à percepção mais realista de que estamos, na verdade, no mesmo mar revolto, mas os barcos em que cada um está são muito diferentes: alguns são iates preparados para o mar revolto, outros são simples canoas, e há indivíduos não estão em qualquer tipo de barco, mas à deriva e solitários no mar hostil.

Os desafios postos em relevo pela pandemia não são apenas sanitários. São socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, científicos, sobremaneira agravados pelas desigualdades estruturais e iniquidades entre países, regiões e populações. À luz do conceito de sindemia elaborado por Singer e colaboradores (2017), da perspectiva latino-americana sobre a determinação social do processo saúde-enfermidade e da crítica da saúde coletiva brasileira ao universalismo biomédico, o que está em cena é a necessidade de pensar a catástrofe humanitária instalada pela pandemia e a complexidade das respostas que ela demanda de forma situada, orgânica e participativa.

Esta coletânea é uma iniciativa do Observatório Covid-19 da Fiocruz e contou com a colaboração da Rede Covid-19 Humanidades MCTI, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As pesquisas que resultaram neste volume se desenvolvem simultaneamente no conjunto da cooperação entre redes de pesquisa para responder ao desafio de analisar e enfrentar pandemia de Covid-19 no Brasil.

O Observatório Covid-19 da Fiocruz foi criado em abril de 2020 com o objetivo de desenvolver análises integradas, tecnologias, propostas e soluções para a pandemia por Covid-19 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela sociedade brasileira. Foi estruturado de modo colaborativo, permitindo que as iniciativas e os trabalhos já desenvolvidos nos diversos laboratórios, grupos de pesquisas e setores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no âmbito de suas competências e expertises, desenvolvam suas atividades de forma ágil, em redes de cooperações internas e externas, para a produção e divulgação de materiais de mobilização para fazer frente à pandemia. Sua dinâmica de trabalho envolve a produção de informações, dashboards, análises, desenvolvimento de tecnologias e propostas.

O Observatório Covid-19 da Fiocruz encontra-se organizado em quatro grandes eixos:

1. Cenários Epidemiológicos;
2. Medidas de Controle e Organização dos Serviços e Sistemas de Saúde;
3. Qualidade do Cuidado, Segurança do Paciente e Saúde do Trabalhador;
4. Impactos Sociais da Pandemia.

Este livro é o resultado das atividades e produtos gerados no eixo Impactos Sociais da Pandemia e seus quatro subgrupos de trabalho: Ética e Bioética; Saúde Indígena; Covid-19 nas Favelas; Gênero e Covid-19. O trabalho intenso realizado por todo o Observatório Covid-19 tem se pautado pela interdisciplinaridade e pela construção de redes de pesquisa com participação social num processo de investigação engajada e voltada para a ação. Ao longo do ano de 2020 foram produzidos boletins quinzenais de acompanhamento e análise da pandemia, notas técnicas, artigos científicos, *webinars* sobre questões e problemas para responder às dinâmicas da pandemia em diferentes momentos, além de peças de comunicação para distintos públicos, entre outros.

A Rede Covid-19 Humanidades MCTI, por sua vez, é coordenada pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS e mobiliza pesquisadoras e pesquisadores de diferentes áreas das ciências humanas, sociais e da saúde do Brasil e do exterior. Conta com a parceria da Fiocruz, do Instituto Brasil Plural da Universidade Federal de Santa Catarina, da Universidade de Brasília, da Universidade Estadual de Campinas, da Universidade Federal de Santa Maria, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi) e integra o conjunto de ações da Rede Vírus MCTI financiadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações para lidar com a pandemia.

A Rede Covid-19 Humanidades MCTI tem produzido pesquisas qualitativas nas quais se analisa o impacto da Covid-19 entre os profissionais da saúde e os grupos vulneráveis em situação de isolamento social. Seu objetivo é subsidiar ações na resposta à pandemia no Brasil, que considerem de modo múltiplo e situado as suas implicações científicas, tecnológicas, sociais, políticas, históricas e culturais.

Os esforços somados na colaboração entre o eixo Impactos Sociais do Observatório Covid-19 da Fiocruz e a Rede Covid-19 Humanidades MCTI colocam em relevo a importância das ciências sociais e das humanidades para responder aos grandes e complexos problemas de saúde das populações. Assim, as ciências sociais e as humanidades têm sido estimuladas a produzir conhecimentos para subsidiar respostas integradas a estudos clínicos e epidemiológicos e mais recentemente, por exemplo, pesquisas em torno da governança em processos de vacinação em países como o Brasil. Além disso, são incentivadas a colaborar com a organização de ações de saúde na preparação, resposta e repercussões das emergências em saúde pública, como no caso das recentes epidemias de ebola, zika, e agora durante a pandemia de Covid-19. Essa indução se mostra ainda mais necessária e urgente quando se analisa a ocorrência de emergências e reemergências sanitárias em países de baixa e média rendas como o Brasil, tendo como perspectiva as experiências e análises do chamado Sul Global sobre

as iniquidades locais e globais envolvidas nas relações entre ciência, saúde e sociedade. Esse é, inclusive, um dos objetivos da pesquisa intitulada Humanities and Social Sciences Centre on Global Health and Inequities, financiada pela Wellcome Trust do Reino Unido, que apoiou muitos dos trabalhos presentes nesta publicação.

Respondendo à necessidade de gerar conhecimento e análise sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil, nesta coletânea temos o objetivo de fornecer um instantâneo, uma imagem, mesmo que parcial e em curso, dos principais desafios que se apresentaram no ano de 2020 e auxiliar nas estratégias de enfrentamentos que se delineiam em 2021. Assim, é importante ter em mente que seus capítulos foram escritos, avaliados e, conforme solicitações dos pareceristas, revisados entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, isto é, com a pandemia em curso.

Os temas dos capítulos que compõem o volume foram definidos com base nas pesquisas e iniciativas em andamento, desenvolvidas por pesquisadores do campo das ciências sociais e humanidades em saúde em resposta aos desafios da Covid-19, tendo em vista que uma compreensão meramente biomédica e epidemiológica da pandemia pressupõe uma episteme universalista sobre os contextos, sujeitos, populações e territórios que performam a pandemia em sua multiplicidade e complexidade. Com esses temas, no entanto, não se pretende abordar a totalidades das questões e desafios colocados pela pandemia, mas evidenciar a riqueza acadêmica da compreensão da crise humanitária colocada pela pandemia em países de imensas desigualdades como o Brasil.

O volume está organizado em três partes complementares, voltadas para a análise e compreensão de como as lições da crise podem servir para construir novas formas de produção de conhecimento, análises sobre os processos de vulnerabilização e respostas institucionais engajadas socialmente.

A Parte I, “Ciências Sociais, as Humanidades e a Pandemia de Covid-19”, traz cinco capítulos nos quais se delineiam algumas contribuições com diferentes olhares das ciências sociais, partindo dos desafios dos impactos e repercuções sociais da pandemia para a pesquisa. Considerando as muitas narrativas possíveis, no primeiro capítulo é traçada a trajetória dos acontecimentos e analisada criticamente a atuação do Brasil na resposta à pandemia. No segundo capítulo, ainda com base em um delineamento cronológico, levantam-se questões sobre os usos das evidências e narrativas para descrever vulnerabilidades na Covid-19 durante o ano de 2020. No terceiro são trazidos elementos conjuntos de ferramentas e olhares constituídos na pesquisa francesa para a Covid-19 com vistas a um esforço comparativo com o Brasil, como também subsídios para análises internacionais da pandemia no campo das ciências sociais e humanas. No quarto capítulo é apresentado um conjunto de reflexões sobre implicações

éticas relacionadas com vulnerabilidades e saúde pública, em diversas dimensões. Reconhecendo alguns acertos nas respostas à pandemia, destaca-se que muitos dos atores sociais das camadas sociais mais pobres são, na prática, desconsiderados como sujeitos relevantes, como se suas vidas não fossem igualmente dignas e não merecessem, por suas vulnerabilidades, considerações especiais que os coloquem no centro das respostas das políticas públicas. Por fim, em abordagem etnográfica das contaminações com a Covid-19 entre trabalhadores de frigoríficos do sul do Brasil, o último capítulo da primeira parte explora o modo como a agroindústria alimentar molda relações nocivas entre humanos, animais e ambientes, levantando questões sobre a necessidade de um olhar multiespécie para a saúde.

Em face deste quadro grave que vivemos hoje e que possivelmente se estenderá pelos próximos anos, é muito importante pensar nas agendas de pesquisa e intervenção das ciências sociais, diante seja de tendências em curso que a pandemia veio a agravar, seja de novos desafios. Este tópico, somado às questões sobre como a pandemia afetou diversos aspectos da vida das populações vulneráveis, são levantados na Parte II, intitulada “Narrativas sobre Populações Vulnerabilizadas”.

Grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social merecem especial cuidado, por estarem mais expostos às iniquidades e a uma série de fatores de risco à sua saúde e ao seu desenvolvimento integral. No capítulo 6 são abordadas a saúde mental nesses grupos vulneráveis no contexto da Covid-19 e a atenção psicossocial a eles dedicada. Em particular, enfatiza-se a população em situação de rua, a população privada de liberdade, as pessoas migrantes e as refugiadas. Além do estresse financeiro e das rápidas transformações no dia a dia (incluindo mudança na rotina, restrição às interações face a face e desarticulação das redes de apoio), muitas pessoas foram infectadas e perderam a vida em decorrência da Covid-19. Em conjunto, esses aspectos podem impactar a saúde mental da população brasileira, aumentando o risco de emergência de sinais e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão.

No capítulo 7 é ressaltada uma lacuna importante nos registros de dados sobre as repercuções da Covid-19 na vida das pessoas com deficiência, assim como a importância de uma análise na qual o acompanhamento contínuo dos dados relacionados a tais sujeitos acione os marcadores sociais em uma leitura interseccional. É preciso dirigir um olhar crítico para a interação de negligências na construção de conhecimento sobre a saúde das pessoas com deficiência, com destaque para as desigualdades e iniquidades no acesso aos direitos sociais em geral, e pensar a interseccionalidade no campo da deficiência, sobretudo questionando recalcitrantes políticas capacitistas colocadas em relevo no contexto da pandemia.

No capítulo 8 são trazidas análises sociais e epidemiológicas sobre a Covid nas favelas, fruto de reflexões compartilhadas com moradores e articuladores locais. O objetivo é destacar as dinâmicas sociais e suas repercussões nas condições de vida em favelas, no contexto da pandemia, e seus desdobramentos em termos socioepidemiológicos. O avanço da Covid nos espaços de favelas está intrinsecamente vinculado a sua histórica precarização e à manutenção de políticas públicas não efetivas, incapazes de fornecer, no contexto da pandemia, ações de proteção social. Assim, são abordadas as traduções epidemiológicas nos padrões de adoecimento nitidamente desfavoráveis em populações de favelas, em um recorte interseccional de classe, raça, gênero e ocupação, no panorama de morbimortalidade dessa doença – mortalidade, hospitalização, letalidade, entre outros indicadores. Além disso, são apresentadas também algumas análises produzidas pelos próprios sujeitos das favelas em relação a inúmeros problemas agudizados pela pandemia, na maior parte deles de caráter estrutural, bem como a potência das reações, traduzidas em iniciativas concretas de enfrentamento de base local.

Há dois capítulos dedicados às especificidades da progressão da pandemia e seu combate no contexto dos povos indígenas. No capítulo 9 é apresentada a vulnerabilidade desse grupo social a ser priorizado nas ações, assim como dados epidemiológicos sobre o impacto e monitoramento da Covid-19 entre esses povos, e discutido o plano da União para seu enfrentamento nos âmbitos legislativo e judiciário. No capítulo 10, mediante abordagem etnográfica é analisado o protagonismo indígena, com foco nas ações desenvolvidas por povos indígenas no contexto da pandemia da Covid-19 no estado do Mato Grosso do Sul. Nos dois capítulos é evidenciado o consenso de que a pandemia de Covid-19 expôs, amplificou e aprofundou as desigualdades sociais, a precariedade das condições de vida e as iniquidades em saúde vivenciadas pelos povos indígenas.

O capítulo 11 é dedicado aos impactos da pandemia de Covid-19 nas práticas cotidianas e nas inter-relações familiares relatadas por pessoas idosas residentes no sul do Brasil. Num cenário global de ênfase biomédica na compreensão e confrontação da ameaça do coronavírus, o estrato populacional acima de 60 anos foi constituído como “grupo de risco” preferencial da pandemia. Situados em um país profundamente desigual onde as políticas de saúde privilegiam o incentivo moral ao isolamento social e às restrições de circulação exclusivas para esse público, as pessoas idosas se encontram sujeitas a discursividades públicas nas quais o cuidado se transforma em controle. Tais modos de regulação das condutas produzem sensibilidades que acentuam a produção política da velhice como associada a falta de autonomia, incapacidade e dependência, contrariando vertentes contemporâneas que privilegiam os esforços de autoprodução de um envelhecimento ativo, autônomo e independente. Inspiradas nas teorias sobre

cuidado e na relação com as narrativas das pessoas idosas sobre as suas práticas de organização da vida em tempos de pandemia, as autoras consideram importante complexificar a relação entre autonomia e dependência. Além disso, argumentam sobre a relevância de se levar em conta os vínculos relacionais presentes nas variadas formas de estar no mundo dessas pessoas, mostrando sua eficácia na formulação de práticas de gestão dos riscos trazidos à tona pelas suas experiências.

Problemáticas centrais para as análises de gênero que têm afetado o impacto da pandemia e a resposta a seus efeitos no contexto brasileiro são apresentadas no capítulo 12. Estudos que geram dados desagregados sobre como as dimensões de gênero impactam a saúde de forma direta ou indireta são essenciais. A articulação entre categorias como gênero, raça, classe, etnia, idade, deficiências, origem geográfica e orientação sexual auxilia a compreensão do impacto diferenciado entre os sujeitos sociais. Exemplo desse impacto diferenciado está no capítulo 13, no qual se propõe a construção de narrativas sobre como têm sido as repercuções da Covid-19 na vida de três mulheres líderes quilombolas do Vale do Jequitinhonha e se aborda a questão das desigualdades raciais destacando a vulnerabilidade social das mulheres negras e remanescentes de quilombos. A segunda parte do livro é encerrada com um capítulo também dedicado à temática de gênero, no qual se apresentam dados sobre a exacerbada da situação de violência que as mulheres vivenciam durante a pandemia no Brasil. E propostas para que a situação de violência e de feminicídios atual possa ser enfrentada efetivamente.

Pensar na pandemia demanda considerar os diversos contextos em que ela se desenvolve e a forma como as diversas informações circulam. Se por um lado observamos o discurso científico ser incorporado nas conversas diárias, por outro a identificação de notícias verdadeiras e informativas tornou-se tarefa difícil.

O fenômeno da velocidade tem se colocado desde o início da pandemia, com a urgência em visibilizar a sua gravidade e em apresentar respostas. Com isso, a comunicação científica ao público foi algumas vezes precipitada. Estudos ainda em avaliação foram divulgados apressadamente, tratamentos ainda não suficientemente testados foram adotados amplamente. A comunicação antecipada gerou divergências e ponderações na comunidade científica, possibilitando que o discurso político se aproveitasse do debate para escolher o discurso conveniente a seus interesses. Na terceira parte da coletânea, “Ciência, Tecnologia e Comunicação”, são descritas algumas respostas à pandemia, identificando atores institucionais, processos de comunicação e importantes iniciativas.

No capítulo 15 são discutidas as principais ações da Fiocruz na articulação entre ciência, saúde e sociedade. A análise nele realizada evidencia a atuação em rede e a

busca de respostas para além das emergências sanitárias, através de ações estruturantes voltadas para o fortalecimento do SUS e das instituições de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

No capítulo 16 é detalhado, com exemplos, o papel desempenhado pela Fiocruz no contexto de ações de cooperação social, por meio do Conexão Saúde, projeto de enfrentamento com gestão e coordenação compartilhadas com a sociedade civil.

O volume se encerra com um estudo sobre o modo como sentidos da Covid-19 passaram a ser constituídos pelas mídias, com o jornalismo assumindo o papel de grande anunciador da pandemia como catástrofe, pleiteando retomar seu lugar de protagonista como enunciador confiável dos fatos do mundo, progressivamente tensionado desde o advento da internet.

Se algumas pessoas têm a impressão de que a vida cotidiana ficou em suspenso com tantos planos adiados, outras apenas tentaram sobreviver. E em 2020, em mais de 200 mil casos, isso não foi possível.

Entretanto, a história não tem o destino prescrito. Os desafios colocados pela pandemia de Covid-19 impõem a necessidade de reimaginar as ciências sociais e humanidades em perspectiva interdisciplinar e suas possibilidades de ação nos contextos, espaços e dinâmicas de países e populações marcados pelas iniquidades na ciência, na saúde e na proteção social. O mundo pós-pandemia está em disputa e as ciências sociais têm um papel fundamental na redescricão da história da humanidade.

REFERÊNCIAS

- CARRARA, S. As ciências humanas e sociais entre múltiplas epidemias. *Physis*, 30(2): e300201, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200300&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2021.
- CONSELHO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS (CLACSO). Pensando na pandemia. Observatório Social do Coronavírus, 2020. Disponível em: <www.clacso.org/pt/pensar-la-pandemia-observatorio-social-del-coronavirus/>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- GROSSI, M. P. & TONIOLI, R. (Orgs.). *Cientistas Sociais e o Coronavírus*. São Paulo, Florianópolis: Anpocs, Tribo da Ilha, 2020.
- SINGER, M. et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10.072): 941-950, 2017. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext)>. Acesso em: 18 jan. 2021.
- SOCIAL SCIENCE RESEARCH COUNCIL (SSRC). Covid-19 and the Social Sciences, 2020. Disponível em: <<https://covid19research.ssrc.org>>. Acesso em: 18 jan. 2021.

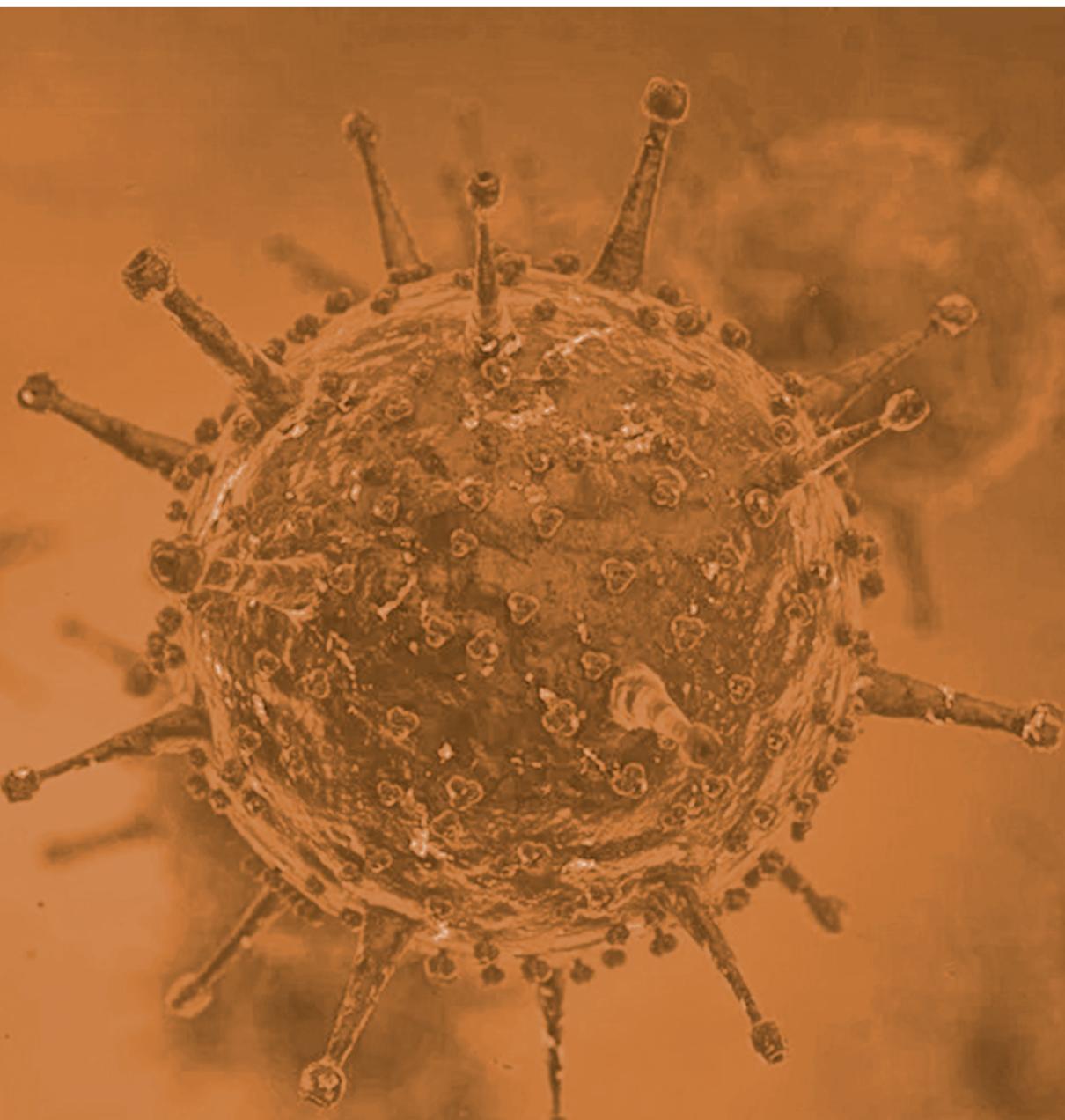
SOCIOLOGIA UFSCAR. *Boletim Coletividades – Sociologia na Pandemia*, 2020 Disponível em: <www.ppgs.ufscar.br/boletim-coletividades-sociologia-na-pandemia-2/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

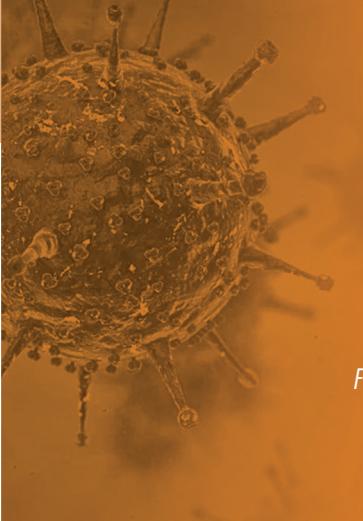
SONAR GLOBAL. Sonar-global highlights, 2020. Disponível em: <www.sonar-global.eu/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

WORLD HELTH ORGANIZATION (WHO). Covid-19 Social Science Working Group, 2020. Disponível em: <www.who.int/publications/m/item/covid-19-social-science-working-group>. Acesso em: 18 jan. 2021.

PARTE I

Ciências Sociais, Humanidades e a Pandemia de Covid-19





Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil

Flávia Thedim Costa Bueno, Ester Paiva Souto e Gustavo Corrêa Matta

Desde janeiro de 2020, pesquisadores da Rede Zika Ciências Sociais começaram a acompanhar o surgimento de um novo vírus na China que produzia uma síndrome respiratória aguda grave (Srag). Reunimos notícias nacionais e internacionais, acompanhamos os relatórios diários da Organização Mundial da Saúde (OMS), artigos científicos, redes sociais, e também a mobilização da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em relação a essa nova emergência sanitária.

Em 22 de janeiro, a OMS convocou a primeira reunião do Comitê de Emergências, ainda sob dúvidas se esse surto constituiria ou não uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVS/MS) ativou mecanismos de resposta já no início de janeiro (Croda & Garcia, 2020; [Henriques & Vasconcelos, 2020](#)) e o MS elevou o alerta de emergências para o nível 2, considerando-o como um perigo iminente, ainda em 28 de janeiro. Nesse momento, na Europa (Itália e França) e nos Estados Unidos (EUA), os primeiros casos de Covid-19, doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, começaram a ser identificados.

No dia 30, a ESPII foi declarada e em 11 de março, devido à expansão geográfica do vírus, a OMS declarou que o mundo vivia a primeira pandemia do século XXI.

A experiência da Rede Zika Ciências Sociais e a resposta brasileira ao surto de zika possibilitou a construção de uma rede internacional de pesquisadores de cinco continentes e uma agenda de pesquisa e ação complexa e diversificada. A peculiaridade do momento atual, diferente da emergência anterior, é que pesquisadores são também expostos e afetados, o que nos coloca em uma posição de observadores internos diante da pandemia.

Por sua escala global, a pandemia transformou o mundo em um grande laboratório em que diferentes processos estão sendo testados: novas formas de sociabilização, trabalho, educação, uso de máscaras e *face shields*, tratamentos médicos e vacinas.

Adotando uma lente criada durante as pesquisas sobre o zika vírus e suas repercussões, nossa intenção aqui é seguir as interações do Sars-CoV-2 no Brasil como processo complexo e interdependente, analisador das relações internacionais, dos processos de globalização, da plasticidade econômica, do negacionismo em relação à ciência, da arena política e geopolítica, das iniquidades sociais, raciais e de gênero, da organização dos sistemas de saúde e do complexo produtivo da saúde, entre tantos outros.

Selecionamos alguns acontecimentos da Covid-19 de janeiro a dezembro de 2020 com o propósito de criar uma narrativa, entre as várias possíveis, com base na experiência brasileira.

OS PRIMEIROS MOVIMENTOS

A declaração da ESPII pela OMS elevou o alerta mundial para a possibilidade da disseminação da doença por mais países e territórios. Um movimento de resgate de pessoas de diversos países que se encontravam em Wuhan estava em curso.

Desde janeiro, o MS e a SVS realizavam entrevistas coletivas para apresentar à população a situação do novo vírus e esclarecer dúvidas. Esses encontros se intensificaram em fevereiro, principalmente depois da primeira notificação de Sars-CoV-2 no país.

O Carnaval ocorreu sem interrupções e o Brasil registrou recorde de movimentação de pessoas em 2020 nas principais cidades carnavalescas, como o Rio de Janeiro ([Brito, 2020](#)). Foi durante a Quarta-feira de Cinzas, em 26 de fevereiro, que o país detectou o primeiro caso: um homem branco, de 61 anos, que havia voltado de viagem da Itália para a cidade de São Paulo.

A primeira morte confirmada foi de uma mulher de 57 anos que estava internada em um hospital municipal da capital paulista, no dia 12 de março ([Verdélia, 2020](#)).

Com a confirmação das primeiras mortes, em 18 de março a Câmara dos Deputados aprovou um decreto legislativo ([Brasil, 2020a](#)) para reconhecer o estado de calamidade pública no país, permitindo expansão de gastos no enfrentamento da pandemia.

Em 3 de março, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, tentou buscar um alinhamento com as recomendações da OMS, destacando a importância da quarentena e de medidas de distanciamento social. O portal do ministério era, até então, uma referência para dados epidemiológicos e informações confiáveis, em um momento em que as *fake news* se espalhavam nas redes sociais.

A adesão do ministro ao discurso da OMS criou conflitos com o presidente da República Jair Bolsonaro, que desde a chegada do vírus mantinha um discurso no qual minimizava a gravidade da doença e afirmava que a economia não poderia parar para conter uma possível epidemia no país. Além disso, alguns setores do governo insistiam, o que permanece até os dias atuais, em um tratamento precoce para a doença ([Brasil, 2020e](#)), com foco na hidroxicloroquina (usado para tratar malária).

Essa posição negacionista estava alinhada com a narrativa do presidente dos EUA, Donald Trump, que além de minimizar o impacto da Covid-19 em seu país, acusava a China e a OMS de ocultar dados e colocar em risco a saúde do planeta ([Coronavirus..., 2020](#)).

Nesse momento, o ministro Mandetta e sua equipe, com suas coletivas diárias para a imprensa e suas ações, parecem ter incomodado lideranças políticas do governo, incluindo o presidente da República, por tirarem o foco das discussões políticas de sua agenda econômica. Os conflitos gerados pelas solicitações do presidente de que o MS reforçasse a recomendação de medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento e indicasse isolamento vertical levou, em 16 de abril, à exoneração do ministro.

No dia seguinte, assumiu como ministro da Saúde Nelson Teich, médico oncologista com experiência no sistema privado de saúde, que também se recusou a assinar o protocolo da hidroxicloroquina e, cerca de um mês depois, deixou o ministério. No meio de uma pandemia, a seguida troca de ministros da Saúde¹ foi bastante preocupante e gerou uma sensação de incerteza em relação à condução da resposta brasileira à pandemia.

Em 16 de maio, foi nomeado como ministro interino Eduardo Pazuello, general da ativa especialista em logística que havia comandado com sucesso a Operação Acolhida a imigrantes venezuelanos no norte do país e já atuava como secretário executivo do MS. Apenas quatro dias depois, o ministério emitiu a nota ([Brasil, 2020d](#)) que recomendava o uso da hidroxicloroquina para casos leves, conferindo ao médico a atribuição de prescrevê-la mediante assinatura de um Termo de Consentimento ([Brasil, 2020i](#)). As coletivas do MS praticamente cessaram e boa parte do quadro técnico, que já havia trabalhado com outras emergências importantes como a do zika, deixou a pasta.

O general foi efetivado no cargo em 16 de setembro e permanece como ministro até os dias atuais.

¹ Cabe lembrar que durante a emergência de zika, entre 2015 e 2016, o Brasil teve quatro ministros da Saúde.

TURBULÊNCIAS NO PACTO FEDERATIVO

As mensagens e atitudes de muitos governos sobre a pandemia reforçaram a dicotomia saúde-economia. Líderes políticos e empresários de diversos países das Américas e da Europa assinaram um manifesto contra o que chamam de sacrifício de direitos e liberdades ([Macri et al., 2020](#)), referindo-se às medidas de isolamento e distanciamento social e suas consequências econômicas.

Nessa linha, muitos optaram por seguir a tese da imunidade de rebanho para manter a lógica econômica neoliberal, contra as recomendações da OMS e de especialistas da área. Em vários países onde os governos demoraram a tomar medidas que mitigassem os efeitos da crise, a situação se tornou dramática e ao mesmo tempo exemplar: Itália, Reino Unido, Brasil e EUA produziram consequências sanitárias e humanitárias, principalmente entre populações vulnerabilizadas. A falta de ação dos governos desses países gerou críticas duras, com destaque para os editoriais da revista *The Lancet*, um dos mais reconhecidos periódicos científicos de saúde do mundo ([Horton, 2020a; The Lancet, 2020](#)), nos quais se demonstrou a importância de se reconhecer a estreita relação entre política e saúde pública ([Horton, 2020b](#)).

A dificuldade de coordenação nacional e a falta de uma liderança que indicasse um caminho coerente para lidar com o vírus em escala e para o diálogo federativo no Brasil levaram a que a responsabilidade, na prática, ficasse a cargo de governadores e prefeitos, incentivando uma supervalorização da fragmentação política num momento da necessidade de afirmação de um amplo pacto nacional para o enfrentamento da crise sanitária e humanitária. A decisão do governo federal ignorou a prerrogativa da União em casos como o de uma pandemia ([Brasil, 1990](#)).

Em abril, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a competência concorrente ([Brasil, 2020h](#)) entre os entes federativos e o governo federal no combate à pandemia, deslocando a União de seu papel de coordenador e indutor das políticas e ações nacionais de saúde num contexto de ameaça sanitária nacional. As contradições expressas nesse acontecimento espelham a trajetória do pacto federativo pela saúde e os conflitos no processo de sua regionalização, descentralização e municipalização.

Com o avanço do vírus no país, as primeiras medidas de isolamento começaram a ser tomadas por estados e municípios a partir de 11 de março. O governo do Distrito Federal foi o primeiro a fechar escolas e no Rio de Janeiro, o então governador Wilson Witzel decretou isolamento e quarentena voluntária ([Governo..., 2020](#)). Em meio à já detectada transmissão comunitária ([Brasil, 2020b](#)) do novo coronavírus, o governador de São Paulo, João Doria, determinou medidas restritivas por 15 dias, seguido de pelo

menos outros 24 estados brasileiros. Capitais como Manaus entraram em colapso: em abril, uma das imagens mais chocantes foi a abertura de covas em massa devido à alta mortalidade por Covid-19 na cidade.

O dia 7 de agosto foi emblemático: o Brasil atingiu 100 mil óbitos por Covid-19, com média de mais de mil mortes por dia. Na ocasião, o MS destacou a importância do referido tratamento precoce ([Melo, 2020](#)), uma vez que, no início da pandemia, a orientação era manter-se em casa até que os sintomas como falta de ar se agravassem. Porém, na resposta brasileira o papel da atenção primária, especialmente o dos agentes comunitários de saúde ([Lotta et al., 2020](#)), e dos níveis secundários de atenção à saúde não foi claramente definido e estes níveis não foram estruturados para que a atenção à Covid-19 se desse de forma integral e coordenada.

Para dar conta do aumento de casos graves, um marcante movimento internacional foi a abertura de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) em hospitais de campanha, como um espaço de atenção intensiva e especializada para atender ao agravamento de casos de Covid-19 e evitar o colapso dos sistemas de saúde. A opção por leitos temporários, entretanto, foi bastante criticada, porque àquela altura havia inúmeros leitos do sistema público desativados, especialmente por falta de equipamentos e recursos humanos ([Vargas & Valfré, 2020](#)). Além disso, muitos hospitais demoraram a ser montados e acabaram com leitos ociosos, em razão do momento de pandemia, e foram fechados.

POLÍTICAS ECONÔMICO-SOCIAIS

No tocante às políticas de proteção social, a oposição, por meio do Legislativo, reforçou a necessidade de uma ajuda governamental que permitisse que as pessoas que perderam suas rendas antes da pandemia ou em seu curso pudessem se manter em quarentena. Em abril, o governo e o Ministério da Economia acataram a proposta e aprovaram a concessão do auxílio emergencial ([Brasil, 2020c](#)), que contemplou mais de 67 milhões de brasileiros, superando o Programa Bolsa Família em número de beneficiados.

Inicialmente o benefício era de 600 reais mensais, e o governo, apesar da resistência inicial, anunciou mais quatro parcelas de 300 reais até dezembro, o que levou ao crescimento de sua aprovação. O auxílio atendeu uma reivindicação ao mesmo tempo da classe trabalhadora e dos empresários, que assim mantiveram a economia em movimento; entretanto, não impulsionou ações intersetoriais que reduzissem a desigualdade socioeconômica com impacto positivo entre as populações vulnerabilizadas.

As incertezas econômicas que circundam 2021 são muitas, e as atuais ou futuras medidas restritivas devido ao aumento de casos nos últimos meses de 2020 devem piorar esse cenário. O governo federal será demandado a elaborar novas políticas para dar conta desse desafio.

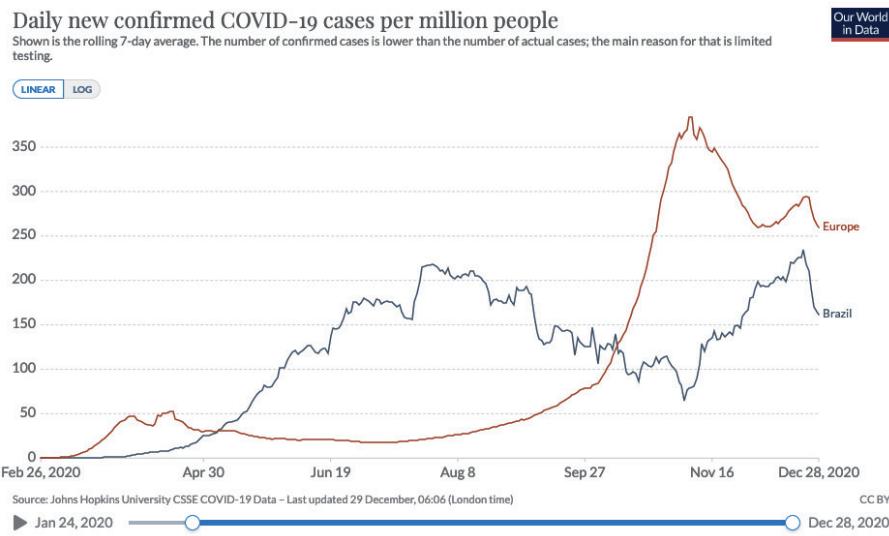
UMA REABERTURA PRECOCE E O EUROCENTRISMO PANDÊMICO

A observação do que acontecia na Europa, que por algum tempo foi o epicentro da pandemia, era natural. Inúmeros governos replicaram medidas que pareciam reproduzíveis e adaptáveis à realidade brasileira. Sabe-se, entretanto, que a disseminação internacional de políticas bem-sucedidas em um determinado contexto e sua adoção por outro país ou organização são frequentemente marcadas por adaptações e traduções (Porto de Oliveira, 2013), ou podem, quando em contextos sociais, políticos ou econômicos muito diferentes (Dolowitz & Marsh, 2020), acarretar imensas distorções.

Apesar do número assombroso de casos, estados brasileiros iniciaram sua reabertura, seguindo a lógica da flexibilização europeia, entre junho e julho. A Europa vivenciava naquele momento o final da primeira onda de Covid-19, com redução importante no número de casos e aumento da oferta de leitos. Apesar da assincronia epidemiológica entre os países e do impacto diferenciado da doença em diferentes contextos e regiões, parece ter sido produzida uma perspectiva temporal única, norteada pelos países europeus, na adoção de medidas e estratégias de prevenção e tratamento. Exemplo desse fenômeno foi a suspensão de muitas atividades científicas internacionais devido às férias de verão no Hemisfério Norte quando o Sul Global experienciava um dos momentos mais duros da doença.

Novembro marcou novo aumento de casos em diversas cidades do Brasil. Alguns veículos de imprensa replicaram a expressão “segunda onda”, utilizada na Europa pouco tempo antes, para caracterizar o fenômeno. Muitos epidemiologistas, entretanto, afirmam que não existe uma segunda onda no país (Vitorio & Lavado, 2020), pois não saímos da primeira.

No Brasil, a curva teve aumento expressivo entre abril e julho e certa estabilidade em níveis ainda muito elevados entre julho e novembro. Não há queda considerável de casos que indique uma nova onda, como se pode observar no gráfico a seguir.



Fonte: Brazil..., 2021.

Com a proximidade das eleições municipais, marcadas para 15 de novembro, anunciar o aumento de casos em municípios poderia ser um revés para os candidatos da situação, o que pode ter causado um represamento de dados. Além disso, os sites do governo federal supostamente sofreram ataques cibernéticos ([Bezerra, 2020](#)) que causaram atrasos no processamento das informações sobre a situação epidemiológica no país.

Com o fechamento dos hospitais de campanha e o fato de, aparentemente, os equipamentos ali empregados não terem sido absorvidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a crescente ocupação de leitos de UTI somada à falta crônica de profissionais da saúde no sistema público que pudessem trabalhar nessas unidades, mesmo equipadas, começou a causar novamente preocupação. Rio de Janeiro ([Rio de Janeiro, 2020](#)) e São Paulo ([Felix, 2020](#)) viram suas UTIs lotarem rapidamente.

Novas medidas de restrição, entretanto, foram tomadas apenas após os resultados do segundo turno das eleições municipais, como no caso da cidade de São Paulo. No dia seguinte às eleições, 30 de novembro, o governador de São Paulo João Doria anunciou novas restrições para todo o estado, como a limitação de horário de funcionamento e capacidade de público de bares, restaurantes, academias, shoppings e comércio de rua, que permaneceriam até 4 de janeiro de 2021 ([São Paulo, 2020](#)).

A CHEGADA DAS VACINAS

Instituições multilaterais, empresas farmacêuticas e a comunidade científica se mobilizaram para desenvolver tratamentos e vacinas contra a Covid-19. Algumas empresas começaram a apresentar resultados promissores e, com o arrefecimento da pandemia em países da Europa e nos EUA, diversos países iniciaram negociações e compras antecipadas de vacinas.

Em abril, a OMS e a Aliança de Vacinas (Gavi) lançaram a Covax, iniciativa global que reúne governos, organizações, fabricantes, cientistas, sociedade civil e setor privado, entre outros atores, com vistas a proporcionar acesso inovador e equitativo, independentemente do poder econômico dos países ([Berkley, 2020](#)). A rápida entrada do Brasil na iniciativa era esperada, mas o governo só aderiu a ela em 24 de setembro ([Brasil, 2020f](#)).

Em 27 de junho, o MS anunciou acordo entre a Fiocruz e a empresa biofarmacêutica AstraZeneca para a compra de lotes e transferência de tecnologia da vacina Covid-19 desenvolvida em conjunto com a Universidade de Oxford. O acordo foi assinado em 8 de setembro, visando a garantir a produção nacional da vacina por meio do SUS e atender à demanda do Programa Nacional de Imunização (PNI) ([Fiocruz, Bio-Manguinhos & AstraZeneca, 2020](#)). A vacina tem preço competitivo, cerca de US\$3,00, e até novembro os testes estavam em estado avançado. Em paralelo, a Fiocruz também está trabalhando para desenvolver vacinas próprias. O papel da fundação nesse processo será melhor detalhado no capítulo 16.

Nas primeiras semanas de dezembro, com o anúncio de liberação da vacina da Pfizer/BioNTech e o início da imunização em países como Reino Unido, EUA, China e Rússia, a expectativa de início da vacinação nos demais países atingiu seu ápice. No Brasil, este momento tem sido permeado por discussões sobre a obrigatoriedade da vacinação e debates sobre o [Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19](#).

O Brasil, que até então não apresentava grande mobilização de grupos antivacina, tem visto estes grupos crescerem, muitas vezes movidos por informações enviesadas, motivações políticas e falta de incentivo à vacinação pelo governo federal. Os desencontros na condução do plano de imunização também podem ser exemplificados pela divulgação tardia, em 16 de dezembro, do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 ([Brasil, 2020g](#)), em uma versão que não circulou entre os pesquisadores envolvidos em sua elaboração e ainda sem previsão de entrar efetivamente em operação.

Outras questões permanecem em debate, como o problema das iniciativas isoladas de governos estaduais para aquisição de imunizantes, a eficácia vacinal e as diferentes vacinas que deverão compor o PNI, além dos critérios para priorização de grupos populacionais.

AS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

A pandemia da Covid-19 colocou luz sobre desigualdades sociais que já existiam, talvez esquecidas ou não vistas. As populações já vulnerabilizadas são, comprovadamente, afetadas de forma negativa nesse contexto, como se poderá ler em detalhes nos próximos capítulos. As diferenças são inúmeras: na exposição ao vírus, no acesso ao diagnóstico e tratamento, no acesso a habitações adequadas, tecnologias, água e saneamento, alimentação e nutrição apropriadas, entre outras.

Um balanço dos seis meses de pandemia feito pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz ([Fiocruz, 2020](#)), com participação de pesquisadores da Rede Zika, destacou que essas desigualdades são demonstradas em diversos domínios, com destaque para o étnico-racial. Nesse contexto, os povos indígenas, as populações urbanas que vivem em favelas e territórios vulnerabilizados, as relações de gênero com o impacto sobre as mulheres e a significante presença feminina na força de trabalho em saúde mereceram importante destaque.

CONSIDERAÇÕES A MEIO CAMINHO

No contexto da emergência do Sars-CoV-2 no Brasil, os agenciamentos e atraves-samentos com uma conjuntura política e econômica pautada pela austeridade, pela minimização dos direitos e políticas de proteção social geraram uma crise humanitária de proporções alarmantes. O Brasil não explorou os potenciais do seu sistema público de saúde e de uma comunidade científica forte e internacionalizada, vantagens estratégicas para a resposta a uma pandemia como esta.

Em seus primeiros movimentos, o SUS foi capaz de detectar e responder aos primeiros casos de Covid-19 no país, colocando em marcha um sistema de vigilância que já havia se mostrado eficaz em surtos e epidemias passados ([Henriques & Vasconcelos, 2020](#)) e em consonância com as recomendações de órgãos internacionais de saúde, como a OMS.

Entretanto, no curso de 2020, observamos turbulências no pacto federativo no que tange à resposta brasileira. A descentralização do sistema com a decorrente responsabilidade de estados e municípios é um dos princípios fundamentais do SUS, mas não prescinde de uma coordenação nacional, pelo contrário. A coordenação se faz necessária por inúmeras razões, uma delas é o fato de que ao nível central cabe esse papel na gestão nacional do SUS ([Brasil, 1996](#)). Outra razão é econômica. Como país continental, com 200 milhões de potenciais usuários do SUS, o Brasil tem um poder de compra de vacinas e outros insumos de saúde que proporcionam ao país uma economia de escala bastante significativa, que, entretanto, pode não ser considerada em razão da demora em tomar decisões práticas concretas na preparação para o enfrentamento da pandemia.

A pandemia foi permeada por disputas políticas e narrativas importantes, que afetaram a boa condução da resposta nacional. Algumas políticas econômico-sociais acionadas para mitigar os efeitos da pandemia não foram suficientes para atender às necessidades de populações há muito vulnerabilizadas. O ano de 2020 foi marcado pela reabertura precoce e por uma influência importante da resposta europeia nas ações locais. Foi um ano de aprendizado, por cientistas, governos e sociedade, sobre formas possíveis de lidar com uma situação que se revelou dramática.

Entramos em 2021 com a continuação e a potencial exacerbão de uma crise que não é apenas sanitária, mas conjuga elementos sociais e econômicos evidentes, como vimos neste breve capítulo. Estamos tendo a oportunidade de olhar para trás e tirar lições aprendidas e boas práticas para mudar o rumo da resposta com coordenação nacional, com especial destaque para a comunicação, o acesso à vacina via PNI e um olhar voltado para as pessoas, em especial para os mais afetados e vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- BERKLEY, S. Covax explained. Disponível em <www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- BEZERRA, M. Após suposto ataque, estados têm problemas para atualizar casos de Covid-19. *Portal UOL*, São Paulo, 10 nov. 2020. Disponível em: <www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2020/11/10/apos-suposto-ataque-estados-tem-problemas-para-contar-casos-de-covid-19.htm>. Acesso em: 15 nov. 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 14 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#7>>. Acesso em 10 out. 2020.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem n. 93, de 18 de março de 2020a. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8075954&ts=1584647908386&disposition=inline>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 454, de 20 mar. 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19). *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 mar. 2020b. Disponível em: <www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.982, de 2 abr. 2020. Altera a Lei n. 8.742, de 7 dez. 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei n. 13.979, de 6 fev. 2020. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2020c. Disponível em: <www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa n. 9/2020-SE/GAB/SE/MS. 20 maio 2020d. Orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da Covid-19. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/go/sala-de-imprensa/docs/not2496%20-%20Nota%20Informativa%20MS-nr%209.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa n. 17/2020- SE/GAB/SE/MS. 11 ago. 2020e. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/COVID-11ago2020-17h16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.003, de 24 set. 2020. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 – Covax Facility. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 set. 2020f. Disponível em: <www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.003-de-24-de-setembro-de-2020-27927278>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. 1^a versão. Brasília: Ministério da Saúde, 16 dez. 2020g. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. *Portal do Supremo Tribunal Federal*, Brasília, 2020h. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Termo de Ciência e Consentimento, 2020i. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Termo-de-Ciencia-e-Consentimento-Hidroxicloroquina-Chloroquina-Covid-19.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRAZIL: coronavirus pandemic country profile. *Our World in Data*, 2021. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/coronavirus/country/brazil?country=~BRA>>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRITO, C. Rio registrou aumento de 31% no número de turistas durante o carnaval. *G1*, Rio de Janeiro, 2 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/carnaval/2020/noticia/2020/03/02/rio-registrou-aumento-de-31percent-no-numero-de-turistas-durante-o-carnaval.ghtml>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CORONAVIRUS: Trump accuses WHO of being a “puppet of China”. *BBC*, London, 19 May 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/health-52679329>>. Acesso em: 25 out. 2020.

CRODA J. H. R. & GARCIA, L. P., 2020. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1): e2020002, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2020

DOLOWITZ, D. P. & MARSH, D. Learning from Abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13(1): 5-23, 2000.

FELIX, P. Hospitais privados de São Paulo têm 84% de taxa média de ocupação em UTIs para Covid-19. *O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 30 nov. 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,hospitais-privados-de-sao-paulo-tem-84-de-taxa-media-de-ocupacao-em-utis-para-covid-19,70003534541>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil*. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documents/boletim_covid_6meses.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), INSTITUTO DE TECNOLOGIA E IMUNOBIOLÓGICOS (BIO-MANGUINHOS) & ASTRAZENECA. Termo de Contrato de Encomenda Tecnológica n. 01/2020, 8 set. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documents/contrato_vacina_astazaneca_fiocruz.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

GOVERNO do RJ autoriza isolamento e quarentena contra coronavírus. *CNN Brasil*, São Paulo, 11 mar. 2020. Disponível em <www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/03/11/governo-do-rj-autoriza-isolamento-e-quarentena-contra-coronavirus>. Acesso em: 14 out. 2020.

HENRIQUES, C. M. P. & VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos Avançados*, 34(99): 25-44, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-25.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

HORTON, R. Offline: Covid-19-a reckoning. *The Lancet*, 395(10.228): 935, 2020a. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30669-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30669-3/fulltext)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

HORTON, R. Offline: Science and politics in the era of Covid-19. *The Lancet*, 396(10.259): 1.319, 2020b. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32221-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32221-2/fulltext)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

LOTTA, G. et al. Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, 396, 365-366, 2020. Disponível em: <[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2020.

MACRI, M. et al. Manifiesto: que la pandemia no sea un pretexto para el autoritarismo. Fundación Internacional para la Libertad, 2020. Disponível em: <<https://fundacionfil.org/wp-content/uploads/2020/04/Manifiesto-FIL.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MELO, K. Pazuello lamenta mortes por Covid- 19 e destaca tratamento precoce. *Agência Brasil*, Brasília, 8 ago. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/pazuello-lamenta-mortes-por-covid-19-e-destaca-tratamento-precoce>>.

PORTO DE OLIVEIRA, O. *Embaixadores da Participação: a difusão internacional do Orçamento Participativo a partir do Brasil*, 2013. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. doi:10.11606/T.8.2013.tde-19022014-102112. Acesso em: 20 ago. 2019.

RIO DE JANEIRO. Saúde atualiza número de leitos para Covid-19 e taxa de ocupação na rede SUS da capital. *Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 25 nov. 2020. Disponível em: <<https://prefeitura.rio/cidade/saude-atualiza-numero-de-leitos-para-covid-19-e-taxa-de-ocupacao-na-rede-sus-da-capital/>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

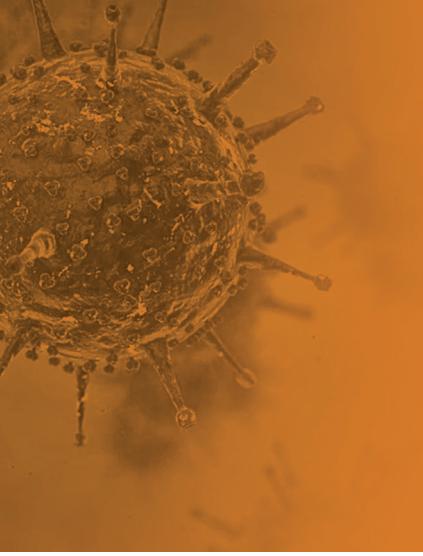
SÃO PAULO. Governo de SP reforça controle de pandemia e põe estado na fase amarela. *Portal do Governo de São Paulo*, São Paulo, 30 nov. 2020. Disponível em <www.saopaulo.sp.gov.br/noticias-coronavirus/governo-de-sp-reforca-controle-de-pandemia-e-poe-estado-na-fase-amarela-2/>. Acesso em: 1 dez. 2020.

THE LANCET. Editorial. Covid-19 in Brazil: so what? *The Lancet*, 395(10.235): 1.461, 2020b. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

VARGAS, M. & VALFRÉ, V. Após salvarem vidas, hospitais de campanha viram impasse para o pós-pandemia. *O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 8 set. 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-salvarem-milhares-de-vidas-hospitais-de-campanha-viram-impasse-para-o-pos-pandemia,70003429888>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

VERDÉLIO, A. Primeira morte por Covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março. *Agência Brasil*, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

VITORIO, T. & LAVADO, T. Segunda onda de covid-19 no Brasil: o que dizem especialistas e a ciência. *Exame*, São Paulo, 17 nov. 2020. Disponível em <<https://exame.com/ciencia/segunda-onda-de-covid-19-no-brasil-o-que-dizem-especialistas-e-a-ciencia/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.



Covid-19 e o Dia em que o Brasil Tirou o Bloco da Rua acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco

Arlinda B. Moreno e Gustavo Corrêa Matta

Em 26 de fevereiro de 2020 o tempo fechou! Muitas nuvens e chuvas esperadas para qualquer hora do dia eram a previsão climática para os dois estados mais populosos do Brasil: São Paulo e Rio de Janeiro. Nessas estados, vivem cerca de 30% dos habitantes do país. Os serviços de meteorologia também informavam um “ar abafado”, mormaço, predominando o calor ([Climatempo, 2020](#)).

O tempo fechou... O Carnaval acabou? Era Quarta-feira de Cinzas... Alguns foliões se recusavam a dar por encerrado o tempo da festa da carne.¹ Mas o ar ficou abafado para muitos e escasso para outros. Para uns, a ressaca pós-carnavalesca estava no peso que o ar exercia sobre as cabeças doloridas. Para outros, a falta de ar de uma pneumonia ainda aparentemente inocente aclarava a escassez de ar no corpo ofegante.

Nos ossos dos brasileiros, carnavalescos ou não, ainda ressoavam os tambores do festejo de Momo. O que pouco se ouvia era um som incidental, oriundo de esparsas – e aparentemente desimportantes – notícias acerca de um vírus novo que afetava algumas pessoas na China. Em terras brasileiras, o reemergente sarampo, que ocupava as páginas de notícias após seu silêncio de anos, vinha acompanhado de uma nova epidemia de dengue, de um número expressivo de casos e repercussões da chikungunya e também do silenciamento das perguntas e das demandas ainda não respondidas sobre a epidemia de

¹ O Carnaval brasileiro é uma festa extremamente popular, conhecida internacionalmente e denominada por muitos como o Maior Espetáculo da Terra. De acordo com o site Universo Online (UOL), em 2018 a chamada indústria do Carnaval, responsável pela confecção de fantasias, adereços e materiais para os carros alegóricos, movimentou cerca de 6,25 bilhões de reais e gerou mais de 20 mil empregos (<https://www.uol.com.br/carnaval/2018/noticias/redacao/2018/02/09/carnaval-deve-movimentar-r-6-bilhoes-e-gerar-20-mil-empregos-estima-cnc.htm>).

zika no Brasil. Esses agravos de saúde eram, para a maciça maioria, as enfermidades mais preocupantes em termos de saúde pública. Muito mais alarmantes do que o ressoar oriental sobre uma tal virose que produzia complicações respiratórias e poderia em breve chegar ao país. Mas não parecia haver alarde popular, tampouco temor acerca de seu potencial devastador.

Outra notícia, tímida, dizia que naquela Quarta-feira de Cinzas um homem de 61 anos havia sido hospitalizado em São Paulo – o primeiro caso do novo coronavírus no Brasil. Ele havia chegado da Itália, mais precisamente da região da Lombardia. As secretarias de Saúde do Estado e do Município de São Paulo, contando com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), rastrearam e identificaram os contatos no domicílio, no hospital e no voo do paciente ([Brasil, 2020](#)).

O Ministério da Saúde informou a primeira morte pela doença no Brasil 15 dias depois. Era 12 de março e São Paulo foi o estado que registrou o primeiro óbito por Covid-19 – uma mulher de 57 anos, internada na véspera em um hospital municipal público. A morte foi confirmada por meio de exames de laboratório. Na família da vítima, outras quatro pessoas, em um intervalo de 50 dias, também morreram ([Verdélia, 2020](#)).

O alerta soou forte... Os ecos das notícias de 31 de dezembro de 2019 repercutiram no Brasil, a partir da província de Hubei, Wuhan, na China. De lá vinham os primeiros relatos de *clusters* de casos de pneumonia. A atenção para esses casos foi o motor de identificação do novo coronavírus ([WHO, 2020](#)). O Sars-CoV-2, o causador da Covid-19, um ilustre desconhecido, logo, logo se tornou o principal agente da maior pandemia já ocorrida no planeta desde a gripe espanhola em 1918.

O Brasil encontra a peste e ingressa no mundo pandêmico, na Quarta-feira de Cinzas. Em seu território, o registro da primeira morte por Covid-19 se dá apenas um dia após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar como pandemia o que estava a acontecer no planeta.

Pronto! Agora, sim, o Carnaval brasileiro, definitivamente, acabou.

SOBRE PESSOAS, VERDADES E NARRATIVAS DA PANDEMIA

Neste texto, escrito em “prosa acadêmica”, nosso objetivo é sublinhar algumas inquietações sobre a pandemia de Covid-19 com base em evidências e narrativas, destacando a produção de vulnerabilidades nos primeiros dez meses do Sars-CoV-2 no Brasil. Partimos da problematização do conceito de grupos de risco e de evidências como estratégia para identificação de grupos e indivíduos, alertando para o fato de que

a produção de vulnerabilidades é um processo híbrido, dinâmico, diverso que exige distintas estratégias de análise e respostas de base transdisciplinar e intersetorial.

Assim, arguimos: quem são as vítimas dessa pandemia? O que se sabe sobre elas? Em termos estritamente epidemiológicos, quais são os grupos de risco? Que evidências e narrativas apoiarão o manejo e o tratamento dos casos, minimizando mortes?

Três conceitos nucleares da pesquisa científica em saúde estão completamente estremecidos diante do avanço da pandemia. Grassam seus nomes, fogem suas definições. O primeiro deles, grupos de risco, diz respeito a aglomerados populacionais que apresentam pior prognóstico do que o restante da população, ainda que submetidos ao mesmo nível de exposição a um agente (ou a um conjunto de agentes) responsável por um agravo de saúde. O segundo, as evidências (e não as verdades), se referem a indícios, a indicações de que algo existe de positivo ou negativo no curso, manejo e tratamento de certa morbidade. O terceiro, não completamente distante dos dois últimos, é oriundo do campo das ciências sociais e das humanidades: as narrativas sobre fatos, estatísticas e indícios, social e historicamente marcados, emergem do tecido político produzindo um emaranhado de versões e realidades que torna qualquer fenômeno múltiplo (inclusive os processos de saúde-doença), diverso e passível de interpretação e de disputas. Dessa forma, poder-se-ia dizer que a identificação de grupos de risco promove evidências para que se possa conduzir de maneira menos deletéria determinadas ações de saúde. Por exemplo, diminuir a quantidade de sal nos alimentos é uma ação de saúde pública que contribui para a redução dos níveis pressóricos na população. Com isso, um grupo de risco para doenças cardiovasculares e renais (os hipertensos) pode ser protegido ou mesmo aglomerar um número menor de pessoas. As narrativas derivadas das ações de prevenção e promoção da saúde com base no conceito de grupo de risco, por sua vez, redescrivem a relação dos sujeitos com seu corpo e seu meio social, muitas vezes produzindo processos de estigmatização e discriminação de indivíduos e grupos sociais, como obesos, hipertensos ou idosos. Vale lembrar que críticas severas foram feitas à denominação grupos de risco, por exemplo, a partir da epidemia de HIV/Aids, nos anos 1980. Esse conceito produziu forte estigmatização de sujeitos, grupos sociais e comportamentos, expondo os indivíduos afetados pelo vírus a processos de exclusão, culpabilização e violência, posto que até onde se podia entender a infecção causada pelo vírus HIV e a manifestação da Aids, estas estariam circunscritas às pessoas de orientação sexual distinta da heteronormatividade e/ou a usuários de drogas.

Mas, o que isso tem a ver com a Covid-19? Por que essa mazela estremeceu ainda mais esses conceitos? Mundo afora, perfis populacionais foram sendo construídos em um processo narrativo político-científico-social para que pretensamente se soubesse

mais e mais acerca das consequências deletérias da Covid-19. Seriam os idosos? Afinal, a presença de multimorbidade em idosos é conhecida e, portanto, multimorbidade e Covid-19 seriam uma dupla difícil de manejar. Seriam os obesos? As evidências apontam que obesidade e multimorbidade caminham juntas. A obesidade é tida ora como uma doença crônica e, portanto, compõe o conjunto de multimorbiades, ora como um fator de risco para o aparecimento de multimorbiades. Nesse grupo, a presença de Covid-19 seria mais grave? E o tipo sanguíneo? Ele pode ser fator de risco para o agravamento do quadro de Covid-19? E mais isto? E mais aquilo? O que se busca?

E quanto ao tratamento? Repositionamento de medicamentos é uma possibilidade? O que teria a farmacologia para indicar? Antirretrovirais? Corticoides? Vermífugos? Anticoagulantes? Qual bala de prata será capaz de acertar em cheio o vírus coroado e receber como recompensa o seu trono?

E a reinfecção? É possível? Quem produz ou não anticorpos? Por quanto tempo se mantêm esses anticorpos? Bastam os anticorpos? E as células T de memória? Elas são suficientes para conferir proteção em caso de novo contato com o Sars-CoV-2?

O que se sabe? Pouco... O que se supõe? Muito... A ciência tenta caminhar, avançar, esclarecer... Porém, as incertezas ainda são muitas e habitam a arena de disputas em torno das narrativas sobre a pandemia, sua prevenção e tratamento.

Rumores acerca do caráter “democrático” do novo coronavírus começam a se espalhar... A frase democratizadora “Todos, todos mesmo, estão sujeitos a contrair o Sars-CoV-2” se alastra no mundo pandêmico. Verdade? Mentira? Sim, verdade... Todos estão sujeitos. Mentira? Sim, mentira... Mas, em estratégias como esse se dá a crença cega nos conceitos como verdades irrefutáveis, e não como uma construção. Afinal, uma narrativa convincente como essa, de várias camadas, deixa esquecidos em seus estratos mais profundos a seguinte evidência: todos estão sujeitos, mas nem todos têm a mesma oportunidade de evitação da exposição ou de acesso ao tratamento disponível.²

² Aqui, nossa alusão à verdade e à mentira remonta às considerações de Nietzsche acerca do conhecimento como normalizador, fruto de uma anterioridade falaciosa que toma um conceito como uma verdade última e definitiva sem permitir que se repense a sua construção como um edifício essencialista e de um saber antropocêntrico (Moreno, 2018). Nas palavras de Nietzsche (2007: 55), “A verdade é indiferente ao homem: isso revela a tautologia como sendo a única forma acessível de verdade. Pois, buscar a verdade também significa rubricar com exatidão, isto é, subordinar corretamente os casos individuais a um conceito existente. Aqui, porém, o conceito é um feito que nos pertence, tal como as épocas passadas. Subsumir o mundo inteiro em conceitos precisos significa tão somente enfileirar as coisas particulares sob as formas de relação mais gerais e primordialmente humanas: a ser assim, os conceitos só atestam aquilo que introduzimos neles e que, mais tarde, procuramos novamente sob eles, o que, no fundo, também é uma tautologia”.

Na contemporaneidade encharcada de mídias – que produzem pós-verdades e falsas notícias (as chamadas *fake news*) – aliada ao forte clima negacionista que se implantou no contexto sociopolítico de vários países, incluindo o Brasil, se agrava ainda mais o contexto sociossanitário brasileiro, adensando incertezas e temores na população. Não há equidade na distribuição da contaminação pelo novo coronavírus, tampouco naqueles afetados pela Covid-19. Decerto, a pandemia afeta de maneira distinta e desproporcional indivíduos e coletividades de estratos mais e menos privilegiados.

SOBRE VULNERABILIDADE E SINDEMIA

Sim, encontramos a vulnerabilidade em saúde...

Ayres, em sua desconstrução do conceito de vulnerabilidade, o define como:

um conjunto articulado de sínteses conceituais e de diretrizes práticas voltado à transformação das dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais relacionadas a diferentes agravos de saúde e suas consequências indesejáveis – situações de sofrimento, limitação e de morte – que envolvem indivíduos e grupos populacionais específicos. Tal perspectiva é sustentada por um percurso epistemológico que parte do agravo em si em direção a sua compreensão clínica e aferição de sua dispersão na sociedade (dimensão epidemiológica); compreensão dos aspectos sociais e de origem (competência das Ciências Sociais e Humanas em saúde) e desembocando em ações e programas que efetivem a superação e/ou mitigação dos agravos, conceituadas (...) como sínteses médico-sanitárias. (*Abrasco, 2017*)

É nessa perspectiva que os *vulnerabilizados* se apresentam como o grupo de risco definitivamente penalizado pela pandemia. Têm sido definidos grupos e indivíduos vulneráveis à Covid-19 idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, obesidade, entre outros – as principais preocupações de saúde pública em países europeus. Porém, a dinâmica vulnerabilização-proteção populacional se configura de forma diversa em países e regiões, em decorrência das iniquidades socioeconômicas e do escopo e organização dos sistemas de saúde locais (*The Lancet, 2020*).

Aqueles que carecem dos mecanismos de proteção social são invisibilizados e empurrados para os espaços das ausências e conformam, de fato, o principal grupo de risco da pandemia de Covid-19. Eles não podem ficar em casa – eles limpam e cuidam das casas das classes privilegiadas. Eles não têm o mesmo potencial de acesso a serviços de saúde e condições de cuidado que os representantes das categorias abastadas – eles cuidam dos doentes em casas de luxo, em hospitais públicos e privados, em casas de apoio. Eles não moram, não dormem, não comem, não se deslocam e não se higienizam

como os de renda familiar suficiente. Aliás, muitos deles não têm renda familiar alguma. Uma manchete de jornal destacou no final de abril que 46 milhões de pessoas eram invisíveis aos olhos do governo federal, tendo sido encontradas por meio do requerimento de auxílio emergencial – um valor equivalente a pouco mais de 100 dólares destinado àqueles que estavam sem fonte de renda alguma durante os tempos mais sombrios da primeira fase da pandemia de Covid-19 no país ([Auxílio..., 2020](#)). Aliás, cabe perguntar: invisíveis para quem? Como atribuir esse adjetivo a seres de qualquer espécie, raça, gênero, classe, idade, credo?

Então, o que sabemos sobre grupos de risco? Quais são as evidências? Que narrativas estariam em disputa sobre a pandemia de Covid-19 e suas vítimas? Que “doença” é a Covid-19? A pandemia se apresenta como uma crise sanitária, humanitária, um desastre de dimensões planetárias? ([Freitas, Silva & Cidade, 2020](#)). O conceito de sindemia proposto por Singer vem sendo ventilado por alguns autores, e recentemente apoiado pela OMS, como mais uma alternativa para explicar e intervir sobre o que ocorre com a Covid-19.³ Em termos gerais,

Uma sindemia é definida como a interação entre doenças ou agravos à saúde em populações, que magnificam os efeitos deletérios umas das outras. Exemplos de sindemias são “uso de drogas – violência – aids”; “aids – outras DSTs”; “HIV – tuberculose”. Estas doenças interagem por diversos motivos, seja porque uma doença aumente a susceptibilidade à outra (como é o caso de sífilis e HIV); ou um agravio (violência) modifica o ambiente social (apoio social) no qual a doença infecciosa se dissemina. ([Codeço & Coelho, 2008](#))

Enfim, no dizer de Singer e colaboradores,

Uma abordagem sindêmica examina por que certas doenças se agrupam (ou seja, várias doenças que afetam indivíduos e grupos); os caminhos pelos quais elas interagem biologicamente nos indivíduos e dentro das populações e, assim, multiplicam sua carga geral de doenças e as maneiras pelas quais os ambientes sociais, especialmente as condições de desigualdade e injustiça social, contribuem para o agrupamento e interação da doença, bem como para a vulnerabilização. ([Singer et al., 2017](#))

Recentemente, a noção de que a pandemia de Covid-19 não pode se restringir a uma pandemia, posto que deve ser vista como várias pandemias e, portanto, se configura como uma sindemia, foi defendida por Richard Horton, editor da revista *Lancet*. À despeito

³ Os autores partem da crítica a qualquer visão, conceito ou estratégia de pretensão universalista para responder a este ou àquele fenômeno, pretensão que tem sido a tendência hegemônica no campo científico e já criticada por diversos autores como colonial, equivocada e ineficiente.

das indicações de que os principais fatores de risco para o agravamento da infecção por Sars-CoV-2 e, eventualmente, a morte por Covid-19 sejam as doenças cardiovasculares e a idade avançada, fatores socioeconômicos afetam a maneira como as populações enfrentam a crise sanitária causada pelo coronavírus ([Bottallo, 2020](#)).

A natureza sindêmica da ameaça que enfrentamos exige não apenas tratar cada aflição, mas também abordar urgentemente as desigualdades sociais subjacentes que as afetam, ou seja, a pobreza, a moradia, a educação e a raça, que são fatores determinantes poderosos da saúde. ([Bottallo, 2020](#))

Ainda para Horton, segundo matéria publicada pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, “Não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão protetora seja uma vacina, a busca por uma solução puramente biomédica contra a Covid-19 vai falhar” ([CEE/Fiocruz, 2020](#)).

SOBRE DOIS LADOS DAS CIÊNCIAS: QUANTIDADE E QUALIDADE

O panorama atual de emergência da segunda onda de Covid-19 na Europa e a lentidão na curva de achatamento de casos e de mortes no Brasil ratificam a desconstrução de narrativas hegemônicas assentadas exclusivamente em cânones epidemiológicos. É preciso pensar a epidemiologia social e a saúde pública com lentes que agreguem diferentes vertentes epistemológicas e também a participação ativa da sociedade nos debates sobre investigação científica, políticas públicas e equidade. O caráter monolítico de soluções únicas não atende nem agracia o contexto científico e social moderno.

Por outro lado, é preciso rigor e conhecimento sólido das diversas ciências para que seja possível agregá-las sem o risco de transformar cada uma das possibilidades de contribuição de ciências distintas na mitigação do sofrimento humano em pares de oposição. Dito de outra forma, o binarismo atual permeia as narrativas de pares de opostos e não permite uma visão da terceira margem do rio.

É preciso desenvolver vacinas, medicamentos e testes altamente sofisticados ao mesmo tempo que as mortes por Covid-19 são reverenciadas em sites e redes sociais como o Inumeráveis, “um memorial dedicado à história de cada uma das vítimas do novo coronavírus no Brasil” ([Inumeráveis, 2020](#)), o reliquia.rum ([@reliquia.rum](#)), que, idealizado por Debora Diniz, retrata mulheres mortas pela Covid-19 ([Reliquia.rum, 2020](#)), e o Memorial Vagalumes, “Para guardar em nós, vivos, parte da memória das pessoas indígenas que se foram com a Covid-19” ([Memorial Vagalumes, 2020](#)). Ao mesmo tempo, também, são publicados artigos que revelam e denunciam a relação entre as desigualdades raciais, de gênero e étnicas e a mortalidade por Sars-CoV-2, a despeito

da escassez de dados nas bases informacionais em saúde do país ([Oliveira et al., 2020](#); [Wenham, 2020](#); [Pontes & Santos, 2020](#)).

Em especial, o Inumeráveis declara: “não há quem goste de ser número, gente merece existir em prosa” ([Inumeráveis, 2020](#)).

Sim, pessoas não são números. Os números são invenção das pessoas para construir narrativas sobre a existência, sempre ao lado das palavras. Números e palavras dizem para além de nós o que queremos que fique. Não há hierarquia entre números e palavras, tudo é verbo. Verbo é o que nos distingue.

Da Quarta-feira de Cinzas às vésperas do Natal, o Brasil contabilizou cerca de 190 mil mortes pelo novo coronavírus e 7,3 milhões de casos de Covid-19. São centenas de suscetíveis, de expostos, de infectados, de cardiopatas, de obesos, de idosos, mas, também, centenas de cidades, de famílias, de pessoas, de histórias, de biografias, de filhos e filhas, de pais e mães, de tios e tias, de avôs e avós, de sobrinhos e sobrinhas, de netos e netas, de parentes e consanguíneos, de amores e de afetos. Enfim, acima de tudo e predominantemente, são incontáveis vulnerabilizados que não se pode adjetivar como invisíveis pois que se mostram pelo que sofrem e escancaram as desigualdades e iniquidades sanitárias e sociais do país do Carnaval.

Que fique a lembrança de que em 2021, ironia da vida, não haverá Carnaval¹⁴ no Brasil, o país tirou seu bloco da rua. Que fiquem também as marcas daqueles que, nas entradas do país, são filhos das iniquidades e das injustiças sociais cuja prática se apoia em narrativas que se pretendem hegemônicas; aqueles que são adjetivados impiedosamente como invisíveis. Na rua, agora, mora (este sim) um invisível a olho nu chamado coronavírus. É dele a coroa do próximo período de Momo.

¹⁴ Não acreditamos que seja possível a indústria do Carnaval produzir, com o mesmo vigor e alegria, uma festa de tamanha envergadura no ano de 2021, ainda que autoridades de algumas cidades brasileiras já tenham aventado a possibilidade de que o evento seja adiado para o segundo semestre.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Revista Ciência & Saúde Coletiva e ENSP debatem sobre vulnerabilidade. *Abrasco*, 31 ago. 2017. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/revista-ciencia-saude-coletiva-e-enspfiocruz-debatem-sobre-vulnerabilidade/30383/>. Acesso em: 4 nov. 2020.

AUXÍLIO emergencial de R\$ 600 revela 46 milhões de brasileiros invisíveis aos olhos do governo. *G1*, Rio de Janeiro, 26 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/04/26/auxilio-emergencial-de-r-600-revela-42-milhoes-de-brasileiros-invisiveis-aos-olhos-do-governo.ghtml>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

BOTTALLO, A. Combinação de Covid-19 e doenças crônicas cria “sindemia global”, sugere estudo. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 15 out. 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/equilibrioesauda/2020/10/combinacao-de-covid-19-e-doencas-chronicas-cria-sindemia-global-sugere-estudo.shtml>. Acesso em: 3. nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. 26 fev. 2020. Disponível em: <www.saude.gov.br/noticias/agencia-sau-de/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 4 nov. 2020.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ (CEE/FIOCRUZ). “Covid-19 não é pandemia, mas sindemia”: o que essa perspectiva científica muda no tratamento. 14 out. 2020. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>>. Acesso em: 3 nov. 2020.

CLIMATEMPO. SP tem mais chuva nesta quarta-feira. Disponível em: <www.climatempo.com.br/noticia/2020/02/26/sp-tem-mais-chuva-nesta-quarta-feira-2097>. Acesso em: 4 nov. 2020.

CODEÇO, C. T. & COELHO, F. C. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6): 1.767-1.774, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 nov. 2020.

FREITAS, C. M.; SILVA, I. V. M. & CIDADE, N. C. Covid-19 as a global disaster: challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambiente & Sociedade*, 23, e0115, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200115vu2020l3id>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

INUMERÁVEIS. Sobre o Inumeráveis. Disponível em <<https://inumeraveis.com.br/sobre/>>. Acesso em: 3 nov. 2020.

MEMORIAL VAGALUMES. Disponível em: <<https://memorialvagalumes.com.br/>>. Acesso em: 3 nov. 2020.

MORENO, A. B. Cuidado! Nietzsche está louco? Verdade e mentira! (Entranhas da filosofia na loucura). *Ensaios Filosóficos*, 2018. v. 17.

NIETZSCHE, F. *Sobre Verdade e Mentira*. Org. e trad. Fernando de Moraes Barros. São Paulo: Hedra, 2007.

OLIVEIRA, R. G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v36n9/1678-4464-csp-36-09-e00150120.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PONTES, A. L. M. & SANTOS, R. V. Health reform and Indigenous health policy in Brazil: contexts, actors and discourses. *Health Policy and Planning*, 35(1), suppl. 1: i107-i114, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/35/Supplement_1/i107/5960438>. Acesso em: 10 nov. 2020.

RELIQUIA.RUM. Perfil Débora Diniz. Disponível em: <www.instagram.com/reliquia.rum/?hl=pt-br>. Acesso em: 3 nov. 2020.

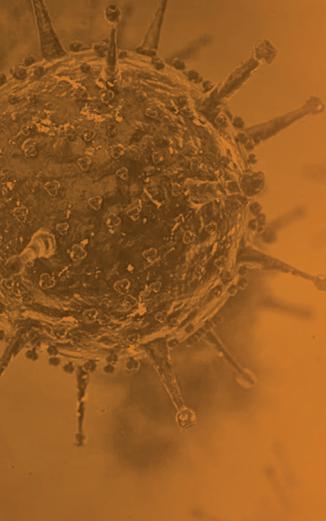
SINGER, M. et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10.072): 941-950, 2017. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext#:~:text=The%20syndemics%20model%20of%20health,negative%20effects%20of%20disease%20interaction](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext#:~:text=The%20syndemics%20model%20of%20health,negative%20effects%20of%20disease%20interaction)>. Acesso em: 10 nov. 2020.

THE LANCET. Editorial. Redefining vulnerability in the era of Covid-19. *The Lancet*, 395(10.230): 1.089, 2020. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30757-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30757-1/fulltext)>. Acesso em: 11 nov. 2020.

VERDÉLIO, A. Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março. Agência Brasil, Brasília, 28 jun. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: 4 nov. 2020.

WENHAM, C. et al. Covid-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10.227): 846-848, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Archived: WHO Timeline – Covid-19, 27 Apr. 2020. Disponível em: <www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. Acesso em: 4 nov. 2020.



Uma Contribuição da Pesquisa Francesa em Ciências Humanas e Sociais para a Análise Internacional da Pandemia de Covid-19¹

Marie Gaille e Philippe Terral

A comunidade francesa de pesquisa em ciências humanas e sociais (HSS, *humanities and social sciences*) é regularmente questionada sobre sua “utilidade”. Atualmente, desde março de 2020, tem se envolvido maciçamente, em termos de estudos científicos, respostas a solicitações da mídia e participação em comitês e missões criadas pelo governo, no sentido de aconselhar sobre a gestão da crise ou avaliar suas ações. Tal comunidade tem se mostrado altamente responsiva, adaptando seus cronogramas e objetivos, e modificando seus formatos de intervenção (*webinars*, cursos a distância).

Num momento em que projetos de pesquisa coletivos estão sendo desenvolvidos e em que numerosos livros e artigos foram publicados, pareceu importante realizar um trabalho coletivo que valorizasse o capital científico das HSS como tal, destacando a forma como elas abordam as diferentes questões levantadas pela pandemia de Covid-19. Esse trabalho foi iniciado em maio de 2020 e realizado sob a coordenação científica de Marie Gaille e Philippe Terral, e resultou em um relatório de pesquisa publicado em 20 de novembro de 2020 (disponível em francês e, em breve, em inglês, no site <<https://www.hs3pe-crises.fr/>> e depositado no HAL-SHS, de acordo com os princípios da ciência aberta). Sua elaboração reuniu mais de setenta colegas de diferentes disciplinas das HSS.

¹ Texto elaborado a partir do relatório *Les Sciences Humaines et Sociales face à la Première Vague de la Pandémie de Covid-19: enjeux et formes de la recherche*, e especialmente com base nas contribuições de Henri Bergeron, David Blanchon, Olivier Borraz, Patrick Castel, Marie Gaille, Frédéric Keck, François-Michel Le Tourneau, Patrick Peretti-Watel, Philippe Terral e Didier Torny.

Embora todos os que contribuíram para este texto trabalhem em universidades e instituições de pesquisa francesas, a intenção era levar em consideração a dimensão global da pandemia desde o início, e não enfocar apenas a situação francesa. Portanto, diversos contextos nacionais e mesmo continentais são explorados em um ou outro aspecto, e a dimensão global da pandemia é considerada como tal.

O trabalho foi escrito entre o momento em que a França emergiu de seu primeiro *lockdown* e o momento em que entrou na segunda onda da pandemia e no segundo *lockdown* (maio-novembro de 2020). Os aspectos abordados são aqueles de uma pesquisa em progresso, em evolução por natureza. Nesse sentido, o texto se adapta bem à ideia de um “livro instantâneo”. Contudo, a meta é que seja um “instantâneo” sustentável, uma vez que nele se destaca que as pesquisas atuais sobre a pandemia nas HSS, sua gestão política e suas questões têm bases sólidas. Embora se encaixe na especificidade dos tempos atuais, o presente trabalho se baseia num conjunto de estruturas, métodos e análises teóricas previamente elaborados em outros contextos, atualizados e enriquecidos à luz dos problemas associados à pandemia de Covid-19.

Três elementos derivados desse relatório serão apresentados como contribuição para a análise internacional da pandemia de Covid-19 e do contexto brasileiro: 1) a análise da ideia de “crise sanitária” em si; 2) o enfoque na dimensão temporal da pandemia, do passado ao futuro; 3) e, finalmente, a recapitulação das questões nas quais o Brasil é considerado no relatório.

A PANDEMIA DE COVID-19: UMA CRISE SANITÁRIA?

O primeiro ponto para a mobilização do capital das HSS é a análise da ideia de que nós, seres humanos, estamos enfrentando uma “crise sanitária”. Na verdade, tal noção está longe de ser óbvia. Para o senso comum, crise sanitária designa uma situação na qual uma ameaça de grande magnitude surge de repente e abala tudo em seu caminho, criando caos e confusão. Embora a crise atual pareça se enquadrar bem nessa descrição, diversas crises sanitárias ocorridas nas últimas décadas mostram, primeiramente, que a magnitude, em termos de número de vítimas, não é uma de suas características essenciais. No que tange ao aparecimento súbito das crises, este também é um ponto que não resiste à análise: se a emergência é um elemento que constitui toda e qualquer crise, é menos uma emergência “exógena”, imposta pelo evento, do que “endógena”, desencadeada pelos atores sociais, pela mídia ou por instituições encarregadas da gestão de crises. Além disso, a vigilância sanitária contemporânea tende a “tornar crônicas” as crises, detectando ameaças e antecipando-as com cada vez maior antecedência. Se as crises sanitárias não são caracterizadas nem pela mag-

nitude nem pela urgência do risco, o caos permanece. Para o senso comum, uma crise cria desordem, desorganiza a sociedade e, ademais, parte da sua gestão é dedicada a manter ou restaurar certa ordem social. Este é sem dúvida o aspecto mais relevante da concepção comum das crises sanitárias: ele nos lembra que essas crises nunca são apenas “crises sanitárias”: são também crises econômicas, sociais e políticas.

Crises sanitárias não são um tópico novo para as HSS. Na França, riscos e crises sanitários, assim como riscos e crises ambientais, tornaram-se um tema canônico para as HSS por pelo menos três décadas. Portanto, no final do século passado, o Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) iniciou um vasto programa de pesquisa interdisciplinar dedicado a situações de crise e riscos coletivos, liderado em particular pelo político Claude Gilbert. Logo após o caso do sangue contaminado, Claude Gilbert foi chamado para fazer uma mobilização em torno desse assunto e lançou o Programa de Situações de Crise e Riscos Coletivos, liderado pelo CNRS. A variedade de disciplinas e os pesquisadores que participaram desse programa contribuíram para construir um ambiente diversificado de pesquisa na França, pelo menos em sociologia, ciência política, antropologia, história contemporânea e direito. A multiplicação das crises, seu impacto social e político, e a circulação transnacional dos riscos fizeram o trabalho restante, legitimando o estudo desses objetos.

Vinte e cinco anos atrás, apenas dois objetos referentes a riscos e crises eram considerados legítimos o suficiente para serem explorados pelas HSS, do ponto de vista de disciplinas não SHS, de financiadores de pesquisas e de acionistas: por um lado, a “percepção dos riscos”, isto é, geralmente a representação de um perigo específico por uma parte da população, quase sempre mensurada por abordagens quantitativas. Por outro lado, a “aceitabilidade” dos riscos associados a determinada tecnologia. Em ambos os casos, a ideia subjacente era a de que as populações não pertencentes ao círculo de inovadores, especialistas e tomadores de decisão não tinham uma boa compreensão das coisas, e de que as HSS tinham que investigar as irracionais das populações (e possivelmente da mídia). Se pesquisas desse tipo continuam a ser financiadas e realizadas, por exemplo, sobre transgênese ou energia nuclear, elas já não são mais dominantes e são bem menos legítimas, mesmo em uma situação transdisciplinar.

Afastando-se desses territórios, já largamente explorados e um tanto limitadores em termos de sua representação dos indivíduos e coletivos envolvidos em riscos e crises, cinco temas distintos têm sido objeto de inúmeros trabalhos, em uma escala internacional:

1. Dinâmica de mobilização.
2. A construção do conhecimento sobre riscos e perigos e as lógicas de produção da ignorância e do esquecimento.

3. As modalidades de governo; os marcos legais e regulatórios; a lógica transnacional em ação.
4. Logística da crise. Como futuras crises são antecipadas (prevenção, precauções, preparação etc.)? Que formas de exercícios, testes e aprendizado são implementados, e com que populações? Como são as intervenções dos diferentes atores (públicos, privados, associações) designados?
5. As formas de legitimação das vítimas e os horizontes de reparação.

Esses cinco conjuntos de questões não esgotam a amplitude da pesquisa, que também pode enfocar organizações profissionais militantes, a politização de questões sanitárias e os jogos de oportunidade associados, o horizonte catastrofista e a colapsologia... e muitos outros assuntos. Porém, esses cinco conjuntos já estão mobilizados na pandemia de Covid-19. Para citar apenas alguns exemplos de objetos a serem investigados: as formas de apelo a doações, solidariedade e o faça-você-mesmo tecnológico diante da escassez material; a construção do conhecimento com base em modelos anteriores de influenza e coronavírus e adaptação às diferenças observadas; a divulgação de estudos clínicos, suas condições de validação (*preprint, fast track*) e o efeito de sua exposição pública; mobilizações em favor das liberdades públicas contra restrições de movimento e obrigações relacionadas à saúde; a lógica de produção e armazenamento, realocação de máscaras e reagentes; reclamações contra governos pelo despreparo e exposição das populações ao perigo.

Além de investigar essas questões, um impulso fundamental para a pesquisa das HSS sobre a pandemia de Covid-19 foi o desejo de analisar o uso da noção de crise no espaço público para qualificar o evento. De fato, se existe alguma dúvida de que a situação resultante da pandemia de Covid-19 constitui uma crise, tal qualificação levanta muitas questões. No exemplo francês, a gestão da crise, com a coletiva de imprensa diária do diretor-geral da Saúde anunciando os números do dia, caracteriza-se, antes de tudo, pelo monitoramento metrológico diário. Esse *follow-up* metrológico induz, sem surpresas, a um enquadramento da pandemia de Covid-19 no espaço público, essencialmente um foco nas questões de gestão hospitalar. O que causa, então, a “crise” é a decisão das autoridades francesas de recorrer ao *lockdown* generalizado da população, com a consequente desaceleração da atividade econômica. A situação introduzida pela pandemia de Covid-19 evidencia que não é tanto o evento desencadeador que, em si, constitui a crise, mas a resposta que ele provoca por parte das autoridades responsáveis por garantir a segurança das populações e a manutenção da ordem pública.

Por trás da qualificação da situação como crise estão, portanto, questões mais precisas de definição: trata-se de uma crise sanitária? Ainda no exemplo francês, foi

exatamente o que aconteceu até 16 de março de 2020, com o ministro da Saúde na gestão do Centro Interministerial da Crise (CIC). A partir de 17 de março de 2020, a transferência para o CIC ressalta que a crise não é mais exclusivamente sanitária, mas também inclui componentes econômicos e sociais – o que levará a medidas de apoio em uma escala sem precedentes em favor dos agentes econômicos. Vinculada ao fim do primeiro *lockdown* implementado em 11 de maio de 2020 está uma mudança em direção a uma definição predominantemente econômica da crise.

O que essas definições nos dizem? Que a qualificação da crise não é neutra, mas uma decisão política. Que ela define o ministro responsável pela crise (a princípio, da Saúde, depois, do Interior e, em seguida, da Economia e Finanças), mas, principalmente, que ela destaca algumas das questões-chave que precisam ser abordadas, como o número de pacientes hospitalizados, ao mesmo tempo que potencialmente mascara outras (as consequências sociais do *lockdown*). Qualificar a situação inicial como uma crise sanitária possibilita, portanto, destacar as respostas médicas como a única solução legítima, sem levar em conta considerações econômicas e sociais. Por outro lado, qualificar a crise como econômica a partir de junho de 2020 faz com que a decisão pelo *lockdown* generalizado pareça muito mais custosa e difícil, até que a segunda onda da pandemia aparece em outubro de 2020 e induz a um segundo *lockdown*.

A DIMENSÃO TEMPORAL DA PANDEMIA: DO PASSADO AO FUTURO DAS SOCIEDADES

Outra característica marcante dos primeiros resultados da pesquisa sobre a pandemia é seu enraizamento temporal, do passado ao futuro. A pandemia de Covid-19 aparece antes de tudo como um revelador e amplificador de cenários existentes, e uma parte importante da pesquisa em progresso, qualitativa ou quantitativa, visa a destacar esse ponto. Assim, as incertezas e fragilidades observadas nos últimos meses não são consideradas como resultado da ameaça à saúde em si, mas sim como algo induzido por contextos políticos, econômicos e sociais, pela interação de atores e pelas culturas organizacionais. Elas parecem ser o resultado, em parte, de fraquezas preexistentes, que são, por sua vez, reforçadas por elas. Em particular, os fenômenos das desigualdades e vulnerabilidades entre pessoas e territórios e a fragilidade dos sistemas de saúde são observados. O aumento geral das desigualdades parece desempenhar um papel fundamental no impacto da pandemia nas nossas sociedades. Essa observação refere-se à ideia de que pandemias ocorrem especialmente durante períodos de aumento das disparidades sociais. Turchin (2017), portanto, observa uma correlação histórica entre o nível de desigualdades, a intensidade dos vínculos entre territórios remotos e a violência

das pandemias. De fato, quanto mais uma classe se afirma em sua afluência, mais ela gasta em consumo ostentoso, geralmente em bens de luxo de lugares distantes. Os vírus viajam principalmente através do comércio de longa distância. Esse fato não é novo: o colapso quase simultâneo dos impérios chinês e romano nos primeiros séculos de nossa era pode ser explicado em parte pela virulência das epidemias que se espalharam ao longo das rotas comerciais. Contudo, a mobilidade da época não se comparava com a atual. Para os fluxos humanos globais, a diferença é particularmente marcante nas classes altas. Sua sociabilidade sempre foi internacional, até cosmopolita. Mas sua mobilidade alcançou uma nova dimensão, fruto da globalização e da urbanização global. Consequentemente, diante de um novo vírus que não só é altamente social como também difícil de detectar, as classes altas tornaram-se um potencial superdifusor coletivo. E este foi seu papel durante o inverno de 2020: quando olhamos para a cronologia dos diferentes surtos ao redor do mundo, ficamos impressionados com a magnitude de lugares frequentados pelas classes altas.

Além disso, o vírus se espalhou de forma mais ampla, tanto espacial quanto socialmente, destacando por toda parte as condições de vida em regiões pobres (promiscuidade, coabitAÇÃO intergeracional etc.). De modo geral, o distanciamento social é difícil nas favelas, figuras importantes da urbanização global, que abrigam parcela considerável da população das grandes metrópoles da África, América Latina e Ásia. O vírus também se espalhou seguindo as redes formadas por sistemas metropolitanos. Se a trajetória da pandemia evidencia a natureza espacial das desigualdades é também porque, na base da escala social, o trabalho a distância era frequentemente impossível, e a mobilidade diária era mantida principalmente para áreas de densa concentração de atividades. Finalmente, a pandemia de Covid-19, caracterizada por sua alta seletividade, atinge particularmente pessoas que, além de morar em “territórios de pobreza”, sofrem de diversas comorbidades (Roy & Shaw Crane, 2015).

Mas a pandemia não convidou apenas os pesquisadores a explorar as formas assumidas por ela nesta ou naquela sociedade, e seus fatores explicativos. Desde a primavera de 2020, por exemplo, na França, muitas vozes se levantaram para imaginar “o mundo de amanhã” diferente e melhor do que o “mundo anterior”, ou, inversamente, para tecer discursos catastrofistas, ou mesmo uma combinação relativamente incomum de esperança e visão catastrofista: discursos associados à ideia de uma “colapsologia feliz”, que percebe o contexto atual como uma confirmação de suas visões mais sombrias, mas também pretende fazer deste um momento de reação criativa, vislumbrando uma sociedade coesa, de decrescimento ou com perspectivas de uma sobriedade feliz. Tanto nas redes sociais como nos círculos científicos e mais militantes, a pandemia de

Covid-19 e os riscos que ela impõe a todos os aspectos da vida social reavivaram os debates que animaram a 21^a Conferência do Clima (COP 21) em 2015, assim como as recentes manifestações pelo clima: em que tipo de mundo queremos viver amanhã? Que valores devemos promover? Que lugar a ecologia deve ocupar nesse conjunto de valores? Portanto, a atual crise sanitária entrelaça a questão do enfrentamento do presente com nossa relação com o futuro, e levanta questões básicas para indivíduos, famílias e grupos sociais. O que se questiona é se a consciência que temos em escala planetária de nossa vulnerabilidade à atual crise sanitária (e às que estão por vir) pode ser suficiente, hoje e amanhã, em todos os lugares e igualmente, para criar as alavancas sociais e políticas que protejam todos nós.

Nessa perspectiva, as HSS, antes de mais nada, possibilitam o distanciamento de um certo número de representações ingênuas que têm, no entanto, efeito nas escolhas políticas dos governos. Por exemplo, a pandemia de Sars-CoV2 fez surgir um discurso sobre “a vingança da natureza”, devido à origem zoonótica do vírus transmitido por morcegos. No contexto atual, a proximidade entre o suposto primeiro *cluster* e um mercado de animais em Wuhan desencadeou representações exóticas da China. Representações similares, a serem discutidas, levaram à proibição de mercados abertos em comunas francesas e à concessão de privilégios aos supermercados, considerados locais onde o controle sanitário é mais fácil.

A fim de convidar todos a refletir sobre suas próprias visões de como o futuro deve ser, o antropólogo Philippe Descola comentou:

Podemos sempre sonhar. Assim, resumidamente falando: a introdução de uma renda básica; o desenvolvimento de convenções cidadãs escolhidas aleatoriamente; um imposto ecológico universal proporcional à pegada de carbono; a taxação dos custos ecológicos de produção e transporte de bens e serviços; o desenvolvimento da atribuição de personalidade jurídica aos ambientes vivos, e assim por diante. ([Truong, 2020](#))

Entretanto, as HSS não clamaram apenas pelo distanciamento desses discursos – ou práticas – extremamente ricos e diversos. Elas também começaram a estudar as formas pelas quais os indivíduos e sociedades não só gerenciam a pandemia, mas também refletem coletivamente sobre ela e suas implicações para as vidas dos indivíduos e a organização social, tanto no presente como no futuro: especialmente em relação a políticas ambientais, políticas de proteção social, planejamento territorial e urbano, tomada democrática de decisões e, finalmente, à escala de valores que fundamenta a ação política, com foco no valor atribuído à vida humana na gestão da pandemia.

O LUGAR DO BRASIL NO RELATÓRIO O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E SUA GESTÃO: ORIENTAÇÕES E ABORDAGENS DA PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

Ao levar em consideração as situações específicas de cada sociedade e a dimensão global da pandemia, o relatório dedicou atenção específica, entre outros países, ao Brasil. A pandemia e sua gestão no Brasil foram discutidas com base em três questões, sem que o relatório pretenda fazer um relato exaustivo da situação neste país.

a. Vidas vulneráveis e populações expostas

A crise do coronavírus muito mais potencializou vulnerabilidades e desigualdades já existentes do que criou novas situações. No Brasil, de acordo com levantamentos epidemiológicos e análises das ciências sociais, os pretos parecem estar pagando um alto preço pela doença. Além disso, o caso das populações ameríndias merece menção especial. No Brasil, mas também na maioria dos países da América Central e do Sul, as condições muito degradadas de assistência à saúde desfrutadas pelos povos ameríndios foram especialmente destacadas. A discriminação cumulativa à qual estão sujeitas as mulheres indígenas também foi particularmente evidenciada (Sieder, 2018).

b. As escalas de poder político

Em certos contextos nacionais, mais do que as questões associadas ao estado de exceção na democracia ou ao uso da ciência pelos decisores políticos, é a articulação de formas e escalas de poder (cidade, região, estado) que tem chamado a atenção. Assim, nas Américas, a pandemia de Covid-19 trouxe à baila, de modo espetacular, oposições entre as escalas de poder. De maneira geral, as autoridades locais estavam mais preocupadas em conter a pandemia e adotar medidas de contenção do que as autoridades nacionais. Foi o caso da Colômbia no começo da epidemia, quando o prefeito de Bogotá respondeu mais rápido do que o governo nacional. Também foi o caso do Brasil, onde houve um impasse entre os governadores dos estados que impuseram restrições e o governo federal do presidente Bolsonaro, que criticou as medidas de contenção. No México, no Brasil e nos Estados Unidos, os governos centrais têm procurado minimizar a pandemia e continuar com suas agendas econômicas e sociais, preocupados com o fato de que uma grande crise econômica seria mais prejudicial para eles do que uma grande perda humana. Nos países federais, tais oposições entre níveis de governo se transformaram em disputas mais ou menos intensas sobre questões constitucionais. Quem, um prefeito, um governador ou o presidente da República, tem o poder de confinar os cidadãos em suas casas ou paralisar a vida econômica, e sob que circunstâncias? Tal pergunta foi

feita no Brasil, e também nos Estados Unidos. Essa oposição entre as escalas de poder também aconteceu com frequência no nível inferior, entre prefeitos e governadores, particularmente nos Estados Unidos, mas também no Brasil.

c. O valor da vida: de que vidas estamos falando?

Finalmente, uma questão, que é óbvia e às vezes quase um tabu, surgiu desde o início da pandemia, particularmente no que tange às várias escolhas políticas feitas na gestão da pandemia: a do valor atribuído à vida humana e, na esteira dessa questão, saber de que vida estamos falando quando formulamos essa pergunta. No contexto da pandemia, a ideia de que algumas vidas não contam ou contam menos do que outras, de que lamentamos a perda de algumas vidas, mas não a de outras, readquiriu certa relevância (Fassin, 2010; Gaille *apud* Quintin, 2011; Cahen, Cavalin & Rosental, 2016). Uma hipótese que pode ser proposta é a de que o posicionamento de uma sociedade e de seu governo com respeito ao valor da vida humana é um dos elementos que têm guiado as políticas públicas e a gestão governamental da crise sanitária nos diversos países afetados por ela, em diferentes níveis. O presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, se posicionou a esse respeito quando questionou as medidas de distanciamento físico e exortou os governadores regionais a retirarem as restrições a fim de salvar a economia: “Todos vamos morrer um dia”, disse ele em 9 de junho de 2020, indicando que, na sua opinião, a vida de algumas pessoas conta menos do que o bom funcionamento da economia como um todo. Menos perceptível à primeira vista é o possível efeito de um discurso que insiste em grupos de risco (idosos, pessoas afetadas por esta ou aquela patologia etc.). De acordo com o pesquisador em saúde pública Gustavo Matta, no Brasil esse discurso tem o efeito de estigmatizar tais grupos e “naturalizar” a morte dos indivíduos que pertencem a eles – eles morreram porque estavam em situação de risco (insuficientemente protegidos) –, quando seria apropriado manter um discurso de proteção generalizada de si e dos outros, sem ênfase neste ou naquele grupo em particular (Matta, 2020; Matta *et al.*, 2020; Thomé, Matta & Rego, 2020).

A PANDEMIA: FATO SOCIAL TOTAL E GLOBAL

Esses três elementos de análise da pandemia de Covid-19 compõem um quebra-cabeça que ainda está sendo elaborado. Foram destacados na presente contribuição a fim de que participem de uma discussão internacional e comparativa.

Embora atualmente não tenha sentido chegar a qualquer conclusão, até porque muitas sociedades ao redor do mundo ainda estão enfrentando a pandemia, uma coisa é, todavia, certa e verdadeira para todas as sociedades afetadas pela pandemia de Covid-19:

esta última é um “fato social total”, segundo as palavras do antropólogo Marcel Mauss. Muito além de dizer respeito às nossas vidas do ponto de vista da saúde, a pandemia impacta todas as suas dimensões, como mostram os seus efeitos sobre: cultura e educação, economia e mobilidade, democracia e a relação entre ciência e política, sem falar nas relações sociais.

E este é provavelmente o principal papel das HSS, lançar luz sobre a globalidade de seu impacto, ao mesmo tempo que elabora uma análise reflexiva e um conhecimento que podem esclarecer e iluminar a reflexão individual, o debate público e a tomada de decisões políticas de forma diferente da que é feita pela informação contínua e pelas redes sociais.

REFERÊNCIAS

- CAHEN, F.; CAVALIN, C. & ROSENTHAL, P.-A. La mesure de la valeur humaine, *Ideas*, dez. 2016. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/hal/journl/hal-02187878.html>>. Acesso em: 8 dez. 2020.
- FASSIN, D. Évaluer les vies essai d’anthropologie biopolitique. Ce qu’évaluer voudrait dire. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 128-129(1.2): 105-115, 2010.
- MATTA, G. Covid-19: mortes não são números. Vídeo. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/covid-19-mortes-nao-sao-numeros-olharessobreacovid19>>. Acesso em: 30 nov. 2020.
- MATTA, M. et al. A pandemia de Covid-19 e a naturalização da morte. Observatório Covid-19, 2020. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42247/2/COVIDNaturaliza%C3%A7%C3%A3oMorte.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- QUINTIN, J. Marie Gaille, la Valeur de la vie. Paris, Les Belles Lettres, 2010. *Laval Théologique et Philosophique*, 67(1): 194, 2011.
- ROY, A. & SHAW CRANE, E. (Eds.). *Territories of Poverty*. Athens: University of Georgia Press, 2015.
- SIEDER, R. (Ed.). *Demanding Justice and Security: indigenous women and legal pluralities in Latin America*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2018.
- THOMÉ, B. C.; MATTA, G. C. & REGO, S. T. A. Ethical considerations for restrictive and physical distancing measures in Brazil during Covid-19: facilitators and barriers. *Bioethical Inquiry*, 17: 627-631, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-020-10023-w>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- TRUONG, N. Philippe Descola: nous sommes devenus des virus pour la planète. *Le Monde*, Paris, 22 maio 2020. Disponível em: <www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/20/philippe-descola-nous-sommes-devenus-des-virus-pour-la-planete_6040207_3232.htm>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- TURCHIN, P. Modeling periodic waves of integration in the Afro-Eurasian world-system. In: MODELSKI, G.; DEVEZAS, T. & THOMPSON, W. R. (Dir.). *Globalization as Evolutionary Process: modeling global change*. New York: Routledge, 2007.



Bioética e Covid-19 vulnerabilidades e saúde pública

Sergio Rego, Marisa Palácios, Luciana Brito e Roberta Lemos dos Santos

Apresentaremos aqui, de forma sumária, alguns apontamentos éticos que já podem ser registrados como fruto da reflexão sobre o enfrentamento da pandemia da Covid-19. No foco de nosso interesse estão as respostas relacionadas ao setor Saúde e a preocupação com as populações vulnerabilizadas. Antes, porém, cabe uma breve apresentação dos pressupostos com os quais pretendemos examinar as respostas à pandemia no Brasil.

Vivemos um período da história da humanidade no qual é recorrente a afirmação de que o individualismo prevalece e as relações entre humanos são pouco duráveis – líquidas, na expressão consagrada nas análises de Bauman (2007). O sucesso individual é a meta, explícita ou não, nas peças de propaganda ou em análises de inúmeros “formadores de opinião”, sejam estes vinculados a organizações de comunicação social ou não. Mais do que nunca a solidariedade é valorizada apenas como estratégia de caridade, seja em razão de expectativas religiosas ou laicas.

CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO E ÉTICO

Durante o século XX foi possível verificar a expansão no reconhecimento dos direitos fundamentais: os de primeira geração, individuais, vinculados ao valor liberdade (direitos civis e políticos), aqueles que impõem ao Estado um compromisso de não intervenção; os de segunda geração (coletivos), sociais, econômicos e culturais, que impõem a necessidade de que o Estado garanta direitos; os de terceira geração, voltados para a preservação ambiental e a proteção do gênero humano; os de quarta geração, ligados à evolução da engenharia genética, e os de quinta geração, ligados à evolução cibernética. Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) seja um marco inconteste

da inclusão do humano no centro da preocupação moral, a forma como tais direitos são considerados e respeitados mundo afora varia intensamente.

Ao reconhecimento formal dessa diversidade de direitos soma-se o fato de que as sociedades não são estáticas, suas estruturas e relações estão em permanente transformação. Tais transformações não podem ser consideradas lineares, como se houvesse um fim ao qual todos almejamos chegar. As transformações podem se dar em todos os sentidos, mas nunca se darão apenas nas relações interpessoais, como se dependessem de ações individuais, e não das amplas relações sociais.

São todos movidos, ao mesmo tempo, pelo desejo de mudança – de autotransformação e de transformação do mundo em redor – e pelo terror da desorientação e da desintegração, o terror da vida que se desfaz em pedaços. Todos conhecem a vertigem e o terror de um mundo no qual “tudo o que é sólido desmancha no ar”.

Ser moderno é viver uma vida de paradoxo e contradição. É sentir-se fortalecido pelas imensas organizações burocráticas que detêm o poder de controlar e freqüentemente destruir comunidades, valores, vidas; e ainda sentir-se compelido a enfrentar essas forças, a lutar para mudar o seu mundo transformando-o em *nossa* mundo.

(Berman, 1986: 13, destakes do original)

Pensar nas relações internacionais no contexto de uma pandemia tendo como referência um país como o Brasil, com desenvolvimento econômico periférico e forte dependência dos países do Norte Global (*grosso modo*, os sucessores das relações coloniais), parece um desafio que é necessário enfrentar. Com Quijano (2000) podemos pensar na história da constituição de nossa nação, história de certo modo compartilhada com nossos irmãos da América Latina, que impôs pela força a dominação dos povos originários e dos povos do continente africano escravizados. Além da morte e subjugação dessas populações, esse processo tornou hegemônica uma concepção de evolução segundo a qual os humanos passam do estado de natureza à civilização moderna. Esse é o eixo de uma concepção eurocêntrica da humanidade que marca o racismo como a forma de dominação de todas as populações não europeias. Todos os não europeus seriam bárbaros, não civilizados, viveriam em estado de natureza. Essa diferença entre civilizado e não civilizado está na pele, o que faz perpetuar a ideia de superioridade, inclusive de nossas elites, que procuram se aproximar da ideia de povo civilizado como o europeu ou assemelhado.

Nossas elites, econômica e política, subordinam seus interesses aos dos países centrais e estimulam também uma subordinação cultural, o chamado “complexo de vira-latas”, ou colonialidade. As desigualdades que observamos entre as nações do Hemisfério Norte e as do Hemisfério Sul observamos também no interior de cada país,

como expressão do modelo econômico predominante. O *slogan* recorrente do Fórum Social Mundial, “um novo mundo é possível” e necessário, traz a ideia de que a luta contra as desigualdades mobiliza desiguais em todo o mundo.

A luta pela redução das desigualdades dentro das sociedades e também entre nações não é, como alguns atores tentam caracterizar, uma questão apenas ideológica, mas também ética, uma vez que o mundo estabeleceu em 1948, com a DUDH, que todos os humanos têm direito a uma vida digna. Para que possamos proceder a uma análise ética dos impactos da pandemia em nosso país, é útil entendermos que tipo de problema demanda tal análise. A princípio, é um problema ético tudo aquilo que afeta o bem-estar ou provoca o sofrimento não apenas de humanos, mas de todos os seres sencientes.

Cabe considerar que a forma como a saúde e o bem-estar de um humano são afetados por um agente etiológico de uma enfermidade, como o Sars-CoV-2, não é igual para todos. A Organização Mundial da Saúde reconhece essas diferenças e as associa às condições em que uma pessoa vive e trabalha, bem como a outros fatores sociais, econômicos, culturais e étnicos/raciais, a condições de moradia, alimentação, escolarização, renda etc. Whitehead (1982) enfatizava que todas as diferenças de saúde entre o melhor e o pior desempenho nos indicadores dos diferentes grupos socioeconômicos constituem iniquidades em saúde, ressaltando, entretanto, que nem todas as diferenças são de fato injustas. As diferenças na saúde são injustas quando são fruto da falta de possibilidade de ter boa alimentação, água e saneamento básico, de acesso a adequados serviços de saúde e do trabalho insalubre e estressante.

Da mesma maneira que é possível reconhecer as diferenças em saúde socialmente determinadas em certa comunidade, ou sociedade, também é possível entendê-las dessa forma na comparação entre os dados de saúde de nações diferentes. Embora alguns estudiosos da genética das populações o defendam, com base em uma análise eurocêntrica, mas não nos parece adequado atribuir a eventuais cargas genéticas uma suposta maior suscetibilidade a enfermidades diversas. Como Whitehead (1982) sinalizou, hoje não podemos deixar de considerar que tais diferenças podem e devem ser analisadas não só do ponto de vista socioeconômico mas também de acordo com a raça, a identidade sexual, a escolha dos parceiros sexuais, ao fato de a pessoa ter deficiência, enfim, com o pertencimento a grupos sociais submetidos a condições de vida e trabalho injustas que determinam formas de adoecer e morrer evitáveis e indignas.

A COVID-19 ATINGE DIFERENTEMENTE POPULAÇÕES

Durante emergências em saúde pública, como é o caso da pandemia de Covid-19, importa colocar as necessidades dos indivíduos no centro das respostas para proteção das populações. Na maioria das vezes, as respostas para a proteção durante a pandemia consideram populações em abstrato. Mas não há um humano universal. Recomenda-se, por exemplo, o distanciamento social, ficar em casa, lavar as mãos, usar máscaras. Mas nem todas as pessoas vivem o privilégio do distanciamento social durante uma pandemia. Um jargão comum das campanhas de conscientização no país se resume à frase “Fique em casa”: no entanto, nem todos experimentam a oportunidade do trabalho remoto, tampouco têm a casa como um espaço de proteção e cuidado. Para os que vivem escassez de água não há nem mesmo a possibilidade de lavar as mãos. Por isso, as políticas devem incorporar a realidade das desigualdades: os recursos públicos para manutenção da vida são distribuídos desigualmente a depender do gênero, raça, classe, deficiência e geografias.

As regras abstratas para a prevenção de uma epidemia abandonam as populações que vivem mais camadas de vulnerabilidade (Luna, 2009) – especialmente mulheres e meninas, pois são elas que enfrentam maiores riscos de viver as consequências negativas da pandemia, sejam estas adoecimento, desemprego, pobreza e morte (Al-Ali, 2020). A metáfora das camadas de vulnerabilidade permite compreender vulnerabilidade mediante uma análise relacional e dinâmica. Em outras palavras, tal análise deve incluir o contexto social, mas também as vulnerabilidades impostas de acordo com as características previamente identificadas na vida das diferentes populações numa perspectiva ampliada e interseccional. É nesse sentido que essa metáfora nos permite visualizar a existência de múltiplas vulnerabilidades: uma pessoa pode ser vulnerável pelas circunstâncias de sua vida diária, mas também em razão das desigualdades históricas, entre outras. Assim, as vulnerabilidades como camadas que se superpõem aos grupos populacionais potencializam outras vulnerabilidades e violações de direitos humanos (Luna, 2019). Desigualdades sociais, econômicas e de gênero colocam as pessoas em situações que vão se superpondo em camadas de vulnerabilidade, especialmente quando vivem em locais que foram historicamente governados por sistemas patriarcas, opressores e repletos de iniquidades.

Assim, lançamos a pergunta: diante de uma emergência em saúde pública, que vidas importam e devem receber cuidados e proteção? Não é uma pergunta retórica, pois deve ser respondida. O discurso hegemônico da saúde pública reitera que todas as vidas importam – inclusive mediante oferta gratuita e universal do cuidado em saúde. No entanto, apesar de a vida biológica ser um problema ontológico, o valor da vida se constitui

por mecanismos específicos de poder pelos quais algumas vidas são priorizadas (Butler, 2004). No Brasil, as centenas de mortes diárias em razão da Covid-19 foram tornadas números sem rostos ou biografias. O luto dos milhares de brasileiros que perderam seus entes queridos é ignorado por parcelas das autoridades públicas. Apreender uma vida biológica como passível de morte ou de adoecimento não significa que ela tenha sido reconhecida como digna de proteção (Butler, 2004). A pergunta no início do parágrafo não é, como já dito, retórica, mas um questionamento sobre como se movimentam as decisões políticas durante uma emergência de saúde pública na qual estruturas de poder racistas, capacitistas e patriarcais determinam graduações em seu direcionamento de recursos e tecnologias para proteção de determinadas vidas em detrimento de outras.

A criação de políticas públicas e de legislações que possam garantir e produzir esquemas de inteligibilidade para a produção de reconhecimento das vidas como dignas de proteção é fundamental nas emergências sanitárias. Essa medida se torna ainda mais urgente quando nos deparamos com a normalização dos anúncios dos milhares de mortos. Ou quando pouco se discute na esfera pública o fato de o Brasil ser o país do mundo com maior índice de mortalidade materna associada à Covid-19 ([Nakamura-Pereira et al., 2020](#)). Fatores como o acesso à saúde e as desigualdades sociais atingem de forma particular esse segmento populacional e parecem contribuir para as disparidades nas taxas de mortalidade quando comparados às dos países mais ricos ([Roberton et al., 2020](#)). Embora não tenhamos ainda dados comprobatórios das diferenças de impacto da Covid-19 na população de pretos e pardos, não é difícil pensar que as iniquidades são maiores em função mesmo das camadas de vulnerabilidade que se acumulam e se potencializam – ser pobre, moradora de favela, negra, mulher, transexual e lésbica. A violência estrutural da sociedade decorrente da formação econômica e cultural dominada por ideais europeus confere a essa população alto grau de exclusão da proteção do Estado, de invisibilidade. Diante da pergunta sobre quais vidas importam, quais vidas são dignas da proteção do Estado, precisamos olhar para as que mais estão afastadas dessa proteção, ou mais discriminadas pela sociedade, ou seja, aqueles grupos populacionais que estão expostos a mais camadas de vulnerabilidade.

Examinemos alguns aspectos da assistência à saúde no Brasil, ou como as mais diversas discriminações aparecem nessa assistência.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ESTAMOS PROMOVENDO A MISTANÁSIA?

A Constituição Federal brasileira informa que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir a universalidade e integralidade no acesso à saúde de brasileiras e brasileiros, sem distinções nem restrições, em todos

os cantos do país. É responsabilidade do Estado brasileiro atender a esses preceitos. Todavia, em 2016 uma emenda constitucional, a EC 95/2016, conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, com a justificativa de conter o desequilíbrio fiscal, congelou, por vinte anos, os gastos sociais do governo federal. Em um cenário de gigantescas desigualdades sociais, a limitação nesses gastos aprofundará as iniquidades históricas.

Os custos com saúde crescem seja pelo surgimento de novas (e caras) tecnologias médicas e novos medicamentos, seja pelo envelhecimento e crescimento da população. A parcela da população mais afetada com a aprovação da EC 95/2016 foi a mais vulnerabilizada e a que se utiliza exclusivamente do SUS, fazendo com que essa política de austeridade na saúde pública sirva para aumentar ainda mais o fosso que distancia socialmente o pobre do mais abastado.

Se permanecer a tendência atual, com a EC 95/2016 e o encolhimento do financiamento da saúde pública, teremos um SUS cada vez menor e precário. Restará aos mais pobres, aos desempregados ou sem trabalho formal depender da caridade para atendimentos de saúde, como acontecia no Brasil até os anos 1980. É possível vislumbrar o retorno a um momento em que grande parte da população sequer tinha acesso aos serviços de saúde. Assim, a manutenção das desigualdades brasileiras também é não um acaso, mas parte de um projeto.

Há um momento da nossa história em que o direito à saúde e a dura realidade de uma pandemia como a da Covid-19 entram em choque, o que se torna visível tanto na macroalocação de recursos – em políticas públicas, no financiamento para as ações de saúde – como na microalocação de recursos na saúde. Na microalocação de recursos na saúde o que vemos é uma seleção de beneficiários dos recursos disponíveis, que serão aqueles que mais recursos possuem, seja por meio da conquista de uma vaga via judicial ou mesmo via contatos, aqueles que têm contato com as redes de atenção à saúde. A imensa maioria da população não consegue chegar ao atendimento. Em termos de macroalocação de recursos, a falta de investimento no setor se reflete diretamente em redução de leitos, falta de equipamentos, redução de serviços e fechamento de unidades, o que cerceia o acesso da população à saúde.

Observamos esse cenário durante a pandemia de Covid-19. A Defensoria Pública do Rio de Janeiro (DPRJ) apresentou um relatório, relativo ao período de abril a agosto de 2020, com os dados de 111 unidades de saúde, entre postos de Saúde e unidades de Pronto Atendimento ([Rio de Janeiro, 2020](#)). A DPRJ analisou aproximadamente 550 mil atendimentos e mostrou o problema do subfinanciamento do SUS: por falta de leitos na rede pública, no estado do Rio de Janeiro morreram por Covid-19 muitas pessoas, algumas das quais antes mesmo de seus nomes serem inseridos no sistema

estadual de regulação de vagas. Foram identificados problemas de macroalocação – falta de leitos, de respiradores artificiais e de equipamentos de proteção individual – e de microalocação – pessoas que não conseguiram sequer constar na lista do sistema de regulação ou ter acesso a um respirador ou a medicamentos indispensáveis.

Além de vivermos um momento sem precedentes em nossa era, em que os leitos e insumos são escassos durante uma pandemia ou situação de emergência sanitária, esbarramos em mais um entrave: nossa incapacidade de gerar uma resposta nacional, somada à falta de investimentos e equipamentos decorrente da EC 95/2016. A limitação das despesas públicas em saúde e a falta de política nacional unificada de resposta à crise resultaram na incapacidade do Estado para responder mais apropriadamente à emergência sanitária. As respostas não foram federalizadas, mas descentralizadas em níveis estadual e municipal, o que gerou ações descoordenadas, desencontradas e quiçá catastróficas. Como resultado dessa equação, nos deparamos com a mistanásia.

Santos (1989) cunhou o termo que designa morte fora do tempo, miserável e totalmente evitável: mistanásia. O acesso restrito à saúde com a exposição maior da população vulnerabilizada acentuada pela pandemia causada pelo coronavírus deságua no quadro relatado pela DPRJ, cujas características permitem extrapolarlo para a realidade em boa parte do território nacional, pois temos acompanhado na mídia diversos casos similares de descaso e abandono que se acumulam às centenas no contexto da Covid-19. Sobre esse pano de fundo se desenrola como cena principal a morte precoce, previsível, evitável, causada por abandono, gerada tanto pela negligência quanto pela falta de interesse do Estado. Na mistanásia, a administração dos recursos econômicos que atingem diretamente a população mais pobre é realizada com base em avaliação de custo-benefício, provocando a prematuridade de sua morte por falta de condições mínimas de vida e atendimento inadequado sanitário.

Mistanásia, algo pouco discutido na saúde, reaparece sob alguns holofotes durante a pandemia da Covid-19. Pode ser considerada como uma das piores formas de morte, pois envolve abandono e descaso. Nessa morte desprovida de cuidados básicos de saúde é negado o direito a uma morte digna, violando, em última instância, o princípio da dignidade da pessoa humana. Aqui, a omissão do poder público se revela quando não há garantias de acesso a água potável e saneamento básico ou há iniquidades na distribuição dos serviços de saúde pública. Quando se trata de um período de pandemia como o que estamos vivenciando, a esses fatores que contribuem para a manutenção da desigualdade social que leva à morte de brasileiras e brasileiros se acrescentam, potencialmente, outros. O fato de as vidas da população brasileira não serem reconhecidas como dignas de cuidado e proteção torna-se fator condicionante do ato de deixar morrer, principalmente aqueles mais vulnerabilizados.

BARREIRAS IMPOSTAS PELA PANDEMIA: INTRANSPONÍVEIS OU SUPERÁVEIS?

No contexto de uma emergência sanitária como a que estamos vivendo, é também relevante distinguir, rigorosamente, as ações de cuidado, de vigilância e de pesquisa. Embora a resposta dada pelo Sistema Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) esteja sendo diferenciada das ações rotineiras, ainda nos faltam regras específicas para situações como a atual, e não apenas no Brasil. A proteção aos participantes de pesquisa e à população em geral não deve admitir subterfúgios retóricos que a relativizem.

O contexto de uma pandemia, ou de qualquer outra emergência sanitária, demanda que a população seja adequadamente informada. Em nosso caso, apesar de em um primeiro momento a resposta federal ter incluído conferências de imprensa diárias com as autoridades sanitárias, a politização da resposta à pandemia nos levou a uma situação de desinformação. Nem mesmo o esforço realizado por alguns órgãos da imprensa foi suficiente para compensar a falta de uma comunicação transparente, objetiva e crível, deixando-nos ao sabor dos interesses editoriais, que podem não coincidir com os da sociedade como um todo.

De maneira geral, as respostas às emergências sanitárias devem ser progressivas e cumulativas, da mera informação adequada até as medidas mais severas que podem restringir o direito de ir e vir e as liberdades individuais em geral. No início da pandemia a orientação desestimulava o uso de máscaras e a busca rápida por serviços de saúde. Sabemos hoje que essa orientação não era a mais apropriada, embora entendamos que a escassez de recursos de proteção individual e o receio de uma sobrecarga no sistema foram, provavelmente, a justificativa. E a sugestão de que a população evitasse, se pudesse, sair de casa mostrou-se discriminatória quando não foi oferecida qualquer alternativa para que trabalhadores de serviços não essenciais ou pessoas com amplas camadas de vulnerabilidade pudessem enfrentar a pandemia em segurança.

O que seria um certo padrão-ouro de vigilância em uma pandemia, a testagem massiva de pessoas sintomáticas e de seus contatos, também não foi uma constante no país. Testamos pouco e muitas vezes com o teste errado, usando o teste rápido quando se desejava fazer diagnóstico da presença do vírus, como relatado em ações de algumas organizações privadas. É preciso que o país se prepare seriamente para os picos das taxas de contágio, para realizarmos uma vigilância eficaz em todos os rincões nacionais e implementarmos a vigilância efetiva nos portos, aeroportos e fronteiras, como já se ensaiou em outras pandemias.

Autoridades públicas lançam polêmica sobre se a vacinação deveria ou não ser obrigatória, quando esta eventualmente estiver disponível e for de eficácia comprovada.

A vacinação para a prevenção de enfermidades para as quais elas estão disponíveis é obrigatoria desde 1975. Tanto a Constituição brasileira de 1988 como o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1989, preveem a obrigatoriedade da vacinação segundo orientação do Ministério da Saúde. Sabe-se, todavia, que há famílias que desacreditam da eficácia de vacinas e se consideram no direito de não vacinar nem mesmo os seus filhos. Também esse tema demanda medidas progressivas como resposta a mais esse desafio, sendo o debate público amplo indispensável, até que se chegue a medidas que limitem liberdades individuais para proteger as coletividades.

PARA APRENDER COM A HISTÓRIA

Em janeiro de 2020, dois bioeticistas chineses escreveram para o Hasting Center um artigo no qual citam uma frase atribuída a Hegel: “*We learn from history that we do not learn from history*” (Lei & Qiu, 2020). Esta frase não deve ser um vaticínio para nós. Não estávamos preparados para o enfrentamento da pandemia quando ela surgiu, mas devemos olhar para o que está acontecendo na Europa com a chamada “segunda onda” e nos prepararmos. Lembremos que a pandemia de 1918 só se encerrou em 1920 e é de se esperar que a atual também recrudesça, antes de atingirmos um real controle.

Assim, no plano das relações internacionais durante a pandemia é preciso que a ajuda internacional, oferecida pelos países do Norte Global àqueles com menor capacidade de responder às exigências emergenciais, não se resuma às ações que auxiliem apenas a contenção da emergência. A ajuda internacional deve ter sempre em conta a perspectiva de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de resposta local, com investimento em infraestrutura que não seja em instalações temporárias que, passada a crise, são desmontadas e levadas para os países de origem. Assim como no Brasil o investimento deveria ter sido feito não em estruturas temporárias que logo foram descartadas, mas no fortalecimento de nossa capacidade instalada, visto que a insuficiência de vagas em UTI não é circunstancial.

É preciso desmontar o projeto de desigualdade em curso no setor Saúde. É necessário tornar visível o processo de morrer que tem incluído a mistanásia. Qualificar a informação governamental para a população, enfrentando o negacionismo científico. São urgentes, também, investimentos suficientes e gestão de qualidade para que um sistema de saúde pública como o nosso SUS esteja pronto para servir seus usuários dentro de padrões de qualidades mínimos. É necessário que, com acesso universal, gratuito e integral, se cumpra a função de prover atendimento básico e emergencial mesmo durante uma pandemia.

Se o legado da pandemia será de longo prazo, as ações devem ser coletivas e capazes de construir estratégias para a proteção das populações hoje, mas também no futuro pós-pandemia. E a transformação do futuro será baseada nas respostas que ofereceremos no presente. O trabalho de cuidado, que é especialmente exercido pelas mulheres, evidencia que sem cuidado e solidariedade nenhum de nós sobreviveria. Por isso, aqui entendemos o cuidado como interdependência. Os valores liberais da individualidade e autossuficiência não nos protegem, mas nos desamparam, nos abandonam – especialmente durante crises sanitárias.

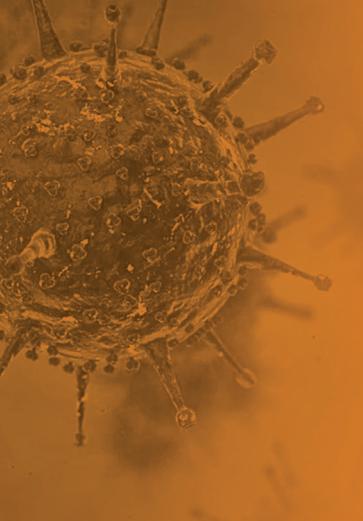
REFERÊNCIAS

- AL-ALI, N. Covid-19 and feminism in the Global South: challenges, initiatives and dilemmas. *European Journal of Women's Studies*, 27(4), 2020. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506820943617>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- BAUMAN, Z. *Tempos Líquidos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BERMAN M. *Tudo que é Sólido Desmancha no Ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- BUTLER, J. *Precarious Life: the powers of mourning and violence*. London: Verso, 2004.
- LEI, R. & QIU, R. Report from China: ethical questions on the response to the coronavirus. *The Hastings Center*, 31 Jan. 2020. Disponível em: <www.thehastingscenter.org/report-from-china-ethical-questions-on-the-response-to-the-coronavirus>. Acesso em: 3 de nov. 2020.
- LUNA, F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1): 121-139, 2009. Disponível em: <<https://utpjournals.press/doi/10.3138/ijfab.2.1.121>>. Acesso em: 3 de nov. 2020.
- LUNA, F. Identifying and evaluating layers of vulnerability: a way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2): 86-95, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dewb.12206>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Worldwide maternal deaths due to Covid-19: a brief review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1): 148-150, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13328>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- QUIJANO, A. Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America. *International Sociology*, 15(2): 215-232, 2000.
- RIO DE JANEIRO. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Relatório desenvolvido pela Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, 9 out. 2020. Disponível em: <[http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio_respostas_unidades_de_sa%C3%A9de_Covid_09.10.20_\(3\)_1.pdf](http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio_respostas_unidades_de_sa%C3%A9de_Covid_09.10.20_(3)_1.pdf)>. Acesso em: 3 de nov. 2020.

ROBERTON, T. et al. Early estimates of the indirect effects of the Covid-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7): E901-E908, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)>. Acesso em: 3 de nov. 2020.

SANTOS, M. F. Eutanásia em chave de libertação. *Boletim Icaps - Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde*, São Paulo, jun. 1989, p. 6.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 1992. Disponível em: <<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>>. Acesso em: 3 de nov. 2020.



A Covid-19, a Indústria da Carne e outras Doenças do Capitalismo

Jean Segata, Luiza Beck, Luísa Muccillo e Giovana Lazzarin

Temos de parar de nos desenvolver e começar a nos envolver.
Ailton Krenak em *A Vida Não É Útil*, 2020

A relação entre o consumo de carne e a pandemia da Covid-19 tem escrito muitas histórias. Neste trabalho, cruzaremos duas delas. A primeira tem a ver com a tentativa de explicar a origem do novo coronavírus a partir de uma sopa de morcegos na China. A segunda fala sobre adoecimento nas linhas de produção de frigoríficos do sul do Brasil. Nossa objetivo é mostrar como a supervalorização de narrativas exóticas sobre o consumo de animais silvestres oblitera o modo como o capitalismo agroindustrial molda relações nocivas entre humanos, animais e ambientes.¹

A CARNE E O CONTÁGIO

Em janeiro de 2020, quando o surto de uma espécie de pneumonia desconhecida começou a se espalhar rapidamente a partir da cidade de Wuhan, na China central, uma narrativa originária emergiu. A infecção teria começado com o consumo da carne de algum animal silvestre vendido nos mercados úmidos da cidade. Frutos do mar, cobras, civetas, pangolins. Todos eram suspeitos de permitir que o vírus “pulasse da

¹ Este trabalho resulta do Projeto A Covid-19 no Brasil: análise e resposta aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento (Convênio Ref.: 0464/20 FINEP/UFRGS). A pesquisa é desenvolvida pela Rede Covid-19 Humanidades MCTI e integra o conjunto de ações da Rede Vírus MCTI financiadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações para o enfrentamento da pandemia. Uma versão mais ampla deste texto foi publicada no dossiê *Antropología y Covid-19 desde el Conosur* da *Tesisuras: Revista de Antropología e Arqueología* (Segata, Beck & Muccillo, 2020).

natureza” para os seres humanos. As especulações ganharam muitas versões, mas foi a imagem de uma “sopa de morcegos” apresentada como a fonte original da pandemia, que ganhou o mundo.²

A sopa de morcego forma um tipo de mito já bastante conhecido no recente universo que converteu surtos, epidemias e pandemias em um assunto de biossegurança. Ele enquadra um enredo que associa hábitos alimentares “exóticos” para o ponto de vista hegemônico dos países do Norte Global com início de uma nova infecção entre humanos (Keck, 2010, 2020; MacPhail, 2014; Mason, 2016; Porter, 2019). A ideia posta é a de que certos animais não humanos operam como reservatórios naturais de agentes patógenos, como os vírus, as bactérias, os protozoários e outros. Por meio de contatos diretos e indiretos, como picadas, ingestão, trocas de fluidos ou resíduos, eles podem atravessar a fronteira das espécies e atingir os humanos. Esses processos têm ecologias e mecânicas complexas, mas há duas tendências que se destacam na tentativa de explicá-los. A primeira, mais clássica, é a do raciocínio cibernetico-epidemiológico. Ele sugere que um patógeno conhecido circule entre animais em ciclos que podem culminar com a transmissão para os humanos. É o caso da leishmaniose, da leptospirose, da raiva, entre inúmeras outras. A segunda explicação é chamada de emergentista. Em seus termos, um encontro randômico e inoportuno que envolve vírus, animais, ambientes e seres humanos pode provocar uma combinação perigosa capaz de gerar, por exemplo, uma mutação viral. Nesse caso, trata-se da emergência de um novo e desconhecido patógeno capaz de “pular” para humanos e desencadear entre eles uma infecção (Keck & Lynteris, 2018; Keck, 2020). É o tipo de modelo que permite especular sobre o paciente zero e o seu contaminante, e tem conformado muitas das explicações sobre a origem da Covid-19.

A outra história que envolve a pandemia e o consumo de carne parece menos apelativa às sensibilidades explicativas da origem do vírus. Mas é privilegiada para descrever o agravamento das contaminações com ele. Trata-se da agroindústria global de processamento de carne em larga escala, estabelecida localmente a partir de frigoríficos e abatedouros. Diferentemente do exotismo das caracterizações com as quais se descrevem os mercados úmidos chineses, esses “espaços modernos” e obedientes a rígidos protocolos sanitários operam discretamente na transformação de animais criados em regime de confinamento em diversas mercadorias do universo das “proteínas essenciais”.

² Ver, por exemplo, Coronavírus pode ter sido transmitido..., 2020. Vestígios do vírus também foram encontrados em amostras de esgoto de diversas cidades com datas anteriores a 2020 (Lodder & Husman, 2020). Especulou-se também que o vírus teria origem laboratorial – teoria agora predominantemente refutada, como indica o estudo da revista *Nature* (Andersen et al., 2020). Ver também Readfearn, 2020.

Recentemente, plantas dessa indústria gigante foram associadas a inúmeros surtos de contaminação com o novo coronavírus em países como os Estados Unidos, a Alemanha e o Brasil.³ As altas taxas de infecção registradas entre trabalhadores desse tipo de indústria, seus familiares e comunidade resultaram na suspensão de atividades de diversos estabelecimentos do setor. No estado do Rio Grande do Sul, onde temos desenvolvido nosso estudo, foram 5.804 casos confirmados de Covid-19 entre trabalhadores do setor frigorífico nos seis primeiros meses de pandemia, entre março e setembro. No mês de junho, esse número chegou a representar 32% dos casos do Rio Grande do Sul, ou seja, 1/3 do contingente de contaminados. O que sugere que o trabalho com a carne responda por uma grande fatia da interiorização da doença no estado.⁴

Mas essas histórias têm mais a revelar. As preferências alimentares na China vão além dos civetas, pangolins ou das sopas de morcego. O país é um dos maiores importadores da carne produzida no Brasil. O volume comercial é tão robusto que representou mais de 1/4 da produção bovina e mais da metade da produção suína de 2019.⁵ Por causa do surto de Wuhan, políticos brasileiros se sentiram à vontade para acusar a China pela origem da pandemia. Eles cobravam responsabilidade e levantavam suspeitas de conspiração.⁶ Enquanto isso, alguns lotes de asinhas de frango contaminadas com o vírus se combinaram com a xenofobia e a imperícia diplomática e mostraram que há problemas ainda mais tóxicos nesses mercados globais. Em meio a disputas

³ Nos EUA, os frigoríficos e abatedouros foram considerados centros locais de transmissão do vírus e também chamados de “o elo mais fraco da cadeia de alimentação”. Ver, por exemplo, Corkery & Yaffe-Bellany, 2020. Na Alemanha, mais de mil casos confirmados de Covid-19 foram registrados a partir de um único abatedouro da maior firma de processamento de carne do país. Ver Coronavirus: German..., 2020. No Brasil, os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul ganharam destaque pelo elevadíssimo número de casos de Covid-19 entre trabalhadores de frigoríficos. Ver Rocha, 2020.

⁴ No dia 3 de junho de 2020, o boletim relativo à Semana Epidemiológica 22, organizado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde do RS ([CEVS, 2020](#)), passou também a incluir na classificação dos surtos a natureza do estabelecimento de ocorrência. Foram adicionadas três diferentes categorias, sendo a “Categoria I” referente apenas às indústrias destinadas à fabricação de produtos alimentícios (frigoríficos e laticínios) e as outras duas categorias reservadas para empresas em geral e instituições de longa permanência, como asilos e penitenciárias. Nos boletins anteriores, a discriminação quanto ao local de origem do surto de síndrome gripal era restrita a “empresas” e “instituições fechadas”.

⁵ Ver: Exportação de carne bovina..., 2020 e “Metade das exportações...”, 2020.

⁶ Ver, por exemplo, as relações conturbadas entre Brasil e China durante a pandemia começando com retomada das importações depois do que se supôs ser o fim da então epidemia chinesa do novo coronavírus, em março de 2020: China volta..., 2020; Brasil dobra vendas..., 2020, e China suspende importações..., 2020. Mas, para além da carne, os humores entre os países se alteraram com as acusações por parte de políticos brasileiros de que a China era responsável pela pandemia, como nos seguintes casos: Eduardo Bolsonaro..., 2020, e Souza, 2020.

sobre a posição do vírus – se ele estava na embalagem ou diretamente na superfície das asinhas –, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou nota dizendo que a carne era segura para o consumo. No entanto, a entidade não se manifestou sobre o vertiginoso aumento de contaminação entre os trabalhadores do setor, que já escancarava suas condições precárias e insalubres.⁷

MUITO ALÉM DO VÍRUS

A despeito da frequente presença da exoticidade em narrativas sobre a origem de um vírus, é no cotidiano mais vulgar que suas histórias de contaminação são escritas. A indústria de processamento de carnes é um exemplo disso. Ela tece uma miríade de encontros íntimos entre humanos, animais de vida curta e baixa resistência a doenças, resíduos químicos e orgânicos altamente tóxicos e relações de trabalho precarizado e de sofrimento compartilhado. Convivência e contágio, afeto e risco, vida e morte estão o tempo todo implicados nesses ambientes.

Em um trabalho recente, Alex Blanchette (2020) descreve a presença desigual de corpos negros e latinos em meio a ecologias precárias da indústria de carne de porco estadunidense. O antropólogo coloca em relevo a atuação de um capitalismo racial que conduz migrantes a graus desproporcionais de contato poroso com substâncias potencialmente contaminantes. São processos silenciosos que intersectam e corporificam o capitalismo e o Antropoceno e suas hierarquias raciais, de classe e multiespécie. Um exemplo trazido na sua etnografia é ilustrativo. Lagoas no entorno de granjas de confinamento acolhem o estrume dos porcos. E também recebem altas cargas de antibióticos e outras substâncias não processadas pelo sistema digestório suíno. O sol forte dos desertos do sul dos Estados Unidos faz a parte líquida desse estrume evaporar, levando consigo as partículas dos químicos residuais. Com a chuva, eles atingem as populações humanas e de outros animais dessas regiões e se

⁷ Ver Chade, 2020 e também “Autoridades de Shenzhen, na China, detectam em asas de frango congeladas provenientes de um frigorífico da empresa Aurora de Santa Catarina (a terceira maior empresa do Brasil em processamento de porco e frango). (...) A ABPA (Associação Brasileira de Proteína Animal) diz que a contaminação da embalagem pode ter ocorrido no transporte/exportação, e insiste que não há evidências que a carne possa transmitir o vírus”. Ver “Frango brasileiro...”, 2020 e “Produtores falam em contaminação...”, 2020. Uma nota: quando a notícia aqui citada foi originalmente acessada no site do UOL, o seu título era “Frango brasileiro exportado a China aparentemente contaminado pelo Covid”. Em novo acesso, em 10 de março de 2021, viu-se que o UOL aparentemente mudou o título para “Produtores falam em contaminação na embalagem de frango na China”. Tal mudança desloca a culpa pela contaminação: ao invés de supostamente ter acontecido no Brasil durante o processamento da carne, ela teria ocorrido na China na recepção do produto. Cabe-nos perguntar quais são as motivações e quem são os interessados nessa inversão denotada pela alteração do título da reportagem.

instalam diretamente em seus corpos, atravessando as fronteiras porosas da pele. A parte seca do estrume que sobra nas lagoas vira poeira que voa com o vento e se instala, através das vias respiratórias, nos pulmões dos trabalhadores e vizinhos dessas corporações. Porcos, negros e migrantes latinos são trabalhadores precários, explorados pelo capitalismo agroalimentar. Eles compartilham situações de intensa exploração e sofrimento. Os humanos precisam lidar com dejetos, vísceras e linhas de produção que envolvem baixíssima temperatura e acidentes com objetos cortantes. Por seu turno, os porcos trabalham para essas corporações em jornadas integrais – 24 horas por dia, 7 dias por semana. Porcos não descansam. Eles precisam comer intensivamente a ração que é posicionada nos comedouros à sua frente e render músculos e gordura no menor tempo possível para serem reconhecidos “colaboradores lucrativos”.

As paisagens suínas e suas ecologias de mau cheiro, água contaminada e degradação de ambientes por meio de resíduos contaminantes se multiplicaram nas últimas décadas. Elas converteram pequenos agricultores dos interiores em “empreendedores do campo”, que terceirizam a produção animal das grandes e capilarizadas corporações. A emergência da engenharia genética e os protocolos sanitários internacionais são facilitadores desse neoliberalismo extrativista e carnificador (Segata, 2020a) que delinea geografias desiguais mas é pacificado pela promessa de alimentar o povo, sobretudo com carne a baixo custo. Como explicaram Lapegna e Otero (2016), a promessa da democratização alimentar em países economicamente vulneráveis age com base na ideia de que com carne na mesa a vida parece boa e justa, apesar das imensas e doenças cargas de trabalho precarizado.⁸ Não é por menos que mesmo com a intensa transmissão registrada em frigoríficos de vários países, nas especulações sobre a origem de pandemias como esta da Covid-19 não se fala de um “pulo” de vírus vindo de animais de criação intensiva.

⁸ A conversão da indústria da carne em “serviço essencial” remete a uma discussão mais antiga sobre regimes alimentares. No Rio Grande do Sul, por exemplo, ela ganha forma em argumentos identitários e neoevolucionistas sobre o estabelecimento do homem no domínio da cadeia alimentar (Sordi, 2016). Agora, no contexto da pandemia, associações brasileiras ligadas a essa indústria lançaram nota de repúdio à decisão de interditar algumas plantas no Rio Grande do Sul. Nela, é sugerido que a falta de carne nas prateleiras poderia causar um caos social: “com a paralisação da produção de alimentos há o risco de inflação e desabastecimento. Unidades fechadas podem significar ausência de produtos nos supermercados. Processos que promovam diminuição da oferta de alimentos podem, no futuro, levar ao caos social”. Entre as entidades que assinam a nota estão a Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA), a Associação Gaúcha de Avicultura (Asgav), o Sindicato das Indústrias de Produtos Avícolas no Estado do Rio Grande do Sul (Sipargs), o Sindicato das Indústrias de Produtos Suínos do Estado do Rio Grande do Sul (Sips) e a Associação de Criadores de Suínos do Rio Grande do Sul (Acsurs). Ver Nota de repúdio..., 2020.

Desde 2005 a OMS tem orientado a usar nomenclaturas de vírus e infecções codificadas com letras e números sem identificações geográficas, como se fez com a gripe espanhola, a febre do Nilo ou vírus zika. Em questão, tem estado a tentativa de mitigar a estigmatização e a perseguição das populações como as que cabem em rótulos como o de “vírus chinês” para o caso da Covid-19. Mas filogeógrafos, como Rob Wallace (2020), interessados em compreender a origem geográfica de determinadas cepas de vírus questionam essa medida. Ainda que reconhecendo o potencial estigmatizante, sua crítica sugere que se trata de uma tentativa de atrapalhar a pesquisa epidemiológica de mapeamento da evolução e difusão de patógenos para acalmar os humores dos países que se beneficiam de grandes corporações da agroindústria e financiam a OMS.

Geografia não pode ser reduzida a demarcação político-espacial. Ela envolve o estudo das dinâmicas de ocupação e apropriação dos ambientes. Há robustas evidências de um exponente aparecimento de patógenos em geografias de rápida transformação, como aquelas que abrigam emergentes conurbações, lavouras de monocultura e fazendas de animais em confinamento. Para Wallace (2020), a identificação geográfica da origem de um vírus e de suas infecções seria uma forma de responsabilizar governos, Estados e corporações que atuam em favor de seu aparecimento. Mais que isso, para o autor, uma taxonomia fina seria ainda mais preferível: uma vez identificadas as plantas de produção de onde se originam os surtos, poderíamos batizar as cepas de vírus de acordo com suas origens corporativas.

Se frigoríficos e abatedouros não podem ser considerados exatamente seguros para seus trabalhadores, nem humanos nem animais, fica evidente que a superexposição de mercados úmidos chineses como responsáveis pelo surgimento da pandemia é apenas uma forma de desviar a atenção sobre as responsabilidades da indústria carnista de escala. A precariedade evidente da presumida segurança dos alimentos produzidos em ambientes industriais coloca em questão a narrativa sobre os riscos contra a saúde, a moralidade e a civilidade representados pela carne não regulamentada.

A BIOSSEGURANÇA E O CAPITALISMO AGROALIMENTAR

Há uma crônica desproporção nas histórias de contágio. Antropozoonoses costumam sugerir assimetrias baseadas na ideia geral de que “a natureza e os animais” são tipos estrangeiros que ameaçam as “sociedades e vidas humanas”. O eixo central do enquadramento ainda repousa sobre a grande divisão natureza e cultura e opera num esquema relacional que organiza o animal no papel de algoz e contaminante e o humano naquele de vítima ou contaminado.

Tecnologias de biossegurança endossam esse esquema. Elas foram projetadas a partir dos anos 1970 como protocolos laboratoriais envolvidos na crescente engenharia genética. Mas se converteram em sistemas políticos de contenção cada vez mais robustos, que definem e distribuem riscos e vulnerabilidades a partir daquilo que Lakoff (2017) chama de performances imaginativas, baseadas em projeções modeladas por computador que atualizam modelos bélicos de inteligência militar, quase sempre militarizadas. Sistemas de mineração de dados, softwares de geolocalização e tecnologias de DNA são parte do aparato recente que permite identificar rapidamente a presença de um “inimigo invisível” – decifrar seu genoma, mapear sua mecânica de transmissão e suas rotas de circulação. Trata-se de um sistema de vigilância algorítmica e molecular que ecoa as fantasias tecnocráticas da ubiquidade e do tempo real (Caduff, 2015; Lakoff, 2017; Segata, 2020a, 2020b). Essas tecnologias permitem superexpor um vírus e antever curvas de casos e de mortes. Mas não são sensíveis o suficiente para capturar a falta de água para lavar as mãos na maior parte das comunidades mais pobres do Brasil. Também não são calibradas para detectar os ônibus lotados que a agroindústria freta para transportar seus trabalhadores no interior do Rio Grande do Sul. Tampouco para perceber que pobres, negros, mulheres e indígenas são convertidos em “serviço essencial” para a manutenção do novo normal das elites e da classe média branca.⁹

O ponto é que um imaginário cada vez mais pervasivo tem moldado um projeto global de conversão da saúde em assunto de segurança e ambas em uma única *commodity* de mercados atuariais (Segata, 2020a). Essa mudança de escala e de natureza da biossegurança tem sido frequentemente operada e justificada por uma ideia elástica de globalização. Nela cabe a expansão da produção e do comércio internacional de produtos de origem animal e vegetal, a circulação de pessoas, mas também de conhecimentos e técnicas da microbiologia. Trata-se de um cenário construído com discursos catastróficos sobre células terroristas infiltradas entre migrantes e refugiados – sobretudo negros, pobres, latinos, árabes – ou superbactérias mutantes resistentes a antibióticos e cepas mortais de algum vírus adormecido que atravessa oceanos na carona de alguém que jantou uma sopa de morcego. Assim, diferentes domínios de

⁹ Além da criação de uma categoria específica para os frigoríficos e lacticínios no mapeamento dos surtos, outro movimento político chamou a atenção: o posicionamento da indústria da carne como “serviço essencial”. Essa categoria, que define quais serviços devem continuar funcionando integral ou parcialmente durante a pandemia, anunciada tanto pelo presidente Donald Trump quanto pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil (Mapa) (Brasil, 2020), adiciona mais um elemento no campo de disputas que constitui o momento presente. No caso dos Estados Unidos, o presidente chega a mencionar que a cadeia produtiva da carne (bovina, suína e aviária) constitui a infraestrutura crucial do país, e que as medidas de mitigação necessárias a afetaram dramaticamente. Ver “Executive order...”, 2020.

interesse, como aquele das emergências sanitárias e climáticas, da autonomia alimentar e do terrorismo, tiveram seus caminhos cruzados na mira de ações de Estado para a vigilância e o controle de humanos, animais, artefatos e ambientes (Caduff, 2014; Segata, 2020a, 2020b). A biossegurança é uma forma emergente de governabilidade que atua em favor das grandes corporações do capitalismo agroalimentar e das políticas externas dos Estados neoliberais. Ela ergue fronteiras cada vez mais rígidas entre nações, culturas e espécies, e, na falta voluntária de traquejo, cria espaços de guerra e de separação, ao invés de encontros e de partilhas.

* * *

Pandemias são eventos críticos que devastam vidas e projetos. No entanto, como mostramos, elas manifestam apenas parte de uma profunda catástrofe que cruza nossas vidas com as de outras espécies e ambientes. O vírus-centrismo oblitera os emaranhados mais ou menos contingentes que estabelecem as condições favoráveis para que eventos críticos ganhem forma e intensidade. A história da pandemia de Covid-19, por exemplo, tem sido narrada em torno do novo coronavírus. Mas a catástrofe não tem sido protagonizada apenas por ele; há inúmeras infraestruturas antrópicas que suportam e potencializam a sua atuação. A economia precária tem impedido que a população se isole e viva o tempo do cuidado. Os ônibus também seguem lotados e as linhas de produção industrial a todo vapor. Falta água nas comunidades e sobra negacionismo por toda parte. Além disso, como bem lembrou Ailton Krenak (2020: 23), “tem essa campanha imoral de que o agro é tech, o agro é pop, o agro é tudo. [Então,] essa calamidade que nós estamos vivendo no planeta hoje, pode apresentar a conta dela para o agro”.

Enfim, de um ponto de vista antropológico, vírus sozinho não faz pandemia, tampouco explica uma doença. O que temos vivido é uma sindemia, e o seu principal operador é o capitalismo. Ele é um tipo de morte comprida que entra nos corpos e instala na carne a sua indústria de sofrimento e de exploração crônica.¹⁰ Portanto, é preciso que questionemos mais incisivamente o papel do neoliberalismo no cultivo e na criação intensiva de doenças. A resistência a ele deve ser envolvente e constituir subsídios para a elaboração de políticas de convivência e de cuidado conjunto para humanos, animais e ambientes.

¹⁰ Temos em mente aqui a ideia de “doença comprida”, explorada por Fleischer (2018) em relação às políticas de cronicização de doenças como a hipertensão, bem como a inspiradora categoria de sindemia, tal como empregada por Singer e Rylko-Bauer (2021) para analisar ao desenvolvimento da Covid-19.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, K. et al. The proximal origin of Sars-CoV-2. *Nature Medicine*, 26: 450-455, 2020.
- BLANCHETTE, A. *Porkopolis: American animality, standardized life, and the factory farm*. Durham: Duke University Press, 2020.
- BRASIL DOBRA VENDAS de carne bovina à China enquanto isolamento pelo coronavírus afeta outros mercados. *G1*, Rio de Janeiro, 14 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2020/04/14/brasil-dobra-vendas-de-carne-bovina-a-china-enquanto-isolamento-pelo-coronavirus-afeta-outros-mercados.ghtml>>. Acesso em: 7 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento/Gabinete da Ministra. Portaria 116/20. Dispõe sobre os serviços, as atividades e os produtos considerados essenciais pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento para o pleno funcionamento das cadeias produtivas de alimentos e bebidas, para assegurar o abastecimento e a segurança alimentar da população brasileira enquanto perdurar o estado de calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 mar. 2020. Disponível em: <www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-116-de-26-de-marco-de-2020-250059467>. Acesso em: 12 set. 2020.
- CADUFF, C. On the verge of death: visions of biological vulnerability. *Annual Review of Anthropology*, 43: 105-121, 2014.
- CADUFF, C. *The Pandemic Perhaps: dramatic events in a public culture of danger*. Oakland: University of California Press, 2015.
- CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RS (CEVS). *Boletim Epidemiológico Covid-2019*, semana epidemiológica 22 de 2020. Porto Alegre, 3 jun. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/04134058-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-se-22.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2020.
- CHADE, J. Frango: OMS diz que não existem evidências de transmissão por alimentos. *Portal UOL*, São Paulo, 13 ago. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/08/13/frango-oms-diz-que-nao-existem-evidencias-de-transmissao-por-alimentos.htm>>. Acesso em: 20 set. 2020.
- CHINA suspende importações de 3 frigoríficos brasileiros, diz ministério. *G1*, Rio de Janeiro, 29 jun. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2020/06/29/china-suspende-importacoes-de-3-produtores-de-carne-do-brasil-diz-ministerio.ghtml>>. Acesso em: 6 set. 2020.
- CHINA VOLTA a importar carne do Brasil com força, e já impulsiona arroba. *Money Times*, 27 mar. 2020. Disponível em: <www.moneytimes.com.br/china-volta-a-importar-carne-do-brasil-com-forca-e-ja-impulsiona-arroba/>. Acesso em: 6 set. 2020.
- CORKERY, M. & YAFFE-BELLANY, D. The food chain's weakest link: slaughterhouses. *The New York Times*, New York, 18 Apr. 2020. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/04/18/business/coronavirus-meat-slaughterhouses.html>>. Acesso em: 7 set. 2020.
- CORONAVÍRUS PODE ter sido transmitido por sopa de morcego e carne de cobra. *Veja*, São Paulo, 23 jan. 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/coronavirus-pode-ter-sido-transmitido-por-sopa-de-morcego-e-carne-de-cobra/>>. Acesso em: 4 set. 2020.

CORONAVIRUS: GERMAN slaughterhouse outbreak crosses 1,000. 2020. D.W., 2020. Disponível em: <www.dw.com/en/coronavirus-german-slaughterhouse-outbreak-crosses-1000/a-53883372>. Acesso em: 4 set. 2020.

EDUARDO BOLSONARO culpa China por coronavírus e gera crise diplomática. G1, Rio de Janeiro, 19 mar. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/19/eduardo-bolsonaro-culpa-china-por-coronavirus-e-gera-crise-diplomatica.ghtml>>. Acesso em: 7 set. 2020.

EXECUTIVE ORDER 13917 - Delegating authority under the DPA with respect to food supply chain resources during the National emergency caused by the outbreak of Covid-19. (20 abr. 2020). Disponível em: <www.federalregister.gov/documents/2020/05/01/2020-09536/delegating-authority-under-the-defense-production-act-with-respect-to-food-supply-chain-resources>. Acesso em: 7 set. 2020.

EXPORTAÇÃO DE CARNE BOVINA em 2019 bate recorde em volume e faturamento, diz associação. G1, Rio de Janeiro, 8 jan. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2020/01/08/exportacao-de-carne-bovina-em-2019-bate-recorde-em-volume-e-faturamento-diz-associcao.ghtml>>. Acesso em: 13 set. 2020.

FLEISCHER, S. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

KECK, F. *Un Monde Grippé*. Paris: Flammarion, 2010.

KECK, F. *Avian Reservoirs: virus hunters & birdwatchers in Chinese sentinel posts*. Durham: Duke University Press, 2020.

KECK, F. & LYNTERIS, C. Zoonosis: prospects and challenges for medical anthropology. *Medicine Anthropology Theory*, 5(3): 1-14, 2018.

KRENAK, A. *A Vida Não É Útil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LAKOFF, A. *Unprepared: global health in a time of emergency*. Oakland: University of California Press, 2017.

LAPEGNA, P. & OTERO, G. Cultivos transgénicos en América Latina: expropiación, valor negativo y Estado. *Estudios Críticos del Desarrollo*, 6(2): 19-43, 2016.

LODDER, W. & HUSMAN, A. M. SARS-CoV-2 in wastewater: potential health risk, but also data source. *Correspondence*, 5(6): 533-534, 2020.

MACPHAIL, T. *The Viral Network: a pathography of the H1N1 Influenza pandemic*. Ithaca: Cornell University Press, 2014.

MASON, K. *Infectious Change: reinventing Chinese public health after an epidemic*. Stanford: Stanford University Press, 2016.

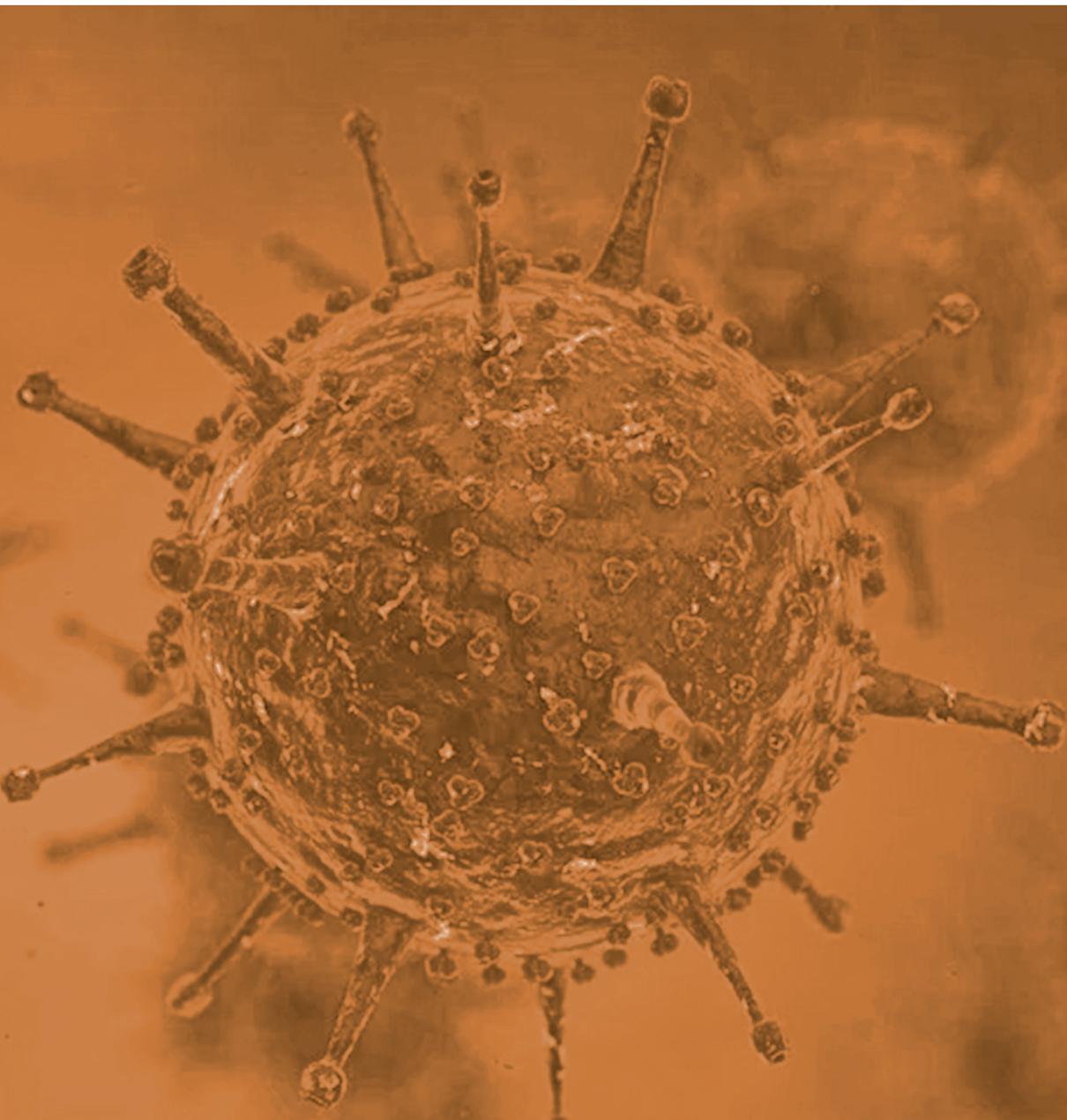
METADE DAS EXPORTAÇÕES de carne suína foi para a China, 2020. Disponível em: <www.suinoculturainustrial.com.br/imprensa/metade-das-exportacoes-de-carne-suina-foi-para-a-china/20190807-112635-d730>. Acesso em: 21 set. 2020.

NOTA DE REPÚDIO: ABPA, Asgav, Sipargs, Sips e Acsurs questionam interdições de plantas e ressaltam impactos para o País, 8 maio 2020. Disponível em: <<http://agsav.com.br/index.php/noticias-interna/nota-de-repudio-abpa-aglav-sipargs-sips-e-acurs-questionam-interdicoes-de-plantas-e-ressaltam-impactos-para-o-pais-1597>>. Acesso em: 10 set. 2020.

- PORTER, N. *Viral Economies: bird flu experiments in Vietnam*. Chicago: Chicago University Press, 2019.
- PRODUTORES FALAM EM CONTAMINAÇÃO na embalagem de frango na China... Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/08/13/frago-coronavirus.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- READFEARN, G. How did coronavirus start and where did it come from? Was it really Wuhan's animal market? *The Guardian*, London, 28 Apr. 2020. Disponível em: <www.theguardian.com/world/2020/apr/28/how-did-the-coronavirus-start-where-did-it-come-from-how-did-it-spread-humans-was-it-really-bats-pangolins-wuhan-animal-market>. Acesso em: 7 set. 2020.
- ROCHA, C. Por que os frigoríficos são foco de disseminação do coronavírus. *Nexo*, 15 maio 2020. Disponível em: <www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/15/Por-que-os-frigor%C3%ADficos-s%C3%A3o-foco-de-dissemin%C3%A3o-do-coronav%C3%ADrus>. Acesso em: 8 set. 2020.
- SEGATA, J. Covid-19, biossegurança e antropologia. *Horizontes Antropológicos*, 26(57): 275-313, 2020a.
- SEGATA, J. Covid-19, crystal balls, and the epidemic imagination. *American Anthropologist*, Public Anthropology Series, 2 July 2020b. Disponível em: Disponível em: <www.americananthropologist.org/2020/07/02/covid-19-crystal-balls-and-the-epidemic-imagination>. Acesso em: 2 set. 2020.
- SEGATA, J.; BECK, L. & MUCCILLO, L. A Covid-19 e o capitalismo na carne. *Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia*, 8(1): 354-373, 2020.
- SINGER, M. & RYJKO-BAUER, B. The syndemics and structural violence of the Covid pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropology Research*, I: 7-32, 2021.
- SORDI, C. *De Carcaças e Máquinas de Quatro Estômagos: controvérsias sobre o consumo e a produção de carne*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016.
- SOUZA, R. Celso de Mello abre inquérito contra Weintraub por racismo contra chineses. *Correio Braziliense*, Brasília, 2020. Disponível em: <www.correobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/29/interna_politica,849567/stf-abre-inquerito-contra-weintraub-por-racismo-contra-chineses.shtml>. Acesso em: 7 set. 2020.
- WALLACE, R. *Pandemia e Agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Elefante, 2020.

PARTE II

Narrativas sobre Populações Vulnerabilizadas





Saúde Mental e Atenção Psicossocial a Grupos Populacionais Vulneráveis por Processos de Exclusão Social na Pandemia de Covid-19

*Beatriz Schmidt, Débora da Silva Noal,
Bernardo Dolabella Melo, Carlos Machado de Freitas,
Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Maria Fabiana Damásio Passos*

A pandemia do novo coronavírus (Covid-19) atingiu mais tarde a América do Sul em comparação a outras regiões, tais como a Ásia e a Europa. No Brasil, o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus foi confirmado no final de fevereiro de 2020 ([Rodriguez-Morales et al., 2020](#)). No final de maio de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a América do Sul e, em particular, o Brasil, como o epicentro da pandemia ([Feuer, 2020](#)). Tal fato exigiu, entre uma série de medidas, a reorganização de serviços de saúde mental e atenção psicossocial (Smags), de forma a oferecer cuidados alinhados às demandas emergentes, especialmente para grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com aproximadamente 210 milhões de habitantes, caracterizado por ampla desigualdade social. Nesses termos, a Covid-19 se apresenta como uma síndemia, o que enfatiza ainda mais a necessidade de ampliar os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No atual cenário, mostra-se necessário não somente integrar cuidados, mas também prover proteção social àqueles já excluídos socialmente. Em 2018, aproximadamente 25% da população brasileira viviam abaixo da linha da pobreza ([IBGE, 2019](#)). Entretanto, como a crise econômica que já se encontrava em curso foi exacerbada com a pandemia, é possível que essa proporção seja ainda maior atualmente, em face dos indicativos de perda de emprego e renda pela população brasileira desde que a Covid-19 passou a afetar o país ([Oliveira et al., 2020](#)).

As condições precárias de moradia e saneamento básico, incluindo domicílios superlotados e dificuldades para acesso sistemático à água potável, tendem a prejudicar a adoção das medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias para conter a rápida

escalada do contágio pelo novo coronavírus ([Werneck & Carvalho, 2020](#)). Nesse contexto, torna-se complexa a realização de alguns cuidados individuais e coletivos, como higienização das mãos, distanciamento social e isolamento domiciliar de casos confirmados ou suspeitos ([Noal, Passos & Freitas, 2020](#)).

Além das rápidas mudanças na rotina, da desarticulação das redes de apoio e do estresse financeiro, pessoas de diferentes grupos populacionais adoeceram e perderam a vida em decorrência da Covid-19 ([Fiocruz, 2020a](#)). Em conjunto, esses aspectos podem impactar a saúde mental da população brasileira, aumentando o risco de emergência de reações e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, por exemplo. Em pesquisa de comportamento realizada entre abril e maio de 2020 com 45.161 indivíduos adultos nas diferentes regiões do país, constatou-se que 53% dos participantes se sentiram ansiosos/nervosos e 40% se sentiram deprimidos/tristes, muitas vezes ou sempre, durante a pandemia. Esse mesmo estudo revelou também o aumento no consumo de bebidas alcoólicas por 18% dos participantes, o que se associou à frequência com que se sentiram deprimidos/tristes ([Fiocruz, 2020b](#)).

Os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, conquistados em alinhamento com as propostas da reforma sanitária, visam à garantia do acesso universal às ações e aos serviços de saúde pela população em todo o território nacional, em uma perspectiva multiprofissional e intersetorial. Dessa forma, a rede de atenção à saúde é composta também por profissionais da saúde mental, que buscam atender às demandas da população por meio de ações e serviços de base comunitária e territorial, que promovam a dignidade humana e não o encarceramento, tal como preconizado pela reforma psiquiátrica. Contudo, o subfinanciamento é um dos grandes obstáculos enfrentados pelo SUS, desde a sua criação, há trinta anos, para implementação de serviços que atendam às necessidades de saúde da população ([Castro et al., 2019](#)).

No atual cenário, em decorrência da Covid-19, a obtenção de cuidados em saúde mental pode se tornar ainda mais desafiadora pela descontinuidade de algumas ações e serviços, ou mesmo porque, na vigência de pandemias, o foco prioritário de atenção tende a se voltar para a saúde física das pessoas e o combate do agente patogênico. Entretanto, as repercussões sobre a saúde mental não podem ser subestimadas ou negligenciadas, tendo em vista que o contexto da pandemia é terreno fértil para a emergência ou o agravamento de quadros de sofrimento psíquico ([Schmidt et al., 2020](#)).

Grupos populacionais já vulneráveis por processos de exclusão social merecem especial cuidado por estarem expostos a múltiplos fatores de risco à sua saúde e ao seu desenvolvimento integral, o que os torna mais propensos a demandas de Smaps

durante a pandemia. Entre esses grupos, destacam-se a população em situação de rua, a população privada de liberdade, bem como as pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas, que comumente vivenciam dificuldades de acesso a direitos constitucionalmente garantidos, discriminação social, privações econômicas e fragilidades nas conexões com redes de apoio (Noal, Passos & Freitas, 2020).

Será abordada aqui a forma como têm se organizado os Smaps oferecidos a grupos populacionais vulneráveis por processos de exclusão social no contexto da Covid-19, em particular os grupos acima referidos, discutindo-se alternativas possíveis para a reorganização das formas de cuidado diante dos desafios impostos pela pandemia.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Em março de 2020, a população em situação de rua no Brasil chegou a quase 222 mil pessoas, o que representa um aumento de 140% desde setembro de 2012. A elevação mais expressiva se deu nos grandes municípios (i.e., com mais de 100 mil habitantes), o que pode ser explicado pelo crescimento do desemprego e da pobreza ao longo dos últimos anos no país (Natalino, 2020). Visto que a crise econômica foi acentuada em decorrência da Covid-19, estima-se que a população em situação de rua tenha aumentado ainda mais nos últimos meses. Ademais, trata-se de pessoas que comumente vivenciam pobreza extrema, têm vínculos familiares interrompidos e, durante a pandemia, tendem a sofrer limitações repentinas nos seus já precários meios de sobrevivência, tais como pequenos serviços e doações (Silva, Natalino & Pinheiro, 2020).

Além desses aspectos, que acabam por aprofundar o abismo social experienciado pela população em situação de rua, destaca-se também a dificuldade – ou mesmo a impossibilidade – de adesão às medidas de distanciamento social e higiene recomendadas para prevenir a infecção pelo novo coronavírus, visto que esse grupo populacional não tem moradia ou depende de residências provisórias coletivas, o que aumenta a sua vulnerabilidade. Claramente, ter a rua como moradia expõe a uma série de circunstâncias propiciadoras de adoecimento (Estrela et al., 2020), de modo que a população em situação de rua, predominantemente composta por homens negros, tende a apresentar problemas de saúde em proporção superior à população geral de baixa renda (Silva, Natalino & Pinheiro, 2020). Porém, afora a dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde, o preconceito pode fazer com que as queixas dessas pessoas sejam minimizadas quando elas se apresentam, por exemplo, em unidades de emergência hospitalar (Estrela et al., 2020). Isso dificulta ainda mais a manutenção da saúde e o tratamento de doenças, incluindo a assistência e o cuidado em casos de Covid-19.

Em conjunto, esses fatores de risco reforçam a importância do trabalho articulado entre diversos setores, tais como saúde, assistência social, segurança pública, órgãos de garantia de direitos e sociedade civil, com ênfase na formulação de ações resolutivas alinhadas às demandas da população em situação de rua durante a pandemia. Nesse contexto, a legitimidade acumulada e a vasta experiência das equipes de Consultório na Rua (eCR) as colocam em posição de destaque na articulação da rede, com o objetivo de manter serviços oferecidos antes da Covid-19 e assegurar novas propostas, visando à garantia de condições dignas de saúde e vida a esse grupo populacional (**Noal, Passos & Freitas, 2020**).

No atual cenário, o abrigamento consiste na prática sanitária mais adequada, devendo ser realizado de modo acolhedor e inclusivo para evitar discriminação e preconceito (**Noal, Passos & Freitas, 2020**). Portanto, dada a necessidade de aumento temporário na capacidade de acolhimento, espaços públicos ociosos durante a pandemia, como escolas, que contam com banheiro, cozinha e salas separadas, podem ser adaptados com rapidez (**Silva, Natalino & Pinheiro, 2020**). Entretanto, salienta-se a importância da reorganização de toda a rede de serviços, com destaque para o treinamento dos trabalhadores, que além de conhecer protocolos de biossegurança e ter acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs), também devem receber suporte no que diz respeito a Smaps. Isso porque a carga emocional característica da prática com a população em situação de rua tende a se amplificar durante a pandemia, especialmente por conta do alto risco de infecção entre os trabalhadores (**Noal, Passos & Freitas, 2020**).

Aqueles que atuam nos espaços de acolhimento, em particular, precisam ser capacitados para o manejo de conflitos eventualmente ocorridos no agrupamento das pessoas. A estrutura dos abrigos também deve ser ampliada e remodelada, tanto para garantir as medidas de distanciamento social e higiene quanto para favorecer a melhor convivência possível. Adicionalmente, sugere-se a revisão e a flexibilização das exigências para permanência nos abrigos. Isso inclui orientações aos trabalhadores sobre gerenciamento de situações relativas ao uso de álcool e outras drogas pelos acolhidos e inclusão de animais de estimação no espaço de acolhimento, entre outras. Indica-se a realização de atividades (oficinas, jogos, relaxamento, alongamento etc.) para reduzir reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão, bem como para dinamizar o cotidiano nos abrigos, sempre garantindo a biossegurança (**Noal, Passos & Freitas, 2020**).

Em nota técnica publicada em junho de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apresentou um mapeamento de medidas emergenciais adotadas para enfrentamento da pandemia entre a população em situação de rua, com base em dados referentes a capitais das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, que concentram a

maior parte desse grupo populacional no país. Em notícias veiculadas em websites de prefeituras e entrevistas com profissionais, gestores e ativistas, as ações mais reportadas foram abrigamento, higiene e alimentação. E as ações menos reportadas se referiram à organização de centros emergenciais e à atenção a pessoas com transtornos mentais ou uso problemático de álcool e outras drogas. Paradoxalmente, o consumo abusivo de álcool e outras drogas é frequentemente considerado como causa da situação de rua. Isso sugere, portanto, a importância da articulação de ações e serviços de saúde e proteção social, com equipes multiprofissionais que possam promover a assistência e o cuidado integral a esse grupo populacional durante a pandemia, pois suas demandas de Smaps tendem a se intensificar nesse período ([Silva, Natalino & Pinheiro, 2020](#)).

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Conforme dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, em 2019 a população prisional brasileira era composta por 773.151 pessoas privadas de liberdade em todos os regimes ([Brasil, 2020](#)). Assim, o país atualmente ocupa a terceira posição no ranking mundial de população prisional, atrás somente dos Estados Unidos e da China ([WPB, 2020](#)). Com taxa de ocupação em torno de 170% ([Costa et al., 2020](#)), o sistema prisional brasileiro se encontra sobrecarregado e frágil, de modo que doenças infeciosas potencialmente curáveis, como é o caso da tuberculose, resultam em alta mortalidade ([Sánchez et al., 2020](#)).

Em razão do confinamento de pessoas em celas superlotadas, com pouca ventilação e acesso limitado a práticas de higiene, a população privada de liberdade está potencialmente mais vulnerável à infecção e à morte em decorrência da Covid-19, em comparação com o restante da população ([Costa et al., 2020; Sánchez et al., 2020; Santos et al., 2020](#)). Segundo estimativas divulgadas na fase inicial da pandemia, na população livre, cada pessoa infectada poderia contaminar duas a três outras pessoas; dadas as características das prisões brasileiras, a expectativa era de que uma pessoa privada de liberdade poderia contaminar até dez pessoas ([Sánchez et al., 2020](#)).

Apesar de algumas medidas adotadas pelas autoridades nos últimos meses, tais como a liberação de detentos e a suspensão de visitas com o intuito de conter o contágio, dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça em outubro de 2020 revelaram o aumento de 287% no número de casos nesses espaços em comparação com os três meses anteriores, atingindo o total de 43.563 infectados e 201 óbitos por Covid-19 no sistema prisional brasileiro ([Mundim, 2020](#)). Em novembro de 2020, o Brasil era o segundo país com maior número de casos de infecção e mortes mundialmente, atrás apenas dos Estados Unidos ([Depen, 2020](#)).

Afora os impactos sobre a saúde física, há de se destacar também as repercussões da pandemia para os Smaps em face da condição de vulnerabilidade da população privada de liberdade. Isso inclui taxas aumentadas de problemas de saúde mental, tais como depressão e ansiedade, comportamentos e ideação suicida, bem como situações de violência (Kothari et al., 2020; Santos et al., 2020). No contexto da Covid-19, as reações emocionais apresentadas por essa população tendem a se intensificar por medo de contaminação no cárcere, preocupações com a saúde e a segurança da família e, ainda, interrupção de visitas, o que costuma fragilizar vínculos sociais e familiares (Santos et al., 2020). A concessão da liberdade a alguns detentos pode desarticular redes de apoio estabelecidas no sistema prisional, muitas vezes causando frustração naqueles que ficaram. Adicionalmente, a diminuição ou a interrupção de atendimentos presenciais pela equipe multiprofissional de saúde e a dificuldade de realização de atendimentos remotos tende a vulnerabilizar ainda mais esse grupo populacional (Liebrenz et al., 2020).

Nesse sentido, algumas ações para cuidado amplo em Smaps à população privada de liberdade podem ser formuladas, tais como:

1. orientações claras quanto aos procedimentos de biossegurança, incluindo formas de contágio e prevenção da infecção pelo novo coronavírus;
2. garantia de distanciamento social e acesso a outras medidas sanitárias (ex.: disponibilização livre de água e sabão, limpeza das unidades conforme recomendações das autoridades sanitárias, melhoria das condições das celas etc.);
3. garantia de acesso a informações atualizadas sobre a pandemia, provenientes de fontes oficiais e baseadas em evidências científicas, o que favorece a redução de boatos e de estresse e ansiedade, fortalecendo a adesão aos procedimentos de biossegurança e aos cuidados preventivos;
4. sensibilização da equipe para estratégias de atenção psicossocial, geração de confiança na transmissão de informações e organização da unidade durante a pandemia;
5. garantia da comunicação das pessoas privadas de liberdade com suas famílias e outros membros da rede socioafetiva e institucional, de forma remota, por meio de tecnologias, para prevenir a intensificação de sentimentos de solidão e outras repercuções negativas na saúde mental; e
6. elaboração e implementação de estratégias de promoção da saúde mental, bem como de atenção psicossocial especializada àqueles com agravos persistentes, o que deve incluir tanto as pessoas privadas de liberdade quanto os trabalhadores das unidades prisionais (Noal, Passos & Freitas, 2020).

Em conjunto, essas ações podem reduzir o sofrimento psíquico da população prisional durante a pandemia, favorecendo a garantia de direitos e maior proximidade do ideal de instituição ressocializadora ([Santos et al., 2020](#)).

PESSOAS MIGRANTES, REFUGIADAS, SOLICITANTES DE REFÚGIO E APÁTRIDAS

No ano de 2019, 79,5 milhões de pessoas foram forçadas a sair de suas casas e se deslocar para outros territórios devido a uma série de fatores, como conflitos armados, perseguição, violência, violações de direitos humanos e insegurança alimentar. Dessas pessoas, que representam pouco mais de 1% da população mundial, somente 317 mil conseguiram retornar para seu território de origem ([UNHCR, 2020](#)). No Brasil, em 2018 aproximadamente 11 mil pessoas eram reconhecidas como refugiadas, ao passo que outras 161 mil aguardavam o reconhecimento dessa condição ([Brasil, 2019](#)). O processo de entrada e regulamentação no país é regido pela lei 13.445/2017, que versa também sobre direitos e garantias do migrante ([Brasil, 2017](#)).

Pessoas deslocadas têm grande vulnerabilidade devido à perda da rede socioafetiva e comunitária, a diferenças linguísticas e culturais, e à dificuldade de acesso a água, alimentação, serviços essenciais e informações confiáveis ([Rees & Fischer, 2020](#)). Comumente, esse grupo populacional vive em residências ou abrigos com infraestrutura precária e experiencia grande incerteza em relação ao futuro. Devido a esses fatores, a população submetida ao deslocamento forçado necessita de atenção especial nas estratégias de Smaps ([Espinel et al., 2020](#); [Noal, Passos & Freitas, 2020](#)).

Somadas às vulnerabilidades preexistentes, a pandemia de Covid-19 incluiu novos agravos à condição de migrantes e refugiados. As fronteiras, que já impunham inúmeras barreiras a serem transpostas, fecharam-se completamente em muitas nações, como forma de tentar conter a propagação da doença. Isso tende a aumentar inseguranças quanto ao futuro, preconceitos e estigmas, dificultando ainda o acesso aos serviços essenciais e ao trabalho ([Baeninger et al., 2020](#); [Teles, 2020](#)). Adicionalmente, essa população tem maior chance de exposição ao vírus, pelo grande número de pessoas nas moradias provisórias e permanentes, o que impede o distanciamento social, bem como pelo reduzido acesso às medidas sanitárias de prevenção ([Espinel et al. 2020](#)).

Todos esses fatores exercem grande impacto na saúde mental das pessoas em deslocamento forçado, o que se soma ao impacto já vivenciado pelo deslocamento em si. A Covid-19 tende a desencadear lembranças de experiências traumáticas, o que potencialmente dificulta respostas adaptativas aos estressores do atual cenário e exacerba o sofrimento psíquico preexistente, incluindo a intensificação de reações

e sintomas de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, medo e ruminação (Rees & Fischer, 2020).

Para enfrentar os efeitos negativos gerados pela pandemia e pelas medidas de combate ao novo coronavírus, algumas recomendações se fazem importantes. Ações de biossegurança e de fortalecimento da rede socioafetiva devem ser colocadas em prática, assim como no caso da população privada de liberdade (Noal, Passos & Freitas, 2020). Migrantes e refugiados podem manifestar preocupação com a saúde e a segurança de familiares que se encontram em outras regiões, sobretudo naquelas com poucos recursos ou afetadas por conflitos, o que pode intensificar o sofrimento psíquico (Rees & Fischer, 2020). Dessa forma, estratégias para manutenção de contato com a rede socioafetiva devem ser promovidas, por exemplo, utilizando-se tecnologias da informação e da comunicação, sempre que possível. Além disso, deve-se garantir alimentação, moradia e renda, bem como acesso à informação, a serviços de saúde e a outros serviços básicos (Espinel et al., 2020; Kanu, 2020).

Outro aspecto importante é que migrantes e refugiados podem temer revelar aos profissionais que os atendem questões pessoais e relativas à saúde por não estarem familiarizados com o idioma e a cultura local, pelo recorrente histórico de desconfiança em relação às instituições administradas pelo Estado em seus países de origem, ou mesmo por considerarem que isso prejudicaria sua situação no território em que se encontram. Logo, é fundamental que os profissionais adotem uma postura acolhedora para estabelecer e manter vínculos de confiança, o que pode favorecer a saúde mental dessa população (Rees & Fischer, 2020).

REFLEXÕES FINAIS

Ao acompanhar a trajetória da sindemia que atinge de forma abrupta e vertical a população brasileira, destacam-se diferentes fatores de risco para a saúde mental e desafios a serem enfrentados por meio de estratégias de atenção psicossocial, sobretudo no que diz respeito às pessoas vulnerabilizadas por processos de exclusão social. Em linhas gerais, esses grupos populacionais tendem a se tornar mais propensos a experenciar sofrimento psíquico, uma vez que estão expostos a uma série de aspectos que podem fragilizá-los física e emocionalmente, elevando ainda mais as chances de ocorrência de doenças não transmissíveis após a fase crítica da pandemia. Para fazer frente às demandas complexas que emergem no atual cenário, são necessários projetos e construções intersetoriais que articulem políticas de saúde, assistência social, planejamento urbano, entre outras, na tentativa de proporcionar cuidado amplo, coletivo e efetivo no que diz respeito aos serviços de Smaps no contexto da Covid-19.

Diante de todos esses desafios, assegurar e garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS se mostra particularmente importante, sobretudo se considerada a desigualdade social que já era característica do Brasil anteriormente à pandemia, e que agora tende a se aprofundar. As ações de assistência e cuidado aos diferentes públicos, sejam os aqui detalhados ou outros (p. ex., população indígena, pessoas com deficiência, população LGBTI+, povos e comunidades tradicionais etc.), devem levar em conta não somente a vulnerabilidade ou o sofrimento atual, mas também todos os fatores de vulnerabilidade preexistentes. Apesar de eventuais semelhanças em relação às vulnerabilidades, é necessário que as respostas considerem a singularidade de cada grupo. Isso inclui aspectos sócio-históricos, bem como demandas, desejos e particularidades de cada indivíduo envolvido. Essa consideração é fundamental na perspectiva da construção de práticas efetivas e humanas.

REFERÊNCIAS

- BAENINGER, R. et al. *Migrações Internacionais e a Pandemia da Covid-19*. Campinas: Unicamp, 2020.
- BRASIL. Lei n. 13.445, de 24 maio 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 maio 2017. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Refúgio em números 4º edição, 2019. Disponível em: <www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%C8%81meros_versa%C8%83o-23-de-julho-002.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Dados sobre população carcerária do Brasil são atualizados, 17 fev. 2020. Disponível em: <www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2020/02/dados-sobre-populacao-carceraria-do-brasil-sao-atualizados>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10.195): 345-356, 2019. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- COSTA, J. S. et al. Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia e Sociedade*, 32: e020013, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100412&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Detecções/suspeitas do coronavírus nos sistemas penitenciários mundiais, 2020. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/w?r=eyJrjojYThhMjk5YgtZWQwYS00ODIkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVIIwidCl6ImViMDkwNDlwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThIMs9>>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- ESPINEL, Z. et al. Venezuelan migrants in Colombia: Covid-19 and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7(8): 653-655, 2020.
- ESTRELA, F. M. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25: 3.431-3.436, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3431.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FEUER, W. South America is a ‘new epicenter’ of the coronavirus pandemic, WHO says. *CNBC*, 22 May 2020. Disponível em: <www.cnbc.com/2020/05/22/south-america-is-a-new-epicenterof-the-coronavirus-pandemic-who-says.html>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-observatorio-covid-19-apos-6-meses-de-pandemia-no-brasil>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). ConVid pesquisa de comportamentos, 2020b. Disponível em: <<https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=principal>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua (características gerais dos domicílios e moradores), 2019. Disponível em: <www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=27258&t=sobre>. Acesso em: 8 nov. 2020.

KANU, I. A. Covid-19 pandemic and the health of (African) migrants. *Amamihe: Journal of Applied Philosophy*, 18(2), 2020.

KOTHARI, R. et al. Covid-19 and prisons: providing mental health care for people in prison, minimising moral injury and psychological distress in mental health staff. *Medicine, Science and the Law*, 60(3): 165-168, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0025802420929799>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

LIEBRENZ, M. et al. Caring for persons in detention suffering with mental illness during the Covid-19 outbreak. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, 2020. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666353820300060?via%3Dihub>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MUNDIM, M. Covid-19: casos entre privados de liberdade aumentam 287% em 90 dias. *Agência CNJ de Notícias*, Brasília, 14 out. 2020. Disponível em: <www.cnj.jus.br/covid-19-casos-entre-privados-de-liberdade-aumentam-287-em-90-dias>. Acesso em: 12 nov. 2020.

NATALINO, M. A. C. *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)*. Rio de Janeiro, Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). *Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2020.

OLIVEIRA, T. C. et al. (In)Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. *Cadernos de Saúde Pública*, 36: e00055220, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00055220.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2020.

REES, S. & FISHER, J. Covid-19 and the mental health of people from refugee backgrounds. *International Journal of Health Services*, 50(4): 415-417, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731420942475>>. Acesso em: 6 dez. 2020.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. Covid-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101613, 2020. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920300806?via%3Dihub>. Acesso em: 8 nov. 2020.

SÁNCHEZ, A. et al. Covid-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, 36: e00083520, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00083520.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

SANTOS, G. C. et al. Covid-19 nas prisões: efeitos da pandemia sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34: e38235, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38235>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). *Estudos de Psicologia*, 37: e200063, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1678-9865-estpsi-37-e200063.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2020.

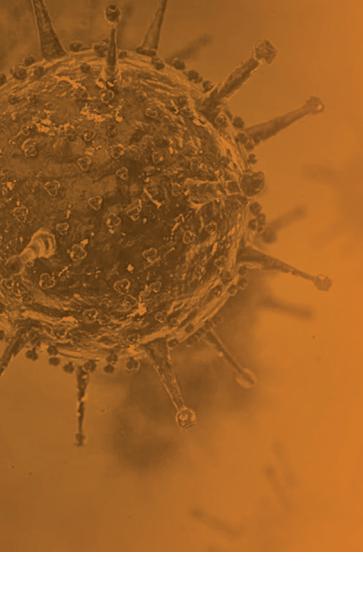
SILVA, T. D.; NATALINO, M. A. C. & PINHEIRO, M. B. *População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais*. Rio de Janeiro, Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

TELES, B. C. Palestinos migrantes e refugiados e o fechamento de fronteiras na pandemia Covid-19. *Cadernos de Campo (São Paulo 1991)*, 29, supl.: 278-288, 2020.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). *Global Trends: forced displacement in 2019*, 2020. Disponível em: <www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

WERNECK, G. L. & CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5): e00068820, 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

WORLD PRISON BRIEF (WPB). Highest to Lowest: prison population total, 2020. Disponível em: <www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All>. Acesso em: 14 nov. 2020.



Deficiência e Interseccionalidade na Pandemia de Covid-19

Martha Cristina Nunes Moreira e Francine de Souza Dias

A pandemia de Covid-19 nos coloca inúmeros desafios, recorrentemente reafirmados em análises sociais. Pandemia é, por definição, um fenômeno ou acontecimento sanitário de impactos globais e extensão transnacional, mas suas ressonâncias na vida das pessoas e grupos – considerando os marcadores de raça/cor, etnia, gênero, geração, renda/classe, território, escolaridade, deficiência – são desigualmente distribuídas. Neste capítulo, apresentaremos um estado da arte das repercussões sociais da pandemia de Covid-19 na vida das pessoas com deficiência (PcD).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPCD) define PcD com base nos impedimentos físico, mental, intelectual e/ou sensorial de longo prazo que, no encontro do corpo com diferentes barreiras, produzem obstrução na participação social. A CDPCD, em vigor no Brasil desde 2008, determina os deveres do Estado na proteção e segurança das PcD em situação de risco e/ou emergência humanitária, e outros direitos que implicam responsabilidades do poder público e da sociedade.

O Censo de 2010 materializou um dos compromissos da CDPCD ao formular um instrumento específico para registro das PcD e identificou o percentual de 23,9% dessas pessoas no conjunto da população, correspondente a 45.606.048 brasileiras e brasileiros com deficiência. Entre os identificados, esse censo constatou baixa escolaridade; baixa renda; maioria de pessoas pretas, pardas e indígenas; e maioria de mulheres, estas com menor inserção no mercado de trabalho, com 20% de diferença em relação aos homens (IBGE, 2010). A edição do censo prevista para ocorrer em 2020 foi adiada em virtude da pandemia do novo coronavírus. Ameaças sobre a sua realização nos últimos dois anos foram alvo de mobilizações sociais, protagonizadas por movimentos de PcD, atentas ao risco de redução de informações a seu respeito.

Em cinco anos, a pandemia é a segunda emergência em saúde pública de importância internacional protagonizada pelo Brasil. A deficiência como expressão da interação entre “impedimentos” corporais e barreiras diversas é elemento presente em ambos os eventos: na epidemia de zika vírus, pelas repercussões das deficiências múltiplas nas crianças, e na pandemia do novo coronavírus, pelos comprometimentos na funcionalidade dos atingidos. Em razão de tais comprometimentos, o Ministério da Saúde convocou centros de reabilitação, que na origem atendem PcD, para prestarem atendimento a “pacientes pós-covid-19” (Brasil, 2020a). O encontro das autoras deste capítulo se deu durante a epidemia de zika vírus, nas pesquisas sobre seus desdobramentos sociais e sua interação com o campo da deficiência, marcador presente em grande parte das crianças afetadas pelo vírus.

As iniquidades em saúde na população brasileira, adicionadas à violência e ao enfrentamento de eventos de tamanha gravidade, aumentaram a preocupação em relação aos dados sobre PcD, que seguem defasados após dez anos desde o último censo. Destacamos a ausência, nos registros, de dados sobre PcD na presente emergência sanitária, incluindo informações sobre pessoas infectadas, hospitalizadas e mortas pela Covid-19, além de medidas assistenciais intersetoriais que considerem suas especificidades. Um acompanhamento contínuo dos registros relacionados às PcD deve acionar os marcadores sociais em uma leitura interseccional, com um olhar crítico quanto à interação das negligências na construção de conhecimento sobre a saúde, iluminando desigualdades e iniquidades no acesso aos direitos sociais, em um escopo geral.

Nossas lentes analíticas associam um olhar mais global, total, coletivo, para as pessoas, a um debate que localize no interior da categoria genérica de pessoas aquelas que vivem com deficiência. E isso para defender a ideia de que, como processos sociais, epidemias e pandemias podem vir a gerar aprendizados sobre suas repercussões associadas à vida com deficiência como constitutiva da diferença, da experiência e da pessoa. Daí, importa reconhecer necessidades geradas e demandas a serem respondidas pelo Estado.

Como variável a ser descrita e quantificada em bases de dados e pesquisas, a deficiência se torna fundamental no escopo das políticas públicas. Porém, assumimos a deficiência como um marcador social da diferença e uma categoria analítica reconhecida como uma distinção, um lugar de pessoa que irá se apresentar publicamente, encontrar barreiras à sua livre expressão e criar estratégias múltiplas de afirmação da existência. Essa apresentação pública de pessoa pode se dar com base na orientação sexual; na carreira/trabalho; nas qualidades que a deficiência atribui ao seu corpo; na identificação com a ancestralidade, com o lugar; nas ações de cuidado voltadas para a parentalidade e na identificação em termos de geração.

Akotirene (2019: 23) situa a interseccionalidade “entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo”. A autora destaca que o “letramento” produzido por essa definição deve ser apreendido pelas muitas mulheres, incluindo aquelas com deficiência. Desconstrói perspectivas genéricas sobre mulheres, atribuindo-lhes um lugar de enfrentamento da discriminação e opressão, convocando as LGBT, as com deficiência, as indígenas, as trabalhadoras e as religiosas do candomblé. O discurso genérico sobre raça, gênero e classe deve ser situado nas suas expressões sociais opressivas: o racismo, o cisheteropatriarcado e o capitalismo. A interseccionalidade de Akotirene ilumina as mulheres, o feminismo negro, as outras mulheres, entre as quais as com deficiência. Há que se questionar os universais, os termos genéricos, há que interseccioná-los com as expressões de discriminação.

A negligência nos dados sobre PcD demonstra a invisibilização, o apagamento e a falta de reconhecimento desse grupo, assim como sua desumanização. A ausência de dados ou registros em instrumentos de atenção à saúde, em pesquisas, em cadastros, revela menos um esquecimento e mais a lembrança de um apagamento por desconsideração. O argumento, muitas das vezes, é de que PcD ou seus atendimentos são numericamente inexpressivos. E que por serem tão “numericamente inexpressivos” demandam desenhos de pesquisa específicos, não previstos, e por isso devem aguardar outras oportunidades. Os dados objetivos sobre padrões, distribuições populacionais, só se colocam quando acionados grandes inquéritos populacionais ou censos. Reivindicamos a localização das PcD a partir da sua posição ocupada nos rituais discriminatórios do cisheteropatriarcado, do racismo e do capitalismo. Destacamos ainda a gramática capacitista como transversal a esses rituais, na lógica que conforma modos de falar, olhar, nomear, descrever e gerar uma hierarquização entre quem está autorizado a ser reconhecido e legitimado na vida pública e quem não está.

A urgência do conhecimento sobre as PcD – não deslocada dos componentes que as situam e localizam socialmente na cor/raça, gênero, escolaridade, renda, trabalho, geração – deve enfrentar a antinomia entre quantidade e qualidade e o argumento de que seu número não seria expressivo. Deve-se aprimorar os desenhos de pesquisas e, consequentemente, a coleta e sistematização de dados, considerando as diversidades e o reduzido nível de acordo sobre definições e recortes conceituais, e contando com a participação de técnicos, pesquisadores e, sobretudo, de PcD. As PcD devem ser situadas como mulheres, homens, crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, negras, pardas, indígenas, pobres, de classe média ou alta, moradoras de determinado território e com específico nível de escolaridade, bem como pelo tipo de deficiência, sua gravidade e os recursos que precisam acessar em suas demandas individuais.

Como os dados sobre PcD estão ausentes na pandemia, fomos ao encontro das presenças: documentos nacionais e internacionais e produção textual de diferentes gêneros, construídos durante a pandemia de Covid-19 e dirigidos às PcD. Dirigimos a esses textos as seguintes questões: que perspectivas podem comprometer o reconhecimento das PcD na pandemia? Que responsabilidades estatais são apontadas na atenção às pessoas com deficiência no contexto da pandemia? Que recomendações são induzidas para a sociedade? Como formulam e apontam o lugar dos marcadores sociais da diferença na vida de tais sujeitos no cenário da pandemia e discutem sua vulnerabilidade? As dimensões interseccionais são anunciadas?

Todos os documentos analisados têm como referência e justificativa a CDPCD, ratificando os tratados de direitos humanos para a legitimação de agendas políticas internas. No caso dos documentos locais, a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) também é acionada nas narrativas. Também continham as palavras deficiência e/ou acessibilidade enunciadas no título. Buscas foram realizadas em plataformas de organismos internacionais de direitos humanos, do governo federal brasileiro e de movimentos sociais. Incluímos notas técnicas e notas de orientação e recomendação, cartilhas (principalmente de universidades), livros, resoluções e publicações diversas também com norte orientador/propositivo.

AS AGENDAS INTERNACIONAIS

O primeiro documento analisado ([WHO, 2020](#)) refere-se ao enfrentamento de um “surto”, não de uma pandemia. Tal dispositivo reconhece a maior exposição de PcD, em função de: barreiras no acesso às medidas básicas de higiene, como a lavagem de mãos em espaços inacessíveis ou em razão de limitações funcionais nas mãos e membros superiores; dificuldade em cumprir distanciamento social por necessitar de apoio adicional ou institucionalização; necessidade de tocar nas coisas para obter informações do meio ambiente ou para suporte físico; barreiras comunicacionais e informacionais de saúde pública. No documento também se reconhece o maior risco de desenvolvimento de quadros graves da doença em caso de alguma condição de saúde preexistente subjacente à deficiência, e barreiras de acesso aos cuidados de saúde, incluindo a interrupção nos serviços de que dependem. Tais riscos não são somente de ordem biológica, mas estão também no campo dos valores, estereótipos e visões de mundo que, incrementados por um momento de instabilidade e crise sanitária, reativam preconceitos e julgamentos sobre “quem vale e quem não vale”.

Em um cenário de escassez de recursos, são reativadas as perspectivas que hierarquizam os corpos com base nas ideias de quem pode ser mais bem-sucedido, ter

maior chance, ou seja, qual vida vale, qual corpo é mais capaz. Esse discurso circulou na sociedade e foi citado no segundo documento analisado como algo a ser enfrentado (UNHCR, 2020a). As fronteiras com a bioética foram acionadas a fim de que não se questionasse o direito à reanimação, por exemplo, das PCD com Covid-19. Foi importante relembrar que a discriminação por critérios como idade, sexo, afiliação social ou étnica, deficiência é eticamente inaceitável.

Entre as ações propostas no documento, destacamos: proibir a negação de tratamento com base na deficiência; dar acesso prioritário às testagens para sintomáticos; realizar pesquisas que compreendam o impacto da Covid-19 na vida das PCD; identificar e remover barreiras ao tratamento, incluindo a garantia de ambientes acessíveis (hospitais, testes e instalações de quarentena); disponibilizar e disseminar informações e comunicações de saúde em modos, meios e formatos acessíveis; garantir o fornecimento contínuo e o acesso a medicamentos durante a pandemia; treinar e conscientizar os profissionais da saúde para prevenir a discriminação; consultar e envolver ativamente as PCD e suas organizações representativas na estruturação de respostas à pandemia, incluindo-as em toda a sua diversidade.

Em maio de 2020, a United Nations Human Rights publica um documento cuja tônica é inclusão e respostas que a promovam implicando atores sociais (UNHCR, 2020b). No documento, parte-se dos dados que demonstram que as PCD são afetadas desproporcionalmente pela Covid-19. Estima-se que 46% das pessoas com 60 anos ou mais são PCD, que 10% das crianças têm alguma deficiência e que 1 em cada 5 mulheres provavelmente vive com alguma deficiência. De 1 bilhão da população de PCD, 80% vivem em países em desenvolvimento e apenas 28% têm acesso globalmente a benefícios em razão da presença da deficiência; em países de baixa renda, apenas 1% tem tal acesso. O aumento da demanda por cuidados não remunerados e trabalho doméstico no contexto da pandemia está aprofundando desigualdades já existentes, que podem ser exacerbadas para mulheres com deficiência. Quanto à educação, reconhece-se que os alunos com deficiência se beneficiam menos do ensino a distância, por privações de suporte adequado, acesso à internet, a softwares e a materiais de aprendizagem. Há previsão de impactos também na empregabilidade de jovens, na garantia de recursos para serviços especializados e no enfrentamento da violência doméstica, em função do isolamento.

Nesse documento são apresentados ainda princípios e bases fundamentais para a produção de respostas inclusivas na pandemia de Covid-19: não discriminação; interseccionalidade; garantia da acessibilidade; participação das PCD; *accountability*; existência de pesquisas que desagreguem dados para que seja possível entender as

diferentes maneiras pelas quais as pessoas com deficiência experimentam o impacto da Covid-19 e monitorar sua inclusão em todas as fases da resposta e recuperação. Também por isso, garantir coleta e disponibilidade de dados desagregados por deficiência é essencial.

A International Labor Organization (ILO) lançou duas publicações, uma em abril e outra em junho de 2020. Na primeira são destacados aspectos relacionados a: igualdade nas políticas de trabalho em casa, incluindo adaptações necessárias; comunicação acessível e inclusiva que considere especificidades de cada pessoa; proteção social adequada; centralidade da garantia de direitos trabalhistas para PCD; sua inclusão como cocradores das respostas à Covid-19, não como vítimas ([ILO, 2020a](#)).

Na segunda publicação, a ILO reforça a necessidade de promoção do trabalho decente para todos, emprego e proteção social como medidas de enfrentamento da crise. Além de garantias já mencionadas em documentos anteriores, destaca: proteção contra a Covid-19 por meio de saúde e segurança ocupacional inclusivas; manutenção do desenvolvimento profissional durante a crise; medidas de proteção social como transferências de dinheiro, suporte em espécie e adaptação de mecanismos de entrega para prevenir riscos de contaminação e enfrentar barreiras; serviços de apoio durante o bloqueio social e a crise sanitária. Como as mulheres assumem a maioria das responsabilidades de cuidado, esses ajustes precisam ser sensíveis ao gênero, reconhecendo-as como receptoras e prestadoras de cuidado e apoiando a redistribuição de tarefas a este relacionadas ([ILO, 2020b](#)).

AS AGENDAS NACIONAIS

Nos documentos nacionais são compartilhadas recomendações em comum: necessidade de formatos acessíveis de comunicação e informação sobre a pandemia, incluindo medidas de prevenção e atendimento em caso de adoecimento por Covid-19, sem discriminação; medidas específicas de cuidado e de prevenção para pessoas acolhidas em instituições de longa permanência; atenção aos cuidadores e às pessoas cuidadas ([Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência, 2020](#); CFOAB et al., 2020; [Rede-In, 2020](#)). Tais preocupações também estão citadas em outras fontes e demonstram um posicionamento enfático que revela a percepção de lacunas assistenciais por diferentes grupos.

Outros elementos recorrentes neste conjunto são: preocupação com a garantia do trabalho remoto para PCD inseridas no mercado de trabalho, sem prejuízo de direitos e remuneração; segurança de renda para sujeitos, famílias e cuidadores afetados financeiramente pela pandemia; garantia de acompanhantes em internações

hospitalares; priorização na vacinação contra a gripe; assistência às PCD em situação de rua (**Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência**, 2020; CFOAB et al., 2020; **Rede-In**, 2020). Esses elementos mais gerais demarcam a relevância da singularidade de cada pessoa, de suas demandas de cuidado e de comunicação, e a preocupação principalmente com a intersecção dos marcadores deficiência e classe.

O Coletivo Feminista Helen Keller chama especial atenção por reconhecer os desmontes sistematicamente implementados contra as políticas sociais do país, citando como exemplos: a emenda constitucional (EC) n. 95, que congela recursos sociais por vinte anos (o grupo reivindica revogação desse dispositivo legal); as reformas trabalhistas e previdenciárias; os limites à ampliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC); a falta de reconhecimento de cuidadores; as ameaças à inclusão educacional e à atenção em saúde. O coletivo ressalta ainda o modo como a pobreza agrava a situação das PCD e a pandemia radicaliza as experiências de privação que a antecederam (**Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência**, 2020).

A esse respeito, as lentes da interseccionalidade nos permitem perceber os efeitos estruturais deste modo específico de opressão, na medida em que a redução de investimentos sociais em políticas públicas terá impacto especialmente nas camadas mais pobres da população e, no caso de PCD, em um grupo formado majoritariamente por mulheres, pessoas pobres, pretas, pardas e indígenas, conforme revelou o Censo de 2010. Ademais, conforme assinalado nos documentos internacionais, tal redução afeta especialmente as mulheres que exercem funções de cuidado, profissão que, além de invisibilizada no Brasil, teve seu reconhecimento legal recentemente negado pelo governo federal.

O poder público, por intermédio de suas diferentes instituições, também emitiu notas específicas para PCD nesta pandemia. Os temas de destaque versam sobre aqueles já mencionados anteriormente, além da manutenção de serviços de saúde e de habilitação e reabilitação e o fornecimento de medicações e recursos essenciais à vida, entre os quais tecnologia assistiva. Em tais notas também é reforçada a garantia de acesso a leitos de UTI sem que características funcionais sejam utilizadas como critério de exclusão; a manutenção da educação inclusiva; mecanismos de enfrentamento à violência doméstica e violação de direitos, bem como assistência acessível às vítimas (Brasil, 2020b; CNS, 2020a, 2020b; Conade, 2020).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹ acrescentou dois elementos: implementação imediata da lei que assegura renda familiar de $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* para acesso

¹ O CNS está sendo discutido nesta seção, ao lado de movimentos sociais, mas reconhecemos sua institucionalidade no âmbito do controle social.

ao BPC (embargada a pedido do governo) e a atenção especial às mulheres e meninas no contexto de agravos nos índices de violência, direito assegurado na CDPCD. Nas notas analisadas, esta foi a principal menção explícita às especificidades de gênero. As recomendações do CNS foram as mais amplas deste segmento e, em par com o Coletivo Helen Keller, este conselho recomenda ao Supremo Tribunal Federal a declaração de constitucionalidade da EC n. 95, reivindicando que se “decida pela viabilidade do financiamento adequado do SUS para garantia de tratamento de todas e de todos os brasileiros” ([CNS, 2020a](#)).

Em resposta a esse conjunto de demandas e orientações gerais, notas técnicas foram produzidas em âmbitos nacional, regional e local. Dedicaremos atenção especial a duas notas técnicas que, produzidas por órgãos federais, se dedicam a dois públicos singularmente afetados pela pandemia: trabalhadores com deficiência e PCD encarceradas no sistema prisional. A primeira é assinada pelo Ministério Público do Trabalho e se orienta para o trabalho remoto sempre que possível; a produção de política institucional de autocuidado e sua difusão em formatos acessíveis; a possibilidade de deslocamento em horários flexíveis e/ou oferta de transporte fretado para garantir maior proteção a esses trabalhadores. Diferentemente de portarias e outros dispositivos produzidos pelo poder público na esfera federal, esta nota se direciona a todas as instituições laborais, incluindo serviços públicos e privados, e contempla todos os setores econômicos (PCT/MPT, 2020).

Na nota dedicada à população carcerária produzida pelo Departamento Penitenciário Nacional enfatiza-se o crescimento de PCD encarceradas e se afirma que, de acordo com últimos dados coletados, trata-se de 0,83% do total de detentos masculinos e aproximadamente 1,04% do total de mulheres presas. O cuidado em saúde é definido pela gestão de cada unidade, que deve conceder permissão para tratamento extramuros quando este não for ofertado no local. Durante a pandemia há orientações de afastamento de pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19, recomendações para seu deslocamento e medidas de prevenção e higiene ([Brasil, 2020c](#)). Contudo, há conhecidos limites sobre o cumprimento de tais direitos na realidade carcerária brasileira, o que revela formas singulares de exposição e opressão que marcam tanto as PCD quanto aqueles que cumprem medidas judiciais de reclusão, majoritariamente pessoas negras, mesmo antes desta emergência.

Grupos diversos também se dedicaram à produção de materiais informativos e reflexivos. Ressaltamos aqui o protagonismo de universidades públicas e pesquisadores. Neste conjunto, identificamos como focos educação inclusiva; acolhimento familiar; direito à vida e à assistência à saúde; contribuições interdisciplinares sobre a defici-

ência em diversas dimensões experienciadas neste período de emergência sanitária, incluindo aquelas vidas que já foram diretamente afetadas pela epidemia do vírus zika (Motta et al., 2020; Mendes et al., 2020; Anpocs, 2020a, 2020b). Destacamos também o livro *Diálogos sobre Acessibilidade, Inclusão e Distanciamento Social: territórios existenciais na pandemia*, produzido coletivamente por atores de movimentos sociais, ensino e pesquisa, PCD e familiares. Por se tratar de uma coletânea com produções curtas, é possível identificar movimentos interseccionais, embora a obra não proporcione o seu aprofundamento.

OS DESAFIOS DA INTERSECCIONALIDADE NAS POLÍTICAS E PRÁTICAS

A primeira observação relevante quanto à produção documental sobre deficiência no contexto da pandemia de Covid-19 é o fato de se tratar principalmente de orientações e recomendações para o poder público, para serviços e, consequentemente, para gestores e trabalhadores, mesmo no caso daquelas assinadas por órgãos públicos. Tal movimento não consiste, necessariamente, na materialidade de práticas, haja vista a ausência de produção de protocolos e de garantias legais e orçamentárias nacionais que viabilizem tais procedimentos de forma universal. Medidas foram tomadas em alguns estados e municípios, inclusive motivadas por essas recomendações, dimensão não abordada aqui devido ao escopo do trabalho, em que foram analisados documentos de maior amplitude.

A análise empreendida nos documentos nacionais revelou que a intersecção entre marcadores sociais mais explícita se refere a deficiência e a classe. Acreditamos que tal preocupação se deve à reconhecida situação de pobreza que afeta a maior parte desta população de PCD e ao modo como privações materiais acentuam barreiras de acesso a oportunidades de vida em igualdade de condições com as demais pessoas. Os dados demográficos do último censo corroboram tal percepção. Especificidades geracionais, étnicas, raciais não foram percebidas nesse bojo. Entretanto, importa reconhecer a necessidade de pesquisar tais elementos em materiais específicos para outros grupos. É possível que tais intersecções apareçam nesses dispositivos. De todo modo, questionamos as fragmentações, que, conforme observado, têm impedido o acolhimento de diferenças, múltiplas identidades e características que constituem os sujeitos, inviabilizando a possibilidade do reconhecimento da pessoa na sua integridade e, consequentemente, a consideração de tais complexidades no âmbito das políticas sociais.

Nos documentos internacionais se incluem interações de raça/cor, classe, gênero, geração, território. Essa diferença deve indicar a importância de que agências internacio-

nais garantam narrativas mais inclusivas das dimensões que compõem os marcadores sociais na discussão da deficiência como dimensão da humanidade. A atenção às dimensões éticas que sofrem interferências dos estigmas e discriminações nas decisões de saúde e a exposição à violência também são destaques nesses documentos. Outro destaque está no fato de que os dados precisam ser coletados e disponibilizados neste cenário da pandemia, assim como em outras pesquisas, desagregando-se os que permitem visibilizar referências às PcD.

Baseadas na interlocução com os documentos aqui realizada, indicamos a leitura interseccional como fundamental na análise das repercussões da pandemia de Covid-19. Como pensar tais repercussões para pessoas negras com deficiência? E pessoas negras com deficiência, LGBTQ e pobres? Barreiras de acesso e negligências na assistência à saúde atravessam sujeitos de diferentes modos. Formas mais efetivas de enfrentamento das diferentes opressões nos convocam a pensar atravessamentos entre marcadores estruturantes das relações sociais, interações e seus efeitos, desafio que moveu esta escrita e nos provoca a produzir aprendizagens para o enfrentamento desta e de outras pandemias.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2019.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS (ANPOCS). *Boletim Especial n. 35 – Ciências Sociais e Coronavírus*. São Paulo, 7 maio 2020a.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS (ANPOCS). *Boletim Especial n. 53 – Ciências Sociais e Coronavírus*. São Paulo, 2 jun. 2020b.
- BRASIL. Nota Informativa n. 28/2020. Orientações à rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência relativas ao coronavírus (Covid-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Recomendações aos Profissionais que Atendem as Pessoas com Deficiência e com Doenças Raras – Coronavírus*. Brasília: SNPD, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Divisão de Atenção às Mulheres e Grupos Específicos. Nota Técnica n. 83/2020/Diamge/CGCAP/Dirpp/Depen/MJ, 2020c. Disponível em: <www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCRIM/nota_tecnica/P_EXECUCAO_PENAL/NOTA_TECNICA_Nº_83.2020.DIAMGE.CGCAP.DIRPP.DEPEN.MJ.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- COLETIVO FEMINISTA HELEN KELLER DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA. Nota Coletivo Feminista Helen Keller sobre a Covid-19, 26 mar. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS (CFOAB) *et al.* Nota recomendatória por um fluxo diferenciado no atendimento da pessoa com deficiência abrigada em unidade de acolhimento. Rio de Janeiro, 12de maio de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Recomendação n. 019, de 6 abr. 2020. Brasília, 2020a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1095-recomendacao-n-019-de-06-de-abril-de-2020>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Recomendação n. 031, de 30 abr. 2020. Brasília, 2020b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1146-recomendacao-n-031-de-30-de-abril-de-2020>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CONADE). Nota pública às autoridades para atenção às pessoas com deficiência. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://coexistir.com.br/conade-nota-publica-as-autoridades-para-atencao-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: características da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). No one left behind, not now, not ever persons with disabilities in the Covid-19 response, abr. 2020a. Disponível em: <www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-ed_emp/-/-ifp_skills/documents/publication/wcms_741287.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Policy Brief: Covid-19 and the world of work: ensuring the inclusion of persons with disabilities at all stages of the response, 2020b. Disponível em: <www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-ed_emp/-/-ifp_skills/documents/publication/wcms_746909.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

MENDES, A. et al. (Orgs.). *Diálogos sobre Acessibilidade, Inclusão e Distanciamento Social: territórios existenciais na pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/IdeiaSUS, 2020.

MOTTA, A. B. et al. *Cartilha às Famílias de Crianças e Adolescentes com Deficiência Auditiva: acolhimento e direcionamentos em tempos de pandemia*. Vitória: BCUFES, 2020.

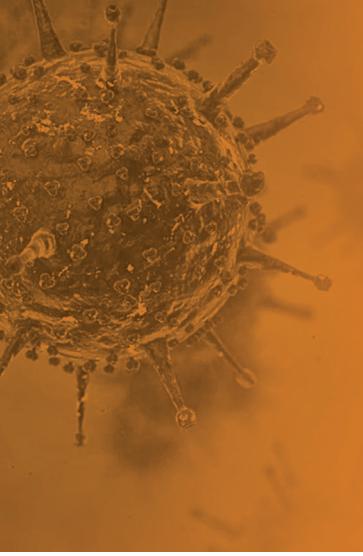
PROCURADORIA GERAL DO TRABALHO. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (PGT/MPT). Nota Técnica Conjunta 07/2020. PGT/CoordIgualdade/MJ, 2020.

REDE-In. Todas as pessoas importam. Nota às autoridades públicas sobre o risco de exclusão no atendimento a pessoas com deficiência, na pandemia de Covid-19, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3aaU0kX>>. Acesso em: 3 jul. 2020.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS (UNHR). Covid-19 and the Rights of Persons with Disabilities: Guidance, Apr. 2020a. Disponível em: <www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS (UNHR). Policy Brief: a disability-inclusive response to Covid-19, May 2020b. Disponível em: <www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/05/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disability considerations during the Covid-19 outbreak, 26 Mar. 2020. Disponível em: <www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>. Acesso em: 30 nov. 2020.



Covid-19 nas Favelas cartografia das desigualdades

*André Luiz da Silva Lima, André R. Santos Périssé,
Bianca Leandro, Carlos Eduardo Batistella, Fábio Araújo,
José Leonídio Madureira de Sousa Santos, Jussara Angelo,
Mariane Martins, Renata Gracie e Roberta Gondim de Oliveira*

Os espaços territoriais forjados pelas desigualdades têm nas favelas brasileiras um de seus mais evidentes exemplos. Entendidas como territórios de exclusão, mas também de resistência, as favelas foram historicamente naturalizadas por meio de dinâmicas políticas e econômicas em face de nossa tradição colonial que hierarquiza e subalterniza determinadas populações.

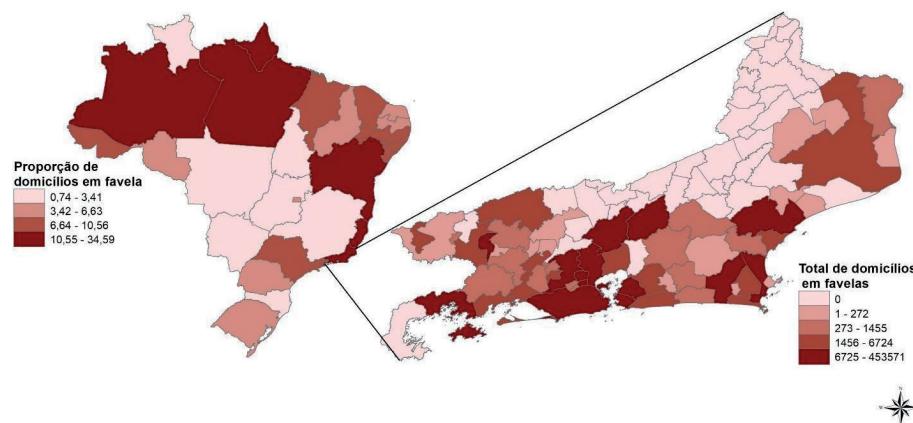
A Covid-19 desvela e explicita ainda mais esse padrão, com a demarcação de classe, raça, gênero e outros operadores de precariedade de vidas humanas. Para além do dramático impacto no número de casos e óbitos por Covid-19 ao longo de todo o ano de 2020, o curso da pandemia no Brasil recolocou em evidência o uso do termo vulnerabilidade para identificar determinados segmentos populacionais diante da crise sanitária, tomando-o muitas vezes como característica intrínseca e essencializada dos sujeitos. Ponderamos aqui a favor de sua desnaturalização, apontando para os enredos e dinâmicas sociais vulnerabilizantes que operam sobre determinados segmentos populacionais (Oliveira, 2018).

Os processos de vulnerabilização impõem o desafio de pensar o local, o lugar onde as tramas tecidas pelas dinâmicas das desigualdades se desenrolam e precarizam espaços e sujeitos. Ainda que os números da epidemia em escala global, nacional e estadual sejam importantes, ao mesmo tempo podem servir para invisibilizar os elementos e contornos dessas tramas. É por essa razão que se justifica olhar o comportamento da doença num dos principais espaços forjados pelas desigualdades, as favelas.

O Brasil é um dos países em que a urbanização tem se dado, em parte, nas áreas de favelas. Em consequência do fato de a doença ter vindo de outros países, os primeiros casos foram notificados em cidades de maior porte conectadas por vias aéreas. Porém,

ao longo do tempo, o processo de disseminação atingiu fortemente as áreas de favela. O número de municípios com presença de favelas subiu de 323 municípios em 2010 para 734 municípios em 2020, um aumento de 44% em dez anos ([IBGE, 2020a](#)). Ainda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em análise de dados estimados para prévia de Censo 2020, que ocorrerá em 2021, o Brasil possui 13.151 favelas, sendo os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro os que concentram o maior número de domicílios em favelas. Na Figura 1 pode-se ver a proporção de domicílios em favelas por estados e regiões do Brasil.

Figura 1 – Proporção de domicílios em favelas por estado e regiões, com destaque para o Rio de Janeiro – Brasil, 2019



Fonte de dados: IBGE

Fonte: LIS/Icict/Fiocruz, a partir de IBGE, 2020b.

Em termos urbanísticos, as favelas se caracterizam por alta densidade populacional – com aumento de mais de 60% entre 1991 e 2010 –, habitações precárias e insuficiente oferta de serviços públicos, como abastecimento de água e coleta de lixo, entre outras precariedades ([IBGE, 2018](#)).

A noção de determinação social da saúde nos fornece lentes potentes para analisarmos esse conjunto de questões que corroboram as más condições de saúde dessas populações. Reforçando esse cenário está a inadequação, em termos de leitura de realidade, das orientações das medidas de distanciamento social: a impossibilidade do exercício do trabalho remoto e a perda de emprego/fontes de renda impedem que parte significativa desse contingente populacional se beneficie de ações protetivas, o que aumenta o risco de exposição ao contágio.

Em face desse cenário, foi criada a Sala de Situação Fiocruz Covid nas Favelas, com o objetivo de realizar o monitoramento epidemiológico e social da Covid-19 em favelas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Essa iniciativa tem possibilitado o fortalecimento da vigilância em saúde na atenção primária em saúde (APS), o estabelecimento de canais de acesso às informações em saúde sobre esses territórios e o apoio às iniciativas de movimentos sociais que têm não apenas monitorado a dispersão da doença nos territórios socialmente mais vulneráveis, mas também implementado medidas de apoio social necessárias ao enfrentamento adequado da pandemia.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS BOLETINS

O *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas*, um dos primeiros produtos da Sala de Situação Fiocruz Covid nas Favelas, foi concebido como instrumento de sistematização, análise e disseminação de informações sobre a situação de saúde em territórios selecionados. Toda a perspectiva de elaboração dos boletins socioepidemiológicos foi guiada pela produção compartilhada do conhecimento. Deve-se destacar que o contexto social e político é marcado por disputas de narrativas, de representações, disputas por direitos sociais, que nos contextos periféricos se amplificam. Isso torna necessário melhorar e qualificar os dados e as informações em saúde, tentando aproximação, sempre que possível, da realidade que é vivida pelas pessoas. Como alerta Victor Valla (1993: 34), “A questão é facilitar, simplificar, ou possibilitar a construção de um outro conhecimento?”. Para esse autor, deve-se trabalhar na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento. Não se trata somente de facilitar a transmissão da informação, mas de construir um processo articulado e integrado entre as diferentes formas de produção de saberes.

Na produção dos boletins partiu-se de um desafio metodológico importante: delimitar o dado para as favelas. Os dados públicos disponíveis de adoecimento e morte por Covid-19 são contabilizados, na cidade do Rio de Janeiro, por bairro e, mais recentemente, por CEP. Há na cidade, entretanto, bairros muito grandes como Bangu e Campo Grande, que possuem diversos contextos de favelas. Há favelas que atravessam bairros e há, ainda, aquelas que são consideradas bairros, como o Complexo do Alemão, a Rocinha e o Jacarezinho. Por fim, há favelas pequenas que se tornam invisíveis com essa forma de organização da informação em saúde da cidade. Em razão dessa dificuldade, optamos por organizar os bairros da cidade de acordo com a proporção de favelas em cada bairro, utilizando para isso as malhas cartográficas de favelas disponibilizadas pelo Instituto Pereira Passos (IPP). Os bairros da cidade foram classificados em cinco grupos: Sem favelas e Baixa (<10%), Média (10-20%), Alta (21-50%) e Altíssima (>50%) concentração de

favelas. É importante salientar que um bairro sem favelas ou com baixa proporção de favelas não deve ser entendido como um bairro rico e com completo acesso a equipamentos urbanos essenciais à vida nas cidades, uma vez que bairros com extensa área podem gerar um percentual de favelas pequeno. Além disso, a ausência de favelas não exclui a possibilidade de presença de outras estruturas urbanas precárias, como cortiços e ocupações.

Para a análise dos dados, foram calculadas as taxas de incidência (TI), de mortalidade (TM) e de letalidade (TL) no geral e para as variáveis raça/cor, gênero e idade.

A segunda parte da análise consistiu na vigilância de base territorial local, em que os dados de casos notificados pelas unidades de Saúde da Família, disponíveis no site Voz das Comunidades, foram compatibilizados com os dados dos setores censitários do IBGE. O objetivo era criar indicadores de modo a relativizar os casos na população. Tratou-se de uma etapa bastante artesanal que envolveu o conhecimento da malha cartográfica da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município para que em cada território delimitado fosse feita a compatibilização com o setor censitário e, assim, se tornasse possível a estimativa populacional.

Outro ponto inovador na análise do boletim foi a escuta da sociedade civil em relação aos resultados preliminares. Assim que elaboradas as primeiras análises, foram realizadas reuniões com lideranças e articuladores sociais de várias áreas da cidade, com o objetivo de apresentar a proposta do boletim e discutir os dados, na tentativa de qualificar a informação com base na experiência e conhecimento dessas pessoas.

RESULTADOS PRINCIPAIS

No mês de março, os bairros da Gávea, Jardim Botânico, Ipanema e São Conrado foram aqueles com as maiores TIs. Em abril e maio, bairros mais periféricos como Bonsucesso, Jacaré e Rocha já aparecem, o que mostra um processo de periferização da doença ([Fiocruz, 2020a](#)). Em relação à TI, as áreas sem favelas tiveram resultado superior à média do município (115,6 e 70,7 por 10.000 habitantes, respectivamente). Os classificados como de concentração altíssima de favelas, por sua vez, foram os bairros com menor TI, tanto no primeiro (23,9 por 10.000 habitantes) como no segundo boletim (22,3 por 10.000 habitantes). Entretanto, quando analisamos os bairros dentro desta última categoria, percebemos que não havia um padrão homogêneo entre eles. Nesse grupo, o Complexo do Alemão apresentou a mais baixa TI (1,5 por 10.000 habitantes), ao passo que Barros Filho apresentou a maior TI (75,9 por 10.000 habitantes), mostrando que o padrão é bem diversificado nas favelas. Além disso, tal achado deve estar sendo influenciado pela capacidade maior de testagem nas áreas mais ricas da cidade. Apesar de ter aumentado a partir de meados de 2020, a oferta de testes ainda é desigual pela cidade.

O padrão da TM por Covid-19 entre as tipologias urbanas encontrado é similar ao da TI: maior nas áreas sem favelas (10,7 por 10.000 habitantes) e menor nos bairros com concentração altíssima de favelas (4,7 por 10.000 habitantes). Ao analisar os dados dentro da categoria com concentração altíssima de favelas, o Complexo do Alemão e o Jacarezinho apareceram com as menores TMs (0,7 e 2,0 por 10.000 habitantes, respectivamente), e Vidigal e Costa Barros com as maiores TMs (9,2 e 8,7 por 10.000 habitantes, respectivamente). Vale destacar que no segundo boletim os bairros com baixa proporção de favelas foram os que apresentaram as maiores TMs (3,1 por 10.000 habitantes). Entretanto, na identificação desses bairros verificou-se que se tratava de bairros localizados na Zona Oeste da cidade, em especial Bangu, Campo Grande, Realengo e Santa Cruz, bairros com grande extensão territorial mas caracterizados por outro padrão de pobreza urbana e de oferta precária de serviços públicos.

A TL, por sua vez, apresenta um padrão diferente. As áreas sem favelas apresentaram menor TL (9,2%), ao passo que os bairros classificados como de concentração altíssima de favelas apresentaram a maior TL (19,5%). No caso da letalidade é importante lembrar que, apesar de sofrer a influência do contexto de baixa testagem, os moradores das áreas periféricas muitas vezes já apresentam a saúde um pouco comprometida por outros problemas de saúde, como tuberculose, hipertensão, diabetes, que podem agravar casos graves de Covid-19, levando a maior letalidade. No segundo boletim, apesar da alteração do padrão, a letalidade nos bairros com altíssima proporção de favelas era 2,4 vezes maior que a dos bairros sem favelas.

No primeiro boletim, a análise dos dados para raça/cor ficou muito comprometida em decorrência do reduzido preenchimento do campo destinado a esta informação: em 45% dos registros de casos confirmados e em 42% dos registros de óbitos esse campo não estava preenchido. Mesmo assim, pode-se perceber que a proporção de casos era similar entre a população branca e a população negra (26,9% e 25,8%, respectivamente). Contudo, a proporção de óbitos era maior em negros (30,8% entre negros e 26,9% entre brancos). No segundo boletim (jun.-set.), esse padrão se alterou e observou-se melhora expressiva no preenchimento deste campo na ficha de notificação (ignorados: casos=14%; óbitos=20%) ([Fiocruz, 2020b](#)). Com isso, foi possível calcular as TIs, TMs e TLs, que mostraram que, para o município como um todo, a população negra tem o maior risco de adoecimento (bairros “Sem favela” com TI quase 2 vezes maior entre negros) e de morte (bairros com “Baixa concentração de favelas” com 3,5 óbitos por 10.000 habitantes na população negra e 1,8 por 10.000 habitantes na população branca).

Em relação a gênero, observou-se um padrão de adoecimento muito similar entre homens e mulheres em todas as tipologias urbanas. Porém, quando analisadas as taxas

de mortalidade e letalidade, estas se mostraram maiores entre os homens em todas as tipologias urbanas e nos dois boletins (**Fiocruz, 2020a; Fiocruz, 2020b**).

Em relação à faixa etária observou-se o mesmo padrão nos dois boletins: o número de casos foi maior entre os maiores de 60 anos em todas as categorias. Quanto às taxas de mortalidade e letalidade, estas foram também maiores entre os idosos em todas as classes sociais (**Fiocruz, 2020a; Fiocruz, 2020b**).

Nos resultados da vigilância de base territorial onde os setores censitários foram compatibilizados com os dados da ESF, há dados do Complexo do Alemão (apenas para a Unidade de Saúde da Família Zilda Arns), Cidade de Deus, Pavão Pavãozinho, Cantagalo, Manguinhos, Jacarezinho e Rocinha. As maiores TIs (224,7 por 10.000 habitantes) e TMs (43,1 óbitos por 10.000 habitantes) foram identificadas na Cidade de Deus. E a maior TL foi identificada Pavão Pavãozinho e Cantagalo (39,1%).

ENTENDENDO OS RESULTADOS

Nossa expectativa inicial (hipótese) era de que, com a evolução da pandemia, a ocorrência da doença fosse maior em áreas com grande concentração de favelas. Entretanto, os resultados indicam que tanto casos como óbitos apresentaram ocorrência maior em áreas sem favelas e com baixa concentração de favelas. Embora seja difícil confirmar, em razão da virtual ausência de dados oficiais de testagem, acreditamos que o padrão encontrado estava relacionado ao contexto de baixa testagem – moradores de bairros mais ricos da cidade teriam maior possibilidade de pagar pelos testes diagnósticos. Além disso, não se pode deixar de reforçar que alguns bairros sem favelas podem apresentar outro tipo de ocupação urbana, como cortiços ou ocupações que também evidenciam condições precárias de vida.

É muito grave a subnotificação e não ter teste para todo mundo. Os laboratórios privados fazem testes à vontade para quem pode pagar, mas no público as pessoas não fazem e, quando fazem, demora muito para saber o resultado (...) O governo quer dar um ar de normalidade com esses dados. (Rodrigo, Jacarezinho, mar.-jun. **Fiocruz, 2020a**)

Temos que ser ousados em propor uma nova cartografia que tenha esse objetivo de apresentar a realidade com todas as inconsistências e incertezas que nós temos. E eu acho que é essa a tarefa, é a missão que temos: ousar mesmo na imprecisão, mesmo na incerteza. Eu acho que vale a pena errar, mas vale a pena apontar pra necessidade e mostrar possibilidade de novos arranjos técnicos que sejam capazes de nos aproximar dessas realidades. (Itamar, Morro Dona Marta, mar.-jun. **Fiocruz, 2020a**)

Além de apresentar as informações, um objetivo importante do boletim era também o seu uso como um instrumento de luta pelo direito à saúde e pelo direito à cidade, sobretudo das populações de favelas, de modo a fortalecer os movimentos sociais e populares.

A FAZELA FALA E REAGE: NARRATIVAS SOBRE ENFRENTAMENTO DA COVID

Producir escuta das vozes das favelas, especialmente neste momento pandêmico, tornou-se um de nossos principais objetivos. Tendo isso em mente, formulamos também a ideia de um informativo estruturado com base no monitoramento ativo de fontes não oficiais, na busca de sistematizar, analisar e disseminar informações sobre a situação da saúde nas favelas cariocas, o *Radar Covid-19 Favelas*. Com participação ativa de moradores, lideranças e articuladores sociais de favelas, tem-se construído uma metodologia de produção compartilhada de conhecimento com o objetivo de promover a visibilidade de diversas situações de vulnerabilização e também das iniciativas locais de enfrentamento da pandemia.

Os moradores das 1.018 favelas, segundo dados oficiais do IPP, equivalem a 22% da população municipal da cidade do Rio de Janeiro, e em sua maioria precisam lidar cotidianamente com a realidade imposta pelo enredo da precarização e marginalização de seus territórios em termos de políticas públicas, traduzidas no convívio diário com o comércio de drogas ilegais fortemente armado, o assédio violento da polícia e das milícias e a desconfiança e rechaço da população que reside fora dessas áreas. O confinamento geográfico lhes cerceia também a palavra. Por isso, o objetivo do informativo *Radar* é produzir um espaço de escuta e reverberação das falas dos moradores de favelas, especialmente por intermédio de seus movimentos sociais organizados. Para isso, constituímos um grupo formado por pesquisadores da Fiocruz e por moradores, lideranças e articuladores sociais de favelas que periodicamente realiza encontros para discutir os impactos da pandemia nas favelas, além de um grupo de WhatsApp para comunicação. A equipe do informativo tem sido responsável por sistematizar as discussões realizadas e transformá-las em notas e textos publicados no *Radar*. Há também textos autorais de moradores, que trazem análises e posicionamentos dos coletivos e movimentos sociais envolvidos nesse processo compartilhado de produção e comunicação de conhecimento sobre a realidade da pandemia nos territórios de favela.

O *Radar* está dividido em quatro seções: Megafone, O que Tá Pegando nas Favelas?, Debates e Movimentos Sociais. Até o momento, foram produzidas quatro edições que abordaram temas como as iniciativas das favelas de enfrentamento da pandemia; dificuldades no acesso aos serviços de saúde durante a pandemia; o trabalho dos

agentes comunitários de saúde; a falta de Código de Endereçamento Postal (CEP) de logradouros nas favelas; operações policiais realizadas nas favelas durante a pandemia interrompendo ações humanitárias; falta de água; remoções, despejos e violações do direito à moradia; pesquisa e comunicação comunitária; racismo religioso e saúde mental; fome e segurança alimentar; mobilidade urbana; as possibilidades de ser favela na cidade do Rio de Janeiro, além da pandemia e dos direitos na perspectiva de redução das desigualdades.

Ao longo do trabalho, quatro pontos têm merecido atenção e destaque no esforço coletivo de reflexão sobre os impactos da pandemia nas favelas: a questão dos dados epidemiológicos sobre a pandemia; a necessidade de complexificar a cartografia das favelas e das periferias urbanas, logo, da cidade; as ações de mobilização e solidariedade para o enfrentamento da pandemia e o enquadramento da questão da favela como uma questão social.

No Brasil, as controvérsias e tensionamentos acerca de qual seria “a verdade” da pandemia têm mobilizado vasto repertório de argumentos e justificações acionados nos embates públicos e na construção das narrativas: o negacionismo ou a relativização da gravidade da doença e de seu alcance; o apagão dos dados; a enunciação de argumentos xenófobos que buscam explicar a doença associando-a a uma guerra biológica com intenções de interferir na geopolítica internacional; a evitabilidade ou não das mortes provocadas pela Covid; o caráter supostamente democrático do vírus; a distribuição desigual da exposição ao vírus; a expressão da desigualdade social traduzida nas iniquidades em saúde; a geografia da disseminação do vírus etc.

O primeiro ponto a ser destacado entre os que têm ganhado relevância nas análises construídas coletivamente no âmbito do *Radar* é a dificuldade de realizar uma análise epidemiológica do impacto da Covid-19 nas populações vulnerabilizadas residentes em favelas na cidade do Rio de Janeiro. Tal dificuldade se deve à ausência de dados específicos sobre a população moradora de favelas, o que levou vários movimentos sociais de favelas a se organizarem para construir painéis – inclusive um painel unificador – para monitorar o avanço da doença nos territórios de favela com o objetivo de dar visibilidade aos impactos desiguais da pandemia e reivindicar políticas públicas territorializadas para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Algo similar ocorreu em relação ao quesito cor/raça, o que levou os movimentos negros a pressionarem pela divulgação do dado racial das infecções e mortes pela Covid-19.

Números estatísticos são forma de expressar e fazer existir uma realidade. Os números públicos, ou seja, as estatísticas estatais, são uma forma privilegiada de realidade estatal, constituindo a referência segundo a qual diversas agências serão mobilizadas no esforço

de governar. A politização do debate público e da gestão da pandemia de Covid-19, as posturas negacionistas e anticientíficas e a baixa testagem são algumas das razões que motivaram críticas e questionamentos públicos sobre a gestão e administração dos números da pandemia por várias instâncias e níveis de governo. A reflexão coletiva construída em torno dessa questão aponta para a histórica falta de dados sobre as favelas, que dificulta a evidenciação das desigualdades sociais, e para a necessidade de sensibilizar a sociedade e o poder público para o aprimoramento dos processos de coleta, sistematização e publicização de dados públicos sobre a realidade das favelas, em especial os epidemiológicos, na perspectiva da promoção de políticas públicas saudáveis.

O segundo ponto para o qual a reflexão coletiva tem apontado é a necessidade de rediscutir e redesenhar as cartografias políticas da cidade, considerando a heterogeneidade entre as favelas e periferias urbanas do Rio de Janeiro. O aprimoramento dos processos de coleta, sistematização e publicização dos dados poderia contribuir com informações para complexificar as análises sobre as diferenças entre as favelas e periferias urbanas. O fato de as diferentes instâncias administrativas estatais trabalharem com diferentes recortes territoriais leva à produção de mapas da cidade que desconsideram a produção específica de informações sobre as favelas como unidade espacial de análise. Desse modo, o desafio identificado é o de produzir representações cartográficas que não invisibilizem os territórios de favelas e as periferias urbanas. A existência de mapas públicos permite que grupos territorializados façam seus mapeamentos colaborativos com base em metodologias e tecnologias científicas. Esse aspecto está diretamente relacionado a outra observação que tem sido feita no grupo de interlocução em torno do informativo *Radar Covid-19 Favelas*: a de que não há um padrão único de favela para o Rio de Janeiro, a favela não corresponde necessariamente a uma realidade de maior pobreza urbana e a análise dos cenários epidemiológicos precisa considerar as dinâmicas e as determinações socioambientais locais.

O terceiro ponto objeto de atenção e reflexão são as ações de mobilização e a capacidade que têm as favelas de produzir redes de solidariedade para o enfrentamento dos impactos da pandemia. No momento inicial da pandemia, moradores de favelas demonstraram grande capacidade de mobilização e criação de redes de solidariedade para minimizar os impactos sociais por ela gerados. A formação de redes, frentes e articulações com forte participação da juventude e o uso de tecnologias foram traços marcantes nesse processo de mobilização, com destaque para o trabalho de comunicação comunitária e de coleta e distribuição de alimentos e álcool em gel entre os moradores afetados pelos impactos da pandemia. Ao mesmo tempo, tem sido problematizada a questão da sustentação, no pós-pandemia, da mobilização inicial que deu grande visibilidade às condições de vida

nas favelas; e o desafio de canalizar essa capacidade mobilizadora para a produção de um enquadramento da questão da favela como questão social que requer ação da sociedade e do Estado, mediante políticas públicas territorializadas.

Se a luta pela sobrevivência impõe um regime de urgência que leva os próprios moradores das favelas a construírem estratégias de enfrentamento da crise humanitária desencadeada pela pandemia, a reflexão coletiva tem apontado também para a necessidade de não perder de vista a responsabilização do Estado no cuidado das vidas que estão sendo ceifadas direta ou indiretamente pelo vírus. As análises coletivas desenvolvidas têm chamado a atenção para a importância de contextualizar e discutir as políticas de precarização e desmonte que antecederam a pandemia, especialmente o desmantelamento da ESF no município do Rio de Janeiro. A “reorganização” da Atenção Primária à Saúde, com a extinção de várias equipes de ESF, a diminuição dos postos de trabalho, cortes no financiamento e a precarização do trabalho, intensificou a vulnerabilidade da população pobre diante da pandemia.

A pobreza é um dos mais importantes determinantes sociais de doença e mortalidade; as características de transmissão, o acesso a insumos e cuidados, os desfechos dos casos e as chances de sobreviver são tão díspares que parece estarmos diante de duas doenças, com histórias naturais diferentes. A perpetuação da pobreza tem sido fator determinante na disseminação de doenças, que por sua vez reproduz mais pobreza, retroalimentando um ciclo no qual pobreza gera mais doença e mais doença gera mais pobreza.

Nestes oito meses de pandemia de Covid-19, o já conhecido enredo de manutenção das desigualdades sociais é atualizado: o direito à saúde e à vida nas favelas é distinto do praticado no restante da cidade. Em diálogo com Mbembe (2018), Butler (2015) observa que, na lógica necropolítica, se certas vidas não são qualificadas como vidas, não são passíveis de luto.

REFERÊNCIAS

- BUTLER, J. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Observatório Covid-19. *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas*, n. 1., mar.-jun. 2020a. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Observatório Covid-19. *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas*, n. 2, jun.-set. 2020b. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_final.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Aglomerados Subnormais: o que é?* Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-doterritorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 9 nov. 2020.

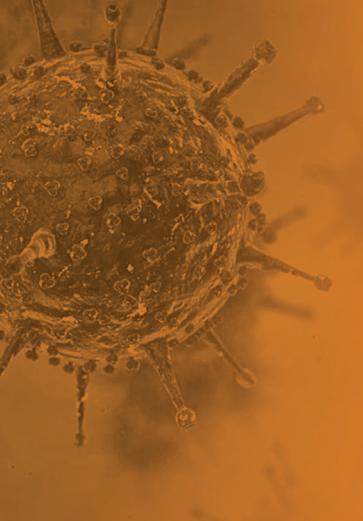
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Aglomerados Subnormais 2019: classificação preliminar e informações de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Disponível em: <<https://soecodemibgedgc.hub.arcgis.com/app/ac337eeee5164c0daa9c99f8689ad3f8>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Notas Técnicas. Aglomerados subnormais 2019: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Nota Técnica 01/2020, de 19 de maio de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_notas_tecnicas.pdf>. Acesso em: 10 jun 2020.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-I, 2018.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade*, 27(1): 37-50, 2018.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V. & STOTZ, E. N. (Orgs.). *Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.



Pandemia de Covid-19 e os Povos Indígenas no Brasil cenários sociopolíticos e epidemiológicos¹

*Ana Lucia de Moura Pontes, Andrey Moreira Cardoso,
Leonardo S. Bastos e Ricardo Ventura Santos*

Na progressão da pandemia de Covid-19 no Brasil, seus impactos têm sido bastante desiguais entre segmentos populacionais, especialmente para aqueles em extrema vulnerabilidade socioeconômica. Particularmente alarmante tem sido a situação dos povos indígenas, o que levou diversas entidades nacionais e estrangeiras a emitirem notas técnicas e informes alertando para a necessidade de medidas governamentais específicas para retardar a disseminação da doença e minimizar seus impactos nesse segmento da população (Santos *et al.*, 2020).

Segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população indígena no Brasil totaliza aproximadamente 900 mil pessoas, constituindo 305 povos, falantes de 274 línguas indígenas. Ainda que constituam apenas 0,4% da população nacional, trata-se de uma das mais expressivas sociodiversidades nativas da América Latina. Em 2010, 572 mil (63,8%) das pessoas que se declararam indígenas no censo demográfico residiam em áreas rurais, das quais 517 mil em terras indígenas reconhecidas pelo governo federal. Uma parcela expressiva da população indígena, pouco conhecida do ponto de vista de indicadores socioeconômicos e sanitários, vive em áreas urbanas, havendo evidências de significativas desigualdades em relação à população brasileira em geral (IBGE, 2012; Santos *et al.*, 2019).

A questão da vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas no Brasil tem sido destacada em inúmeras análises, que têm apontado para, em comparação à população nacional, indicadores socioeconômicos e de saúde desfavoráveis (Coimbra *et al.*, 2013). Estudos com dados do IBGE e de outras agências governamentais eviden-

¹ Este texto resulta de projeto de pesquisa apoiada pelo Wellcome Trust (Financiamento 203486/Z/16/Z).

ciaram a fragilidade das condições de saneamento nas terras indígenas e a carência da infraestrutura em saúde nas regiões do país com maior concentração dessas terras (*Azevedo et al., 2020*). Esses diversos níveis de expressão de desigualdades em saúde e de marginalização são observados em distintas regiões do mundo (*Anderson et al., 2016*).

Mesmo no período anterior à pandemia de Covid-19, as infecções respiratórias agudas já se situavam entre as principais causas de morbidade e mortalidade em populações indígenas no Brasil, afetando sobretudo o segmento infantil (*Farias et al., 2019*). Ademais, a introdução de vírus respiratórios em comunidades indígenas apresenta elevado potencial de espalhamento, resultando em altas taxas de internação e com potencial de causar óbitos (*Cardoso et al., 2019*). Nesse cenário, a gravidade da exposição dos povos indígenas ao novo coronavírus se potencializa nas múltiplas adversidades relacionadas ao violento contato interétnico e devido às crescentes violações de direitos, ameaças e invasões dos seus territórios (*Apib, 2020*).

A dinâmica de transmissão da Covid-19 em território nacional ao longo dos meses resultou em acelerado incremento da proporção da população indígena em situação de alto risco imediato para epidemia, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. Atingiu inclusive áreas de ocupação de povos isolados e de recente contato. Atualmente, a epidemia afeta mais da metade dos 305 povos indígenas, com cerca de 800 óbitos e mais de 40 mil casos confirmados (*Apib, 2020*).

Desde os primeiros alertas da disseminação do Sars-CoV-2 em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas têm adotado estratégias de autoproteção, como o isolamento voluntário, a redução da circulação de pessoas das aldeias para os centros urbanos, a produção e disseminação de materiais educativos e a organização de campanhas para garantir a segurança alimentar das famílias indígenas. Essas ações são entendidas como complementares às medidas governamentais, que devem garantir o direito à saúde dos povos indígenas.

CENÁRIOS DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS E A MOBILIZAÇÃO INDÍGENA

De forma proeminente, a pandemia evidenciou as deficiências do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (Sasi-SUS)² e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede SUS. Transcorridos oito meses

² O Subsistema de Saúde Indígena (Sasi-SUS) foi criado em 1999 pela lei 9.836, com vistas a prover atenção primária a saúde aos povos indígenas, de maneira diferenciada e articulada com a rede SUS, e é organizado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Sua gestão em nível federal é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao Ministério da Saúde.

desde os primeiros casos no país, a resposta governamental permanece em discussão, no âmbito judiciário, em particular por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709 (ADPF 709), enquanto, na esfera legislativa, foi aprovada a lei 14.021/2020, ainda não plenamente implementada. Ambas as iniciativas foram impulsionadas por lideranças e movimentos indígenas.

A resposta governamental do setor Saúde direcionada aos povos indígenas, coordenada pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde, tem se baseado em diversas notas e documentos norteadores. Apesar das especificidades da saúde indígena, tais documentos, em geral, se caracterizaram por reproduzir as normativas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados. Uma tônica foi o repasse da responsabilidade de estruturação regional e local do enfrentamento da pandemia para os gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sem a necessária coordenação das ações pela gestão federal. Ao mesmo tempo, manteve-se a centralização dos processos de compra e licitação de insumos e transportes, o que retarda a implementação das ações. Segundo Saraiva e Cardoso (2020), nos primeiros meses da pandemia a execução orçamentária federal na saúde indígena foi inferior à observada no mesmo período em 2019, mantendo a tendência de cortes observada em anos anteriores.

A proposição e implementação de um plano operacional para enfrentamento da Covid-19 direcionado aos povos indígenas foi um tema candente ao longo de 2020. Em 13 de março a Sesai divulgou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas – Versão Preliminar (Brasil, 2020a). Tal plano apresentava poucas adequações às realidades dos povos indígenas e às características do Sasi-SUS, além de não conter indicações detalhadas quanto ao planejamento de ações. Em decorrência, verificaram-se falta de clareza acerca das normativas e insuficiente agilidade na organização dos fluxos assistenciais nos DSEIs. O plano de março de 2020, desde então, não foi atualizado pela Sesai, ainda que os 34 DSEIs tenham formulado seus próprios planos distritais, que no conjunto se mostraram bastante heterogêneos.

Diversas fragilidades foram observadas na implementação das medidas governamentais direcionadas à redução dos impactos da disseminação da pandemia na população indígena, tais como: baixa testagem; critérios desatualizados e pouco sensíveis para identificação dos casos da doença; e falta de clareza na recomendação de estratégias de busca ativa de sintomáticos e rastreamento de seus contatos, entre outros pontos. A provisão tardia ou insuficiente de equipamentos de proteção individual (EPIs), a precária qualificação técnica específica para o enfrentamento da pandemia, a

dificuldade de acesso a meios de comunicação a distância e a demanda incrementada pela progressão da doença, fatores agravados pela localização frequente de territórios indígenas em regiões que exigem complexa logística de atenção e em municípios com precária estrutura de serviços de saúde, afetaram a capacidade assistencial, resultando em manejo da pandemia aquém do desejável e possível nessas populações. Outra característica da resposta governamental tem sido o parco diálogo com as instâncias do controle social indígena e com representações indígenas na formulação e execução das medidas, mesmo com o amplo interesse e implementação de iniciativas próprias por parte de lideranças e comunidades indígenas.

Diante desse cenário, as lideranças e organizações indígenas desenvolveram diversas estratégias para pressionar a União. A Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Povos Indígenas (FPMDPI), liderada pela deputada federal Joenia Wapichana, desencadeou várias iniciativas, como a Proposta de Fiscalização e Controle (PFC) para monitoramento das ações governamentais e manifestações dirigidas à Organização Mundial da Saúde sobre a situação dos povos indígenas. Destaque deve ser dado à formulação do projeto de lei 1.142, que propõe medidas específicas de proteção e enfrentamento da Covid-19 no contexto dos povos indígenas, quilombolas e outras comunidades tradicionais. O projeto de lei foi apresentado na Câmara dos Deputados em março de 2020 e, após intensa tramitação, sancionado pelo presidente da República, em julho, como a lei 14.021. Apesar das alterações e vetos que sofreu, é um projeto robusto, que estabelece amplo leque de medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia, relacionadas, entre outras dimensões, a insumos para prevenção e assistência, proteção territorial, protocolos sanitários e segurança alimentar. A lei está direcionada a ações para um conjunto amplo de populações vulneráveis, incluindo indígenas isolados e de recente contato, indígenas aldeados, indígenas que vivem fora das terras indígenas, quilombolas, pescadores artesanais e outros povos e comunidades tradicionais. Trata também de mecanismos financeiros para essas ações, da obrigatoriedade do registro da variável cor ou raça nos sistemas de informação e da integração das informações geradas entre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e demais sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A outra estratégia transcorre no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADPF 709 movida pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), que questiona a omissão do Estado e o agravamento da situação da pandemia nas populações indígenas. Essa ação é considerada um marco histórico, pois pela primeira vez foi reconhecida a legitimidade dos indígenas para entrar com ação jurídica nessa instância do judiciário ([Eloy, 2020](#)). Nos autos da ADPF 709, o ministro relator Luís

Roberto Barroso determinou, em 8 de julho, que a União tomasse providências com vistas ao enfrentamento da pandemia em diversas frentes. Entre elas, a criação de barreiras sanitárias e a implantação de uma sala de situação para discutir, planejar e monitorar a proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato; a elaboração de um plano para a desintrusão de invasores das terras indígenas; a extensão do Sasi-SUS aos povos aldeados situados em terras não homologadas e a indígenas residentes em áreas urbanas que enfrentam barreiras no acesso ao SUS; e a elaboração e monitoramento de um plano de enfrentamento da Covid-19 pela União, com participação indígena, do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), do Ministério Público Federal (MPF), da Defensoria Pública da União (DPU) e de consultores especializados indicados pela Apib, particularmente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

No mês de outubro, o STF homologou parcialmente o Plano de Barreiras Sanitárias e solicitou a manutenção das reuniões da sala de situação para proteção dos povos isolados e de recente contato. Por sua vez, após duas reformulações coordenadas pelo Ministério da Mulher, da Família e do Direitos Humanos, o chamado Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros pela União não foi aprovado. Em decorrência, o STF determinou nova elaboração, agora coordenada pelo Ministério da Justiça, com previsão de entrega no fim de novembro. Cabe indicar que, apesar de o Plano da União ainda não ter sido homologado, já houve alguns avanços, tais como a reativação do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais; a elaboração de protocolos sanitários para entrada de profissionais da saúde em territórios indígenas; atualizações de informes técnicos da Sesai; disponibilização parcial de dados sobre a Covid-19 a partir do Siasi; o reconhecimento pela Sesai de que seu monitoramento de óbitos pela Covid-19 cobre apenas uma parcela dos casos efetivamente observados na população indígena no país; e a inclusão dos indígenas como grupo prioritário no Plano Nacional de Imunização da Covid-19.

EXPLICITANDO AS DESIGUALDADES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Os dados oficiais sobre a ocorrência de casos e óbitos por Covid-19 na população indígena, tal como para a população brasileira em geral, provêm do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – que inclui o Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (Sivep-Gripe) e o e-SUS Notifica – e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que utilizam a variável cor ou raça. Além desses, há o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), restrito à população indígena atendida pelo Sasi-

SUS, basicamente residente em áreas rurais. Em princípio, os eventos de interesse em saúde de notificação compulsória identificados no Sasi-SUS, como é o caso da Covid-19, alimentam os sistemas de informação universais (Sivep-Gripe, e-SUS e SIM), salvo no caso de falhas potenciais no processo de notificação. Dessa forma, limitações da qualidade, comparabilidade, complementaridade, oportunidade e transparência dos dados desses sistemas de informação dificultam a análise mais fidedigna da situação da Covid-19 na população indígena em âmbito nacional.

Ressalta-se que a base de dados do Siasi é de acesso restrito, ao contrário das demais bases mencionadas, o que limita o potencial de análises comparativas. Os dados do Siasi têm sido disponibilizados somente de forma agregada por meio dos informes e boletins epidemiológicos, de modo que não é possível a condução de análises outras que não aquelas apresentadas oficialmente.

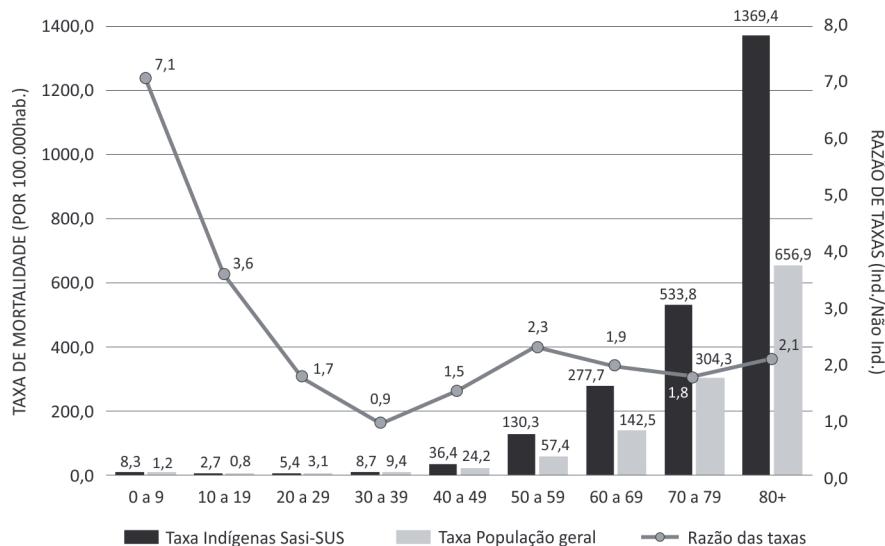
A partir da divulgação dos casos e óbitos por Covid-19 pela Sesai, as lideranças indígenas começaram a alertar que tais estatísticas poderiam ser parciais. Em decorrência, as organizações indígenas se organizaram para realizar um monitoramento participativo próprio, através da plataforma Emergência Indígena ([Apib, 2020](#)). A disparidade entre os dados oficiais e os informados pela Apib, amplamente discutida, foi argumento fundamental na justificativa do requerimento que subsidiou a ADPF 709. Outro ponto de disputas se refere à gravidade da Covid-19 em povos indígenas, expressa pelas taxas de mortalidade e letalidade. O governo tem apontado que as taxas seriam inferiores àquelas da população geral, mas organizações indígenas e pesquisadores têm apresentado questionamentos acerca deste importante ponto, ressaltando a necessidade de análises além daquelas reportadas pela Sesai.

Uma forma de evidenciar potenciais desigualdades no impacto da pandemia entre os indígenas assistidos pelo Sasi-SUS e a população geral é a comparação entre as taxas de mortalidade específicas por idade reportadas pela Sesai, a partir do Siasi, e aquelas obtidas para a população geral, a partir do Sivep-Gripe.³ Como pode ser visto no Gráfico 1, essa análise aponta para taxas de mortalidade superiores em pelo menos 50% nos indígenas em praticamente todas as faixas etárias. Os diferenciais de mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), de 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), de 50 a 59 (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), que atinge a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100 mil habitantes.⁴

³ O *Informe Epidemiológico 17*, publicado pela Sesai, apresenta dados sobre a Covid-19 até a Semana Epidemiológica (SE) 35 (29/08/2020) ([Brasil, 2020b](#)). Com os dados disponibilizados nesse informe, foi possível recompor a população indígena por grupos etários correspondentes àqueles apresentados nas projeções do IBGE para a população geral em 2020, permitindo estimar taxas de mortalidade específicas por idade e Covid-19 minimamente comparáveis às da população geral, obtidas a partir do Sivep-Gripe. Em decorrência de atrasos na confirmação laboratorial de casos que, em geral, chegam a um mês, considera-se adequado para o cálculo da taxa de mortalidade por Covid-19, ainda que existam limitações metodológicas, excluir da base de dados do Sivep-Gripe as observações (óbitos) relativas às últimas quatro semanas da série histórica, a fim de minimizar possível viés. Dessa forma, para as análises aqui apresentadas, utilizaram-se dados da população geral brasileira disponibilizados na SE 40, descartando-se as observações cuja data de início dos sintomas era posterior à SE 35 (30/08/2020). Como não era possível aplicar o mesmo procedimento aos dados do *Informe Epidemiológico 22* (SE 40) da Sesai (pela indisponibilidade da data de início dos sintomas), optou-se por utilizar para esta comparação os dados indígenas publicados no *Informe Epidemiológico 17* da Sesai, relativo à SE 35. Embora essa diferença metodológica no tratamento dos dados indígenas e população geral possa implicar alguma limitação na comparação de taxas e interpretação das razões de taxas, adotou-se a opção metodológica mais conservadora. Tendo em vista que o atraso de notificação atenua as taxas de incidência e mortalidade por Covid-19, se as taxas de mortalidade indígena tivessem sido corrigidas da mesma forma que foram as da população geral, as primeiras seriam ainda mais elevadas, resultando em razões de taxas também mais elevadas, isto é, taxas indígenas e não indígenas mais discrepantes do que o observado.

⁴ Neste texto apresentamos comparações de dados de indígenas com a população brasileira em geral, cabendo destacar a importância de análises desagregadas segundo categorias de cor ou raça. Como em outros desfechos em saúde, há evidências de significativas desigualdades de mortalidade por Covid-19 segundo cor ou raça no Brasil ([Araújo & Caldwell, 2020](#); Baqui *et al.*, 2020), o que se relaciona a uma multiplicidade de fatores sociopolíticos e econômicos, inclusive relacionados a acesso aos serviços de saúde.

Gráfico 1 – Taxas de mortalidade específicas por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) e faixa etária, na população geral brasileira e nos indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – Brasil, 2020



Fontes

População geral: projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível no Datasus <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>>;

Óbitos por Srag: Sivep-Gripe. Indígenas: óbitos em indígenas e taxas de mortalidade específicas por faixa etária disponibilizadas no *Informe Epidemiológico 17* da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde <<https://saudeindigena1.websitese seguro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2035%20-%20SESAI%20COVID%2019%20-%20F.pdf>>.

Nota: Dados acumulados até a Semana Epidemiológica 35.

Uma alternativa para superar algumas das mencionadas limitações na comparação das taxas de mortalidade oriundas de diferentes fontes de dados (Siasi e Sivep-Gripe) é utilizar dados sobre indígenas e não indígenas oriundos de uma mesma base de dados, no caso o Sivep-Gripe. Essa opção permite uma análise mais robusta dos casos graves de Covid-19 – síndrome respiratória aguda grave (Srag) – no país e dos óbitos por Srag-Covid-19. Por outro lado, persistem limitações de comparabilidade em relação aos dados oficiais da Sesai, na medida em que esta incorpora as notificações de Srag e óbitos por Srag na totalidade dos indígenas no país, incluindo uma parcela adicional de cerca de 20% da população indígena total, que vive majoritariamente em cidades ou em territórios não homologados.

No Gráfico 2 são apresentadas as frequências de casos de hospitalização e óbitos por Srag-Covid-19 notificados por semana epidemiológica (SE), da SE 8 à SE 35, no Sivep-Gripe no Brasil e regiões, para indígenas e não indígenas. Verifica-se que as frequências de hospitalizações e óbitos em indígenas apresentam padrões similares aos de não indígenas no Brasil e nas respectivas regiões de residência, assim como uma sequência cronológica na ocorrência de hospitalizações e óbitos que espelha o padrão de disseminação e interiorização da pandemia de Covid-19 no país. Tanto em indígenas quanto em não indígenas, o registro de casos e óbitos teve início nas regiões Sudeste e Norte, seguidas pelo Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Verifica-se uma frequência mais expressiva de casos e óbitos em indígenas na região Norte e, particularmente, na região Centro-Oeste.

Gráfico 2 – Frequência de internações e óbitos por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) por semana epidemiológica, em indígenas e não indígenas – Brasil e regiões, 2020, SE 8 a SE 35

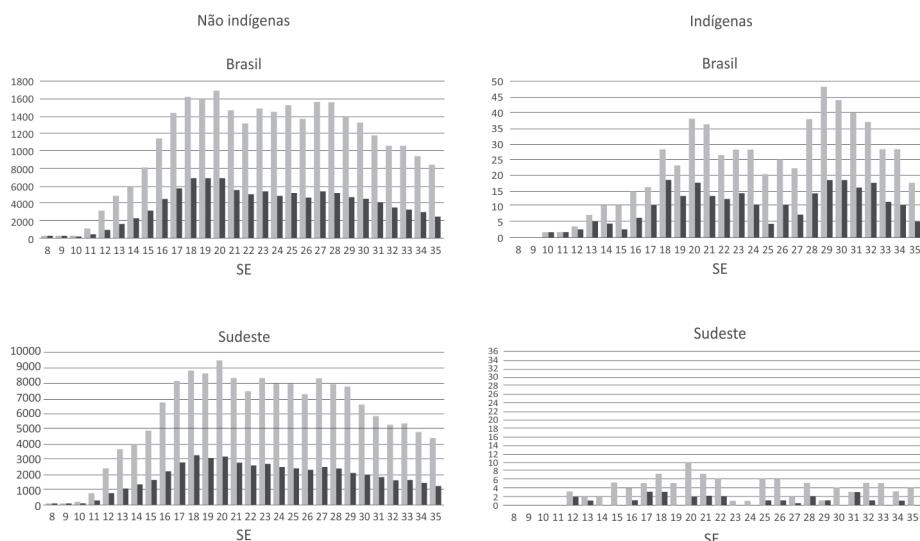
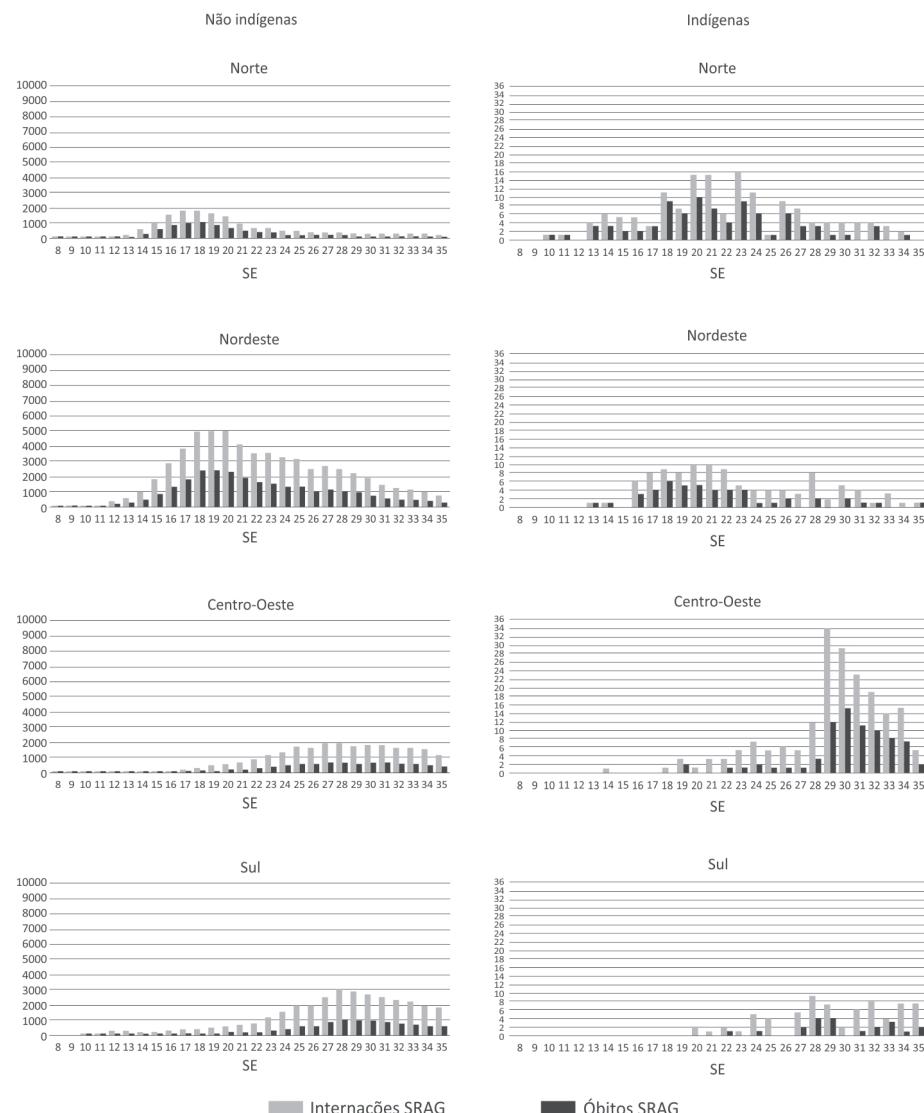


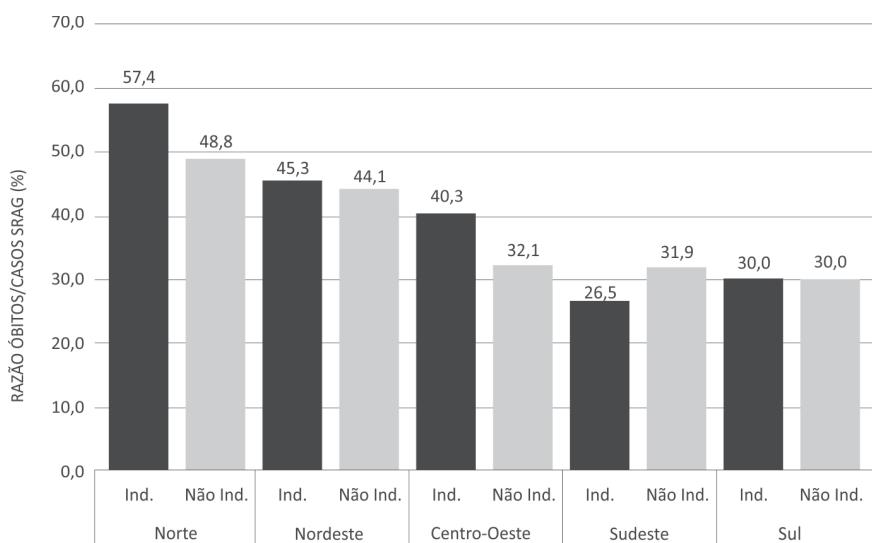
Gráfico 2 – Frequência de internações e óbitos por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) por semana epidemiológica, em indígenas e não indígenas – Brasil e regiões, 2020, SE 8 a SE 35 (continuação)



Fonte: Sivep-Gripe.

A fim de verificar de forma mais clara os impactos da Covid-19 na letalidade em indígenas no país, comparou-se a razão entre óbitos por Covid-19 e os casos de hospitalização por Srag acumulados entre as SEs 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de Covid-19, a partir do Sivep-Gripe. A letalidade acumulada por Srag decorrente de Covid-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%). Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (Gráfico 3). A região Norte apresentou a maior letalidade entre todas as regiões, tanto em indígenas (57,4%) quanto em não indígenas (48,8%). A região Nordeste teve a segunda maior letalidade, com similaridade entre indígenas e não indígenas, ao passo que o Centro-Oeste teve a terceira maior letalidade, sendo que a diferença de letalidade entre indígenas e não indígenas foi a maior entre todas as regiões (26% maior nos indígenas). As regiões Sul e Sudeste apresentaram letalidades similares e mais baixas, destacando-se o Sudeste, com menor letalidade em indígenas do que em não indígenas. Cabe ressaltar que a interiorização do Covid-19 no Brasil ocorreu em diferentes momentos em cada região do país, condição que pode afetar em alguma medida os diferenciais de letalidade por região, se considerarmos a hipótese plausível de que populações rurais ou remotas têm maiores barreiras de acesso aos cuidados de alta complexidade e pior qualidade da informação em saúde.

Gráfico 3 – Letalidade acumulada por síndrome respiratória aguda grave decorrente de Covid-19 (Srag-Covid) em indígenas e não indígenas segundo regiões – Brasil, 2020, SE 8 a 35



Fonte: Sivep-Gripe.

Tendo em vista a elevada taxa de mortalidade por Covid-19 nas faixas etárias acima dos 50 anos em indígenas (Gráfico 1), seria possível supor que a letalidade também pudesse ocorrer de forma desigual entre os grupos etários, sendo maior acima dos 50 anos. Diante disso, repetiu-se o cálculo da letalidade acumulada considerando-se apenas o subconjunto de registros relativos a pessoas com 50 anos ou mais. Essa análise evidenciou o mesmo padrão observado no conjunto da população, mas com maior magnitude da letalidade (incremento absoluto de cerca de 10%), tanto para indígenas (Brasil: 50,7%, Norte: 70,3%, Nordeste: 51,4%, Centro-Oeste: 49,2%, Sudeste: 32,9%, Sul: 40,0%) quanto para não indígenas (Brasil: 43,67%, Norte: 60,2%, Nordeste: 52,5%, Centro-Oeste: 41,0%, Sudeste: 40,0%, Sul: 38,0%). Houve, nesta faixa etária, excesso de letalidade em indígenas – 16%, 17% e 20%, respectivamente no Brasil, no Norte e no Centro-Oeste. Destaca-se ainda a menor letalidade de indígenas no Sudeste (18% menor). Portanto, os níveis de letalidade por Covid-19 dos indígenas superam aqueles da população brasileira em geral em praticamente todas as regiões do país.⁵

Não obstante as limitações inerentes aos desafios de classificar indivíduos por cor ou raça e garantir a qualidade dos dados e a integração entre diferentes fontes de dados, particularmente no contexto de uma pandemia, as análises aqui empreendidas demonstram, de maneira robusta, que o impacto da pandemia tem se mostrado desigual entre regiões e afeta de forma particular os indígenas. Como tem sido amplamente enfatizado pelas lideranças e movimentos indígenas, a morte de indivíduos idosos (e as informações detalhadas neste estudo confirmam maior nível de mortalidade por Covid-19 a partir dos 50 anos em indígenas se comparado ao de não indígenas) representa uma ameaça concreta à preservação das culturas e da identidade desses povos, visto que os idosos são comumente os líderes religiosos ou políticos de suas comunidades e os maiores detentores dos saberes tradicionais.

OS INCERTOS CENÁRIOS FUTUROS...

Em recente editorial, chamou-se atenção para o fato de que a pandemia de Covid-19 pode ser tomada como um “fato social total”, no qual se manifestam e interligam um amplo espectro de dimensões (economia, religião, legislação, moralidade, estética,

⁵ Os diferenciais de letalidade aqui analisados estão sob efeito da qualidade do preenchimento da variável cor ou raça, que além da completude abaixo do desejável, pode ser distinta a depender, por exemplo, da categoria de cor ou raça a ser registrada e da região de residência dos indivíduos acometidos. Esforços no sentido de melhorar o registro da variável cor ou raça no Sivep-Gripe foram adotados pelo governo federal, particularmente em resposta às pressões sociais, que incluíram as ações do movimento indígena, do Ministério Público Federal e do Legislativo. De todo modo, há certo consenso de que os dados sobre letalidade por Srag estão entre aqueles com maior consistência e comparabilidade.

ciência), em imbricações altamente complexas (Santos *et al.*, 2020). Ainda segundo os autores desse editorial, a disseminação e os impactos da pandemia evidenciam, em particular no caso dos povos indígenas,

as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil. Ficam evidentes não somente os impactos, como também as modalidades de resistência e enfrentamento do movimento etnopolítico indígena (Santos *et al.*, 2020: 1)

Neste texto, além de recuperar, ainda que brevemente, os debates e embates que envolveram a vulnerabilidade dos povos indígenas, as respostas governamentais e as múltiplas vertentes de atuação da sociedade civil, em particular do movimento indígena, no tocante à Covid-19, apresentamos evidências baseadas em dados epidemiológicos oriundos de sistemas de informação que atestam a gravidade, em termos de mortalidade e letalidade, da doença nos povos indígenas. Mais uma vez, tristemente, fica evidente a magnitude da dívida histórica da sociedade brasileira, por certo agravada pelas condições políticas contemporâneas, para com esse segmento da população, reiterada nas condições presentes de grave crise sanitária.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388: 131-157, 2016.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena. Emergência indígena. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- ARAÚJO, E. & CALDWELL, K. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra?, 2020. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaudade/2020/07/20/por-que-a-covid-19-e-mais-mortal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- AZEVEDO, M. M. *et al.* Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19. Caderno de Insumos, 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/caderno-demografia-indigena.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.
- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from Covid-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, 8: e1.018-e1.026, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas: versão preliminar*. Brasília: Sesai, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Informe Epidemiológico n. 17. Semana epidemiológica (SE) 35 (23/08/2020 a 29/08/2020)*. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://saudeindigena1.websitseguro.com/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2035%20-%20SESAI%20COVID%2019%20-%20F.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

CARDOSO, A. M. et al. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: contribution of influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLoS One*, 14(7): e0218925, 2019.

COIMBRA JR., C. E. A. et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13: 52, 2013.

ELOY, L. H. ADPF 709 no Supremo: povos indígenas e o direito de existir, 1 ago. 2020. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

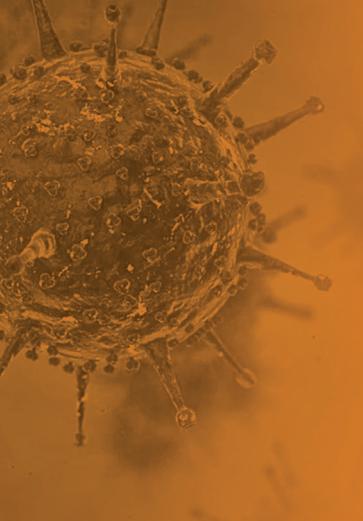
FARIAS, Y. N. et al. Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, supl. 3: e00001019, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

SANTOS R. V. et al. The identification of the Indigenous population in Brazil's official statistics, with an emphasis on demographic censuses. *Statistical Journal of the IAO*, 35: 29-49, 2019.

SANTOS, R. V. et al. A “total social fact”: Covid-19 and indigenous peoples in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10): e00268220, 2020.

SARAIVA, L. & CARDOSO, A. Execução Orçamentária da Saúde Indígena diante da pandemia do novo coronavírus. Nota Técnica. Brasília: Inesc, 2020.



Participação Indígena e Obstáculos ao Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no Mato Grosso do Sul

Raquel Dias-Scopei, Daniel Scopel e Eliana Elisabeth Diehl

A pandemia de Covid-19 revelou iniquidades em saúde vivenciadas pelos povos indígenas (Santos, Pontes & Coimbra, 2020). Também evidenciou a participação social em um cenário de incertezas e lutas políticas contra as ineficiências na gestão da saúde indígena. A participação indígena mobilizou diversos atores sociais, facilitando, inclusive, a ação dos profissionais, indígenas e não indígenas, que atuam na saúde. Na contramão da mobilização indígena, o governo federal, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), encenou um papel ambíguo, indo de encontro à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Pnasp) e a princípios gerais definidos pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, a exemplo das evidências demonstradas no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709 do Supremo Tribunal Federal (Santos, Pontes & Coimbra, 2020).

Mediante abordagem etnográfica, analisamos aqui a participação indígena e os obstáculos com que os povos Atikum, Guató, Guarani Ñandeva, Guarani Kaiowá, Ofaié, Terena, Kadiwéu e Kinikinaw se depararam no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Mato Grosso do Sul (MS). Com a inserção dos pesquisadores em uma rede de atores sociais que se estabeleceu em torno de ações de enfrentamento da pandemia no MS no período de março a novembro de 2020, a pesquisa etnográfica baseou-se em dados de observação participante, entrevistas, análise de documentos e de informações em jornais. Todas as entrevistas foram realizadas por telefone em razão das condições de distanciamento social impostas. Foram registradas e analisadas narrativas, inclusive informações disponíveis em canais de comunicação como grupos de WhatsApp. O anonimato foi preservado. Os autores têm longa experiência em pesquisas etnográficas sobre saúde indígena e participam de projetos de pesquisa em andamento que contemplam a análise de ações

em saúde indígena no MS.¹ A primeira autora atua como conselheira de Saúde Indígena no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul (Condisi-MS) e foi consultora no âmbito da ADPF 709/STF/DF.

PNASPI, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

No Brasil, a Pnaspi preconiza um conjunto de diretrizes para a atenção aos povos indígenas em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Constituição de 1988. Entre essas diretrizes encontra-se a implementação do controle social ([Brasil, 2002](#)), a ser realizado por meio de instâncias formais de participação indígena no planejamento, execução, avaliação e fiscalização das ações de saúde.

O conceito de controle social é parte importante da Pnaspi no tocante à participação social. No caso da saúde indígena, a participação social é considerada necessária para a efetivação da “atenção diferenciada”, que se refere à necessidade de que o Estado promova atenção à saúde sensível às especificidades socioculturais, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas ([Brasil, 2002](#)).

A atenção primária para os povos indígenas no MS é responsabilidade da Sesai por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), com sede em Campo Grande. O DSEI-MS é o maior DSEI do Brasil. Ele atua em 32 municípios e está organizado em 14 polos-base, 75 unidades básicas de Saúde e três casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai).

A cada polo-base corresponde um Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), formado exclusivamente por indígenas eleitos pela comunidade ([Brasil, 2002](#)). Os conselhos locais indicam os representantes indígenas que atuarão como conselheiros no Condisi.

Os conselhos distritais de Saúde Indígena são órgãos deliberativos voltados para o planejamento das ações e o acompanhamento e o monitoramento dos serviços de atenção e da prestação de contas dos DSEIs ([Brasil, 2020a, 2020c](#)).

As instâncias oficiais de participação social não se resumem aos conselhos. A Pnaspi propõe a participação indígena “em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, contemplando expressões formais e informais” ([Brasil, 2002](#): 20).

¹ Uma das pesquisas se chama Saúde, Sustentabilidade e Controle Social: políticas públicas e a experiência de participação social no Conselho Distrital de Saúde Indígena, Mato Grosso do Sul (Condisi-MS) e é coordenada por Raquel Scopel e financiado pelo Programa Inova Fiocruz. Outra pesquisa é realizada pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural no âmbito do Projeto A Covid-19 no Brasil: análise e resposta aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento, coordenado por Jean Segata, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi encomendado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e conta com financiamento da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

A Pnaspi ainda enfatiza ser responsabilidade dos DSEIs realizar a atenção diferenciada com a participação indígena: “§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social” (Brasil, 2002: 31).

No que se refere à participação social no cenário da pandemia, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) emitiram nota técnica no âmbito da ADPF 709/DF, assinalando como imprescindível um plano de ação efetivo:

A ampliação e fortalecimento do controle social, previsto na Pnaspi (Brasil, 2002) é de suma importância, mas refere-se a uma dimensão estrita da participação social. Recomenda-se, então, que a participação social, em seu sentido lato, seja um princípio norteador de todo o Plano da União, de modo a prever o envolvimento dos povos indígenas em todas as etapas dos processos, desde a identificação das necessidades locais até o envolvimento nas ações de planejamento, execução, avaliação e monitoramento, tal como prevista em diferentes documentos internacionais e nacionais (Convenção n. 169 da OIT, 1989; Lei 9.836 de 1999; Pnaspi, 2002). (Abrasco & Fiocruz, 2020: 23)

POVOS INDÍGENAS NO MATO GROSSO DO SUL

O Mato Grosso do Sul (MS) é o segundo estado com maior população indígena do país, com 83.241 pessoas pertencentes a oito etnias: Atikum, Guató, Guarani Ñandeva, Guarani Kaiowá, Ofaié, Terena, Kadiwéu e Kinikinaw. Em muitas aldeias, a situação dos indígenas é caracterizada por condições territoriais e sanitárias precárias, em decorrência de um longo processo de exclusão social.

A situação de precariedade em relação à manutenção e uso dos territórios indígenas no MS é notória e alarmante. O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2020-2023 registra que “Na última década, o Estado do Mato Grosso do Sul liderou o ranking dos estados mais violentos contra os povos indígenas no Brasil” (Brasil, 2020a). O estado concentra ainda as maiores taxas de suicídios e homicídios entre os indígenas no país (Cimi, 2019).

Destacam-se, também, ocupações indígenas que não são ainda reconhecidas pelo Estado nacional, denominadas de “retomadas” pelos indígenas. As retomadas frequentemente são áreas em litígio, registradas por terceiros como propriedade privada. Áreas de retomada constam no PDSI 2020-2023 como “acampamentos”, termo que esvazia o sentido que lhes é dado pelos indígenas.

A indefinição quanto à titularidade das retomadas emerge como justificativa para a omissão do Estado em atender direitos básicos dos indígenas, como, por exemplo, acesso à água potável. Mesmo aldeias em terras indígenas regularizadas não têm acesso à água potável de forma satisfatória. Segundo a Sesai, apenas 77,53% da população que vive em territórios indígenas no MS são atendidos por sistemas de abastecimento de água (Brasil, 2020a: 7).

Em grande parte dos territórios no estado, condições ambientais afetam a segurança alimentar e modos tradicionais de subsistência. Para obter renda, muitos indígenas precisam vender artesanato e produtos agrícolas fora de suas terras. Outros buscam trabalho assalariado em fazendas, na indústria frigorífica e no comércio em cidades. Muitos precisam viajar para outros estados para conseguir trabalho temporário em plantações, como as de cana-de-açúcar e de maçã.

A PANDEMIA CHEGA ÀS ALDEIAS DO MATO GROSSO DO SUL

O Mato Grosso do Sul identificou o primeiro caso de Covid-19 em 14 de março de 2020 ([Mato Grosso do Sul, 2020a](#)). Em 20 de março de 2020, o governador decretou estado de calamidade pública ([Mato Grosso do Sul, 2020c](#)) e em abril foi reconhecida a transmissão comunitária ([Mato Grosso do Sul, 2020b](#)).

O primeiro caso de Covid-19 entre os povos indígenas no MS foi registrado no dia 13 de maio de 2020 ([Mato Grosso do Sul, 2020d](#)). Segundo nota oficial divulgada pelo DSEI-MS tratava-se de uma mulher Guarani Kaiowá de 35 anos que morava na Reserva Indígena de Dourados. A região sul de MS abriga dois terços da população indígena, majoritariamente das etnias Guarani Ñandeva e Guarani Kaiowá. Vinte quatro horas depois, outros dois casos foram confirmados entre os Guarani Kaiowá. Todos os três trabalhavam no frigorífico da JBS, moravam na mesma aldeia e usavam o mesmo ônibus para o transporte até o trabalho.

Inicialmente, as pessoas foram orientadas a cumprir isolamento social na própria residência. Em 27 de maio, havia 74 casos entre os indígenas do sul do estado. Muitos casos foram descobertos na investigação dos contatos próximos aos indígenas funcionários do frigorífico da JBS.

A Secretaria de Estado de Saúde do MS (SES/MS) desenhou uma estratégia de vigilância sanitária para atender aos povos indígenas, dado que o DSEI-MS não dispunha de testes ou equipe capacitada para realizá-los conforme estabelecido nos planos de emergência existentes. Houve obstáculo à atuação da SES/MS por parte da Sesai, que

só se resolveu após intervenção do Ministério Públíco Federal (MPF) de Dourados. Ficou estabelecida uma ação coordenada entre DSEI-MS, prefeituras e a SES/MS. A SES/MS capacitou profissionais do DSEI-MS para realização dos testes e garantiu o transporte das amostras coletadas.

Com o aumento do número de casos, levantou-se o problema da dificuldade em isolar doentes nas aldeias, visto que as condições de moradia não permitiam seguir recomendações dos serviços de saúde. Lideranças indígenas rapidamente se organizaram para buscar soluções. Em parceria com o Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e com a prefeitura, viabilizaram a Casa do Cursilho, cedida pela Diocese de Dourados, para abrigar os doentes e familiares fora da terra indígena. O espaço foi considerado uma conquista das lideranças indígenas, que também promoveram, junto com o Cimi, campanhas para arrecadar colchões, roupa de cama, alimentos e brinquedos.

Em maio de 2020, a avaliação do andamento das ações de enfrentamento da Covid-19 sinalizava morosidade e despreparo da Sesai. Havia reclamações relacionadas a “coisas que não aconteceram ou que aconteceram de modo não razoável” (Conselheiro distrital, 22 maio 20). Os conselheiros do Condisi reclamaram que as sugestões de lideranças indígenas, professores e agentes indígenas não haviam sido ouvidas pela Sesai. Os indígenas apontaram que os protocolos publicados não eram adequados à realidade indígena. Eles questionaram sobre falta de equipamentos de proteção individual (EPIs). E alertaram sobre a falta de profissionais da saúde nas equipes, agravada pela ausência dos que estavam afastados por pertencerem a algum grupo de risco.

Na região norte do estado, em Aquidauana, houve rápido aumento de notificações após a detecção do primeiro caso, em 9 de julho. Os indígenas das aldeias da região de Taunay-Ipegue atribuíram a chegada da pandemia a um evento político que acontecera no dia 2 de julho. O evento fora promovido pela prefeitura, pelo governo do estado e pela Assembleia Legislativa para a assinatura de ordem de serviço para pavimentação da rodovia MS-442. Apesar das recomendações oficiais, houve aglomeração. No dia 23, já eram 71 casos suspeitos, 56 confirmados e quatro mortes. A repercussão gerou nota de repúdio assinada pelas organizações indígenas Aty Guasu Kaiowá e Guarani, Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), Conselho do Povo Terena e Cimi, entre outras. A nota pedia ao MPF abertura de inquérito contra os organizadores do evento. Além disso, demandava que o DSEI-MS realizasse a contratação de equipes de saúde e a estruturação de espaço para isolamento dos doentes ([Cimi, 2020a](#)). A estrutura do DSEI-MS, em Aquidauana, contava apenas com um médico para atender uma população de aproximadamente 7 mil pessoas.

No dia 24 de julho, o Conselho do Povo Terena e as defensorias públicas da União e do estado do MS enviaram pedido de ajuda aos Médicos Sem Fronteiras (MSF) ([Conselho do Povo Terena, 2020](#)). Sem consulta prévia ao povo Terena, a Sesai negou a ajuda dos MSF ([MSF, 2020a](#)). Houve ampla mobilização indígena, com apoio da Apib e da Abrasco, para reverter a decisão. Somente em 24 de agosto a Sesai autorizou a ajuda dos MSF, que começaram a atuar em setembro ([MSF, 2020b](#)). A intervenção dos MSF foi considerada uma conquista para as lideranças indígenas.

Paralelamente, a Sesai realizou uma ação emergencial com as Forças Armadas entre 25 e 30 de agosto em aldeias de Miranda e de Aquidauana. A ação pontual – e podemos dizer espetacular – foi divulgada na mídia local e em redes sociais ([Operação..., 2020](#)). Esse modelo campanhista de atenção é criticado por sanitaristas e antropólogos, por desmobilizar um modelo de atenção permanente e estruturado ([Garnelo, 2004](#)).

Em 25 de setembro, um novo coordenador foi nomeado para o DSEI-MS. Em função disso, em outubro surgiram novas demandas para que fosse realizada reunião presencial do Condisi-MS: “Como o coordenador não conhece e nem entende a questão da saúde indígena, seria muito bom fazer a reunião presencial com o pleno” (Conselheiro distrital, 19 out. 2020).

MOBILIZAÇÃO PARA A DEFESA DO TERRITÓRIO

Uma das primeiras estratégias adotadas pelos indígenas no MS foi a instalação de barreiras sanitárias no acesso às aldeias, para controlar a circulação de pessoas estranhas. Critérios próprios para a instalação foram definidos em cada comunidade. Comunicados informando a restrição da circulação de pessoas foram veiculados pelas redes sociais e na mídia local. As barreiras nas estradas foram sinalizadas com faixas e placas de advertência. Essas barreiras foram mantidas pelos próprios indígenas, atuando como vigias ([Foscaches, 2020](#); [Cimi, 2020b](#)).

As barreiras foram consideradas estratégia emergencial implantada pelas lideranças indígenas visando ao isolamento de aldeias, assunto que circulou em mensagens no WhatsApp: “A princípio as barreiras sanitárias foi decisão das lideranças... Na Aldeia Te'yikue e Guyra Roka é composta apenas pelas lideranças e membros da comunidade”; “Aqui na região de Aquidauana, (...) a barreira se mantém até hoje, por nossa conta” (8 set. 2020).

As lideranças indígenas mobilizaram diversos atores sociais (secretarias municipais, organizações indígenas e instituições de ensino e pesquisa) para obter insumos, equipamentos de proteção e alimentação para manter as barreiras.

No MS, de modo semelhante ao que aconteceu em outros estados (Almeida, Acevedo Marin & Aleixo, 2020), essas barreiras implicaram fortalecimento dos laços sociais comunitários e a articulação das lideranças indígenas.

MOBILIZAÇÃO PARA GARANTIR ACESSO À ÁGUA

A falta de água potável nas aldeias é um problema crônico que expressa as condições de extrema vulnerabilidade a que estão submetidos vários grupos indígenas no MS. É um problema notório (Moretto, 2020a, 2020b). Essa questão é conhecida pelos gestores da Sesai e considerada “o grande problema no estado de Mato Grosso do Sul” (Condisi-MS, 2018). Com as propagandas oficiais para que a população lave as mãos como medida preventiva, a falta de água nas aldeias evidenciou as contradições vividas pelos povos indígenas no MS, colocando em xeque dados do DSEI-MS de que “das aldeias regularizadas, 100% têm abastecimento com água tratada” (Brasil, 2020a: 7).

Vários alertas sobre inexistência ou precárias condições das redes de distribuição de água potável nas aldeias foram feitos por conselheiros distritais no grupo de WhatsApp do Condisi: “Temos 3 poços mas muitos ainda reclamando que as torneiras estão secas” (Conselheiro distrital, 10 jun. 20); “porque aqui na minha aldeia tem um poço que nem funciona, e metade da população tem água e metade não tem” (Conselheiro distrital, 11 jun. 20); “a falta de água tem sido constante aqui em casa e em várias outras residências” (Conselheiro distrital, 11 jun. 20).

Diversos atores sociais foram mobilizados pelas lideranças indígenas visando a buscar soluções, tais como o MPF, o Cimi, a Fiocruz e prefeituras (Dourados, 2020).

Uma das estratégias adotadas pelas lideranças foi a distribuição de caixas d’água para abastecimento com caminhão-pipa: “com a Apib, conseguimos 3 caixas de água de 500 litros pra o acampamento, priorizando 3 idosos de 80 anos que vinham buscando água do rio a 3 km” (Liderança indígena, 27 maio 2020).

ATUAÇÃO VIRTUAL DO CONDISI E OBSTÁCULOS NA GESTÃO

O Condisi-MS é formado por 44 conselheiros, dos quais 32 são indígenas. Em anos anteriores, esse conselho esteve bastante ativo: realizou seis reuniões ordinárias em 2018 e cinco em 2019. Na maioria das vezes, essas reuniões aconteceram em Campo Grande, com duração de cinco dias. Além das reuniões, os conselheiros distritais atuaram em diversas comissões e foram protagonistas na realização da etapa distrital da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), em dezembro de 2018. Em maio de 2019 foram eleitos novos conselheiros.

Durante a pandemia, a participação indígena no controle social encontrou obstáculos, uma vez que as medidas de distanciamento acabaram sendo utilizadas para desmobilizar o Condisi-MS.

Em 2020 foram realizadas apenas duas reuniões ordinárias presenciais, a última entre 10 e 14 de março. A partir de então, todas as seis reuniões foram virtuais. Alguns conselheiros reclamaram que as reuniões virtuais não garantiam oportunidade de discussão, pois se concentravam em apenas uma manhã. Além disso, informaram que muitos tinham acesso limitado à internet.

Foram feitas duas solicitações para reuniões presenciais ao DSEI-MS, em junho e outubro. Ambas foram negadas pela coordenação. Em junho, a solicitação foi negada sob a alegação de se tratar de recomendação dos poderes públicos locais: “Mas foi o próprio MPF e Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul que fez a recomendação ao DSEI cancelar nossa 90a. Reunião Ordinária do Condisi-MS, inclusive solicitaram até explicações ao Condisi-MS sobre a nossa manifestação” (Liderança indígena, 11 jul. 2020).

Em outubro, outro pedido também foi negado pela coordenação do DSEI-MS, que alegou recomendações oficiais de que não houvesse aglomeração. Essa negativa veio um dia antes de a Sesai enviar convite para reunir os presidentes dos 34 Condisi em Brasília (Brasil, 2020b). A desmobilização do Condisi-MS coincide com acusações de que o atual presidente não repassa informações e mantém comunicação direta com a coordenação e com o secretário nacional de Saúde Indígena.

Não faremos uma análise detalhada, mas é importante sublinhar que a gestão atual do governo federal promoveu um esvaziamento das instâncias de participação social, a exemplo do adiamento da etapa nacional da 6^a CNSI. Além disso, o decreto n. 9.759/2019 extinguiu o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e só não atingiu conselhos locais e os conselhos distritais de Saúde Indígena porque estes estão previstos em lei ([Brasil, 2019](#)).

Paralelamente, as frequentes trocas de comando na coordenação do DSEI-MS vêm sendo apontadas como prejudiciais à participação social. Pouco antes da pandemia, em meados de 2019, houve exoneração do coordenador que era indígena e havia contribuído para o fortalecimento do Condisi-MS. Apesar de protestos, em outubro de 2019 um novo coordenador, sem qualquer experiência na saúde indígena, assumiu o cargo. Ele afastou-se da coordenação logo após a queda do ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, em maio. Somente em setembro de 2020 outro coordenador – novamente, inexperiente em saúde indígena – foi nomeado pelo ministro Eduardo Pazuello.

As lideranças indígenas questionam a racionalidade da nomeação de pessoas que desconhecem o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o contexto dos povos indígenas em que vão atuar: “Precisamos de solução, e não visitas” (Condisi-MS, 2018).

PARTICIPAÇÃO E ENFRENTAMENTO EM TEMPOS DE CRISE

A participação indígena engloba um sentido de promoção da saúde amplo, que valoriza a relação entre a coletividade e o território como algo imprescindível à reprodução biosocial (**Scopel, Dias-Scopel & Langdon, 2018**). Esse sentido ampliado de saúde tornou-se evidente nas estratégias indígenas de participação social observadas. Na pandemia, as lideranças indígenas fortaleceram laços sociais de solidariedade e promoveram articulações significativas com diversos atores sociais parceiros, facilitando, inclusive, a ação dos profissionais da saúde.

No enfrentamento da Covid-19, os povos indígenas foram motivados a agir em um cenário marcado por um processo histórico de avanços insuficientes e obstáculos que, mais recentemente, se acentuaram devido a: 1) sucateamento das infraestruturas dos DSEIs; 2) recursos humanos insuficientes e pouco (ou nada) preparados para trabalhar em contextos socioculturais específicos; e 3) demora em promover um plano adequado de enfrentamento da Covid-19 para o contexto indígena (**Abrasco & Fiocruz, 2020**). A Sesai tem mantido uma postura administrativa centralizadora em um momento que exige capacidade de respostas rápidas e respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas, muitas vezes desconhecidas ou ignoradas.

No Mato Grosso do Sul e em outros contextos no Brasil, a maioria das ações protagonizadas pelos indígenas demonstra sua iniciativa na construção de estratégias de enfrentamento e de articulação com diversos atores sociais (Almeida, Acevedo Marin & Aleixo, 2020). É importante não reduzir essas ações ao crivo do olhar biomédico. No campo político, emergiram novos atores com representatividade para realizar negociações e confrontos com os agentes públicos. No contexto das aldeias, a participação social já era vista como estratégia capaz de promover melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida. Agora, se revelou imprescindível para o enfrentamento das crises.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. W. B.; ACEVEDO MARIN, R. E. & ALEIXO, E. (Orgs.). *Pandemia e Território*. São Luís: Uema Edições, PNSCA, 2020. Disponível em: <www.aba.abant.org.br/files/20200901_5f4e9a9024e0f.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) & FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Nota técnica em resposta à intimação n. 2636/2020, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/resposta_intimacao_fiocruz_abrasco_final_17_08_c2.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Funasa, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.
- BRASIL. Decreto n. 9.759, de 11 abr. 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2019. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul. Plano Distrital de Saúde Indígena 2020-2023-DSEI Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ofício Circular n. 171/2020/Sesai/GAB/Sesai/MS. Brasília, 29 out. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.021, de 4 nov. 2020. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 4, de 28 set. 2017, para dispor sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2020c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudalegis/gm/2020/prt3021_13_11_2020.html>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL (CONDISI-MS). Ata da 81^a Reunião Ordinária do Condisi-MS. Campo Grande, 2018.
- CONSELHO DO POVO TERENA. Ofício conjunto n. 001/CPT/DPE/DPU/MS Campo Grande/MS, 24 de julho de 2020. Disponível em: <http://apib.info/files/2020/08/OF.CONJ_.N.001-CPT-DPE-DPU-ORGANIZACAO-MEDICO-SEM-FRONTEIRAS-SOLICITACAO-24-07-2020-assdigital-1.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil-Dados de 2018*. Brasília: Cimi, 2019. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Organizações denunciam deputado e membros do governo do MS por criar condições de contaminação por covid-19 entre povo Terena, 2020a. Disponível em: <<https://cimi.org.br/2020/07/organizacoes-denunciam-governo-do-mato-grosso-do-sul-para-criar-condicoes-de-contaminacao-por-covid-19-entre-povo-terena/>>. Acesso em: 14 nov. 2020.
- CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Povos indígenas reforçam barreiras sanitárias e cobram poder público enquanto covid-19 avança para aldeias, 2020b. Disponível em: <<https://cimi.org.br/2020/05/povos-indigenas-reforcaram-barreiras-sanitarias-cobram-poder-publico-covid-19-avanca/>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

DOURADOS. Câmara Municipal de Dourados. Lideranças indígenas vão à Câmara e pedem “socorro” pela falta de água e saneamento nas aldeias, 13 ago. 2020. Disponível em: <www.camaradourados.ms.gov.br/noticia/liderancas-indigenas-vao-a-camara-e-pedem-socorro-pela-falta-de-agua-e-saneamento-nas-aldeias>. Acesso em: 21 nov. 2020.

FOSCAHES, N. No Mato Grosso do Sul, indígenas tentam bloquear covid sem ajuda do governo. *Repórter Brasil*, São Paulo, 4 set. 2020. Disponível em: <<https://reporterbrasil.org.br/2020/09/no-mato-grosso-do-sul-indigenas-tentam-bloquear-covid-sem-ajuda-do-governo/>>. Acesso em: 21 nov. 2020.

GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004. In: REUNIÃO DA ANPOCS, XXVIII, 2004, Caxambu. Disponível em: <www.anpocs.org/index.php/papers-28-encontro/st-5/st11-5/3974-mpereira-politica/file>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. *Boletim Epidemiológico Covid-19 no Estado de Mato Grosso do Sul*, 2020a. Disponível em: <www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/BOLETIM-CORONAVIRUS-19-03-2020.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. *Boletim Epidemiológico Covid-19 no Estado de Mato Grosso do Sul*, 2020b. Disponível em: <www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-Epidemiologico-COVID-19-2020.04.13.pdf.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Decreto Legislativo n. 620, de 20 mar. 2020. Reconhece, para os fins do disposto no art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Governador do Estado, encaminhada por meio da Mensagem n. 7/2020, de 19 de março de 2020. *Diário Oficial Eletrônico*, Campo Grande, 20 mar. 2020c. Disponível em: <www.coronavirus.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Decreto-Legislativo.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Saúde anuncia primeiro caso confirmado de coronavírus em aldeia indígena do Estado, 13 maio 2020d. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/saude-anuncia-primeiro-caso-confirmado-de-coronavirus-em-aldeia-indigena-do-estado>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). MSF recebe autorização para trabalhar em áreas indígenas no Mato Grosso do Sul, 2020a. Disponível em: <www.msf.org.br/noticias/msf-recebe-autorizacao-para-trabalhar-em-areas-indigenas-no-mato-grosso-do-sul>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). MSF reitera pedido para atuar em comunidades indígenas do Mato Grosso do Sul, 2020b. Disponível em: <www.msf.org.br/noticias/msf-reitera-pedido-para-atuar-em-comunidades-indigenas-do-mato-grosso-do-sul>. Acesso em: 21 nov. 2020.

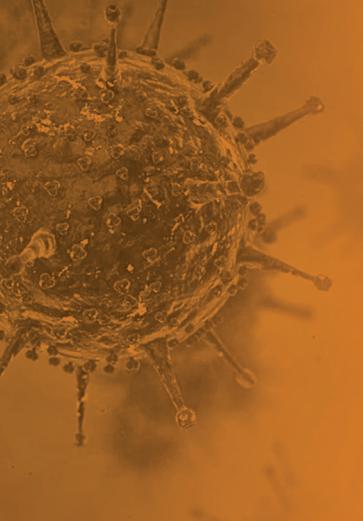
MORETTO, A. Em meio à pandemia do coronavírus, falta de água nas aldeias será resolvida por parte. *Dourado News*, Dourado, 25 mar. 2020a. Disponível em: <www.douradosnews.com.br/dourados-em-meio-a-pandemia-do-coronavirus-falta-de-abastecimento-nas-aldeias/1124459>. Acesso em: 21 nov. 2020.

MORETTO, A. Falta de água continua nas aldeias, mas Sesai diz que situação não impede prevenção ao coronavírus. *Dourado News*, Dourado, 9 abr. 2020. Disponível em: <www.douradosnews.com.br/dourados/falta-de-agua-continua-nas-aldeias-mas-sesai-diz-que-situacao-nao/1125522>. Acesso em: 21 nov. 2020.

OPERAÇÃO de apoio em aldeias de Miranda e Aquidauana atendeu mais de 6 mil. *O Pantaneiro*, Aquidauana, 31 ago. 2020. Disponível em: <www.opantaneiro.com.br/aquidauana/operacao-de-apoio-em-aldeias-de-miranda-e-aquidauana-atendeu-mais-de-6/160724/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L. & COIMBRA JR., C. E. A. Um “fato social total”: Covid-19 e povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10): 1-5, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v36n10/1678-4464-csp-36-10-e00268220.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. & LANGDON, E. J. Munduruku cosmography in movement: health, territory and survival strategies in the Brazilian Amazon. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas*, 13(1): 89-108, 2018. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v13n1/1981-8122-bgoeldi-13-1-0089.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.



Cuidado e Controle na Gestão da Velhice em Tempos de Covid-19

Patrice Schuch, Ceres Gomes Víctora e Monalisa Dias de Siqueira

Em relação à ameaça do novo coronavírus, os idosos foram classificados como grupo de risco preferencial da pandemia. A associação entre maior idade cronológica e risco é um dos efeitos da ênfase biomédica característica das políticas de saúde global, as quais têm privilegiado a noção de um corpo orgânico sujeito ao risco de infecção por um vírus, em detrimento de uma abordagem que endossamos, na qual a ameaça da pandemia é vista como coproduzida na relação entre corpos, vírus, vínculos relacionais, políticas de saúde e infraestruturas urbanas (Das, 2020; Segata, 2020).

Em um país desigual como o Brasil, em que as políticas de gerenciamento da pandemia têm enfatizado ações de proteção à economia e o incentivo moral ao isolamento social, a conformação da noção de grupo de risco suscita discursividades públicas e exclusivos programas de restrição da circulação para o grupo de idosos em que o *cuidado* com essa população se mimetiza em *controle* e regulação das condutas. Tais modos de regulação das condutas produzem sensibilidades que acentuam a produção política da velhice como associada a falta de autonomia, incapacidade e dependência, contrapondo-se a vertentes contemporâneas que privilegiam os esforços de autoprodução de um envelhecimento ativo, autônomo e independente.

Contrariando histórias únicas e modos generalizantes de construção do sujeito idoso, estamos empreendendo uma pesquisa antropológica com pessoas consideradas idosas (acima de 60 anos) para compreender os impactos da pandemia do Covid-19 nas suas vidas cotidianas, em seus vínculos relacionais e em seus modos de entender

a pandemia.¹ Trata-se de investir na ampliação da visibilidade de experiências, formas e perspectivas de vida das pessoas consideradas idosas a partir de seus vínculos relacionais e infraestruturas de cuidado, e ao mesmo tempo de propor uma perspectiva sobre a compreensão da pandemia baseada nas práticas e ações miúdas e cotidianas que suscita (Biehl & Petryna, 2013; Das, 2020; Fleischer & Lima, 2020).

ENTRE IDOSOS E VELHOS: ESTILOS DE REGULAÇÃO MORAL NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Nos discursos públicos sobre a relação entre os idosos e a pandemia do novo coronavírus, prolifera uma variedade de memes nos quais a capacidade de escolha, disposição fundamental relacionada ao valor da autonomia, é posta em xeque, incitando não apenas discursos concernentes à infantilização dos idosos e a reiteração de sua “teimosia”, como também modos de disciplinamento tradicionalmente associados às crianças ou mesmo ao aprisionamento de animais. Essa política de constrangimento moral para forçar o isolamento social desse grupo se coaduna com outras políticas de regulação da conduta via decretos e orientações municipais, voltados exclusivamente para a população de idosos. Alguns exemplos são a proibição da permanência em praças públicas sob pena de multa, a restrição de horários para realização de compras em supermercados e o impedimento do uso de cartão de gratuidade no transporte público (Dourado, 2020). Os memes jocosos, assim como os programas restritivos da circulação, atestam uma focalização importante nesse grupo etário, manifestando os efeitos da constituição da noção de grupo de risco associada à maior idade cronológica. A produção do estereótipo de um velho teimoso, sem capacidade de discernimento dos riscos e que pode e deve ser corrigido por mecanismos disciplinares aprisionadores conta uma história única sobre velhice, associada a incapacidade e dependência.

No contexto da pandemia, pesquisadores têm salientado o quanto a noção de grupo de risco tem reforçado tais estigmas associados ao envelhecimento (Henning, 2020; Debert & Félix, 2020; Beltrão, 2020; Pait, 2020; Dourado, 2020), ecoando o que tem sido chamado de ageísmo, idadismo, etarismo, idosismo, gerontofobia ou

¹ Pesquisa resultante do Projeto A Covid-19 no Brasil: análise e resposta aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento (Convênio Ref.: 0464/20 Finep/UFRGS). A pesquisa é desenvolvida pela Rede Covid-19 Humanidades MCTI e integra o conjunto de ações da Rede Vírus MCTI financiadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações para o enfrentamento da pandemia. A pesquisa com idosos é desenvolvida por uma equipe mais ampla de pesquisadoras e pesquisadores, a quem agradecemos pela colaboração: Caroline Sarmento, Cauê Machado, Fernanda Rifiotis, Lauren Rodrigues, Mariana Picolotto, Pamela Ribeiro, Roberta Ballejo e Taciane Jeske. A participação de Ceres Víctora no projeto recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Código de Financiamento 001.

velhofobia – termos que visam a designar a discriminação contra pessoas idosas (Goldenberg, 2020; Henning, 2020). Além de evidenciar tal dinâmica, argumentamos que essas discursividades colocam em cena uma ruptura com tendências mais gerais em torno do envelhecimento ativo. Confrontados com sensibilidades, representações e discursividades dicotômicas – que poderíamos chamar de *estilos de regulação moral*, os quais, tomados como conjuntos singulares de técnicas de produção de sujeitos (Carrara, 2013), opõem autonomia e dependência –, os idosos se deparam com noções de velhice e modos de produção do sujeito que acentuam ou sua completa dependência ou a sua completa autonomia.

Nesse processo, o que se torna invisível e inaudível são os vínculos relacionais e os modos de organização da vida postos em prática diariamente por pessoas idosas para lidar com a pandemia, e como esta acontece na vida de homens e mulheres que continuam a administrar relações familiares, de trabalho, de sociabilidade e tantas outras. Além disso, a realização de atividades cotidianas com algum apoio ou relação de cuidado – muitas vezes necessárias para pessoas idosas – é tomada como razão de desconsideração de suas capacidades e de sua agência no mundo. Isso mostra como a noção de sujeito moderno que privilegia o indivíduo como sujeito da razão, da história e da moral (Duarte, 1983) evoca a independência como normatividade (Kittay, 1999) e produz efeitos de invisibilidade das relações de interdependência que nos marcam a todos como pessoas humanas.

Inspiradas na literatura sobre cuidado (Fisher & Tronto, 1990; Kittay, 1999; Mol, 2008; Tronto, 2015) e na relação com as narrativas dos idosos sobre as suas práticas de organização da vida em tempos de pandemia, consideramos importante complexificar a relação entre autonomia e dependência. Argumentamos sobre a relevância de se levar em conta os vínculos relacionais presentes nas variadas formas de estar no mundo, mostrando sua eficácia na formulação de práticas de gestão dos riscos trazidas à tona pelas experiências das pessoas consideradas.

AS POLÍTICAS DE CUIDADO EM CASA

Desde julho de 2020 estamos realizando uma pesquisa antropológica sobre os impactos do isolamento social promovido pela pandemia da Covid-19 em pessoas idosas no sul do Brasil. A pesquisa é de caráter qualitativo e longitudinal e comprehende a utilização de entrevistas feitas com base em um roteiro semiestruturado de questões. Apostando no potencial da pesquisa que privilegie as pessoas no campo da saúde global (Biehl & Petryna, 2013), buscamos trazer à tona as narrativas dos próprios idosos sobre o impacto da pandemia do Covid-19 em suas vidas e em seu cotidiano. Com

essa intenção, como estratégia narrativa dirigiremos nossa atenção para as práticas de organização da vida de Marilene, mulher branca de 60 anos, de classe média e residente no sul do país. O privilégio da atenção à narrativa de Marilene não se dá porque ela seja *representativa* das demais narrativas das pessoas investigadas, mas sim porque, a nosso ver, ela nos permite realizar e iluminar elaborações valiosas em torno da potencialidade política do cuidado.²

Marilene é moradora da cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, tem 60 anos e trabalha como professora há 37 anos; aposentada, continua trabalhando em regime de 20 horas semanais porque, como afirma, ama a escola, onde leciona no ensino fundamental. Mora com seu esposo, militar, hoje aposentado. Sua rotina, bastante agitada antes da pandemia, além do trabalho na escola, incluía a limpeza da casa, o preparo das refeições, exercitar-se na academia, visitar a mãe de 83 anos em seu apartamento duas vezes por dia e outras atividades sociais e de lazer. Essa rotina modificou-se com a pandemia, com diminuição significativa das atividades de socialização realizadas fora do âmbito doméstico.

As restrições de mobilidade provocadas pela pandemia trouxeram várias mudanças, como, por exemplo, a suspensão dos passeios, dos jantares com amigos e das viagens que gostam de fazer anualmente ao Nordeste. Nos primeiros meses, só iam uma vez por semana ao mercado – pediam todo o resto por tele-entrega –, mas aos poucos voltaram a fazer suas próprias compras, tudo com muito cuidado. Em contraposição à redução das rotinas fora do âmbito doméstico, houve um aumento significativo dos laços de interdependência familiares que tomaram vida em sua própria casa. É neste sentido que o espaço doméstico se tornou uma infraestrutura fundamental de cuidado, nos termos propostos por Berenice Fischer e Joan Tronto, que oferecem uma definição que se tornou clássica: “Cuidado é uma espécie de atividade que inclui tudo o que fazemos para manter, continuar e reparar o nosso mundo de forma que possamos viver nele da melhor maneira possível” (Fischer & Tronto, 1990: 6, tradução nossa).

Com a emergência sanitária da pandemia do novo coronavírus, a casa de Marilene foi constituída como o suporte preferencial de um emaranhado de relações complexas de cuidado entre ela, o marido, a sua mãe, o filho e suas ratas. O filho do casal, de 28 anos, fazia doutorado em outra cidade e tinha ido passar uns dias na casa dos pais após a defesa da tese, bem quando a universidade suspendeu as atividades por causa da pandemia e fechou, com tudo dentro, inclusive o laboratório que abrigava seus

² A entrevista com Marilene (nome fictício) que serviu de base para este texto foi realizada pela pesquisadora Taciane Jeske. O relato aqui apresentado, embora não literal e resumido, manteve grande número de expressões utilizadas pela entrevistada, a fim de aproximar o leitor de sua forma de narrar a sua história.

experimentos, fazendo com que seus planos de um pós-doutorado fossem adiados. Dessa forma, a ideia de uma estadia na casa dos pais transformou-se em uma mudança mais permanente. Só que, dessa vez, o filho ficou no quarto de hóspedes, pois sua avó materna, de 83 anos, também passou uns tempos na casa de Marilene, por causa da pandemia, ocupando o quarto dele.

A presença da mãe e do filho – que trouxe consigo seus móveis, utensílios e a grande gaiola malcheirosa com as ratas do laboratório que fechou – transformou as dinâmicas da casa, em especial as rotinas de Marilene. Ela intensificou alguns cuidados que nunca haviam lhe ocorrido antes, como lavar os potes de iogurte e, um por um, os ovos que vêm na caixinha do supermercado; usar máscara, lavar, passar e colocar em saquinhos separados as máscaras de cada membro da família e deixar os sapatos na porta de casa. Ademais, viu aumentada a demanda de atenção por parte dos alunos – para quem envia diariamente as tarefas escolares por e-mail – e por parte de seus pais, que ligam às vezes tarde da noite para elucidar dúvidas. E precisa participar de *lives* e eventos para atualização de suas atividades profissionais. Além disso, deve preparar separadamente as refeições do filho, que não come carne vermelha, apenas frango, peixe e proteína de soja, e o alimento especial para as ratas, que só comem ovos e algumas verduras.

Mesmo que sua narrativa evidencie o quanto ela performa relações de cuidado em seu espaço doméstico e que estas são, portanto, assimétricas e generificadas, Marilene diz que está tudo bem. Em sua narrativa, nota-se o quanto as relações de cuidado são controversas, mas se percebe também que estas envolvem sujeitos em emaranhados de relações e capacidades. Marilene alterou rotinas e hábitos em sua casa devido ao costume do filho de almoçar por volta das 3-4 da tarde, estudar e escrever durante a noite e dormir somente quando, pela manhã, os pais já estão se preparando para levantar. Entretanto, salienta que a presença do filho lhe possibilitou aprender com ele o manejo do computador nas reuniões virtuais, dos aplicativos de apresentação de trabalhos e a participação em *lives*.

A convivência entre as três gerações na mesma casa – e ainda mais com as ratas do filho – durou quatro meses e meio, até que sua mãe não aguentou mais. Com o prolongamento da estadia, Marilene percebeu que a mãe estava entrando em depressão, e isso a motivou a optar por voltar para o seu próprio apartamento. Essa escolha só foi possível mediante a criação de novas estratégias de cuidado, pois a mãe não poderia ficar sozinha lá. Como aponta Mol (2008), a lógica da escolha racional e liberal baseia-se em pressupostos de liberdade; a escolha é sempre percebida como individual, apagando todas as redes de relações e as situações concretas em que tais decisões são tomadas. Tal lógica parte do pressuposto de que a soma dos indivíduos forma os coletivos sociais e, portanto, para garantir o bem de todos, cada indivíduo deve melhorar a sua vida.

Diferentemente, a lógica do cuidado se volta para a interdependência e as práticas em que estamos engajados; coloca o foco nos sujeitos em relações com outros sujeitos, com estruturas, com ambientes, que se movimentam no fluxo da vida. É uma lógica que assume a fragilidade da vida e o fato de que é preciso atentar não para o que se quer, mas para o que precisa ser feito (Mol, 2008). O cuidado tem uma orientação prática de melhorar a vida; mas não diz respeito a “compaixão e bondade”, e sim a política (Tronto, 2015: 1). Isso porque diferentes perspectivas e projetos, seja no nível micro ou no macro, desenvolvem, sustentam e priorizam diferentes tipos de relação, conformam dinâmicas de poder e diferentes tipos de existência.

No caso das relações de cuidado performadas por Marilene e sua família, fica evidente que a configuração de vínculos de apoio que atravessam as relações entre o marido, o filho e a mãe, mas também abarcam relações com os vizinhos da mãe e a trabalhadora doméstica que acabou sendo contratada para cuidar da mãe, são desiguais e assimétricas em termos de gênero, idade e classe. Assim como atestado em outros cenários (Hirata, 2014), observamos como os modos de cuidado são generificados: recai sobre Marilene grande parte das novas rotinas de limpeza e desinfecção de materiais e também de alimentação para suporte das relações de cuidado estabelecidas em sua casa, bem como sobre a trabalhadora doméstica contratada para apoiar a mãe de Marilene. Analisando a narrativa de Marilene, contudo, podemos dizer que não apenas os modos de cuidado são assimétricos, mas também a própria direção dos vetores do cuidado, sendo o critério etário importante neste caso. Nota-se maior preocupação da família com a mãe de Marilene, por ser idosa, em idade senil: “esquece a panela ligada, o gás ligado...”. São essas pequenas materializações de “descuidos” cotidianos que fazem com que se intensifiquem as preocupações com a mãe.

De fato, dois dias depois de sua mãe ter voltado para o seu apartamento, Marilene contou que os vizinhos do prédio reclamaram com a filha e foi necessário contratar uma trabalhadora doméstica para cuidar da mãe e do apartamento. Pode-se perceber a complexidade da situação em que a nova condição da mãe de Marilene, de necessitar de apoio para realização das atividades domésticas, foi negociada entre ela, sua família e seus vizinhos, em um cenário de pandemia em que aumenta o controle público sobre o comportamento e as práticas das pessoas consideradas idosas. Essa decisão não foi tomada sem uma avaliação dos riscos da ampliação das relações de convivência da mãe, em um cenário de pandemia, mas também dos benefícios, levando-se em conta o início de um quadro de depressão. E foi possibilitada por relações desiguais de classe que permitiram que a família contratasse uma trabalhadora doméstica (Hirata, 2014), a qual estava disponível para o trabalho fora de casa (ao contrário de Marilene e de toda a sua família, portanto), mesmo com as orientações de isolamento social. Passados cerca de

dois meses da mudança, a empregada foi trabalhar na casa da mãe de Marilene de máscara porque estava tossindo bastante, e logo depois se comprovou que tanto a trabalhadora doméstica como seus pais e filhos haviam sido infectados pelo novo coronavírus. Nem a mãe de Marilene, nem qualquer dos membros de sua família – marido ou filho – se infectou com o coronavírus.

Ainda assim, com a possibilidade de infecção tão próxima, Marilene assinala que parece que a mãe – que reforça ser “idosa” – não entende os riscos da pandemia. Eles explicam e explicam. Mas, talvez porque esteja em idade senil, parece não entender que a pandemia é tão grave. O filho de Marilene diz que, se fosse uma manada de elefante se aproximando, a vó enxergaria, veria que é perigoso. Mas um vírus, algo que não enxerga, ela não entende. Algumas vezes, no início da pandemia, a mãe de Marilene esquecia de colocar a máscara, mas agora isso não acontece mais, diz ela. Em todo o caso, Marilene destaca que, mesmo com a máscara, sua mãe tem medo de sair de casa. Mesmo quando Marilene a convida para ir ao mercado, diz que ficará dentro do carro e só irá para dar uma volta; quando Marilene lhe propõe uma passeada só dentro do carro, de vidro aberto, ela não quer. Só quer ficar em casa. Não sai nem para descer o lixo, que é levado para fora pela trabalhadora doméstica ou por algum deles quando vai lá. É que eles a advertem e a assustam, e para descer até a lixeira ela tem que passar por quatro portas, a do apartamento, a do elevador, a lá de baixo e depois a outra. E tem também a volta. Marilene diz que assustam a mãe: “Olha, mãe, o álcool”. Que eles sabem que ela esquece de passar o álcool e tal. Então ela não desce mais.

A POTENCIALIDADE POLÍTICA DO CUIDADO

Na narrativa de Marilene, duas importantes dinâmicas sobre as formas de organização da vida em meio à pandemia do novo coronavírus nos chamam a atenção: 1) os impactos significativos no desenvolvimento de suas atividades de trabalho e de seus vínculos de sociabilidade, tendo como contrapartida o estreitamento das relações familiares de interdependência; 2) a complexidade das relações de cuidado, com processos de interdependência familiar e relações de vizinhança que são formas de suporte com base nas quais os sujeitos desenvolvem e negociam as suas capacidades para continuar, reparar e viver o mundo da melhor forma possível. Mesmo que impliquem modos e vetores de cuidado instáveis e assimétricos – e aqui enfocamos as dimensões de gênero, idade e classe que atravessaram as relações entre Marilene, seu marido, seu filho, sua mãe, os vizinhos da mãe e a trabalhadora doméstica –, tais relacionamentos dificilmente poderiam ser compreendidos mediante polaridades fixas entre sujeitos “dependentes” e sujeitos “autônomos”.

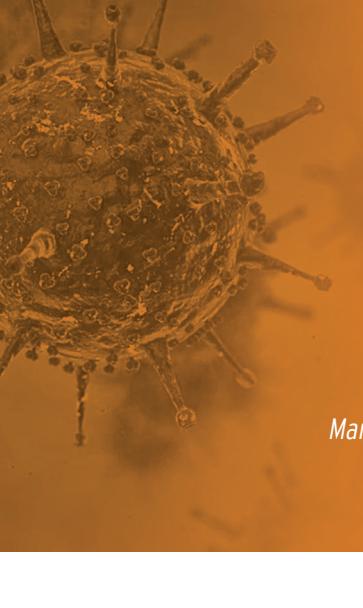
As noções contrapostas de dependência e autonomia balizam os *estilos de regulação moral* trazidos à cena na pandemia do novo coronavírus no país, os quais trabalham com a produção política da velhice como associada a falta de autonomia, a incapacidade e a dependência – que tem a ver com a criação da noção de grupo de risco e seu foco nas dimensões biológicas da categoria “idoso”. Por outro lado, tais noções são evocadas nas vertentes contemporâneas em torno do “envelhecimento ativo”, que privilegiam os esforços de autoprodução de um envelhecimento atuante, autônomo e independente. As estratégias e modos de organização da vida de Marilene em tempos pandêmicos revelam o quanto é simplista a dicotomia entre autonomia e dependência quando se trata de cuidado (Aydos & Fietz, 2017; Fietz, 2017; Fonseca & Fietz, 2018) e quanto importante é compreender os sujeitos produzidos na variedade de seus vínculos e relacionamentos sociais.

A atenção às narrativas das pessoas sobre suas dinâmicas de vida conduz a uma perspectiva sobre cuidado baseada no que realmente importa para elas, além de ressaltar a própria potencialidade política do cuidado. Com isso, queremos chamar a atenção para a eficácia das relações que – tanto no âmbito doméstico, no espaço privado, como quando deslocadas desse âmbito que lhes é convencionalmente atribuído (Das & Addlakha, 2001) – podem se revelar potentes estratégias que as pessoas desenvolvem para lidar de forma prática com os desafios públicos colocados pela pandemia do novo coronavírus. O envelhecimento e a gestão dos perigos associados à infecção pelo Covid-19 se tornam, assim, compreendidos prioritariamente nas e a partir das relações entre os sujeitos, seus vínculos relacionais e as infraestruturas políticas de cuidado, mais do que por seu caráter exclusivamente normativo associado à idade cronológica.

REFERÊNCIAS

- AYDOS, V. & FIETZ, H. When Citizenship demands care: the inclusion of people with autism in the Brazilian labour Market. *Disability Studies Quarterly*, 36: 1, 2017.
- BELTRÃO, J. F. Autonomia não se confunde com teimosia! Discriminação por idade em tempos de Covid-19. *Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus*, 26, 2020.
- BIEHL, J. & PETRYNA, A. Critical global health. In: BIEHL, J. & PETRYNA, A. (Eds.). *When People Come First: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013.
- CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W. (Orgs.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- DAS, V. Facing Covid-19: “my land of neither hope nor despair”. *American Ethnological Society*, May 2020.
- DAS, V. & ADDLAKHA, R. Disability and domestic citizenship: voice, gender, and the making of the subject. *Public Culture*, 13(3): 511-531, 2001.

- DEBERT, G. A Invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12(34): 39-54, 1997.
- DEBERT, G. G. & FÉLIX, J. Dilema ético, os idosos e a metáfora da guerra. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 19 abr. 2020.
- DOURADO, S. P. C. A pandemia de Covid-19 e a conversão de idosos em “grupo de risco”. *Cadernos de Campo (São Paulo, online)*, 29, supl.: 153-162, 2020.
- DUARTE, L. F. D. Três ensaios sobre pessoa e modernidade. *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro (datilografado), 1983.
- FIETZ, H. M. Deficiência, cuidado e dependência: reflexões sobre redes de cuidado em uma família em contexto de pobreza urbana. *Teoria e Cultura*, 11: 101-113, 2017.
- FISHER, B. & TRONTO, J. Toward a feminist theory of caring. In: ABEL, E. K. & NELSON, M. K. (Eds.). *Circles of Care: work and identity in women's lives*. Albany: Suny Press, 35-62, 1990.
- FLEISCHER, S. & LIMA, F. (Orgs.). *Micro: contribuições da antropologia*. Brasília: Athalaia, 2020.
- FONSECA, C. & FIETZ, H. Collectives of care in the relations surrounding people with “head troubles”: Family, community and gender in a working-class neighbourhood of Southern Brazil. *Sociologia & Antropologia*, 8(1): 223-243, 2018.
- GOLDENBERG, M. Velhofobia. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, de 9 abr. 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/cOLUMNAS/miriangoldenberg/2020/04/velhofobia.shtml>. Acesso em: 30 out. 2020.
- HENNING, C. E. Nem no mesmo barco nem nos mesmos mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discurso sobre velhices na pandemia da Covid-19. *Cadernos de Campo*, 20(1): 150-155, 2020.
- HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*, 26(1): 61-73, 2014.
- KITTAY, E. F. *Love's Labor: essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge, 1999.
- MOL, A. *The Logic of Care: health and the problem of patient choice*. New York: Routhledge, 2008.
- PAIT, H. A vida dos “velhinhos”, as conexões sociais e as lideranças institucionais. *Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus*, n. 26, 2020.
- SEGATA, J. Covid-19: escalas da pandemia e as escalas da antropologia. *Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus*, n. 2. 2020.
- TRONTO, J. C. *Who Cares? How to reshape a democratic politics*. Ithaca, London: Cornell University Press, 2015.



Leituras de Gênero sobre a Covid-19 no Brasil¹

*Denise Nacif Pimenta, Clare Wenham, Mariela Campos Rocha,
Brunah Schall, Cláudia Bonan, Corina Helena Figueira Mendes,
Marcos Nascimento, Gabriela Lotta, Eduardo Ryô Tamaki e Paloma Porto*

Esforços de pesquisa, bem como de políticas públicas da área da saúde, continuam falhando quando desconsideram fatores associados à categoria gênero. O conceito de sexo denota marcadores biológicos de homens e mulheres, ao passo que gênero é um conceito construído socialmente que reflete normas socioculturais, identidades e relações que conformam comportamentos considerados “masculinos” e “femininos”.

Apresentamos aqui um breve panorama de problemáticas centrais às análises de gênero que têm afetado a resposta e o impacto da pandemia no Brasil: 1) emergências sanitárias; 2) trabalho e renda; 3) enquadramentos sobre masculinidade, paternidade, cuidado, violência e comportamentos de risco; 4) repercussões sobre saúde sexual e reprodutiva, contracepção, planejamento reprodutivo e aborto legal, demandando reflexão sobre direitos e justiça reprodutiva e; 5) apontamentos para o futuro, ressaltando a importância de ativismos e lideranças comunitárias femininas no enfrentamento da pandemia.

GÊNERO E EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

A figura legal da emergência sanitária internacional – invocada também por ocasião das epidemias de ebola e de zika – demonstra a importância dada às soluções de caráter técnico-político no campo da saúde. Além das características inerentes ao surto, enquadramentos técnicos e políticos tendem a determinar se um evento será ou não classificado como uma emergência.

¹ Trabalho apoiado pelo Grand Challenges, programa da Bill & Melinda Gates Foundation, inscrito sob o n. INV-015957.

Homens e mulheres são afetados de forma diferente pelas epidemias. Os homens geralmente sofrem com efeitos primários de surtos (probabilidade de morte etc.) e as mulheres, com seus efeitos secundários (socioeconômico, entre outros). Gênero não é uma categoria binária fixa, e a pandemia afeta de maneira diferente pessoas não binárias e transgêneros. Conforme Wenham, Smith e Morgan (2020), na saúde global a categoria gênero se entrecruza com outros estratificadores sociais, como etnia, raça, religião, localização, deficiência, classe social, entre outros. Portanto, tornam-se imperativas novas pesquisas que compreendam essas interseções entre marginalização e processos de vulnerabilização.

Historicamente, nos planos de enfrentamento às emergências sanitárias passadas, geralmente não há menção ou análises sobre os impactos ligados ao gênero. Após quase um ano de pandemia, ainda não há um plano nacional brasileiro de enfrentamento à Covid-19. Diante disso, um conjunto de organizações brasileiras que compõem a Frente pela Vida publicou um Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 ([Frente pela Vida, 2020](#)). Mulheres e pessoas LGBT+ são citadas como populações vulneráveis e incluídas em algumas recomendações.

Entretanto, é preciso investir no desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das políticas relacionadas a gênero, assim como produzir dados desagregados por sexo, não apenas epidemiológicos, mas de efeitos econômicos e sociais ([Wenham et al., 2020](#)). Além disso, esforços devem ser feitos para encorajar a construção de dados qualitativos, valorizando a inserção de mulheres e minorias de gênero mais afetadas em todos os processos de formulação e implementação de pesquisas e políticas públicas. Assim, os planos de ação dos governos devem incluir a perspectiva de gênero em todas as fases do ciclo de uma epidemia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu papel de líder técnico e normativo, deve estabelecer critérios para a inclusão de dados sobre gênero no planejamento da resposta a epidemias. Uma política de securitização da saúde com perspectiva de gênero não demanda alto investimento financeiro, tampouco soluções extremamente inovadoras. Exige, principalmente, reflexão e diálogo com os indivíduos e grupos a que se destinam as políticas de resposta às emergências sanitárias. É fundamental garantir que essas políticas não sejam construídas com base apenas em generalizações que tenham como parâmetro o homem branco heterossexual urbano, inserido em contextos socioeconômicos privilegiados ([Wenham et al., 2020](#)).

TRABALHO E RENDA

A pandemia tem impactado diretamente o trabalho e a renda das mulheres brasileiras. Segundo o IBGE-Pnad Contínua (2020), a taxa de desocupação no terceiro trimestre de 2020 foi de 14,6% no total, sendo 12,8% de homens e 16,8% de mulheres. De acordo com a Rede de Pesquisa Solidária, mulheres estão mais presentes nos setores mais afetados economicamente pela pandemia e há uma diferença de vínculo determinada pela raça: trabalhadoras brancas têm vínculos mais estáveis do que negras (Rede de Pesquisa Solidária, 2020).

Segundo a ONU Mulheres (2017), o valor da contribuição dada pelas mulheres na economia do cuidado representa entre 10% e 39% do produto interno bruto (PIB) médio dos países. Durante a pandemia, 50% das brasileiras passaram a se responsabilizar pelos cuidados de crianças, idosos e pessoas com deficiências (Gênero e Número, 2020a). Muitas tiveram que deixar seus empregos e, devido à disparidade salarial, os casais tendem a priorizar o emprego dos homens. Em famílias monoparentais é essencial que haja um apoio financeiro governamental. Com o projeto de lei n. 2.968/2020, propõe-se que o auxílio emergencial seja prorrogado pelo período de 12 meses para famílias monoparentais. Com essa proposta, pretende-se beneficiar o grupo social composto majoritariamente por mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos), sobretudo mulheres negras.

Em abril de 2020, o Congresso Nacional aprovou a lei n.13.982/2020 que destina um auxílio emergencial de 600 reais por mês pelo período de três meses a partir daquele mês. Para famílias monoparentais, especialmente chefiadas por mulheres, o valor era dobrado. Apesar de ter sido uma iniciativa do Poder Legislativo, o Executivo buscou capitalizá-la politicamente, apropriando-se do auxílio emergencial como uma estratégia populista que visa à contenção dos danos causados pela má gestão da crise no nível federal (Burni & Tamaki, 2020).

Após o fim do auxílio emergencial será fundamental a realização de mais pesquisas sobre o retorno ao mercado de trabalho, considerando-se não só sexo, mas a identidade de gênero na avaliação de diferenças salariais e tipos de contrato (trabalho formal ou informal). A população LGBT+ apresentou, durante a pandemia, uma taxa de desemprego de 21,6%; destes, 44,3% tiveram suas atividades totalmente paralisadas e 24% perderam o emprego (Vote LGBT+ & Box 184, 2020).²

² Os dados são da pesquisa LGBT+ na Pandemia, realizada pelo coletivo #Vote LGBT+ com colaboração do grupo Box 184 (Vote LGBT+ & Box 184, 2020).

Além de altas taxas de desemprego e da sobrecarga de trabalho não remunerado, as relações de trabalho foram transformadas tanto no trabalho remoto quanto no presencial. No *home office* a constante pressão e o acúmulo de responsabilidades põem em risco a saúde física e mental. Dos trabalhos que exigem circulação, destacamos os das trabalhadoras da área da saúde e das trabalhadoras domésticas. O Brasil é um dos países com maior número de trabalhadores domésticos no mundo, com aproximadamente 7 milhões, dos quais a maioria mulheres negras (ILO, 2020). A ONU Mulheres e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) destacam os processos de vulnerabilização das trabalhadoras domésticas na “cruel escolha” entre continuar trabalhando, se expondo ao vírus, ou parar de trabalhar e perder sua renda (Pinheiro, Tokarski & Vasconcelos, 2020). Não por acaso, o primeiro óbito por Covid-19 registrado no país foi o de uma trabalhadora doméstica no Rio de Janeiro.

Em relação ao trabalho dos profissionais da saúde, há uma tensão entre as recomendações da saúde pública sobre distanciamento físico e a necessidade de interagir diretamente com medidas preventivas e de tratamento. As agentes comunitárias de saúde (ACSS), que exercem um trabalho de extrema importância na atenção primária, são em maioria mulheres. Como no Brasil as ACSSs não são consideradas profissionais da saúde, estima-se que apenas 9% tenham recebido equipamento de proteção individual (EPI) e treinamento para controle da doença (Lotta et al., 2020a).

Na perspectiva de gênero e raça, o Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB/FGV), em colaboração com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede Covid-19 Humanidades, realizou um *survey on-line* com 1.520 profissionais da saúde em todo país (Lotta et al., 2020b).³ Evidenciou-se que as mulheres negras têm sido as mais afetadas pela pandemia, em contraposição aos homens brancos, com os menores índices. As mulheres negras são as que mais demonstram medo de contaminação (84,2% contra 69,7% para os homens brancos) e sensação de despreparo para lidar com a crise (58,7% em comparação com 33,5%, dos homens brancos) e declararam ter sofrido mais assédio moral durante a pandemia (38%, em comparação com 25% dos homens brancos). Também são menos testadas (26%) e têm menos suporte de supervisores (54% contra 69%). Para homens e mulheres declarados amarelos, indígenas, transexuais e não binários, a situação é ainda mais crítica do que a das mulheres negras. Nesse grupo, apenas 40,3% receberam treinamento – contra 44% no caso de mulheres negras e 58,7% dos homens brancos.

³ A nota técnica “A pandemia de Covid-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil” (Lotta et al., 2020) refere-se à terceira fase de pesquisa. O projeto também contou com apoio do Projeto Gender & Covid-19.

GÊNERO, MASCULINIDADE E SAÚDE

Se gênero é uma categoria crucial nas análises sobre a pandemia que ora enfrentamos, como pensar a influência da construção social das masculinidades nesse contexto? Em quase todos os países do mundo, dados revelam que se por um lado as mulheres se infectam mais pelo novo coronavírus, por outro a letalidade entre homens assume posição de destaque (Global Health, 2020). Cabe, portanto, refletir sobre o processo de saúde-doença-cuidado em uma perspectiva relacional de gênero e os impactos sociais da pandemia na vida cotidiana de homens e mulheres.

O primeiro ponto que merece destaque é que a despeito de buscas por razões fisiológicas que eventualmente existam acerca da vulnerabilidade masculina ao novo coronavírus, questões sociais, culturais, políticas e econômicas devem ser consideradas como estruturantes na relação dos homens com os cuidados em saúde. Estudos nacionais e internacionais mostram a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da prevenção e da promoção da saúde (Ragonese, Shand & Barker, 2019).

Embora o Brasil seja um dos poucos países do mundo com uma política de saúde específica para a população masculina, muitos são os desafios enfrentados, tanto no que tange à sensibilização dos homens para o cuidado quanto na organização dos serviços que leve em consideração as especificidades masculinas na relação com a saúde (Lima & Schwarz, 2018; Baker, 2020). A busca por serviços de saúde enfrenta barreiras culturais, tais como a noção de que “homens de verdade” não necessitam de cuidados ou de que buscar ajuda é sinal de fragilidade.

O segundo ponto é o aumento de denúncias de violência contra as mulheres no espaço doméstico, tendo os homens como autores principais (Marques *et al.*, 2020). A relação imbricada dos homens com a violência contra as mulheres tem sido objeto de reflexão e de múltiplas intervenções, sobretudo a partir do advento da Lei Maria da Penha. Esse tipo de violência não pode ser visto como um comportamento “natural” por parte dos homens, nem tampouco banalizado ou legitimado socialmente (Gomes, Cecchetto & Nascimento, 2017; Pinto *et al.*, 2017). Nesse sentido, é fundamental que a educação dos meninos e a conscientização e responsabilização dos homens pelos atos violentos cometidos seja incorporada por políticas públicas de educação, saúde, justiça e direitos humanos, em uma perspectiva relacional de gênero.

O terceiro ponto elencado diz respeito diretamente aos cuidados em relação à pandemia. Observa-se, no Brasil e internacionalmente, a resistência de homens a compartilhar cuidados importantes, como higiene das mãos ou uso de máscaras, como

estratégias de prevenção (Ruxton & Burrell, 2020). A relutância em relação a essas medidas de cuidado é permeada por concepções sobre masculinidade e sobre como os homens devem agir no espaço público (Alcadipani *et al.*, 2020). A desqualificação da pandemia por líderes políticos como os governantes brasileiro e estadunidense, por exemplo, bem como a convocação para que “enfrentem o vírus como homens, e não como moleques” (Ferraz, 2020), representam marcadores simbólicos importantes, que encontram reconhecimento e adesão por grande parcela de homens.

Como adverte Parker (2020), a pandemia de Covid-19 pode aprender com as respostas em relação ao HIV/Aids, tanto nos aspectos referentes à testagem e prevenção (similaridades entre a resistência ao uso da máscara e ao uso do preservativo têm sido destacadas por diferentes pesquisadores e profissionais da saúde) como no tratamento e acolhimento de pessoas de diferentes realidades sociais. É preciso, portanto, pensar na construção de contranarrativas a esses discursos sobre os cuidados com a saúde que promovam respeito à diversidade e à cultura de cuidado de si e da coletividade.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Desde meados da década de 2010, desenhou-se no Brasil uma conjuntura conservadora, extremamente desfavorável aos direitos sexuais e reprodutivos. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva que já vinham se desenhando (Brandão & Cabral, 2019) foram amplificadas pela pandemia de Covid-19.

Diferentemente das orientações adotadas na epidemia de zika, a OMS incluiu em seu guia operacional sobre Covid-19 a necessidade da manutenção de serviços de saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2020). No Brasil, isso foi ignorado. O Ministério da Saúde (MS) tem adotado condutas que contrariam orientações internacionais e o arcabouço técnico-normativo das políticas nacionais de direitos sexuais e reprodutivos, e se aliado a agendas antigênero e antidireitos (Corrêa, 2020). Conforme denunciado por grupos de defesa dos direitos das mulheres, aumentaram as dificuldades de acesso a serviços de contracepção, de aborto em casos previstos em lei e a outros cuidados em saúde reprodutiva. Quase metade dos poucos serviços de aborto legal suspendeu suas atividades durante a crise sanitária (Gênero e Número, 2020b; Atualização, 2020).

Caso emblemático é o da mortalidade materna – eloquente marcador das desigualdades sociais, da qualidade dos serviços de saúde e do nível de garantia do direito à vida das mulheres. No Brasil, até junho de 2020 houve 124 óbitos maternos por Covid-19, representando 77% das mortes maternas por essa causa registradas em todo o mundo. A letalidade de gestantes e puérperas (12,5%) era muito mais alta do que a letalidade

média, por essa causa, no país (4,1%) (Takemoto *et al.*, 2020). Gestantes negras, quando comparadas às brancas, foram hospitalizadas em piores condições clínicas e necessitam de mais cuidados intensivos e ventilação mecânica (Santos *et al.*, 2020). Foram verificados 17% de óbitos entre as mulheres negras e 8,9% entre as brancas acometidas pela infecção (Darney *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020), expressão das desigualdades étnico-raciais em saúde e da injustiça reprodutiva (Ross, 2017).

Em junho de 2020, a Coordenação de Saúde da Mulher do MS publicou nota técnica com orientações para a garantia do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (CNS, 2020). Poucos dias depois, por ordem do presidente da República – que a ela se referiu como “minuta de portaria apócrifa sobre aborto” –, a nota foi suspensa e membros da equipe técnica foram exonerados. Em agosto desse ano, o caso de uma menina de 10 anos grávida em decorrência de estupro ganhou repercussão nacional. Seu direito ao aborto legal foi negado pelo serviço médico de referência de seu estado, que alegou “motivos técnicos”. Somente com interveniência da Justiça – procedimento desnecessário, já que esse tipo de aborto está previsto nas leis brasileiras, desde 1940 – ela conseguiu autorização para o procedimento. Entretanto, sofreu outras violências: seus dados pessoais foram publicizados nas redes sociais por grupos ultraconservadores; ela teve que viajar para outro estado, distante do seu, para realizar a interrupção da gravidez; na porta do hospital foi constrangida por grupos religiosos que gritavam “assassinos”, para a menina, sua avó e os médicos; finalmente, devido a ameaças, sua família foi inserida no Programa de Apoio e Proteção às Testemunhas, Vítimas e Familiares de Vítimas de Violência (Antunes, 2020).

Em agosto, em nova ofensiva contra os direitos reprodutivos, o MS publicou a portaria 2.282/20, obstaculizando mais o acesso ao aborto por gravidez resultante de estupro, impondo aos profissionais da saúde a obrigatoriedade de notificar imediatamente o caso à polícia, à revelia da mulher. Após pressões de grupos de defesa dos direitos das mulheres e da opinião pública, o MS editou portaria substitutiva, atenuando aspectos da primeira, porém mantendo, em sua essência, a violação da autonomia e da privacidade das mulheres (Pitanguy & Pimentel, 2020). Em seguida, o decreto presidencial 10.531/20 instituiu a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil 2020-2031 e estabeleceu como diretriz “promover o direito à vida, desde a concepção até a morte natural, observando os direitos do nascituro” (Brasil, 2020d), afrontando a Constituição Federal e o arcabouço normativo-legal construído ao longo de décadas, que dão sustentação aos direitos sexuais e reprodutivos.

As respostas do governo brasileiro à pandemia têm sido parte de seu projeto de implementação de uma agenda antidireitos, aprofundado desigualdades de gênero e étnico racial e aumentado nosso déficit secular de justiça reprodutiva.

APONTAMENTOS PARA O FUTURO

As epidemias revelam como os processos de saúde, doença e cuidado são heterogêneos e seus efeitos incrementam desigualdades sociais. Apesar de trinta anos de construção e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o processo de desmonte de políticas públicas amplia injustiças que incidem sobre diferentes segmentos da população – negros, indígenas, sem-terra e sem-teto, quilombolas, assim como os grupos LGBT+, entre outros – cujas vidas são precarizadas sob a ordem capitalista neoliberal, colonial e patriarcal. Em cada um desses grupos, são as mulheres, em suas diferentes faixas etárias, as que são desproporcionalmente mais atingidas pelos efeitos sociais da pandemia.

Mesmo num contexto adverso, diante de dificuldades e desigualdades, mulheres têm protagonizado iniciativas de enfrentamento das crises sanitárias e humanitárias, independentemente de ações governamentais. Por meio de associações, coletivos e ativismos, que as unem em pautas confluentes com uma agenda solidária por justiça social, mulheres e pessoas com diversas outras identidades de gênero atuam nas mais diversas e adversas condições.

Nesse sentido, cabe pensar um futuro pós-pandêmico. O relatório *Mulheres Negras Decidem: para onde vamos*, produzido pelo movimento Mulheres Negras Decidem em parceria com o Instituto Marielle Franco, é um exemplo disso. Diante das inquietações e medos compartilhados, no relatório são indicadas quatro principais pautas para o futuro: fortalecimento da saúde pública, gratuita e universal na figura do SUS; fortalecimento da educação básica; garantia de direitos de povos tradicionais – indígenas, ribeirinhos, quilombolas e ciganos; e luta pela renda básica universal (Mulheres Negras Decidem, 2020).

Assim, analisar a pandemia de Covid-19 sob uma lente de gênero é necessário para tornar explícitas iniquidades e vulnerabilidades que marcam o espaço social e são geralmente invisibilizadas em pesquisas biomédicas, bem como nos dados epidemiológicos e econômicos. Estudos de gênero são fundamentais para produzir reflexões e proposições sobre as relações entre saúde e cuidado, bem como sobre as normas culturais que fazem parte da estrutura social, engendrando subjetividades em homens, mulheres e pessoas que se identificam de forma não binária.

REFERÊNCIAS

- ALCADIPANI, R. et al. Street-level bureaucrats under Covid-19: police officers' responses in constrained settings. *Administrative Theory & Praxis*, 42(3): 394-403, 2020.
- ANTUNES, L. Gravidez de menina de 10 anos estuprada desde os 6 levanta debate sobre aborto previsto em lei: 'questão de saúde não de Justiça'. *O Globo*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/celina/gravidez-de-menina-de-10-anos-estuprada-desde-os-6-levanta-debate-sobre-aborto-previsto-em-lei-questao-de-saude-nao-de-justica-24587415>>. Acesso em: 6 out. 2020.
- ATUALIZAÇÃO no Mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia. *Artigo 19*, São Paulo, 2 jun. 2020. Disponível em <<https://artigo19.org/blog/2020/06/02/actualizacao-no-mapa-aborto-legal-indica-queda-em-hospitais-que-seguem-realizando-o-servico-durante-pandemia/>>. Acesso em: 6 out. 2020.
- BAKER, P. *From the Margins to the Mainstream: advocating the inclusion of men's health in policy. A scoping study*. London: Global Action on Men's Health, 2020.
- BRANDÃO, E. R. & CABRAL, C. S. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2): 76-86, 2019.
- BRASIL. Decreto n. 13.982, de 2 abr. 2020. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2020a. Disponível em: <www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 24 nov. 2020.
- BRASIL. Projeto de Lei n. 2.968/2020. Altera a Lei n. 13.982, de 2 de abril de 2020, para prorrogar o pagamento do auxílio emergencial por 12 meses para beneficiários que sejam provedores de família monoparentais, 2020b. Disponível em: <www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2254011>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.282, de 27 ago. 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2020c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html>. Acesso em: 6 out. 2020.
- BRASIL. Decreto n. 10.531, de 26 out. 2020. Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2020d. Disponível em: <www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.531-de-26-de-outubro-de-2020-285019495>. Acesso em: 6 out 2020.
- BURNI, A. & TAMAKI, E. R. Bolsonaro virou 'super-herói populista' na pandemia, diz pesquisa da UFMG. [Entrevista concedida a] Eduardo Militão. *Uol Notícias*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/10/17/bolsonaro-virou-super-heroi-populista-na-pandemia-diz-pesquisa-da-ufmg.htm?utm_source=twitter&utm_medium=social-media&utm_content=geral&utm_campaign=noticias>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). CNS repudia a retirada de documento técnico sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres durante pandemia do site do Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 6 out. 2020.

CORRÊA, S. Interview: the anti-gender offensive as state policy. *Conectas Website*, 3 jul. 2020. Disponível em: <www.conectas.org/en/news/interview-the-anti-gender-offensive-as-state-policy>. Acesso em: 5 jul. 2020.

DARNEY, P. D. et al. Maternal Mortality in the United States Compared with Ethiopia, Nepal, Brazil, and the United Kingdom. *Obstetrics and Gynecology*, 135: 1.362-1.366, 2020.

FERRAZ, A. Bolsonaro diz que é preciso ‘enfrentar vírus como homem e não como moleque’. Uol Notícias, São Paulo, 29 mar. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/03/29/bolsonaro-diz-que-e-preciso-enfrentar-virus-como-homem-e-nao-como-moleque.htm>>. Acesso em: 1 nov. 2020.

FRENTE PELA VIDA. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19, 2020. Disponível em: <www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GÊNERO E NÚMERO (Org.). Organização Gênero e Número em parceria com a Sempreviva Organização Feminista. *Sem Parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia*. S.I.: Gênero e Número, Sempreviva Organização Feminista, 2020a. Disponível em: <http://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

GÊNERO E NÚMERO. Pandemia dificulta acesso a contraceptivos no sistema de saúde, 2020b. Disponível em: <www.generonumero.media/pandemia-dificulta-acesso-contraceptivos-no-sistema-de-sa>. Acesso em: 1 nov. 2020.

GLOBAL HEALTH 5050. Men, sex, gender and Covid-19, 2020. Disponível em: <<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/men-sex-gender-and-covid-19/>>. Acesso em: 1 nov. 2020.

GOMES, R.; CECCHETTO, F. R. & NASCIMENTO, M. Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde. In: MINAYO, M. C. D. S. & ASSIS, S. G. D. (Orgs.). *Nouvas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD Contínua). Terceiro Trimestre de 2020*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_3tri.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Convention n. 189 on domestic workers ratified by Brazil. Disponível em: <www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_616549/lang--en/index.htm>. Acesso em: 15 dez. 2020.

LIMA, D. C. & SCHWARZ, E. The Brazilian national policy of comprehensive healthcare to men. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 1(SPI): e36-e49, 2018.

LOTTA, G. et al. Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, 396(10.248): 365-366, 2020a.

LOTTA, G. et. al. A pandemia de Covid-19 e (os)as profissionais de saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. Nota Técnica 3^a fase, 2020b. Disponível em: <<https://neburocracia.files.wordpress.com/2020/11/rel09-saude-covid-19-fase3-v3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4): e00074420, 2020.

MULHERES NEGRAS DECIDEM: para onde vamos. Instituto Marielle Franco. Relatório. Rio de Janeiro, 2020.

ONU MULHERES. Trabalho de cuidados oscila entre 10 e 39% do PIB de países, considera ONU Mulheres, 2017. Disponível em: <www.onumulheres.org.br/noticias/trabalho-de-cuidados-oscila-entre-10-e-39-do-pib-de-paises/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PARKER, R. Covid-19 e HIV/Aids: paralelos e lições, 2020. Disponível em: <<http://abiaids.org.br/covid-19-e-hiv-aids-paralelos-e-licoes/33941>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PINHEIRO, L.; TOKARSKI, C. & VASCONCELOS, M. Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. Nota Técnica n. 75. Rio de Janeiro: ONU Mulheres, Ipea, 2020.

PINTO, L. W. et al. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, M. C. D. S. & ASSIS, S. G. D. (Orgs.). *Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

PITANGUY, J. & PIMENTEL, S. Arquitetura dos direitos reprodutivos e ameaças ao aborto legal e seguro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/celina/arquitetura-dos-direitos-reprodutivos-ameacas-ao-aborto-legal-seguro-24676956>>. Acesso em: 6 out. 2020.

RAGONESE, C.; SHAND, T. & BARKER, G. *Masculine Norms and Men's Health: making the connections*. Washington: Promundo-US, 2019.

REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA. Covid-19: políticas públicas e a resposta da sociedade. Boletim 3. Nota Técnica n. 3, 24 abr. 2020. Disponível em: <<https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/05/boletim3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ROSS, L. J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, 19(3): 286-314, 2017.

RUXTON, S. & BURRELL, S. R. *Masculinities and Covid-19: making the connections*. Washington: Promundo-US, 2020.

SANTOS, D. S. et al. Disproportionate impact of Covid-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clinical Infectious Diseases*, 2020. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42509>. Acesso em: 29 out. 2020.

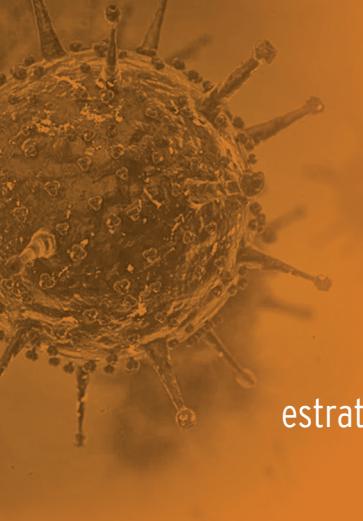
TAKEMOTO, M. et. al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1): 154-156, 2020.

VOTE LGBT + & BOX 184. Diagnóstico LGBT+ na Pandemia. 2020. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/5ef78351fb8ae15cc0e0b5a3/1593279420604/%5Bvote+lgbt+%2B+box1824%5D+diagn%C3%B3stico+LGBT%2B+na+pandemia_completo.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

WENHAM, C.; SMITH, J. & MORGAN, R. Covid-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet Comment*, 395(10.227): 846-848, 2020.

WENHAM, C. et al. Strengthening pandemic preparedness and response begins with answering the question: where are the women? *The BMJ Opinion*, 2020. Disponível em: <<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/11/20/strengthening-pandemic-preparedness-and-response-begins-with-answering-the-question-where-are-the-women/>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Operational Guidance for Maintaining Essential Health Service*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.I-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 6 out. 2020.



Narrativas sobre a Covid-19 na Vida de Mulheres Quilombolas do Vale do Jequitinhonha estratégias contracolonizadoras de luta e (re)existência

*Polyana Aparecida Valente, Brunah Schall, Agda Marina F. Moreira,
Sanete Esteves de Souza, Maria Aparecida Nunes Silva,
Maria Aparecida Machado Silva e Roberta Gondim de Oliveira*

Em contraposição à narrativa de que a Covid-19 seria uma doença “democrática” e afetaria a todos igualmente, Elaine Nascimento, do Comitê de Gênero e Raça da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), afirma, em entrevista na *Radis Comunicação e Saúde*: “A pandemia tem cor e gênero”. Sua fala ecoa publicações do Observatório Covid-19 da Fiocruz sobre os impactos sociais da pandemia, que trazem especificidades relacionadas ao território das favelas, aos indígenas e ao gênero. Há uma lacuna, entretanto, em relação a um grupo específico: as mulheres quilombolas.

Os *remanescentes de quilombos* foram reconhecidos como sujeitos de direitos somente a partir da Constituição de 1988, quando desigualdades raciais históricas, que ainda reverberam, foram trazidas à tona. Apesar do avanço constitucional, a exclusão de direitos permanece, particularmente para as mulheres. Durante séculos, as mulheres negras trabalharam nas lavouras como escravas ou nas ruas como vendedoras, quituteiras e prostitutas, ignoradas pelo sistema de saúde e pela sociedade como um todo (Carneiro, 2005). Assim, afirma Gonzalez (1982), ser mulher e negra no Brasil é ser objeto de tríplice discriminação, já que os estereótipos gerados pelo racismo e sexism as colocam num nível de grande opressão. Questionamos essa condição subalterna imposta às mulheres negras, em diálogo com as intelectuais negras Lélia Gonzalez (1982, 1981), Maria Beatriz do Nascimento (1976, 1985), Sueli Carneiro (2003) e Jurema Werneck (2016) e com as experiências de mulheres quilombolas do Vale do Jequitinhonha, para contar sobre os impactos da Covid-19.

Para isso, problematizamos os conceitos de quilombismo e mulheres quilombolas, e analisamos dados (ou a ausência deles) acerca dos impactos da pandemia sobre as mulheres quilombolas. Finalmente, a partir de visita ao Vale do Jequitinhonha, conversas realizadas via WhatsApp e textos elaborados pelas quilombolas Sanete Esteves de Souza, Maria Aparecida Nunes Silva (Nenga) e Maria Aparecida Machado Silva (Cida), construímos uma narrativa coletiva sobre os impactos da Covid-19 no cotidiano das mulheres quilombolas dessa região no ano de 2020.

Alicerçado nas reflexões produzidas por Sanete, Nenga e Cida, vocalizadas a partir do condizente sentido de “nós por nós”, e reconhecendo a importância da história oral, propomos, ao nos inscrevermos numa produção de viés acadêmico, tradicionalmente pautada por narrativas escritas, contribuir com o esforço de reverberar outra tradição, a oralidade, própria de cosmogonias não eurocêntricas e colonialmente subalternizadas, naquilo que Carneiro (2005) denomina de epistemocídio.

QUILOMBISMO E MULHERES QUILOMBOLAS

Vários autores se debruçam conceitualmente sobre o quilombo, dos quais destacamos Bispo (2015), Gomes (2015), Gonzalez (1982) e Nascimento (1985). Trata-se de um conceito dinâmico, com expressões distintas no tempo e no espaço. Para Nascimento (1985), no final do século XIX o quilombo significa instrumento ideológico contra as formas de opressão e alimenta o sonho de liberdade. Marcadamente, nos anos 1970, foi a retórica do quilombo como sistema alternativo que serviu de símbolo principal para a trajetória do movimento negro brasileiro. É nesse momento que o quilombo reage ao colonialismo cultural, reafirma a herança africana e busca um novo modelo brasileiro de vida, capaz de reforçar a identidade étnica, e passa a ser sinônimo de povo negro e esperança de uma sociedade melhor (Nascimento, 1985). Para Gonzalez, no quilombo ou fora dele,

é a mulher negra anônima, sustentáculo econômico, afetivo e moral de sua família, quem, ao nosso ver, desempenha o papel mais importante. Exatamente porque sua força e corajosa capacidade de luta pela sobrevivência transmitem-nos a nós, suas irmãs mais afortunadas, o ímpeto de não nos recusarmos à luta pelo povo. (Gonzalez, 1982: 104)

Segundo essa autora, é fundamental conhecer as trajetórias das mulheres quilombolas, seja no passado, seja nos dias atuais. Em suas palavras, “a mulher negra tem sido uma quilombola exatamente porque, graças a ela, podemos dizer que a identidade cultural brasileira passa pelo negro” (Gonzalez, 1981: 4) e se mantêm vivos o espírito e a ação antiescravista, anticolonialista e antirracista.

MULHERES QUILOMBOLAS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Fizemos uma revisão exploratória no Google acadêmico usando as palavras-chave “mulheres negras” e “Covid-19”, e a maior parte dos resultados aborda a questão da raça, sem o elemento gênero. São análises importantes que denunciam e atravessam esses temas, mas de forma generalizante. Com o filtro “mulheres quilombolas” e “Covid-19” os fossos se mostram maiores. É ponto comum o destaque sobre a incipiência de dados relacionados a raça/cor, além da constatação de não estarem presentes nas normas, políticas públicas e boletins epidemiológicos. Além disso, é recorrente a referência ao conceito de necropolítica, de Achille Mbembe (2018), que diz respeito às formas pelas quais o Estado subjuga populações inteiras relegando-as à condição de “mortos-vivos”, corpos objetificados, destituídos de humanidade, e, portanto, passíveis de deixar morrer ou matar.

As mulheres quilombolas são, em geral, relacionadas com outras comunidades vulnerabilizadas, especialmente as indígenas, o que faz com que questões estruturais e comuns entre esses grupos levem à perda de suas dimensões particulares. Destacam-se os efeitos colaterais da pandemia: desemprego; preocupação com idosos e crianças; sobrecarga de trabalho doméstico; transporte precário; acesso difícil a serviços básicos e a insuficiente estrutura de saúde pública.

Na esfera legislativa, em abril foi apresentado à Câmara dos Deputados o projeto de lei 2.160/2020 ([Brasil, 2020a](#)), em defesa das comunidades quilombolas. Este foi anexado a outro projeto, referente às comunidades indígenas (PL 1.142/2020, [Brasil, 2020b](#)) e transformado na lei ordinária 14.021/2020 ([Brasil, 2020c](#)), a qual sofreu diversos vetos do presidente da República. Diante da falta de ações significativas para implementar a lei, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) protocolou em setembro no Supremo Tribunal Federal (STF) a Arguição de Descumprimento de Direito Fundamental (ADPF) n. 742 ([Brasil, 2020d](#)).

Devido ao silêncio estatal, as comunidades quilombolas propõem respostas aos impactos da Covid-19 localmente. Como discutem Oliveira e colaboradoras (2020: 10), há uma noção de “nós por nós” nessas iniciativas, que evidenciam uma inversão: “o problema do racismo não é localizado e discutido na sua origem, onde efetivamente é produzido, e sim na sua consequência, ou seja, em vidas racializadas”. Das iniciativas, destacamos a atuação da Conaq, que, em parceria com o Instituto Socioambiental (ISA), criou o Observatório da Covid-19 nos Quilombos. As informações sobre os casos quilombolas advêm do monitoramento desenvolvido pela Conaq.

Assim, diante da falta de dados e estudos sobre raça, quilombolas e lideranças femininas, mas fundamentalmente por entendermos a importância de análises situadas e encarnadas, procuramos aqui aprofundar esses temas, com a parceria de lideranças quilombolas do Vale do Jequitinhonha, a partir de seus olhares e da sua vocalização sobre seus atravessamentos, estratégias de resistência, luta e produção de futuro.

MULHERES QUILOMBOLAS EM PRIMEIRA PESSOA

O Vale do Jequitinhonha, conhecido como Vale da Pobreza, é uma região localizada no norte de Minas Gerais, predominantemente rural, de clima quente e seco, que concentra inúmeras vulnerabilidades socioeconômicas, fruto dos impactos ambientais da expansão da monocultura de eucalipto que afeta a bacia hidrográfica na região, além do descaso político no tocante ao desenvolvimento local. As reflexões aqui apresentadas são resultado de uma viagem realizada entre os dias 14 e 17 de outubro de 2020 a comunidades quilombolas dessa região e da produção conjunta com lideranças femininas de associações quilombolas: Sanete Esteves de Souza, da comunidade Mocó dos Pretos, em Berilo; Maria Aparecida Nunes Silva (Nenga), da comunidade Córrego do Narciso, em Araçuaí; e Maria Aparecida Machado Silva (Cida), da comunidade Córrego do Rocha, em Chapada do Norte.

No contexto da pandemia, a principal demanda das quilombolas dessa região é o acesso à água. Essa demanda historicamente negligenciada se tornou maior durante a pandemia devido à necessidade de água para a prevenção da contaminação pelo vírus. As lideranças quilombolas se articularam para suprir as demandas mais urgentes ligadas à pandemia: arrecadaram e distribuíram cestas básicas, kits de higiene e máscaras. O álcool em gel foi particularmente importante para a higienização quando a falta de água se tornou mais crítica. Diante dessa situação, demandou-se ao poder público uma solução rápida, porém muitas famílias ficaram mais de 15 dias sem água, e aquelas que conseguiram ter acesso à água trazida em caminhão-pipa tiveram que, em alguns casos, pagar pelo caminhão ou para abrir as estradas para que este pudesse passar. Assim, muitas famílias, para sobreviver, tiveram que contar com a escassa e suja água da chuva, reservada em cisternas de captação.

COTAS É SÓ PARA EQUIPARAR AS PERDAS DOS SÉCULOS

Eu sou Sanete Esteves de Souza, da Comunidade Mocó dos Pretos, em Berilo, Minas Gerais, tenho 47 anos, moro nessa comunidade há 25 anos. Eu sou mãe de 16 filhos, 12 deles vivos, e 11 netos. Desde 2003 passei a entender na verdade quem eu sou, quando o Projeto Brasil Quilombola foi lançado e aí comecei a entender as tradições

que a gente tem até hoje e também as muitas dificuldades que a gente passou e passa até hoje. Com o tempo eu fui me identificando, sabendo das histórias dos meus bisavós, tataravós, minha avó, e aí só a partir de 2003 que eu tive de fato a consciência, a compreensão do porquê ter passado por tudo que passei. Eu ao menos estudei, assim descalça, sem chinelo, meu pai nem isso, não estudou, minha avó nem nunca votou. Descobri depois de muito tempo que o meu bisavô era escravo fujão, ele se libertou sozinho, quando foge se está libertando sozinho, e muita gente passou por muita coisa, morreu muita gente.

Uma das dificuldades que a gente tem, que a culpa é do ser humano, é que todo mundo produzia, hoje não produz porque a chuva já não vem mais como vinha antes, as terras eram mais bem cuidadas, mais preservadas e elas davam mais, porque estavam fortificadas para isso. Não produzindo para nós mesmos, a gente precisa buscar na cidade, e como não tem emprego para todo mundo, muita gente sai para fora. Por exemplo, esse ano eu fui para o café [no Estado de São Paulo], porque todo mundo parado com a pandemia em casa, o custo que eu precisava para sobreviver aumentou muito. E aí quando vem ajuda do município, são escolhidas pessoas para serem ajudadas. Então a dificuldade está em que você não tem mais o que fazer, se você está na roça, você vai lá e planta, mas se não dá, você passa a ter necessidade de quem pode te ajudar e não te ajuda.

E aí tem a questão da água também, que é muito complicado. Não temos água aqui em barragem, não temos outra fonte de água, eu tenho que ir no rio Araçáui em Berilo para lavar roupa, se eu fico oito dias sem água, onde que eu ponho oito dias de roupa de todo mundo nessa casa? Aí eu pago um táxi, levo quatro, cinco sacos de roupa para lavar tudo em um dia só, além da exposição nesse sol.

Na situação da saúde, no geral muito ruim. As pessoas estão internando pessoas no hospital e tem que comprar remédio pela internet, que tem que tomar internada no hospital. E aí, sorte daquele que tem o dinheiro para comprar e levar, e quem não tem o dinheiro? Doente tem que ir para cidade, tem que chamar táxi. Às vezes a ambulância está funcionando, mas fica mais quebrado no pátio do que consertado.

Berilo, acredito que seja o município que tem o maior número de comunidades quilombolas. Apesar de que a maioria desses quilombolas nem se autorreconhece, aceitam se você falar com eles, mas não sentem que são. Por quê? Porque me tornei quilombola, me reconheci, me achei como quilombola, porque você não vira, você sempre é, você só não tinha se achado. Mas e daí, o que que mudou? As pessoas vão dizer “vocês acham que vocês são diferentes porque vocês são quilombolas”. Como ser preto era vergonha, ser quilombola também não está sendo esse ápice que está te levando muito. Eles não entenderam ainda, como não entendem que as cotas é só para equiparar as perdas dos séculos, para a gente alcançar, ter as

mesmas oportunidades, eles não entendem isso ainda. Eu estou quilombola, estou, mas o que mudou a minha vida? Continuo sem água, continuo pisando na poeira, continuo tendo que correr atrás do meu sustento, continuo sabendo que ganhei mais um direito, para ser simplesmente lesado por todos. E aí falar sobre racismo institucional é muito válido, necessário. Continuam racistas, continuam, mas eles não conseguiram maquiar? Que eles maquiem então todas as situações, porque eles vão maquiando, uma hora a maquiagem acabou, e a gente prevalece.

ÁGUA É VIDA!

Meu nome é Maria Aparecida Nunes Silva, tenho 46 anos e moro na comunidade de Córrego do Narciso, em Araçuaí, MG. Para mim, ser mulher quilombola é ser forte, guerreira, resistente, saber orações de benzimento e das medicinas caseiras. É também ser uma mulher produtiva em todos os sentidos, organizada pelos seus compromissos, saber das culturas, dos seus direitos, ser forte na caminhada, não ter medo de enfrentar os desafios, não ter vergonha de passar por suas necessidades e honrar sua cor, ser batalhadora e firme.

Entendo que a vida no quilombo se conecta aos nossos antepassados e nossas raízes, que foram escravizados e trabalhavam muito e ganhavam pouco, eram muito judiados pelos fazendeiros, eles trabalhavam praticamente em troca de alimentação, alguns fazendeiros até batiam neles. Meu pai contava que apanhou muito, meus avós também me contavam muitas histórias chocantes que me deixa muito triste, foi uma vida sofrida. Eles contavam que passaram até pela senzala, e por incrível que pareça, até hoje, nós da nova geração somos muito discriminados por falta de conhecimento, principalmente por ser negro, quando nós chegamos em alguns lugares somos mal recebidos quando falamos que somos quilombolas. Muitos não ouvem nosso apelo por direito, somos excluídos, nossos direitos continuam negados, mas nós somos muito insistentes pelos nossos direitos, sempre unidos para enfrentar nossas batalhas, que são muitas. Definimos que quilombo passa pela busca de certos traços em comum, também nossas culturas que não podemos deixar morrer, que essa herança possa reinar para sempre e nunca vamos desistir e nem desanimar com os nossos sofrimentos do dia a dia. Ser quilombola e negro é uma honra muito grande para nós.

Pensando na pandemia, é uma situação muito complicada para nós, temos problemas com o serviço de abastecimento de água, transporte, saúde. Sem poder sair de casa, foi um impacto muito grande para nossa comunidade, pois os alimentos têm que ser muito bem lavados e temos o problema gravíssimo da falta de água. Agendamos o caminhão-pipa, mas tem muita demora para nos atender, inclusive minha caixa de captação de chuva está seca há mais de 25 dias.

Perto da comunidade há uma barragem chamada Calhauzinho. No local dessa barragem onde o córrego do Narciso está quase de encontro com o córrego Tesoura nós estamos querendo que puxem de lá água para a comunidade, que não está tão longe, não é difícil de fazer, o que está faltando é vontade, porque já tem mais de vinte anos que nós levamos essa luta, correndo atrás, cobrando e até hoje eles não canalizaram essa água. O que a comunidade quer é que realize esse sonho, o que a gente precisa de verdade é puxar essa água daqui para a comunidade, para que nós possamos usar essa água para fazer uma plantação, porque nós já temos a caixa de captação de chuva, mas quando chega em uma época dessa, em setembro, outubro, começa já a falta d'água, inclusive eu acredito que está sendo geral para todo mundo, que a chuva está muito pouca. Nós precisamos de água, água é vida. A respeito do transporte, temos um ônibus que vai para Araçuaí, ele circula na comunidade quatro vezes por semana, porém tem a quantidade limitada de pessoas, temos que sentar distante um do outro, se completa a quantidade, o restante tem que fretar o carro e pagar R\$ 120 a R\$ 150 para levar até a cidade. Até o momento tivemos só doações de cestas básicas e temos muitos moradores que sobrevivem de trabalho braçal, ganhando de R\$ 40 a R\$ 50 por dia, isso quando acha serviço, tudo ficou difícil.

Quando precisamos fazer uma consulta, vamos ao PSF (Programa Saúde da Família) que fica na Comunidade Baixa Quente, há cerca de 12 km. Quando a gente tem que fazer um exame ou comprar um remédio, temos que ir até a cidade de Araçuaí, a cerca de 24 km. Nós queríamos que tivesse um atendimento médico aqui na comunidade, não vou dizer todos os dias, mas pelo menos duas vezes por semana.

A GENTE É DESAFIADA TRINTA VEZES MAIS POR SER MULHER NEGRA QUILOMBOLA

Eu sou Maria Aparecida Machado Silva, tenho 45 anos e três filhos. Vivo na comunidade quilombola do Córrego do Rocha, em Chapada do Norte, MG. Estou aqui nesse fim de mundo, mas aqui é o meu lugar onde nasci e me criei e estou muito grata por participar dessa mobilização, gostaria que fosse por um motivo alegre, e não pelas nossas carências, mas como a falta de água aperta, vamos lá. Aqui, para nós, a falta de água é total desde 2018, quando a prefeitura veio e a gente estava na luta para que ligasse a bomba para abastecer as famílias, como já era rotineiro. Só que a água não chegava para as famílias, com isso a bomba chegou a estragar. Já enfrentamos muita coisa e esse é mais um desafio, somos unidos para isso, estamos recorrendo o máximo que podemos. Denunciamos ao Ministério Público da comarca, estadual e federal, com ajuda de pessoas de fora, já que a gente não tem tanto conhecimento e é isso que nos dá estímulo e esperança para continuar a luta. Sinceramente, eu tenho vários sentimentos ao mesmo tempo,

às vezes eu me sinto impotente, às vezes eu me sinto mais forte para continuar, às vezes me emociono, a gente fica triste. A gente luta muito, muito mesmo, porque a gente tem filhos, alguns têm netos e é em honra dessa primeira geração, porque se nós temos tanta resistência, os nossos pais passaram por muita coisa, os nossos ancestrais lá atrás foram escravizados, chicoteados mesmo, nós não passamos por esse chicote, mas isso que está acontecendo com a gente é uma escravidão, uma escravidão moderna, mas é porque isso não é nada mais nada menos do que o racismo institucional.

Eu entendo o quilombo como um grupo familiar em locais de difícil acesso inclusive, porque na época que se formaram os quilombos, eles recuaram, corriam de algo que os prejudicava e localizavam em locais de difícil acesso para não ser encontrado, só que são lugares maravilhosos, com famílias agrupadas e que zelam pelo comum e pelas nossas tradições, culinária e hábitos, danças, crenças, ou seja, a nossa identidade e os nossos hábitos diferentes de viver. Ser uma mulher quilombola é ser aguerrida, resistente, mas ao mesmo tempo ter muita experiência e zelo. Ser mulher quilombola é muito desafiante, tudo para a gente chega por último, principalmente em questão de direitos, pois existe essa história de que negro aguenta esperar mais tempo e que para o negro qualquer coisa serve, entendeu? Mas a gente não desiste, somos resistência.

A pandemia na vida das mulheres quilombolas veio para privá-las de muita coisa, por exemplo, os encontros, inclusive os cultos e missas, foi um empecilho para os grupos culturais. A pandemia veio dificultar também a nossa vida na questão dos trabalhos, a falta do abraço, do contato físico, do olho no olho. Apagaram indiretamente o nosso sorriso, que é maravilhoso, mas mesmo debaixo da máscara a gente não perde a alegria de viver, mesmo com tantos desafios. Eu já ouvi dizer e eu acredito nisso, ser mulher é ser desafiada dez vezes, ser negra são mais dez desafios, ser quilombola são mais dez, então a gente é desafiada trinta vezes mais por ser mulher negra quilombola. Essa pandemia trouxe mais esse impedimento, mas também a gente encontrou muita força para lutar e para resistir, porque também somos um símbolo muito forte de resistência.

CONFLUÊNCIAS ENTRE NÓS E OS OUTROS, REPENSANDO EPISTEMOLOGIAS...

Reconhecemos que é impossível descrever em um texto a experiência de ser mulher quilombola, estar na luta diária pelo território, pelo acesso a direitos e pela promoção de efetiva igualdade racial. Esse desafio nos instiga a um novo olhar, uma forma não extrativista de produzir conhecimento, na qual o outro deixa de ser objeto de observação para ser narrador, produtor de saberes, pensando que os “diversos devem confluenciar, sem sobreposições”, como bem afirma a pesquisadora quilombola Ana Mumbuca (Silva, 2019: 19).

No início da pandemia, era comum ver na mídia as desigualdades e dificuldades identificadas na população negra brasileira em contexto urbano, sobretudo aquela residente nas periferias. Contudo, parte significativa da população do campo encontra-se à margem das políticas de assistência, das pesquisas, das redes de apoio, e não foi diferente com as comunidades quilombolas. Tal desigualdade se tornou mais evidente: enquanto se falava de leitos de UTI, melhoria do atendimento, efetivo médico e testagem, as comunidades quilombolas buscavam superar a profunda desigualdade no acesso ao recurso mais fundamental para a vida e o cuidado com a saúde, a água, como bem colocaram Sanete, Nenga e Cida.

Diante da falta de resposta do Estado às suas demandas, as comunidades que chamamos de vulnerabilizadas são mais eficientes em produzir formas de lidar com a doença e seus efeitos, construindo relações de cuidado e solidariedade. Portanto, não podemos nos concentrar em respostas únicas, é preciso olhar para a diversidade de estratégias. Nas reflexões sobre a Covid-19, observamos que há imposições a respeito de como esta deve ser pensada e de quem são as pessoas que podem lhe apresentar respostas. Vemos essas disputas políticas e institucionais, com as agências financiadoras de pesquisas, maior parte delas europeias e estadunidenses, atualizando a colonialidade (Quijano, 2010).

Por isso é importante descolarmos os olhares das respostas homogeneizantes e mirar nas estratégias locais, especialmente dos grupos que não podem esperar resposta de governos que atuam no modo necropolítico. Há que se pensar em estratégias históricas contra toda a violência que o colonialismo sempre impôs a essa população. Sempre lutar contra a produção do “não ser” (Fanon, 2008), para continuar existindo. Enfim, encontrar caminhos, inventar formas de se manter vivo com alegria e fé.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Projeto de Lei n. 1.142, de 27 mar. 2020a. Transformado na Lei Ordinária 14.021/2020. Disponível em: <www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2242218>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Projeto de Lei n. 2.160, de 24 abr. 2020b. Disponível em: <www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2250560>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Lei ordinária n. 14.021, de 7 jul. 2020c. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14021.htm>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 742, de 10 set. 2020d. *Portal STF*, Brasília. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6001379>>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, 17(49): 117-132, 2003.

CARNEIRO, S. *A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser*. 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.

FANON, F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Salvador: Edufba, 2008.

GOMES, F. D. S. *Mocambos e Quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil*. São Paulo: Claro Enigma, 2015.

GONZALEZ, L. Mulher negra, essa quilombola. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 22 nov. 1981. Folhetim.

GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira. In: LUZ, M. T. (Org.). *O Lugar da Mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

NASCIMENTO, B. A mulher negra no mercado de trabalho. *Última Hora*, Rio de Janeiro, 25 jul. 1976.

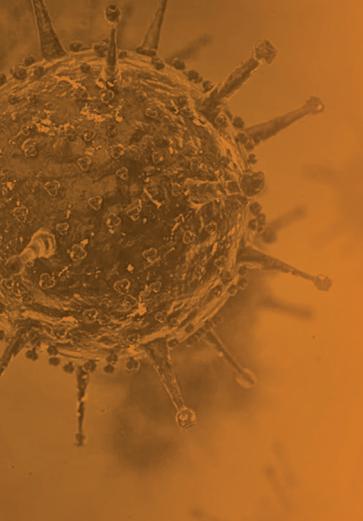
NASCIMENTO, B. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. *Afrodiáspora*, 6-7: 41-49, 1985.

OLIVEIRA, R. G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9): 1-14, 2020.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S. & MENESSES, M. P. (Orgs.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, A. C. M. D. *Uma Escrita Contracolonialista do Quilombo Mumbuca, Jalapão-TO*, 2019. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3): 535-549, 2016.



Mulheres, Violências, Pandemia e as Reações do Estado Brasileiro

Marlise Matos e Luciana Andrade

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou situação de pandemia pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Alguns dias depois, estados e municípios brasileiros começaram a decretar o isolamento social como política de prevenção da propagação do vírus, fazendo com que milhares de pessoas se recolhessem em suas residências, adotando regimes de trabalho em casa, sem creches e redes de apoio para atenção aos filhos e aos idosos e com todo o trabalho doméstico a ser realizado. Consequentemente, o que se observa é a exacerbada situação de violência que as mulheres vivenciam. Cabe ressaltar: uma violência intensificada, mas não criada.

A violência contra as mulheres (doravante VCM) não é, por certo, fruto do isolamento social, mas de uma estrutura patriarcal que faz com que as mulheres sejam submetidas a sucessivas violações de direitos humanos, simplesmente pelo fato de serem mulheres. Além disso, é um fenômeno multidimensional, se articula sobretudo como um problema de saúde pública e de dimensão mundial. É um fenômeno endêmico no Brasil e sempre nos trouxe desafios em termos de mensuração e atuação voltadas para sua prevenção, combate e erradicação.

Apresentamos aqui dados secundários sobre os registros de VCM no Brasil ao longo da pandemia, comparando-os com os registros de 2019. Para iniciar o mapeamento de respostas do Estado brasileiro ao problema, apresentamos dados inéditos sobre projetos de lei propostos na Câmara dos Deputados no período de março a outubro de 2020, com a finalidade de avaliar, com maior acurácia, as respostas governamentais ao acirramento da VCM. Discutimos, em seguida, o papel do governo federal no enfrentamento desse fenômeno ao longo da pandemia, assim como a falta de políticas públicas centrais e organizadoras para a rede de atendimentos às mulheres em situação de violência. Ao concluir, fazemos sugestões relativas a ações mais dignas contra a VCM em tempos de

pandemia e apresentamos alguns apontamentos do que se espera para que as políticas de seu enfrentamento sejam retomadas e aprimoradas em um contexto de pós-pandemia.

O QUE DIZEM OS DADOS?

Dados apresentados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em diferentes publicações permitem observar a evidência inquestionável do incremento da VCM no contexto de pandemia ([FBSP, 2020a, 2020b](#)). Não se trata, no entanto, de uma análise simples, pois os dados indicam queda nos casos reportados, queda no número de registros de *lesão corporal dolosa*, por exemplo, quando comparados com aqueles dos mesmos meses entre 2019 e 2020.

Chamou-nos atenção a expressiva queda nos registros desse crime, por exemplo, no estado do Acre: redução de 38,6% nas denúncias, em comparação com o mesmo período de 2019. Quando analisadas, por sua vez, as chamadas feitas para o Disque 190, o estado do Acre registra, na verdade, aumento da procura por apoio policial. Parece-nos plausível pensar que em contexto de aumento real da violência, a procura pelo telefone seja uma das alternativas reais para essas mulheres no isolamento social (com a permanência de agressores nas próprias residências). No Rio Grande do Norte houve aumento de 34,1% nos casos de lesão corporal dolosa e de 54,3% nos de ameaça. Em Rondônia houve expressivo aumento – 158,3% nos registros de lesão corporal dolosa (quando não há intenção de ferir) –, assim como expressivo aumento na procura pelos serviços do Disque 190, com acréscimo de 138,1%, indicando que houve aumento real da VCM.

Outro conjunto de informações que consolidam o diagnóstico de aumento da VCM em tempos de pandemia são as estatísticas de *feminicídio*. Esses números (registrados com essa categoria pelos seus estados de origem) cresceram significativamente em alguns estados – Acre, aumento de 400%; Maranhão, aumento de 81,8% e Mato Grosso, aumento de 157,1% –, quintuplicando-se o número de mulheres assassinadas (de duas ocorrências para dez), na comparação entre os dois períodos. Em São Paulo, a Polícia Militar informou que o total de socorros prestados passou de 6.775 para 9.817, na comparação entre março de 2019 e março de 2020. O número de feminicídios também subiu no estado, de 13 para 19 casos (46,2%) ([Bond, 2020](#)). Ou seja, se poderia haver alguma dúvida com relação ao aumento dos casos de violência contra as mulheres na pandemia (já que observamos queda no número de registros), o aumento dos feminicídios mostra como, de fato, a violência aumentou. Além disso, reduziram-se sobremaneira os mecanismos institucionais para intervir na violência e tentar encerrar o seu ciclo, antes que ele alcance o seu auge: a morte da mulher.

Nos registros de ameaça também houve redução na maior parte dos estados. Sabendo que esse é um crime inicial na dinâmica cíclica da VCM, podemos levantar algumas possíveis hipóteses explicativas para tal redução. Uma delas reforçaria o entendimento de que as mulheres, no contexto pandêmico, estariam suportando mais situações dessa natureza, inclusive em detrimento de seu próprio bem-estar e a favor da maior segurança para filhos e/ou outros familiares. Outra hipótese plausível seria a de que os registros de ameaças caíram em função do isolamento, do receio de que a denúncia deflagre riscos de contaminação e coloque em risco, também, moradores/as do domicílio. Esta última hipótese se associa perversamente com o aumento do crime de feminicídio: com as ameaças não denunciadas, a violência escala e se agrava, podendo culminar na morte. Contudo, os dados evidenciam que Rondônia (124,3%), Rio Grande do Norte (27,4%) e Pará (73%) apresentaram aumento nos registros de ameaças, comparativamente nos dois períodos em análise.

Vê-se, assim, que na pandemia as mulheres estão em situação mais agravada de violência: uma vez instalada, esta se mostra ainda mais próxima, mais presente e constante e, dramaticamente, sem que se possa contar com instrumentos reais que permitam intervir e, afinal, garantir às mulheres o direito à integridade de seu corpo e de sua vida.

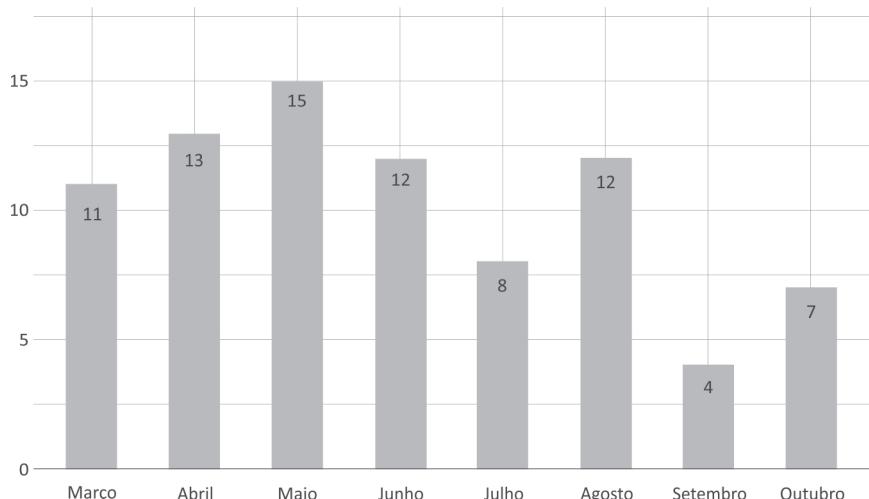
ATUAÇÃO LEGISLATIVA FEDERAL NO ENFRENTAMENTO DA VCM EM TEMPOS DE PANDEMIA

Dados e informações inéditas sobre projetos de lei (PLs) apresentados na Câmara dos Deputados para fazer frente à escalada da VCM são importante fonte de análise por se tratar de propostas de legislações e de políticas públicas reais que visam à erradicação da VCM no Brasil, com especial atenção àquelas ações a serem efetivadas na pandemia. Analisaremos aqui como o Estado – ao menos uma parte de suas instituições e atores – vem respondendo (ou não) às demandas das mulheres e buscando formas de garantir o seu direito a uma vida sem violência. Cabe ressaltar que nem todos os PLs analisados se transformam em políticas públicas, mas todos eles compõem o mosaico daquilo que pode ser considerado como a *agenda governamental* em torno da VCM, seja por sua aprovação ou pelo debate público que ensejam (Andrade, 2017).

Os dados foram coletados no site da Câmara. Para captar todos os projetos sobre essas temáticas apresentados, no período de março a outubro de 2020, utilizamos as palavras-chave “violência”, “violência contra mulher”, “Lei Maria da Penha”, “feminicídio” e “violência de gênero”. A pesquisa nos retornou 84 PLs e todos foram checados para

avaliarmos se, efetivamente, cabiam no escopo desta análise. Foram excluídos dois PLs por extrapolarem nosso foco, restando-nos 82 para exame. Sua distribuição temporal pode ser observada no Gráfico I.

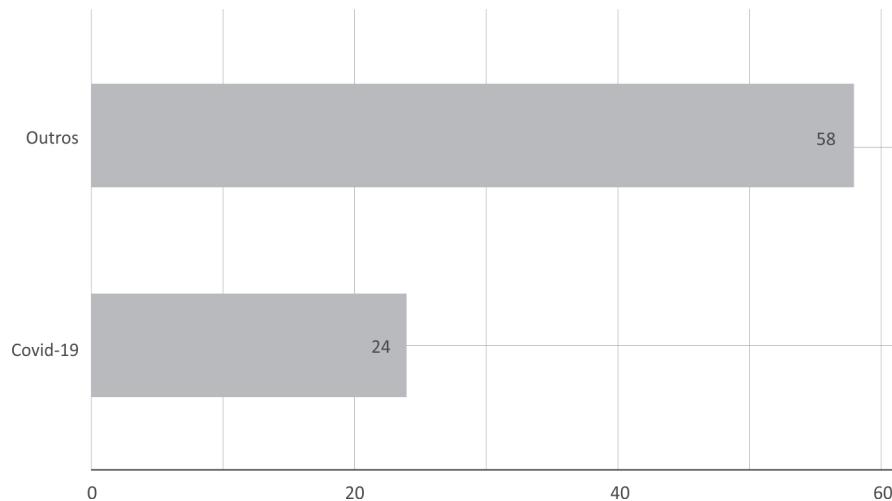
Gráfico I – Proposições de PL no Congresso Nacional sobre a violência contra a mulher – Brasil, março a outubro de 2020



Fonte: <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>. Acesso em: 23 out. 2020.

Como se pode observar, maio de 2020 foi o mês com o maior número proposições com o foco aqui definido. Possivelmente, tal comportamento se deve à constatação fática do agravamento da VCM na pandemia em nosso país e da consequente necessidade de ações mais enérgicas para lidar com o problema. Agosto foi outro mês com grande número de PLs apresentados, o que pode ser explicado também, para além da exclusiva preocupação com o aumento da VCM na pandemia, por ser o mês de aniversário da Lei Maria da Penha. Trata-se, com frequência, de agenda legislativa recorrente, quando deputadas/os acabam deixando para apresentar seus projetos no período como forma de demarcar o debate e posicionamento em relação à legislação nesse campo.

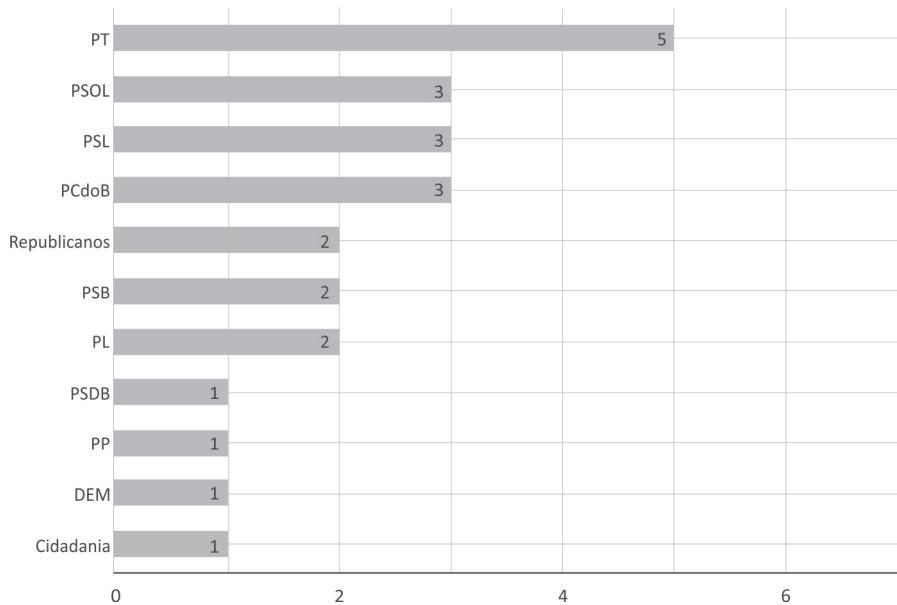
Gráfico 2 – Proposições de PL no Congresso Nacional a VCM, motivadas pela Covid-19 – Brasil, março a outubro de 2020



Fonte: <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>. Acesso em: 23 out. 2020.

O Gráfico 2 traz informação relevante: do total de PLs propostos nesse período, 58 não estavam diretamente relacionados à Covid-19. E as 24 proposições relacionadas à pandemia, ou seja, que têm alguma proposta direcionada às mulheres em situação de violência considerando o momento e a conjuntura que estamos vivenciando, foram apresentadas por partidos ligados a uma agenda mais progressista e historicamente envolvidos com a temática da violência contra as mulheres no Brasil, caso do PT, PSOL e PCdoB, por exemplo (Gráfico 3).

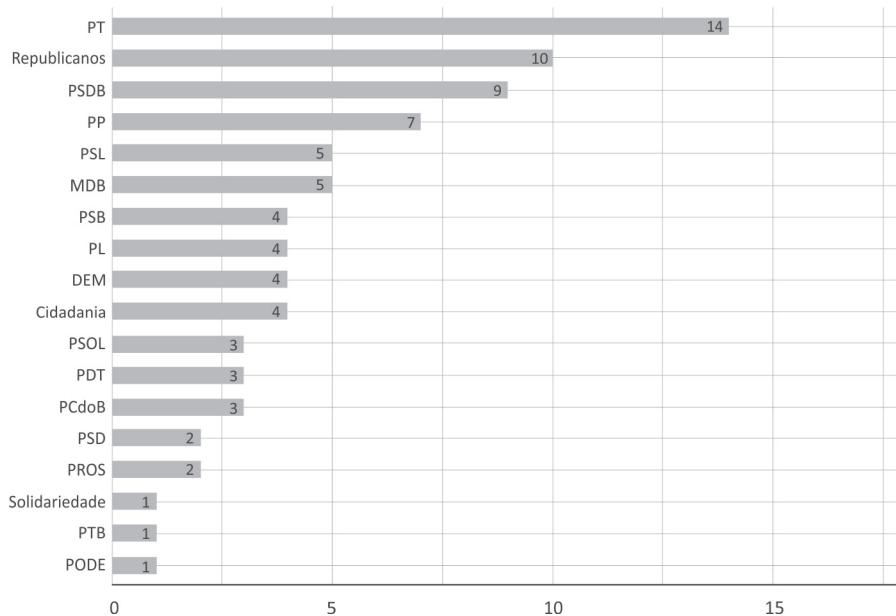
Gráfico 3 – Proposições de PL no Congresso Brasileiro a VCM, motivadas pela Covid-19 por partido político – Brasil, março a outubro de 2020



Fonte: <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>. Acesso em: 23 out. 2020.

Em PLs que não são específicos para situações que dizem respeito à conjuntura pandêmica, ou seja, de atuação para as mulheres em situação de violência que foram ainda mais afetadas em suas vidas pela pandemia e pelo agravo da violência, observa-se, ainda em relação aos principais partidos políticos dos/as representantes autores/as de tais PLs, que os principais propositores foram PT, PR e PSDB (Gráfico 4). Historicamente, o PT é o partido brasileiro mais ligado às políticas públicas de combate à VCM, com o maior legado de atuação e acúmulo de conhecimento na temática. Não surpreende que seja o principal partido propositor de tais medidas.

Gráfico 4 – Principais partidos políticos propositores de PLs no Congresso Nacional sobre a VCM. Brasil, março a outubro de 2020



Fonte: <<https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>>. Acesso em: 23 out. 2020.

De qualquer forma, no cômputo geral de projetos voltados para o enfrentamento da VCM, mas sem foco específico em problemas causados/agravados pela pandemia, diferentemente do observado em períodos anteriores, verifica-se atuação significativa de partidos historicamente alinhados à direita e centro-direita do espectro ideológico no Brasil: PP (7), MDB e PSL (5 cada), PL, DEM e Cidadania (4 cada). Além do próprio PT, outros partidos à esquerda que tiveram protagonismo foram PSB (4), Psol, PDT e PCdoB (3 cada).

Assim, não foram os partidos de esquerda aqueles que apresentaram mais propostas legislativas com o intuito de fazer frente à VCM durante a pandemia no Brasil. Apesar de terem sido os partidos à esquerda que, historicamente, se dedicaram à construção das principais políticas públicas sobre este tema no país, foram os partidos à direita que propuseram essa agenda governamental no âmbito do Legislativo brasileiro. Duas breves considerações sobre essa evidência: há ou houve a captura dessa agenda pelos partidos à direita no Brasil; portanto, urge que a inclusão do tema, já em debate na Câmara de

Deputados, considere algum tipo de diálogo e/ou coordenação com as políticas já existentes no país, sob pena de sofrermos, mais uma vez, com o desmonte daquilo que foi duramente conquistado ao longo dos últimos trinta anos em relação ao tema.

Entre os temas/áreas de atuação das proposições com foco na pandemia no Brasil, observam-se:

- Ampliação da divulgação do Disque 180 e reforço na sua resolubilidade;
- Asseguramento de medidas de combate e prevenção da violência contra as mulheres;
- Aumento das penas aplicáveis aos crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher;
- Obrigação de que delegados informem imediatamente ao Poder Judiciário local os crimes de violência doméstica;
- Aumento da pena pelo crime de feminicídio;
- Suspensão temporária de posse, porte e registro de armas de fogo por denunciados, inquiridos e réus em processo de violência doméstica;
- Inclusão da mulher vítima de violência doméstica como beneficiária do auxílio emergencial;
- Programa de cooperação chamado Código Máscara Vermelha;
- Programa de Aluguel Social Emergencial para as mulheres de baixa renda vítimas de violência doméstica ou familiar;
- Gratuidade temporária no sistema de transporte público coletivo para mulheres vítimas de violência doméstica.

Como se pode observar, as propostas giram em torno de dois núcleos temáticos principais: recursos financeiros e atendimento às mulheres em situação de violência, além da responsabilização dos agressores. O aumento das penas e a retirada da posse de arma atuariam como formas de prevenção de crimes mais severos e irreversíveis, como o feminicídio. A informação imediata ao Poder Judiciário, por sua vez, pode atuar no sentido de quebrar ciclos de violência ainda em patamares iniciais, quando é possível que medidas protetivas realmente sejam expedidas e consigam salvar a vida das mulheres ameaçadas. Tais propostas demonstram como é preciso que todo o Sistema de Justiça e de Segurança Pública atue em conjunto – seja por via de protocolos de atendimento, seja pela via de sistemas integrados – para que os atendimentos às mulheres em situação de violência possam ser realizados da forma mais ágil possível. Em outra frente, é preciso reduzir a dependência financeira que as mulheres possam ter de seus agressores,

possibilitando-lhes formas de se desvincular de seus relacionamentos e das situações que vivenciam, incluindo-as, por exemplo, no auxílio emergencial ou em programas de transferência de renda ou mesmo de emprego. Atuar em diferentes frentes, de forma articulada e integral, seria, a nosso ver, a forma mais efetiva de enfrentar a violência contra as mulheres em meio à conjuntura que estamos vivenciando. No entanto, o que se observa nas propostas acima é uma atuação ainda setorizada, sem diálogo efetivo com as outras políticas realizadas no nível nacional.

Para agravar ainda mais esse quadro, o Executivo federal brasileiro não confere ao tema a devida prioridade. Os dados vistos aqui mostram que não houve nenhum PL de autoria do Executivo, o que significa a falta de atuação centralizadora das ações que visem à redução da VCM no país. No órgão gestor central de políticas para as mulheres no país hoje, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, também se observa um processo de silenciamento no que diz respeito a ações relacionadas a mais esse flagelo e a instrumentos e ferramentas nacionais que possam efetivamente amparar e garantir a mulheres ameaçadas o direito à própria vida.

Não houve, por iniciativa do governo federal, propostas efetivas e concretas para combater a VCM na pandemia, e muito menos priorização e financiamento orçamentário para a continuidade das ações que já vinham sendo empreendidas em nível federal (Silva & Barbosa, 2020), tais como aquelas vinculadas ao Pacto Nacional de Enfrentamento da VCM, que trouxe ações e recomendações para estados e municípios que o assinaram.

Entre as poucas iniciativas do Executivo federal, a ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, anunciou várias vezes que estaria trabalhando com o Ministério da Justiça e secretarias de Segurança dos estados para fortalecer o atendimento *on-line* (especialmente por aplicativos). Mas, de fato, nem todos os estados estão realizando esse tipo de registro ([Denúncias..., 2020](#)). Ela lançou a campanha “Denuncie a Violência Doméstica: para algumas famílias o isolamento está sendo ainda mais difícil”, com foco exclusivo na denúncia da violência, que não teve praticamente nenhuma difusão ou impacto ([Colleta, 2020](#)). Em várias entrevistas, a própria ministra fez questão de chamar atenção, mesmo reconhecendo o crescimento vertiginoso das estatísticas de violência contra mulheres, para a violência patrimonial contra idosos e para a violência contra crianças. Mais recentemente, em novembro de 2020, no meio da campanha mundial de 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres e no Dia Internacional de Combate à Violência contra a Mulher, a ministra foi a público para, numa *live* com cenário cor-de-rosa, preparar um bolo rosa que, disse ela, seria entregue ao presidente, para destacar que o “nanoempreendedorismo” feminino poderia resgatar as mulheres da violência ([Damares..., 2020](#)).

Tais ações se demonstraram inócuas em relação à escalada da VCM na pandemia, assim como as demais ações federais direcionadas para o enfrentamento em geral dos impactos da pandemia de Sars-CoV-2. A maior parte das iniciativas ficou a cargo dos estados e municípios, e em muitos casos dos próprios movimentos feministas e de mulheres, que reforçaram ações já existentes e começaram imediatamente a propor alternativas para auxiliar as mulheres. Além disso, foram também os movimentos de mulheres organizadas que construíram pressões e estratégias para elas pudessem ao menos tentar sair da situação perversa e prevalente de convivência domiciliar com os agressores, tentando encontrar alguma segurança. Como indica diagnóstico realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), as unidades federativas que possuem mecanismos de políticas para as mulheres já institucionalizados e com independência são as que se mostraram mais ativas no combate à VCM, com o desenvolvimento de novos instrumentos, adaptação de serviços já existentes para o atendimento e acolhimento das mulheres e até mesmo a criação de novos equipamentos (Alencar *et al.*, 2020).

É sempre bom lembrar: a pandemia não causa a VCM no Brasil. Faltou (e ainda falta) um direcionamento, algum norte para que os estados e municípios possam atuar em conjunto na prevenção dessa violência deletéria e, afinal, do próprio feminicídio. Faltou política pública, faltou e falta a necessária e urgente atuação em rede, assim como parece ainda estar faltando a necessária politização em torno de um fenômeno histórica e socialmente forjado: a marginalização das mulheres na esfera privada, a violência, a submissão e a morte, reencantados no rosa feminino da ministra. Agora as mulheres brasileiras parecem contar apenas consigo mesmas.

O PÓS-PANDEMIA E AS VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES: COMO E ONDE É PRECISO AVANÇAR

O que os dados informam sobre a situação de VCM durante a pandemia no Brasil é a gravidade da condição que estamos vivendo. Se antes da pandemia a VCM e os casos de feminicídio já vinham em escalada de ritmo assustador, agora a situação foi exacerbada. As denúncias de violência, registradas nos boletins de ocorrência, diminuíram ao longo de 2020. No entanto, a gravidade da violência está aí, nos números de mulheres mortas (ou seja, nos feminicídios) que vêm só aumentando.

Para que a situação de VCM e de feminicídios que vivenciamos hoje possa ser enfrentada efetivamente, seria preciso comprometimento do Estado e a ação intersetorial e integral. A criação e o fomento das redes de atendimento às mulheres, em especial dos serviços de saúde, assistência social – como os centros de Referência de Assistência

Social (Cras) e os centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) – e segurança pública, são imprescindíveis para que as mulheres consigam se desvincilar da situação perversa em que se encontram antes de morrerem. Além, obviamente, de uma estrutura que lhes possibilite realizar as denúncias de forma segura (com relação tanto ao coronavírus quanto ao próprio agressor) e consiga resguardar a vida dela e, em muitos casos, de seus filhos e familiares, precisamos de compromisso e responsabilidade com essa demanda.

Constitucionalmente, é dever do Estado brasileiro resguardar e garantir os direitos humanos para todas as mulheres, é dever do Estado zelar pela vida das mulheres brasileiras. Por isso, trazemos sugestões de iniciativas urgentes que permitam estancar o novo “surto” brasileiro de VCM:

1. Garantir o atendimento 24 horas do Ligue 180, Disque 100 (violação aos direitos humanos) e 190 (Polícia Militar), e a manutenção do trabalho de delegacias virtuais ou presenciais, com plantão presencial ou via telefone, WhatsApp, aplicativos para celulares e por meio digital para as denúncias de violação de direitos;
2. Garantir a agilidade do julgamento das denúncias de VCM, que podem ser solicitadas pela vítima ao delegado(a) de polícia ou por meio do Ministério Público, visando à instalação de medidas protetivas de urgência, quando necessárias;
3. Reforçar as campanhas publicitárias nacionais, que tenham como foco central a importância de que todos “metam a colher em briga de marido e mulher”. Da mesma forma, são necessárias as campanhas de alerta sobre os diferentes tipos de maus-tratos contra crianças e adolescentes e idosos. Vizinhos, parentes e amigos podem fazer toda a diferença em uma situação como essa;
4. Incentivar as iniciativas de apoio às mulheres, crianças e adolescentes e idosos em situação de violência, baseando-se no acolhimento e aconselhamento psicológico, socioassistencial, jurídico e de saúde, especialmente na rede descentralizada de Cras e Creas, assim como no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF);
5. Dentro do possível, é importante que mulheres em situação de violência busquem fazer o distanciamento social acompanhadas de outros familiares que não apenas o marido agressor e filhos;
6. Em situações extremas, é importante manter o telefone celular protegido, bem como telefones de familiares e amigos com quem as mulheres possam contar em emergências, além de um plano de fuga seguro para a mulher e seus filhos;

7. Ampliar a atuação de redes de atendimento às mulheres para que toda a complexidade da violência possa estar abarcada nestes serviços, organizando instituições como Cras, Creas, unidades básicas de Saúde e outros, que atuam de forma mais próxima das mulheres, e capacitando *on-line* seus profissionais, para que consigam atuar no diagnóstico precoce e na prevenção da violência contra as mulheres e na quebra dos ciclos de violência já instaurados.

Sem iniciativas dessa natureza, sem coordenação federativa efetiva da União nesses processos complexos, o governo brasileiro continua lançando suas cidadãs à própria sorte. E, certamente, para um contexto de pós-pandemia será preciso reorganizar e retomar as políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil. A retomada do Pacto Nacional de Política para as Mulheres e uma nova repartição com estados e municípios; novas bases para a construção da Casa da Mulher Brasileira são duas ações que merecem reconhecimento por parte do governo federal, além de priorização em suas ações. Além disso, é preciso que estados e municípios criem e reorganizem suas redes integrais de atendimento às mulheres em situação de violência. É preciso aumentar a complexificação da compreensão do problema e das políticas públicas que atuem no sentido de dirimi-lo. É com essa atuação presente, priorizada e efetiva que as mulheres brasileiras terão o direito a uma vida sem violência plenamente atendido e resguardado. É preciso, sobretudo, que a União aja nessa direção.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, J. et al. Políticas públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da Covid-19: ações presentes, ausentes e recomendadas. Nota Técnica n. 78. Rio de Janeiro: Ipea, 2020.
- ANDRADE, L. Processo decisório e formulação das políticas públicas de enfrentamento das violências contra as mulheres no Brasil. *Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política*, 26(3): 11-38, 2017.
- BOND, L. SP: violência contra mulher aumenta 44,9% durante a pandemia. *Agência Brasil*, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-04/sp-violencia-contra-mulher-aumenta-449-durante-pandemia>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- COLLETA, R. D. Denúncias de violência contra a mulher sobem 35% durante a pandemia, diz Damares. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/amp/cotidiano/2020/05/denuncias-de-violencia-contra-a-mulher-sobem-35-durante-pandemia-diz-damares.shtml>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- DAMARES faz bolo para marcar ativismo pelo fim da violência contra as mulheres. *Carta Capital*, São Paulo, 2020. Disponível em: <www.google.com/amp/s/www.cartacapital.com.br/politica/damares-faz-bolo-para-marcar-ativismo-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/amp/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

DENÚNCIAS de violência contra as mulheres cresceram 37%, afirma Damares. *R7*, 22 jul. 2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/denuncias-de-violencia-contra-a-mulher-cresceram-37-diz-damares-22072020>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

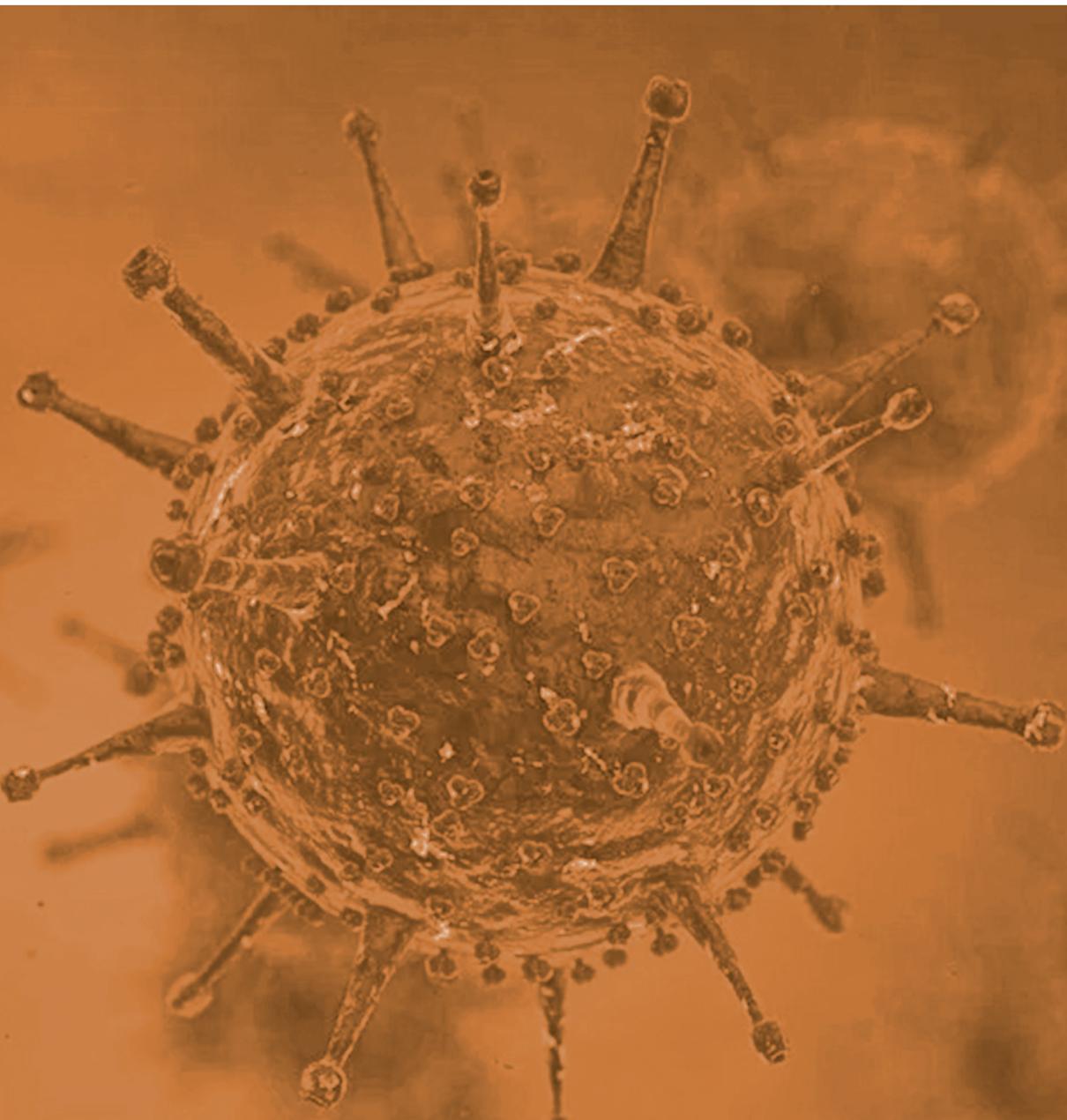
FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2020. São Paulo, 2020a. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

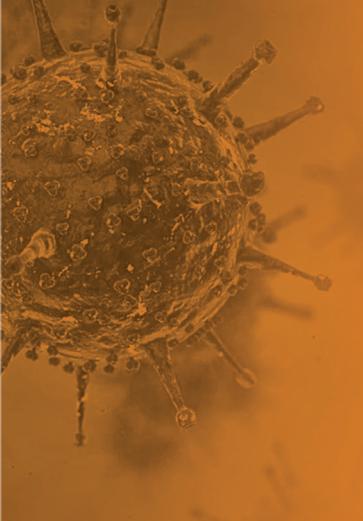
FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19. Nota Técnica. São Paulo, 2020b. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/publicacoes/violencia-contra-meninas-e-mulheres/>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SILVA, C. E. & BARBOSA, J. H. S. Análise do discurso oficial de lançamento da campanha do governo federal contra violência doméstica no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista Espaço Acadêmico*, 20(224): 70-80, 2020.

PARTE III

Ciência, Tecnologia e Comunicação





A Fiocruz no Tempo Presente ciência, saúde e sociedade no enfrentamento da pandemia de Covid-19

*Simone Petraglia Kropf, Thiago da Costa Lopes, Ede Cerqueira,
Polyana Aparecida Valente, André Luiz da Silva Lima,
Ester Paiva Souto, Luana Bermudez, Bethânia de Araújo Almeida,
Denise Nacif Pimentel e Camila Pimentel Lopes de Melo*

Acontecimentos do presente são objeto de estudo para cientistas sociais e também para historiadores. São processos em curso, marcados pelos sentidos de curto prazo, transitoriedade e incerteza. Imersos nas experiências do vivido estão os sujeitos desses processos, aqueles que se dispõem a analisá-los e as fontes que permitem acessá-los (Delgado & Ferreira, 2014). As *emergências*, sobretudo as de caráter global, intensificam a aceleração do presente, tornando particularmente desafiadora a tarefa de interpretá-lo. No caso da pandemia de Covid-19, que se desenrola como uma espécie de experimento biológico e social de largas proporções, o desafio se faz ainda maior pelo impacto radical sobre os que a vivenciam, nos mais variados sentidos e escalas, que compreendem tanto a sua dimensão global quanto os contornos específicos que assume nos distintos cenários nacionais ou mesmo nos espaços singulares das experiências individuais.

Analizar a atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no enfrentamento desta pandemia é fundamental, não apenas por ser ela um sujeito decisivo dessa história. Trata-se de oportunidade ímpar para se observar a própria “ciência em ação” (Latour, 2000). Essa tem sido uma perspectiva estruturante do campo da história e dos estudos sociais da ciência, que concebe o empreendimento científico como atividade a um só tempo cognitiva e social (Lightman, 2016). A Fiocruz, em suas respostas à crise sanitária e humanitária da Covid-19, constitui caso exemplar de uma ciência que se constrói e se legitima em rede, para além dos laboratórios, em articulação com diferentes atores, em contextos sociais e políticos específicos. Sob as lentes da história do tempo presente

e dos estudos sociais da ciência, destacamos aqui algumas iniciativas da instituição, cientes de que se trata do retrato parcial de um processo em andamento.¹

Construída coletivamente, dia a dia, sob o ritmo e as incertezas da pandemia, a atuação da fundação se alicerça sobre uma reconhecida tradição de 120 anos (Kropf & Sá, 2020). No decorrer das distintas conjunturas em que tal tradição se construiu e se renovou, este é um projeto que ganhou institucionalidade e credibilidade pública por sua capacidade de articular excelência científica, inovação tecnológica e compromisso com a saúde da população brasileira, compromisso este que, desde a década de 1980, se expressa na adesão aos princípios de integralidade, universalidade e equidade conformadores do Sistema Único de Saúde (SUS). É com esse horizonte de sentido que a instituição, ao dar respostas à Covid-19, fortalece não apenas seus vínculos com a sociedade, mas a própria credibilidade pública da ciência, num momento em que tal atividade é permanentemente confrontada com discursos e práticas que a negam e buscam fragilizá-la. Tal engajamento vem mobilizando a Fiocruz em suas diversas unidades técnico-científicas e escritórios, localizados em dez estados do país, e em suas diversas frentes de atuação.

PESQUISA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Antes mesmo do anúncio, em 26 de fevereiro de 2020, do primeiro caso oficialmente confirmado da doença no país, a Fiocruz iniciou estudos sobre o novo vírus e sua dispersão pelo mundo (Rocha, 2020). A produção de conhecimentos sobre o Sars-CoV-2 e a Covid-19 vem ocorrendo em todas as áreas de pesquisa da instituição, desde as ciências biomédicas e da saúde até as ciências sociais e humanas. Tal processo intensificou-se com o lançamento, em abril, da chamada especial do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação (Inova Fiocruz), para apoio a estudos em áreas estratégicas em perspectiva interdisciplinar.

No campo da virologia – que, na Fiocruz, remonta aos estudos sobre febre amarela no início do século XX (Benchimol, 1990) –, a experiência no enfrentamento de outras emergências, como Aids, síndrome respiratória aguda grave (Sars), síndrome respiratória do Oriente Médio (Mers), influenza, sarampo, zika/dengue/chikungunya, vem se mostrando fundamental para as respostas à pandemia. O sequenciamento genético do

¹ Redigido em dezembro de 2020, este capítulo constitui um primeiro resultado do Projeto O Tempo Presente na Fiocruz: ciência e saúde no enfrentamento da Covid-19. Aqui são utilizadas, preferencialmente, fontes produzidas e/ou veiculadas pela Agência Fiocruz de Notícias e pelo Portal Fiocruz. As entrevistas que têm sido realizadas no âmbito do projeto, que integrarão o arquivo histórico da Casa de Oswaldo Cruz, serão analisadas em publicações futuras.

Sars-CoV-2, visando a mapear os subtipos do vírus circulantes no território brasileiro e suas mutações, é um exemplo da produção de conhecimentos em rede, por diferentes laboratórios e departamentos da instituição nos vários estados, em colaboração com gestores da saúde pública nos níveis federal, estadual e municipal e diversas instituições de pesquisa e universidades no Brasil e no exterior. Nesses estudos, papel-chave tem sido desempenhado pelo Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz (LVRS/IOC), referência nacional para vírus respiratórios e integrante da Rede Global de Vigilância em Influenza da Organização Mundial da Saúde (OMS), que em abril tornou-se unidade de referência dessa agência para Covid-19 nas Américas (Menezes, 2020a).

A Fiocruz vem atuando na conformação transnacional de agendas de pesquisa sobre a Covid-19, reafirmando marca importante de sua trajetória, expressa, por exemplo, na participação em campanhas globais de combate a enfermidades como malária e varíola. Além de se fazer presente no Fórum Global de Pesquisa e Inovação da OMS e de integrar a Coalizão de Pesquisa Clínica de Covid-19 para países de média e baixa renda (Freire et al., 2020), a fundação foi convidada a compor, por intermédio da sua presidência, a Comissão Covid-19 da revista *Lancet*, responsável por propor medidas de alcance mundial para o enfrentamento da pandemia (Sachs et al., 2020).

Outro eixo importante de atuação institucional nas ações globais de pesquisa tem sido sua participação no ensaio clínico Solidariedade, lançado em março de 2020 pela OMS e dedicado à investigação, em diferentes regiões do mundo, da eficácia de medicamentos para o tratamento da doença. No Brasil, a Fiocruz assumiu a coordenação da iniciativa, implementada em hospitais de diversos estados do país (Agência Fiocruz de Notícias, 2020). A polêmica envolvendo o uso da cloroquina/hidroxicloroquina, que alguns continuam a defender mesmo depois da comprovação científica de seus riscos e ineeficácia para a Covid-19, é um caso exemplar de como a pandemia tem sido atravessada por posicionamentos políticos que se contrapõem às evidências e aos consensos produzidos pela ciência.

A participação da Fiocruz em redes de cooperação também se dá em dimensão regional, como no caso do comitê científico criado em março pelo Consórcio Nordeste (iniciativa que congrega os nove governadores da região), que reúne cientistas de diversas áreas para contribuir na tomada de decisões para o enfrentamento da pandemia.

APOIO AO DIAGNÓSTICO

As doenças são fenômenos a um só tempo biológicos e sociais, e seu diagnóstico é uma operação decisiva para nomeá-las e demarcá-las como entidades médicas individualizadas quanto a suas causas e características (Rosenberg, 2002). Tal processo sociocognitivo pressupõe esquemas classificatórios, expertises, práticas e espaços compartilhados, bem como a circulação dos enunciados produzidos pelos cientistas entre diferentes públicos, para que sejam “estabilizados” e consensualmente reconhecidos como fatos científicos (Fleck, 2010; Latour, 2000).

Para além da presença do patógeno, é preciso produzir acordos quanto aos critérios clínicos e epidemiológicos para a definição de um *caso de Covid-19*. Tais acordos são decisivos para orientar estratégias de testagem e a própria percepção pública da pandemia, questão particularmente sensível em uma conjuntura marcada por disputas políticas quanto às várias dimensões da crise (Löwy, 2020).

Desde os primeiros alertas da OMS, a Fiocruz se empenhou na testagem para o Sars-CoV-2 no Brasil. Em fevereiro, mediante articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o LVRS/IOC realizou a capacitação técnica de profissionais do Instituto Evandro Chagas, do Instituto Adolfo Lutz e de representantes de nove países latino-americanos para o diagnóstico laboratorial do vírus (Brasil, 2020). Em março, o laboratório finalizou a capacitação dos 27 laboratórios centrais de Saúde Pública (Lacens) do país (Menezes, 2020b). Tais ações expressam a estreita articulação entre instituições de pesquisa e organizações de saúde pública em distintos níveis, bem como o compromisso histórico da Fiocruz de cooperar com países da região.

No início da pandemia, um grande desafio para as ações de vigilância epidemiológica foi a dificuldade na importação de insumos necessários à realização do diagnóstico, cuja demanda crescente ensejou acirrada disputa entre países. O acesso desigual a esses insumos explicitou assimetrias nas redes da ciência e da saúde global. Iniciada em março, a fabricação de *kits* para testes moleculares pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz) e pelo Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) foi sendo ampliada progressivamente. Como marco do aumento exponencial na escala de produção, Bio-Manguinhos atingiu em maio a cifra de 1 milhão de testes disponibilizados aos laboratórios públicos de todo o país.

Outro grande desafio vivido no país era a ampliação da capacidade nacional de testagem. Em abril, em um indicativo dos investimentos tecnológicos que têm sido realizados em diversas frentes, a Fiocruz iniciou a implantação de unidades de Apoio

ao Diagnóstico, plataformas automatizadas dotadas de equipamentos capazes de processar amostras em larga escala, em apoio à Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) do MS e aos Lacens. Tais plataformas – que constituirão legado importante para o SUS – foram instaladas na Fiocruz (no campus Manguinhos/Rio de Janeiro e no Ceará) e em outras instituições nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Pará. Além dos recursos do MS, algumas dessas unidades contaram com doações da iniciativa filantrópica Todos Pela Saúde, criada para angariar fundos para o combate à Covid-19 no país ([Câmera, 2020](#)).

A intensa corrida para detectar o vírus é, portanto, uma operação que se realiza por meio de rede intrincada e heterogênea de atores, que conecta laboratórios, instituições de saúde, agências de Estado e diversos grupos sociais, entre os quais a população afetada pela doença. Alistando-se como aliados, esses atores buscam reverter a força desse agente não humano que modifcou de modo dramático todas as conexões da vida social.

ASSISTÊNCIA E IMUNIZAÇÃO

A assistência hospitalar aos casos de Covid-19 e o desenvolvimento de uma vacina são uma expressão concreta da ideia de *enfrentamento* da pandemia.

Visando a fortalecer a rede pública de assistência, num cenário de sobrecarga e temor quanto a um eventual colapso do sistema, a Fiocruz construiu, em regime emergencial, o Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19, vinculado ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz). O antigo Hospital Evandro Chagas, inaugurado em 1918 como Hospital de Manguinhos, é unidade de referência da Fiocruz na atenção especializada em doenças infecciosas e já vinha atuando no atendimento a pacientes graves de Covid-19. Inaugurado em maio, com cerca de 200 leitos para pacientes graves da doença em tratamento intensivo e semi-intensivo, o Centro Hospitalar se distingue dos hospitais de campanha. Operando em condições de alta complexidade e com sistema de apoio diagnóstico próprio, constitui legado permanente para o SUS. A experiência no tratamento dos pacientes tem apresentado importantes contribuições para as pesquisas sobre a doença, como no caso do ensaio clínico Solidariedade. Os recursos para sua viabilização foram providos pelo MS e pelo Programa Unidos contra a Covid-19, lançado pela Fiocruz para captar recursos de doações de indivíduos e organizações interessados em contribuir para o enfrentamento da crise sanitária ([Câmera & Fuchs, 2020](#)). Como símbolo da mobilização da instituição em sua integralidade, o novo hospital contou com o apoio do Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (Asfoc-SN), dos trabalhadores da Fiocruz, que cedeu o campo de futebol, por ele administrado, para sua instalação.

A Fiocruz assume protagonismo também na busca por uma vacina segura e eficaz, que mobiliza laboratórios, empresas biofarmacêuticas e governos em todo o mundo, com grandes expectativas por parte da sociedade. A produção de vacinas marca a história da instituição desde a criação do Instituto de Manguinhos em 1900 e constitui um dos principais fatores de seu reconhecimento público. Na conjuntura atual, a “corrida pela vacina” expressa tanto esforços de cooperação científica transnacional quanto interesses comerciais próprios ao mundo da indústria farmacêutica, rivalidades e assimetrias na arena geopolítica global e disputas políticas internas aos países, das quais o caso brasileiro é especialmente significativo.

Depois de uma cuidadosa prospecção entre as várias vacinas candidatas em estágio mais avançado, a Fiocruz, em conjunto com o MS, considerou a vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford e pela biofarmacêutica AstraZeneca a melhor alternativa para um acordo de transferência de tecnologia que permitisse à instituição produzir o imunizante em todas as suas etapas.

Em junho, iniciaram-se as negociações para a viabilização do acordo, que visa a assegurar a autonomia nacional para distribuição da vacina ao SUS por meio do Programa Nacional de Imunizações do MS. Em setembro, a Fiocruz e a AstraZeneca assinaram acordo de Encomenda Tecnológica (Etec) relativo ao fornecimento de ingrediente farmacêutico ativo (IFA) para produção, por Bio-Manguinhos, de 100,4 milhões de doses de vacina ao longo do primeiro semestre de 2021. O acordo estabeleceu as bases para a transferência da tecnologia. A previsão é a de que a Fiocruz entregue ao MS ao longo do segundo semestre mais 110 milhões de doses da vacina, já com a tecnologia incorporada e a produção integral por Bio-Manguinhos, incluindo o IFA.² Vale destacar que os ensaios clínicos de fase 3 indicaram a segurança e a eficácia do imunizante, em estudo revisado pela comunidade científica e publicado na revista *Lancet* em 8 de dezembro de 2020 ([Voysey et al., 2020](#)).

Além de assegurar o acesso a um bem público de modo equitativo e sustentável, o acordo entre a Fiocruz e a AstraZeneca proporcionará ao Brasil a incorporação de uma plataforma tecnológica inovadora que poderá ser utilizada no desenvolvimento de vacinas futuras. Trata-se, portanto, de um empreendimento emblemático de um projeto institucional que associa ciência, tecnologia e inovação em saúde e compromisso com a sociedade e o SUS.

² O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 foi lançado pelo MS em 16 de dezembro de 2020.

Cabe ressaltar, ainda, que a Fiocruz vem atuando no próprio desenvolvimento de vacinas para a Covid-19, que se encontram em fase pré-clínica, além de participar de ensaios clínicos para testagem de vacinas candidatas no mundo.³

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A coleta, processamento e análise de dados constitui a base para os enunciados, hipóteses e interpretações científicas. A sua crescente produção e seu uso mediante tecnologias digitais cada vez mais potentes, dentro e fora do âmbito científico, possibilitam novas formas de conhecimento baseadas em algoritmos e modelagens computacionais sofisticadas. Dados deixam de ser objetos e passam a ser ativos, bens reutilizáveis, cuja importância dependerá do contexto e de mobilizações diversas (Leonelli, 2019). Orientam a busca por respostas tanto por parte da ciência quanto pelas autoridades sanitárias e a sociedade. A confiabilidade dos dados é essencial para a credibilidade atribuída pela sociedade à ciência (Oreskes, 2019). E também para o reconhecimento social de que os protocolos e métodos científicos, pelos quais tais dados são produzidos e validados, são critérios para distinguir evidências científicas de opiniões.

A pesquisa em saúde tem longa tradição no uso de dados para abordar questões científicas com base em características da população e em dados laboratoriais e hospitalares, entre outros, orientada pelo embasamento ético e legal. Iniciativas como a Rede CoVida: Ciência, Informação e Solidariedade (Fiocruz Bahia e Universidade Federal da Bahia), o Observatório Covid-19 Fiocruz e o Monitora Covid-19 (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz), estruturados como resposta para a pandemia na produção de informações, somados ao Sistema InfoGripe (Programa de Computação Científica - Procc/Fiocruz) coletam, organizam e disponibilizam dados e informações para o monitoramento de casos confirmados e óbitos.

Tais dados também possibilitam, por meio de modelos matemáticos, identificar tendências da evolução da doença em estados e municípios (cenários epidemiológicos) e planejar ações para sua vigilância e controle. Esses painéis e predições utilizam dados do MS e das secretarias municipais e estaduais de Saúde divulgados por meio de boletins epidemiológicos ou cedidos mediante acordos específicos. Os dados são utilizados por diferentes segmentos da sociedade para orientar políticas públicas e gerar novas evidências para as pesquisas. A Rede CoVida e o Observatório Covid-19 Fiocruz também produzem e divulgam sínteses de evidências científicas sobre gestão dos serviços de

³ Para um conjunto amplo e diversificado de informações e documentos relativos às diversas vacinas em desenvolvimento contra a Covid-19, incluindo a vacina Oxford/AstraZeneca-Fiocruz, ver *Portal Fiocruz, 2020*.

saúde, ações de vigilância epidemiológica, aspectos clínicos, terapêuticos, e impactos sociais em populações vulneráveis. Tais análises e produtos são veiculados para públicos diversos por meio de diferentes canais de comunicação.

Em face das muitas incertezas biomédicas e políticas, as pesquisas e ações no campo da comunicação constituem frente igualmente decisiva para a legitimação social dos conhecimentos sobre a pandemia. Em um cenário complexo, marcado pela velocidade na produção de conhecimentos, a divulgação de informações confiáveis, em formatos variados, é fundamental para orientar a sociedade sobre a doença e suas formas de prevenção, inclusive como meio de mitigar os danos causados pela veiculação de informações oriundas de fontes não confiáveis.

A Fiocruz tem desempenhado importante papel na tradução de conhecimentos e evidências científicas para jornalistas, gestores e a sociedade de modo geral. A criação de conteúdos de divulgação científica e campanhas não se restringe à esfera institucional, mas é também produzida em parceria com a sociedade civil, com o objetivo de alcançar diferentes públicos, como populações em situação de vulnerabilidade socioambiental, como é o caso da iniciativa Se Liga no Corona! Adicionalmente, a Coordenação de Comunicação Social da instituição e as assessorias de comunicação de suas diversas unidades exercem papel fundamental na veiculação de conteúdos técnico-científicos e informações relacionados à doença.

As ações de comunicação e informação da Fiocruz são decisivas para a percepção que a sociedade tem da fundação como instituição científica de grande credibilidade (**Massarani et al., 2020**), o que contribui para fortalecer os consensos que vêm sendo produzidos pelas diversas instituições de ciência, tecnologia e saúde envolvidas no enfrentamento da pandemia. Isso se torna ainda mais crucial num contexto marcado pelo avanço do negacionismo em relação à ciência.

POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

No contexto da pandemia, que explica e agrava a profunda e estrutural desigualdade que marca a sociedade brasileira, a adesão da Fiocruz aos princípios do SUS se expressa, entre outros aspectos, na criação de um eixo específico de atuação voltado para populações vulnerabilizadas, que abrangem moradores de favelas e periferias urbanas, indígenas, pessoas em situação de rua, população prisional, mulheres, crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência ou sofrimento mental e comunidade LGBTI+.⁴ Em articulação com vários atores da sociedade civil organizada, tais ações contemplam

⁴ Sobre ações especificamente voltadas para alguns desses grupos, ver demais capítulos deste livro.

vigilância em saúde, assistência, financiamento e suporte a projetos sociais, bem como ações humanitárias e de comunicação. A Chamada Pública para Apoio a Ações Emergenciais junto a Populações Vulneráveis, lançada em abril, foi um marco importante nessa frente de atuação.

A campanha de comunicação Se Liga no Corona! é exemplo do protagonismo assumido pelos grupos que integram a rede de cooperação social da Fiocruz. A iniciativa partiu de organizações comunitárias com o objetivo de informar moradores de favelas cariocas sobre medidas de prevenção contra o novo coronavírus, por meio de materiais informativos (radionovelas, áudios curtos para rádio, depoimentos, mensagens para mídias sociais e cartazes) produzidos e disponibilizados no *Portal Fiocruz*, no *Maré de Notícias Online* e em vários espaços digitais. Tais informativos são difundidos em rádios comunitárias, carros de som, redes sociais e fixados em estabelecimentos comerciais, pontos de ônibus e de mototáxi, associações de moradores e outras áreas de grande circulação das comunidades.

No âmbito dessa campanha, foi criado o selo Fiocruz Tá Junto, que, após análise por especialistas da Fiocruz, valida informações sobre a Covid-19 divulgadas por organizações comunitárias. O desenvolvimento dessas ações foi viabilizado pela articulação entre a fundação e várias organizações comunitárias do Complexo de Favelas da Maré e de Manguinhos, o Coletivo Favelas Contra o Coronavírus e a Asfoc-SN.

O compromisso da Fiocruz em associar ciência e sociedade remonta ao projeto institucional de Manguinhos em seus primórdios. Desde a redemocratização na década de 1980, ele vem ganhando novos contornos mediante o reconhecimento do protagonismo, das identidades e dos espaços de atuação específicos dos diversos grupos sociais na interação com a instituição. Desse modo, a despeito de assimetrias ainda existentes, tal articulação pode ser menos hierarquizada e mais democrática. Essa é a diretriz que vem pautando a atuação da Fiocruz em face dos graves impactos sociais da pandemia.

HISTÓRIA DE FORTALECIMENTO DA CONFIANÇA NA CIÊNCIA

Ao apresentar algumas das ações da Fiocruz em 2020 em um contexto nacional e global que se reconfigura diariamente desde a eclosão da pandemia de Covid-19, procuramos ir além dos marcos lineares da cronologia.⁵ Conscientes das limitações de qualquer exercício analítico em tempo de urgências, reconstituímos elementos desse

⁵ Para uma retrospectiva e linha do tempo das ações da Fiocruz em 2020, ver Moehlecke, Lang & Câmera, 2020.

processo de modo a evidenciar que a ciência não resulta apenas, como muitos supõem, de métodos e processos experimentais que transcorrem em laboratórios isolados da polifonia e das contradições do “mundo lá fora”. Ela é o produto de uma rede sociocognitiva tecida em muitas arenas, com muitos fios e nós, por atores humanos e também não humanos, em caminhos intrincados que se redesenham à medida que a própria rede se torna espaço de produção, circulação e validação de conhecimentos (Sá *et al.*, 2020).

A Covid-19 nos convida a olhar de perto essa ciência em ação num contexto particular demarcado pelo ritmo e pelos sentidos da emergência. Na perspectiva da história do presente, buscamos focalizar não as lições do passado, mas as reflexões que o próprio presente oferece sobre as múltiplas conexões entre ciência e sociedade em contextos históricos específicos. No marco de seus 120 anos, entre as ações voltadas para o enfrentamento da pandemia, propomos a iniciativa de pensar a própria Fiocruz e, desse modo, o percurso coletivo, polissêmico e polifônico da ciência e da saúde brasileiras.

Num momento em que os valores, práticas e espaços da ciência são desafiados por intensa polarização política e por discursos negacionistas, a credibilidade alcançada pela Fiocruz como instituição de ciência, tecnologia e inovação para o SUS vai além de sua capacidade de dar respostas à crise sanitária, social e humanitária da Covid-19. Ela se torna decisiva também para fortalecer a confiança na própria ciência, como empreendimento cuja credibilidade, como analisa a historiadora Naomi Oreskes (2019), advém tanto das dinâmicas e protocolos dos laboratórios quanto dos valores e princípios que regem sua relação com a sociedade.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. Fiocruz lidera no Brasil ensaio clínico “Solidarity” (Solidariedade) da OMS. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 27 mar. 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-lidera-no-brasil-ensaio-clinico-solidarity-da-oms>>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- BENCHIMOL, J. L. *Manguinhos do Sonho à Vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz capacita países para diagnóstico do novo coronavírus. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 7 fev. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-capacita-paises-para-diagnostico-do-novo-coronavirus>>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- CÂMERA, A. Capacidade nacional de testagem para Covid-19 é ampliada. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 10 ago. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/capacidade-nacional-de-testagem-para-covid-19-e-ampliada>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

- CÂMERA, A. & FUCHS, A. Covid-19: Centro Hospitalar da Fiocruz entra em funcionamento. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 19 maio 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-centro-hospitalar-da-fiocruz-entra-em-funcionamento>>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- DELGADO, L. A. N. & FERREIRA, M. M. (Orgs.). *História do Tempo Presente*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.
- FLECK, L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento* [1935]. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FREIRE, A. H. G. L. et al. Fiocruz como ator da Saúde Global. In: BUSS, P. M. & FONSECA, L. E. (Orgs.). *Diplomacia da Saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-25.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- KROPF, S. P. & SÁ, D. M. Os 120 anos da Fiocruz em meio a uma pandemia. In: SÁ, D. M. et al. (Orgs.). *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, 2020.
- LATOUR, B. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.
- LEONELLI, S. Data from objects to assets. *Nature*, 574: 317-320, 2019. Disponível em: <www.nature.com/articles/d41586-019-03062-w>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- LIGHTMAN, B. (Ed.). *A Companion to the History of Science*. Chichester: John Wiley & Sons Incorporated, 2016.
- LÖWY, I. Ludwik Fleck where are you now that we need you? Covid-19 and the genesis of epidemiological facts. *Somatosphere: Science, Medicine, and Anthropology*, 16 Oct. 2020. Disponível em: <<http://somatosphere.net/2020/ludwik-fleck-where-are-you-now.html>>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- MASSARANI, L. et al. Como brasileiros e brasileiras veem a Fiocruz: um estudo em 12 cidades do país. *Sumário Executivo – Setembro de 2020*. Rio de Janeiro: INCT/CPCT/Fiocruz/COC, 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/comobrasileirosveemafiocruz.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- MENEZES, M. Fiocruz é designada referência para a OMS em Covid-19 nas Américas. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 13 abr. 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-e-designada-referencia-para-oms-em-covid-19-nas-americas>>. Acesso em: 12 dez. 2020.
- MENEZES, M. Fiocruz finaliza capacitação dos 27 laboratórios centrais para diagnóstico de Covid-19. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 24 mar. 2020b. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-finaliza-capacitacao-dos-27-laboratorios-centrais-para-diagnostico-de-covid-19>>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- MOEHLECKE, R. & LANG, P. & CÂMERA, A. Retrospectiva 2020. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/retrospectiva-2020>>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- ORESKES, N. *Why Trust Science?* Princeton, Oxford: Princeton University Press, 2019.
- PORTAL FIOCRUZ. Vacinas contra a Covid-19. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/vacinascovid19>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

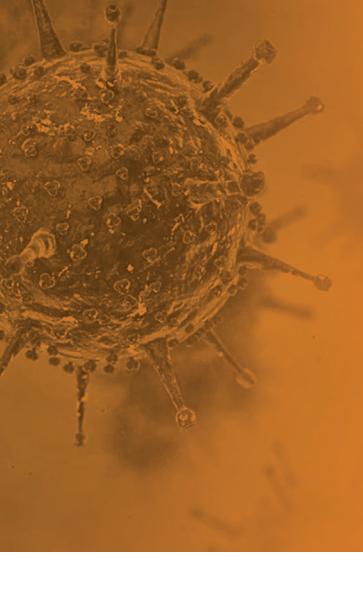
ROCHA, L. Transmissão do novo coronavírus pode ter começado em novembro. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 27 fev. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/transmissao-do-novo-coronavirus-pode-ter-comecado-em-novembro>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2): 237-260, 2002.

SÁ, D. M. et al. (Orgs.). *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec, 2020.

SACHS, J. D. et al. The Lancet Covid-19 Commission. *The Lancet*, 396(10.249): 454-455, 2020. Disponível em: <www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2820%2931494-X/fulltext?rss=yes#articleInformation>. Acesso em: 22 dez. 2020.

VOYSEY, M. et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet Online*, Dec. 8, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32661-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32661-1)>. Acesso em: 10 dez. 2021.



Coneção Saúde no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19

Ede Cerqueira

O ano de 2020 será lembrado como um triste capítulo da história mundial, marcado pelo elevado número de mortos e doentes decorrente da pandemia de Covid-19;¹ entretanto, este período histórico também representa um momento ímpar de articulação e produção de ciência em escala global. No Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição pública federal ligada ao Ministério da Saúde (MS), assim como outras instituições de ciência e tecnologia, está mobilizada para desenvolver ações de combate a esta grave emergência sanitária.

As unidades regionais e áreas que compõem a Fiocruz estão trabalhando em frentes diversas, que englobam tanto pesquisas e inovações tecnológicas como ações educativas, sociais e de apoio à assistência e vigilância desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual está integrada. Essas ações se baseiam na ampla experiência científica, tecnológica e de cooperação social desenvolvida pela Fiocruz nos 120 anos de sua história e aprimorada diante da emergência de novas endemias e epidemias.

A disseminação do novo coronavírus afetou diferentemente os estratos que compõem a população brasileira, exacerbando as profundas desigualdades sociais já existentes. Os impactos sociais da Covid-19 foram sentidos, sobretudo, entre aqueles que

¹ Até a finalização deste texto, em 08/12/2020, foram contabilizados no mundo 68.569.358 de casos e 1.562.541 de mortos, e no Brasil 6.675.915 casos e 178.184 mortes ([Worldometers, 2020](#)).

estão em situação de risco ou vulnerabilidade,² como pessoas vivendo em situação de rua, com transtorno mental, deficiência, com HIV/Aids, LGBTI+, moradores de favelas e periferias, população indígena, quilombola, negra, ribeirinha, carcerária, trabalhadores informais, crianças e adolescentes. Em paralelo, a pandemia ampliou os grupos de vulneráveis ao impactar o cotidiano de idosos, profissionais da saúde e aumentar o contingente de desempregados e subempregados. No atual cenário brasileiro, em que desigualdades sociais somam-se à instabilidade sociopolítica e econômica, o enfrentamento da Covid-19 e seus impactos sociais foi dificultado pela falta de uma coordenação política nacional.

Diante desse cenário, a Fiocruz tem trabalhado em parceria com organizações comunitárias e movimentos sociais, em ações de combate à Covid-19, junto às populações em situação de vulnerabilização socioeconômica e ambiental. Para isso, a instituição criou um eixo de atuação específico, incorporado ao conjunto de suas ações de enfrentamento da pandemia, que atende a grande parte dos grupos citados, assim como a pessoas com condições preexistentes para o agravamento da Covid-19, e incentiva estudos sobre as desigualdades de gênero e raça na pandemia.

No referido eixo, estão contempladas ações de pesquisa e gestão de dados socioepidemiológicos, campanhas de comunicação, apoio à produção de materiais informativos, investimento em projetos sociais de combate aos impactos da doença, estratégias de diagnóstico, atendimento médico e isolamento seguro, entre outras. Para a análise dessas ações da Fiocruz, utilizamos a perspectiva da história do tempo presente, que possibilita problematizar o período que vivenciamos. Além disso, os estudos sociais das ciências nos levam a compreender o conhecimento produzido nos últimos meses sobre o novo coronavírus como uma ciência em construção, fundamentalmente coletiva, que pode ser analisada no “calor do momento”, quando esse conhecimento ainda não se expressou em “fatos” consensualmente aceitos (Latour, 2000).

Valendo-nos de tais perspectivas teóricas, examinamos a constituição do Projeto Conexão Saúde: de olho na Covid a partir da estruturação de uma rede, composta por

² Apesar de distintos, risco e vulnerabilidade são conceitos interligados. Risco se refere aos fatores de fragilidade em uma sociedade, ao passo que vulnerabilidade identifica a situação dos indivíduos nessa sociedade. O conceito de vulnerabilidade, complexo e polifônico, deve ser pensado segundo o contexto histórico-social em que é empregado e a área do conhecimento que o utiliza. Nas ciências sociais e humanas, passou a ser aplicado, a partir dos anos 1990, como substitutivo do termo *pobreza*, ampliando o escopo de análise para além do viés econômico, de modo a incluir a carência de poder experimentada por grupos específicos e, sobretudo, a ausência de direitos básicos, naturalizada em conjunturas de discriminação e desigualdades sociais (Janczura, 2012).

atores sociais muito diversos, que tem como objetivo central oferecer assistência em saúde para reduzir os impactos da pandemia de Covid-19 entre as populações residentes nas favelas cariocas da Maré e de Manguinhos. Os membros dessa rede têm investido na produção de ciência, tecnologia e cooperação social na área da saúde, voltada para o atendimento de populações vulnerabilizadas. Não pretendemos, porém, analisar o alcance, as fragilidades e os impactos desse projeto recentemente implantado, o que seria prematuro.³ Interessa-nos compreender como os atores envolvidos na constituição dessa rede se articularam para sua implantação. Para isso, utilizamos principalmente fontes institucionais, como notícias e vídeos sobre o projeto, veiculados pelo portal da Fiocruz. Esse acervo nos possibilita acessar a construção de um discurso sobre a articulação dessa rede de cooperação e sobre o papel da Fiocruz nessa empreitada. Por outro lado, essas fontes não nos proporcionam o acesso a outra dimensão do processo de implantação da iniciativa nas comunidades, as resistências e os dissensos destas decorrentes, o que certamente demandará outras análises e a incorporação de novas fontes.

O Conexão Saúde surgiu nos debates em prol da implementação de iniciativas de enfrentamento da Covid-19 protagonizadas pela organização não governamental (ONG) Redes da Maré, em articulação com outros atores, como a Fiocruz e o Movimento União Rio. No processo de sua constituição, diferentes organizações e movimentos aderiram ao projeto – ONG SAS Brasil, Conselho Comunitário de Manguinhos, Dados do Bem, unidades básicas de Saúde (UBSs) e a Iniciativa Todos pela Saúde –, compondo uma rede de vigilância e atenção à saúde.

Em julho de 2020, o projeto começa a ser desenvolvido como uma ação emergencial a ser executada, inicialmente, durante três meses.⁴ Ele engloba iniciativas de informação à população local e oferta de assistência à saúde por meio da telemedicina, de testagem molecular e sorológica, do monitoramento de pessoas em contato com o novo coronavírus e do mapeamento do risco epidemiológico nessas localidades. Importa destacar o protagonismo de organizações e movimentos de base sociocomunitária na constituição dessa rede e execução do projeto.

³ Embora este capítulo tenha sido terminado em dezembro, trabalhamos com informações divulgadas apenas até outubro de 2020.

⁴ O projeto foi prorrogado, inicialmente, até dezembro de 2020.

A FIOCRUZ E AS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A participação da Fiocruz no Projeto Conexão Saúde soma-se ao conjunto de ações desenvolvidas, ao longo dos últimos quarenta anos, em cooperação com movimentos sociais, associações comunitárias, gestores governamentais e demais membros da sociedade civil organizada, no sentido de contribuir com programas de saúde que atendam populações que têm o acesso a direitos básicos – saúde, educação, emprego, moradia, segurança – negado ou dificultado, vivendo em uma situação de vulnerabilização socioambiental perpetuada historicamente.

Essas ações da fundação estão em consonância com sua missão institucional de pensar a saúde por um viés ampliado. Elas remetem a um debate mais extenso e antigo sobre o impacto das desigualdades sociais na saúde de grande parcela da população brasileira, debate que se aprofundou com a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), pensada como uma abordagem integral, e com a própria criação do SUS na década de 1980 (Cueto & Palmer, 2016).

Muitas dessas ações da Fiocruz foram reunidas em projetos situados em áreas diversas. Por exemplo, no campo da comunicação, a campanha audiovisual Se Liga no Corona, direcionada para o público das comunidades e periferias cariocas e lançada em abril, utiliza radionovelas, vídeos, spots, cartazes, depoimentos e posts em redes sociais para divulgar de forma simples e direta medidas de prevenção contra o novo coronavírus. O informativo *Radar Covid-19 Favelas*, por sua vez, constitui um espaço para análise e discussão da pandemia com base na experiência de moradores dessas comunidades. O selo de certificação de informativos comunitários Fiocruz Tá Junto, por sua vez, proporciona validação científica do conteúdo referente à Covid-19 publicado nesses materiais, mediante a análise prévia por especialistas da instituição (Fiocruz, 2020c).

Na área de ação social, foi publicado um edital de apoio às ações emergenciais para o enfrentamento da Covid-19 entre as populações em situação de vulnerabilidade por todo o país. O edital foi financiado por doações de instituições, empresas e pessoas físicas que constituíram um fundo para ações humanitárias. A chamada pública referente a esse edital recebeu 834 projetos, dos quais foram selecionados 145, que se enquadram nas áreas de segurança alimentar, comunicação popular, saúde mental, apoio à saúde indígena e assistência específica a pessoas do grupo de risco. Entre os projetos contemplados há os que se destinam às populações indígenas, quilombolas, a moradores de favelas e periferias, a mulheres reclusas no sistema prisional, entre outros (Boletim Corona, 2020a).

A ideia de uma vigilância epidemiológica e popular ativa também tem sido desenvolvida com as comunidades por meio de iniciativas de coleta e análise de dados, como o *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas*. Nesse boletim são publicadas análises, desenvolvidas por especialistas da Fiocruz, sobre a frequência, incidência, mortalidade e letalidade da doença nas favelas cariocas, com base em dados oficiais disponibilizados pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e naqueles coletados por organizações comunitárias e pelas UBSs. Tanto essas análises como as reflexões de moradores das comunidades sobre a temática, também publicadas no boletim, visam a dar visibilidade ao grave problema não só sanitário como social que essas comunidades têm enfrentado. Esse boletim é resultado dos estudos realizados pelos membros da Sala de Situação Covid-19 nas Favelas ([Observatório Covid-19, 2020b](#)).

Em outra frente, ações de apoio à saúde indígena no combate à pandemia estão sendo desenvolvidas por um grupo de especialistas da Fiocruz e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) por meio de pesquisas e análises dos riscos e impactos da doença, produção de material educativo, apoio às ações de diagnóstico e assistência nos territórios indígenas. Também são produzidas notas técnicas com a indicação de combate à Covid-19, que podem ser incorporadas às políticas públicas de saúde indígena. Debates, palestras e informativos sobre a temática estão sendo veiculados na página do Observatório Covid-19 ([Observatório Covid-19, 2020a](#)).

CONEXÃO SAÚDE: CONSTRUINDO UMA REDE DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E AÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

O Conexão Saúde é um modelo de tecnologia social em saúde, ainda em desenvolvimento, que está sendo empregado no combate à Covid-19 em territórios vulnerabilizados de centros urbanos. Segundo o médico sanitarista Valcler Fernandes, um dos coordenadores do projeto, este tem como objetivo ampliar o acesso dos moradores dessas áreas aos serviços de saúde e assistência social durante o período da pandemia, proporcionando-lhes um atendimento integral em saúde. O modelo reúne ação social, educação, vigilância e atenção em saúde ([Fiocruz, 2020b](#)).

A chegada do novo coronavírus às favelas cariocas amplificou problemas socioeconômicos já existentes nesses territórios, como a falta de saneamento e distribuição regular de água, a moradia precária, o desemprego ou subemprego, a insegurança alimentar, as dificuldades de acesso à assistência médica e a precariedade e superlotação dos transportes públicos. Sob tais circunstâncias, tornou-se muito difícil o cumprimento das medidas de prevenção preconizadas pelas autoridades sanitárias, desde a ação de higienizar as mãos frequentemente até a decisão de ficar em casa, visto que muitos

são trabalhadores informais sem outra fonte de renda. Além disso, os primeiros estudos epidemiológicos já demonstravam uma tendência de periferização da doença, cuja verificação foi dificultada pela testagem reduzida nas favelas, escondendo-se assim a dimensão do problema local, enquanto crescia o número de óbitos nessas comunidades (*Observatório Covid-19, 2020b*).

A necessidade premente de que os moradores tivessem acesso à informação, a condições para manter o isolamento social, à testagem e ao pronto atendimento médico foi a preocupação central que mobilizou representantes da Redes da Maré, organização com mais de vinte anos de atuação no território, e do Conselho Comunitário de Manguinhos, composto por membros de instituições, coletivos e movimentos sociais atuantes em Manguinhos. A Fiocruz, que já partilhava com essas organizações comunitárias um histórico de realização de projetos em cooperação social, contribuiu na articulação de uma rede de tecnologia social em saúde para dar respostas a algumas dessas demandas.

O Movimento União Rio, que reúne pessoas e organizações voluntárias da sociedade civil do estado do Rio de Janeiro desde o início da pandemia, foi um dos principais articuladores para que a rede de instituições do Conexão Saúde pudesse ser formada. Esse movimento colaborou com a ativação de leitos em hospitais de campanha, distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) a profissionais da saúde e cestas de alimentos e materiais de higiene para famílias em 237 comunidades cariocas (*Movimento União Rio, 2020; Fiocruz, 2020a*).

A iniciativa Dados do Bem, criada por pesquisadores, infectologistas e equipe de inteligência do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (Idor) e da empresa de tecnologia em informação Zoox Smart Data, foi incorporada ao projeto, disponibilizando um aplicativo que monitora a transmissão do coronavírus, de modo a gerar dados epidemiológicos que podem subsidiar ações públicas de controle e prevenção (*Dados do Bem, 2020; Fiocruz, 2020b*).

Outra instituição que aderiu ao projeto foi a ONG Saúde e Alegria nos Sertões (SAS Brasil), responsável pela integração da telemedicina ao projeto. O SAS Brasil foi criado, em 2013, para realizar atendimento médico presencial e gratuito para populações pobres; em 2020, em resposta à pandemia, foi reorganizado de modo a utilizar a telemedicina. Sua equipe médica atende às demandas de saúde da população, relacionadas ou não à Covid-19, incluindo consultas psicológicas, por meio de um sistema próprio de videochamada e prontuário médico eletrônico (*SAS Brasil, 2020*).

O Todos pela Saúde, iniciativa que, financiada pelo Itaú Unibanco com apoio de outras empresas e gerida por especialistas de diversas áreas da saúde, vem empreendendo uma série de ações de enfrentamento da pandemia, também aderiu ao Conexão Saúde ao aprovar o financiamento de R\$ 1,6 milhão, fundamental para a implantação do projeto ([Todos Pela Saúde, 2020; Fiocruz, 2020a](#)).

A Fiocruz tem contribuído com o projeto com sua experiência acumulada em produção de ciência e tecnologia em saúde e seu histórico de parcerias com as populações de Maré e de Manguinhos. Tem trabalhado em um sistema de coordenação compartilhada com outros membros da rede e é responsável pela capacitação dos profissionais envolvidos, pela logística das etapas, pela doação de insumos para coleta e pelo transporte das amostras para seus laboratórios. Outros parceiros necessários para o pleno funcionamento dessa tecnologia são as clínicas e unidades de saúde, ligadas à gestão municipal e já existentes naqueles territórios, e os agentes comunitários no atendimento às famílias, com sua presença e atuação ([Fiocruz, 2020a](#)).

Completando a rede, temos as organizações comunitárias que, por meio de sua mobilização, possibilitaram o surgimento do Conexão Saúde como protagonistas no desenho e na viabilização deste projeto. A Redes da Maré tem atuado na articulação, mobilização e divulgação das ferramentas do projeto entre os cerca de 140 mil moradores da Maré, procurando facilitar o acesso da população aos serviços oferecidos. E o Conselho Comunitário de Manguinhos (CCM), que busca contribuir para o desenvolvimento sustentável de Manguinhos promovendo ações entre moradores, instituições privadas, governamentais e sociocomunitárias, também tem trabalhado no sentido de mobilizar os moradores e lideranças locais para a adesão ao Conexão Saúde ([Fiocruz, 2020a](#)).

A articulação desses atores possibilitou a formação de uma rede de tecnologia social em saúde aplicada na Maré e em Manguinhos e que pretende se expandir para outras favelas do Rio de Janeiro. O modelo de atuação do Conexão Saúde, centrado em uma ação articulada no território, tem como bases a comunicação e informação, a vigilância ativa e o cuidado integral em saúde.

Em razão das assimetrias entre os distintos integrantes dessa rede, seu efetivo funcionamento depende de intensa articulação e mobilização de todos os seus participantes. Em uma situação ideal, o funcionamento do Conexão Saúde se iniciaria com a divulgação da iniciativa nas comunidades. Em seguida, seria realizada a identificação de casos sintomáticos por meio de uma primeira triagem via agentes de saúde, central de telemedicina do SAS Brasil ou mediante o preenchimento de um questionário no aplicativo Dados do Bem. O terceiro passo seria o encaminhamento para a testagem molecular

via RT-PCR, realizada no polo de atendimento do projeto, localizado em um galpão da Redes Maré que fica na favela Nova Holanda. Após 48 horas, o resultado do teste seria enviado para o celular do paciente ou entregue presencialmente. Em caso de resultado positivo, seria acionada uma logística de suporte para o acompanhamento diário dos pacientes via telemedicina e/ou agentes de saúde da família, colocando-se à disposição dos pacientes de maior risco o uso do oxímetro e, nos casos mais graves, o encaminhamento para atendimento em um hospital (**Boletim Corona, 2020b; Fiocruz, 2020b**).

Paralelamente, foi elaborada uma proposta de isolamento seguro dos pacientes infectados pelo vírus em suas residências, com o fornecimento de alimentos, produtos de higiene e monitoramento médico, que está sendo aplicada na Maré. Segundo o médico Drauzio Varella, representante do Todos pela Saúde, essa proposta de isolamento do Conexão Saúde pode ser uma alternativa viável para crises sanitárias, justamente porque oferece uma opção para as pessoas infectadas que não desejam ir para os centros de acolhimento/isolamento. Esses centros, financiados pelo Todos pela Saúde, foram implantados em várias regiões do país, em locais onde a precariedade e a superlotação das moradias impossibilitavam o distanciamento social, mas tiveram baixa adesão da população (**Fiocruz, 2020b**).

Entretanto, apesar do empenho dos atores envolvidos, a implementação de projetos desse porte implica a superação de desafios e fragilidades e a necessidade de muito diálogo entre as partes envolvidas. No evento *on-line* de lançamento do projeto, em agosto, representantes das comunidades onde o Conexão está sendo implantado, Eliana Sousa Silva, diretora da Redes Maré, e Patrícia Evangelista, do CCM, já apontavam os problemas e desafios que precisariam ser superados para o efetivo funcionamento da iniciativa. O primeiro deles é a falta de acesso de parte dos moradores dessas comunidades a um celular com internet, seja por não possuírem tal tecnologia, pela dificuldade de lidarem com ela ou mesmo pelo fato de que, dentro das comunidades, existem áreas de sombra da cobertura (**Fiocruz, 2020b**). Procurando contornar tal dificuldade, foi instalada uma cabine de autoatendimento no galpão da Redes Maré, como forma de ampliar o acesso. Nessa cabine, é feita a consulta via telemedicina, a medição de pressão arterial e taxa de oxigenação e, se necessário, o encaminhamento para a testagem (**Boletim Corona, 2020b**). Porém, essa é uma solução parcial no contexto de exclusão digital nessas comunidades.

Outro desafio diz respeito ao contexto de violência urbana que atinge as favelas e periferias cariocas, dificultando o desenvolvimento e a sustentabilidade deste tipo de ação nas comunidades e mesmo a livre circulação de moradores em tais territórios. Nesse contexto, a centralização do posto de testagem do Conexão Saúde em uma única

localidade da Maré não facilita o pleno acesso da população local, visto que o complexo é formado por 16 favelas, densamente povoado e afetado pela violência, como outras comunidades cariocas (Fiocruz, 2020b).

O Conexão Saúde, implementado primeiramente apenas no território da Maré, ainda está em período de ajustes, o que explica em parte os problemas enfrentados por seus colaboradores e usuários. Porém, um de seus maiores desafios é lidar com um problema estrutural mais amplo, recorrente em várias localidades brasileiras, que é a precarização da Estratégia Saúde da Família, acompanhada do desaparelhamento das clínicas e da falta de profissionais da saúde e de apoio aos agentes comunitários, que precisam ter seus contratos e salários assegurados, acesso à internet e a EPIs e capacitação contínua (Boletim Corona, 2020b).

A esses problemas somam-se dificuldades frequentes em projetos como este, em que é preciso ajustar dinâmicas de funcionamento de grupos e instituições tão diversas. No caso específico do Conexão Saúde, um exemplo são as dificuldades encontradas no compartilhamento de dados entre as instâncias de atendimento da rede SUS e a telemedicina do SAS Brasil, que ainda precisam ser superadas. Essa questão toca em um ponto muito importante, que é a relação entre o SUS e este modelo de tecnologia em saúde, que mescla instituições públicas, ONGs e associações comunitárias. Os membros da rede do Conexão Saúde defenderam, no seu lançamento, que iniciativas como esta, que congregam vigilância ativa, telemedicina e ação social, sejam pensadas como contribuições para as unidades de saúde, e não como substitutas destas. Ao mesmo tempo, existe o anseio, sobretudo entre os líderes comunitários, de que o projeto deixe um legado, nessas comunidades, de fortalecimento dos aparelhos de APS (Fiocruz, 2020b), visto que vivenciamos um período marcado pela desestruturação e ameaças de privatização das UBSs (Alves, 2020). A coordenação do projeto, em especial a Fiocruz, defende a importância da incorporação desse modelo ao SUS, como uma ação estruturante de atendimento integral à saúde como direito público, gratuito e universal que deve ser assegurado à população brasileira (Fiocruz, 2020b).

Nesta etapa inicial de desenvolvimento do projeto, a sua sustentabilidade e sua possível replicação em outras comunidades do Rio de Janeiro são discutidas por seus coordenadores. Entretanto, dependem dos resultados positivos que possam ser alcançados, do apoio e da articulação com representantes da sociedade civil organizada, com as populações desses territórios e com instâncias governamentais, como o Ministério e as secretarias de Saúde, bem como da integração de suas ações com as unidades de saúde localizadas nessas comunidades, de modo que possam fortalecer-las. A replicação do projeto também depende de uma análise dos seus

custos e possibilidade de financiamentos. O legado que os coordenadores do projeto esperam deixar é tanto um modelo de vigilância ativa em saúde e de intervenção para emergências sanitárias quanto uma tecnologia que integre ações de proteção social, saúde e comunicação, e possa ser conduzida por organizações sociais autônomas dos territórios ([Boletim Corona, 2020b](#); [Fiocruz, 2020b](#)).

A REDE DO CONEXÃO SAÚDE: UM NOVO MODELO DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE

A constituição da rede que sustenta o Conexão Saúde pode ser compreendida em quatro dimensões centrais: o cenário sociopolítico e econômico brasileiro repleto de incertezas, que a chegada da Covid-19 tornou ainda mais crítico, sobretudo em favelas, periferias e comunidades rurais; o engajamento da Fiocruz em iniciativas de cooperação social com as populações vulnerabilizadas; a capacidade de organizações de base sociocomunitárias das favelas e periferias cariocas em propor e articular rapidamente ações de enfrentamento da pandemia e, por fim, a mobilização de setores da sociedade civil organizados através de ações humanitárias.

Importa destacar como aspectos fundamentais para a implementação deste projeto o papel da Fiocruz na criação de conexões e mediação de demandas em uma rede tão heterogênea e, sobretudo, o reconhecimento das populações vulnerabilizadas como sujeitos deste processo. Na constituição do projeto, foi considerada a importância da participação de lideranças comunitárias, como os principais convededores dos problemas locais e comunicadores fundamentais no diálogo com a população, desenvolvendo um modelo horizontal, mesmo que ainda assimétrico, de cooperação social, circulação de conhecimentos e produção de ciência e tecnologia em saúde. Nesse sentido, o projeto também é pensado como um modelo para futuras ações com as quais se procure diminuir a desigualdade e a vulnerabilidade sociais, ao dar voz aos grupos sociais afetados por essas questões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. Deputados e ex-ministros reagem a decreto que prevê privatização do SUS. *Notícias UOL*, São Paulo, 28 out. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/columnas/chico-alves/2020/10/28/deputados-e-ex-ministros-reagem-a-decreto-que-preve-privatizacao-do-sus.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BOLETIM CORONA. Chamada Pública Fiocruz. Entrevista com Leonídio Santos. Vídeo exibido pelo Canal Saúde Oficial em 27 maio 2020. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/boletim-corona-chamada-publica-fiocruz>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BOLETIM CORONA. Projeto Conexão Saúde: de olho na Covid-19. Entrevista com Valcler Rangel Fernandes. Vídeo exibido pelo Canal Saúde Oficial em 1 out. 2020. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/boletim-corona-projeto-conexao-saude-de-olho-na-covid-19>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

CUETO, M. & PALMER, S. *Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

DADOS DO BEM. Site. Disponível em: <www.dadosdobem.com.br>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Covid-19: Instituições se unem para projeto inovador em favelas. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 19 ago. 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-instituicoes-se-unem-para-projeto-inovador-em-favelas>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Lançamento do Conexão Saúde: de olho na Covid. Vídeo transmitido pelo YouTube da Fiocruz em 19 ago. 2020. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-instituicoes-se-unem-para-projeto-inovador-em-favelas>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Se Liga no Corona! *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020c. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/se-liga-no-corona>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, 2(11): 301-308, 2012.

LATOUR, B. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

MOVIMENTO UNIÃO RIO. Site. Disponível em: <www.movimentouniaorio.org>. Acesso em: 9 nov. 2020.

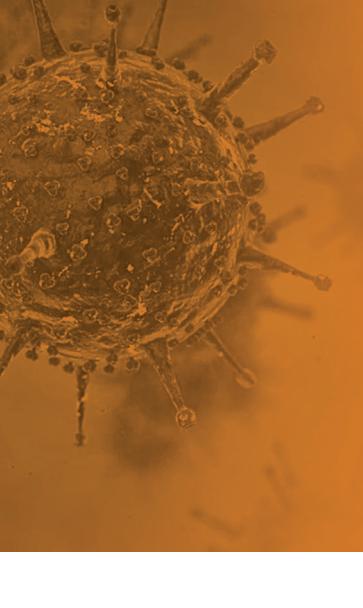
OBSERVATÓRIO COVID-19. Saúde indígena. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19-saude-indigena>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

OBSERVATÓRIO COVID-19. Sala de Situação Covid-19 nas favelas. Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 nas favelas cariocas. *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas*, n. 1, 2020. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SAS BRASIL. Site. 2020. Disponível em: <www.sasbrasil.org.br>. Acesso em: 9 nov. 2020.

TODOS PELA SAÚDE. Site. Disponível em: <www.todospelasaude.org>. Acesso em: 9 nov. 2020.

WORLDOMETERS. Coronavírus, 8 dez. 2020. Disponível em: <www.worldometers.info/coronavirus>. Acesso em: 8 dez. 2020.



Covid-19 nas Mídias medo e confiança em tempos de pandemia

Kátia Lerner, Janine Miranda Cardoso e Tatiana Clébícar

A produção de notícias sobre a pandemia de Covid-19 acompanhou em intensidade e magnitude a escalada da propagação do novo vírus Sars-CoV-2. No mundo hiperconectado em tempo real, publicações das grandes corporações jornalísticas, de especialistas e instituições dos campos da ciência e da saúde circulam nas plataformas digitais, segundo lógicas algorítmicas, em paralelo a opiniões de indivíduos baseadas em suas experiências pessoais e profissionais. Essa pluralidade enunciativa marca um cenário de complexidade singular, próprio de sociedades midiatisadas, e faz da comunicação dimensão central da pandemia, dada sua capacidade de interferir simbólica e materialmente no curso do evento sanitário, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “infodemia” ([Posetti & Bontcheva, 2020](#)). A comunicação se torna, novamente, frente decisiva para seu enfrentamento.

O entendimento da pandemia, no entanto, não ocorre de forma linear e homogênea, pois é modulado por diferentes contextos, na e pela linguagem. Se a essa chave acrescentarmos os postulados bakhtinianos de que os sentidos não se fecham e de que a palavra é arena de disputa (Bakhtin, 2006); os desafios trazidos pela emergência do novo coronavírus ao conhecimento científico; a conjuntura nacional e internacional de intensa polarização política e a já mencionada proliferação discursiva, veremos em cada postagem, notícia ou comunicado, além da narração da realidade, sua própria construção.

Essa sempre disputada produção social de sentidos traz perspectivas e lógicas variadas. Nosso interesse neste texto, porém, é a pandemia sob a ótica da mídia, particularmente a do jornalismo no contexto comunicacional contemporâneo. Com reconhecido protagonismo na construção de formas de inteligibilidade do mundo e nas lutas

materiais e simbólicas, o jornalismo é um campo heterogêneo, tanto por suas próprias disputas quanto pela inevitável relação – de aliança ou conflito – com outras lógicas, discursos e interesses.

Considerando o caráter de urgência e intensidade emocional, assim como a dimensão dramatúrgica das epidemias, interessa-nos compreender a construção discursiva do medo e da confiança em espaços midiáticos. Com esse fio condutor, acompanhamos o enredo tecido desde a aparição da Covid-19 na cena pública. Entendendo que emoções são socialmente construídas e atravessadas por relações de poder, hierarquias e concepções de moralidade que distinguem grupos sociais (Rezende & Coelho, 2011), interrogamos o que e quem suscitou temor, coragem ou esperança. Estruturadas na linguagem, essas e outras emoções têm na atual configuração comunicacional poderoso vetor de expressão pública, entrelaçando informações, interesses, sentidos e afetos que põem em movimento efeitos variados.

Nosso recorte abrange os meses de janeiro a junho de 2020. A partir da primeira notícia sobre o anúncio da doença na China, seguimos o noticiário de um jornal de referência nacional, *O Globo*. Coletamos as capas de sua versão impressa no acervo digital do jornal e os textos publicados em seu site, por meio da ferramenta de busca da Plataforma de Ciência de Dados Aplicada à Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). O material empírico incluiu também a apuração realizada por Fato ou Fake, serviço de checagem do Grupo Globo criado em 2018, quando o fenômeno da desinformação já era apontado como risco. Focalizamos as emoções acionadas nas postagens, e não o trabalho de apuração.

A ESCALADA DE TENSÃO NA COBERTURA

Notificada pelas autoridades chinesas no final de dezembro, a nova doença só seria mencionada na capa do jornal impresso em 22 de janeiro. Antes, apenas o site acompanhava, desde o dia 5, os efeitos de uma infecção respiratória “desconhecida” ou “misteriosa”, que havia provocado três mortes na China. O mote de noticiabilidade dessa capa, com foto de chineses usando máscaras, foi sua chegada aos Estados Unidos da América (EUA). Esses textos já expressavam temores recorrentes ao longo do semestre: velocidade de contágio, letalidade do vírus e impacto nas economias mundiais.

O vírus e a China representaram, assim, elementos temíveis, articulados na própria forma de nomeação “vírus da China”. Associada ao gradual aumento da classificação de risco, a crescente tensão narrativa foi tecida com o relato quase diário do número de contaminados e mortos e sua comparação com outras doenças respiratórias. Tam-

bém foram constantes matérias sobre os impactos econômicos, medidos pelo desempenho das bolsas de valores, cuja queda vertiginosa expressava, segundo o jornal, o “nervosismo” do mercado (28.01; 25.02).

A posição da China na cobertura contrasta, por exemplo, com a do México na pandemia de H1N1, cuja origem não foi investida de tamanho peso simbólico. Essa proeminência foi qualificada por termos e fotos que aludem a isolamento e periculosidade: “vírus da solidão”, “metrópoles desertas”: imagens de equipamentos de proteção e de áreas públicas vazias (22.01; 24.01; 25.01; 02.02). A desconfiança se manifestava na narrativa de surgimento da doença pela relação supostamente indevida com a natureza e pelo exotismo, representados pelos mercados chineses, descritos simultaneamente como “sensação” e “fonte de epidemias” por reunirem “gente e bichos” (30.01). Estendia-se ao regime político daquele país, com insinuações de autoritarismo e má gestão da crise sanitária, ilustradas pela morte do médico chinês que sucumbiu à doença após ser “advertido” ao “avisar” as autoridades sobre o vírus (07.02).

A China também aparece como objeto de medo e desconfiança nas postagens sobre a Covid-19, a partir de fevereiro. A apuração de Fato ou Fake identifica materiais adulterados ou descontextualizados e ouve especialistas para qualificá-los como *fake*. Os modos de dizer dessas postagens intensificam os afetos: os chineses seriam responsáveis pelo ciclo morcegos-serpentes-humanos (28.02), mas o medo que causam é mais próximo, pois o perigo nos atingiria via “produtos importados contaminados” (07.02). As autoridades chinesas seriam assustadoras, já que seu “tribunal superior” poderia autorizar a morte de 20 mil pacientes para “evitar a disseminação do vírus” (28.02).

Ofuscado pelo Carnaval, o tema voltou às capas de *O Globo* com o fim da quarentena dos repatriados, em fevereiro, e adquiriu destaque com o avanço do vírus pela Europa (10.03). Diferentemente da China, outros países não foram retratados como disseminadores, mas como vítimas: “um bar nos arredores da Fontana di Trevi (...) proibiu a entrada de chineses depois que o país descobriu dois casos de coronavírus em território italiano” (31.01).

A disseminação mundial aliada à paulatina aproximação impulsionou a percepção da escalada do vírus como “perigo iminente”. Brasileiros sintomáticos nas Filipinas (27.01) ou aqueles retidos em navio no Japão (09.02) foram mostrados paralelamente ao crescimento do número de casos suspeitos (29.01), até culminar no primeiro registro oficial da doença no país. Com a expressão “Coronavírus avança”, *O Globo* anunciou a chegada da doença na capa do dia 26 de fevereiro. Novamente, a “ameaça” se traduziu no desempenho da bolsa de valores, trazendo apreensão pelo impacto econômico (28.02, 29.02, 04.03, 06.03, 07.03, 10.03, 11.03).

O AUGE DA COBERTURA: ISOLAMENTO, ECONOMIA E HIDROXICLOROQUINA

A declaração da pandemia pela OMS, em 11 de março, intensificou a cobertura e provocou mudanças editoriais: a capa passou a ser integralmente dedicada ao tema e infográficos foram diariamente atualizados. A Covid-19 ocupou o jornal, que no dia 13 anunciou que a seção Especial Coronavírus abriria o primeiro caderno, aglutinando as editorias regulares Mundo, País e Rio. Essa configuração vigorou até 22 de maio, quando o veículo noticiou 20 mil óbitos no Brasil. Nesse intervalo, a ferramenta de monitoramento *on-line* identificou 3.255 textos, 79% das publicações no primeiro semestre. O ápice desse período foi entre 12 de março e 16 de abril, data de exoneração do ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, seguindo em queda até 15 de maio, quando Nelson Teich, seu sucessor, deixou o cargo.

O aumento da produção jornalística foi proporcional ao consumo. Como seus correntes, o jornal teve incremento na audiência: segundo o *Portal da Comunicação* (2020), a média de assinantes digitais subiu de 202 mil, em 2019, para 236 mil, em maio de 2020; pesquisa do Datafolha (2020), em abril, mostrou que produtos jornalísticos foram considerados como “as fontes mais confiáveis de notícias sobre a crise”. Além do interesse, tais índices também expressam o resgate da credibilidade do jornalismo como grande mediador entre os eventos do mundo e os indivíduos, posta em xeque com a popularização da internet e a polarização política. O aumento de audiência fez redobrarem informações, análises e comentários dos peritos de diversas especialidades, autoridades sanitárias nacionais e internacionais sobre a pandemia.

Esse cenário estaria incompleto sem a menção a lógicas mais amplas que modelam a atuação jornalística e sua relação com outros atores relevantes do contexto político e comunicacional midiatizado, unindo a capilaridade dos dispositivos tecnológicos, notadamente o celular, ao transbordamento das racionalidades midiáticas para diferentes esferas e para o cotidiano de indivíduos e coletividades. Também em relação à pandemia esses atores impactaram a cobertura. Sua noticiabilidade acompanhou movimentos do governo federal e do presidente Jair Bolsonaro, figurando ora como objeto da cobertura, ora como quem a pautava. Destacaram-se as entrevistas coletivas diárias com o então ministro Mandetta e equipe e os diversos pronunciamentos de Bolsonaro.

Mas como a pandemia foi construída como fato jornalístico? Em primeiro lugar, como episódio traumático cuja decorrência – sofrimentos e mortes – mereceria compaixão. O conceito de trauma refere-se a situações nas quais membros de uma coletividade “sentem que foram sujeitos a um evento terrível que deixou marcas permanentes na consciência grupal, marcando as suas memórias e mudando sua identidade de grupo”

(Alexander *et al.*, 2004: 1, tradução nossa). Logo, o reconhecimento de um sofrimento, assim como da responsabilidade social e moral a ele associada, não é preexistente, e sim contingente.

Essa perspectiva adquiriu concretude no texto jornalístico com infográficos diários na capa do impresso. Esses infográficos começaram com “casos” confirmados e “mortes” no mundo (12.03); desenharam sua curva (16.03) e, no dia seguinte, chegaram ao país, com os números de “suspeitos” e “confirmados”. Com o registro do primeiro óbito, incluiu-se a categoria “mortes” (18.03) e a partir de 20.03 informaram-se apenas os “confirmados” e “mortos”. Os números foram a estratégia retórica da passagem simbólica da suspeita à confirmação, tendo como efeitos de sentido a produção de objetividade e a relação implícita entre conhecimento e verdade. Anônimos e famosos compartilharam suas histórias, angústias e medos relacionados ao vírus. O apelo emocional do testemunho, marca da gramática moral contemporânea, somou-se aos números na operação pela qual se buscava estabelecer a comprovação da seriedade do contexto sanitário.

O destaque ao anúncio da transmissão comunitária (06.03; 21.03) e das medidas de contenção tomadas pelas autoridades foi o elemento seguinte utilizado na afirmação da gravidade do evento, com a progressiva paralisação das atividades não essenciais e a adesão ao trabalho remoto. *O Globo* noticiou as medidas e criticou seu descumprimento: “Cenas de descaso com a prevenção do coronavírus foram vistas em todo o país durante o fim de semana, mostrando que recomendações básicas de especialistas ainda passam longe do dia a dia” (16.03).

Fica claro o posicionamento do jornal: a menção a especialistas revela o lugar simbólico dos peritos como fonte de confiança, e não apenas de informação, assim como das autoridades governamentais que a eles se alinharam, defendendo as orientações da OMS. Definidos por Anthony Giddens (1991) como sistemas de excelência técnica ou de competência profissional com destacado papel na modernidade, os sistemas peritos têm sua efetividade associada à confiança depositada por consumidores, majoritariamente leigos, na sua “competência generalizada” de controlar riscos. *O Globo* se valeu dessa autoridade para afirmar sua posição – criando inclusive uma coluna fixa, A Hora da Ciência – e se empenhou em endossá-la, buscando a confiança de seus leitores, num reforço de certificação recíproca. Ao mesmo tempo, dedicou-se a identificar a fala de atores não habilitados por esse sistema, como o terceiro ministro a ocupar a pasta, Eduardo Pazuello, general cuja formação alheia à saúde foi frequentemente lembrada.

Com os grandes discursos de autoridade – a política, a ciência e o próprio jornalismo – questionados, esse movimento de aproximação e afastamento, dependendo

das competências imputadas, reconfigura o valor e a função de cada uma dessas instâncias. A ênfase nas prerrogativas de políticos, cientistas e jornalistas na vigência da pandemia foi importante para o crédito/descrédito de outros discursos circulantes. Manifestou-se, especialmente, em dois pontos de tensão: Bolsonaro e as redes sociais. Embora produzidos segundo contextos e lógicas próprios, esses discursos, o de Bolsonaro e o das redes sociais, estavam em constante diálogo entre si e com a produção noticiosa, impactando-se reciprocamente.

A chegada de Bolsonaro à Presidência da República se valeu das possibilidades abertas numa sociedade midiatisada, com uso intensivo de dispositivos tecnológicos no contato com a sociedade para, particularmente, manter mobilizados seus apoiadores. O privilégio concedido a essa relação “direta” expressava a recusa à “velha política” (suas instituições e mediações) e desconfiança dos meios de comunicação, principalmente os grupos Globo, Folha e Estado de São Paulo. Essas práticas, mantidas durante o mandato, acirraram-se no decorrer da cobertura da pandemia, com o presidente fustigando a imprensa para que publicasse “a verdade, não números distorcidos com intuito de atentar contra o governo”, como na *live* de 5 de março.

Outra disputa entre essas duas perspectivas refere-se ao lugar da ação humana no curso da doença. Se o jornal permanentemente tratou a pandemia como passível de controle, o discurso bolsonarista a semantizou como um evento inevitável: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Sou Messias, mas não faço milagre. É a vida” (29.04). Essa resposta a jornalistas, publicada na capa quando o número de mortos ultrapassou o da China, expressa a tensão. No jornal, o medo é positivado, pois diminui o risco do contágio; Bolsonaro centra-se no medo das consequências econômicas, o pior dos males, deslocando o enfrentamento do vírus para o campo da valentia. Associada a um ideal de gênero, a coragem pessoal revela-se como atributo de masculinidade e força: “Vamos ter que enfrentar [o vírus] como homem, porra. Não como um moleque”, como publicado no portal *G1* em 29 de abril.

O *Globo* desconstruiu as falas de Bolsonaro de diferentes formas: denunciando a perda de apoio da sociedade (citando panelações e redes sociais); ressoando a reprovação de políticos de destaque (Davi Alcolumbre, Wilson Witzel e Rodrigo Maia); publicando pronunciamentos contrários de governantes, da mídia internacional, de instituições de prestígio, como a declaração do Imperial College sobre a alta taxa de contágio no Brasil, creditada pelo jornal à diminuição do isolamento (01.05). A tensão marcou esse período de cobertura: o jornal anunciaría a disseminação do vírus pelo país, o aumento do número de mortes e o alerta de prefeitos e cientistas quanto ao “colapso” do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, criticava a defesa feita por Bolsonaro do “fim do isolamento”

e o esgarçamento da situação política, em especial os confrontos com Mandetta, o Supremo Tribunal Federal e o Congresso Nacional.

Essa disputa encontrou fértil espaço nas redes sociais: proliferou nas postagens apuradas o temor pelo agravamento da situação econômica, que estaria ocasionando saques, desabastecimento e violência. Além da promoção desses medos, aquele endereçado ao vírus foi desqualificado com fotos, vídeos e áudios de hospitais “vazios” e na comparação com as mortes supostamente causadas por outras doenças, em 2019, e as registradas na epidemia de H1N1, em 2009. Citada por Fato ou Fake como uma das que mais circularam, uma postagem do pastor Silas Malafaia afirmou que apenas dois óbitos de 2020 teriam sido causados por Covid-19, reforçando a percepção da mídia como objeto de desconfiança (25.03). Outro argumento apresentou cidades brasileiras “sem mortes e sem isolamento”, à semelhança de outros países, como publicado pelo médico e deputado federal Osmar Terra e desmentido pela checagem (01.04).

Vemos nessas postagens o encadeamento de ideias do discurso bolsonarista: a desqualificação da veracidade e da gravidade da doença, minando a necessidade das medidas recomendadas pela OMS, que, por sua vez, trariam consequências econômicas terríveis. A construção retórica investe no descrédito de dois grupos: governadores que polarizaram com Bolsonaro na defesa das medidas preventivas e profissionais ligados à mídia, especialmente à Rede Globo. O objetivo era mostrar sua falsidade, pois não estariam respeitando as normas que defendiam. Os governantes foram caracterizados também como autoritários, parciais e violentos, pois seriam responsáveis pela (desmentida) repressão policial para a implementação de medidas sanitárias. As críticas e denúncias a João Doria expõem outro operador de desqualificação política: a aliança com a China. Esse país, seu regime, presidente e habitantes teriam criado e disseminado o vírus como plano de dominação política e econômica mundial, argumento de inúmeras postagens sobre injustiça, violência, covardia e traição que, nas redes, mobilizam indignação e revolta.

Por fim, num cenário já turbulento, outro embate se destacou na cobertura: aquele em torno dos medicamentos, notadamente a hidroxicloroquina. A defesa do presidente – principalmente depois da conclusão científica negando sua eficácia para a Covid – valeu-se da fala de médicos e entidades normatizadoras, como Roberto Kalil e o Conselho Regional de Medicina do Amazonas. A hidroxicloroquina foi utilizada como forma de mitigar o medo e apresentada, na *live* de 9 de abril, como “uma chance, uma oportunidade”.

O jornal opôs-se ao presidente, denunciando a falta de respaldo científico e a possibilidade de graves efeitos colaterais do referido medicamento, dialogando também com as postagens das redes sociais. A partir de abril, várias dessas postagens são

desmentidas: a que afirma a liberação da hidroxicloroquina pela agência reguladora dos EUA e a manutenção da pandemia por interesses econômicos e políticos (13.04); o vídeo que promove a água tônica como forma de prevenção e tratamento, por conter quinino – “Isso a Globo não mostra” (16.04); as denúncias de que governadores do Rio de Janeiro e São Paulo estariam recolhendo o “medicamento experimental” das farmácias (15.05; 21.05), enquanto países europeus o distribuíram gratuitamente (25.06).

Esse temor conspiratório apurado no material sinaliza um deslocamento no regime de esperança em relação às diferentes possibilidades de proteção. As vacinas deixam de ser saudadas para serem acusadas de monitorar indivíduos por antenas 5G (28.05) e causar mortes, a pretexto de reações adversas em voluntários do ensaio clínico da Universidade de Oxford, cuja conexão com o imunizante foi desmentida. Desconfia-se dos interesses atribuídos ao capital internacional e dos procedimentos preconizados pelas autoridades sanitárias: o álcool em gel causa acidentes, por descuido ou uso excessivo; a máscara facial passa a ser fonte de autocontaminação e malefícios ao organismo: “Será que a OMS quer nos matar lentamente?” (05.05).

Outras mensagens com sentidos sociais dissonantes mantiveram a regularidade, desde fevereiro: as que prometem cura, tratamento e melhora da saúde pelo consumo de diversos alimentos, substâncias e procedimentos, como alho, limão, inhame, banhos e vapores. Boa parte dos que se engajam em sua divulgação apresentam-se como portadores de esperança (“Boas notícias!”) e convocam a solidariedade para intensificar a divulgação (“Compartilhe, você pode estar salvando vidas nesse momento”). Além do reconhecimento da gravidade da pandemia, destacam-se ingredientes e hábitos do repertório popular, reforçados por uma lógica de risco/benefício (“Tenta, mal não vai fazer”).

DESTEMOR E RESIGNAÇÃO: O CANSAÇO DO EXTRAORDINÁRIO

A tensão na cobertura, elevada em março e abril, arrefeceu em maio, apesar dos registros oficiais de infecção e óbitos crescentes. No início de junho, quando as curvas ascendentes se aproximavam do platô que se desenharia, as capas passaram a discutir a flexibilização da quarentena, então em curso na Europa, e a dividir o espaço com outros temas.

A mudança no perfil da doença e das mortes, com sua interiorização, disseminação para classes populares e grupos vulneráveis, refletiu-se no jornal. Duas chamadas de capa abordaram a preocupação com comunidades indígenas (12.06; 14.06), que apresentavam nesse momento taxa de mortalidade até 150% maior do que outras populações, como demonstrou a edição especial do boletim do Observatório Covid-19/

Fiocruz, dedicada aos seis meses da pandemia. Outra mostrava as favelas (23.06) com as maiores taxas de letalidade do Rio, com dados da mesma publicação. No entanto, tais matérias foram pontuais, sugerindo um padrão inferior de indignação: os vulneráveis não despertaram atenção equivalente e obtiveram menor destaque que os registros internacionais acumulados, tema da manchete do dia 29.

Os números indicaram a normalização de mortes e a saturação do estatuto extraordinário do início: jornalisticamente, 10 mil mortes, noticiadas numa capa toda dedicada a nomear as vítimas (10.05), tiveram mais valor do que 50 mil (21.06). Graficamente, a cobertura da Covid-19 deixou de ser “especial”, com a eliminação da tarja sob a qual o conteúdo vinha sendo reunido desde março. Em junho, as notícias sobre o coronavírus se incorporaram às editorias ordinariamente. Ao final da primeira semana desse mês, porém, alterações na divulgação dos dados relativos à doença pelo Ministério da Saúde reaqueceram a cobertura e trouxeram de volta incertezas sobre a confiabilidade das informações prestadas pelo Executivo federal. A estratégia governamental foi atacada pelos demais poderes e resultou em incomum alinhamento de veículos de comunicação para compilar os números da doença no país, advogando para si o lugar da fidedignidade, da transparência e da empatia.

Em paralelo, a “vida pós-pandemia” começou a ser projetada de forma mais assídua, porém ambígua. A expressão, mencionada desde março, alcançou em junho o maior número de ocorrências. O futuro foi descrito com desesperança pelas longínquas perspectivas de recuperação econômica e sanitária, em razão dos impactos sistêmicos e duradouros observados. Por outro lado, o jornal abriu espaço para o destemor dos voluntários nos testes de vacinas, numa expectativa cada vez mais concreta de proteção global. O mês terminou com uma imagem simbólica na capa: a desativação do hospital de campanha do Pacaembu, em São Paulo.

Na checagem do material das redes, também em queda, a esperança seguiu duas trilhas: a confiança nas receitas caseiras (03.06; 08.06; 24.06) e as comemorações pelo suposto controle do vírus em Israel (22.06), Itália (05.06), França (04.06) e Brasil (07.05; 05.06; 23.06). A despeito da evolução epidemiológica ainda alarmante em junho, os sentidos circulantes em *O Globo* revelavam que a pandemia, como fato jornalístico, entrara em declínio.

VERDADES E EMOÇÕES EM DISPUTA: EM QUEM CONFIAR?

Duas premissas guiaram a análise da construção discursiva do medo e da confiança sobre a Covid-19 no noticiário de *O Globo* e no material selecionado por Fato ou Fake. A primeira refere-se à contingência do reconhecimento do sofrimento, situando o

jornalismo e a ciência entre os protagonistas na construção do portfólio de riscos, suas causas, vítimas e responsáveis. A outra é o entrelaçamento da produção sociodiscursiva midiatisada com o acirramento das disputas políticas em torno da “verdade” na qual confiar.

Com esses parâmetros, destacamos escolhas e investimentos de *O Globo* na construção da pandemia como fato jornalístico extraordinário. Discutimos sua aliança com especialistas e instituições dos campos da ciência e da saúde, acionados como fonte e certificação de seu próprio posicionamento em oposição à condução política de governantes, principalmente Bolsonaro e apoiadores, emprenhados na negação das evidências científicas que sustentavam as medidas de enfrentamento. Essa posição alimentou o destaque de outro elemento desse portfólio: a proliferação de informações falsas, incorretas e descontextualizadas, deliberadamente ou não, mobilizou o jornal e o serviço de checagem. Diante da polarização, o jornalismo profissional, majoritariamente, reafirmou o valor da comprovação objetiva, factual, diferenciando-se de textos que circulavam nas redes sociais.

Se tal comprovação foi e é de extrema importância diante do grave cenário, isso não deve nos levar a considerar o jornal um enunciador neutro e desinteressado. Naturalizar a objetividade jornalística, reivindicada como marca distintiva de sua prática discursiva, obscurece o reconhecimento de que o jornal sempre foi – e na pandemia isso se acirrou – um espaço de emoções política e moralmente orientado. A distinção desejada, que leva a classificar os demais espaços e discursos como inverídicos e não confiáveis, torna menos nítido o quanto determinados valores explícitos nas redes sociais podem estar presentes também no texto jornalístico.

Dois aspectos dimensionam a importância dessa questão: o Sistema Único de Saúde (SUS), objeto de debate público como saída para a crise, pouco foi tematizado, ressalvados os espaços opinativos e a fala do ministro Mandetta sobre seu papel decisivo para o achatamento da curva. Essa invisibilidade se soma à ênfase, ao longo dos anos, na associação do SUS e instituições públicas com ineficiência, desperdício de verbas e corrupção. Na pandemia, ao invés do SUS, mereceram destaque suas instituições, principalmente as científicas como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), enfraquecendo a vinculação ao sistema público e às políticas baseadas no direito à saúde. Também as populações vulneráveis permaneceram à margem: a despeito de serem mais atingidos pela pandemia, grupos e etnias periféricos não tiveram a mesma atenção que os estratos sociais aos quais o jornal se endereça.

Para não naturalizar a vinculação da produção jornalística à verdade e ao necessário trabalho de apuração, é importante incluí-la na agenda de pesquisa sobre a pandemia,

permitindo compreender de forma mais acurada proximidades e distâncias entre jornalismo e *fake news*, bem como a circularidade de seus enunciados. Isso implica discutir os espaços mais suscetíveis à instalação da dúvida na esfera pública. Antes das redes, o próprio jornalismo já foi um deles. Esses papéis, no entanto, não são fixos. Jornais e redes propõem sentidos e emoções que têm apelo e obedecem a múltiplas lógicas, intencionalmente ou não. A desinformação, por sua ressonância e potencial de afetação, é vetor de medo, ódio, indignação, mas também de esperança, ainda que falseada. Colocar sob análise tais sentidos e afetos, indo além da classificação como mentira ou verdade, é um passo importante para políticas e estratégias públicas de comunicação que se pautam na busca de efetivo diálogo com os segmentos que ampliam a capilaridade desses discursos.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, J. et al. *Cultural Trauma and Collective Identity*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2004.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- DATAFOLHA. 78% se consideram bem informados sobre coronavírus. 2020. Disponível em: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2020/04/1988655-78-se-consideram-bem-informados-sobre-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 14 nov. 2020.
- GIDDENS, A. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Editora da Unesp, 1991.
- PORTAL DA COMUNICAÇÃO. Jornalismo cresce em audiência na pandemia do coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://portaldacomunicacao.com.br/2020/05/jornalismo-cresce-em-audiencia-na-pandemia-do-coronavirus/>>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- POSETTI, J. & BONTCHEVA, K. Disinfodemic: deciphering Covid-19 disinformation. Unesco, 2020. Disponível em: <<https://en.unesco.org/covid19/disinfodemic/brief1>>. Acesso em: 14 dez. 2020.
- REZENDE, C. & COELHO, M. C. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2010. (FGV de Bolso)

OUTROS TÍTULOS DA SÉRIE
Informação para Ação na Covid-19

Diplomacia da Saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho

Paulo Marchiori Buss e Luiz Eduardo Fonseca (orgs.)

<http://books.scielo.org/id/hdyfg>

Formato: 16 x 23 cm

Tipologia: GoudySnas Lt BT, GoudySans Md BT e Interstate-LightCondensed
Rio de Janeiro, abril de 2021

Os livros da Editora Fiocruz podem ser encontrados nas boas livrarias e em
www.livrariaeditorafiocruz.com.br ou
books.scielo.org/fiocruz

Av. Brasil, 4036, térreo, sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9007

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora

Passados os primeiros meses da pandemia do novo coronavírus no Brasil, o Observatório Covid-19 Fiocruz, em parceria com a Editora Fiocruz e com o apoio da Rede SciELO Livros, traz para o público leitor um conjunto de livros instantâneos sobre as análises nele realizadas desde que foi criado para subsidiar o seu combate.

Nesta série Informação para Ação na Covid-19 será apresentado um balanço do conjunto de documentos (notas e relatórios técnicos, boletins, informes, recomendações, ensaios, artigos, entre outros) produzidos em resposta à pandemia. Cada volume da série se estrutura em torno de um tema: aspectos globais da pandemia e da diplomacia em saúde; cenários epidemiológicos e vigilância em saúde; as políticas e a gestão dos serviços e sistemas de saúde; orientações para os cuidados e a saúde dos trabalhadores da saúde; impactos sociais e desigualdades sociais na pandemia.

Com a publicação destes estudos em livros de acesso aberto colocamos à disposição do público o conjunto de informações e conhecimentos gerados no âmbito do Observatório Covid-19 Fiocruz, realizamos um balanço e uma reflexão sobre como chegamos ao cenário atual e apontamos caminhos para um futuro próximo. E, ao mesmo tempo, mantemos o registro histórico desse conhecimento produzido a quente, no calor da hora.



OBSERVATÓRIO COVID-19

