

COVID-19

PENSAMENTO E RESISTÊNCIA CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA

E-book – 2ª edição



A humanidade vem convivendo, há dois anos, com uma pandemia que se espalhou pelo planeta, agudizando problemas que nos reportam aos modos de ocupação do espaço e organização das relações de produção e da super-estrutura da sociedade, mas, também, das relações micropolíticas que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e com as instituições. Não é uma boa hora para cruzar os braços. No Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS) não o fizemos. Mobilizamos forças para manter os braços livres e em produção: a função social da universidade pública e o campo de saberes e práticas da saúde coletiva. Atualizando a inspiração em Anísio Teixeira e Paulo Freire, buscamos produzir iniciativas que, ao mesmo tempo em que reconheçam a militância social de cada docente e cada estudante, tivessem a capacidade de fortalecer o apoio aos grupos sociais em maior vulnerabilidade e fazer avançar o ensino, a pesquisa e a extensão.

O conjunto de textos publicados neste livro ilustram essas iniciativas. Neles, a saúde coletiva se nutre da produção freiriana: a inteligência não se representa adequadamente pela capacidade de ventriloquia ou erudição, mas pela capacidade de transformar o mundo. Não foi por outro motivo que o esforço do movimento sanitário fez expandir o conceito de saúde, ampliando a capacidade de compreender os efeitos dos modos do andar da vida na produção da saúde e das doenças. A expansão, aliás, fez com que o conceito formulado – ainda não vigente, já que a biomedicina dos últimos séculos segue pujante na produção cultural e assistencial – tivesse uma proximidade muito grande com os saberes tradicionais das populações dos nossos territórios, seja nos povos indígenas, nos quilombolas ou na cultura remanescente dos pequenos agricultores do interior do Brasil, que compunham medidas equilibradas de uso e preservação do ambiente natural, inclusive com o uso de especialidades da “medicina” natural. A medicina não é uma expressão cujo único sentido é aquele forjado pela biomedicina, ela inclui práticas embasadas nos saberes ancestrais, bem mais longevos do que os estertores do Século XVII.

(Texto retirado do capítulo inicial)

**Covid-19,
pensamento e resistência:
contribuições da Saúde Coletiva**

**Jaqueline Miotto Guarnieri
Renata Riffel Bitencourt
Aline Blaya Martins
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Alcindo Antônio Ferla
(orgs.)**

**Covid-19,
pensamento e resistência:
contribuições da Saúde
Coletiva**

**E-book
2ª edição**



**São Leopoldo
2022**

© Dos autores – 2022

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Fotografias: Isabelle Rieger

Ilustrações: Yasmin Muniz

Revisão: Rui Bender

Diagramação e arte-final: Jair de O. Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Bolsista de Produtividade CNPq)

Marluza M. Harres (Unisinos)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Centro Universitário São Camilo)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

C873 Covid-19, pensamento e resistência: contribuições da saúde coletiva. 2. ed.; E-book. / Organizadores: Jaqueline Miotto Guarnieri *et al.* – São Leopoldo: Oikos, 2022.
228 p.; il. color.; 14,8 x 21 cm.
ISBN 978-65-5974-094-9
1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva – Pandemia. 3. Saúde Coletiva _ Pandemia – Covid. I. Guarnieri, Jaqueline Miotto. II. Bitencourt, Renata Riffel. III. Martins, Aline Blaya. IV. Thomazi, Guilherme Lamperti. V. Pilotto, Luciane Maria. VI. Ferla, Alcindo Antônio.

Catalogação na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184 ^{CDU 614}

Sumário

Contribuições da Saúde Coletiva para sua renovação e defesa de todas as vidas em tempos de pandemia	9
<i>Alcindo Antônio Ferla</i>	
<i>Renata Riffel Bitencourt</i>	
<i>Jaqueline Miotto Guarnieri</i>	
<i>Guilherme Lamperti Thomazi</i>	
<i>Luciane Maria Pilotto</i>	
<i>Aline Blaya Martins</i>	
SEÇÃO 1: Contextualização política e social frente à Covid-19	15
Notas abecedárias para uma saúde coletiva em tempos inóspitos (como uma coletânea de estratégias impostergáveis)	16
<i>Alexandre Sobral Loureiro Amorim</i>	
<i>Elisandro Rodrigues</i>	
A normalidade patológica contemporânea do deixar morrer: contra quem/que lutamos?	33
<i>Rossana Machado Sarmento</i>	
<i>Roger dos Santos Rosa</i>	
Notas sobre inumeráveis: memórias do Estado suicidário	51
<i>Renata Savian Rosa</i>	
<i>Letícia Stanczyk</i>	
A pandemia em comunidades vulnerabilizadas: um ensaio crítico	69
<i>Vanessa Cristina Vieira Nemos</i>	
<i>Jaqueline Miotto Guarnieri</i>	
<i>Renata Riffel Bitencourt</i>	
<i>Fabiano Almeida Negreiros</i>	
<i>Luciane Maria Pilotto</i>	
<i>Aline Blaya Martins</i>	

SEÇÃO 2: Educação, Saúde Coletiva e pandemia 93

Olhares sobre a perversa necropolítica que operou sobre a educação em tempos de pandemia 94

Raquel Kaufmann Carniel

Saúde Coletiva e os diálogos possíveis e impossíveis para o enfrentamento dos desafios contemporâneos: a formação como ênfase 104

Rute Hete de Almeida Souza

Mônica Bernardo Simbine

Alcindo Antonio Ferla

SEÇÃO 3: Adaptações do fazer em saúde na pandemia 121

Home office como estratégia de ação para monitoramento em saúde em meio à pandemia 122

Gerusa Bittencourt

Aline Blaya Martins

Saúde bucal, integralidade do cuidado e racismo: composições na atenção ao pré-natal em tempos de pandemia 139

Rose Mari Ferreira

Alcindo Antônio Ferla

Modelo teórico do programa de contingência coronavírus para a população prisional no Rio Grande do Sul: um olhar da teoria dos resíduos 165

Fernanda Ramos Bortoluzzi

Guilherme Dornelas Camara

Atenção domiciliar a paciente idoso com estomia em tempos de Covid-19: relato de experiência 187

Rosaura Soares Paczek

Rafaela Linck Davi

Karla Tatiane Viana

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Frederico Viana Machado

Erica Rosalba Mallmann Duarte

Das festas ao isolamento social: impactos da pandemia de Covid-19 em ações de Redução de Danos	207
<i>Karini Reis Pereira</i>	
<i>Ronaldo Bordin</i>	
<i>Roger dos Santos Rosa</i>	
Sobre os autores e as autoras	224
Índice remissivo	228

Contribuições da Saúde Coletiva para sua renovação e defesa de todas as vidas em tempos de pandemia

*Alcindo Antônio Ferla
Renata Riffel Bitencourt
Jaqueline Miotto Guarneri
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Aline Blaya Martins*

Introdução

A humanidade vem convivendo, há dois anos, com uma pandemia que se espalhou pelo planeta, agudizando problemas que nos reportam aos modos de ocupação do espaço e organização das relações de produção e da superestrutura da sociedade, mas também das relações micropolíticas que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e com as instituições. Não é uma boa hora para cruzar os braços.

No Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) não o fizemos. Mobilizamos dois eixos de forças para manter os braços livres e em produção: a função social da universidade pública e o campo de saberes e práticas da saúde coletiva.

Em relação ao primeiro, atualizando a inspiração em Anísio Teixeira e Paulo Freire, buscamos produzir iniciativas que, ao mesmo tempo em que reconheciam a militância social de cada docente e cada estudante, tivessem a capacidade de fortalecer o apoio aos grupos sociais em maior vulnerabilidade e fazer avançar o ensino, a pesquisa e a extensão. O conhecimento, assim como as crises epistemológicas e sociais são produtos da história e do tempo. Portanto, há deslocamen-

tos necessários para permitir à universidade alcançar platôs de respostas sucessivas aos problemas da sociedade. Há investimento social intenso para isso. Então, o fortalecimento de articulações ensino/pesquisa/extensão é mecanismo e dispositivo para que a universidade fortaleça sua capacidade de apoiar as demais instituições e a sociedade como um todo na superação das crises e dos problemas que nos atravessam (FERLA, 2021). Certo, a universidade não é o lado de fora da sociedade, mas a compõe estruturalmente, o que a torna repositório de conhecimentos e potencial de soluções tecnológicas e ponto das crises. Não precisamos avançar muito para apontar a crise da democracia em nossa sociedade como sintoma das próprias universidades: intervenções, desfinanciamento, perseguições, individualismo atroz, falta de solidariedade, autoritarismos... Mas, como lugar da sociedade, também há resistência e criação. Esse foi o polo que nos interessou fortalecer. A crise é também convite – convocação, no caso da universidade – para pensar e engendrar soluções.

Na chamada de manuscritos que divulgamos ainda em 2021, a exemplo da anterior (MARTINS *et al.*, 2021), interessava saber o que a comunidade da saúde coletiva estava fazendo em suas redes e rizomas de produção para enfrentar a crise. Melhor, enfrentar as crises, já que o sintoma civilizatório sempre pertence a um quadro mais grave e mais cônico do que o singular da expressão permite informar. Mas não se tratava de fermentar ativismos, sendo que o ativismo foi apenas a ponta de um *iceberg* que se sustentava na produção e disseminação do conhecimento, na produção de tecnologias e na própria sobrevivência da universidade. Como na história da ciência, a disseminação é o duplo estímulo para o desenvolvimento da ciência e para a validação do conhecimento produzido, que é sempre convite ao diálogo. Pareceu-nos particularmente oportuno em tempos de ataques à universidade, de desfinanciamento da ciência e tecnologia, de *evangelização* das políticas e iniciativas educacionais, de difamação dos fazeres acadêmicos, de asfixia evidente sobre os segmentos sociais que alcançaram o ensino superior pela conquista de políticas de inclusão e que agora se esvaem, do próprio isolamento de setores da universidade na espera de *melhores tempos*; pois, nesse contexto, a chamada de manuscritos

pretendeu dizer: vamos à luta! Há vidas que se precisa proteger com o melhor do conhecimento, com o desenvolvimento tecnológico e com a força institucional da universidade. Não é possível cair na armadilha de responder de forma frágil ao desmonte, que tornar a universidade improdutiva é seu objetivo.

Bem, na resistência acadêmica, a expectativa de reconhecimento do trabalho em salários dignos e condições adequadas para sua realização toma a forma de ativismos. Na guerra, sempre estamos distantes das condições ideais. A crise civilizatória atual traduz-se também em diversas guerras. A guerra pela defesa da universidade tem a legitimidade de estar em defesa das vidas, e é preciso que esteja. Então, a convocatória não pressupunha remuneração, fontes de financiamento e reconhecimento institucional. Pressupunha colocar as forças da resistência e da inovação em movimento. Sim, porque para apoiar as vidas em tempos de guerra há que ter inovação: aplicação de conhecimentos em outros campos de saber, na superação dos limites disciplinares e institucionais, no reconhecimento da vida nos diferentes territórios e na implementação de compromissos com essas vidas. Esperamos, por certo, que a iniciativa se traduza em reconhecimento do trabalho docente e que esse reconhecimento permita avançar na capacidade da universidade de apoiar a superação de problemas na sociedade. A negação da ciência e a necropolítica são dois problemas que afetam o pensamento – talvez com a produção de *não pensamentos* – e atingem a vida. Chamam, portanto, à ação das instituições e das pessoas.

Assim, a chamada de manuscritos, inicialmente planejada para funcionar nesse sentido, mas com o reconhecimento do risco de um retorno vazio, superou em muito a nossa expectativa. A comunidade do PPGCol respondeu vigorosamente. Recolhemos um conjunto de textos que, submetidos à avaliação, resultaram em um volume superior ao que o “um” livro, inicialmente pensado, poderia acolher. Textos diversos, que não devem ser compreendidos como dispersão, mas como multiplicidade de respostas à função social da universidade num problema complexo como é a pandemia nos territórios. Há textos que fortalecem temas e abordagens mais clássicas na saúde coletiva e afir-

mam que não abandonamos questões que perdem o gosto de novidade, mas não a capacidade explicativa de nossos problemas estruturais e/ou cotidianos. Há textos que mostram a aplicação de conceitos e teorias da saúde coletiva em territórios de grande adversidade, lembrando que o diálogo entre saberes de diferentes disciplinas e as lógicas pragmáticas do trabalho são forças de movimento do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva. Mais do que isso, é compromisso com a justiça social e com a superação das desigualdades e com a produção de vulnerabilidade, que está associada às formas predatórias de ocupação dos territórios, tão fortemente naturalizadas no comercial televisivo e no discurso de parte da elite econômica. Há ensaios que combinam de forma explosiva partes das membranas da crise e a força alquímica dos saberes, buscando renovar o próprio campo da Saúde Coletiva. Só não há silêncio e omissão. A força do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva engendrou o Sistema Único de Saúde (SUS), as inovações no cotidiano de sua implementação e, com isso, impactou indicadores de saúde e reordenou os sistemas de saúde universais, mesmo contra a maré da flexibilização da força do Estado, inclusive patrocinada por governos em diferentes partes do globo, assim como no maior país da América do Sul.

Cumprida a primeira parte do desafio, que foi colocar em movimento a produção da comunidade, nosso próximo desafio foi compor cada livro. A racionalidade das ciências precisou ser combinada com a intensidade das artes. Assim é a Saúde Coletiva, assim somos os sanitaristas implicados com essa produção.

A revisão dos textos excluiu, deliberadamente, o critério da linguagem hermética e do padrão disciplinar de conceitos e teorias. Eram necessárias apenas densidade teórica e relevância social no corpo dos textos.

Entretanto, a linguagem também precisava transbordar. A crise civilizatória corre com uma crise paradigmática, diz-se há alguns anos. E a estrutura das revoluções científicas ao longo da história vem sendo uma sucessão de ondas de crises e renovações. Apostamos nas formas híbridas de linguagem, heterogêneas, não dogmáticas, representadas inclusive pelos *cards* produzidos a partir da arte da Yasmin Muniz e

pelos registros fotográficos da Isabelle Rieger, que compõem esta obra. Encontrar sentidos diversos para expressões patenteadas em diferentes campos disciplinares não será um achado pouco frequente, mas haverá sempre uma bússola identificando o lugar de fala e a perspectiva analítica.

Aqui, a Saúde Coletiva nutre-se da produção freiriana: a inteligência não se representa adequadamente pela capacidade de ventriloquia ou erudição, mas pela capacidade de transformar o mundo. Não foi por outro motivo que o esforço do movimento sanitário fez expandir o conceito de saúde, ampliando a capacidade de compreender os efeitos dos modos do andar da vida na produção da saúde e das doenças. A expansão, aliás, fez com que o conceito formulado – ainda não vigente, já que a biomedicina dos últimos séculos segue pujante na produção cultural e assistencial – tivesse uma proximidade muito grande com os saberes tradicionais das populações de nossos territórios, seja nos povos indígenas, nos quilombolas ou na cultura remanescente dos pequenos agricultores do interior do Brasil, que compunham medidas equilibradas de uso e preservação do ambiente natural, inclusive com o uso de especialidades da “medicina” natural. A medicina não é uma expressão cujo único sentido é aquele forjado pela biomedicina; ela inclui práticas embasadas nos saberes ancestrais, bem mais longevos do que os estertores do século XVII (LUZ, 2009).

Pois bem, queremos compartilhar as produções que compõem este livro, cujo tema são as interações tensas e intensas entre a pandemia, o pensamento científico da saúde coletiva e a resistência social ao esvaziamento da democracia, buscando as contribuições da saúde coletiva para sua renovação e a defesa de todas as vidas nos tempos de pandemia. Neste volume, reunimos 11 textos autorais, escritos por 28 autores e 2 artistas, que, mobilizados pelo tema, teceram palavras, traços e imagens no intuito de expor suas experiências, processos de reflexão e questionamentos. As produções falam por si só. Esperamos que apreciem e que esta obra possa estimular outras inquietações e lutas a partir da saúde coletiva. Boa leitura!

Referências

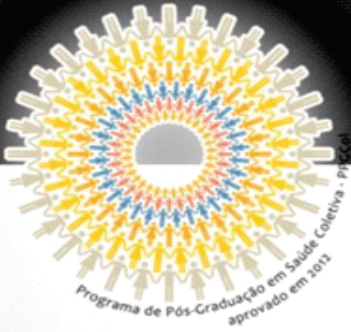
FERLA, Alcindo Antônio. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educ. Saúde, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>>.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas análise socio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/?format=p-df&lang=pt>>. Acesso em: 5 fev. 2022.

MARTINS, Aline Blaya; PILOTTO, Luciane Maria; BITENCOURT, Renata Riffel; GUARNIERI, Jaqueline Miotto; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **A pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/livro-a-pandemia-e-a-saude-coletiva/>>.

Seção 1

Contextualização política e social frente à Covid-19



EXPOSTO E INVISÍVEL



ARTE: @YASMUMU

Sepultadores, domésticas, garis, entregadores de aplicativos são alguns dos milhões de trabalhadores que seguem exercendo normalmente suas atividades apesar da pandemia e do medo de se infectar.

Considerados "essenciais", são forçados a encarar o risco, embora sejam "invisíveis" para boa parte da sociedade brasileira.

Afinal, são essenciais para quem e para quê?

Eles precisam ser vistos e protegidos.

Urgentemente.

Aline Blaya

Notas abecedárias para uma saúde coletiva em tempos inóspitos (como uma coletânea de estratégias impostergáveis)

*Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Elisandro Rodrigues*

/ Aprender /

Vivemos em uma distopia na qual aprender tem sido um movimento indispensável para sobreviver: a política distorcida, o vírus mutante, a virtualização relacional, a miséria existente e produzida, o medo do que passou ou do que está por chegar. Propomos, então, como um ensaio, o que a Saúde Coletiva pode aprender de uma lista propositalmente incompleta – ainda que completamente estratégica – tal qual um buraco, uma brecha ou um rasgo para ver o que talvez já se soubesse instintivamente, algo que talvez estivesse por ali antes, mas que não se encontrava.

Afinal, nessa proposta-aventura de aprender é essencial *constituir este espaço do encontro [...], espaço em que os pontos relevantes se retomam uns nos outros e em que a repetição se forma ao mesmo tempo em que se disfarça* (DELEUZE, 1988, p. 54). Para aprender então, compor uma pequenina e aguda coleção (colecionada mais como as pedras-do-chão que uma criança amontoa caoticamente em seus bolsos do que faz um filatelista com suas pinças e seus selos) de 23 estratégias (tais como ações-pensamentos) para a produção de uma Saúde Coletiva que precisa habitar sem demora tais tempos inóspitos, encontrando(-se) e aprendendo enquanto luta, resiste e persiste, tal qual uma brasa.

/ Brasear /

Para colocar-se em um processo de aprendizagem, é preciso incandescer e brasear, ou seja, tornar-se brasa. Como nos escreve Didi-Huberman (2021), a brasa é aquela que aquece e *ainda queima debaixo da cinza ou pó*. Um movimento de suspensão à espera de algo que movimente e alimente para tornar-se fogo. Poderíamos dizer que esse ato de suspensão é um ato de espera, mas, lembremo-nos de que *não há esperança na pura espera nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã* (FREIRE, 1992, p. 11).

Essa espera tem que ser uma espera-esperança, como necessidade ontológica, ou seja, algo que movimenta as questões e o próprio sujeito. Falamos então de uma espera que movimenta, um esperar que nos levanta e fazendo-nos pensar acumula forças para um despertar. Um ato de espera que não resigna. *A espera colocada acima do temer [...] não sendo [...] passiva como este, tampouco [...] trancafiada em um nada. O afeto da espera [que] sai de si mesmo, ampliando as pessoas, em vez de estreitá-las* (BLOCH, 2005, p. 13). O tempo do aprender é o tempo da brasa, um tempo de uma espera em movimento, como a espera daqueles que se preparam para um combate.

/ Combater /

Um combate não irrompe, não explode, mas se prepara (COSTA, 2017, p. 28). Pensamos que uma das maneiras de enfrentarmos o que está instituído é nos preparar para realizar desmontagens, pensando que nossa ação é forjada por micropolíticas que se atentam aos lampejos dos sintomas do presente e, ao perceber isso, montarmos modos de viver a vida e de escrever no contemporâneo. Escrever e ler como modos de preparação, muito mais do que como denúncias apenas.

No campo da Saúde Coletiva, a invenção de um combate ao já instituído (bem como em sua constante preparação) se faz na produção de frestas naquilo que não deixa margem para o olhar, instala-se no levantar a cabeça e no debruçar-se sobre o pensamento: prementes necessidades nas micropolíticas cotidianas do cuidado em saúde. Afinal, talvez seja exatamente nessa distopia que vivenciamos *o momento*

de resistirmos aos reguladores meritocráticos do gozo e de produzirmos – com nossos textos – mecanismos de resistencia à santa trindade escrever-publicar-produzir (COSTA, 2017, p. 26) e assim produzir diferença – e devir.

/ Devir /

É que devir não é imitar algo ou alguém, identificar-se com ele. Tampouco é proporcionar relações formais. Nenhuma dessas duas figuras de analogia convém ao devir, nem a imitação de um sujeito, nem a proporcionalidade de uma forma (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 64). Portanto, pensar estrategicamente o devir para o campo da Saúde Coletiva importa-nos bastante, primeiramente porque dialoga com as (nossas) formas e como temos operado com elas. Mas não se trata de uma imposição panfletária do abandono sumário e imprudente de todas as formas, visto que aquilo que devém o faz *a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche* (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 64).

O que propomos então para a Saúde Coletiva é – diante do desafio de habitar tempos-espacos insólitos – estar permanentemente aberto a mudar constantemente suas formas (e por mudar entendemos não mais se comportar, sentir ou perceber as coisas da mesma maneira). Considerando que nunca é possível abandonar tudo o que nos é anterior, já que somos compostos sempre de memórias, costumes e repetições, é estratégico mudar para conseguir instituir relações de diferença com os elementos costumeiros de nossa existência: para devir, repetir o todo de outro modo.

Para tanto, o segundo movimento imprescindível é ser capaz de produzir encontros (para mudar é sempre importante a intrusão de algo de fora, um fora não necessariamente exterior a nós, mas aquele fora que se dobra para dentro). Quando alguém ou alguma coisa entrou em contato com algo ou alguém diferente de si mesmo, algo inexoravelmente acontece, e não seria diferente com a Saúde Coletiva. Propomos então que seja possível produzir agenciamentos desse campo com a poesia, a literatura, a ficção, a música, o cinema ou qualquer outro disparador que torne possível mudar, permitindo-nos extrair as

mais diversas *partículas*, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos e através das quais nos tornamos. É [exatamente] nesse sentido que o *devenir* é o processo do desejo (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 64), que nos permite pensar(-nos) e escrever(-nos).

/ Escrever /

Propomos para a Saúde Coletiva lançar-se a produzir textualidades para além do arquivamento nos capítulos. Produção de textos-dispositivo, instalações de encontros (de) possíveis. Textos vivos capazes de escapar pelas brechas do instituído. Produções acadêmicas que carreguem sempre em si algo de não traduzível, de não enunciável, *algo sempre inacabado, sempre a fazer-se, que extravaza toda a matéria vivível ou vivida* (DELEUZE, 1997, p. 11). Criar nos processos da escrita da Saúde Coletiva algo que se apresenta como possibilidade de palavras outras, várias, de múltiplos e permissivos sentidos a seguir caminhos inesperados.

Entendimento de que para todo inóspito que se apresenta *todo ato de escrita deixa habitar um ato de pensar. E, assim, deixa passar avante (...)* O ato de escrever, assim, vale-se como *desdobramento, como pensar que se desdobra na linguagem, como linguagem* (EYBEN, 2011, p. 283). Fazer das produções textuais um plano para a produção de acontecimentos, uma escrita composta de entradas e saídas. Escrever como em um jogo de montagem. Escrever como uma maneira de instalar no papel as realidades e mundos que vemos com nossos olhos. Escrever como uma forma de fabular.

/ Fabular /

Fabular não consiste em imaginar, mas sim em ficcionalizar anacronicamente. Fabular é uma potência de abertura para o pensamento. *A função fabuladora não consiste em imaginar nem em projetar um eu. Ela atinge sobretudo essas visões, eleva-se até esses devires ou potências* (DELEUZE, 1997, p. 13). Fabular é romper com o já dado, é realizar uma cisão, uma fresta que nos possibilita pensar em outros modos de vida, a cria-

ção de novos modos de existência – algo essencialmente estratégico para pensar e operar uma saúde coletiva em tempos insólitos –, sendo um exercício ético para tornar visível a linha do fora, daquilo que fica na margem oposta.

Fabular, dessa forma, não consiste apenas em inventar, mas sim em produzir processos imaginativos, consiste em criar uma política da imaginação. Poderíamos dizer de nossos pensares e fazeres que o ato de fabular é um gaguejar da imaginação.

/ Gaguejar /

Propomos para a Saúde Coletiva o desafio de gaguejar e *conseguir gaguejar em sua própria língua, é isso um estilo. É difícil porque é preciso que haja necessidade de tal gagueira. Ser gago não em sua fala, e sim ser gago da própria linguagem. Ser como um estrangeiro em sua própria língua* (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 12). A necessidade de gaguejar como quem descobre (e produz) uma nova linguagem, não para abandonar a linguagem corrente, mas para (afrouxando seus elos) incluir-lhe vacúolos subversivos. Algo como uma gagueira deliberada e programada para fazer o sistema instituído falhar: produção ativa de falhas nas representações de poder para a produção de diferença.

Fazer falhar (ainda que momentaneamente) a interpretação dos significados, possibilitando que novas produções de sentido possam emergir. E ao gaguejar perceber que algo mais pode ocorrer-nos. Algo reticente que se repete e quebra um padrão previsível, dificultando as reproduções seriais e inaugurando algo novo. Instaurar no campo da Saúde Coletiva uma gagueira prodigiosa, não como alguma espécie de cessação ou desaceleração (em bloqueios) que interrompem o fluxo, mas antes como a criação de outros fluxos desviantes e heterogêneos.

/ Heterogeneizar /

Para pensar (e fazer pensar) as diferenças aparecem-nos como mistos que agrupam componentes qualitativamente heterogêneos – previamente conhecidos ou não –, dispostos em uma multiplicidade inu-

merável de relações. Nesse sentido, para pensar é preciso também intuir e captar um fenômeno a partir de seu processo de heterogênesse, experimentando intensamente as relações diferenciais surgidas entre seus componentes. Propomos então para a Saúde Coletiva a heterogênesse como um pensar intuitivo que permita o encontro com os fenômenos (e não somente a sua análise) tais quais multiplicidades reais: devires no qual são produzidos incrementos significativos de camadas aumentos de relações díspares.

Heterogeneizar é produzir (no mundo e em si próprio) multiplicidades, e essas terão seu potencial de singularização diretamente definido pelas potências da conectividade entre seus componentes heterogêneos. A produção de mapas de territórios existenciais, que sendo *singulares lhe confere, com efeito, uma potência de heterogênesse, quer dizer, de aberturas para processos irreversíveis de diferenciação necessários e singularizantes* (GUATTARI, 1992, p. 29).

Como estratégia, criar partindo das diferenças e de suas relações – igualmente diferenciais – para a produção de um plano de consistência menos previsível e portanto menos passível de capturas e dos clichês que agarram. Um plano tomado dessa forma, portanto, pode definir regras e procedimentos próprios (singulares) de montagem de materiais de expressão aptos, como dispositivos, a captar forças cada vez mais intensas, tornando possível a invenção de brechas entre as asperezas de tempos inóspitos.

/ Inventar /

Pensamos que existe uma potencialidade inerente ao campo da Saúde Coletiva, uma abertura potencial a novos (im)possíveis. Quando algo parece impossível, faz-se urgente inventar um possível com as forças disponíveis. Surge o inóspito, e lá está o combate: abrir espaços para respiros e reinventar outros planos possíveis e inesperados, já que *a invenção é sempre invenção de novidade, sendo, por definição, imprevisível* (KASTRUP, 2001, p. 18).

/ Jogar /

Mallarmé (2017) escreve-nos que *un coup de dés jamais n'abolira le hasard – o lance de dados jamais abolirá o acaso*. Esse é um título que se fragmenta no decorrer de um poema e vai ganhando corpo, levando-nos a perceber que *toute pensée émet un coup de dés – todo pensamento emite um lance de dados*. Parece-nos que isto de nos lançarmos a Saúde Coletiva para inventar possíveis é tal como uma aposta, um jogo, um lance de dados *que não é nem individual nem pessoal e, no entanto, que é singular [...]* *que faz parte de um mesmo lançar sempre fragmentado e reformado em cada lance* (DELEUZE, 1974, p. 110).

Jogar com a escrita e a leitura é movimentar os dados, lançá-los ao acaso de um pensamento, como se cada coisa lida, vista ou escutada pudesse ser, ao anotada, transformada em texto, com cada lance emitindo pontos singulares, pontos sobre os dados. Jogar (com) os dados como quem cria listas de números ao acaso.

/ Listar /

1) Considerar que *a vida é caótica – muitas vezes insuportavelmente caótica. A capacidade de organizar parte desse caos em listas, de tornar a situação sustentável, pode proporcionar um alívio muito bem-vindo* (USHER, 2016, p. 14);

2) Listar para tornar a própria existência possível;

3) Recordar que *o que define o pensamento, as três grandes formas do pensamento, a arte, a ciência e a filosofia, é sempre enfrentar o caos, traçar um plano, esboçar um plano sobre o caos* (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 253);

4) Listar como estratégia para agenciar com o caos;

5) Perceber que *as ideias vinham mais rápido e agora todas provenientes das minhas listas* (BRADBURY, 2020, p. 30);

6) Inventar listas como procedimento de escrita;

7) Pensar que *aquilo que distingue uma lista poética de uma lista prática é, com frequência, apenas a intenção com que a contemplamos* (ECO, 2010, p. 371);

8) Listar como uma das possibilidades de montagem para a Saúde Coletiva em tempos inóspitos.

/ Montar /

Tomamos então o montar tal *como gesto político, artístico, filosófico e ético de desmontar, desnaturalizar o olhar, diagnosticar os sintomas do presente e produzir outras composições possíveis* (RODRIGUES; SCHULER, 2019, p. 24) e assim o propomos para a Saúde Coletiva. Sendo assim, consideramos que a montagem seja uma estratégia-composição possível para pensar também a produção, criação e invenção da diferença em Saúde Coletiva, posto que a montagem nos auxilia a escapar dos clichês *ao resistir a determinadas produções de escrita, como um gesto que não se acaba nunca de aprender, de descobrir, de inventar novas montagens capazes ter novas emoções [...] e de encontrar novos paradigmas para o pensamento* (DIDI-HUBERMAN, 2017, p. 25). A montagem induz sempre a novos procedimentos para lidar com o que temos por realidade, sendo difícil, portanto, negar que, para pensar o pensamento, é preciso compor(-se) por montagens.

/ Negar /

Antes e depois de tudo, como um daqueles raros eternos, gritamos à Saúde Coletiva que **sempre** se negue a negacionar. E os negacionistas? Esses que restem para sempre esquecidos...

/ Olvidar /

O esquecimento é o que possibilita no homem o surgimento do novo sempre. Lembremos que *esquecer não é uma simples vis inertiae [força inercial], [...] mas uma força inibidora ativa, positiva no mais rigoroso sentido, graças à qual o que é por nós experimentado, vivenciado, em nós acolhido, não penetra mais em nossa consciência, no estado de digestão* (NIETZSCHE, 1999, p. 47). Por vezes, é preciso aprender a esquecer para existir em tempos insólitos. Deixar para trás o que pesa, abandonar o ressentimento para lutar.

Considerando tudo com que o campo da Saúde Coletiva no Brasil tem tido que lidar, *perguntamos, a cada vez, em que agenciamentos esses componentes entram: não a que pulsões eles correspondem, nem a que lembranças ou fixações eles devem sua prevalência, nem a que incidentes eles remetem, mas com que elementos extrínsecos eles compõem para fazer um desejo, para fazer desejo* (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 113). E somente aprendendo a esquecer é possível (re)aprender a desejar. Lembremos que, nos territórios que habitamos, só quem pode combater é quem se move e que a leveza carrega sempre consigo o movimento potencial (como podemos aprender com os nômades ou com as pipas). Dizemos sem dúvida: apenas o que é leve perambula.

/ Perambular /

O que realmente nos importa é o movimento: o mover-se, o excursionar, o perambular. Propomos ao campo da Saúde Coletiva a perambulação como tática, tal como *uma criança que brinca em torno da mãe, dela se afasta e depois volta, para trazer-lhe uma pedrinha, um fiozinho de lã, desenhando assim ao redor de um centro calmo toda uma área de jogo, no interior da qual a pedrinha ou a lã importam finalmente menos do que o dom cheio de zelo que deles se faz* (BARTHES, 2007, p. 42).

Sair de um ponto não se destinando necessariamente a outro ponto específico, mas apenas para seguir movendo-se até que seja possível encontrar algo que sintamos que precisamos ou que por algum motivo – cabido ou descabido – detém mais instantes nossa atenção. Desse modo, durante o deslocamento, cada parada é apenas uma pausa, uma suspensão e não um destino final. Nesse perambular logo nos vai entediar deter-nos em fronteiras determinadas e poder passar a inventar nossos próprios percursos, desprezando formalidades e questões previamente estabelecidas [a menos, é claro, que essas nos façam particularmente algum sentido por algum breve momento].

O perambular é um mover-se em que cessa o interesse específico nos conceitos A ou B, mas sim no que se opera (no que acontece) **entre** esses conceitos a partir de um *contínuo do desejo com limites movediços e continuamente deslocados* (DELEUZE; GUATTARI, 2003, p. 92). Que,

ao pensar a saúde coletiva portanto, se possa perambular mais pelo desejo da caminhada em si e assim operando mais por processos [e menos por roteiros], atentando ao intervalo [ao “entre”, ao interstício] e criando a partir de suas pausas e suspensões com as desimportâncias do que encontra [os rastros, os fragmentos, as peças soltas] as inquietudes que poderão levar adiante tal qual a criança, posto que, quando *age assim, não faz mais do que desenrolar as idas e vindas de um desejo, que ela apresenta e representa sem fim* (BARTHES, 2007, p. 42), questionando – muitas vezes sem se dar conta – o mundo e o existir.

/ Questionar /

Estamos acostumados a pensar em questões e problemas constantemente atados ao ponto de vista de suas respostas e soluções (seguindo o desgastado clichê de que uma boa questão é sempre aquela com uma resposta inteligível e um problema adequadamente formulado pode incondicionalmente encontrar uma solução satisfatória dentro de uma ordem intelectual existente/dada). Poderíamos, no entanto, lançar-nos a afirmar uma Saúde Coletiva, capaz de produzir perguntas sem respostas previsíveis e para problemas absurdos – típicos inclusive dos tempos inóspitos –, perfurando, assim, com outros sentidos o senso comum e as produções de verdades já cansadas.

Destarte, no cerne da apredizagem da Saúde Coletiva não estaria mais o pressuposto de uma transmissão de conhecimento (previamente detido) por um ensinador a um aprendedor de modo a levá-lo às respostas corretas e sim à invenção de algo que (em si) é problemático (para si). A invenção de um problema é sempre da natureza de uma experimentação, que, por sua vez, acabará por formar uma gênese intrínseca, não um condicionamento extrínseco. Assim, *a arte de construir um problema* – ou uma questão – *é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de se encontrar a solução* (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 9), e o sentido estará então no próprio problema inventado, aí mesmo habitando o aprender.

Um problema que faz sentido a quem o inventa não consiste na busca necessária de uma solução e não desaparece quando a encontra.

A questão inventada tal como um problema, quando tomada desse modo, não pode ser resolvida por qualquer item de informação ou conhecimento prévio, pois gera sempre mais e mais questões (que, por sua vez, exigem soluções diferentes). Pensar com tais questões – as nossas próprias – é não poder mais encontrar uma solução simples no senso comum ou em um bom senso moral. Problematizar à exaustão os pré-postos, as crenças e as hierarquias autoevidentes torna inexoravelmente o nosso pensar e pesquisar uma produção recorrente (e voluntária) de extensos e volumosos rascunhos.

/ Rascunhar /

Por vezes, parece-nos que a anotação, que esses rascunhos de escrita que realizamos, carregam algo de uma perda. O que anotamos, aquilo tudo o que rascunhamos em algum arquivo qualquer, perde-se logo após as palavras tocarem a superfície do arquivo. É preciso que destinemos essas sobras (pistas dos nossos próprios rastros) tal qual um gerenciar dos arquivos de rascunhos de nossa escrita. Anotar e rascunhar para que as formas [que] nos aprisionam possam alçar outros voos. Mas para isso precisamos de um tempo. E o tempo é o da anotação. Do rascunho de um pensamento ainda em modo larval. Pensar em trabalhar com a anotação e com rascunhos do que vamos escrevendo é realizar um deslocamento do pensar para trazer a vida sutil e fugir de trazer o clichê para encontrar o entusiasmo possível de uma escrita. Quem sabe, pensando assim, a gente afirme que é preciso distorcer o texto na escrita acadêmica da Saúde Coletiva.

A anotação e o rascunho são também lances de dados do que escutamos e do que transformamos em texto. Por vezes, o que lemos, o que escutamos e o que vemos transforma-se em outra coisa quando colocamos isso em uma anotação, em um rascunho do pensamento. Habitando o inóspito presente, o pensar, *cada vez mais é rascunho, sob riscos de tantas emendas até o que passa longínquo, público e impresso também sujeito a alterações, a erratas iguais a esses superpostos pensamentos* (FREITAS FILHO, 2006, p. 67). Incitamos uma escrita para o campo da Saúde Coletiva, que estará sempre em estado de revisão (viva), composta de recomeços,

porque se escreve como leitor entrando em conversa com os autores e com os conceitos. Restaria de nossos rastros pensarmos ainda: como rascunhar o que pensamos em Saúde Coletiva? E como tornar os nossos em modos de vida e de existência? E como subverter o que escrevemos?

/ Subverter /

Criar no campo da Saúde Coletiva modos de subjetivação que envolvam a produção de efeitos sobre si mesmo, ou seja, a criação de outros espaços possíveis, outros modos de existência. Transgressão como um gesto relativo ao limites impostos, tal qual um ultrapassar das fronteiras colocadas por outrem que permite aos sujeitos (*des*)*objetar suas existências, livrando-se das personalidades, das incumbências a que foram submetidos pelos deveres, poderes e normas* (PACHECO, 2011, p. 19), de um modo que simultaneamente considera os diversos compromissos epistemológicos que moldam nossos corpos e com os quais buscamos prudentemente alguma consistência e com os quais fazemos conexões.

Subverter como quem pensa o desfazimento dos prepostos, a violação ativa e persistente dos conhecimentos cansados. Um necessário não submeter-se a uma tal teoria dominante, estabelecida por linguagens da tradição moral (o imperialismo do significante sobre a própria linguagem). A subversão que emerge de uma escrita para a Saúde Coletiva precisa sublevar-se por entre os espaços disciplinares apertados, visto que subverter a ordem do discurso e da prática hegemônica é provocar uma sublevação ou um levante: *Partamos, pois, da hipótese de que é a força de nossas memórias quando essa assume a força dos desejos quando esses se inflamam – as imagens, por sua parte, se encarregam de fazer arder os desejos a partir das memórias, nossas lembranças fundidas nos desejos* (DIDI-HUBERMAN, 2017, p. 88).

/ Tentar /

Como diria Yoda, o mestre Jedi: Faça ou não faça. Tentativa não há.

(E para sobreviver em tempos inóspitos, o fazer é sempre urgente.)

/ Urgir /

Nestes tempos, pensar a Saúde Coletiva urge. E a urgência é o que mais nos resta em nossos corpos exaustos. Queremos para a Saúde Coletiva a urgência. Não mais a urgência dos prazos, mas daquilo que nos impele, como o caos inerente ao movimento, como a velocidade entre as pausas, sem a qual o desejo não se faz possível. Da urgência de pensar ao pensar com (a) urgência necessária. Para o combate, urge mover-se entre os momentos de suspensão, sempre se dando conta do potencial inatismo do pensamento e sua cristalização em clichês, quando se toma – sedentário – por voluntarismo e boa vontade, insistindo em exorcizar incansavelmente o erro, fixado nas metodologias (não como meio, mas como fim) para a adequação e a correção, esquecendo que os conceitos são ferramentas que sempre vão definir-se *pela inseparabilidade de um número finito de componentes heterogêneos percorridos por um ponto – em sobrevoos absolutos, à velocidade infinita* (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 29). Que a Saúde Coletiva possa então tomar-se pela urgência atenta do desejo um alerta vermelho.

/ Vermelhar /

O vermelho é a cor que insiste como brasas que ainda estão vivas sob a poeira do que o fogo queimou. Vermelho-sangue, vermelho-vida-que-insiste. Um ponto vermelho no ar que muda o tom escuro para um avermelhado, uma brasa que abre possibilidades. Podemos também dizer que o vermelho é a cor do desejo. Pensar no aprender, nas velocidades e nas esperas é pensar nesta *esperança política* que pode habitar o mais inóspito dos espaços. Como uma brasa de esperança que arde, que queima, que dá calor e ilumina a obscuridade do tempo. Uma imagem necessária que dói nos olhos, *que arde no seu contato com o real...*

Arde pelo desejo que a alma, pela intencionalidade que a estrutura, pela enunciação... Arde pela destruição... Arde pelo intempestivo movimento... Arde pela sua audácia (DIDI-HUBERMAN, 2012, p. 208-210). O vermelho de nossos sonhos de resistência e combate. Vermelho para a Saúde Coletiva, portanto: vermelho como os olhos cansados – mas sempre atentos – de quem xereta pela fresta do muro, insistindo em antever novos possíveis para a vida.

/ Xeretar /

Xeretar é investigar, colocar-se no meio, participar por vezes de maneira indiscreta ou até mesmo inconveniente. É um intrometer-se, um bisbilhotar. Mas intrometer-se não seria entrar em uma dobra do entre? Xeretar o que está acontecendo, ficar olhando por entre frestas as cores, espreitando os cheiros, deixando os ouvidos atentos aos movimentos e aos silêncios, farejar e perseguir rastros. *Xeretar requer instalar-se em um limiar que desborda o vivido e o sentido [...] Espreitar o acontecimento raro, vasculhando com insistência por entre formas já dadas (mas sempre contingenciais) e forças informes talvez seja o que mova o pesquisador-xereta* (HECKERT, 2012, p. 247-248).

Propomos desse modo para a Saúde Coletiva o xeretar como uma estratégia de espreita: uma busca especialmente interessada nas palavras que habitam as entrelinhas, uma tocaia para os sentidos fadados de encontros. *As experiências vão então ocorrendo, muitas vezes fragmentadas e sem sentido imediato. Pontas de presente, movimentos emergentes, signos que indicam que algo acontece, que há uma processualidade em curso* (KASTRUP, 2007, p. 18). Um investigar intensivo do que acontece quando se desmontam as palavras (como por exemplo intrometer, meter-se na introdução de algo) buscando seus rastros. Xeretar como uma recomendação para todos os que investigam e aventuram-se no processo de coletar fragmentos textuais para uma pesquisa (recomendação não como uma imposição de verdade ou como um imperativo, mas sim como uma vontade de potência de quem se intro-mete em um processo de pesquisa).

Xeretar requer uma abertura da escuta e da experiência. É ampliar a concha acústica do pensamento para novas possibilidades. Quem xereta é um verdadeiro *chiffonier*, um catador de fragmentos e restos, de pedaços de coisas que podem servir ou não para uma pesquisa. Para o xereta, a atenção opera como uma *concentração sem focalização [...] configurando uma atitude que prepara para o acolhimento do inesperado. A atenção [que] se desdobra na qualidade de encontro, de acolhimento. [...] Ressalta-se então um movimento de vaivém, articulando os sucessivos gestos de suspensão e as interrupções subsequentes* (KASTRUP, 2007, p. 17) como em um inusitado zigue-zague.

/ Ziguezaguear /

Ziguezaguear é movimentar-se erratically, repetindo-se diferentemente. Os zigue-zagues produzem dobras ao infinito e assim são especialmente imprevisíveis, permitindo menos possibilidades de captura institucional. Zigue-zagues permitem encontros inesperados e conexões inéditas ou ainda abrem modos de relação ou dimensões de compreensão, promovem outros – novos – movimentos fugidios. Desenhar com os vários zês ângulos surpreendentes e possibilidades de relacionar potenciais e singularidades díspares. Ziguezaguear como um eterno retorno ou como estratégia para a Saúde Coletiva em tempos inóspitos: o zigue-zague do beija-flor, da mosca, da escrita e do pensamento. Xeretar brechas. Vermelhar esperanças. Urgir mudanças. Subverter as ordens de poder. Rascunhar intermináveis linhas (de fuga). Questionar a vida e seus tempos. Perambular pela vida. Olvidar o que pesa. Negar a aceitar o que está posto ou pronto. Montar textualidades-aberturas. Listar possibilidades. Jogar com a sorte. Inventar novos territórios de pensamento. Heterogeneizar nossas pesquisas. Gaguejar o tempo todo. Fabular outras saúdes. Escrever (e ainda novamente escrever). Devir minoridades. Combater sempre. Brasear-se para ensinar. E assim finalmente aprender.

Referências

- BARTHES, Roland. **Aula**. São Paulo: Cultrix, 2007.
- BLOCH, Ernst. **O princípio esperança**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.
- COSTA, L. B. da. **Ainda escrever: 58 combates para uma política do texto**. São Paulo: Lumme Editor, 2017.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1997.
- DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva/Ed. da Universidade de São Paulo, 1974.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Kafka: para uma literatura menor**. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platós: capitalismo e esquizofrenia**. v. 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?**. São Paulo: Editora 34, 2010.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- DIDI-HUBERMAN, G. **Imaginer recommencer: Ce qui nous soulève 2**. Paris: Les éditions de Minut, 2021.
- DIDI-HUBERMAN, G. Quando as imagens tocam o real. **PÓS: Revista do Programa do Pós-Graduação em Artes da escola de Belas Artes da UFMG**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 204-219, nov. 2012.
- DIDI-HUBERMAN, G. **Sublevaciones**. Sáenz Peña: Universidade de Tres de Febrero, 2017.
- ECO, U. **A vertigem das listas**. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2010.
- EYBEN, P. Anarquia do ensaio (entre experiência e desastre). **Alea**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2011.
- GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FREITAS FILHO, A. **Raro mar (2002-2006)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

AMORIM, A. S. L.; RODRIGUES, E. • Notas abecedárias para uma Saúde Coletiva em tempos inóspitos (como uma coletânea de estratégias impostergáveis)

HECKERT, A. L. C. Xeretar. In: FONSECA, T. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, jan./jun. 2001.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre. v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

MALLARMÉ, S. **Um lance de dados**. Cotia: Ateliê Editorial, 2017.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**: Uma Polêmica. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

PACHECO, E. G. **Por uma (des)educação musical**. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

RODRIGUES, E.; SCHULER, B. Montagem do pensamento e da escrita acadêmica em educação: conversações entre Deleuze e Didi-Huberman. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 23-46, 2019.

USHER, S. **Listas extraordinárias**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

A normalidade patológica contemporânea do deixar morrer: contra quem/que lutamos?

*Rossana Machado Sarmiento
Roger dos Santos Rosa*

Introdução

Transcorridos dois anos desde a primeira notificação de infecção por SARS-Cov-2, foram confirmados mundialmente 364,2 milhões de casos, dos quais 132,4 milhões na região das Américas. É também essa a região que apresentou 2,5 milhões de óbitos, o maior número no planeta. Nesse contexto, em âmbito mundial, o Brasil ocupa os postos de terceiro país com o maior número de casos confirmados (24,5 milhões) e segundo com maior registro de mortes (624,4 mil) em janeiro de 2022 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2022).

O destaque negativo do Brasil perante o contexto mundial pode ser atribuído a diversos fatores, desde a falta de insumos e questões de ordem estrutural até a inexistência de ações capazes de refrear a difusão da infecção, que, por sua vez, promoveu uma ruptura com as boas tradições de vigilância epidemiológica (WERNECK *et al.*, 2021).

Ao observar a forma de transmissão do vírus, identificou-se um comportamento com dinâmica centrífuga/migração dos centros para as periferias, de países com maior mobilidade aérea para aqueles com menor, de áreas urbanas mais populosas e de maior mobilidade física para aquelas menores, e assim sucessivamente. Uma disseminação viral heterogênea com progressões intensivas de contágios (surto epidêmicos) localizados de forma diversa e multifatorial (MIRANDA, 2020).

Em diferentes países, tal constatação refletiu-se na adoção de diversas ações de enfrentamento ao vírus. No Brasil, a população presen-

ciou estratégias que, longe de ser uníssonas em prol da promoção da vida, perpetuaram sua banalização, sobretudo a de grupos de populações historicamente negligenciadas, reforçando uma lógica voltada para a manutenção do capital em prol da preservação da economia.

Pesquisas que tiveram como referência o número de óbitos esperados em um dado período e região, as quais tomaram por base os patamares de exposição, infecção e adoecimento em fontes de dados como Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Cartórios de Registro Civil (CRC), PNAD Covid-19 IBGE (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD), Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – Gripe – banco de dados para registro de óbitos e casos hospitalizados por síndromes respiratórias agudas graves – SRAG) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tornaram possível a compreensão sobre a realidade da mortalidade relacionada à Covid-19, evidenciando sobretudo os casos de mortes evitáveis por medidas populacionais e por ações de serviços de saúde (WERNECK *et al.*, 2021).

Partindo desse contexto, esse ensaio teórico objetiva discutir as lógicas da cidadania, do biopoder e da necropolítica a partir de Foucault e Mbembe, associando-as às reflexões sobre o normal e o patológico a partir de Canguilhem, para formular uma compreensão política e sanitária do cenário da pandemia de Covid-19 no Brasil.

Cidadania, biopoder e necropolítica: a cadeia predatória do poder

Antes mesmo da discussão em torno da definição de cidadania, ressaltamos quão vasta é a tipologia do não cidadão. Assim, como esclarece Santos (2007), a retirada, direta ou indireta, dos direitos civis à maioria da população, a distorção da manifestação da vontade popular por meio de fórmulas eleitorais criadas para esse fim, bem como o abandono de cada um à própria sorte são pontos relevantes utilizados para ilustrar a ausência de cidadania.

Seguindo a perspectiva da não cidadania, cabe ressaltar o papel do consumo na vida coletiva e na formação do caráter dos indivíduos. O poder de consumo, cada vez mais glorificado, torna-se contagiante

e, quando excluído, atribui às pessoas a condição de alienados. Esse poder alimenta o individualismo feroz e sem fronteiras, promovendo o aniquilamento da personalidade, sem a qual o ser humano não se reconhece como distinto e diminui, por sua vez, a noção de individualidade, que é um dos alicerces da cidadania (SANTOS, 2007).

Segundo essa lógica, a existência não mais voltada para a consagração dos valores destina-se à busca pelas coisas, em que se consolida um cenário onde o produtor se torna submisso ao objeto produzido, repassando ao produto um poder que seria seu.

O caminho para a cidadania ultrapassa as barreiras limitantes vinculadas ao que seja o perfil do mero consumidor, em que o cidadão é um ser, um herdeiro de prerrogativas sociais, para o qual viver consiste em assumir com a coletividade uma herança moral. Tal herança comporta direitos que lhe garantem uma existência digna, tais como direito à moradia, à comida, à educação, à saúde, ao trabalho, à justiça e à liberdade entre tantos outros (SANTOS, 2007).

Nesse sentido, a cidadania consagra-se pelo respeito ao indivíduo, ao corpo de direitos concretos individualizados, garantidos legalmente sem distinção em sua aplicação.

Cidadania se aprende para que então se torne um estado de espírito compondo a cultura, em que a liberdade deixa de ser vista como dádiva, passando a ser encarada como conquista. Ainda assim, requer-se que ela seja inscrita na própria letra das leis, estabelecida a partir de dispositivos institucionais que assegurem o direito de reclamar e ser ouvido, o que lhe garantirá sua validação e continuidade por gerações sucessivas (SANTOS, 2007).

Contudo, o que presenciamos no Brasil ao longo dos anos foram diversos processos, tais como a desruralização, as migrações brutais desenraizadoras, a urbanização galopante e concentradora, a expansão do consumo de massa, o crescimento econômico delirante, a concentração da mídia escrita, falada e televisionada, a degradação das escolas, a instalação de um regime repressivo com a supressão dos direitos elementares dos indivíduos, entre tantos outros. Foram processos que promoveram a perpetuação de uma filosofia de vida que privilegia os meios materiais e se preocupa com os aspectos finalistas

da existência. Em lugar do cidadão formou-se um consumidor, que aceita ser chamado de usuário (SANTOS, 2007).

A ideologia neoliberal defende a abstenção estatal na área produtiva enquanto, simultaneamente, atribui ao Estado capitalista parcela significativa de poder sobre os indivíduos para que seja restaurada a saúde econômica sob a justificativa de preservar o futuro.

Uma das possibilidades de compreensão em torno da maneira de como o Estado exerce o poder sobre os indivíduos pode ser encontrada na obra de Foucault (1999), o qual utiliza o termo biopoder para definir tal prática. Os Estados modernos valem-se da regulação dos indivíduos que a eles estão sujeitos a partir de diversas técnicas que visam obter a subjugação dos corpos e o controle das populações. Trata-se de um elemento indispensável ao capitalismo. Sua prática e garantia efetuam-se somente à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.

Para o crescimento desse poder, foi necessário o desenvolvimento de técnicas capazes de aumentar as forças e aptidões dos indivíduos sem que os mesmos se tornassem mais difíceis de se sujeitar, garantindo assim a estabilidade das relações de produção. Dessa forma, tais técnicas permearam todos os níveis do corpo social e foram utilizadas pelas diversas instituições como fatores de segregação e hierarquização social, o que, por sua vez, garantiu a consolidação de relações de dominação e efeitos de hegemonia. Assim se deu a ascensão do biopoder, em que o biológico se reflete no político, em que viver cai no campo de controle do saber e da intervenção do poder. Uma ascensão com suas formas e procedimentos múltiplos, para a qual foram indispensáveis o investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças (FOUCAULT, 1999).

Vale ressaltar que, durante muito tempo, especialmente nos mundos antigo e medieval, o direito sobre vida e morte foi privilégio absoluto do soberano, que o exercia sobre as pessoas sob a justificativa de garantir sua defesa e sobrevivência. Tal prática teve sua origem no velho *patria potestas*, que concedia ao pai de família romano o direito de dispor da vida de seus filhos e de seus escravos. Sendo um privilégio

absoluto, portanto assimétrico, estava vinculado a um modelo de sociedade caracterizado pelo exercício de mecanismos de subtração, o qual se valia do direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e da vida (FOUCAULT, 1999).

Ainda assim, a partir da época clássica, houve uma transformação profunda dos mecanismos de poder, cujas exigências voltavam-se para a garantia e o desenvolvimento da vida, em que era preciso produzir forças, promovendo seu crescimento e ordenação. Uma vez estabelecido o direito do corpo social, o poder de morte foi tido como um complemento, o qual se efetivava através de controles precisos e regulações de conjunto (FOUCAULT, 1999).

Dessa forma, viu-se ocorrer guerras não mais travadas em nome da defesa de um soberano, mas sim em nome da existência de todos, nas quais populações eram dizimadas em nome da necessidade de viver. O princípio de poder matar para poder viver, que sustentou a tática dos combates e foi tido como estratégia entre os Estados, deu espaço para que se instituisse um poder que é situado e exercido ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população. Ainda assim, a função de gerir a vida não resultou de sentimentos humanitários, e sim da dificuldade de aplicação da pena de morte. Pode-se dizer que o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver a morte (FOUCAULT, 1999).

No século XVII, iniciou o desenvolvimento do exercício do poder sobre a vida a partir de duas formas principais que se interligam por um feixe intermediário de relações: a anatomopatologia do corpo e a biopolítica da população. A primeira tem o corpo como máquina visando a seu adestramento, à ampliação de suas aptidões e à extorsão de suas forças no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade e em sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos. A segunda (a qual se formou mais tarde – na metade do século XVIII) centrou-se no corpo como espécie, valendo-se da proliferação dos nascimentos e da mortalidade, do nível de saúde, da duração da vida, da longevidade como meios para uma série de intervenções e controles reguladores (FOUCAULT, 1999).

Assim, a partir das perspectivas anatômicas e biológicas, individualizantes e, especificamente, voltadas para os desempenhos do corpo, é caracterizado o biopoder, cuja gestão calculista da vida está direcionada para a obtenção da sujeição dos corpos e do controle das populações. A potência da morte foi simbolizada pelo poder soberano que abre espaço para que se invista na vida de cima para baixo.

Ainda que aparentemente o conceito de biopoder explique como se dá a prática de exercício do poder por parte do Estado sob suas populações, Mbembe (2016) aprofunda suas reflexões em torno do tema. Esse autor demonstra que a noção de biopoder é insuficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte, pois entende que a expressão máxima da soberania reside no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Nessa perspectiva, matar ou deixar viver representam os limites da soberania bem como são seus atributos fundamentais, a qual é exercida através do controle sobre a mortalidade e a definição da vida como implantação e manifestação de poder.

As reflexões de Mbembe em torno do necropoder e da necropolítica versam sobre o exercício de uma política voltada para a morte:

Além disso, experiências contemporâneas de destruição humana sugerem que é possível desenvolver uma leitura da política, da soberania e do sujeito, diferente daquela que herdamos do discurso filosófico da modernidade. Em vez de considerar a razão verdade do sujeito, podemos olhar para outras categorias fundadoras menos abstratas e mais táteis, tais como a vida e a morte (MBEMBE, 2016, p. 125).

O autor recorre ao estado de exceção (ocasião em que o Estado de direito é suspenso) para elucidar a relação entre morte, terror e liberdade, os quais são explicados e entendidos a partir de um conjunto de símbolos metafóricos que caracterizam e definem as formas como o exercício do poder soberano se relaciona com a vida ou, mais precisamente, com a morte.

A base normativa do direito de matar não nasce ou se justifica como obra do acaso. É resultado de uma ideia implantada e desenvolvida às custas da existência de um inimigo ficcional, o qual representa

um risco de morte eminente e cujo risco pode ser extinto somente a partir de sua morte. Dessa forma, o conceito e a aplicação do direito de liberdade estão imbricados com um modo de vida que passa a ser sustentado pelo terror.

Mbembe (2016) sintetiza o discurso contemporâneo romantizado sobre soberania, o qual perpassa a ideia de liberdade, equiparando o seu exercício com o exercício da razão. De acordo com tal discurso, ambas nascem da perspectiva de que o sujeito é o controlador de seu próprio significado, o qual tem a razão como sua verdade. Nessa lógica, a política é o exercício da razão, em que exercer a razão é o mesmo que exercer a liberdade, a qual é a chave para a autonomia. Contudo, a constatação da realidade aponta para evidências perversas, as quais indicam que a política é sobretudo a desorientação da ideia de limite. Nessa ótica, a soberania é exercida a partir da transgressão de todos os limites, principalmente de identidade e de morte.

O autor encontra no Estado nazista e no colonialismo, relacionando-os à metáfora do estado de exceção, as simbologias e tecnologias que expressam a forma máxima como a política para a morte se consolidou.

O campo de concentração nazista é utilizado como forma de simbolizar a expressão máxima de condição inumana, no qual seus ocupantes estão desprovidos de *status* político e reduzidos a corpos biológicos em um arranjo espacial permanente em que não há aplicação normal da lei. Nesses espaços, a morte provocada pelas câmaras de gás evidencia a desumanização a partir de um procedimento técnico, impessoal, silencioso e rápido, que o autor define como sendo a industrialização da morte.

Relacionada à ideia de campo de concentração, temos o racismo como símbolo de uma tecnologia destinada ao exercício do biopoder, um regulador da distribuição da morte através do qual se torna possível desenvolver uma função assassina do Estado.

Ainda assim, o terror que culminaria no campo de concentração tem sua origem na escravidão, a qual é considerada a primeira instituição de exercício do biopoder. A vida de um escravizado é considerada uma forma de morte em vida, uma vez que o mesmo está sujei-

to a uma lógica do estado de exceção que se institui pelo sistema de colonização, em que o direito de matar do soberano não está sujeito a qualquer norma e opera a serviço da chamada civilização.

A ocupação colonial vale-se do espaço como matéria-prima da soberania e da violência. O espaço é demarcado com vistas à afirmação de um controle físico e geográfico, a partir do qual as pessoas são classificadas de acordo com diferentes categorias com base no exercício do soberano de definir quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é. Assim, a fragmentação do espaço torna inviável a mobilidade e implementa a segregação.

Se no passado uma guerra para ser legítima era conduzida por um Estado “civilizado”, símbolo da moralidade, as guerras contemporâneas caracterizam-se não mais pelo confronto entre exércitos de dois soberanos. São guerras travadas por dois grupos que controlam territórios distintos, cujos principais alvos de ambos os lados são as populações.

Nas guerras contemporâneas, pouco importa a identidade daqueles que compõem a mão de obra; trata-se de um exército formado por soldados-cidadãos, os quais não representam valor ou utilidade. As tecnologias de destruição, por sua vez, tornam-se mais tateis e anatômicas dentro de um contexto em que a máquina de guerra combina uma pluralidade de funções: tem ao mesmo tempo características de organização política e empresa mercantil. Trata-se de uma organização heterônima de direitos territoriais e reivindicações cuja distinção entre campos políticos interno e externo perde o sentido. São verdadeiros mecanismos predadores, altamente organizados que taxam as populações que ocupam os territórios.

Dado o contexto apresentado, em nossa contemporaneidade, morte e terror andam juntos lado a lado, em que cada ser humano é inimigo de todos e cuja morte do outro faz com que o sobrevivente se sinta único, aumentando o seu sentimento de segurança.

Cabe ressaltar que o sobrevivente (seguindo a lógica do heroísmo) ocupa o espaço daquele que, tendo percorrido o caminho da morte, sabendo dos exterminios e permanecendo entre os que caíram, ainda está vivo: não apenas escapou com vida, mas também matou seus agressores.

Além disso, a morte e o terror também se expressam sobre uma outra lógica: a lógica do martírio, aqui representada pelo homem-bomba.

Nesse contexto, o corpo torna-se a própria arma, em que a resistência é representada pela autodestruição, em que o corpo assume a função de trazer a vida eterna ao ser imolado por meio do sacrifício. Trata-se de um jogo de autoengano voluntário, de autossubmissão à morte como símbolo de um sacrifício que atinge o grau de transgressão.

O terror mantém a característica que define Estados escravistas e regimes colonialistas tardomodernos, os quais são instâncias e experiências de ausência de liberdade e condição permanente de estar na dor.

Assim, terror, morte e liberdade autenticam a possibilidade de que o futuro pode ser antecipado, não o presente, o qual representa apenas o momento de visão de uma liberdade que ainda não chegou. A morte passa a ser encarada como a mediadora da redenção, libertação do terror e da sujeição.

A normalidade patológica e o enfrentamento da Covid-19 no Brasil: o limite da banalização da vida

Ao se debruçar sobre um arcabouço teórico voltado para a ciência médica, Canguilhem (2009) direciona sua investigação científica para a busca do desenvolvimento de uma teoria que possa compreender e explicar as dimensões do que convencionalmente entendemos por normal e patológico.

Consubstanciado pelas reflexões filosóficas, seus estudos representam uma superação em torno da visão mecanicista de tais conceitos. Tratava-se de uma visão que se constituía sob um conjunto normativo, resultante da quantificação dos fenômenos fisiológicos a partir do uso de ferramentas estatísticas.

Sem desconsiderar a importância e a validade da variação quantitativa dos fenômenos fisiológicos para a definição do estado normal, o autor demonstra que tal concepção é limitada, uma vez que, a partir da polaridade dinâmica da vida, se pode chamar de normais determinados tipos ou funções.

De acordo com o próprio autor, em filosofia o normativo é entendido como qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, a qual está subordinada àquele que a institui. Em seu sentido pleno, normativo é o que institui normas.

Uma vez que não se pode reduzir o conceito original de norma a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos, o autor entende que não há uma ciência biológica do normal, e sim uma ciência das situações e condições biológicas consideradas normais, na qual consiste a fisiologia.

Partindo dessa concepção, torna-se possível discorrer sobre a normatividade biológica, a qual é explicada considerando que a vida não apenas se submete ao meio, mas também institui seu próprio meio e estabelece valores para ele e o próprio organismo. Assim, o que torna o normal biológico um conceito de valor e não apenas um conceito de realidade estatística é a vida em si mesma e não a apreciação médica.

Nessa perspectiva, o termo anormal implica referência a um valor e não somente um desvio estatístico, passando a ser entendido como um tipo normativo de vida. Por sua vez, a anomalia é a consequência de uma variação individual; por isso diversidade não é doença, e o anormal não é o patológico.

A definição do normal e do anormal a partir da frequência estatística relativa torna possível a consideração do patológico como normal. Dessa forma, não é um absurdo considerar o estado patológico como normal, visto que ele exprime uma relação com a normatividade da vida. Tendo em vista que não existe vida sem normas, o anormal não é constituído pela ausência de normalidade, e por isso mesmo o estado mórbido pode ser considerado uma certa maneira de viver.

Passados vinte anos da publicação de seus estudos, Canguilhem (2009) revisa-os e amplia a concepção e a aplicação dos conceitos de normal e patológico do vital ao social. Sob essa ótica, a caracterização de um objeto ou fato dito normal dá-se a partir de um ponto de referência em relação a demais objetos ou fatos, sendo considerado ao mesmo tempo a extensão e a exibição da norma, o que, por sua vez, lhe garante um caráter dinâmico e até mesmo polêmico.

Em se tratando de norma ou regra, normatiza-se ou normaliza-se aquilo que é hostil. Nesse contexto, sendo o caos representado pela imagem de uma regularidade negada, cabe-lhe o papel de chamar a atenção para um dado fato, provocando a sua interrupção, tornando-se ordem. Assim, a exceção não apenas confirma a regra como tal, mas a partir da infração garante a oportunidade de ser regra fazendo regra. Nessa perspectiva, a infração não é a origem da regra, mas a origem da regulação. Na ordem do normativo, o começo é a infração. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato.

Enquanto na organização social as regras de ajustamento das partes, que elucidam uma determinada coletividade quanto à sua finalidade, são exteriores ao complexo ajustado (devendo ser aprendidas, memoradas, aplicadas); em um organismo vivo, elas são inseparáveis, presentes sem ser representadas, atuantes sem deliberação nem cálculo.

Nesse contexto, o poder é o órgão regulador da ação espontânea, distinto, mas atrelado ao corpo social. Assim, o autor aponta que regular consiste em fazer prevalecer o espírito de conjunto (CANGUILHEM, 2009).

A organização social imita a organização vital na perspectiva de procurar reencontrar o sentido de uma produção. A identificação da composição social com o organismo social requer que se fale nas necessidades e normas de uma sociedade como se fala nas necessidades e normas de vida de um organismo; ainda assim, o problema social difere do problema médico. O bem social discutido na sociedade representa essa divergência, uma vez que aquilo que é tido como mal para uns é justamente sinônimo de saúde para outros. Se a percepção das normas sociais se desse da mesma forma como ocorre com as normas orgânicas, seriam irracionais os homens que com elas não se conformassem. Assim, segue que as normas sociais precisam ser inventadas e não apenas observadas.

Uma vez que as reflexões de Canguilhem (2009) propõem um diálogo em relação entre o vital e o social, estabelecendo um paralelo entre o funcionamento dos organismos e a organização social, demons-

trando suas similaridades, partimos de sua ótica para ilustrar o enfrentamento da pandemia provocada pelo Covid-19 no Brasil.

Em texto publicado em outubro de 2020, Alcides Miranda discorre sobre os óbitos evitáveis no Brasil caso não houvesse uma combinação letal (assim por ele denominada) de fatores que evidenciam uma indiferença sistêmica e o pendor necropolítico.

Valendo-se de questionamentos em torno das mortes evitáveis pelo Covid-19, o autor evidenciou o comportamento de grande parcela da população que estava convencida de que as mortes não eram evitáveis e uma naturalização, não necessariamente racional, provocada pelo negacionismo, falta de empatia, indiferença, etc., que culminou muitas vezes numa atuação ostensiva contramedidas governamentais de salvaguarda e de proteção (MIRANDA, 2020).

A indiferença sistêmica foi evidenciada a partir de negligências intencionais expressas, haja vista a inobservância e o desrespeito aos regramentos de proteção individual e coletiva (que constitui um componente voluntário de potencialidade letal dado o risco epidemiológico para si e para o outro), assim como a imposição de exposição ao risco mediante a submissão de trabalhadores, além da propagação do uso de fármacos sem eficácia comprovada para o tratamento da doença mediante prescrição médica (MIRANDA, 2020).

Miranda (2020) elencou ainda uma série de possíveis decisões políticas acerca da direcionalidade, da condução e da viabilidade de estratégias potencialmente eficazes que não ocorreram ou ainda cuja adoção tardia ampliou o quadro devastador de óbitos. Além de destacar aquelas que buscaram ser adotadas pelo governo, mesmo tendo sido comprovada a sua ineficiência. Destaca-se dentre elas a adoção de contingências e disponibilidades tecnológicas como se poderiam imunizar pessoas, controlar ou mitigar contágios; a busca e o investimento em estratégias validadas cientificamente para ampliar o conhecimento acerca do ciclo biológico do agente viral; a estratégia de distanciamento social para a salvaguarda mútua e a proteção coletiva; bem como a tentativa de adoção de uma dinâmica epidemiológica voltada para o isolamento de grupos de risco, cujo preço pago foi uma margem alargada de óbitos evitáveis.

A partir dos dados analisados pelo autor, ficou evidenciado que o Brasil, em comparação com outros países da América Latina, apresentou taxas de mortalidade confirmada superiores (10% em relação ao México, 27% em relação à Colômbia e 29% em relação à Argentina).

Não sendo possível dimensionar as subnotificações, Miranda (2020) afirma a necessidade de cautela ao informar que a melhor colocação de nosso país (12° em um grupo de 29 países com estimativa de mais de 50 milhões de habitantes) nas comparações estabelecidas relaciona-se ao cálculo da taxa de letalidade, ou seja, a proporção de óbitos ocorridos entre os casos diagnosticados da doença.

Por fim, destacamos de seu texto as informações referentes ao perfil de mortalidade observado a partir da análise dos dados. Mesmo com a necessidade de uma análise mais criteriosa, consubstanciada de mais informações, é possível notar que a mortalidade no Brasil foi maior em pessoas de menor renda, de fenótipo negro e pardo (cerca de 60%), residentes em áreas urbanas (aproximadamente 95%), do sexo masculino (em torno de 60%) e de faixas etárias de idosos, principalmente na faixa de 70 a 79 anos. Ainda que sejam informações preliminares, denota-se uma tendência iníqua de mortalidade, correspondente aos termos de desigualdades socioeconômicas no país.

As contribuições de Dall'Alba *et al.* (2021) reforçam a reflexão em torno da prática de uma política voltada para além do corpo, sobretudo para a morte. Os autores destacam a instauração de uma crise ética e política paralelamente à crise econômica, em que a tentativa frustrada de privatização da saúde primária, a inexistência de um plano nacional de imunização, falhas logísticas na campanha vacinal, aliadas ao negacionismo científico, compõem um conjunto de ações desastrosas por parte do governo.

Da mesma forma, a ideia da necropolítica é reforçada a partir do risco da doença e das condições de morte enquanto elementos que operam de forma seletiva a favor de políticas econômicas neoliberais, visto que pobres, negros e populações indígenas são predominantemente mais afetados (DALL'ALBA *et al.*, 2021).

Os autores ressaltam ainda que, enquanto países como EUA e Reino Unido aumentaram os gastos sociais como resposta à pandemia, no Brasil, em que 40% da força de trabalho está empregada no mercado informal, as estratégias econômicas adotadas tornaram o isolamento físico inatingível. Com isso, as camadas mais pobres da população foram aquelas que sofreram os maiores impactos da pandemia, visto que precisaram escolher entre a fome e a contaminação.

As ações governamentais adotadas durante o período evidenciaram uma escolha de sobreposição da saúde da economia perante a saúde da população, sem que isso representasse melhorias nas taxas de emprego e renda. Assim, o bloqueio da disseminação do SARS-CoV-2 tornou-se indisponível especialmente pela minimização da magnitude da pandemia, descrédito das recomendações científicas, adoção de um programa de tratamento precoce com uso de fármacos sem fundamentação científica, políticas sociais e de expansão do sistema de saúde insuficientes, bem como a descontinuidade administrativa no Ministério da Saúde, acompanhadas da inação de comitês de crise no governo, que passou então a ser entendido como cúmplice de mortes que poderiam ter sido evitadas (WERNECK *et al.*, 2021).

Estima-se que, se o país houvesse adotado e implementado uma política efetiva de controle da infecção, fundamentada em ações não farmacológicas, pelo menos 120 mil mortes até o final de março de 2021 poderiam ter sido evitadas. Além disso, observou-se que mais de 20 mil pessoas (com maior proporção de negros e pessoas com menor status de renda e possivelmente mais vulneráveis) morreram em unidades de atendimento pré-hospitalar ou emergências, principalmente na rede pública, o que sugere a falta de acesso como um fator relevante para desfechos positivos (WERNECK *et al.*, 2021).

Ao serem observadas as características demográficas de pacientes hospitalizados por SARS-Cov-2, identificou-se que em sua maioria eram homens (55%), evidenciando paridade em relação raça/cor (51% negros, amarelos e indígenas), com maior concentração nas faixas etárias acima de 50 anos. Além disso, a internação de negros, amarelos e indígenas ficou concentrada na rede pública (66,1%), enquanto nas instituições empresariais e filantrópicas houve predomi-

nância de acesso de brancos (58,8% e 67,2% – respectivamente) (WERNECK *et al.*, 2021).

Identificou-se que a cor/raça e o sexo não interferiram na letalidade de pacientes internados, em que a proporção de óbitos foi praticamente a mesma. Ainda assim, constataram-se diferenciais na magnitude da letalidade, em que na rede pública ficou próxima dos 40% enquanto em estabelecimentos privados e filantrópicos foi de 30% (WERNECK *et al.*, 2021).

Vale destacar que a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) com acesso amplo e excelência na oferta de cuidados, que represente o tamanho das necessidades de nosso país, seja o principal legado da pandemia para o Brasil e para a sua população. O enfrentamento dos desafios sanitários contemporâneos requer ações combinadas de pesquisa, cuidados preventivos e assistenciais, além de melhores profissionais, para os quais faz-se necessário o estabelecimento de vínculos permanentes e virtuosos entre o sistema político e as políticas de saúde (WERNECK *et al.*, 2021).

Discussão

O olhar atento à evolução da sociedade brasileira nos faz perceber o quanto temos nos distanciado de valores que consolidam e garantem a perpetuação de uma herança cidadã. Tal herança deveria estar fundamentada na individualidade e não no individualismo. Uma discussão que foi trazida à pauta por Milton Santos na década de 1980 e que se mantém atual dado o comportamento de grande parte da população, sobretudo na ocasião da pandemia que estamos enfrentando.

Sabemos, contudo, da influência do Estado capitalista, que exerce parcela significativa de poder sobre os indivíduos sob a justificativa de manter a saúde econômica como forma de preservação do futuro.

Um poder que é explicitado tanto pela gestão calculista da vida, a qual (a partir do que se denominou por biopoder) se vale das perspectivas anatômicas e biológicas, individualizantes e especificamente voltadas para os desempenhos do corpo, para a obtenção da sujeição dos corpos e controle das populações, como pela gestão perversa da morte,

em que matar ou deixar viver simbolizam os limites da soberania que se volta para o exercício de uma política de morte ou necropolítica.

Valendo-se do estado de exceção, essa política de morte é instaurada e normatizada a partir do terror que deriva da ideia de existência de um inimigo ficcional, cuja presença é sinônimo de risco, e por isso a extinção simboliza uma necessidade para que a sensação de segurança se amplie.

É assim que a instauração do poder estabelece uma cadeia predatória, em que, não prevalecendo a ideia de cidadania, os indivíduos acabam desenvolvendo uma docilidade perante as imposições do terror. A postura dócil culmina na internalização de um conceito de normalidade de práticas estabelecidas em um ambiente cuja violência se materializa em uma guerra na qual o extermínio de pessoas e valores torna-se banal.

Uma vez que a política praticada tem sobretudo provocado a desorientação em torno da ideia de limite, a banalização da vida e a indiferença passam a ser tidas como normais, em que, estabelecida uma relação de normatividade, o próprio conceito de patológico passa a ser a expressão de uma nova forma de viver. Uma vez que não há vida sem normas, a “nova normalidade” surge como uma nova regra a partir de um estado de exceção.

O período pandêmico evidenciou como os impactos da gestão calculista da vida, voltada para o mercado, tem afetado a maioria da população no Brasil. A avaliação do cruzamento de diversos dados tornou possível estimar quantas mortes poderiam ter sido evitadas se, ao contrário, a saúde da população e os meios para a sua garantia, tais como estratégias de contenção de disseminação do vírus, plano estratégico de imunização, programa de suporte econômico às classes menos favorecidas, bem como ampliação e fortalecimento do sistema público de saúde, tivessem sido priorizados como em outros países.

Sendo assim, o perfil de mortalidade por SARS-Cov-2 observado no Brasil demonstra a necessidade da criação de novas normas sociais. Do contrário, seguiremos perpetuando a lógica de uma política que se fortalece com o estado de exceção e cujo objetivo está voltado para a determinação de quem deve morrer e de quem deve viver. Uma

lógica capaz de gerar dúvida sobre quais seriam todos os responsáveis envolvidos no processo de mortalidade presenciado em nosso país.

Conclusão

Partindo de uma revisão conceitual em torno de cidadania, biopoder, necropolítica e da teoria do normal e do patológico, procurou-se estabelecer uma relação teórica com o cenário provocado pela pandemia de Covid-19 no Brasil. Entendemos que foi possível demonstrar o quanto a política de morte se fortalece a partir da indiferença sistêmica que atinge a população e seus governantes.

Indiferença que se explica a partir da glorificação do poder de consumo enquanto fruto de uma filosofia que privilegia os meios materiais, sobrepondo-se às vias de reconhecimento, por parte dos sujeitos, de uma herança de conquistas sociais que lhes garantiriam uma existência digna. Estando entregue à própria sorte, a população precisa escolher suas batalhas e, assim a luta contra o vírus passa a ocupar um espaço menor perante outros enfrentamentos, tais como a fome, não menos relevantes, não menos letais.

Partindo desse contexto, buscou-se evidenciar que uma lógica de perpetuação de não cidadania tem provocado a normatização de uma nova ordem, a qual está baseada na ausência de valores e na consolidação do terror, deixando-nos em dúvida na identificação de contra quem e o que estamos de fato lutando.

Referências

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1999.

DALLALBA, R. *et al.* COVID – 19 vaccines for Palestinians. **The Lancet**, v. 397, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00202-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00202-6/fulltext)>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

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

SARMENTO, R. M.; ROSA, R. dos S. • A normalidade patológica contemporânea do deixar morrer: contra quem/que lutamos?

MIRANDA, A. COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico. **Carta Maior**: o portal da esquerda, 2020. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/Covid-19-e-obitos-evitaveis-no-Brasil-combinacao-letal-entre-indiferenca-sistemica-e-pendor-necropolitico-/43/49106>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO Coronavirus (COVID19) Dashboard**. 2022. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. EDUSP, 2007.

WERNECK, G. L. *et al.* **Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil**. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2021.

Notas sobre inumeráveis: memórias do Estado suicidário

Renata Savian Rosa
Letícia Stanczyk

Responder, aqui e agora, por nossa vida com outros (incluindo os vírus) nesta Terra e por nosso nome em comum: esta é efetivamente a injunção que esse momento patogênico endereça à espécie humana (MBEMBE, 2020).

Thiago de Mello (1965), em *Os estatutos do homem*, no seu *Artigo 1*, declara: “Que agora vale a verdade, que agora vale a vida, e que de mãos dadas, trabalharemos todos pela vida verdadeira”. De um certo modo, essa sentença bem poderia ser sobre a relevância da epidemiologia. Imaginemos como deve estar neste momento o poeta amazonense com seus 95 anos ao observar o que se passa no Amazonas, no Brasil e no mundo, produzindo novos sentidos aos versos de “Faz Escuro, mas eu canto”. Quando questiona: “E então, para que serve essa tal epidemiologia?” Meneghel (2015, p. 203), convoca-nos a pensar sobre como a epidemiologia pode potencializar outras formas de intervenção social, gerando, assim, impactos na redução de morbidade e de mortes nos cenários com iniquidades em saúde a partir da abertura de espaços para discutir os rumos junto à população organizada. É justamente com ela, a epidemiologia, que podemos buscar respostas para um presidente da República que interroga: – *E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?*, quando questionado sobre a mortalidade da Covid-19.

Nós tivemos vantagem temporal, nós tínhamos o Sistema Único de Saúde (SUS), já havia evidências para o embasamento de protocolos de biossegurança efetivos na contenção da transmissão do novo

agente patógeno, tínhamos centros de pesquisa e pesquisadores preparados para subsidiar a gestão da crise sanitária. Todavia estava em curso uma política que, aliada à morte, planejada e executada pelo Estado brasileiro, encontrou ressonância em interlocutores de diversos setores da sociedade, dispostos a propagar narrativas negacionistas da ciência. Até 10 de fevereiro de 2022 foram confirmados 403 milhões de casos e 5,78 milhões de mortes no mundo, dentre os quais 27 milhões de confirmados e 635 mil mortes no Brasil (RITCHIE, 2022), daquelas que conseguimos contar, considerando a cegueira imposta pela evidente subnotificação e o apagão de dados por negligência deliberada do governo federal. Em março de 2020, uma modelagem estatística do *Imperial College London* desenhou um pior cenário, caso não houvesse medidas de prevenção e mitigação, e estimou 1.152.283 mortes no Brasil (ICL, 2020). Para muitos brasileiros, tal estimativa parecia absurda naquele momento. Entretanto, hoje pode impressionar até mesmo os mais céticos o fato de termos ultrapassado a metade das mortes previstas. Sobretudo, existem evidências significativas de que entre os que se infectam e morrem são mais frequentes os grupos historicamente vulnerabilizados no país (WERNECK, 2021). É como se a pandemia tirasse o ar de quem já sofria com a fome, entre tantos outros flagelos a que estão expostos aqueles que tiveram negadas as condições para o exercício de uma cidadania plena.

O pensador camaronês Achille Mbembe (2018) definiu como *necropolítica* as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte. Para o autor, a noção de *biopoder*, proposta por Michel Foucault, é hoje insuficiente para explicar essas formas contemporâneas de soberania, entendida como a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é. No percurso da crise sanitária causada pelo novo coronavírus no Brasil, acompanhamos um chefe de Estado minimizando a gravidade da Covid-19, como se os nossos velhos, pessoas e comunidades vulneráveis fossem passíveis de descarte. Segundo Giovanella (2020), o atual governo brasileiro recrudescer a desigualdade social, fazendo com que a pandemia desvele a desigualdade brasileira. Os dados da Covid-19 no Brasil já mostram maiores taxas de óbitos entre populações de menor renda e

entre pessoas negras. O inquérito sorológico nacional realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) mostra que a incidência entre os 20% mais pobres da população é de 4,1%; isso caracteriza mais do que o dobro da incidência entre os 20% de maior renda, que é de 1,8% (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

A desproteção social e do trabalho promovida pelo atual governo, com aumento da informalidade, precarização das relações de trabalho, redução da cobertura do Bolsa Família e cancelamento de benefícios, redução e atraso na concessão de aposentadorias, auxílio doença e licenças-maternidade, mostra sua face mais perversa de forma aguda neste momento em que a situação sanitária ainda exige distanciamento social para diminuir o contágio, reduzir sofrimento e mortes (GIOVANELLA *et al.*, 2020, p. 895).

Nesse sentido, podemos dizer que o caso brasileiro configura-se em uma *sindemia*, quando analisamos o contexto da Covid-19. Esse conceito, idealizado na década de 1990 pelo antropólogo Merrill Singer, desvela as interações biológicas e sociais que merecem atenção para o prognóstico, tratamento e desenvolvimento das políticas de saúde (HORTON, 2020). Há no Brasil uma interação entre a presença de um novo patógeno com os efeitos perversos de um sistema político sequestrado pelo neoliberalismo, que já sufocava o estado de bem-estar social antes da irrupção do Sars-Cov-2. A Emenda Constitucional 95 vinha produzindo seus efeitos no desmonte de políticas públicas sob o subterfúgio da austeridade fiscal e o famigerado *enxugamento da máquina pública* (BRASIL, 2016).

Estamos diante de uma pandemia na *era da pós-verdade*, submersa em um ambiente de exacerbação informacional e, paradoxalmente, muita desinformação. Vemos durante os longos dias dessa crise a ascensão de um debate que tensiona uma suposta dicotomia ou alguma divergência entre saúde e economia, assistimos aos mesmos negacionistas dos direitos sociais de outrora, agora vociferando que *a economia não pode parar por algumas mortes*. Grandes empresários reivindicam seu direito individual de ir e vir num momento em que milhares de famílias estão enlutadas, sofrendo os impactos de uma recessão econômica que castiga a classe trabalhadora. Sobre as mortes por coronavírus no Bra-

sil, Eliane Brum (2020) atenta ao fato de que, em parte dos casos, o que as terá matado é a precarização da saúde pública. Para a jornalista, é preciso lutar pelo futuro pós-vírus, pois “se não o fizermos, a retomada da ‘normalidade’ será a volta da brutalidade cotidiana, que só é ‘normal’ para poucos, uma normalidade arrancada da vida dos muitos que diariamente têm seus corpos esgotados” (BRUM, 2020, p. 1).

O filósofo Vladimir Safatle defende que se engana quem acredita que estamos diante do já tradicional *necroestado* nacional no Brasil e precisamos olhar para além da temática *necropolítica* de um Estado gestor da morte e do desaparecimento. Nesse sentido, o autor sustenta que o que emergiu em território brasileiro nos últimos anos é um Estado que não é apenas o gestor da morte, ele é o ator contínuo de sua própria catástrofe, o cultivador de sua própria explosão. Ele descreve:

O fascismo brasileiro e seu nome próprio, Bolsonaro, encontraram enfim uma catástrofe para chamar de sua. Ela veio sob a forma de uma pandemia que exigiria da vontade soberana e sua paranoia social compulsivamente repetida que ela fosse submetida à ação coletiva e à solidariedade genérica, tendo em vista a emergência de um corpo social que não deixasse ninguém na estrada da direção do Hades. Diante da submissão a uma exigência de autopreservação que retira da paranoia seu teatro, seus inimigos, suas perseguições e seus delírios de grandeza a escolha foi, no entanto, pelo flerte contínuo com a morte generalizada. Se ainda precisássemos de uma prova de que estamos a lidar com uma lógica fascista de governo, essa seria a prova definitiva. Não se trata de um Estado autoritário clássico que usa a violência para destruir inimigos. Trata-se de um Estado suicidário de tipo fascista, que só encontra sua força quando testa sua vontade diante do fim (SAFATLE, 2020, p. 4).

“Inumeráveis” é uma obra do artista Edson Pavoni, criada em 2020, em colaboração com muitos artistas, jornalistas e voluntários, que tem a intenção de ser um memorial dedicado à história de cada uma das vítimas da Covid-19 no Brasil. No sítio virtual, é possível conhecer um pouco de algumas das histórias de vida perdidas que aparecem diariamente nos noticiários como números, mas devem ser recordados como emblemas de uma tragédia que poderia ter sido evitada (PAVONI, 2020). A definição de “óbitos evitáveis” não se embasa apenas em estatísticas e projeções epidemiológicas, mas está intrinse-

camente relacionada às multideterminações situacionais sobre as quais são demandadas decisões políticas e intervenções estratégicas, conforme nos faz pensar Miranda:

Enfatizando o óbvio de outro modo: “óbitos evitáveis” dependem de decisões políticas acerca da direcionalidade, da condução e da viabilidade de estratégias governamentais potencialmente eficazes. Claro, não fazer quase nada ou não fazer o minimamente necessário em uma situação de crise, como na pandemia, também depende de decisões políticas (MIRANDA, 2021, p. 184).

Passados 25 meses desde o anúncio de uma grave pneumonia identificada pela primeira vez em Wuhan na China, vimos acontecer no Brasil uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que teve como objetivo apurar possíveis falhas por parte do governo federal no enfrentamento à pandemia da Covid-19. Uma das linhas de investigação na CPI da Pandemia teve como base o estudo multidisciplinar conduzido por Deisy Ventura e Rosana Reis (2020) na Universidade de São Paulo, que, após analisar 3.029 normas federais, concluiu que o governo brasileiro executou uma estratégia institucional de propagação do coronavírus na difusão da ideia de que a *imunidade de rebanho* seria adquirida pela infecção de grande parte da população com uma suposta *evolução natural da doença*. As incontáveis falas e atitudes negacionistas da ciência, proferidas pelo líder máximo do executivo nacional, deflagraram uma política que objetivou deliberadamente *deixar morrer* os mais vulneráveis. Em artigo publicado ano passado, Mbembe discorre sobre o direito universal à respiração e questiona:

Algumas pessoas enunciam já um pós-Covid-19. Por que não? No entanto, para a maioria de nós, especialmente nas zonas do mundo em que os sistemas de saúde foram devastados por anos de negligência organizada, o pior ainda está para vir. Na ausência de camas hospitalares, máquinas respiratórias, testes em quantidade, máscaras, desinfetantes à base de álcool e de outros dispositivos de quarentena para quem já foi atingido, infelizmente prevemos que muitos não passarão pelo buraco da agulha (MBEMBE, 2020, p. 1).

O estudo de Barbosa *et al.* (2020) apontou que a maior proporção dos óbitos em idosos foi observada no Rio Grande do Sul (RS),

sendo 84,44% da totalidade desse desfecho para os casos até maio de 2020, sendo importante considerar que esse segmento populacional representou 17,79% do total de casos e a letalidade cumulativa representou 13,21%. De modo geral, os resultados apontaram que entre todos os estados brasileiros incluídos na análise houve correlação entre a taxa de incidência e de mortalidade de idosos e a cor da pele.

A raça/cor enquanto constructo social, diante do processo histórico discriminatório e exploratório, passou a constituir-se em um determinante socioeconômico capaz de balizar as desigualdades nas condições de saúde, vida e morte. A pandemia da Covid-19 expôs a geografia das desigualdades e refletiu impiedosamente os processos históricos passados (BARBOSA *et al.*, 2020, p. 7).

Em 24 de junho de 2021, estiveram na CPI da Pandemia a diretora executiva da Anistia Internacional no Brasil, Jussara Werneck, e o epidemiologista da Universidade Federal de Pelotas, Pedro Hallal. Ambos apresentaram estudos para responder uma mesma pergunta: quantas mortes poderiam ter sido evitadas no Brasil caso tivessem sido tomadas as medidas referendadas pela ciência? Tanto Hallal como Werneck destacaram o quanto são significativos os impactos da pandemia em determinados grupos populacionais; pobres, negros, indígenas são os mais suscetíveis à infecção e ao óbito (TV SENADO, 2021). Werneck apresentou o estudo *Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil* de iniciativa do grupo Alerta, que analisou as *mortes evitáveis* e as *mortes em excesso* (WERNECK *et al.*, 2021). Nesse estudo, para dimensionar o impacto da doença na mortalidade foram utilizadas as seguintes bases de dados: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Cartórios de Registro Civil (CRC), PNAD Covid-19 IBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD), Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe – banco de dados para registro de óbitos e casos hospitalizados por síndromes respiratórias agudas graves – SRAG) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os resultados das análises desses subconjuntos de dados foram expostos em dois blocos: o primeiro refere-se ao excesso de mortalidade – termo usado em saúde pública no contexto da Covid-19 para se

referir à comparação do número registrado de mortes durante a pandemia com o número esperado de mortes que ocorreria no mesmo período caso não houvesse a pandemia; o segundo bloco corresponde a uma análise das mortes evitáveis por ações e serviços de saúde. Nesse contexto, compreende-se que o acesso e a qualidade da assistência prestada são dimensões essenciais para evitar mortes. O estudo estimou que, no Brasil, a recusa às orientações para mitigar casos e que poderiam ter sido evitados por medidas não farmacológicas para o controle da transmissão na comunidade acarretou um excesso de morte ao longo dos primeiros 12 meses da pandemia, acumulando cerca de 305 mil mortes até 12 de março de 2021. No período analisado pelo estudo, 203.996 pessoas morreram no Brasil em decorrência de complicações da Covid-19 e constam nos dados oficiais (WERNECK *et al.*, 2021).

Pedro Hallal iniciou em seu depoimento (TV SENADO, 2021) com a explanação sobre como define “os sete pecados capitais na visão da epidemiologia”, que teriam sido cometidos durante o enfrentamento da pandemia no país: 1) pouca testagem, rastreamento de contatos e isolamento; 2) demora na compra e desestímulo à vacinação; 3) promoção de tratamentos ineficazes; 4) ausência de liderança do Ministério da Saúde (MS) e de um comitê de crise; 5) desestímulo ao uso de máscaras; 6) o uso de uma abordagem clínica *vs.* epidemiológica; 7) falta de uma comunicação unificada. Ao considerar a média mundial de mortalidade, a análise proposta por Hallal aponta que 4 entre 5 pessoas que faleceram de Covid-19 são mortes que poderiam ter sido evitadas se o Brasil tivesse seguido na média mundial de resposta ao enfrentamento da epidemia. Digno de destaque são as análises trazidas pelo epidemiologista acerca de um estudo realizado pelo Insper (Instituto de Ensino e Pesquisa) que demonstra uma associação positiva entre o número elevado de mortes por Covid-19 nas cidades brasileiras com o maior percentual de votos em Bolsonaro no segundo turno das eleições de 2018 (CABRAL *et al.*, 2020). Alguns senadores questionaram e polemizaram a relação estabelecida na análise, todavia ficou muito mais difícil para a base aliada do governo federal sustentar a tese de que não houve omissão e negligência no enfrentamento da epidemia no país. Afinal, se o Brasil tem 2,7% da popula-

ção mundial, por que representamos quase 13% das mortes por Covid-19 no mundo?

Safatle alerta-nos que uma dinâmica colonial está assentada em uma “distinção ontológica”, que consiste na consolidação de um sistema de partilha entre dois sistemas de subjetivação: um permite que sujeitos sejam reconhecidos como “pessoas”, outro provoca que sujeitos sejam determinados como “coisas”. Nessa dinâmica nefasta, a morte de uma “pessoa” será marcada pelo dolo, pelo luto, pela manifestação social da perda, será objeto de narrativa e comoção; já a morte daqueles reduzidos à condição de “coisas” será objeto de uma morte sem dolo, sem narrativa, será reduzida à quantificação numérica que comumente aplicamos às coisas. Para o filósofo, quando o Estado abandona, em absoluto, sua natureza protetora e através do discurso de “deixar morrer”, sua predação generaliza-se para a integralidade do corpo social. Então vemos um fenômeno de outra natureza acontecer, estando além da lógica necropolítica. Paul Virilio (1993) cunha o termo “Estado suicidário” para contemplar essa dinâmica singular. Para ilustrar o caso brasileiro, Safatle destaca e analisa a seguinte sentença proferida pelo presidente:

“Muito maior que a própria vida é a nossa liberdade.” Essa afirmação não é de Hayek, mas do atual presidente do Brasil ao justificar sua análise de que as políticas de restrição à circulação e atividades adotadas para o combate contra a pandemia seriam um “atentado à liberdade” (SAFATLE, 2020, p. 1).

Às unidades federativas, com uma coordenação nacional focada na intensificação do caos, coube normatizar o enfrentamento à crise sanitária nos territórios de sua governabilidade. No Estado do Rio Grande do Sul, desde onde este texto se articula, num processo de formação em serviço de gestão em saúde na Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS), é digno de nota que, ao longo de 2020, tramitaram na agenda de pautas do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) as discussões acerca do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e que o governo insistiu na aprovação sem qualquer meta ou menção relacionada à Covid-19, o que a plenária contestou até a sua aprovação com ressalvas em dezembro de 2020 com praticamente

um ano de atraso, após a inclusão do tema da pandemia na análise situacional e a previsão de oito metas relacionadas (RIO GRANDE DO SUL, 2021a; CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL [CES/RS], 2020b).

Com uma população estimada em 11.422.973, até 28 de agosto de 2021 havia no RS 1.406.975 casos confirmados de infecção pelo Sars-Cov-2 e 34.142 óbitos por Covid-19, que constavam nos dados oficiais (RIO GRANDE DO SUL, 2021b). Naquele momento, acompanhamos a chegada da variante Delta e ainda não víamos no horizonte o controle da epidemia enquanto avançávamos lentamente com a vacinação (RIO GRANDE DO SUL, 2021c). Mesmo tendo sido um dos estados mais ágeis na ampliação da cobertura vacinal, ainda apresentava uma taxa de mortalidade elevada: 296,7/100.000 habitantes. O estudo apresentado por Werneck na CPI da Pandemia demonstrou que houve 13.975 mortes em excesso até 12 de março de 2021, quando havia 15.913 mortes por Covid-19 nos registros oficiais do governo estadual. A análise demonstrou que o período em que se registraram mais mortes em excesso no RS ocorreu entre janeiro e março de 2021. No período subsequente, que não estava no escopo do estudo, o RS registrou, entre 13 de março e 28 de agosto de 2021, 18.229 por Covid-19, sendo o quadrimestre com o maior número de mortes causadas por essa doença. Foi justamente nesse período que o governo estadual alterou o modelo do *Sistema de Distanciamento Controlado* em vigor desde 10 de maio de 2020, criando o *Sistema 3 A's de Monitoramento* em 15 de maio de 2021. Até 10 de fevereiro de 2022, o RS registrou 1,96 milhões de casos confirmados e 37.384 mil mortes por Covid-19 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS], 2022).

Judith Butler (2020) alertou-nos sobre o provável cenário doloroso no qual veríamos algumas criaturas humanas afirmarem “seu direito de viver ao custo de outras, reinscrevendo a distinção espúria entre vidas passíveis e não passíveis de luto”, ou seja, entre aqueles privilegiados que devem ser protegidos contra a morte a qualquer custo e aqueles cujas vidas não valeriam o bastante para ser cuidadas contra a doença e a morte. Butler também chamou a nossa atenção para “a chegada de empreendedores ávidos para capitalizar em cima do sofri-

mento global” (BUTLER, 2020, p. 1). O *Sistema de Distanciamento Controlado* foi controverso desde o início. O Decreto Estadual 55.240 embasou-se na segmentação regional e setorial com quatro níveis de restrições, que deveriam variar de acordo com a propagação da doença e a capacidade do sistema de saúde em cada uma das 20 regiões pré-determinadas, sendo atualizadas semanalmente (RIO GRANDE DO SUL, 2020). A primeira grande controvérsia esteve relacionada à pouca testagem da população: como avaliar a dinâmica de propagação da doença sem testar a população?

Ainda em abril de 2020, no contexto da dispensa de licitação ocasionada pela calamidade pública, houve um episódio constrangedor para o governo estadual, em que o site *The Intercept Brasil* denunciou a contratação de uma loja agropecuária que funcionava como *pet shop* para realizar testagens. Segundo a matéria, na portaria publicada não era informado qual tipo de análise seria realizada, uma informação básica, posto que existem distintas. Durante o anúncio do acordo, a secretária de Saúde do Estado informou que a empresa, localizada na cidade de Pelotas, foi escolhida por ser “um laboratório de excelência” e por ter como diferencial “os reagentes necessários para os exames”. Contudo, a empresa só havia incluído o serviço “laboratórios clínicos” entre a descrição de suas atividades na Receita Federal três dias depois da assinatura do contrato (BIANCHI, 2020).

O Ministério Público (MP) Estadual emitiu um parecer exigindo a suspensão do contrato firmado entre o Palácio Piratini com a empresa agropecuária de Pelotas. Ao alertar que a mesma não contava com “experiência em análise clínicas humanas”, o MP sustentou “perigo de dano ou risco”. Além disso, o promotor advertiu que havia indícios de que agentes públicos e privados possam ter sido oportunistas diante do relaxamento das regras licitatórias em meio à pandemia da Covid-19 (GAFFORELLI, 2020). Em face do exposto, o governador determinou a suspensão do contrato, mas depois de gerar desconfiança na sociedade justamente na contratação em um dos serviços mais importantes na gestão da crise naquele momento: a testagem da população.

Não obstante, a primeira resolução do CES/RS acerca da Covid-19 tratava do tema da testagem e exigia da SES/RS a garantia de testagem de todos os profissionais de saúde, de forma constante e periódica, de maneira a detectar a infecção em tempo hábil; que mantivesse ampla divulgação sobre os resultados obtidos no final de cada testagem, a fim de possibilitar que fossem traçadas estratégias e políticas de proteção e manutenção da saúde e da vida desses trabalhadores (CES/RS, 2020a). Outro ponto controverso do *Distanciamento Controlado* foi a participação da sociedade no processo de construção do sistema proposto pelo governo estadual. Logo após a publicação do referido decreto, a mesa diretora do Conselho Estadual de Saúde emitiu um alerta. Nele, o CES/RS denunciou a falta de evidências científicas e a falta de participação da sociedade, questionando: “Quais as entidades que foram convidadas a apresentar sugestões e quais foram essas? Quais os espaços de debates e em que datas aconteceram?”.

O conjunto de normas previstas no Modelo de Distanciamento Controlado faz parte de Políticas Públicas de Saúde e como tal necessita ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, por determinação da Lei nº 8142/1990, da Lei Complementar nº 141/2012 e Lei Estadual nº 10.097/1994. Apesar da determinação legal, o CES/RS, órgão responsável por deliberar acerca das políticas públicas de saúde, foi sequer consultado ou teve o referido modelo encaminhado para sua devida apreciação (CES/RS, 2020a, p. 2).

Ao longo de todo o período em que esteve vigente a estratégia do *Distanciamento Controlado*, o CES/RS manteve-se atuante na fiscalização. E, logo no início do inverno de 2020, a Resolução nº 03/2020 exigia a anulação de todos os atos administrativos que davam suporte ao modelo proposto pelo governo estadual sob a argumentação de que não foram submetidos à apreciação dessa instância estadual de Controle Social do SUS e sua consequente desatenção ao artigo 198 da Constituição Federal, Lei Federal n. 8142/90 e Art. 8º da Lei Estadual n. 10.097/94. Em seu artigo 2º, a referida resolução exigiu que fossem revogados os atos administrativos, haja vista a demonstração de não ter sido um modelo eficaz de combate ao avanço da pandemia, reafirmando a necessidade de medidas efetivas que garantissem as condi-

ções para o distanciamento social no território estadual. E novamente sem discutir com a sociedade através da instância legítima para tal, em maio de 2021, o governo estadual decidiu instituir um novo sistema (CES/RS, 2020a; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1994).

Em 02 de junho de 2021, houve uma audiência pública, promovida pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do RS, para discutir o novo sistema. Os participantes expressaram preocupação com a possibilidade de uma *pazuellização* do novo modelo de distanciamento controlado, adotado pelo governo estadual para o enfrentamento à pandemia da Covid-19. A expressão foi utilizada em referência à gestão do ex-ministro da saúde Eduardo Pazuello. Com a adoção do novo modelo, o estado estaria delegando responsabilidades aos municípios e abrindo mão de sua coordenação técnica integrada, assim como o governo federal havia feito – de forma deliberada – em relação aos estados (PERUZZO, 2021). Já havia muitas críticas ao modelo anterior, posto que efetivamente não evitou que o estado apresentasse taxas de mortalidade e incidência da doença maiores do que a brasileira; o novo modelo mantinha a decisão de “olhar para trás” ao invés de monitorar tendências para a tomada de decisões. Muitos governos estaduais e municipais, entre os quais podemos incluir o governo estadual do Rio Grande do Sul, segundo Miranda,

enfatazaram o monitoramento somente de alguns eventos críticos, notadamente os registros de óbitos pelo Covid-19 e as proporções de ocupação de leitos de UTI, desconsiderando o monitoramento de eventos-sentinelas, ou seja, aqueles que poderiam ser indicativos de subnotificação, uma vez considerada a exiguidade na disponibilização de utilização de testes diagnósticos (MIRANDA, 2021, p. 201).

Miranda também analisa quem deveria ser responsabilizado pelos óbitos evitáveis e destaca que a intencionalidade da omissão e da negligência tende a gerar outras formas de proatividade com propósitos diversionistas; nessa lógica, as estratégias que poderiam evitar óbitos são vistas como um empecilho para o retorno à dita normalidade socioeconômica. Ao enfatizar que, quando um governo determina “flexibilizações” de medidas não farmacológicas eficazes para a miti-

gação de contágios em momento inoportuno, o autor leva-nos a observar que o governante assume deliberadamente o risco de ocasionar óbitos que seriam de fato evitáveis. Assim,

quando evidenciado o caráter de dolo, de intencionalidade governamental, em relação a uma decorrência evitável, quando evidenciado o impacto desigual de tal decorrência a partir de vulnerabilidades sociais reconhecidas historicamente (pobreza, cor da pele, idade, etc.), estamos lidando com a agudização intencional de uma condição histórica crônica (MIRANDA, 2021, p. 205).

Em entrevista publicada durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19, o antropólogo Eduardo Viveiros de Castro afirmava que o que estava acontecendo no país era um genocídio e não começou com a pandemia, mas ela agravou ainda mais a situação daqueles que já estavam alijados de seus direitos mais básicos. Afirma o antropólogo:

Um genocídio por negligência ou incompetência no caso de alguns dirigentes, mas um genocídio absolutamente deliberado no caso de outros, entre os quais incluo o presidente, vários de seus ministros e certos setores do grande empresariado agroindustrial (CASTRO, 2020, p. 3).

Considerações finais

Nos últimos meses, a humanidade tem sido desafiada em termos biológicos, éticos, culturais, econômicos e políticos. No Brasil, já enfrentávamos os resultados nefastos do projeto neoliberal antes da constatação de transmissão comunitária do novo coronavírus no país. A descoordenação em nível federal com quatro trocas de ministros da Saúde, os inúmeros atos oficiais e extraoficiais das lideranças do governo deflagraram o descaso intencional que hoje se revela uma política nacional genocida.

No Estado do RS, o governo estadual empreendeu inicialmente esforços para distanciar-se dos discursos negacionistas propagados pela liderança nacional. Todavia, ao se constatar uma flexibilização dos protocolos de mitigação em um momento inoportuno, o governo estadual assumiu o risco de produzir óbitos evitáveis, podendo ser com-

preendido como um “genocídio por negligência ou incompetência”, nas palavras de Castro (2020, p. 1).

Diante de um presente tão distópico é necessária a produção de registros pela garantia do direito à memória na esperança de que a barbárie não se repita no futuro. Buscamos neste ensaio levantar alguns aspectos que nos trazem um vislumbre dos mecanismos por onde se engendra a resposta brasileira à emergência sanitária de importância internacional.

Aprender com a gestão da crise ocasionada pela *sindemia* da Covid-19 no Brasil e, mais especificamente, no estado do RS, requer constatar inicialmente que as nossas iniquidades sociais e econômicas bem como nossas mazelas culturais e civilizatórias já estavam expostas na arena pública antes da chegada do novo coronavírus. Na esfera nacional, nos últimos anos, uma crise política e institucional ganhou contornos *apocalípticos* após um pleito eleitoral vencido com disseminação em massa das chamadas *Fake News*. Na esfera estadual, não é uma marca apenas do governo atual a incapacidade de dialogar com as instâncias de controle social, mas nele assistimos a uma secretária estadual de saúde, em plenária do Conselho Estadual de Saúde, invocar Deus para proteger o estado na chegada da variante Delta logo depois da publicação do decreto que flexibilizou protocolos de contingenciamento. Lá na ponta, aos municípios, a depender de interesses difusos, a partir de uma descoordenação deliberada, restou a atuação para agir proativamente na mitigação do impacto da Covid-19 ou no espalhamento do vírus.

Referências

BARBOSA, I. R. *et al.* Incidência e mortalidade por Covid-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [on-line], v. 23, n. 01, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRUM, E. O futuro pós-coronavírus já está em disputa: como impedir que o capitalismo, que já nos roubou o presente, nos roube também o amanhã? **El País Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-04-08/o-futuro-pos-coronavirus-ja-esta-em-disputa.html>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BIANCHI, P.; POTTER, H. Coronavírus: governo do RS contrata Pet Shop para fazer exames de Covid-19. **The Intercept Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://theintercept.com/2020/04/09/rs-contrata-pet-shop-exames-coronavirus>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BUTLER, J. O capitalismo tem seus limites. **Blog Boitempo**. São Paulo, 20 mar. 2020. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/20/judith-butler-sobre-o-covid-19-o-capitalismo-tem-seus-limites>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CABRAL, S.; ITO, N.; PONGELUPPE, L. The disastrous effects of leaders in denial: Evidence from the Covid-19 crisis in Brazil. **SSRN**, 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://ea.ufba.br/wp-content/uploads/2021/04/SSRN-id3836147-1.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CASTRO, E. V. O que está acontecendo no Brasil é um genocídio. In: **Pandemia Crítica**, n.104. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em: <<https://www.n-1edicoes.org/textos/104>>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CES/RS nº 03 de 18 de junho de 2020**. Porto Alegre, 2020a. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (CES/RS). **Resolução CES/RS nº 12 de 22 de dezembro de 2020**. Aprova o Plano Estadual de Saúde – PES 2020/2023. Porto Alegre, 2020b. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (CES/RS). **Alerta Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul sobre o “Distanciamento Controlado”**. Porto Alegre, 2020c. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1725/alerta-do-ces/rs-sobre-o-distanciamento-controlado>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Painel Nacional Covid-19**. Brasília: Conass, 2022. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

GAFFORELLI, G. MP pede suspensão de contrato com agropecuária de Pelotas para testes da Covid-19. **Rádio Guaíba**, Porto Alegre, 15 abr. 2020. Disponível em: <<https://guaiba.com.br/2020/04/15/mp-pede-suspensao-de-contrato-com-agropecuaria-de-pelotas-para-testes-da-covid-19>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; BOUSQUAT, A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde debate** [on-line], v. 44, n. 126, p. 895-901, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

HORTON, R. Covid-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, p. 874, 26 set. 2020. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)>. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)32000-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)32000-6.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2021.

IMPERIAL COLLEGE LONDON (ICL). **Covid-19 Response Team 2020-2021 report**. Disponível em: <<https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/covid-19-response-team-2020-2021-report>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80p.

MBEMBE, A. O direito universal à respiração. In: **Pandemia Crítica**, n. 53. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em: <<https://www.n-1edicoes.org/textos/53>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

MELLO, T. **Faz escuro, mas eu canto**. 1. ed. Brasil: Civilização Brasileira, 1965. 83p.

MENEGHEL, S. N. Para que serve essa tal Epidemiologia? In: **Epidemiologia Exercícios Indisciplinados**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015. p. 203-2012.

MIRANDA, A. Pandemia da Covid-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico. In: MARTINS A. B. *et al.* (org.). **A Pandemia e a Saúde Coletiva: Produzindo conhecimento e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021.

PAVONI, E. **Inumeráveis**, 2020. Disponível em: <<https://inumeraveis.com.br>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

PERUZZO, M. **Médicos temem “pazuellização” do modelo de distanciamento controlado no RS**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/agenciadenoticias/destaque/tabid/855/IdMateria/324266/Default.aspx>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994**. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. Porto Alegre, 1994. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/10.097.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020**. Institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (Covid-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual e dá outras providências. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/upload/arquivos/22152948-decreto-n-55-240.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021a. 308 p. il. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Painel Coronavírus RS**. Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19>. 2021b>. Acesso em: 14 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Declaração da circulação comunitária da variante de preocupação (VOC) Delta no**

Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 23 jul. 2021c. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//comunicado-delt-1.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 56.199, de 18 de novembro de 2021.** Altera o Decreto nº 55.882, de 15 de maio de 2021, que institui o Sistema de Avisos, Alertas e Ações para fins de monitoramento, prevenção e enfrentamento à pandemia de Covid-19 no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, reitera a declaração de estado de calamidade pública em todo o território estadual e dá outras providências. Porto Alegre, 2021d. Disponível em: <<https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202105/17103015-55882.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SAFATLE, V. Bem vindo ao estado suicidário. In: **Pandemia Crítica**, n. 23. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em: <<https://www.n-1edicoes.org/textos/23>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SAFATLE, V. Para além da Necropolítica. In: **Pandemia Crítica**, n. 191. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em: <<https://www.n-1edicoes.org/textos/191>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

TV Senado, Brasília. **CPI da Pandemia ouve Pedro Hallal e Jurema Werneck – 24/06/2021.** [Internet] Brasília: TV Senado, 24 jun 2021. Vídeo 8:41:50. Disponível em: <<https://youtu.be/7BsmifsZLDc>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

VENTURA, D.; REIS, R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. **Direitos na pandemia:** mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. São Paulo, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2021.

VIRILIO, P. El Estado suicida. In: **La inseguridad del territorio.** Buenos Aires: La Marca, 1993.

WERNECK, G. L.; BAHIA, L.; MOREIRA, J. P. L.; SCHEFFER, M. **Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil.** Brasil, junho de 2020. Disponível em: <https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

A pandemia em comunidades vulnerabilizadas: um ensaio crítico

Vanessa Cristina Vieira Nemos

Jaqueline Miotto Guarnieri

Renata Riffel Bitencourt

Fabiano Almeida Negreiros

Luciane Maria Pilotto

Aline Blaya Martins

Introdução

No início de 2020, o mundo foi surpreendido por uma pandemia de proporções extraordinárias, que levaram a uma reorganização da vida como conhecemos, seja social ou economicamente (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA [UFPR], 2020). As dificuldades, que já não eram novidade em um país marcado pela desigualdade, foram exacerbadas. O aumento do desemprego, de pessoas vivendo em situação de rua, aliado à insegurança alimentar e às condições precárias de saneamento básico e moradia nos bairros mais pobres das capitais, fizeram eclodir e escancarar todos os problemas que não faziam parte da agenda do governo federal (BUCKERIDGE; PHILIPPI JUNIOR, 2020; UFPR, 2020). Somam-se ainda o negacionismo sobre a gravidade da situação, a falta de condução e coordenação das crises (sanitária, econômica, humanitária...), os ataques à ciência e a negligência para com a população, elementos que deixaram visível a relação harmoniosa entre o neoliberalismo e a máquina de morte, subordinando as vidas e as relações sociais à lógica do mercado (VIVEIROS DE CASTRO, 2019; GUARNIERI *et al.*, 2021).

Além de atingir principalmente as populações já vulnerabilizadas, que não tiveram possibilidade de seguir as orientações de cuida-

dos, seja por precisar seguir trabalhando e compartilhando o transporte coletivo lotado para seu deslocamento ou até mesmo por não ter como conseguir alimentar-se, quem dirá trocar de máscaras constantemente, acabou incitando a descrença e a manutenção dos privilégios, uma vez que contou com um franco estímulo das classes dominantes para a reabertura do comércio, para a negligência com prevenção e cuidados diante da “gripezinha” e com a viabilização do distanciamento social (LEHER, 2020; LIMA *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2021).

Organizações globais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), já vinham alertando desde o início da pandemia sobre a necessidade de comprometimento por parte dos Estados, que deveriam assumir o controle da situação, começando por prover renda e auxílios destinados às populações vulnerabilizadas. Essa proposta encontrou ampla resistência por parte do governo brasileiro, que inicialmente decretou auxílio emergencial em poucas parcelas e totalmente a contragosto de seus governantes, sendo que o valor sempre foi aquém do necessário para a sobrevivência. A proposta do executivo era de R\$ 200,00, e devido à oposição junto à atuação do Congresso Nacional, houve o aumento desse valor para R\$ 600,00, ainda que se tenha a compreensão da absoluta insuficiência desses recursos para atender minimamente a dignidade das famílias que compõem os grupos populacionais desfavorecidos no país.

Sem medidas que serviriam de alicerce para tantas famílias, que perderam seus entes provedores de recurso financeiro ou perderam seus empregos durante a pandemia, a situação tornou-se desumana (SOARES *et al.*, 2020).

Diante da ineficiência das manobras desencadeadas pelo governo federal, os estados e as prefeituras das cidades, fez-se necessária a ação de Organizações Não Governamentais (ONG), de movimentos comunitários e outros projetos sociais independentes, que auxiliaram as pessoas em situações mais críticas durante a pandemia (SOARES *et al.*, 2020). O descaso e a incapacidade do Estado em dar respostas efetivas às necessidades das comunidades exigiram que as mesmas se reinventassem para proteger os seus durante a pandemia. Diante disso, o

objetivo deste ensaio teórico conceitual consistiu em, através de uma revisão da literatura e de notícias publicadas em mídias abertas, analisar os impactos da Covid-19 e reunir informações sobre as ações de enfrentamento em comunidades vulnerabilizadas no Brasil e, mais especificamente, em Porto Alegre/RS.

Contextualizações necessárias sobre o Covid-19

Descrever o cenário do novo coronavírus supõe expor o seu surgimento, bem como seu diagnóstico, sua transmissibilidade, e verificar quais medidas de defesa foram e estão sendo propostas pelas autoridades sanitárias no combate ao novo vírus. A epidemia de Covid-19 iniciou na cidade de Wuhan, na China, em 2019 e alastrou-se rapidamente pelo mundo todo.

Inicialmente, muito pouco se sabia da origem, fisiopatologia, testes, prevenção e manejo dessa doença. Nesse cenário, acreditava-se que a pandemia poderia ser um fenômeno supostamente democrático, que prejudicaria todas as nações da mesma forma, apenas evidenciando as mazelas de uma ordem social neoliberal perversa já instituída (GAGO; CAVALLERO, 2020). No entanto, a análise mostrou-se ora lúcida, ora precipitada, uma vez que realmente a perversidade do capitalismo vigente foi exposta, mas se viu que, além da distribuição em todos os continentes, pouco houve de democrático na distribuição epidemiológica do contágio, do cuidado e dos óbitos pela doença.

Tal fato ficou marcado pelo acúmulo de barreiras e dificuldades impostas aos bairros pobres, periferias e favelas, que tiveram que somar às dificuldades cotidianas as barreiras de acesso à testagem diagnóstica, a necessidade do uso de máscara e álcool, a lavagem de mãos (onde não há espaço nem saneamento e muitas vezes nem água) (VELOSO, 2021; DOMINGUEZ; KLINK, 2021). Consequência óbvia, também ficou marcada nos corpos e almas dos moradores dessas localidades que pouco fazem ideia de que se perderam mais familiares e vizinhos nas favelas brasileiras do que em países inteiros da Europa. Apesar desses impactos gigantescos gerados pela pandemia, a maioria dessas pessoas não tem tempo para pensar nisso, situação

compreensível quando se tem que garantir o prato de comida do dia (THUSWOHL, 2021).

A pandemia da Covid-19 mostrou-se um dos grandes problemas sanitários em equivalência global deste século devido ao grande prejuízo que causou no mundo inteiro e acabou nos mostrando o quanto não podemos prever absolutamente nada do futuro (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, aconteceu o primeiro relato de Covid-19, fazendo com que o país entrasse em estado de alerta. A partir disso, houve uma progressão da evolução de contágio e de óbitos, que sucessivamente foi causando comoção e alerta. Ainda em 2020, pesquisadores chamavam a atenção para a notificação de mais de 1 milhão de casos e 50.000 mortes, que, mesmo com falhas na testagem e nas notificações, faziam do Brasil naquele momento o segundo país com o maior número de casos e mortes em todo o mundo. Na época, o número de casos aumentava progressivamente, escancarando a letalidade e o estrago que o vírus causava, destruindo inúmeras lares e famílias (SILVA; JARDIM; SANTOS, 2020), o que hoje se sabe que não perfaz nem 10% da tragédia que viria a acometer o país.

A Covid-19 reforçou e mostrou as adversidades do povo brasileiro de acordo com os graus de desigualdade social, levando a manifestar problemas encobertos ao redor da vulnerabilidade social em diversas classes da sociedade brasileira, que necessitam inúmeras vezes dos serviços públicos ou do sistema de proteção social e que, muitas vezes, não conseguem acesso a esses serviços (SOARES *et al.*, 2020). Essas necessidades denunciam problemas estruturais, como fome, (in)segurança pública, frágil educação, entre outros fatores. Entretanto, aceitar e dizer que o vírus seja o único e exclusivo responsável pelas dificuldades econômicas e sociais que encontramos até o momento, bem como pelas dificuldades que virão, é rejeitar o cenário anterior da economia brasileira (UFPR, 2020).

As diferenças sociais permanentes no país trouxeram complicações e consequências adicionais na execução de regras sanitárias recomendadas pela OMS e pela administração pública. Principalmente nas comunidades urbanas, onde seus habitantes não têm o adequado pro-

vimento de serviços de saneamento, água, oportunidade de trabalho que permita o isolamento social e ainda são esmagados em estreitas moradias e vielas. Além do que, com a baixa renda e o aumento dos preços dos produtos, inviabiliza-se o adequado acesso a itens de higiene, como sabonetes e álcool, além de itens de alimentação básica, vestimentas, entre outros, que são tão importantes à sobrevivência digna (FREITAS; SILVA; CIDADE, 2020).

Na prefeitura de Porto Alegre, chegou-se a discutir propostas como renda mínima para as pessoas em situação de vulnerabilidade, bem como a necessidade de ampliar e reestruturar as políticas públicas de auxílio a essas pessoas, porém não passaram da retórica. A nível estadual, teve-se a aprovação da Lei nº 15.604, de 12 abril de 2021, instituindo o apoio à atividade econômica e de proteção social, dando início ao chamado “Auxílio Emergencial Gaúcho” (RIO GRANDE DO SUL, 2021a). Esse programa disponibilizaria em torno de R\$ 107 milhões de reais para setores mais afetados pela pandemia, contemplando entre eles mulheres chefes de família em situação de extrema pobreza não atendidas pelo Bolsa Família nem pelo Auxílio Emergencial Federal. Nesse montante, que seria aportado pelo governo do Estado, 7 milhões vieram da Assembleia Legislativa para o financiamento do auxílio emergencial gaúcho, fazendo com que esse benefício chegasse ao alcance de um número maior de pessoas. Além das mulheres chefes de família, também deveriam ser contemplados trabalhadores e estabelecimentos que foram os mais atingidos pela pandemia (RIO GRANDE DO SUL, 2021b). Contudo, o auxílio não chegou a muitas famílias gaúchas, sendo que, em agosto de 2021, o auxílio emergencial gaúcho, que prometia beneficiar 8,1 mil mulheres, havia chegado a apenas 695 (GOMES, 2021).

Já o auxílio emergencial do governo federal, mencionado anteriormente, esteve em disputa política durante todo o período da pandemia (MORTARI, 2021; SANTA’ANA, 2021; CRUZ, 2021). Esse benefício em tese seria pago às famílias que apresentassem uma renda mensal total de até três salários mínimos, contando que a renda por pessoa na família fosse inferior a meio salário mínimo, e não se somaria a quaisquer outros benefícios, tais como o Bolsa Família, permane-

cendo apenas o benefício de maior valor. No ano de 2020, depois de ampla disputa política entre Executivo e Legislativo foram disponibilizadas cinco parcelas com o valor de R\$ 600,00 ou R\$ 1.200,00 para mães chefes de família. Ao acabarem essas cinco parcelas, o benefício foi ampliado até 31 de dezembro de 2020, compondo até quatro parcelas de R\$ 300,00 e R\$ 600,00. Por ter dado mais popularidade e avaliações positivas ao governo, no ano de 2021 foram aprovadas mais três parcelas, porém com valor ainda mais reduzido, R\$ 150,00 e R\$ 375, 00, de acordo com o perfil de cada pessoa (BRASIL, 2021). Além de serem valores insuficientes para o sustento das famílias, muitos que necessitavam não foram beneficiados.

Porém, o vírus tem mostrado as contradições do país, ou seja, cobra de uma pessoa que não tem direito a água nem acesso a água encanada que lave as mãos constantemente, para um desempregado que fique em casa. Um país que nega direitos básicos impõe perigo e riscos e exige uma prevenção que não dá condições mínimas de execução. Assim, a lavagem das mãos, amplamente divulgada como uma das principais formas de prevenir contra o coronavírus, transformouse em mais um desafio. A perversidade repetiu-se na exigência de isolamento, um momento de aflição para aqueles que precisavam buscar seu sustento e que necessitavam da movimentação nas cidades para assegurar a sua própria sobrevivência e a de sua família. Grande parte da população brasileira, ou seja, aqueles trabalhadores de baixa renda, foi a mais atingida pelos impactos diretos e indiretos da Covid-19, gerando o agravamento de muitos problemas para essas pessoas, tanto problemas físicos como psicológicos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA [ABRASCO], 2020).

Pessoas que são as maiores vítimas da desigualdade socioeconômica destinam-se a ter faticamente uma ocorrência diferente de propagação do vírus por possuir casas de inferior qualidade quando comparadas às pessoas que apresentam um poder aquisitivo melhor. Esses indivíduos geralmente vivem em números maiores de pessoas dentro de residências pequenas, sendo essas mesmas pessoas que utilizam o transporte público com maior ajuntamento de pessoas dentro de ônibus/metrô/trem, o que acarreta uma maior dificuldade no dis-

tanciamento social. Possuem também uma suscetibilidade diferencial por ter um aporte alimentar escasso e com menor qualidade nutricional, o que acaba gerando estresse psicológico constante nesses indivíduos e, não menos importante, a dificuldade em conseguir acessar os profissionais de saúde, que são de suma importância nesse momento (DEMENECH *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2021).

Tal realidade é previsível nas grandes metrópoles brasileiras, cindidas pela desigualdade social e caracterizadas pela dualidade de abrigar áreas ricas e prósperas e, ao mesmo tempo, inúmeras favelas. Não por acaso as duas grandes metrópoles do Brasil, os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, estão em primeiro lugar no número de confirmados. Obviamente, esses números já eram esperados devido ao grande número de pessoas que vivem nesses estados, à desigualdade e ao fato de estar na liderança de viagens internacionais, ou seja, além do fator local, acabam sendo grandes enteadas no fluxo de transmissão internacional da Covid-19. Em 2020, os maiores números de casos depois de São Paulo e Rio de Janeiro foram os estados do Amazonas, Ceará, Maranhão, Pernambuco e Bahia (BOMBARDI; NEPOMUCENO, 2020). Com a progressão da pandemia o quadro alterou-se, e em novembro de 2021 os recordes de casos e óbitos por Covid-19 concentraram-se nas regiões Sudeste e Sul na seguinte ordem: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul.

Os estados da região Nordeste do país tiveram uma série de estratégias orquestradas coletivamente e contaram com a assessoria de um comitê científico de apoio ao combate da pandemia do novo coronavírus, que foi instituído nos termos da Resolução nº 05/2020 no âmbito do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste, com a finalidade de assessorar os Estados consorciados na adoção de medidas para a prevenção, o controle e a contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, a fim de evitar a disseminação da doença e a estruturação do sistema de saúde para o atendimento da população (BRASIL, 2020). Embora as orientações não tenham sido integralmente seguidas (LIMA *et al.*, 2020), observam-se claramente os impactos positivos da estratégia antinegacionista e cientificista construída oportunamente pela região que, mes-

mo empobrecida, salvaguardou a vida de muitos cidadãos (FERNANDEZ; PINTO, 2020; LIMA *et al.*, 2020a; BOMBARDI; NEPOMUCENO, 2020; REZENDE, 2021).

No caso do Nordeste, observa-se claramente o quanto a estratégia política em todos os entes federados também pode ser um determinante/condicionante da saúde e da doença. Conforme a atual regulação, a distribuição dos serviços de água e esgoto sanitário são de competência dos municípios, assegurando seu dever e elaborando os Planos Municipais de Saneamento Básico e ampliando a abrangência com o objetivo de alcançar o acesso universal (FUNDO INTERNACIONAL DE EMERGÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA [UNICEF], 2020). No Brasil, o provimento da assistência à saúde é também descentralizado e de responsabilidade dos municípios e estados. No caso do Nordeste, observa-se claramente o quanto as estratégias dos municípios podem e devem ser orquestradas pelos estados e, quando se olha para o cenário nacional, é natural a associação entre os impactos da opção do governo federal de propagar o vírus (CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [CEPEDISA-USP]; CONECTAS, 2021), o descalço com a articulação interfederativa e o desfecho de mais de 600 mil mortos, denunciado pela Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI) da Pandemia (SENADO FEDERAL, 2021).

A atual crise gerou falta de informações coerentes e acúmulo de vulnerabilidades, fazendo com que milhares de indivíduos ficassem sem proteção pela inexistência de ações sociais protetivas em todo o país. Ademais, instalou-se um desastre socioeconômico nas metrópoles com impactos ainda mais severos nas favelas e periferias urbanas em virtude das tentativas de adoção de determinações de isolamento social, sem técnicas coordenadas e receptivas que garantissem à população mais carente condições mínimas de estabilidade e trabalho (DOMINGUEZ; KLINK, 2021).

Nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, a respeito das infraestruturas urbanas, essa realidade fica evidente quando se observam a temporalidade das políticas e a precariedade do acesso à água para a

finalidade de medidas preventivas simples, como lavar as mãos e a limpeza periódica das casas. Mais do que simplesmente apontar as inúmeras dimensões dos impactos sobre lugares e comunidades, o presente acontecimento mostra-nos as barreiras impostas ao enfrentamento do vírus e seu desdobramento por parte das tradicionais ineficientes políticas de planejamento urbano (DOMINGUEZ; KLINK, 2021).

No estado do Rio Grande do Sul, autores referiram que a economia foi muito afetada devido a medidas que foram impostas pelos governantes mundiais, tais medidas como fechamento de fronteiras, barreiras de comércio internacional, mantendo apenas os comércios de alimentação e o setor da saúde, somados a medidas locais que foram necessárias para a contenção do vírus: interrupção das aulas presenciais nas escolas e fechamento do comércio não essencial, por exemplo (MARTIN; MARTIN, 2020). Dessa forma, esses mesmos autores apontam que as medidas que foram impostas afetaram o setor da economia, o que justificaria medidas tomadas pelos comércios, bancos e instituições, mostrando os impactos da Covid-19 na saúde, na educação e na economia. Entretanto, esses autores não citam em momento algum desigualdade ou periferia ou comunidades ou favela ou vulnerabilidade social e reproduzem claramente as opções governamentais adotadas pelo estado e seu alinhamento à época com o discurso neoliberal do governo federal.

Considerando esse cenário, observa-se que as medidas impostas e a estratégia de defesa da “economia” acima de tudo não só falharam no controle do vírus, como também resultaram em uma diminuição repentina nas suposições de estabilidade econômica desse estado, que, embora não seja pobre, é o espaço onde vivem muitos trabalhadores empobrecidos. A pandemia acarretou o agravamento de instabilidades nos mais diferentes setores e resultou em impactos diretos na oferta de trabalho, que historicamente já vinha em crise no estado do Rio Grande do Sul (DUARTE; MARZULLO; SCHUMANN, 2021). Ao que tudo indica, a economia neoliberal (vigente no estado), orquestrada pelo modo de produção capitalista, que gera desemprego como um subproduto previsível (MARX, 1867), já estava em crise há muitas décadas e apenas se valeu da pandemia para seguir explorando e aniqui-

lando o trabalhador e o cidadão empobrecido das grandes cidades, colocando-o na marginalidade imposta pelo aumento do desemprego, que se somou aos impactos oriundos da pandemia de Covid-19.

Ações desenvolvidas por comunidades de Porto Alegre para enfrentamento da pandemia de Covid-19

Os impactos gerados nas grandes metrópoles e em suas comunidades vulnerabilizadas tanto pelo processo histórico, econômico e social preexistente como pela chegada da Covid-19 empurraram os territórios e os obrigaram ao desenvolvimento de inúmeras ações e estratégias locais voltadas ao enfrentamento da pandemia e à luta pela sobrevivência. Em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, não foi diferente (CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS HUMANOS DO RIO GRANDE DO SUL [CEDH-RS], 2021). Em em 2010, cerca 13,7% da população do município viviam em área de moradia precária e 12,11% dos domicílios possuíam rendimento domiciliar per capita de até meio salário mínimo (OBSERVA POA, 2013), situação que – mesmo sem dados atualizados – teve uma tendência à piora por causa da crise econômica iniciada em 2015, precarização e informalização do trabalho, crescente desemprego e consequências da pandemia.

O primeiro caso de Covid-19 no Rio Grande do Sul foi comprovado em 10 de março. Dois dias após, o governo do Estado informou o primeiro de inúmeros decretos sobre o assunto, trazendo algumas medidas de precaução nos órgãos públicos, como a suspensão de eventos e a criação do teletrabalho para trabalhadores que tivessem algum contato com casos suspeitos ou confirmados ou que tivessem voltado de viagens para lugares onde havia transmissão comunitária de Covid-19 (SOARES *et al.*, 2020). Em Porto Alegre, iniciou-se uma série de medidas preventivas à Covid-19, como a criação e divulgação de inúmeros decretos, delimitação de protocolos baseados em orientações internacionais e em pactuação com o governo do Estado do Rio Grande do Sul no propósito de conter a contaminação (SOARES *et al.*, 2020) e salvaguardar a economia, mesmo que às custas das vidas dos cidadãos

porto-alegrenses, como citado pelo prefeito da capital gaúcha em entrevista (ESTADO DE MINAS, 2021).

Segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde (SES), o início da pandemia ocorreu, predominantemente, em zonas de maior renda, porém chegou à periferia de Porto Alegre, estando inicialmente os bairros *Sarandi, Rubem Berta, Lomba do Pinheiro, Restinga e Partenon* no topo dos bairros com maior número de casos e mortes (HARTMANN, 2020). Com a falta de apoio do Estado, que se limitou a um escasso auxílio financeiro, e com a ausência de circunstâncias concretas que permitissem à população vulnerabilizada o cumprimento das orientações referentes ao isolamento, as próprias comunidades reuniram-se no intuito de conter a fome e a multiplicação do vírus, questões que se somaram exponencialmente aos problemas já existentes em territórios marcados material e imaterialmente pela desigualdade social histórica que caracteriza a cidade (ILHA, 2020).

Na *Grande Cruzeiro*, que reúne em torno de 32 vilas na periferia de Porto Alegre, foram realizadas ações de combate à instabilidade provocada pelo vírus, principalmente a escassez de comida, que se refletiu nas famílias mais necessitadas (ILHA, 2020). Diante dessa realidade, inúmeras ações foram desenvolvidas, constituindo parcerias entre moradores orquestradas por líderes comunitários e voluntários da sociedade civil, instituições e professores e estudantes das universidades.

Um dos projetos que foi desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para comunidades dos bairros Morro Santana e Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre foi a arrecadação de alimentos e distribuição de álcool em gel para os moradores das periferias. Esse projeto levou o nome de Rede de Solidariedade com e pela comunidade contra o coronavírus (Solicom), que contou com a ajuda e a participação de 30 estudantes e 60 docentes da universidade, que trabalharam em parceria com os movimentos A Periferia Move o Mundo e Frente Favela Brasil (BOFILL, 2020). Contudo, cabe ressaltar que a iniciativa não partiu da instituição e sim de uma mobilização isolada de alguns docentes, que, comprometidos com o território, mobilizaram pessoas até que o envolvimento da universidade fosse materializado.

No final de 2020, o movimento A Periferia Move o Mundo foi formado com o intuito de ajudar cinco creches comunitárias da Grande Cruzeiro, uma vez que essas foram desassistidas pela prefeitura de Porto Alegre e desamparadas no aporte da alimentação pela gestão municipal. Por não haver estoque de alimentos arrecadados para as creches, moradores e ativistas conseguiram três pontos de coleta e a doação de cem cestas básicas junto a UFRGS para que se iniciasse a distribuição desses alimentos. A partir disso, A Periferia Move o Mundo chegou a doar cerca de 160 cestas ou 1,7 toneladas de alimentos (ILHA, 2020).

Outra ação que também foi realizada nessa região foi um projeto criado por estudantes e professoras da disciplina de Urbanismo I na Faculdade de Arquitetura da UFRGS junto à parceria de líderes comunitários e moradores, em que se arrecadaram mais de R\$ 6.000,00, que geraram 120 cestas básicas, distribuídas nas comunidades (LABORATÓRIO DE ESTUDOS URBANOS [LEURB], 2020). A distribuição de cestas básicas também contou com uma ajuda das *Brigadas Populares*, um grupo de voluntários que realizou um mapeamento dos casos mais significativos para que se fizessem as doações. Os voluntários buscaram as áreas mais vulneráveis para o cadastro da situação dessas famílias, buscando identificar o número de crianças por domicílio, de idosos, presença de doenças crônicas e renda (ILHA, 2020).

De acordo com as informações, os “cuidadores de beco” começaram a acompanhar as famílias escolhidas e distribuíram essas doações, sempre monitorando para que a escolha não gerasse nenhuma insatisfação entre vizinhos ou até mesmo retaliações. Diante desse cenário, cada um dos 18 voluntários ficou encarregado de 15 famílias, ou seja, aproximadamente 300 famílias. Esse grupo de voluntários conseguiu arrecadar em torno de nove toneladas de alimentos, fazendo com que parte desse volume abastecesse famílias em extrema vulnerabilidade em outras regiões da cidade (ILHA, 2020).

Na mesma região da cidade, há ainda a *União de Vilas da Cruzeiro*, que agrupa diversas comunidades, instituições e organizações da Grande Cruzeiro. Desde que iniciou a pandemia, essa entidade dedicou-se a ouvir e compreender quais eram as principais dificuldades

expostas pelas famílias que vivem nessas comunidades. A partir disso, começaram a criar algumas estratégias de planejamento e organização para que houvesse a distribuição de cestas básicas, produtos de higiene e, não menos importante, informações aos moradores dessas comunidades sobre como se proteger da Covid-19, contribuindo também para a renovação de espaços públicos e realizando protestos contra o fechamento de escolas e unidade básicas de saúde (FERREIRA, 2020a).

A *União de Vilas*, por exemplo, buscou identificar famílias em sua base de atuação, que estão “escondidas” e invisibilizadas, não sendo incluídas nos programas sociais municipais, estaduais ou federais. Isso significa que se encontravam completamente vulnerabilizadas e que precisavam ser consideradas prioritárias em questão de assistência. O grupo que coordenava pressupunha a época em que existiam em toda a *Grande Cruzeiro* em torno de 700 famílias nessa situação – principalmente no chamado *Buraco Quente* e na *Vila Ecológica*, locais de extrema pobreza na região (ILHA, 2020).

Esse processo de identificação das famílias ocorreu a partir de uma lógica de organização comunitária que primou pela participação decisiva de lideranças locais, que contribuíram na identificação dos moradores mais vulneráveis, bem como com o cuidado na rotatividade de acesso às escassas doações em face da demanda. Nesse sentido, o referido movimento local buscou aliar a necessária ajuda às famílias ao trabalho de fomento e fortalecimento da organização comunitária. Assim, buscou uma leitura estratégica de médio e longo prazos sob a compreensão de que as lutas sociais não iniciaram com a pandemia e tampouco se esgotarão com um eventual cenário sanitário mais favorável.

Ademais, pelo que se observa, nesse sentido agentes e comunidades de alguns bairros da cidade de Porto Alegre ampliaram e organizaram, além do combate à fome, redes de apoio/luta. Essas redes foram organizadas para diminuir o impacto da pandemia nas comunidades mais vulneráveis e para dar conta da inexistência de base e apoio que cobrassem a responsabilidade das instituições públicas (SOARES *et al.*, 2020).

O Movimento de Mulheres Olga Benário desenvolveu a campanha de apoio a diaristas, que nasceu de solicitações das coordenadoras, recepcionadas e abrigadas da *Casa de Referência Mulheres Mirabal*. Essa campanha teve como objetivo, primeiramente, arrecadar doações de comida e mercadorias de higiene e limpeza e transferi-los para mulheres que procuravam a campanha, seja através da internet ou da *Casa de Referência Mulheres Mirabal*. Logo no início, a campanha foi capaz entregar oito kits contendo alimentos não perecíveis e também contendo alguns itens de higiene e limpeza. No decorrer do tempo, inúmeras mulheres começaram a buscar o movimento em busca do auxílio (SOARES et al., 2020).

O *Margem Laboratório* (2020), da UFRGS, denunciou também a desigualdade digital nos territórios da cidade e a repercussão das dificuldades impostas pela dificuldade de acesso à internet na vida urbana e seus impactos tanto no acesso aos serviços públicos como à educação e ao direito à cidade propriamente dito. Com Oficinas de Narrativa Popular, entre agosto e setembro de 2020, criou-se um espaço de troca de saberes e escuta em locais caracterizados pela vulnerabilidade social na cidade e dessas produziu-se um documentário. Todo o método de construção do documentário foi assistido pelos narradores, que criaram parte das oficinas através de narrativas dos moradores de periferias, que puderam trazer seus relatos das dificuldades cotidianas. As vozes que constituem o documentário vêm do *Morro da Cruz*, *Campo da Tuca*, *Vila Liberdade*, *Ocupação Zumbi dos Palmares*, *Centro de Referência Afroindígena do RS* e do *Assentamento 20 de Novembro*. Essas vozes denunciam e dão visibilidade à perversidade de um Estado que, quando mais deveria cuidar, exclui e violenta das formas mais concretas, como o descaso com a fome ou com a saúde pública, que foi terceirizada em plena pandemia, até as mais invisíveis, como a exclusão digital (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL [UFRGS], 2021).

Apesar disso, a periferia resiste e encontra seus caminhos. A parceria com o *Movimento Sem Terra* (MST) em 2020, por exemplo, possibilitou que muitas famílias tivessem alimento na mesa na cidade de Porto Alegre a partir da doação de alimentos para a distribuição de 5,3

mil marmitas. Também teve um *drive-thru*, montado em frente ao *Sindicato dos Municípios de Porto Alegre (SIMPA)* para a distribuição de 300 marmitas, que foram entregues por motoqueiros parceiros às famílias em situação de vulnerabilidade social das comunidades da capital gaúcha (FERREIRA; REINHOLZ, 2020).

Na região da Restinga, onde há o maior complexo de vilas da capital e também algumas das comunidades mais desprotegidas, o isolamento manteve-se em baixa, e a escassez de alimentos foi uma constante. Casas com difícil acesso, infraestrutura precária, sem saneamento e muitas ainda sem banheiro e chuveiro ilustram a situação precária a que são submetidas vidas esquecidas. Ali, a *Casa Emancipa*, uma ONG de educação popular, distribuiu inúmeras cestas básicas e também conseguiu compartilhar 200 quentinhas nas ruas da Restinga, isso incluindo tanto famílias carentes como os moradores de rua. Toda essa ação contou com o apoio de professores da Escola Estadual Pessoa de Brum, amigos e pessoas anônimas (ILHA, 2020).

Uma ação denominada *Pandemia com Empatia*, que conta com uma grande rede de suporte, surgiu através de um grupo de mulheres da Restinga, que se juntou pela defesa dos moradores do território e que começou a produzir voluntariamente máscaras para as famílias que têm dificuldades em adquirir esse produto de proteção nesse momento de pandemia de Covid-19 (FERREIRA, 2020a). As máscaras que foram doadas são produzidas por costureiras da comunidade através de doações de matéria-prima, contando com a importante ajuda dos moradores e do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). Essas máscaras foram doadas em um saquinho devidamente higienizado, obtendo duas unidades e um manual de como utilizá-las (FERREIRA, 2020a).

Na *Lomba do Pinheiro*, um dos três bairros mais populosos de Porto Alegre e onde se localizam dezenas de vilas, nove cozinhas acolhem a comunidade, sendo que essas cozinhas têm o apoio do *Comitê de Combate à Fome*, servindo cerca de 200 refeições nas quartas-feiras. As cozinhas operam através de núcleos, onde as pessoas que são voluntárias fazem a produção desses alimentos, que são doados para a comunidade. Além da doação de marmitas, existe também um núcleo

específico responsável pela tarefa de arrecadação e distribuição de alimentos, roupas e calçados (DIAS *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda que, apesar de todas essas iniciativas, a fome nos territórios só aumentou nesse período e os velhos problemas se agravaram. Um deles, que afeta as periferias, especialmente em Porto Alegre, é a recorrente falta de água. Considerando a orientação vigente até este momento de frequente lavagem das mãos e das máscaras e sendo a água um item indispensável à manutenção da vida, é fácil compreender que a ação comunitária tem capacidade limitada de intervir sobre o problema, fazendo com que a ausência dela tenha colocado, e ainda coloque, inúmeras pessoas à mercê do vírus (REINHOLZ, 2020).

As ações desenvolvidas nas comunidades seguem e parecem ampliar-se muito para além das que foram apresentadas aqui. Todavia, muitas não chegaram a encontrar nas mídias ou na academia uma forma de divulgação e incentivo, mesmo tendo possibilitado a sobrevivência de muitas famílias. O justo reconhecimento de sua importância é urgente, mesmo que saibamos que as ações comunitárias não poderão ocupar um espaço que precisa ser do Estado. Diante da desigualdade social e do modo de produção capitalista, que empurra a periferia ao abismo, não há a menor perspectiva de que se possa prover a dignidade e a cidadania das pessoas a não ser que tenhamos radicais e efetivas ações de equidade que protejam os menos favorecidos com a estatização total de setores fundamentais à manutenção da vida, tais como água, energia elétrica, saúde, com a reforma agrária necessária à soberania alimentar e com a taxação das grandes fortunas para que garantias sejam realmente dadas a esse povo sofrido que luta praticamente sozinho.

Algumas considerações finais

Este ensaio mostrou o quanto a pandemia não foi igual para todos, pois evidenciou o quanto as escolhas dos governos neoliberais tanto do país como do estado e do município de Porto Alegre fragilizaram as relações e colocaram as comunidades em uma situação de vulnerabilização extrema. Essas comunidades organizaram-se e desenvolveram estratégias de sobrevivência e de prevenção e de combate ao

vírus, amparadas no terceiro setor, em universidades, escolas e no voluntariado anônimo.

Também ficou evidente o pouco espaço que se dá para a divulgação das estratégias desenvolvidas nos territórios, sendo que a maioria dos artigos científicos utilizados nessa revisão, mesmo que contra-hegemônicos, ainda versa muito mais sobre questões da macropolítica, economia, ciências sociais e políticas do que de fato sobre a construção de práxis. À medida que a revisão foi se aproximando dos territórios locais, também se precisou aproximar da mídia alternativa. Ao que parece, a luta cotidiana da periferia interessa a poucos.

Tal fato marca a importância de fortalecer e dar visibilidade aos movimentos comunitários como tática de sobrevivência e de articulação política. É possível e provável que muitas outras experiências tenham sido desenvolvidas e não estejam neste ensaio pela dificuldade em encontrar os relatos de tais experiências. E, por outro lado, não é possível se colocar ao lado e lutar junto do que não se vê, do que é invisibilizado estrategicamente. Sozinhos, os movimentos comunitários fatidicamente ficam tomados pela tarefa praticamente única e exclusiva de garantir um prato de comida, mas esse nunca será o suficiente.

Olhar para os impactos da pandemia nesses espaços faz pensar na necessidade urgente de transformação social, com base em poder popular, em representatividade, para que se possa então pensar em um Estado que, diante de qualquer cenário, seja capaz de ser representado por seus cidadãos de cada periferia, que represente suporte e não seja mais um motivo de sofrimento para seu povo.

Introduzir outros estudos que tragam a questão da narrativa das comunidades para pensar em estratégias com elas e para elas a partir do próprio olhar das comunidades também é muito importante e coloca a universidade a serviço do povo. Ensaio como esse que, embora tenham limitações, se debruçam não apenas sobre a produção acadêmica, que muitas vezes é enviesada e reproduz o modelo neoliberal, podem ser instrumentos úteis tanto para o registro como para o planejamento de novas ações. Esse conjunto de informações dialoga tanto com os saberes acadêmicos como com as mídias hegemônicas e alter-

nativas de forma ampla e plural, permitindo ampliar a capacidade de análise de conjuntura.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Coronavírus nas favelas: É difícil falar sobre perigo quando há naturalização do risco de vida**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/coronavirus-nas-favelas-e-dificil-falar-sobre-perigo-quando-ha-naturalizacao-do-risco-de-vida/46098/>>. Acesso em: 22 set. 2021.

BOFILL, M. G. **Projeto da UFRGS promove ações para auxiliar comunidades de Porto Alegre durante a crise do coronavírus**. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/03/25/projeto-da-ufrgs-promove-acoes-para-auxiliar-comunidades-de-porto-alegre-durante-a-crise-do-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BOMBARDI, L. M.; NEPOMUCENO, P. L. M. **Covid-19, desigualdade social e tragédia no Brasil**. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/covid-19-desigualdade-social-e-tragedia-no-brasil/>>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. **Auxílio Emergencial está liberado para nascidos em janeiro**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/11/auxilio-emergencial-esta-liberado-para-nascidos-em-janeiro.2021>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 05/2020, de 31 março de 2020**. 2020. Disponível em: <http://www.consorcionordeste-ne.com.br/wp-content/uploads/2020/06/resolucao_005_institui_o_comite_cientifico_de_apoio_ao_combate_a_pandemia_do_coronavi%CC%81rus.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BUCKERIDGE, I.; PHILIPPI JUNIOR, A. **Ciência e políticas públicas nas cidades: revelações da pandemia da Covid-19**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/TTsNQygCtskcwB4XmhQqp4D/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO [CEPEDISA-USP]; CONECTAS (2021). Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. **Boletim Direitos na Pandemia**, 10. Disponível em: <

Download-, Boletim%20Direitos%20na%20Pandemia%20n., de%20norma%20e%20%C3%B3rg%C3%A3o%20emissor>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS HUMANOS DO RIO GRANDE DO SUL (CEDH-RS). **CEDH-RS recomenda a criação de um plano emergencial para às comunidades em vulnerabilidade social**. 2020. Disponível em: <<https://cedhrs.wordpress.com/2020/04/01/cedh-rs-recomenda-a-criacao-de-um-plano-emergencial-para-as-comunidades-em-vulnerabilidade-social/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

CRUZ, V. **Equipe econômica do governo teme nova derrota no Auxílio Brasil**. G1 [on-line]. Out. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/blog/valdo-cruz/post/2021/10/28/equipe-economica-do-governo-teme-nova-derrota-no-auxilio-brasil.ghtml>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 9-11, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fm3gkNqTH9XS9nBfqcGwgfG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

DIAS, V. M. C. H. *et al.* Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com Covid-19. **Journal Infection Control** [on-line], v. 9, n. 2, abr./jun 2020. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Journal_Infection_Control.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

DOMINGUEZ, M. T.; KLINK, J. J. **Metrópoles em tempos de pandemia: mapeando territórios subversivos nas RMSP e RMRJ**. p. 933. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cm/a/SM9TDzgNVS7ZjqdqxtzS3kq/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

DUARTE, T. S.; MARZULLO, M.; SCHUMANN, E. **Muito além da Pandemia: A histórica crise no mercado de trabalho formal e os impactos da Covid-19 nos empregos do Rio Grande do Sul**. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/49670/30089>>. Acesso em: 29 out. 2021.

ESTADO DE MINAS. Contribua com a sua vida para que a gente salve a economia, diz prefeito. **Estado de Minas** [on-line], fev. 2021. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/02/25/interna_nacional,1241134/contribua-com-a-sua-vida-para-que-a-gente-salve-a-economia-diz-prefeito.shtml>. Acesso em: 09 nov 2021.

FERNANDEZ, M. V.; PINTO, H.U. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, Suplem., 2020. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3150/0>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FERREIRA, M. Mulheres da periferia de Porto Alegre produzem 5 mil máscaras para quem mais precisa. **Brasil de Fato** [on-line], abr. 2020a. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/04/28/mulheres-da-periferia-de-porto-alegre-produzem-5-mil-mascaras-para-quem-mais-precisa>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

FERREIRA, M. União de Vilas desperta o poder popular para encarar o coronavírus na periferia. **Brasil de Fato** [on-line], jul. 2020b. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/07/08/uniao-de-vilas-desperta-o-poder-popular-para-encarar-o-coronavirus-na-periferia>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FERREIRA, M.; REINHOLZ, F. Cozinhas comunitárias fazem o trabalho que o governo não faz durante a pandemia. **Brasil de Fato** [on-line], 25 set. 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/09/25/cozinhas-comunitarias-fazem-o-trabalho-que-o-governo-nao-faz-durante-a-pandemia#>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FORTES, A.; OLIVEIRA, L. D.; SOUSA, G. M. A Covid-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geografia Econômica**, ano IX, n. 18, 2020. DOI: <<https://doi.org/10.4000/espacoconomia.13591>>. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/espacoconomia/13591>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FREITAS, C. M.; SILVA, I. V. de; CIDADE, N. da C. Covid-19 As a global disaster: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. **Ambiente & Sociedade** [on-line], v. 23, e0115, 2020. ISSN 1809-4422. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200115vu2020L3ID>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O papel fundamental do saneamento e da promoção da higiene na resposta à Covid-19 no Brasil**. Nota técnica. Ago. 2020. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/9721/file/notatecnica-saneamento-higiene-na-resposta-a-covid-19.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2021.

G1. Ciência e Saúde. Cronologia da expansão do novo coronavírus descoberto na China. **G1** [on-line], jan. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/>>

ciencia-e-saude/noticia/2020/01/22/cronologia-da-expansao-do-novo-coronavirus-descoberto-na-china.ghtml>. 22/01/2020. Acesso em: 09 nov 2021.

GAGO, V.; CAVALLERO, L. Dívida, moradia e trabalho: uma agenda feminista para o pós-pandemia. **Medium**, 18 abr. 2020. Laboratório de Teorias e Práticas Feministas (PACC-UFRJ). Disponível em: <<https://medium.com/laborat%C3%B3rio-de-teorias-e-pr%C3%A1ticasfeministas-pacc/d%C3%ADvida-habita%C3%A7%C3%A3o-e-trabalhouma-agenda-feminista-para-o-p%C3%B3s-pandemia-9776cad9c302>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

GOMES, L. Auxílio emergencial gaúcho prometia beneficiar 8,1 mil mulheres, mas apenas 695 receberam. **Sul 21** [on-line], ago. 2021. Disponível em: <<https://sul21.com.br/noticias/politica/2021/08/auxilio-emergencial-gaucha-prometia-beneficiar-81-mil-mulheres-mas-apenas-695-receberam/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GUARNIERI, J. M. *et al.* Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à Covid-19. In: MARTINS, A. B. *et al.* (orgs.). **A pandemia e a saúde coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. v. 1, p. 25-40.

HARTMANN, M. Bairros pobres de Porto Alegre Lideram Casos E Mortes Por Coronavírus. **Jornal Zero Hora** [on-line]. Porto Alegre, 22 dez. 2020. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/12/bairros-pobres-de-porto-alegre-lideram-casos-e-mortes-por-coronavirus-ckj0gusmi0003019w5qh2g79h.html>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ILHA, F. A periferia luta sozinha contra a pandemia. **Extra Classe** [on-line], 14 maio 2020. Disponível em: <<https://www.extraclasse.org.br/movimento/2020/05/a-periferia-luta-sozinha-contr-a-pandemia/>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS URBANOS (LEURB). Leurb ajudou o fundo de apoio à vila união Santa Tereza. **Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul** [on-line], 04 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/arquitetura/leurb-ajudou-o-fundo-de-apoio-a-vila-uniao-santa-tereza/>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

LEHER, R. Universidades públicas, aulas remotas e os desafios da ameaça neofascista no Brasil. **Carta Maior** [on-line], jun. 2020. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Educacao/Universidades-publicas-aulas-remotas-e-os-desafios-da-ameacaneofascista-no-Brasil/54/47699>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

LIMA, D. L. F. *et al.* Covid-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1578-1582, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/BtsPz7tPKSDfhTRKMzFCYCR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

MARTIN, M. C. S; MARTIN, M. C. S. Impactos iniciais da Covid-19 no Estado do Rio Grande do Sul. **Boletim de conjuntura**, Ano II, v. 2, n. 4, Boa Vista, 2020. Disponível em: <<https://revista.ufr.br/boca/article/view/San-Martin/2862>>. Acesso em: 28 out. 2021.

MARX, K. **O Capital**. Livro I, v. 1, 1867.

MORTARI, M. Equipe econômica tem disputa contratada com mundo político na renovação do auxílio emergencial. **InfoMoney** [on-line], fev. 2021. Disponível em: <<https://www.infomoney.com.br/politica/equipe-economica-tem-disputa-contratada-com-mundo-politico-na-renovacao-do-auxilio-emergencial/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

OBSERVA POA. Conhecendo as favelas de Porto Alegre. **Observa POA** [on-line], nov. 2013. Disponível em: <http://observapoa.com.br/default.php?reg=337&p_secao=17>. Acesso em: 08 mar. 2022.

REINHOLZ, F. Periferias de Porto Alegre sofrem com falta de água durante pandemia de coronavírus. **Brasil de Fato** [on-line], 24 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/03/24/periferias-de-porto-alegre-sofrem-com-falta-de-agua-durante-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

REZENDE, S. Um exemplo do Nordeste: não ao negacionismo da ciência. **Poder 360** [on-line], 10 out. 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/opiniao/coronavirus/um-exemplo-do-nordeste-nao-ao-negacionismo-da-ciencia-por-sergio-rezende/>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 15.604 de 12/04/2021**. Institui o auxílio emergencial de apoio à atividade econômica e de proteção social, bem como estabelece medidas excepcionais de enfrentamento às consequências econômicas e sociais decorrentes da pandemia de Covid-19 para o Estado do Rio Grande do Sul. 2021a. Disponível em : <https://www.legisc.com.br/dim/plantoes/16-04-2021/beneficio_emergencial_lei.htm#:~:text=A%20LEI%20N%C2%BA%2015.604%20de,do%20Rio%20Grande%20do%20Sul>. Acesso em: 11 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Governo recebe R\$ 7 milhões da Assembleia para reforçar o Auxílio Emergencial Gaúcho**. 2021b. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/governo-recebe-r-7-milhoes-da-assembleia-para-reforcar-o-auxilio-emergencial-gaucha>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

RODRIGUES, M. dos S. *et al.* Análise da evolução do Sars-Cov-2 no Rio Grande do Sul e reflexões acerca do modelo de distanciamento controlado. Dossiê Aspectos geográficos da pandemia de Covid-19. **Confinns**, n. 52, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.4000/confins.40889>>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/40889#quotation>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SANTA'ANA, J. Guedes confirma auxílio de R\$ 400 até 2022 e diz que estuda forma de alterar teto de gastos. **G1, Economia** [on-line], 20 out. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/10/20/guedes-confirma-auxilio-de-r-400-ate-2022-e-diz-que-estuda-forma-de-alterar-teto-de-gastos.ghtml>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

SENADO FEDERAL. CPI da Pandemia. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021. Relatório Final. **Senado Federal** [on-line], out. 2021. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1wyq0Lwe0a6mLRz1a4xKqdpjarlWTDXPj/view>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

SILVA, G. A.; JARDIM, B. C.; SANTOS, C. V. B. dos. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 25, n. 9, p. 3.345-3.354, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3345-3354/pt>>. Acesso em: 21 out. 2021.

SOARES, P. R. R. *et al.* A pandemia de Covid-19 NO Rio Grande do Sul e na Metrópoles de Porto Alegre. **Observatório das metrópoles**, 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrosoles.net.br/wp-content/uploads/2020/07/Dossi%C3%AA-N%C3%BAcleo-Porto-Alegre_An%C3%A1lise-Local_Julho-2020.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

THUSWOHL, M. Favelas do Rio registram mais mortes por Covid-19 que muitos países. **Carta Capital** [on-line], mar. 2021. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/favelas-do-rio-registram-mais-mortes-por-covid-19-que-muitos-paises/>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Brasil e o mundo diante da Covid-19 e da crise econômica. **PET Economia – UFPR**, /S. l./, p. 102, 2020. Disponível em: <<https://www.ufpr.br/portalfpr/wp-content/uploads/2020/07/Brasil-e-o-mundo-diante-da-Covid-19-e-da-crise-economica.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). O Margem_Laboratório. **Vídeo-Documentário Pandemia e Periferia (2020)**. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/margemlab/video-documentario-pandemia-e-periferia/>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

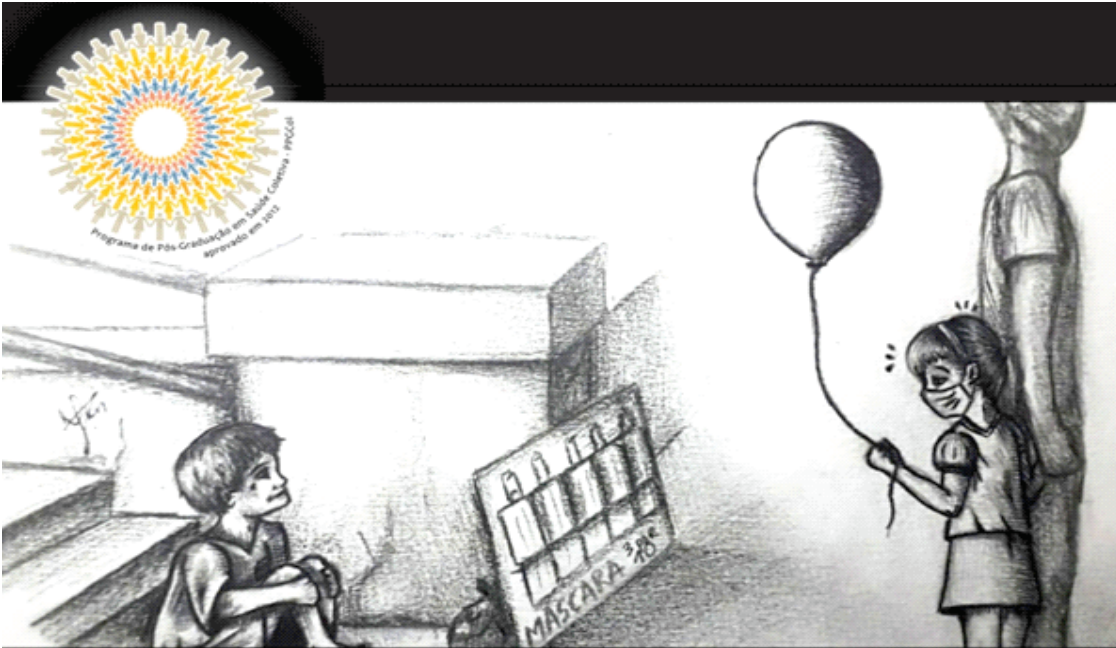
VELOSO, L. Demora em testes ainda atrapalha combate a covid-19 nas periferias. **Folha de São Paulo**, abr. 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/04/demora-em-testes-ainda-atrapalha-combate-a-covid-19-nas-periferias.shtml>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

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

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.190/0102-311X00068820>>. Acesso em: 09 nov. 2021.

Seção 2

Educação, Saúde Coletiva e pandemia



Direitos iguais

@yazmumu

Pensar a infância na pandemia sem pensar na perversidade da meritocracia seria no mínimo ingênuo, se não perverso.

Pensar em retornar às atividades escolares.

Enquanto uns têm a oportunidade de usar recursos digitais, apoio psicológico, distanciamento controlado e segurança e outros sequer sabem se terão escolas, professores e merenda escolar devido às disputas em torno do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica. Neste momento, proteger a infância e entender as distintas realidades é imperativo para proteger o futuro de todes.

Aline Blaya

Olhares sobre a perversa necropolítica que operou sobre a educação em tempos de pandemia

Raquel Kaufmann Carniel

Tempos de pandemia de Covid-19 e a necropolítica

Não há melhor lugar e nem momento para escancarar a necropolítica do que no lugar *Brasil* e no momento *pandemia de Covid-19*. Talvez essa minha ideia possa ser um tanto enviesada, já que estou inserida em tal tempo-espço e em outro não vivi. Do mesmo modo, faz-se para mim impensável tentar abrandar o momento, impensável tentar abrandar a necropolítica, a política de mais de meio milhão de mortes.

Este é o momento e o lugar em que discursos de ódio e de negação da ciência endossam o poder de morte do Estado, que mata aquelas vidas desumanizadas, consideradas precárias e sem valor (FANON, 2021; SANTOS, 2007). O genocídio da população negra e pobre é programado, mas é assunto velado e que consegue esconderijo atrás de um minúsculo vírus.

O filósofo martinicano Franz Fanon, em sua obra “Condênados da Terra”, é tão sublime e compreensível quando trata de necropolítica, que irei citá-lo na íntegra, sem ressalva alguma ou necessidade de contextualizar com o momento vivido atualmente:

A cidade do colonizado, ou pelo menos a cidade indígena, a aldeia negra, a medina, a reserva, é um lugar de má fama, habitado por homens de má fama. Lá, nasce-se em qualquer parte, de qualquer maneira. Lá, morre-se em qualquer parte, de qualquer coisa. É um mundo sem intervalos, onde os homens se amontoam uns sobre os outros, as cubatas, umas sobre as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de sapatos, de car-

vão e de luz. A cidade do colonizado é uma cidade agachada, uma cidade de joelhos, uma cidade de cócoras. É uma cidade de negros, uma cidade de *bicots* (FANON, 2021, p. 43).

No Brasil, os primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus datam de março de 2020. Já no início, ficou claro que o vírus não seria democrático, pois a sociedade também não é (FARIA, 2020). Entre as primeiras mortes por Covid-19 no Brasil e a primeira no Rio de Janeiro foi a da senhora Rosana. Já era idosa e enfrentava condições crônicas de saúde. Há aproximadamente duas décadas, a senhora Rosana trabalhava como empregada doméstica, deslocando-se por volta de 100 quilômetros para chegar ao Leblon na casa da patroa. Assim permaneceu fazendo, mesmo tendo a patroa retornado recentemente de uma viagem à Itália, a qual sofria uma explosão de casos de Covid-19. A patroa, isolada em casa. Rosana junto dela. O desfecho acho que já deu para entender. Não foi a patroa quem morreu (LEMOS, 2020).

O vírus não é democrático. Arraigadas iniquidades sociais e econômicas definem o percurso de infecção e consequências na vida das famílias atingidas pela doença. Fatores como acesso à água tratada e ao saneamento básico, alimentação, hospital de qualidade, segurança pública, além do emprego mantido mesmo em período de isolamento escancaram a realidade não democrática do atual momento em nossa perversa sociedade (MIZAN; FERRAZ, 2021).

A pandemia não é democrática. As consequências indiretas são intensamente vividas por quem menos tem condições de enfrentá-las. No Brasil, a população que vive em extrema pobreza aumentou ao mesmo tempo em que o número de brasileiros bilionários também cresceu, como nunca antes visto. Estamos entre os países mais desiguais do mundo, e a pandemia veio acentuar e nos jogar (na cara e ainda) mais próximos do topo desse infeliz *ranking* (NEVES *et al.*, 2021).

Os brasileiros que não vivem na periferia, aqueles que possuem emprego formal e a possibilidade de trabalhar “de casa” têm menos chances de morrer de Covid-19. Quem paga com vidas é a população periférica, que necessita do trabalho para a subsistência diária, para o prato de comida de hoje. Pesquisas publicadas em jornais de grande circulação demonstram que é na periferia a maior concentração de

óbitos por Covid-19 em menores de 65 anos e também é onde a doença é mais letal (CARDOSO; AMBROSIO, 2020; LEÃO *et al.*, 2020). Somado a isso, quem pode bancar as despesas de hospitais privados possui mais chances de driblar a doença, já que a taxa de cura da Covid-19 é 50% maior nessas instituições (FARIA; YUKARI, 2020).

A perversidade sobre a educação básica

Vê quem quer, pois escancarado está: durante a pandemia de Covid-19, o governo Bolsonaro foi tão omissivo na educação quanto foi na saúde. Passaram-se meses de escolas fechadas. Passaram-se 22 meses de uma educação despreparada e de dois diferentes ministros, que sequer procuraram saber os efeitos da pandemia no sistema educacional brasileiro. Portanto, busco aqui apresentar pesquisas, dados e vivências da gritante necropolítica que se instalou também no já tão sofrido setor da educação básica brasileira.

Em texto recente, intitulado *Ainda tempos estranhos*, Nogueira (2021, p. 312) afirma que “a educação ocorre num contexto cultural e social, e não num vazio social abstrato”. Pesquisadores e também parte de nossa sociedade brasileira já haviam reconhecido que tanto a educação básica como a superior eram atravessadas por desigualdades educacionais, além de marcadas, claro, por critérios de raça, classe e gênero entre estudantes e também nas diferentes regiões brasileiras (RIBEIRO *et al.*, 2013; PARREIRAS; MACEDO, 2020).

No Brasil, existem mais de 179 mil escolas de educação básica. Segundo o censo publicado em 2020, as instituições públicas são as que concentram a maior parte dos estudantes desse nível: a rede municipal tem o maior número de estudantes, 48,4%; a rede estadual possui 32,1% dos estudantes; a rede federal tem menos de 1% dos estudantes. Já a rede privada de educação básica possui 18,6% dos estudantes (CRISTALDO, 2021).

Desde o período letivo que iniciaria em 2020, a educação básica teve longo período de portões fechados e pouca conexão com seus alunos e as famílias deles. A educação básica reinventou-se como pôde, sem orientações objetivas se deveria ou não permanecer com um ensi-

no remoto, como fazê-lo e ainda sem suporte financeiro e de recursos para tanto. Imaginemos então aquelas dificuldades educacionais citadas anteriormente, acrescentadas às desigualdades digitais frente ao desafio (quando posto) do ensino remoto (MACEDO, 2021).

No bairro periférico em que trabalho, durante conversas com crianças e com mães e pais de alunos da rede pública de educação básica, percebi um cenário pandêmico com pessoas perdidas perante a educação básica. Desde o início, aquela periferia teve muito medo de levar suas crianças à escola, aquela periferia teve muito medo do vírus. Surpreendente seria se medo não tivessem frente aos duros desfechos que a doença já mostrava desencadear em territórios e populações vulnerabilizadas. No entanto, para seguir em ensino remoto, poucos tinham a opção de usar celular com internet e quase nenhum, o computador. Na periferia, assisti a mães irem até o portão da escola para receber as atividades escolares a serem feitas por seus filhos em casa, das quais muitas não passavam de desenhos a serem coloridos, trabalho possível de ser realizado sem a supervisão de uma professora. Algumas mães nem o desenho na escola buscavam por desacreditar naquela forma de educação, por medo de sair de casa com o vírus à solta, por desinteresse, por não haver lápis de cor em casa.

Em um texto recente no *site* da revista *Piauí*, intitulado *Sem internet nem aprendizagem*, percebemos a catástrofe da rede pública de educação básica, principalmente nas situações de crianças e adolescentes mais pobres e que vivem em cidades com pouca infraestrutura:

Antes da pandemia, ao menos 4,3 milhões de estudantes não tinham acesso à internet, e, durante o ano letivo de 2020, apenas 6,6% das escolas públicas forneceram internet em domicílio para os alunos. Um terço dos colégios da rede pública não teve qualquer tipo de aula a distância – fosse ao vivo, gravada, pela internet, pelo rádio ou pela televisão. E mesmo a reabertura das escolas tem sido marcada por desigualdades: entre os alunos de maior renda, 38% estudam em colégios que voltaram a ter aulas presenciais, enquanto no grupo dos alunos mais pobres a proporção é de apenas 16% (MAZZA; BUONO, 2021).

Durante o ano letivo de 2020, de cada 100 escolas da rede municipal – nas quais estuda a maior parte da população brasileira – apenas

65 tinham acesso à internet. Já na rede privada, 98 de cada 100 escolas tinham internet. Além disso, também em 2020, apenas 6,6% das escolas públicas ofereciam internet gratuita ou subsidiada para os alunos, havendo muitas disparidades regionais, visto que no estado de Rondônia 0,5% das escolas públicas conseguiu garantir internet para seus alunos em isolamento, enquanto no Distrito Federal foram 42% (MAZZA; BUONO, 2021).

Na pandemia, um programa destinado a ampliar o acesso à internet nas escolas públicas sofreu corte de 45%. Ademais, o presidente Bolsonaro vetou um projeto aprovado pelo Congresso que obrigava o governo a comprar pacotes de internet para os estudantes. Ao invés disso, o presidente listou 35 itens que considerava prioritários para aprovação no Congresso em 2021, nenhum deles voltado ao enfrentamento da crise na educação. Merecem destaque na lista feita pelo presidente os assuntos: mineração em terras indígenas, reforma tributária, privatizações, posse de armas e, no único item sobre educação, cita o *homeschooling* (educação domiciliar), prática hoje ilegal no Brasil e polêmica em todo o mundo, já que nessa forma de ensino as crianças não aprendem a socializar e a lidar com o diferente. Os defensores brasileiros do *homeschooling* são, em geral, bolsonaristas, olavistas, evangélicos e ultraconservadores, que acreditam que é preciso proteger as crianças do ateísmo e da doutrinação marxista das escolas brasileiras (MAZZA, 2021).

São tempos sombrios os que vivemos. Enquanto devaneios cruéis estão postos nas discussões que norteiam nosso país, milhões de estudantes não estudam, não comem e não socializam por não ter escola. É perverso, porém real, o contexto de muitas famílias. Crianças e adolescentes afastados das escolas, mas também seus pais ou tutores enfrentando o alto índice de desemprego ou a precariedade do trabalho informal frente ao distanciamento social. Como estão vivendo essas famílias? Quem pensa nelas além da necropolítica? Ratifico: até agora não houve um levantamento nacional sobre a situação dos alunos no ensino remoto, o efeito disso na aprendizagem, na evasão escolar, na nutrição das crianças e na vida dessas famílias.

Ademais, a pandemia desvelou o abismo criado entre a rede pública e a rede privada de educação. O ensino remoto é elitista e ex-

cludente por descaso do Estado, e ninguém sabe quais serão as consequências disso. No mundo, a United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) estima que mais de 100 milhões de crianças cairão abaixo do nível mínimo de proficiência em leitura (UNESCO, 2020). O Brasil, pária das desigualdades sociais, deve continuar permitindo que, em grande vantagem, as crianças de sua elite sejam normalmente alfabetizadas, preparem-se para os vestibulares e para o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), enquanto outras permanecem esquecidas e com fome (de comida e de conhecimento). Infelizmente, não encontro vivências ou abordagens objetivas voltadas a mitigar a catástrofe na rede pública de educação, pois fica evidente que não são pautas queridas pelo (necro)poder do governo de Bolsonaro.

Por onde anda a pedagogia do oprimido?

Para finalizar este ensaio, busco conexões entre a situação que estamos no lugar Brasil e no momento pandemia de Covid-19 com alguns conceitos e temáticas da obra “Pedagogia do Oprimido”, de Paulo Freire, mestre atemporal nas discussões da educação brasileira. Faz parte de nosso contexto histórico a desumanização dos homens, oprimidos e opressores. São desumanizados tanto os que têm a humanidade roubada como os que a roubam, pois também são alienados a uma “ordem” social injusta. Segundo Paulo Freire em sua obra “Pedagogia do Oprimido”, tal contexto não deve ser vocação histórica se não “nada mais teríamos que fazer, a não ser adotar uma atitude cínica ou de total desespero” (FREIRE, 1987, p. 16).

Não nos desesperamos, mas também pouco agimos. Se desde a redemocratização do Brasil tivéssemos honrado nosso patrono e investido em uma educação que ensinasse a pensar e não a obedecer e morrer para poder consumir, possivelmente não teríamos assistido atônitos à morte de mais de 650.000 brasileiros (maioria delas evitáveis) sem fazer o capital e o Estado sentirem medo de quando o morro descesse sem ser carnaval, como dizia o mestre Wilson das Neves. Não teríamos aceitado que empresas fossem amparadas e escolas não, não

teríamos aceitado que *shopping centers* tivessem sido abertos um ano e meio antes de escolas públicas.

Mas por onde andaré a pedagogia do oprimido em tempos tão opressores?

Vivemos em tempos de crise de saúde pela pandemia de Covid-19, somada à crueldade opressora do negacionismo à ciência perpetrado pelo presidente da República Jair Bolsonaro em descarada necropolítica – vidas desumanizadas não são importantes (MBEMBE, 2019). Os cargos de grande poder brasileiros são majoritariamente ocupados por homens brancos da elite, ideologicamente de uma extrema direita cruel e que perpetuam o poder opressivo ao extrato do desumanizado povo brasileiro, composto principalmente por pessoas pobres, negras, indígenas e mulheres, para quem a crise da educação pública não é um acidente e sim um projeto, como dizia Darcy Ribeiro (2015). Aqueles opressores adotam uma pedagogia que promove a cidadania amputada pela negação do acesso à escola ou pela morte à língua de uma escola onde a única coisa que existe em abundância é a escassez (uma vez que as crianças não têm internet, não têm computador e nem sequer professores com salários dignos e boa formação); adotam uma base ideológica voltada para o fascismo e para a sustentação de toda espécie de atrocidade com base no argumento de que existem seres humanos com características inatas superiores a outros, quando de fato não há nada além da necropolítica que opera sobre as partes das cidades de cócoras e de má fama dos colonizados, descritas por Fanon, ou nos espaços que cabem aos não cidadãos, descritos por Milton Santos (FANON, 2021; SANTOS, 2007).

Vivemos tempos em que, por várias vias, os oprimidos são ilhados em contextos sociais enfraquecidos e anestesiados para que dali não pensem e não saiam. Convoco aqui não somente pessoas que vivem em extrema pobreza, mas até mesmo a nossa famosa classe média, que se acha elite e se acha descolada da necessidade dos serviços públicos “dados aos pobres”. Alienados, os oprimidos desvinculam-se da consciência de classe que os une em uma grande massa de assalariados e autônomos (empreendedores da sobrevivência), uberizados pelas relações trabalhistas que se tornaram ainda mais sórdidas na pan-

demia, e do direito adquirido, através de muita participação e luta social, à comunidade, à escola e saúde públicas, por exemplo (ANTUNES, 2020).

No entanto, nas periferias por onde temos caminhado, o que funciona é o “nós por nós”, já que mesmo a indignação reformista e conciliatória adotada historicamente pela esquerda brasileira pouco tem feito pelos pobres e pelas massas trabalhadoras uberizadas. Lá é só o “nós por nós” que funciona. Seja na mãe que busca as atividades escolares das crianças ou na solidariedade de professores e funcionários que lutam para que a merenda/cesta básica chegue à casa das crianças, vê-se que, como dizia Samora Machel (1979), é urgente e possível fazer da escola um lugar para tomar o poder, mas isso só será possível caso cada um e cada uma que compreende a necropolítica que nos esmaga coloque-se no espaço-tempo como um agente da revolução. É preciso estar no espaço público, na escola, na porta da fábrica, na comunidade, na unidade básica ou no hospital com a mesma força revolucionária e com a amorosidade de Paulo Freire, que nos convocava a fazer da vida um espaço pedagógico de amor e luta compartilhada contra o fascismo, de valorização do povo, de seus saberes e da escola como um lugar capaz de mudar a história de um povo.

Referências

ANTUNES, R. **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2020.

CARDOSO, M.; AMBROSIO, A. Periferia de SP concentra mais mortes por Covid abaixo dos 65 anos. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 8 jul. 2020. Disponível em: <<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/07/periferia-concentra-mais-mortes-por-covid-abaixo-dos-65-anos.shtml>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CRISTALDO, H. Censo Escolar 2020 aponta redução de matrículas no ensino básico. **Agência Brasil**, Brasília, 29 jan. 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2021-01/censo-escolar-2020-apon-ta-reducao-de-matriculas-no-ensino-basico>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Tradução: António Massano. Lisboa: Livraria Letra Livre, 2021.

FARIA, R. Não há vírus ‘democrático’ em sociedades desiguais, analisam professores. **Seção Sindical dos Docentes da UFSM**, Santa Maria, 4 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.sedufsm.org.br/noticia/5855>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FARIA, F.; YUKARI, D. Taxa de cura da Covid-19 é 50% maior em hospitais privados. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 23 jul. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/07/taxa-de-cura-da-covid-19-e-50-maior-em-hospitais-privados.shtml>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LEÃO, A. L. *et al.*. Covid-19 é mais letal em regiões de periferia no Brasil. **O Globo**, Rio de Janeiro, 3 maio 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/covid-19-mais-letal-em-regioes-de-periferia-no-brasil-1-24407520>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

LEMOS, V. Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus. **BBC News Brasil**, São Paulo, 20 mar. 2020. Disponível: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MACEDO, R. M. Direito ou privilégio? Desigualdades digitais, pandemia e os desafios de uma escola pública. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 73, 2021.

MACHEL, S. M. **Fazer da escola, uma base para o povo tomar o poder**. Maputo: Departamento ideológico da FRELIMO, 1979.

MAZZA, L.; BUONO, R. Sem internet nem aprendizagem. **Revista Piauí. Folha de S. Paulo**, São Paulo, 9 ago. 2021. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/sem-internet-nem-aprendizagem/>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MAZZA, L. O Apagão: A obra do pastor que comanda o MEC. **Revista Piauí. Folha de S. Paulo**, São Paulo, v. 179, 15 ago. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolitics**. Translated by Steven Corcoran. Durham; London: Duke University Press, 2019.

MIZAN, S.; FERRAZ, D. M. Educating in Times of Pandemic: Images as Micropolitics of Epistemic Disobedience to the Modern and Humanist Epistemologies of the Global North. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 21, n. 2, maio 2021.

NEVES, J. A. *et al.* Desemprego, pobreza e fome no Brasil em tempos de pandemia por Covid-19. **Revista de Nutrição**, v. 34, p. e200170, 2021.

NOGUEIRA, S. M. A. Ainda tempos estranhos. Ensaio: **Avaliação e Políticas Públicas em Educação** [on-line]. v. 29, n. 111, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ensaio/a/m6wmmfrmj3QvcT8mYmXwzHjP/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PARREIRAS, C.; MACEDO, R M. Desigualdades digitais e educação: breves inquietações pandêmicas. In: TONIOL, R.; GROSSI, M. (orgs.). **Cientistas sociais e o coronavírus**. Florianópolis: Tribo da Ilha Editora, 2020. p. 485-491.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. Global Editora e Distribuidora Ltda, 2015.

RIBEIRO, L. C. Q. *et al.* Desigualdades digitais: acesso e uso da internet, posição socioeconômica e segmentação espacial nas metrópoles brasileiras. **Análise Social**, v. 207, n. XLVIII (2º), 2013.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2007.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **A Comissão Futuros da Educação da Unesco apela ao planejamento antecipado contra o aumento das desigualdades após a Covid-19**. Paris: Unesco, 2020. Disponível em: <<https://pt.unesco.org/news/comissao-futuros-da-educacao-da-unesco-apela-ao-planejamento-antecipado-o-aumento-das>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

Saúde Coletiva e os diálogos possíveis e impossíveis para o enfrentamento dos desafios contemporâneos: a formação como ênfase

Rute Hete de Almeida Souza

Mónica Bernardo Simbine

Alcindo Antonio Ferla

Introdução

O setor de saúde tem enfrentado a pandemia de Covid-19, que nos acompanha na travessia de longos e árduos dias e meses. Ainda é incerto o período de coexistência com a Covid-19, sendo que, provavelmente, depois do período agudo em que nos encontramos, a doença permanecerá como doença infecciosa regular do calendário vacinal dos países por bastante tempo, mas sem maiores consequências clínicas e sanitárias. Mas o mundo após o bloqueio produzido pela pandemia é muito diferente. Há muito que pensar, e as consequências sociais, políticas e econômicas são desconhecidas (FERNANDES; PEREIRA, 2020). De toda forma, a pandemia explicitou uma crise de civilidade (FERLA *et al.*, 2020), que coloca em questão as formas de ocupação do espaço e das relações entre as pessoas com os sistemas produtivos e com as políticas públicas, uma vez que a equalização das iniquidades, sobretudo na produção da saúde e dos adoecimentos, fica explicitamente colocada como um limite ao que podem as relações entre as pessoas e grupos sociais. Compreender de forma mais densa as relações entre as formas de ocupação predatória dos territórios e/ou de relações de hierarquização de pessoas e grupos sociais e os efeitos que essas condições exercem sobre os níveis de saúde das populações é muito importante para superar as sucessivas crises que a humanidade tem enfrentado e para alavancar novos platôs de saúde para as pessoas e comunidades.

O reconhecimento de um sistema de múltiplas determinações e condicionamentos e a afirmação do direito das pessoas em ações e serviços para a produção da saúde, incluindo o tratamento e a recuperação das doenças, foram ideias tornadas diretrizes da política e do sistema. Desde a Constituição Brasileira de 1988, em que o sistema foi instituído, até a sua regulamentação principal na Lei Federal nº 8.080/90 e na Lei Federal nº 8.142/90, durante a transição do Brasil para a democracia após 20 anos aproximadamente de ditadura militar, sendo esse período (1985) considerado o início da Reforma Sanitária brasileira em termos de marco constitucional e políticas governamentais. Os principais expoentes desse movimento reformista priorizaram estratégias institucionais (governamentais, administrativas, programáticas) para a implantação e a gestão do SUS. Estabelecida a descentralização das ações e serviços de saúde, a partir de sua municipalização surgem os gestores municipais, atores estratégicos na implementação de programas governamentais (MIRANDA, 2017). Os desafios foram (e ainda são) enormes desde o caminhar daquela época até os dias atuais, mas o SUS avançou. O atendimento aos serviços públicos de saúde no Brasil estendeu-se a todo o território nacional. Em diversos locais do país, obtiveram-se níveis de atendimentos impensáveis até pouco tempo atrás. No entanto, certas dificuldades ameaçam a manutenção das conquistas e impedem a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

A ampliação da participação das pessoas e coletividades nas políticas públicas tem sido proposta internacionalmente como dispositivo para alavancar uma ampliação do que pode um sistema de saúde na produção de saúde das pessoas (MACHADO *et al.*, 2020), reencontrando o enlace que a reforma sanitária brasileira constituiu e que marcou os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a ação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária em sua mobilização nacional para ordenar as definições sobre a saúde na Assembleia Nacional Constituinte. A Constituição Brasileira de 1988 é o registro dessa mobilização social, que marca o conceito ampliado de saúde, a própria participação social como estruturante do sistema de saúde e a definição de um sistema universal, acolhendo as evidências internacionais sobre a melhor adequação desse modelo às oscilações dos condicio-

nantes e determinantes da saúde na contemporaneidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [OPAS], 2021), em que a superação das iniquidade no acesso e a equalização das diferenças na qualidade das condições de acessar bens e consumos e seus efeitos sobre a saúde são grandes desafios para os sistemas de políticas públicas.

Crises econômicas e de austeridade representam um grande risco para a cobertura universal de saúde e os ganhos técnicos de saúde alcançados no Brasil e em outros lugares com impacto prejudicial sobre as populações mais pobres e vulneráveis, exigindo o desenvolvimento de um sistema de saúde resiliente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Por outro lado, tomar a gestão da saúde e suas funções na perspectiva da Saúde Coletiva significa, conforme nos ensina Madel Luz (2009), o diálogo com os saberes disciplinares das áreas de conhecimento que a compõem e também reconhecer tensões e contribuições com as racionalidades pragmáticas da eficácia que existem nas iniciativas e nas práticas desenvolvidas no sistema de saúde, sobretudo ao longo do período de implementação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira.

Ferla (2021) argumenta que, nas populações tradicionais brasileiras, em particular nas culturas indígenas, a saúde traduz-se no ‘bem viver’, que se aproxima mais do conceito ampliado de saúde que está registrado na constituição do SUS do que da ideia de uma saúde em oposição ao adoecimento. Essa afirmação pretende apenas destacar a importância pedagógica da aproximação da formação profissional com os territórios, como escuta ativa das diversidades, e da necessidade de que essas aproximações sejam mediadas por dispositivos de apoio à aprendizagem, que despertem a observação para os sentidos que a saúde tem entre as pessoas e instituições que ocupam os mesmos. O autor explica que as diferentes saúdes que se produzem nos territórios não são representáveis apenas com curvas de normalidade e traduzíveis completamente em exames diagnósticos complementares. Elas são visíveis com uma boa clínica interdisciplinar, sobretudo realizada em equipes multiprofissionais por meio de trabalho colaborativo, e requerem conexões entre saberes científicos, saberes pragmáticos do exercício profissional e da ação das pessoas nos territórios.

Note-se, então, que o cotidiano do trabalho ensina a gestão, reatualiza os conhecimentos e amplia a capacidade de respostas locais e globais. É oportuno, nesse sentido, que estudos se debruçam sobre o aprendizado cotidiano que a pandemia forja na gestão local com um olhar ampliado em termos de disciplinas e métodos para fortalecer o SUS e o trabalho eticamente comprometido com toda a saúde que pode ser produzida em cada território.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Essa fertilidade provém de sua complexidade, tanto em termos discursivos como em termos de práticas tecnológicas e de “estilos de expressão” dos produtos de seus saberes e práticas (LUZ, 2009).

Nesse contexto, tomamos como campo de reflexões a formação em Saúde Coletiva a partir das aprendizagens realizadas no âmbito do mestrado acadêmico, analisando os desafios que foram incorporados no ensino, sobretudo as mediações tecnológicas, mas também a aproximação em relação às distâncias geográficas, quando a reflexão tomará um encontro entre duas realidades distintas no Brasil e em Moçambique. Especificamente, refletiremos sobre o aprender da Saúde Coletiva como aprendizagem compartilhada, como produção de encontros e redes de solidariedade e sobre a relevância da ação dos sistemas de saúde universais com capacidade de mobilizar efetivamente condições que alterem a produção de saúde no cotidiano das pessoas.

Moçambique, país situado no continente africano, tem cerca de dois terços de sua população de 31 milhões (2020) vivendo e trabalhando em áreas rurais. De colonização portuguesa, Moçambique tornou-se independente em 25 de junho de 1975, porém o país foi posteriormente assolado pela Guerra dos 16 anos, que teve seu início em

1977 e término em 1992. Possui também uma vasta área de terra arável e grande disponibilidade de água e energia, assim como recursos minerais e gás natural recém-descobertos, três portos marítimos de águas profundas e recursos relativamente grandes de mão de obra potencial (WORLD BANK, 2012).

É um país que apresenta um crescimento econômico importante, mas as condições de vida e de saúde das populações são cada vez mais precárias, e a melhoria de sua saúde continua a ser uma meta difícil de ser atingida (MITANO *et al.*, 2016). Em sua Constituição Federal destina ao tema saúde o detalhamento dos direitos da população, como no artigo 89: “Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública” e no artigo 116 (Saúde), estabelecendo:

1. A assistência médica e sanitária aos cidadãos é organizada através de um sistema nacional de saúde que beneficie todo o povo moçambicano.
2. Para a realização dos objetivos prosseguidos pelo sistema nacional de saúde a lei fixa modalidades de exercício da assistência médica e sanitária.
3. O Estado promove a participação dos cidadãos e instituições na elevação do nível da saúde da comunidade.
4. O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.
5. Compete ao Estado promover, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e de diagnóstico.
6. A atividade da assistência médica e sanitária ministrada pelas coletividades e entidades privadas é exercida nos termos da lei e sujeita ao controle do Estado (MOÇAMBIQUE, 2004).

Nesse contexto, percebem-se a importância e a necessidade de um Estado forte capaz de criar estratégias, políticas e ações concretas no âmbito da saúde pública em prol de sua população.

A falta do desenvolvimento em saúde em Moçambique é caracterizada, na população, pela má qualidade de vida e pela falta de educação básica capaz de levar a população a reconhecer minimamente medidas para prevenir determinadas doenças e como tratá-las. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique tem tido políticas pouco abrangentes e algumas delas ineficazes, apresentando dificuldades de pessoal e sem financiamento. Tais são os casos de política e estratégia

gia de saúde sexual reprodutiva de adolescentes; política de combate à tuberculose e controle de infecções e política nacional de saúde neonatal infantil. A não incorporação dos aspectos da saúde no desenvolvimento poderá aumentar ainda mais o fosso de desigualdades sociais (MITANO *et al.*, 2016). Aliado às fracas políticas de saúde, há que pensar na educação em saúde, que é pouco praticada.

Os desafios na área do ensino: relato de uma experiência remota

A chegada da Covid-19 teve o poder de alterar todo o cotidiano da vida na sociedade mundial, e não foi diferente nas instituições de ensino do Brasil. As práticas pedagógicas precisaram ser modificadas de forma quase que instantânea, e as instituições tiveram de se adequar a um formato de ensino que substituía as aulas presenciais pelo modelo de aulas remotas emergenciais, ressaltando-se que a finalidade do ensino remoto não foi substituir as práticas pedagógicas já existentes, mas sim oportunizar acesso às informações de aulas não presenciais no intuito de preservar a saúde tanto dos discentes como dos docentes em isolamento domiciliar (BRASIL, 2021).

Dessa maneira, como mestrandas do curso de pós-graduação de Mestrado em Saúde Coletiva da UFRGS, iniciamos as aulas no modelo citado pelo autor, mais precisamente conhecido como Ensino Remoto Emergencial (ERE); e, na disciplina Educação, Movimentos Sociais e Saúde Coletiva, foi-nos demandado como tarefa avaliativa, em grupo, a construção de uma proposta de educação emancipatória, inspirada em referências bibliográficas disponibilizadas aos alunos, que relatasse a experiência de aproximação com o coletivo escolhido. A proposta desenvolvida pelo grupo do qual participamos constou em pesquisar os casos crescentes de gravidez na adolescência em Moçambique, país localizado no sudeste da África. Em consenso, o grupo decidiu por esse tema porque uma das mestrandas, autora deste ensaio, atuava como professora em uma escola pública em Moçambique, onde havia um coletivo que tratava sobre esse tema. Nas vivências da professora, ela percebeu quão fragilizadas são as meninas que engravi-

dam durante a idade escolar, e o grupo de mestrandas propôs-se a ajudar na criação dum grupo de meninas com a finalidade de apoiá-las nessa fase tão crucial de suas vidas. Esse grupo juntaria as meninas das escolas que enfrentam uma gravidez precoce com o intuito dessas partilharem as suas experiências no fórum pessoal, familiar e social. Não existe melhor forma de ajuda a não ser o relato de experiência de quem viveu um episódio semelhante. Esse é um dos objetivos deste grupo: realizar a partilha de experiências entre as estudantes haja vista ser a adolescência uma fase (SOUSA, 2000) que pode ser entendida como um período que marca a aquisição da imagem corporal do homem adulto, determinando a estruturação final da personalidade. Segundo a autora, a adolescência constitui um conceito de difícil aplicação a um grupo etário rigorosamente definido.

O trabalho foi desenvolvido remotamente, proporcionando-nos fortes aprendizados com a aproximação de tais realidades. O ensino remoto já acompanhava as atividades do mestrado desde o semestre anterior, mas tal atividade constituiu-se num dos primeiros desafios das autoras do ensaio. Percebe-se, desse modo, o quão importante está sendo a utilização desse mecanismo da tecnologia da informação no compartilhamento de saberes e experiências, consideradas, inclusive, as distâncias geográficas, mas principalmente a segurança para a saúde dos professores e discentes em tempos pandêmicos.

Desse modo, percebe-se que uma escola não é somente um local físico onde se deve transmitir conteúdos científicos, mas sim um conjunto de pessoas que tem o mesmo objetivo, que é partilhar conhecimentos e experiências. O que o ensino remoto nos permitiu de certa forma foi, mesmo na impossibilidade de uma atividade presencial síncrona, mobilizar saberes e contribuições suficientes para alcançar os objetivos traçados. Pretendíamos criar um coletivo de movimento de saúde, tendo como ponto focal as meninas dessa instituição, denotando-se que educar para a saúde é uma arte do saber fazer. Paulo Freire incita essa reflexão acerca da arte em que o artista vive produzindo e pensando em seu próprio trabalho, analisando o princípio de saber fazer. Uma aprendizagem significativa inclui mobilizar os diversos saberes que atravessam um determinado território, os conhecimentos pro-

duzidos nos espaços acadêmicos e também nos espaços do cotidiano, mas voltados à transformação das condições que limitam a vida. Esse período pandêmico permitiu perceber novas formas de fazer a educação em saúde, que constitui um processo de representação que dá a conhecer uma nova realidade com características que o artista vai lhe oferecendo. Colocou-nos diante de novos problemas e de intensidades inéditas de problemas com os quais já convivíamos anteriormente.

A arte em questão está sendo abordada sob o ponto de vista de fazer dentro de um contexto histórico, social e artístico. Arte também designa as diferentes formas com que combinamos os diferentes saberes, como os articulamos com o cotidiano complexo, em que as vidas se constituem. Arte em movimento é feita de sensações, ações e pensamentos, sofrendo intervenções do consciente e inconsciente (FREIRE, 1978). Mas a designação de arte para designar um plano de relações que se estabelecem entre pessoas e com o meio em que vivem inclui também a condição de solidariedade entre pessoas e povos. Da lição freiriana, a aprendizagem significativa é acumular condições, individuais e coletivas, de mudar as adversidades que pessoas e grupos vivem.

Essa “forma de arte” de fazer significa ensinar para saber ser, estar e saber fazer; foi necessária como pressuposto vivenciado durante esse período, permitiu a criação de vários coletivos através do mundo digital e, mais do que isso, reivindicou essa iniciativa em tempos de isolamento espacial. A formação de coletivos, mais do que a base tecnológica, é o que está em questão aqui. Numa de suas falas, Paulo Freire aborda a criação de um coletivo para fortalecer a educação; então a criação desse grupo inserido nas atividades disciplinares do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) veio realçar essa coletividade, de forma que elas se sintam mais confiantes e percebam que nunca estiveram sozinhas. A coletividade é uma militância recomendada por Samora Machel para o seu povo, quando ele afirma que é necessário “fazer da escola um lugar para o povo tomar o poder” (MACHEL, 1979). Desse modo, o PPGCOL, mesmo perante a pandemia, fomentou a reunião de seus mestrandos, movimentos para a produção de estratégias, atitudes e oportunidades para praticar a militância da aprendizagem e a partilha de experiências com esses coletivos.

vos. Contudo, até que a pandemia de Covid-19 e suas mutações cheguem ao fim, aliada à continuidade da política de isolamento, há que se considerar um desenvolvimento consistente de ações educativas nesse âmbito. Onde as tecnologias não estejam no centro da aprendizagem e do debate, mas sim a capacidade que cada motivação tem para produzir conexões de coletivos.

Deve-se ampliar e não reduzir os investimentos em ciência e tecnologia, estimular programas educativos para a divulgação de informações sobre prevenção que não se restrinjam à incansável repetição da lavagem de mãos e que assumam a importância das medidas de isolamento social. Mas, pelo contrário, “a estratégia negacionista do governo desestima o alcance e a importância das medidas preconizadas pela OMS e adotadas em quase todos os países do mundo, defendendo terapêuticas não comprovadas e multiplicando argumentos e estratégias que estão em franca e decidida oposição às medidas de contenção” (CAPONI, 2020, p. 211).

É importante que os movimentos educativos em relação à Covid-19, além de produzir coletivos, tenham atenção aos saberes mobilizados na aprendizagem. Sandra Caponi (2020) cita ainda:

Para evitar a proliferação de discursos negacionistas, devem ser ouvidos os argumentos apresentados pelos expertos (...) e aqueles que desde seus locais e conhecendo de perto a problemática que cotidianamente vivenciam podem auxiliar-nos a criar redes de ajuda, cuidado e informação. Um exemplo das possíveis contribuições desses expertos por experiência está sintetizado no Documento denominado ‘Covid 19 nas periferias urbanas, favelas e grupos sociais vulneráveis. Proposta de estratégias de ação’, assinado por coletivos, sindicatos, movimentos sociais e associações de moradores (CAPONI, 2020, p. 211).

No citado documento, a autora informa que há diversas estratégias propostas para garantir o sucesso das políticas de isolamento consideradas inevitáveis, destacando a importância de realizar medidas educativas, dirigidas especialmente às populações vulneráveis:

A prevenção ao Covid-19 exige uma ampla campanha de informação. Nesse sentido, é fundamental pensar em materiais didáticos de prevenção em diversas linguagens (pequenos vídeos, panfletos, car-

tilhas etc.), dirigidas a grupos sociais específicos (moradores de favelas, população em situação de rua, trabalhadores informais etc.). E também que leve em conta as diferentes culturas regionais (Amazônia, Nordeste, população indígena, quilombola, ribeirinhos, pescadores, etc.) (CPDH, 2020).

Trata-se de uma tarefa interdisciplinar da qual deveriam participar diferentes setores do governo, ministérios de Saúde, Educação, secretaria de Cultura, Ciência e Tecnologia. Uma tarefa difícil e que, pelo visto, até o momento não há sinais de se realizar (CAPONI, 2020).

Assim, na proposta de atuar como um grupo de escuta em apoio aos coordenadores do projeto e com adesão das adolescentes participantes, as mestrandas compreenderam a necessidade de promover um espaço de compartilhamento de ideias e vivências, onde se pudesse estimular a continuação de um pensamento apropriado e crítico a respeito da sexualidade na adolescência, bem como a percepção do entendimento individual que cada uma começou a construir a respeito do coletivo. A partir da aproximação com o coletivo de adolescentes, foi possível compreender mais profundamente a ideia de que a transformação somente se faz em coconstrução, em espaços onde os vínculos são fortalecidos, contribuindo, desse modo, para o processo individual do desenvolvimento do pensamento crítico a respeito de si e de seu território.

SUS e a Covid-19

A dinâmica do debate desencadeado nos estudos do mestrado aponta, juntamente com as evidências internacionais, que os sistemas universais de saúde são alternativas melhores para o apoio à produção de saúde nos territórios (OPAS, 2022). A pandemia tornou essa constatação mais evidente. No Brasil, em que pese a ação necropolítica explícita do governo federal e de parte da sociedade, há uma disputa enunciativa relevante sobre a articulação da ciência com as políticas públicas e as formas de interação entre pessoas e grupos.

O mundo sofre atualmente uma das mais graves emergências sanitárias de todos os tempos, e no Brasil não é diferente. No decorrer da pandemia da Covid-19, grandes dificuldades tornaram o enfrenta-

mento ao vírus mais difícil (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020). Mas, apesar das imensas dificuldades, o país só conseguiu ultrapassar os momentos difíceis que persistem, ainda que de modo restrito, por intermédio do atendimento em serviço público. O SUS ressalta, assim, ser indispensável aos mais indefesos socialmente, entretanto a pandemia evidenciou sua carência de investimentos, provocando colapsos no sistema (MARTINS *et al.*, 2020) e déficits importantes na articulação interfederativa, sobretudo no que se refere ao apoio à atuação da atenção básica. Com o SUS, o Brasil tem a enorme incumbência de administrar um complexo sistema universal gratuito de saúde e profissionais de qualidade, mas existem empecilhos, como a carência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a diminuição no número de profissionais e até a escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs), como as máscaras, os aventais, as luvas e os óculos de proteção, que são essenciais para evitar o contágio dentro das próprias unidades de saúde (MARTINS *et al.*, 2020). Há também um problema de competência, uma vez que a Constituição Brasileira assume um conceito ampliado de saúde com o reconhecimento de um conjunto de condicionamentos e determinações. No caso da pandemia, os problemas de emprego e renda, que não asseguram às pessoas e grupos a capacidade de acessar o mínimo da segurança alimentar para a produção da saúde, e o suprimento de insumos, como a disponibilidade de máscaras e insumos para a higiene pessoal, são exemplos de condições que interferem na saúde e que não estão no âmbito direto da ação cotidiana do sistema de saúde.

Outras questões de grande complexidade estão relacionadas a eventos pontuais que afetam a saúde e a vida das pessoas, como emergências sanitárias e desastres naturais. Por certo, o Sistema Único de Saúde (SUS) está diante de um evento complexo e dinâmico, que carece de ordenação e assunção de medidas de gestão de risco de desastres (antes, durante e após a crise), que deve estar orientada pelas especificidades dos territórios e pela necessária discussão transversal, multidimensional, interdisciplinar e intersetorial. Nesse cenário, há que se pensar em ações de gestão reativa a serem tomadas em caráter emergencial para uma melhor resposta a essa complexa situação (SILVEIRA *et al.*, 2020); ações

com soluções sistêmicas e conscientização mais ampla podem – e apenas podem – viabilizar mudanças mais profundas (DOWBOR, 2017).

Importa ressaltar que Silveira (2020) afirma tratar-se de um desastre biológico, pois entende como um evento que combina ameaça natural, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente capacidade de resposta, fundamentada na Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE), tipificando a pandemia de Covid-19 como um desastre de origem natural, de tipologia biológica (BRASIL, 2012). Nesse sentido, um aspecto fundamental da organização do setor saúde é o modelo assistencial instituído para o enfrentamento da pandemia, o qual deve estar estruturado de modo humanizado, solidário e resolutivo, com abrangência equilibrada em todos os pontos de atenção, buscando privilegiar os cidadãos que os demandam de acordo com seus riscos e com as desigualdades em saúde. Isso envolve a construção emergencial de uma agenda comum entre gestores, cidadãos, movimentos sociais e pesquisadores ligados ao setor saúde para juntos estruturar modelos que minorem a desigualdade no acesso, a inadequação dos serviços às necessidades, a qualidade insatisfatória dos mesmos e a inobservância do princípio da integralidade (MENDES, 2011).

Considerações finais

A produção deste ensaio busca refletir sobre o desenvolvimento de ações em saúde na proteção da população no decorrer da situação de calamidade pública (ou *desastre*, como afirmam os autores Silveira & Oliveira, 2020) e também em relação à continuidade da troca de aprendizados e aproximações com outras realidades, seja por meio do uso de tecnologias de informação, seja pela disseminação de textos acadêmicos que deem continuidade ao processo de informar a sociedade civil sobre outras realidades. Também de fazer o chamamento dela para reflexões de contextos políticos que não atuam como deveriam em seu papel de ampliar os investimentos em ciência e tecnologia, estimular programas educativos para a divulgação de informações sobre medidas protetivas ao contágio por Covid-19 e suas mutações e que assumam a importância das medidas de isolamento social.

Com base na aproximação de realidades, mesmo que mediada por tecnologias de conexão remota, o ensaio articula questões que permitem refletir sobre a aprendizagem da Saúde Coletiva como dispositivo para a mudança de contextos que atenuam as saúdes das pessoas e coletividades. A aprendizagem da Saúde Coletiva no contexto da pandemia torna aguda a ideia de uma aprendizagem que permita transversalizar as disciplinas e os conteúdos tradicionais do campo de saberes e práticas com inspiração freiriana, onde as relações de construção de saberes partam das trocas de saberes, mas sobretudo onde a aprendizagem signifique ampliar a capacidade de mudar o mundo. Um sistema de saúde universal, equânime e capaz de ampliar platôs de integralidade também produz relações democráticas de produção, de institucionalidade precisa e reconhecida, de proteção das vidas e das liberdades; também de combate técnico e político de tudo o que oprime e adocece, inclusive as relações entre as pessoas e com as instituições. O ensino da saúde, e esta é a questão relevante, precisa também ensinar a participar, mostrando que a mobilização técnica e política é capaz de ampliar padrões de aprendizagem significativa e de preservação de direitos.

O SUS sofre, desde o início de sua implementação, com as dificuldades impostas por diversos motivos, seja por subfinanciamentos, problemas de gestões em todos os níveis, entre outros. Contudo, desenvolver ações de saúde pública reativas para mitigar a situação de calamidade pública e pensar em soluções sistêmicas e de ampla conscientização da sociedade civil no combate à pandemia, tendo à frente um gestor máximo da nação que adota posturas negacionistas sobre a ciência e respectivas pesquisas científicas, é dobrar exponencialmente a carga de dificuldades impostas ao SUS e aos respectivos profissionais que estão há cerca de dois anos na linha de frente em combate ao vírus da Covid-19. A defesa do SUS como política pública é uma aprendizagem inconteste. E o SUS foi, reconhecidamente, um fator positivo na mitigação dos efeitos da pandemia no Brasil, tão prejudicado pela ação negacionista e com baixa liderança federal nas ações de enfrentamento.

Pensar em cuidados da saúde de um povo em tempos de pandemia, aliás em qualquer tempo, vai ao encontro dos dizeres de Caponi, (2020), quando afirma tratar-se de uma tarefa interdisciplinar da qual

deveriam participar diferentes setores do governo, ministérios de Saúde, Educação, secretaria de Cultura, Ciência e Tecnologia; além da promoção de ampla campanha de informações sérias com divulgação de materiais de linguagens (pequenos vídeos, panfletos, cartilhas, etc.), dirigidas a grupos sociais de maior vulnerabilidade, levando em conta as diferentes culturas regionais (Amazônia, Nordeste, população indígena, quilombola, ribeirinhos, pescadores etc.). O encontro com realidades diversas, vividas por pessoas em diferentes países, como foi produzido na conexão estabelecida entre os contextos brasileiro e moçambicano, é dispositivo de aprendizagem, uma vez que permite desnaturalizar o contexto em que vivemos e conectar com outros modos de pensamento e ação. No contexto moçambicano, o projeto encontra-se em sua fase inicial, em que se analisam os processos burocráticos e alguns aspectos éticos, porém o contato inicial foi possível através da mestrandia.

No coletivo, muitas meninas relataram não possuir apoio de suas famílias. Portanto, apoiando-se na leitura de Machel, é possível compreender o papel que o coletivo sobre sexualidade pode ter na vida dessas meninas, bem como na escola como um todo, que busca amenizar os impactos na educação das meninas causados pela gravidez. Nesse sentido, importante ressaltar o âmbito da aprendizagem mútua e a prática da ampliação da escuta, onde todo coletivo envolvido é convidado ao amadurecimento, ao longo do processo, com a promoção de um espaço onde elas possam fortalecer vínculos e descobrir exemplos de vivências, contribuindo para o processo individual do desenvolvimento do pensamento crítico a respeito de si e de seu território.

Por fim, o ensaio visa oportunizar, no âmbito da Saúde Coletiva, o chamamento da sociedade civil à reflexão de que o SUS, assim como a importância em termos de resolutividade e de eficiência na ação sobre os condicionamentos e determinações sobre a saúde, exerce papel fundamental nos cuidados à saúde da população brasileira, sendo sua defesa de extrema importância. Os sistemas universais de saúde demonstraram mais capacidade de mitigar os efeitos da pandemia, como também têm reconhecimento de sua maior capacidade de interferir positivamente nos níveis de saúde das pessoas e, por consequência, nas condições de vida, no trabalho e no desenvolvimento dos territórios.

Como ensaio, não pretendeu a abrangência maior do que os dispositivos que estiveram nos encontros que a atividade desencadeadora, uma disciplina na formação de mestrado em Saúde Coletiva, produziu sobre a aprendizagem na Saúde Coletiva. Aqui há um ponto importante, que está na origem da atividade desencadeadora do ensaio: o encontro entre realidades, pensamentos e saberes transoceânicos, que, nesse caso, foi em relação ao Brasil e a Moçambique. A cidadania global, assim como a aprendizagem significativa reforçam-se com essa iniciativa, que é uma decisão política do programa de pós-graduação em que as autoras e o autor do ensaio se encontram.

Referências

ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, Supl. 2, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>>. Acesso em: 30 de jun. 2021.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Artigos 196 a 200. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. (2012). **Instrução Normativa nº 001, de 24 de agosto de 2012**. Brasília: MIN. Disponível em: <http://www.editoramagister.com/doc_23667061_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_1_DE_24_DE_AGOSTO_DE_2012.aspx>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRAZIL, P. H. A. *et al.* As práticas pedagógicas no ensino remoto e a formação docente na Covid-19. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 06, ed. 09, v. 06, set. 2021. ISSN: 2448-0959. DOI 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/a-formacao-docente>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estud. av.**, v. 34, n. 99, maio-ago. 2020. DOI: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>>.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

MOÇAMBIQUE. **Constituição de Moçambique**. 2004. Disponível em: <<https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Governo/Legislacao/Constituicao-da-Republica-de-Mocambique>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

CENTRO POPULAR DE DIREITOS HUMANOS (CPDH); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ABONG); ARTICULAÇÃO RECIFE DE LUTA (ARL); CENTRAL DE MOVIMENTOS POPULARES (CMP). **Covid-19 nas periferias urbanas, favelas e grupos sociais vulneráveis**. Proposta de estratégias de ação. [S.l: s.n.], 2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1LV14NISJoTu3BeywneZB196zwmqR7twN/view>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

DOWBOR, L. **1941 – A era do capital improdutivo**: Por que oito famílias têm mais riqueza do que a metade da população do mundo? São Paulo: Autonomia Literária, 2017.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educ. Saúde, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021. DOI: <<https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>>.

FERLA, A. A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, p. 1-6, 2020. DOI: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>>.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à Covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, jul./ago. 2020.

FREIRE, P. **Cartas à Guiné-Bissau**: registros de uma experiência em processo. Editora Paz e Terra, 1978.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.** [on-line], v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MACHADO, F. V.; FERLA, A. A.; BAPTISTA, G. C.; NICOLI, M. A.; PELLEGRINO, V. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do communitylab na Itália. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 49, p. 735-750, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MACHEL, S. **Fazer da escola uma base para o povo tomar o poder**. Coleção Estudos e Orientações, 1979.

MARTINS, L. R. *et al.* The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective national health surveillance. **Cad. Saúde Pública** [Internet], v. 36, n. 3, 2020. Doi: 10.1590/0102-311x00019620.

MELO, M. F. G. C. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**. Tese de doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.

MENDES, E. V. Os Modelos de Atenção à Saúde-Capítulo 3. Organizadores: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS/OMS-Representação Brasil, Conselho Nacional de secretários de Saúde-CONASS. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed., Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MIRANDA, A. S. **A Reforma Sanitária encurralada?** Apontamentos contextuais. *Saúde em Debate*, v. 41, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711304>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

MITANO, F. *et al.* Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 901-915, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300010>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Salud Universal**. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SILVEIRA, C. T. L.; OLIVEIRA, B. A. Desafios e estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de Covid-19. **Society and Development**, v. 9, n. 8, e543985987, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5987>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SOUSA, M. F. G. **Sexualidade na adolescência**: comportamentos, conhecimentos e opiniões / atitudes de adolescentes escolarizados [*on-line*], 2001. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=sousa+2000%2C+sexualidade+na+adolescencia&oq=sousa+2000%2C+sexualidade+na+adolescencia&aqs=chrome..69i57.34717j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

WORLD BANK. **O Banco Mundial em Moçambique**. 2012. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/mozambique/overview#1>>. Acesso em: 18 fev. 2022.

Seção 3

Adaptações do fazer em saúde na pandemia



Todos os dias profissionais da Saúde seguem nas trincheiras do nosso SUS, lutando em defesa da vida da população que precisa de um Estado que não negligencia a proteção dos trabalhadores do setor e dos milhões e milhões de brasileiros vulneráveis. Mas vocês, profissionais da Saúde, não estão sozinhos. Estamos com vocês e atentos.

Aline Blaya

Home office como estratégia de ação para monitoramento em saúde em meio à pandemia

*Gerusa Bittencourt
Aline Blaya Martins*

Introdução

O cuidado em saúde é uma temática que está sempre imersa em contextos históricos e sociais, sendo que a abordagem da Saúde Coletiva, conectando conhecimentos e práticas intersetoriais e em tensões entre racionalidades e lógicas de atuação, permite produzir conhecimentos oportunos no diálogo entre conhecimentos prévios, oriundos de diferentes campos disciplinares, e os saberes produzidos nas práticas refletidas. A atualização de conhecimentos e práticas, assim produzidos, é fundamental no cotidiano do trabalho e, particularmente, quando esse cotidiano é atravessado por variáveis como doenças e desastres, como a que estamos vivendo com a pandemia de Covid-19. Nesses contextos, mais do que nunca, refletir sobre as práticas pode construir caminhos para fortalecer o cuidado em saúde e a preservação da vida das pessoas e coletividades. Em relação ao relato que faremos, apresentaremos uma estratégia de monitoramento que apoiou a gestão local de um serviço de atenção primária à saúde (APS). Esse monitoramento serviu para desenvolver e consolidar a micropolítica do trabalho vivo realizado em ato no cotidiano de um serviço, produzindo aprendizagem prática dos trabalhadores e trabalhadoras envolvidos, e por conseguinte foi útil para qualificar o cuidado e para atingir alguns dos atributos da APS.

Starfield definiu os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudi-

nalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Estabeleceu também outras três características denominadas atributos derivados: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária, e essa atenção terá maior força se os atributos derivados também estiverem presentes (BRASIL, 2020, p. 7).

Contudo, a atenção básica, dispensada a indivíduos e coletividades, nem sempre cabe nos atributos e por vezes se coloca diante de situações imprevisíveis, tais como a Covid-19. A pandemia foi declarada em fevereiro de 2020, e o primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 (UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE [UNA-SUS], 2020). Após esse, logo vieram outras centenas de milhares até o atual contexto de reinfeções, apesar de boa parcela da população inclusive já ter sido vacinada.

A primeira autora deste artigo assumiu a gerência de uma unidade de saúde de uma grande metrópole do sul do Brasil em abril de 2020. Com a pandemia, a magnitude de uma mudança que já se vinha produzindo anteriormente por conta da fragilização das relações trabalhistas e de todo o contexto de terceirização dos contratos dos trabalhadores da saúde foi ampliada, e a meta de atingir alguns dos atributos da APS tornou-se um desafio ainda maior.

Apesar dessas mudanças, que se aceleraram no contexto da pandemia, a proteção de trabalhadores com comorbidades, mais vulneráveis ao desenvolvimento de formas graves da Covid-19, foi priorizada em muitos serviços, algumas vezes por ação de gestão, outras pela produção autônoma gerada a partir da micropolítica dos trabalhadores e trabalhadoras ou por iniciativa de órgãos externos ao sistema de cuidados em saúde. Essa iniciativa também incluiu os próprios trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, devido a ações dos conselhos profissionais e de sindicatos, a justiça autorizou o afastamento dos trabalhadores da saúde que apresentassem comorbidades (gestantes, pessoas idosas, renais crônicos, cardiopatia grave, hipertensão severa, obesos, pneumopatas

graves, diabéticos). Com isso tivemos nessa unidade o afastamento de diversos funcionários, conforme esboçado a seguir.

Em relação às comorbidades e aos afastamentos ocorridos, a maioria dos trabalhadores afastados era um contingente formado por pessoas idosas com idade acima de 60 anos. Havia um caso de doença coronariana grave, duas pessoas com diabetes, uma pessoa com asma grave e uma pessoa com hipertensão severa. Havia também uma gestante. Os demais trabalhadores foram afastados por ser idosos. O isolamento de pessoas com comorbidades e risco ampliado de quadros graves de Covid-19 fez parte das recomendações internacionais para mitigar os efeitos da pandemia e provocou muitas aprendizagens e reconfigurações no processo de trabalho durante a pandemia em diversos países.

No Brasil, o tempo dessa aprendizagem foi ofuscado por disputas enunciativas sobre a gravidade da doença e uma falsa dicotomia entre a preservação da economia e a saúde das pessoas e coletividades. Mas, mesmo com a ausência de coordenação federal, muitos serviços e muitas instituições ocuparam-se de constituir as práticas embasadas no conhecimento da ciência e da aprendizagem com o objetivo maior de preservação da vida. No serviço em questão, pela mediação externa, essa iniciativa foi possível.

Tendo esse contexto, o objetivo do capítulo será descrever a experiência inusitada de pensar e construir estratégias de *home office* com profissionais da atenção primária, que jamais foram formados ou atuaram dessa forma. Ademais, buscou-se realizar um relato de como se deu a organização do processo de trabalho e suas peculiaridades, detalhando e olhando criticamente para dificuldades encontradas. Não se trata de um estudo avaliativo com participação dos sujeitos do trabalho e da institucionalidade do sistema local, senão uma perspectiva quase cartográfica da aprendizagem realizada na vivência cotidiana do serviço. Como ensaio empírico de desenho cartográfico, o manuscrito pretende mais a circulação das ideias e aprendizagens do que a descrição ampla e densa dos fenômenos que se associaram ao contexto vivido.

Monitoramento

Por orientação da gestão, em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde dessa metrópole inicia um novo método de trabalho, cuja tomada de decisão se baseia em “evidências da ciência” e na protocolização das respostas no cotidiano do trabalho. A partir do sistema Planeja-SUS, do Ministério da Saúde, estabeleceram-se as equipes de monitoramento, cujo objetivo era

fornecer suporte à Gestão, Gerência, Distrital e Serviços de Saúde para qualificação do diagnóstico situacional local, que permita desenvolver ações de acordo com as necessidades das regiões. Visa incentivar e aproximar as atividades finalísticas de seus indicadores, oportunizando sua análise e planejamento. A avaliação resultante do monitoramento almeja estimular a consciência sobre a necessidade de participação na gestão local (PORTO ALEGRE, 2016, p. 8).

A partir de 2012, através das equipes de monitoramento, o projeto passou a ser denominado ConsolidaSUS. É importante destacar que as equipes são informadas dos indicadores, metas e participam ativamente do processo. Mesmo em meio à pandemia, houve discussões dos relatórios trimestrais do ConsolidaSUS. Fazíamos reuniões *on-line*. Por isso, a vigilância e o monitoramento do trabalho em *home office* tornaram-se tão relevantes, pois eles ajudaram a alimentar dados e apoiaram a gestão na tomada de decisões a respeito desses indicadores. A existência de uma coesão no serviço, produzida pela magnitude das respostas à pandemia em contexto de incertezas, agregou à lógica da prescrição do trabalho uma força de colaboração em torno dos indicadores e metas que, ao mesmo tempo em que respondiam à perspectiva burocrática do controle central da produção e do alcance de metas, também mobilizou pontos de conexão para o trabalho colaborativo e em equipe.

Sobre os indicadores que conseguimos trabalhar com apoio do *home office*

Sem a pressão do cotidiano do serviço, a possibilidade do trabalho dedicado aos temas que se secundarizam normalmente frente às

demandas de atenção direta às pessoas e coletividades, alguns temas relevantes no desenho dos processos de trabalho foram tornados possíveis, como a integração mais forte entre a atenção primária e a vigilância em saúde. O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2010, p. 17).

Nossa experiência conseguiu transitar entre as quatro vigilâncias e gerou dados para apoio à gestão e à tomada de decisão. O planejamento de ações de vigilância e assistência e sua articulação com ações e serviços são importantes na busca pelo princípio da integralidade (SILVA, 2022) e, nesse período, nos permitiram observar e corrigir falhas de forma a otimizar o uso do serviço e o provimento do cuidado integral à população.

Vivenciamos uma urgência sanitária com a pandemia, o que colocou em xeque todo o nosso conhecimento, capacidade instalada e nos desafiou a repensar rapidamente a organização dos serviços. Tendo ou não os recursos necessários, a população necessitava dessa resposta da saúde pública, estatal, à pandemia.

Sobre a pandemia, o novo coronavírus (Sars-Cov-2) provoca a Covid-19 (*Corona Virus Disease-19*), que eclodiu e se espalhou a partir da província de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Alastrou-se rapidamente pela Ásia, Europa, Oriente Médio, Américas e África, causando a maior pandemia recente na história da humanidade (JHU, 2020).

A complexidade da demanda da atenção primária, sem sombra de dúvida, é muito maior do que um parágrafo possa descrever, contudo, conforme citado anteriormente, os atributos da APS são acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação; integralidade. Elas são o mínimo que se deseja atingir em qualquer contexto em que se busque um serviço de qualidade próximo dos territórios, que habitualmente exigem da ponte baixa densidade tecnológica, mas alta complexidade. Nesse ínterim, é preciso buscar atingir os atributos, e esses, em tese, são atributos mensuráveis. Logo, é possível fazer planejamento e gestão a partir da coleta de dados, mensuração e monitoramento dos mesmos.

No ano de 2020, foi preciso manter as atividades de APS e ainda ampliar o atendimento a esse novo contexto e demanda, o coronavírus. Quando descrevemos as ações realizadas, damos conta da imensidão e da grandeza do trabalho da APS/Atenção Básica.

Como mencionado anteriormente, foram afastados médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, agentes de endemias, e agentes comunitários de saúde (ACS). Após a decisão da Justiça, a secretaria municipal de saúde orientou que as equipes organizassem ações para que os trabalhadores pudessem executar algumas atividades a partir de sua casa, o chamado *home office*. As ações deveriam ser estabelecidas conforme a gestão local achasse necessário e o funcionário conseguisse executar.

O trabalho remoto e as ferramentas de gestão com os trabalhadores em *home office* e enfrentando a realidade da pandemia foram um desafio para todos, principalmente para trabalhadores idosos que usavam celular ou computador em casa, sem suporte presencial de outros membros da equipe. Foi então que surgiu a ideia de fazer ações de vigilância em saúde voltadas à APS.

Com o advento do trabalho remoto, organizamos ações das vigilâncias e monitoramos alguns indicadores que posteriormente seriam usados no relatório quadrimestral de gestão da unidade. Escolhemos monitorar indicadores de vigilância em saúde da mulher (indicadores de coleta de citopatológico e mamografias, pré-natal/sífilis na gestante, HIV na gestante), saúde da criança (calendário de puericultura, vacinação, bolsa-família, crianças expostas ao HIV, expostas a sífilis) e sintomáticos respiratórios (suspeitos ou casos confirmados de Covid-19).

Realizamos uma reunião presencial com os trabalhadores em *home office* juntamente aos agentes de saúde. Esse foi o pontapé inicial, pois a maior retaguarda, especialmente as buscas ativas, seriam via agentes de saúde (em *home office* e em atividades presenciais), que também deveriam ser inteirados da proposta e das divisões das ações de vigilância (no caso daqueles que seguiram atuando de forma presencial).

Em relação a essa atuação, Silva *et al.* (2022, p. 6) ponderam:

Conhecer o território favorece a identificação dos problemas de saúde, tornando mais ágeis as ações preventivas e o controle das doenças. A incorporação pela rede básica dos saberes e práticas da vigilância pode facilitar a atuação sobre os riscos e as respostas mais efetivas às necessidades de saúde no território.

Logo, contar com o suporte dos ACS que estavam trabalhando presencialmente foi fundamental. Eles conheciam o território e os usuários, facilitando buscas e auxiliando a vincular aqueles cujos vínculos estavam mais fragilizados.

Dividimos em grupos e realizamos diferentes ações e serviços. Cada dupla ou trio prestava conta de seu trabalho mensalmente, para registro do ponto inclusive. Outro fator a ser lembrado: quem não conseguisse fazer tarefas em *home office* deveria justificar para ser abonado no ponto.

Uma das coisas que achamos que mais valeu a pena foi proporcionar aos trabalhadores idosos, mesmo em casa, poderem trabalhar com segurança e dignidade. Nesse período, umas das falas mais recorrentes era que se sentiam úteis e felizes com o agradecimento dos pacientes no telefone, bem como recebiam muitos retornos de melhora nos casos de Covid-19 positivo ou das crianças com questões de saúde.

Resumimos as ações em vigilâncias, mas certamente, se fôssemos descrevê-las em profundidade, cada uma daria um manuscrito pela peculiaridade do trabalho desenvolvido durante esse cenário na atenção básica. Foi realizado o monitoramento das crianças com menos de um ano; mulheres com idade para fazer coleta de citopatológico; gestantes; absenteísmo em consultas; exames coletados. Tais estratégias certamente geraram um saldo e um impacto direto na qualidade da assistência prestada por essa unidade de saúde. Essas ações de vigilância geraram um fluxo de processos de trabalho interno, de respaldo e de resposta da equipe, que representou uma cascata de mudanças positivas.

Consulta da telemedicina

Entre os profissionais afastados por ordem judicial havia três médicos de família e um pediatra. A partir do projeto de telemedicina, pudemos propor a esses que atendessem de suas respectivas casas

pacientes que estivessem na UBS. A telemedicina já era um recurso útil e, no cenário da pandemia, acentuou ainda mais essa ferramenta. Segundo Peixoto, Ferreira e Oliveira (2022, p. 1):

(...) a teleconsulta, como ferramenta tecnológica, pode gerar maior acessibilidade a serviços de saúde de qualidade, além de servir para lidar com os desafios de recursos na indústria da saúde. Pode também ser particularmente relevante durante a pandemia de Covid-19 com o distanciamento social que demanda novas soluções tecnológicas para a oferta de serviços de qualidade com contato pessoal reduzido.

Em junho de 2020, estreamos a ideia. Normalmente, o fluxo de teleconsulta que víamos no geral era o usuário de sua casa consultar com o médico no consultório. Porém, nesse caso, a equipe dava suporte ao usuário que passava no acolhimento; a partir dali ele era direcionado à teleconsulta. No acolhimento acontecia a definição, se presencial ou por telemedicina. Percebia-se que os colegas afastados se sentiam muito úteis, valorizados e respeitados, e a inovação gerou uma grande mobilização que trouxe benefício para todos, médicos e usuários. Consideramos o maior saldo da passagem na gestão desse serviço organizar a implantação da teleconsulta com o apoio da equipe presencial e dos trabalhadores em *home office*.

Iniciamos com um turno e, após o piloto, ampliamos para dois. Em relação aos recursos, só foi possível executar porque tínhamos câmeras para fazer a teleconsulta, internet adequada e computadores para que o usuário pudesse ser atendido em sala específica. Ademais, foi designado um membro da equipe administrativa para organizar a fila e dar suporte técnico ao usuário frente à câmera, ao computador, à impressão de receitas e exames.

Em relação ao acolhimento, seguia o fluxo da unidade, sendo feita a escuta pela enfermagem. Algumas vezes, por conta da escuta, já era sinalizado ao médico que estava na telemedicina alguma peculiaridade, tal como a possível necessidade de encaminhar ao psiquiatra ou a alguma outra especialidade. Justamente por estar presencialmente com o paciente, o que permite outras percepções, havia na micropolítica do trabalho a possibilidade de captar situações durante o contato

presencial com o paciente, que já eram discutidas previamente com o médico que faria o atendimento virtual. Eventualmente, também eram enviadas fotografias de exame ou algum outro documento via *WhatsApp* para que o médico pudesse atender melhor o caso. Tivemos um bom retorno dos pacientes e alta resolutividade, pois a equipe aderiu à ideia e colaborou para o funcionamento exitoso.

Gestantes

A vigilância do pré-natal envolvia todo o processo e suas demandas, como exames, consultas, retornos, encaminhamento e monitoramento das gestantes de alto risco, até o parto e puerpério. A organização via telemonitoramento forneceu dados e ajudou-nos a organizar, qualificar e potencializar o pré-natal da unidade. As pessoas em *home office* usavam o prontuário eletrônico do e-SUS para buscar as informações e cruzavam essas com a lista de gestantes. A listagem de gestantes era uma planilha *on-line*, que era alimentada por quem abrisse o documento compartilhado de monitoramento das mulheres que realizavam pré-natal no serviço. Normalmente, o arquivo era alimentado de forma presencial por um enfermeiro que já fazia as testagens rápidas. Os dados da planilha *on-line* eram uma cópia da caderneta da gestante, somados a mais alguns itens que o ConsolidaSUS utilizava para monitoramento e que seriam importantes para a consolidação do relatório quadrimestral.

A partir dos dados coletados, pudemos melhor distribuir os agendamentos entre os profissionais, evitando sobrecarga de alguns em detrimento de outros. Em relação às buscas ativas, foi fundamental a reunião inicial com os ACS, pois eles articulavam as buscas das faltosas e apoiavam os casos de risco ou de gestantes em situação de vulnerabilidade social. Sobre os agendamentos, nós democratizamos a agenda do prontuário eletrônico; então a equipe em *home office* também conseguia agendar gestantes.

Conseguimos levantar dados importantes, tais como informações das gestantes expostas ao HIV, que foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco e não seguiram na unidade. Ou seja, mesmo a ges-

tante que não estava vinculada a algum pré-natalista da unidade era monitorada e tida como corresponsabilidade dos profissionais da equipe por morar na área adscrita, efetivando os atributos de cuidado longitudinal e coordenação do cuidado na APS, estabelecendo vínculos e possibilidades de cuidado ampliado. Ao acessar essas mulheres, por exemplo, tentava-se acolher, vincular, colher o máximo de informações e preencher a planilha *on-line*, além de atualizar o prontuário eletrônico. Então a unidade de saúde já vinculava o bebê que nasceria à unidade, reforçando o vínculo e responsabilizando-se por esse nascimento.

Saúde da criança

Mesmo com a pandemia, era necessário monitorar e manter aberta a porta às mães e aos pais, pois especialmente os recém-nascidos (RN) acabavam não sendo trazidos para acessar o serviço nem para fazer o teste do pezinho ou a vacina BCG pelo medo da família de que se contaminassem com a Covid-19.

A vigilância via telemonitoramento ajudava a reduzir o medo e orientava a importância do olhar do profissional sobre esse recém-nascido. As instituições hospitalares encaminham a declaração de nascidos vivos na área de abrangência da unidade, facilitando a busca aos faltosos. Além de manter o vínculo estabelecido no acompanhamento das gestantes, que já vinha sendo feito simultaneamente.

Sobre as crianças expostas à sífilis e ao HIV, foram fundamentais as buscas, e mais uma vez o fluxo interno fez mobilizar a equipe, que respaldava os profissionais em *home office* tanto por garantir a consulta, como por, se necessário, fazer os encaminhamentos às especialidades em tempo oportuno, o que viabilizou a coordenação do cuidado para uma criança, que de outra forma estaria no limbo devido ao fato de que todo o sistema de saúde nesse momento estava com seus olhos voltados exclusivamente à Covid-19. Pela análise de Feitoza, Koifman, Saraceni (2021, p. 2):

Conhecer o cenário e a situação epidemiológica do HIV na gestante e na criança torna-se de grande relevância para avaliar a possibilidade de eliminação da transmissão vertical do HIV, assim como

identificar os fatores associados para sugerir estratégias para redução da transmissão vertical.

A pediatra da unidade também foi convidada a se reunir com a equipe do *home office* para participar do processo e dar suporte. Ela estava ciente das buscas ativas e conseqüentemente organizava as consultas de retorno das crianças expostas, dando encaminhamento e coordenando o cuidado. Realizava o encaminhamento das que necessitavam avaliação com oftalmologista e neurologista, por exemplo. Ou registrava em prontuário, outro exemplo, as sorologias negativas das crianças expostas ao HIV.

Muitas vezes, recebíamos questionamentos da vigilância sobre casos de gestantes com HIV que já haviam ganhado o bebê, porém ainda não havia o registro de sorologia negativa da criança. Macedo (2013) refere que o acompanhamento de crianças expostas é reflexo da assistência ao pré-natal, e isso é responsabilidade dos profissionais e gestores, que devem priorizar uma assistência pré-natal adequada.

O acesso a ações de aconselhamento, que é um direito de toda gestante, é de extrema importância. Aconselhamento consiste na escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa. A partir do aconselhamento, é possível estabelecer uma relação de confiança entre usuário e serviço. O sujeito deverá, nesse momento, ser responsabilizado e percebido como personagem principal em seu processo saúde-doença. Cabe, assim, a todo profissional de saúde e aos gestores realizá-lo e integrá-lo na rotina do serviço, principalmente na assistência pré-natal. Essa ação pode ser alcançada com a capacitação e adequação dos recursos humanos, constituindo um grupo multidisciplinar que inclua psicólogos, enfermeiros, pediatras, obstetras e assistente social (MACEDO, 2013, p. 73).

Um dos achados e constatações sobre essas crianças é que elas acabavam sendo atendidas em serviços de alta complexidade e desvinculadas da APS. Contudo, partindo da vigilância atenta que se fazia a partir das declarações de nascidos vivos que chegavam ao serviço, conseguimos vincular a criança à unidade. Além da revisão dos pré-natais abertos na unidade com teste rápido de HIV reagente.

Nesse ínterim, outra vigilância importante era o programa *pr-nascer*, que diz respeito ao leite entregue às crianças expostas ao HIV.

Qualificamos nosso acompanhamento, pois, além de entregar o leite, passamos a solicitar que a criança viesse para avaliação com a equipe da unidade. Essa busca foi feita pela equipe em *home office* com o suporte dos ACS. Uma parte da equipe do *home office* resgatou várias crianças através da busca ativa que foi realizada com base em um livro onde era registrada a entrega do leite a todas as crianças registradas como beneficiárias. Cerca de cinco anos de registros e atualizações de prontuário eletrônico foram realizadas, incluindo um caso positivo, em que ocorreu transmissão vertical, e a equipe não tinha conhecimento. Essa busca mostrou-nos que necessitávamos reformular a assistência à gestante com HIV para impactar na criança exposta, mantendo a mesma ligada à UBS desde o pré-natal, mesmo que fosse feito o acompanhamento na alta complexidade.

É importante desenvolver ações que reforcem a adesão ao seguimento desde o pré-natal, bem como identificar os momentos de maior vulnerabilidade para o seguimento incompleto ou abandono desse seguimento (rupturas familiares, discriminação social, vivência em um contexto familiar violento ou com história de uso abusivo de álcool e/ou drogas). Nesse contexto, é importante a percepção, precocemente, do serviço de situações que possam interferir com a adesão (MACEDO, 2013, p. 78).

Saúde da mulher

Com o advento da pandemia as pessoas afastaram-se de suas unidades de saúde. Isso fez os números de coletas de exame citopatológico (CP) e mamografia caírem. Logo a secretaria de saúde priorizou que esses problemas de saúde, especialmente câncer de mama e câncer de colo de útero, fossem investigados. Usando a listagem de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas na área adscrita, realizamos busca ativa no e-SUS e vislumbramos quem havia feito CP nos três últimos anos ou não. Quem não estava em dia era convidada a fazer e, caso aceitasse, era feito o agendamento. Novamente se observava o trabalho em equipe, a importância da micropolítica e da produção de redes e a importância da articulação entre a vigilância e a assistência dentro da AB. Tivemos um saldo muito expressivo de coletas. A

agenda de saúde da mulher foi valorizada e preenchida por pessoas com a real necessidade.

Sobre a mamografia, a vigilância foi mais complexa, mas utilizamos o e-SUS e o padrão de idade para a execução do monitoramento, e os profissionais eram incentivados a solicitar conforme protocolo do Ministério da Saúde, que diz que toda mulher entre 50 e 69 anos deve fazer pelo menos uma mamografia a cada dois anos (BRASIL, 2016, p. 187).

As doenças infectocontagiosas, como sífilis, especialmente nas gestantes, também mobilizaram os profissionais em *home office*. Os ACS, os pré-natalistas e a pediatria no pós-parto envolveram-se bastante e construíram uma sequência de trabalho.

Assim como as poucas gestantes com HIV, que, mesmo sendo encaminhadas ao pré-natal de alto risco, eram monitoradas pela equipe em *home office* mesmo após o parto, para as mães e crianças com sífilis o fluxo acontecia do mesmo modo.

Foi um pontapé inicial com uma relevância grande. Inclusive trabalhadores do *home office* questionavam: “E quando nós voltarmos à unidade, quem fará essas buscas?” O processo mostrou aos próprios trabalhadores que seria fundamental mantê-lo; era um trabalho pesado para ser compatibilizado com todas as demandas anteriores.

Monitorando Sintomáticos Respiratórios (SR)

A equipe havia criado uma planilha de controle em que fazia o monitoramento dos pacientes que consultaram no setor de sintomáticos respiratórios. Uma parte da equipe médica e de residentes que estavam no trabalho presencial fazia a busca ativa desses pacientes. Toda a equipe médica deveria, a partir da instrução recebida, preencher uma planilha interna, além do sistema de informações GERCON e do E-SUS, instrumentos que à época foram avaliados como necessários para alimentar e permitir a busca ativa por parte da equipe que entrava em contato com o paciente após 24 horas, 72 horas, 7 dias e 14 dias depois da consulta na unidade. A equipe registrava curas e óbitos e orientava os usuários monitorados para o necessário retorno, caso os sintomas piorassem.

Com o passar do tempo, os casos aumentaram exponencialmente. Os escalados para atendimento à Covid-19 não davam conta de registrar nos três espaços, e tornou-se impraticável realizar as buscas ativas em ritmo plausível para cobrir a maioria dos casos. Isso exigiu uma reconfiguração de estratégia do processo de trabalho. Para resolver a situação, reorganizamos a busca aos sintomáticos, e novamente os demais profissionais em *home office* foram protagonistas, os agentes comunitários passaram a integrar o grupo de buscas e monitoramento e a retaguarda, quando necessária, seguiu com a equipe médica. O saldo positivo dessa vigilância é incontável. Elogios, ligações, ouvidoras, vidas salvas, orientações dadas. Imensurável. O trabalho em *home office* fez alterar o processo de busca, porque, ao invés do médico do setor de sintomáticos preencher as planilhas, o funcionário do *home office* buscava diretamente no e-SUS a partir da escala médica disponibilizada a eles, justamente para saber quem estava atendendo no setor de SR.

Atendimento à população transexual/travesti

Atuamos em um município que é um dos polos pioneiros de atenção à saúde de transexuais e travestis, um dos primeiros a ter um serviço de atenção básica voltado exclusivamente ao público transexual (COELHO; DIHL, 2019). Junto à equipe que já organizava o serviço, demos seguimento ao trabalho, e em alguma medida ali também foi incorporado o trabalho virtual. Pelo fato de estarmos em pandemia, as consultas foram reduzidas, e o espaço entre as consultas e retornos foi ampliado.

Realizamos o primeiro sarau para a celebração do aniversário de um ano da atenção específica à população trans. O sarau aconteceu no formato *on-line* e possibilitou aos usuários se reverem, trocarem vivências, subjetividades e cultura e energizarem sua saúde mental. Após essa primeira atividade, foi elaborado pelas usuárias um calendário de eventos *on-line* enquanto durasse a fase mais crítica da pandemia.

Considerações finais

Pensar soluções de forma colaborativa no trabalho em saúde é uma das tarefas mais complexas para as equipes de saúde, porque problemas surgem o tempo todo, e a formação profissional não centra o desenvolvimento das capacidades profissionais no trabalho interprofissional e no contexto real de serviços nos territórios. Mas fazer com que a equipe mantenha o ânimo, sem perder de vista o propósito que é cuidar das pessoas, foi o maior legado que aprendemos nessa caminhada da pandemia. Quando executamos algo que produz resultado real na vida do usuário do SUS, o usuário reconhece o profissional, e o profissional sente satisfação em seu próprio trabalho. O “efeito externo” produzido pela pandemia deslocou, em parte, a fragmentação técnica e profissional do trabalho, assim como os imaginários que hierarquizam as profissões, abrindo caminho para um foco de trabalho colaborativo interprofissional. Não em resposta a uma política de cuidado aos trabalhadores e trabalhadoras, mas, justamente ao contrário, num fenômeno que deixou mais forte a dinâmica micropolítica do trabalho, dos encontros, da especificidade e da relevância do fazer cotidiano à saúde no interior de serviços, redes e sistemas locais. O SUS teve mais visibilidade na pandemia, e as hierarquias foram, em grande parte, dissolvidas pelo poder do encontro entre trabalhadores e usuários. O que permitiu aprendizagens significativas no espaço dos encontros e no território dos serviços e em seu entorno.

Essa condição também permitiu redimensionar a força hierárquica dos instrumentos de planejamento e monitoramento, frequentemente utilizados para o controle sobre o trabalho e com baixa capacidade de absorver a complexidade do cotidiano. Sobre o uso das ferramentas de monitoramento no contexto da análise que embasa o capítulo, elas foram importantes no suporte à gestão, na avaliação da situação de saúde da população atendida, revelando que são necessárias ações permanentes de monitoramento e recursos humanos disponíveis para isso, com carga horária de trabalho voltada a esse objetivo. Ou seja, expressou-se nelas o efeito dispositivo em substituição parcial ao efeito do controle hierárquico. Os profissionais em *home office* usa-

vam suas 40 horas semanais exclusivamente para revisar prontuários, preencher tabelas, localizar pacientes e fazer ligações. Ou seja, é um trabalho remoto com características a serem consideradas sobretudo no cotidiano do trabalho a que nos habituamos a centrar nas demandas assistenciais diretas, sempre maiores e mais diversas do que estamos preparados. A pandemia trouxe novos olhares ao campo da saúde pública, e o SUS precisa avançar com essas experiências, deixando visível a importância de ações de gestão e de educação permanente e aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho. Quando a equipe do serviço se torna refém da demanda, é também como consequência da lógica do controle hierárquico do trabalho, em que os sistemas de informação têm pouca relevância local e mais relevância nos níveis de gestão intermediária e superior. No momento da crise, a reorganização do trabalho expandiu a possibilidade de uma “inteligência local” para ações que dialogam com a integralidade da atenção, com a descentralização e com a participação, que, afinal, são diretrizes do SUS, nem sempre visíveis no cotidiano dos serviços. Que esse registro possa se somar àquelas forças que estão na propulsão de novos tempos e mudanças necessárias de uma assistência baseada em planejamento e num planejamento em saúde baseado em dados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponíveis

em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

COELHO, P.; DIHL, T. D. **Prefeitura entrega ambulatório trans no Centro de Saúde Modelo**. 07 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/smc/noticias/prefeitura-entrega-ambulatorio-trans-no-centro-de-saude-modelo>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FEITOZA, H. A. C.; KOIFMAN, R. J.; SARACENI, V. Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [on-line], v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00069820>>. Acesso em: 09 fev. 2022.

PEIXOTO, M. R.; FERREIRA, J. B.; OLIVEIRA, L. Drivers for Teleconsultation Acceptance in Brazil: Patients' Perspective during the Covid-19 Pandemic. **Revista de Administração Contemporânea** [on-line], v. 26, n. 02, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210063.en>>. Acesso em: 09 fev. 2022.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de saúde. ASSEPLA. **Guia de apoio para equipes de Monitoramento Consolida SUS**. 2016. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/guia-consolidasus2016-final.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SILVA, C. M. S. C. *et al.* Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. **Cadernos Saúde Coletiva** [on-line], s/n. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040274>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

UNIVERSIDADE ABERTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNASUS). **Coronavírus**: Brasil confirma primeiro caso da doença. Quinta-feira, 27 de fevereiro de 2020 11:26 – Ascom SE/UNA-SUS. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia>>. Acesso em: 09 fev. 2022.

Saúde bucal, integralidade do cuidado e racismo: composições na atenção ao pré-natal em tempos de pandemia

*Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla*

Introdução

Os cuidados com a saúde bucal da gestante são importantes durante o acompanhamento do pré-natal e têm reflexos na saúde do bebê, compondo as iniciativas que descrevem a integralidade da atenção nesse ciclo da vida. A integralidade do cuidado é um princípio ético, político e epistêmico do sistema de saúde brasileiro e, no campo da Saúde Coletiva, vem sendo construída como um conceito aberto, móvel e que gera encontros e tensões interdisciplinares e com o cotidiano das práticas (MATOS, 2004).

Entretanto, evidências sistematizadas em estudos mostram que a atenção à saúde bucal não é ofertada regularmente às mulheres gestantes e diferentes fatores interferem no acesso e na qualidade das ações tornadas disponíveis. Pesquisas têm demonstrado que as gestantes declaram ter medo de submeter-se à anestesia dentária para realizar procedimentos odontológicos e que em função disso algo possa acontecer com seu bebê, contribuindo para a não realização do tratamento odontológico (LAMPERT; BAVARESCO, 2017).

Na pesquisa realizada por Ferreira, Esteves e Esteves (2020), em que participaram 44 gestantes, os resultados evidenciaram que 65,9% não haviam realizado consulta odontológica durante a gestação e 54,5% das gestantes achavam que não poderiam realizar tratamento odontológico utilizando anestesia. Em estudo realizado por Nogueira *et al.* (2012), 57% das mães que foram entrevistadas não haviam procurado

tratamento odontológico durante a gestação, e 2% das mulheres entrevistadas declararam que, ao procurar o tratamento odontológico durante a gestação, tiveram a recusa do cirurgião dentista, justificada pela restrição associada à gestação.

Em outra pesquisa realizada por Mattos e Davoglio (2005), as autoras consideram que informações que não são cientificamente comprovadas são frequentes na cena do cuidado, relacionadas à permanência de crenças e mitos sobre o tratamento odontológico durante a gestação e que fatos como esses contribuiriam para a desinformação de gestantes sobre tratamento dentário, seja pela preservação de crenças prévias ao atendimento ou por ruídos de comunicação que confirmam essas crenças.

Em relação aos cuidados odontológicos durante a gestação, o caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012) organiza a assistência e descreve as ações de responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal, entre essas a realização de consulta odontológica durante a gestação. E no atendimento odontológico à gestante, que pode ser realizado durante todo o período gestacional, observando os cuidados que estão indicados para cada trimestre, a importância da relação entre a saúde bucal da mãe e a influência na saúde bucal do bebê, assim como ações de educação e promoção da saúde, onde se abre a possibilidade de explorar mitos e crenças.

Verifica-se, portanto, que o contexto da atenção à saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde destaca a necessidade e a oportunidade da atenção à saúde bucal na gestação para atuar sobre problemas específicos de saúde bucal no pré-natal e para desfazer crenças e mitos que dificultam a adesão e mobilizam as gestantes. Nesse contexto, o objetivo geral da pesquisa que embasa esse manuscrito foi de analisar a integralidade do cuidado em saúde bucal no pré-natal a partir das informações sobre cuidado relatadas pelas gestantes. E os objetivos específicos foram compreender como medo, mitos e crenças influenciam a busca de acompanhamento odontológico no pré-natal, identificar se as gestantes em acompanhamento de pré-natal receberam orientações de saúde bucal para ela e para seu bebê e analisar de que maneira marcadores sociais como raça, cor, classe social, escolaridade

dade influenciam o cuidado integral da gestante em atendimento no pré-natal.

A mobilização para o trabalho de pesquisa envolveu as temáticas da fragmentação técnica e profissional do cuidado em saúde, a organização do acesso e do cuidado em populações nas periferias urbanas, a vigência de preconceito racial e de gênero na atenção à saúde, o cuidado para com as mulheres e as crianças no ciclo da gravidez-parto-puerpério e as noções de cuidado que mobilizam ou não a produção de linhas de cuidado em territórios de maior vulnerabilidade social. A abrangência das temáticas compunha um olhar technoassistencial sobre o cuidado, mais do que as orientações técnico-profissionais e, portanto, associado ao campo da saúde coletiva mais do que às especialidades profissionais que se ocupam do cuidado materno-infantil. A articulação desse olhar com o campo empírico compôs um percurso de alta formação em pesquisa no campo da Saúde Coletiva.

Serão apresentados a seguir: a metodologia que foi utilizada para a realização da pesquisa e, em seguida, os resultados obtidos pela análise dos dados, juntamente com a discussão sobre a importância desses resultados no campo da Saúde Coletiva. No final, serão apresentadas as considerações finais e também possíveis caminhos que podem ser trilhados a partir dos resultados dessa pesquisa.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em Alvorada, cidade da região metropolitana de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul. O município conta com uma população de aproximadamente 211.000 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). O estudo teve desenho qualitativo e utilizou como instrumentos para a produção de dados uma entrevista com roteiro semiestruturado, um questionário com informações sociodemográficas e anotações realizadas no caderno de campo. Para o tratamento dos dados coletados foi utilizada a análise temática de conteúdo com a construção de categorias teóricas e empíricas (MINAYO, 2016).

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão utilizados foram: a mulher estar em acompanhamento do pré-natal independentemente de outras gestações prévias, ser residente no município e concordar em conceder entrevista. Participaram da pesquisa as mulheres que concordaram em conceder a entrevista e que foram localizadas por uma rede de informações produzidas no território, com indicações a partir da demanda inicial, feita por lideranças comunitárias na periferia urbana do município. O território em questão tem características de periferia urbana em uma região metropolitana e, no município em questão, encontra-se na transição entre o perímetro urbano e a pequena faixa considerada rural. O território foi uma escolha intencional, uma vez que o processo de metropolização, sobretudo a metropolização tardia (FERREIRA; RUAS; MATOS, 2014), gera efeitos contraditórios nos processos de planejamento urbano, de organização dos sistemas de políticas sociais e da ocupação territorial. Na compreensão que embasou o planejamento da pesquisa, essa condição estaria associada à explicitação de contradições entre as diferentes lógicas de ocupação do território, sobretudo na dimensão da organização concreta da vida das pessoas, tornando visíveis os fluxos micropolíticos de acesso e qualidade do cuidado ofertado na atenção à saúde, seja nos serviços públicos ou privados.

Os dois bairros do município em que foram realizadas as entrevistas, Aparecida e Nova Alvorada, têm características próprias, que são significativas para a proposta analítica da pesquisa. O bairro Aparecida, de localização periférica, com características urbanas, é considerado a segunda maior população do município, apresentando regiões de alta vulnerabilidade social, inclusive no que se refere ao acesso a políticas públicas. O bairro Nova Alvorada tem localização mais distante do centro do município, apresentando características de uma zona mais rural, em que as características culturais são diversas, sobretudo em relação ao pertencimento à cidade e à organização da vida e ao acesso a bens e serviços. Ambos os perfis de urbanização e de ocupação do território favorecem a identificação de condições que interrogam a integralidade da atenção em condições diversas para o acesso e o vínculo aos serviços, sendo, portanto, relevantes para a pesquisa qualitativa.

Mais do que as políticas de atenção, interrogam as políticas de desenvolvimento urbano e os processos civilizatórios que atuam no cotidiano das cidades.

As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Foram entrevistadas sete mulheres, sendo quatro mulheres negras (pretas e pardas), duas mulheres brancas e uma mulher indígena, quanto à escolaridade, quatro mulheres haviam concluído o ensino médio e, em relação à renda mensal, todas declararam renda média de até 2.090,00 reais. No momento das entrevistas, três mulheres não desenvolviam atividade laboral remunerada. Todas as entrevistadas são moradoras de Alvorada/RS, sendo que seis entrevistas foram realizadas na calçada em frente à casa da gestante, com as participantes da pesquisa e a pesquisadora sentadas em cadeiras de praia e ao ar livre. Uma entrevista foi realizada no local de trabalho da gestante. Em todos os encontros foram adotadas as precauções necessárias para evitar contaminação pelo novo coronavírus: distanciamento físico, uso de máscaras faciais adequadas e uso de álcool 70% em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas.

O roteiro semiestruturado utilizado na entrevista incluiu perguntas relativas à situação atual da gestação, como estava sendo realizado o acompanhamento do pré-natal, quais os profissionais envolvidos no acompanhamento do pré-natal, dificuldades em acessar algum serviço em função da cor da pele, ter realizado consultas odontológicas, ter recebido orientações sobre direito a ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

A pesquisa teve aprovação segundo parecer nº 4.377.128 por meio de protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa com inscrição nº 2.37325120.0.0000.8024. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fim de preservar a identidade das mulheres, foram usados nomes de flores para cada uma das entrevistadas, com denominações construídas a partir de escolhas das mulheres, mobilizadas pela proposta inicial da pesquisadora. Dessa forma, teremos Petúnia, Tulipa, Jasmim, Magnólia, Camélia, Amarílis e Hortênsia.

Resultados e discussão

A partir dos dados da entrevista foram construídas categorias temáticas que permitiram analisar a atenção à saúde bucal das mulheres na gestação. As categorias teóricas construídas e que serão descritas neste artigo são: medos, crenças e mitos nas falas das gestantes; orientação para cuidados com saúde bucal na gestação para a mãe e para o bebê; e racismo institucional e a violência obstétrica praticados contra mulheres negras. Além dessas, inspiradas em estudos prévios, foi possível construir uma categoria empírica, que emergiu devido ao contexto das medidas de enfrentamento à pandemia, relativa ao medo de não ter acompanhante no parto relacionado à Covid-19.

Medos, crenças e mitos nas falas das gestantes

O medo é um estado emocional, provocado pela consciência que se tem diante do perigo, aquilo que provoca essa consciência. Resultados de pesquisas realizadas com gestantes apontam o medo de realizar tratamento odontológico com anestesia, de submeter-se à extração dentária e de realizar exame radiográfico como motivos de não adesão da gestante ao tratamento odontológico (SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016).

Com as gestantes participantes encontramos o sentimento de medo quando o assunto tratava de anestesia dentária, da realização de alguns procedimentos odontológicos e de realizar exame radiográfico. Abaixo, a fala de Tulipa quando relatou que estava realizando consulta de acompanhamento do pré-natal no hospital:

[...] olha, eu tive um problema na primeira gravidez, eu tive um problema e eu não pude tratar... e eu tinha muito medo de anestesia, não vou mentir... eu acho que não posso, né? tomar anestesia? Porque tô gestante...

E Jasmim, quando respondeu à pergunta se teria algum procedimento dentro do tratamento dentário que ela, por estar gestante, acreditava que não poderia fazer, responde:

Acho que talvez, não sei se... acho que a anestesia talvez... a gente não poderia, mas acho que qualquer outra coisa a gente poderia fazer. De limpeza... né? Essas coisas assim... essa função de quando tu tem alguma coisa de cárie... alguma coisa prá tirar, quando põe aquelas massinhas..., se tem algum dente quebrado...

Quando a pergunta foi feita a Hortênsia, se ela achava que por estar gestante teria algum tratamento dentário que ela não poderia fazer, ela respondeu da seguinte forma:

[...] que eu não posso fazer? ... pois é, eu tenho um tratamento de canal para fazer, que eu já ia começar a fazer, mas aí quando eu descobri que tava grávida, eu fiquei com medo de fazer o tratamento de canal... Ah... aí eles falaram que não tem problema... até eu esqueci de perguntar para o médico na última consulta... mas eu não sei... se posso fazer... eu não sei se mesmo ele falando que eu posso fazer, eu vou fazer... eu acho que não, que não vou fazer! [...]

Em relação ao medo de se submeter a tratamento odontológico com uso de anestesia dentária, resultados da pesquisa de Ferreira, Esteves e Esteves (2020), realizada com gestantes que estavam em atendimento de pré-natal em uma unidade de saúde no município de Alvorada/RS, revelaram que 54,5% das gestantes achavam que não poderiam realizar tratamento odontológico utilizando anestesia dentária.

Também em consonância com esses resultados, a pesquisa de Sabrina Kohlrausch (2019), que realizou entrevista com 16 gestantes usuárias de uma unidade de saúde em Pelotas/RS, constatou que 37% das gestantes que não procuraram atendimento odontológico; dessas, 13% não o fizeram por medo da anestesia dentária.

Lenita Wanmacher e Maria Beatriz Cardoso Ferreira (2013) relatam a segurança quanto ao uso de anestésicos locais com vasoconstritores em Odontologia, sendo a lidocaína a 2% com vasoconstritor o anestésico de escolha para uso em gestantes em tratamento odontológico. Entretanto, nem sempre a cultura científica e tecnológica espalha-se nos territórios de vida e produção de saúde das pessoas, e, muitas vezes, mitos e medos se constroem a partir de informações sincréticas entre a cultura local, explicações insuficientes nos contatos com trabalhadores dos serviços e mesmo notícias falsas que se disseminam por diferentes meios.

No final da entrevista, a pesquisadora esclareceu às gestantes sobre a segurança do uso de anestesia dentária durante o tratamento odontológico, bem como a segurança de realizar radiografias. Embora não se tratasse de pesquisa do tipo intervenção, essa pareceu a postura ética necessária, uma vez que se tratava de uma mulher, mãe, odontóloga e negra, que foi mobilizada na cena do trabalho empírico juntamente com a pesquisadora. Também esclareceu sobre os benefícios para a gestante em manter sua saúde bucal como uma das maneiras de pensar na saúde de seu bebê. A pesquisadora fez a opção de responder às dúvidas que elas apresentaram depois de finalizar o roteiro que havia estabelecido. Essa decisão foi baseada no pressuposto de que, se fosse interrompida a fala para explicar sobre anestésias, tomadas radiográficas e outros procedimentos odontológicos, poderia gerar interferência nas respostas para as perguntas que ainda não haviam sido feitas.

Orientação para cuidados com saúde bucal na gestação para a mãe e para o bebê

Os cuidados com a saúde bucal são parte integrante dos cuidados com a saúde. Diamantino (2013) diz que o atendimento odontológico durante a gestação ainda é bastante controverso, em parte por medos e crenças trazidas pelas gestantes. Em pesquisa realizada com gestantes, os autores concluíram que, entre os motivos que podem contribuir para que o tratamento odontológico não seja realizado durante a gestação, encontram-se o medo e a ansiedade das gestantes e, por outro lado, alguns profissionais da Odontologia não se sentem seguros em realizar atendimentos durante esse período (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015).

As falas das mulheres entrevistadas mostram que cuidar da saúde bucal na gestação passa por condições que são determinadas muito antes pelas relações de poder que são estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários de saúde.

Quando perguntada se, durante o pré-natal, algum profissional de saúde a teria orientado para procurar a equipe de Odontologia, Tulipa lembrou quando em consulta com a médica no hospital (pois foi

encaminhada para o acompanhamento de pré-natal de alto risco) que estava com dor de dente:

[...] olha... eu tive um problema na primeira gravidez... né... por falta de cálcio eu queria fazer um tratamento e eu não pude... pelo fato do motivo de eu tá grávida... foi o que a obstetra do hospital me explicou [...].

A gestante revela que o conhecimento que tem em relação aos problemas dentários que está enfrentando é devido à falta de cálcio. E provavelmente esse conhecimento foi constituído por crenças como essa ou falas semelhantes que ouviu da profissional de saúde. Em pesquisa realizada com gestantes no município de Alvorada/RS, foram evidenciados nos resultados que 13,6% das gestantes entrevistadas acreditavam que durante a gestação saíria cálcio de seus dentes para formar ossos e dentes de seu bebê (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020).

Essa crença não encontra fundamentação científica, uma vez que o cálcio necessário para a formação e o desenvolvimento do bebê é o que a gestante ingere através da dieta, bem como o cálcio que circula no sangue, sendo de importância a dieta rica em vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo durante o primeiro e segundo trimestres gestacionais. Nesse período, os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Ao ser entrevistada, Amarílis, que no dia em que concedeu a entrevista já se encontrava no final da gestação, foi perguntada se durante as consultas de acompanhamento do pré-natal o médico ou a enfermeira a teriam orientado sobre saúde bucal. Ela nos respondeu:

Olha, eu consulto desde a 7ª semana, porque eu descobri bem cedo ... e não, ninguém me falou de dentista... É que ficou um bom tempo sem dentista ali no postinho, né? Quando eu comecei, não tinha dentista, né?

Na continuidade da conversa com Amarílis, explicando que sim, no início da gestação dela não havia dentista na unidade de saúde, mas que depois, a partir de setembro de 2020, já havia atendimentos em Odontologia na unidade de saúde em que ela estava sendo atendida. Ao ser questionada sobre ter sido encaminhada para a equipe de

Odontologia da unidade, mesmo depois de ter dentista na unidade de saúde nas consultas de acompanhamento do pré-natal, se ela havia sido orientada que poderia realizar uma consulta odontológica, ela respondeu que não e que não sabia que já tinha dentista atendendo, que essa informação não foi dada a ela nem a seus familiares. Os desencontros entre as orientações preconizadas nas rotinas de pré-natal e a atenção oferecida às gestantes podem ter o efeito de consolidar crenças e mitos que afetam a qualidade do cuidado e produzem artefatos na cultura sobre a gestação.

Em outra entrevista, Camélia não lembra de ter sido encaminhada para a equipe de Odontologia durante sua primeira gestação e justifica o esquecimento pelo fato de ter acontecido há oito anos. Na gestação atual, demonstra preocupação por não ter dentista na unidade de saúde em que realiza as consultas de acompanhamento, como revela no trecho a seguir:

[...] eu acho que sim, que me disseram para ir ao dentista, mas não lembro. Da outra, da minha menina que faz 8 anos, não lembro (risadas) ... e agora, nessa gestação não tem meios por enquanto... né? Não tem dentista no posto!

Camélia refere-se ao fato de não ter dentista na unidade de saúde em que ela está realizando as consultas. Na UBS em que Camélia realiza seu pré-natal, efetivamente houve descontinuidade na equipe de saúde bucal com a transferência da profissional que lá atuava na Equipe de Saúde Bucal e a não substituição da mesma. Dessa maneira, a comunidade daquele bairro ficou desassistida em relação à Odontologia, provavelmente dependendo de encaminhamentos para outras unidades de saúde, associada à necessidade de ações específicas. Entretanto, a descontinuidade na oferta de saúde bucal gera transtornos e, ao que nos indica o depoimento, não há uma rotina de facilitar o acesso ao serviço de referência, o que se torna, por si só, um artefato na compreensão das mulheres, consolidando ideias e crenças não fundamentadas na técnica e na qualidade do cuidado.

A falta de profissionais em unidades de saúde também foi relatada em estudo realizado na cidade de Rio Branco/AC, avaliando a cobertura de atendimentos odontológicos na Estratégia Saúde da Fa-

mília. As autoras concluíram que, pelo fato de ter um número de profissionais odontólogos reduzido isso contribui para que a taxa de cobertura da primeira consulta odontológica no pré-natal fique situada aquém das metas propostas nos protocolos (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os relatos analisados acima foram de gestantes que estavam em acompanhamento do pré-natal no Sistema Único de Saúde. Entretanto a entrevista com Magnólia, que estava realizando o acompanhamento do pré-natal na rede privada de saúde, com as consultas sendo feitas com uma médica obstetra, apresentou respostas convergentes. Perguntada se ela havia sido orientada a consultar com o/a dentista ou se a obstetra havia, em alguma consulta, falado sobre saúde bucal, a fala da gestante revela que

[...] não é conversado... pela médica assim não... se tu não chegar com a dúvida... eu acho que é uma coisa que passa batido... é... passa batido... porque é uma coisa que elas não te orientam... não te esclarecem e nem... tipo... é desconhecido...

A literatura corrobora a importância do cuidado odontológico no pré-natal e reforça a constatação de que esse está colocado na parte inferior de uma escala de prioridades, que se centra na condição do bebê e não na saúde da mãe. No estudo realizado no município de Alfenas/MG, que entrevistou 100 gestantes em acompanhamento no pré-natal, ficando evidenciado que gestantes consultadas por ginecologistas tanto em instituições privadas como pelo SUS não receberam orientações sobre saúde bucal (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

A gestante ainda é vista como um útero que gesta um outro ser humano, mas que outros componentes de seu corpo não ocupam o mesmo patamar de importância do que aquele ocupado pela cavidade uterina. E o que aparece nas falas das mulheres entrevistadas é que não sendo tratado como assunto de importância pelos profissionais que acompanham o pré-natal durante as consultas, as orientações quanto à saúde bucal dela e/ou de seu bebê não fazem parte da consulta.

A oferta insuficiente de ações de saúde no pré-natal interfere duplamente na dimensão da integralidade da atenção. De um lado, restringe o acesso a procedimentos que constituem o direito à saúde das mulheres, que inclui a integralidade da atenção, sobretudo em re-

lação aos procedimentos e ações previstas nos protocolos e, portanto, já normatizados para os serviços (MATTOS, 2004).

De outro lado, as condições de acesso e as ações educativas alocadas no procedimento do cuidado ou sonegadas às mulheres compõem um efeito pedagógico das ações e da própria política de saúde (FERLA, 2020), consolidando uma dimensão antropológica, associada às condições em que o feminino se expressa na cultura e nas relações, uma dimensão metodológica, sobre as formas de acesso e de organização do cuidado, e uma dimensão teleológica, em que se expressam as concepções de mundo e das formas de circulação. Portanto, restrições de acesso e qualidade, além de fragmentarem o cuidado, também deprimem a integralidade na medida em que contribuem para a objetualização da mulher, sobretudo quando se trata de mulheres em condição de vulnerabilidade nas periferias urbanas e/ou já marcadas por outras condições de violência e preconceito.

Racismo institucional e a violência obstétrica contra mulheres negras

Para descrever essa categoria teórica, que verificada também nos dados empíricos da pesquisa, é preciso retomar o conceito de racismo institucional, que, de acordo com Silvio Almeida, “é o resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens, privilégios com base na raça” (ALMEIDA, 2019, p. 37).

Uma das entrevistadas, Tulipa, revela-nos que, na primeira gestação, quando estava aguardando por uma consulta de acompanhamento do pré-natal de alto risco no hospital da cidade, foi ofendida com adjetivo racista por alguém que trabalhava na instituição. Relata que não se sentiu encorajada a responder à ofensa, pois se sentiu ameaçada como mulher negra, como gestante à espera de um atendimento, como pessoa circulando por um espaço público longe de seu território e como cidadã na medida em que o episódio não foi tratado institucionalmente e tampouco por outras pessoas no recinto.

A prática de emitir palavras ofensivas às pessoas negras, em especial à mulher negra, não é desconhecida no cenário brasileiro. Expressões usadas para ofender e/ou humilhar pessoas negras enquadram-se no que o autor Adilson Moreira nos traz como racismo recreativo, sendo “uma política cultural característica de uma sociedade que formulou uma narrativa específica sobre relações raciais entre negros e brancos: a transcendência racial” (MOREIRA, 2019, p. 95). A gestante também conta que *estava* sofrendo com dor de dente e, quando relatou à médica que a estava acompanhando, ouviu a seguinte resposta: “[...] Tu tá gestante, e não posso fazer nada! Tu tá assim com dor de dente porque está com diminuição de cálcio. E não pode fazer RX nem tomar anestésias”.

A violência obstétrica, cujo conceito ainda está em formação, mas que poderíamos trazer aqui com as ideias sistematizadas por D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002, p. 1681): a violência contra mulheres nas instituições de saúde, que podem ser classificadas em “negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro)”, pode ser evidenciada no atendimento à gestante acima relatado.

A situação de violência obstétrica revela que, além de ter sido negado à gestante o direito do encaminhamento ao serviço de Odontologia, em que ela poderia ter tido atendimento para aliviar as dores relacionadas aos dentes, ainda recebeu informações que não encontram suporte científico. Interessante observar que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2014). Que atenda as suas necessidades, para compor a diretriz de integralidade da atenção. E, no caso de condições de vulnerabilização, também a equalização dos efeitos que produzem sobre a sua condição de cidadania. O preconceito racial, naturalizado nas instituições e no cotidiano, gera, ao contrário, a agudização da iniquidade e efeitos negativos sobre a produção da saúde.

Diferentemente das orientações recebidas no contexto da violência obstétrica, a literatura aponta que aqueles procedimentos po-

dem ser realizados mediante condições de segurança que precisam estar disponíveis em todos os serviços. Quanto à realização de imagens radiográficas com uso de equipamentos de proteção individual, como protetor de tireoide, avental de chumbo e filmes radiográficos ultrarrápidos, podem ser executadas preferencialmente a partir do segundo trimestre gestacional (CODATO *et al.*, 2011). Em relação ao uso de anestésias dentárias durante a gestação, além de ser seguro, proporcionarão tratamento dentário com maior conforto à gestante (WANMA-CHER; FERREIRA, 2013).

E Petúnia conta que, num dos atendimentos em que estava aguardando sua consulta na unidade de saúde que a acompanhava no pré-natal, por estar demorando mais do que o habitual para ser chamada para a consulta, resolve perguntar à gerente da unidade que está na recepção do local:

[...] Aí, eu estou esperando... uma hora esperando. Minha mãe estava comigo e nada do médico chamar... aí eu fui na recepção perguntar... e aí vem a gerente de unidade: “Ah, houve um erro, eles marcaram errado, porque hoje o médico não atende pré-natal!”, disse a gerente. Aí acabou que, se eu ficasse ali, tivesse ficado ali sem falar nada, eu iria ser atendida quando?

De acordo com o relato de Petúnia, a gerente disse que não tinha culpa, que fora um erro na marcação. A gestante então pondera que erros acontecem, mas que ela estava ali aguardando pela consulta e ficaria aguardando por tempo indeterminado se não tivesse ido perguntar. A resposta institucional relatada pela gestante não deixa dúvidas sobre a condição de racismo e, no caso específico, de violência no cuidado de pré-natal:

A gerente disse que, se ficasse assim complicando, reclamando, depois o bebê não vai ter atendimento. Eu perguntei, incrédula com o que estava acontecendo: tu tá me fazendo uma ameaça? É isso? Tu tá dizendo que meu bebê não vai ter atendimento? [...].

Petúnia revela que a gerente, ao perceber o tom de voz e a indignação na fala da gestante, recua do discurso, tentando minimizar o acontecido, dizendo que se tratava de um engano e que o bebê teria vínculo com o serviço. Não se trata, evidentemente, de um simples

ruído de comunicação, mas do uso ostensivo da condição de poder institucional para produzir constrangimento à usuária, mulher pobre, negra e gestante no atendimento de pré-natal. Repete-se aqui a dupla quebra do direito à integralidade na atenção à saúde no pré-natal: pelo déficit de acesso e qualidade às ações preconizadas e pelo efeito pedagógico de negação da condição de cidadania, de detentora de direitos aos cuidados e de portadora de projetos de futuro com mais equidade e justiça.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (2014, p. 1). As práticas de violência obstétrica contra as mulheres em qualquer fase da gestação, além de constituir violação de direitos, contribuem para desestimular a procura dos serviços pelas gestantes.

As ações realizadas pelos profissionais que acompanham a gestação nos serviços de saúde têm papel fundamental para proporcionar às gestantes condições de atendimento digno e tratamento humanizado. Mais do que isso, de acionar, com a qualidade do cuidado prestado, mudanças na vida objetiva das mulheres que buscam o atendimento.

O medo de não ter acompanhante no parto relacionado à pandemia da Covid-19

Como já se descreveu acima, o medo é constitutivo da condição de mulheres gestantes nas periferias urbanas, como verbalizaram as mulheres sujeitas da pesquisa. O contexto específico de enfrentamento à pandemia de Covid-19, nas condições em que se dá a resposta brasileira (FERLA *et al.*, 2020), tornou especialmente visível o medo de não ter acesso a um direito assegurado às gestantes: o acompanhante. O medo tornou-se visível com várias expressões: desde a não possibilidade de ter uma acompanhante já nas consultas de acompanhamento do pré-natal na unidade de saúde ou na instituição de saúde privada e também o medo de não poder ter um acompanhante na hora de realizar um exame de ultrassonografia e ter a possibilidade de gravar as imagens do exame. Algumas dessas mulheres relataram o medo de ter que estar em um hospital, mesmo sem ser ainda a hora do parto. E

com alto grau de preocupação, em todas as falas, apareceu o medo de não ter acompanhante na hora do parto por conta da pandemia da Covid-19. O direito ao acompanhante deriva da tentativa de equalizar uma condição reconhecida nas práticas obstétricas de fragilidade das mulheres e da qualidade do acolhimento e do vínculo praticado nos serviços especializados. No caso do contexto da pandemia, a crise civilizatória explicitada nas relações pessoais e institucionais soma-se às diferentes expressões de violência e preconceito já analisadas aqui.

De acordo com o relato de Jasmim, que foi orientada a realizar uma ultrassonografia solicitada pela médica da unidade de saúde em que realiza o pré-natal, ao agendar dia e hora para o exame em uma clínica privada, ela foi proibida de ter acompanhante e também proibida de gravar as imagens, desejo que ela nutria para poder mostrar as imagens ao pai do bebê. Ao ser indagada sobre a possibilidade de seu marido ser o acompanhante do pré-natal, Jasmim conta que

[...] porque ele já não podia ir por causa da pandemia... todos os lugares tavam evitando, que não podia ter acompanhante... daí ele ficava triste... como que não posso... ele dizia: “Posso sim acompanhar, é lei”, e eu dizia: “não pode”... daí eu gravava e trazia pra ele... todas as gravações... Só uma que não pude, tava esperando, foi bem no dia em que eu ia saber o sexo... daí depois que terminou a consulta... a médica deixou eu tirar uma foto... que ela parou a imagem pra mim e disse: Tira uma foto! Pra mostrar que era menino [...].

E ela comenta sobre o caso acontecido com sua cunhada, que havia parido alguns dias antes da entrevista que estava concedendo. No caso da cunhada, que Jasmim e alguns familiares levaram até o único hospital do município e que teve seu direito de ter acompanhante durante o parto negado pela instituição, Jasmim conta da seguinte maneira:

[...] é o primeiro filho... que nem a minha cunhada... a gente largou ela lá e passou a madrugada toda sentindo dor e ficou lá sozinha, não teve ninguém... a gente tinha que ficar toda hora ligando... eles ficaram até bravos com a gente porque a gente tava toda hora ligando para a emergência e perguntando se ela já tava em trabalho de parto, se... como é que ela tava, e eles até disseram que não era para

ficar ligando toda hora, o familiar... daí a gente pegou e falou: “Não tem como não ficar ligando. Ela tá sozinha aí”...

Pelo relato se evidencia que, nos dois casos, tanto no atendimento privado em que não foi permitido que ela realizasse o exame com o acompanhante de escolha dela, como na instituição hospitalar, que desrespeitando completamente a Lei nº 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), não considera o direito da gestante em ter o pré-parto, parto e pós-parto vivenciados com a presença do acompanhante. O fato de estarmos em condições especiais de atendimento nos serviços de saúde, como medida de enfrentamento à pandemia nas condições em que o fazemos no Brasil, não autoriza o uso do argumento como sentença. A condição relatada apenas evidencia a dificuldade de diálogo que os serviços têm com as mulheres gestantes, sobretudo negras e residentes em periferias urbanas, onde parece materializar-se frequentemente uma lógica em que o argumento técnico sempre se expressa como exercício de poder e com efeito de constranger o direito à saúde e à vida. Trata-se da mais evidente expressão de racismo e preconceito institucionalizado.

Camélia dá materialidade a essa perspectiva quando relata que teve a filha de oito anos impedida de entrar na sala de ultrassonografia para acompanhar a realização do exame e vivenciar a experiência de ver a imagem do bebê (irmão ou irmã) na barriga da mãe. Camélia relata que entenderia se lhe explicassem que não poderia ter um acompanhante na consulta de pré-natal na unidade de saúde por se tratar de um ambiente com muitas pessoas, mas não compreendeu por que não podia ter a presença da filha durante a ecografia:

[...] tipo, na outra gravidez eu ia sozinha, né? Daí agora, com o negócio do covid, ela (a criança) só não conseguiu ficar junto comigo na ecografia, que ela não conseguiu entrar que daí não liberaram, ela daí ela ficou esperando... [...] por mim eu posso fazer a consulta sozinha... já que eu tô bem, não tô sentindo nada.

A condição de mãe e gestante, de responsável pelo cuidado dos filhos, da impossibilidade de desfazer-se dessa responsabilidade quando o serviço arbitra a agenda dos procedimentos e exames e não oferece condições de suporte e, ainda mais sensivelmente nesse caso, a pos-

sibilidade de tornar a experiência da gestação uma aprendizagem suave para a filha. E acrescenta que, em relação ao momento do parto, gostaria muito que o marido estivesse com ela, como aconteceu na primeira gestação. Em função da pandemia, não fica segura se isso poderá acontecer:

[...] sim... na hora do parto alguém tem que tá ali né? Por que depois do parto deu, né? Há 8 anos atrás, meu marido tava junto e agora... acho que vai ser diferente, né?

Em relação ao medo, temos Amarílis, que nos relata ter necessitado ficar hospitalizada por problemas de pressão arterial, que estava instável, e nesse dia foi até o único hospital da cidade para atendimento. Relata que já estava bastante ansiosa por ter ouvido que não poderia ter o marido acompanhando o parto e nos conta que, estando lá na sala de observação do hospital, presenciou a seguinte cena:

[...] pois é... eu fui no hospital na semana passada... fiquei o dia inteiro quase e o outro. Dois dias depois, eu tive que ir de novo por causa da pressão e fiquei o dia inteiro... aí vi que eles tavam chamando só ali... na hora que a mãe já tá na observação, com o bebê já... eu vi que elas tavam chamando o pai, só que já tinha até nascido... eu até fiquei meio assim, né? Mas é tão ruim ficar sozinha, ainda mais que é o primeiro... ele queria participar...

A gestante Tulipa conta-nos quando perguntada sobre a realização das consultas de pré-natal que poderiam ser no hospital, que na primeira gestação o marido pôde ficar junto com ela inicialmente. Depois teve a companhia da mãe, mas revela como se sente agora nessa gestação:

[...] estou apavorada por conta do covid, da pandemia... é porque a gente fica preocupada... também essa função de ir para o hospital, volta... não sei o que vai ser... e meu sobrinho que tá com 7 dias, a mãe do bebê não pode ficar com acompanhante porque o hospital não permitiu.

Nos casos das gestantes relatados acima, a não observação da Lei nº 11.108/2005 – lei do acompanhante (BRASIL, 2005), que permite à parturiente o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito das

instituições de saúde – gerou nessas mulheres o sentimento de medo. De acordo com a pesquisa realizada com puérperas e seus acompanhantes (FERREIRA; MADEIRA, 2016), ter a presença do acompanhante traduz-se em segurança e ter o contato com esse acompanhante proporciona à mulher sentimento de conforto, contribuindo para o fortalecimento da autoestima. Não se trata aqui de um juízo sobre as normas sanitárias adotadas em cada serviço para o enfrentamento à pandemia, sobretudo em contextos, como o brasileiro, em que há disputas enunciativas que atravessam a vida das pessoas, inclusive com base em inverdades grosseiras. Mas exatamente por isso o déficit de comunicação, visível pela naturalização de uma regra que afeta o direito e a condição subjetiva das mulheres gestantes, é um dado importante para a análise da integralidade do cuidado.

A presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério traz benefícios para a mulher. Estudo realizado com enfermeiros sobre benefícios que estariam relacionados com a presença de acompanhante na hora do parto, principalmente na hora do nascimento do bebê, concluiu que, além do fortalecimento para a mulher, a equipe de enfermagem também se beneficiava, reconhecendo que, como equipe, não conseguia suprir totalmente as necessidades da parturiente (CARVALHO *et al.*, 2013). Ou seja, há reconhecidamente um déficit na organização do cuidado no parto e no puerpério imediato, que não se desfaz no contexto da pandemia e, ao contrário, se agudiza. Entretanto a resposta dos serviços, que mobiliza o medo nas mulheres, reforça esse déficit, agravando a insuficiência na comunicação e no cuidado.

Hortênsia está na segunda gravidez e não foi orientada sobre o direito de ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Quando perguntada se alguém a acompanha durante as consultas, ela diz que seu companheiro esteve com ela no nascimento de seu primogênito. E que nas consultas recentes de pré-natal com médico ou com enfermeira não recebeu orientações sobre a possibilidade de ter acompanhante. Relatou também que nem tinha conhecimento de que havia uma lei que amparava tal direito. Hortênsia estava na 16ª semana de gestação na ocasião da entrevista.

De acordo com o Manual Técnico do Ministério de Saúde, que versa sobre a atenção qualificada e humanizada no pré-natal, os benefícios gerados pela presença do acompanhante na hora do parto já foram comprovados, evidenciando segurança e confiança para as mulheres que tiveram esse direito assegurado (BRASIL, 2005).

Foi evidenciado pelos relatos das mulheres em atendimento no pré-natal que os profissionais que as acompanham, que realizam a assistência, carecem de informações que deveriam ser disponibilizadas às gestantes. O que foi possível evidenciar nos relatos das mulheres é que a integralidade da atenção no pré-natal apresenta-se com deficiência, tendo nos profissionais que realizam a assistência exatamente os agentes que deveriam promover essa integralidade.

Considerações finais

A integralidade da atenção em saúde bucal durante o pré-natal, que é direito das mulheres e dever dos serviços de saúde, não acontece na totalidade das situações vivenciadas pelas mulheres, de acordo com o relato das participantes. Foi possível evidenciar que, na atenção de consultas realizadas pelo Sistema Único de Saúde e no sistema privado de saúde, as mulheres não receberam cuidados em relação à saúde bucal. Não se tratou de amostra probabilística, mas de situações que concretamente envolveram o cuidado de pré-natal no sistema público e no sistema privado de saúde.

O medo de submeter-se a procedimentos odontológicos com uso de anestesia dentária relatado pelas gestantes sugere que sejam investidos esforços na formação dos cirurgiões-dentistas no sentido de que conhecimentos sobre gestação e saúde bucal estejam contemplados desde a graduação. E que esses conhecimentos sejam também parte da formação de outros profissionais que acompanham o pré-natal. Esse conhecimento, compondo as práticas da assistência, poderá contribuir para a diminuição de crenças em relação ao atendimento odontológico na gestação, que prejudicam a qualidade necessária do cuidado no período gestacional.

A necessidade de iniciativas de educação para as relações etnorraciais como parte de uma política para desconstruir o racismo institucional, que marca a violência obstétrica relatada por gestantes negras, aparece como um projeto a ser construído com urgência. O racismo institucional é visível no cotidiano e precisa ser desconstruído para uma cultura de democracia e equidade, mas também para alcançar a integralidade do cuidado. A assistência oferecida no acompanhamento do pré-natal deve proporcionar ao binômio mãe-filho condições favoráveis, com confiança e segurança nas relações estabelecidas com os profissionais de saúde. E isso inclui reconhecer o racismo institucionalizado e superá-lo com medidas de equidade, que qualificam o cuidado.

Os padrões de qualidade e de integralidade no cuidado são construções históricas e sociais e, portanto, sofrem continuidades e descon continuidades, também associadas às noções de direitos e às compreensões de saúde vigentes nos territórios. Identificar déficits no cotidiano do cuidado também nos remete aos efeitos das forças que os produzem dentro dos serviços e, por certo, também em outros aspectos da vida cotidiana das mulheres, crianças e homens que habitam territórios de maior vulnerabilidade e que, em consequência dessa condição, são vulnerabilizados por pessoas, autoridades, grupos e mesmo pelas políticas sociais que, formalmente, têm a função da equidade, da inclusão, da produção de integralidade e da afirmação da cidadania. Parece-nos fundamental que a formação profissional na saúde, assim como a educação em todos os seus níveis, retome a ideia da democracia como tradução de relações justas, horizontais e inclusivas, sendo que déficits seletivos na qualidade da atenção à saúde a pessoas e grupos sociais sejam também compreendidos como déficits civilizatórios.

Como resultado da pesquisa foi elaborada uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde, abordando a importância das relações etnorraciais, da luta antirracista e da importância do cuidado na saúde bucal da gestante. E também foi elaborada uma cartilha com orientações sobre saúde bucal para a gestante e para o bebê. Parece-nos que a devolução do investimento social e pessoal na formação no mestrado em Saúde Coletiva e na cooperação das mulheres que se dispuseram a compartilhar seus percursos assistenciais para

dar-lhe lastro também se deveria traduzir em investimento civilizatório coerente com a aprendizagem.

Como limitações da pesquisa, pode-se citar a impossibilidade de estimar a abrangência e a representatividade estatística dos achados para outros contextos, o que não reduz a relevância dos mesmos, inclusive pelo suporte a outros achados de pesquisa e na literatura. Como contribuição de uma pesquisa qualitativa à compreensão da qualidade da atenção ao pré-natal, registra-se a identificação de déficits de integralidade pela ausência identificada de articulação forte com a atenção à saúde bucal e pela presença de violências obstétricas relatadas pelas participantes, assim como de evidências de racismo estrutural e institucional intervindo no fluxo assistencial de mulheres negras da periferia urbana. Em ambas as constatações, percebem-se déficits de monitoramento e a avaliação das ações de pré-natal, de educação permanente em saúde na organização do trabalho e de qualidade na formação profissional.

A pesquisa não esgota o assunto, e sugere-se que mais investigações sejam realizadas, abordando saúde bucal na gestação e a integralidade do cuidado, assim como pesquisas que estudem a relação do racismo como marcador da violência obstétrica e como déficit ético na produção do cuidado.

Referências

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ASSUNÇÃO, A. C.; MIGUEL, D. A. **Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico**. 2015. 26f. Monografia (Especialização em Endodontia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Instituto de Estudos da Saúde Sérgio Feitosa, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<https://www.iesposgraduacao.com.br/assets/downloads/2dceb3de5166919254d1d9154cb8f8d6.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005**. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, v. 32). Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4). Disponível em: <https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

CARVALHO, I. S. *et al.* Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J. Health Sci Inst.**, v. 31, n. 2, p. 166-71, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/acompanhantes-no-processo-de-nascimento-beneficios-reconhecidos-pelos-enfermeiros/>>. Acesso em: 15 maio 2020.

CODATO, L. A. B. *et al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2.297-2.301, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8mF4PJdb6mnmjKbzcPf6C4z/?lang=pt>>. Acesso em: 31 maio 2020.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1.681-1.685, 2002. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

DIAMANTINO, M. L. P. **Participação da Odontologia na equipe de pré-natal da ESF à luz da literatura: oportunidade de promover saúde**. 2013. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Participacao_da_odontologia_na_Equipe_de_Pre_natal_na_ESF_a_luz_da_literatura_oportunidade_de_promover_saude/461>. Acesso em: 31 maio 2020.

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

FERREIRA, R. M.; FERLA, A. A. • Saúde bucal, integralidade do cuidado e racismo: composições na atenção ao pré-natal em tempos de pandemia

(Supl. 2), p. 1-6, 2020. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>>. Acesso em: 02 fev. 2021.

FERLA, A. A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: AKERMAN, M. (org.). **Atenção básica é o caminho**. Desmontes, resistências e compromissos: a resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da atenção primária à saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-123.

FERREIRA, A.; RUAS, J.; MATTOS, S. R. C. Metropolização do espaço, gestão territorial e relações urbano-rurais: algumas interações possíveis. **Geo UERJ**, v. 2, n. 25, p. 477-504, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/deb7/150e9b62bfdef981c51314ab8e364ae242da.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

FERREIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. e29, jan/abr. 2016. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/29>>. Acesso em: 01 maio 2020.

FERREIRA, R. M.; ESTEVES, C. S.; ESTEVES, P. S. Saúde bucal na gestação: o conhecimento das gestantes em atendimento no pré-natal em uma unidade básica de saúde. In: PIRES, C. de C.; ESTEVES, C. S. (org.). **Repensando a saúde sob olhares interdisciplinares**. Salto: Editora Schoba, 2020. p. 23- 38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Alvorada**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alvorada/panorama>>. Acesso em: 01 maio 2020.

KOHLRAUSCH, S. N. **Saúde bucal e assistência odontológica durante a gestação**: usuárias de uma Unidade Básica de Saúde. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde do Ciclo Vital) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2019. Disponível em: <<https://pos.ucpel.edu.br/mpscv/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Sabrina-Knopp-Kohlrausch.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

LAMPERT, L.; BAVARESCO, C. S. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. **RSC [on-line]**, v. 6, n. 1, p. 81-95, 2017. Disponível em:

<<https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/169/165>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

MATTOS, B. N. C.; DAVOGLIO, R. S. Saúde Bucal: a voz da gestante. **RFO, Passo Fundo**, v. 20, n. 3, p. 393-399, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v20n3/a20v20n3.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set./out. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

MONTEIRO, A. C. C. *et al.* Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 2, p. 67-83, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10903>>. Acesso em: 30 jan. 2021.

MOREIRA, A. **Racismo recreativo**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

NASCIMENTO, É. P. *et al.* Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. Bras. Odontol.** [on-line], v. 69, n.1, p. 125-130, 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a28v69n1.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

NOGUEIRA, L. T. *et al.* Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontolo. Clín. Cient.**, v. 11, n. 2, p. 127-131, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n2/a08v11n2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

OLIVEIRA, A. de *et al.* Cobertura da atenção em saúde bucal a gestantes na estratégia de saúde da família em Rio Branco-Acre no período de 2015 a 2018. **DeCiência em Foco**, v. 4, n. 1, p. 55-74, 2020. Disponível em: <<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/449/106>>. Acesso em: 01 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de**

FERREIRA, R. M.; FERLA, A. A. • Saúde bucal, integralidade do cuidado e racismo: composições na atenção ao pré-natal em tempos de pandemia

saúde. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=6101A9336E1453D0F467CD29779D28F1?sequence=3>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVEIRA, J. L. G. C.; ABRAHAM, M. W.; FERNANDES, C. H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Rev. APS.**, v. 19, n. 4, p. 568-574, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832216>>. Acesso em: 02 fev 2021.

WANMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Modelo teórico do programa de contingência coronavírus para a população prisional no Rio Grande do Sul: um olhar da teoria dos resíduos

*Fernanda Ramos Bortoluzzi
Guilherme Dornelas Camara*

Introdução

Para Henri Lefebvre (1967, p. 68), “cada atividade que se autono- miza tende a constituir-se em sistema, em um ‘mundo’”, mas cada um desses sistemas “[...] constitui, expulsa, indica um ‘resíduo’”. Toda tentativa de elaborar um registro da história total do homem com seus sistemas, formas, funções e estruturas deixa esse resíduo. Lefebvre desafia-nos a olhar para essas irredutibilidades, pois cada um desses elementos residuais contém algo de precioso e de essencial, que possibilita que seu agrupamento crie “um universo mais real e mais verdadeiro (mais universal) que os mundos dos poderes especializados” (LEFEBVRE, 1967, p. 68).

Ao olharmos para a organização enquanto um sistema, temos como seu resíduo o desviante, o original, os momentos e as situações. Desde 2020, muito se tem pensado, falado e escrito sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde para dar conta da pandemia mundial do novo coronavírus (Covid-19). No entanto, há um resíduo desse debate, que é a saúde da população prisional. Não apenas o próprio sistema prisional faz a contenção e a organização de resíduos da sociabilidade brasileira em geral, como é possível afirmar a partir de Borges (2019), mas constitui ele mesmo um resíduo materializado no atentado aos direitos humanos e garantias fundamentais (AZEVEDO, 2010;

BRASIL, 2015): superlotação; altos índices de doenças infectocontagiosas; violência de toda ordem; mortes. Isso sem mencionar o evidente controle, em determinados setores, das chamadas facções criminosas.

Conforme dados colhidos no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, o número da população carcerária no ano de 2019 ultrapassou 748 mil para apenas 442.349 vagas, totalizando uma taxa de ocupação de 169%, recebendo o Brasil o título de 3ª maior população prisional do mundo (INFOPEN, 2019).

Quanto aos dados referentes às mortes no sistema prisional, entre as causas acidentais, desconhecidas, criminais, naturais e suicídios, no ano de 2018, entre julho e dezembro, aponta um total de 990 e no Rio Grande do Sul 53 mortes (INFOPEN, 2018). Já de julho a dezembro de 2019, temos um total de 1.091, sendo no Rio Grande do Sul 87 mortes (INFOPEN, 2019).

Os estabelecimentos prisionais aproximam-se cada vez mais de depósitos, sendo destinados aos sujeitos definidos como os mais perigosos, uma vez que, perante o olhar julgador da sociedade, “os criminosos são merecedores de qualquer mal que lhes seja imposto através da pena, visto que não são considerados indivíduos normais e, portanto, não gozam do mesmo status jurídico que os autointitulados cidadãos de bem” (CIFALI; AZEVEDO, 2016, p. 51).

No contexto da pandemia de Covid-19, Costa *et al.* (2020, p. 12) concluem:

De um lado, temos medidas sanitárias colocadas em prática para salvaguardar a incolumidade física e psíquica da sociedade “livre”; são vidas passíveis de serem salvas. De outro, temos a população carcerária, que se localiza em um território onde a formulação e implementação de políticas públicas, de forma geral, não existe ou existe precariamente; são vidas que não são passíveis de luto, que não são salváveis.

Frente a esse cenário, as prisões operam como “barris de pólvora” na pandemia (COSTA *et al.*, 2020), necessitando da imposição de medidas urgentes de contenção ao contágio do novo coronavírus.

A avaliação de programas de saúde é uma importante ferramenta que permite gerar inúmeras discussões e melhorias sobre a política,

evitando erros de planejamento e resultado de avaliação. Bunge (1974) apresenta o modelo teórico como sendo “um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal”.

Há debates sobre o papel da teoria e a utilização de modelos teóricos, pois a não utilização da teoria na avaliação de programas pode levar a uma avaliação não sensível a contextos políticos e organizacionais, bem como desprezar alguns temas. Para diversos autores, a expressão “modelo lógico” é a ideia que operacionaliza o objeto-modelo.

Desse modo, objetos-modelo seriam parte das teorias científicas; logo modelos teóricos abrangem objetos-modelo. Ademais, modelo teórico é “uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida de um objeto-modelo” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 44).

Com todo o exposto, o objetivo deste capítulo é, desde a teoria dos resíduos, oferecer um modelo teórico capaz de avaliar a implementação do plano de contingência coronavírus para mitigar o avanço da Covid-19 nas unidades prisionais do Rio Grande do Sul.

Plano de Contingência Coronavírus para os estabelecimentos prisionais: o preconizado

O Plano de Contingência Coronavírus tinha o intuito de mitigar a contaminação nas 152 unidades prisionais do estado, onde cumprem pena aproximadamente 41.199 pessoas, sendo 39.086 homens e 2.113 mulheres (SUSEPE, 2021), com procedimentos e medidas para prevenção e mitigação dos danos causados pela Covid-19 em três frentes: fluxos e procedimentos operacionais; medidas específicas para a região metropolitana, Vale dos Sinos e Litoral Norte; demais medidas (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Para as pessoas que já se encontram no sistema penal, sintomáticas sem gravidade, recomenda-se após a identificação separá-las em cela de isolamento exclusiva ou divisão da cela por meio físico; ou não sendo possível, separá-las em tendas de atendimento/isolamento. En-

quanto pessoas sintomáticas com gravidade devem ser encaminhadas à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou isolá-las em tenda de segregação preventiva, ou alternativamente em hospitais. Já para novas pessoas presas são obrigatórios 14 dias de isolamento.

Entre as necessidades para a operacionalização em estabelecimentos penais, observam-se: adoção de área de triagem (com questionário, oxímetros e termômetros), instalação de pedilúvios (para higienização dos pés), duas áreas de isolamento por estabelecimento ou por região (uma para pessoas presas assintomáticas e outra para pessoas sintomáticas sem gravidade), criação da Patrulha de Desinfecção e Conscientização, criação de tendas de atendimento/isolamento, adequação das UBS.

Em caso de evolução da pandemia, há previsão de medidas alternativas através da criação de tendas centrais de isolamento de segregação preventiva nos institutos penais em oito regiões do estado, as quais visam reduzir o número de vagas de isolamento em relação à capacidade de engenharia, bem como a ocupação em prédios públicos e, por fim, parcerias com os municípios no tocante à rede de saúde com a contribuição estratégica da FAMURS (Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul).

Salienta-se que as regiões metropolitana, Vale dos Sinos e Litoral Norte recebem tratamento diferenciado em razão do número maior de presos que abrigam. Assim, o plano tem como objetivo a criação de 72 vagas no Centro de Triagem de Porto Alegre e 40 vagas no Centro de Triagem de Montenegro para custódia de presos assintomáticos pelo período da quarentena.

Para a concretização das operações, seriam necessárias a parceria e a cooperação com outros órgãos, como a Defensoria Pública, as Forças Armadas (fornecendo estrutura física), o Exército Brasileiro (auxiliando na criação de tendas), a Brigada Militar (segurança). De modo a dar conta das demais medidas previstas no Plano de Contingência, foi editada a Nota Técnica nº 01/2020, da Secretária da Administração Penitenciária (SEAPEN), em conjunto com a Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE).

Ademais, traz procedimentos de prevenção como: manter celas ventiladas, intensificar a limpeza, lavar sempre as mãos, utilizar álcool gel, evitar aglomerações, etc.

Cabe destacar que um dos itens a serem observados diz respeito ao momento da triagem por meio de um questionário, aplicado pelo servidor responsável, o qual pergunta ao preso ingressante se apresenta ou apresentou sintomas (febre, tosse, dispneia, dor de garganta, dificuldade para respirar, etc.) nos últimos 14 dias. Em caso afirmativo, já deve conduzi-lo ao isolamento.

Além de tais medidas, buscou-se a produção de EPIs para combate à Covid-19, além da fabricação de sabão. No momento, 19 estabelecimentos, distribuídos de forma regionalizada, realizam a ação, conforme orientação do Gabinete Emergencial de Logística e Regulação de Estoque, visando ao atendimento de todo o RS e evitar a propagação do vírus. Como exemplo, a penitenciária de Arroio dos Ratos produz em média 800 máscaras de proteção por dia (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A ordem de serviço nº 002/2020 da SEAPEN, em conjunto com a SUSEPE, estabelece os modelos de máscaras a serem produzidos pela mão de obra prisional; são elas: descartáveis e reutilizáveis. Além disso, estipula que o modelo de máscara a ser utilizado em cada local dependerá, preponderantemente, dos tipos de riscos: área de maior risco de contaminação (uso de máscaras N95 e PFF2) e áreas de menor risco de contaminação (uso de máscaras reutilizáveis).

Acrescenta-se que a ordem também estipulava as áreas de risco, classificando os estabelecimentos prisionais conforme a bandeira atribuída ao município nos termos do Decreto Estadual nº 55.240, revogado em 15 de maio de 2021.

Desse modo, podemos observar que o decreto que instituiu o Sistema de Distanciamento Controlado, criado pelo governo do RS, também foi adaptado ao sistema prisional no que diz respeito à classificação e à autorização de visitas presenciais. Se o município se encontrasse há pelo menos duas semanas em bandeira laranja ou amarela e apresentasse período igual ou superior a 14 dias sem contaminação por Covid-19, comprovada por teste RT-PCR em pessoas presas que

não estivessem em quarentena preventiva nas áreas de triagem/isolamento, estariam autorizadas as visitas presenciais. Os estabelecimentos localizados em regiões onde houve agravamento da pandemia, com o retorno à bandeira vermelha, suspenderiam as visitas após duas semanas nessa condição (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Mesmo após a alteração pelo governador Eduardo Leite do Sistema de Distanciamento Controlado pelo Sistema 3AS (Aviso, Alerta e Ação), que ocorreu a partir do dia 16 de maio de 2021, o sistema prisional adaptou-se a essa realidade e emitiu uma nova Ordem de Serviço Conjunta (nº 002/2021 – SUSEPE e SEAPEN), a qual estipulou a data de 22/05/2021 a 31/05/21 para a retomada e a realização de uma visita humanitária presencial em todo o sistema prisional gaúcho, restrita a uma visita, por um único familiar, em local específico com ventilação natural cruzada (nos moldes da “Visita Social” expressa no Plano de Retomada Gradual e Controlada das Visitas no Sistema Prisional, com restrições embasadas no Plano de Contingência) (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Na sequência, outra medida diz respeito à disponibilização de um canal virtual para a manutenção dos vínculos externos da pessoa presa, também chamada de “televisita”, um meio de visita e parlatório virtual. Proporcionaria ao preso contato com o mundo externo e com seus familiares, vínculos essenciais e em conformidade com a Constituição Cidadã e a Lei de Execução Penal (LEP). No projeto-piloto, três casas prisionais viabilizaram a visita virtual aos presos. Numa delas, a Penitenciária Estadual de Porto Alegre (antigo Presídio Central), os apenados que trabalham na cozinha e na área administrativa conseguiram conversar com seus familiares pelo telefone. O procedimento contou com a monitoração de agente operacional, uma psicóloga e uma agente administrativa para acompanhar a conversa (SUSEPE, 2021).

Outro meio adotado foi a disponibilização de um Boletim Diário, viabilizando o acompanhamento em números detalhados da situação da Covid-19 no sistema prisional. No *site* da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul, é possível ter acesso aos boletins diários com informações de quantos casos foram detectados e quantos presos estão em suspeita, assim como disponibi-

liza o número de presos vacinados contra a gripe e a quantidade de testes já realizados. Conforme a última atualização emitida em *site* oficial, no dia 21 de maio de 2021, o boletim de relatório prisional apresentava que 20.399 presos receberam a vacina contra H1N1, e o número de testes realizados chegou a 24.528 (SEAPEN, 2021).

Também há uma grande preocupação com o efetivo que atua dentro das unidades: os agentes prisionais. Assim, o poder público adotou um procedimento preventivo de afastamento pelo período de até 14 dias para servidores com sintomas da doença ou por estar incluídos em grupos de risco. Os agentes estão sendo vacinados contra a gripe de forma prioritária e recebendo equipamentos de proteção a fim de garantir sua segurança (BRASIL, 2021).

Breve histórico do marco regulatório do sistema prisional brasileiro

Na visão de Bucci (2006, p. 146), a partir do século XX, o Estado intervém na vida econômica e social, “e apesar das alterações qualitativas dessa presença estatal, que foram realizadas em diversas ocasiões, a pretextos variados, ao longo desse período, o fato essencial é a indispensabilidade da presença do Estado”.

No campo da saúde, a Carta Constitucional estabelece na redação do artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garanti-la com políticas socioeconômicas que reduzam o risco de doença e outros agravos. Destaca ainda a Constituição que o acesso à saúde deve ser universal e igualitário. Com isso instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir políticas universais e democráticas voltadas a todos.

A Lei nº 8.080 de 1990 regulamenta o SUS, estabelecendo os objetivos, atribuições, organização, competências e funcionamento, assim como apresenta os princípios que devem ser observados; são eles: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, preservação da autonomia, igualdade e equidade, direito à informação, descentralização, participação popular, entre outros.

Dessa forma, tal regulamento traz apontamentos sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sempre visando à saúde como direito fundamental e elementar do ser humano. A atenção integral à saúde “passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e à promoção da saúde” (BRASIL, 2020).

Outrossim, cabe ao Estado garantir, através de políticas, medidas de redução de doenças, melhoria da qualidade de vida, ambiente saudável e, desde o princípio da universalidade, acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade, as quais se encontram cumprindo pena ou aguardando sentença em diversas casas prisionais de nosso país.

O direito à saúde e os direitos sociais previstos na Constituição Federal de forma universal e igualitária constituíram um marco civilizatório, entretanto que de imediato não foi garantido às pessoas privadas de liberdade (PPL).

Após um longo período, com o objetivo de orientar a reintegração social do preso e adotar medidas de assistência a pessoas encarceradas, como educação, trabalho e saúde, foram criadas algumas disposições.

A Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984 é anterior à Carta Constitucional, entretanto já trouxe aspectos relevantes no tocante aos direitos e às garantias do preso. Na visão de Simas *et al.* (2021), mesmo com um foco na política de segurança pública e não na saúde, tinha como objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Além disso, previa a assistência à saúde do preso em caráter preventivo e curativo com atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

No que concerne à saúde das PPL, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2004, trazia o seguinte lema: “incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumprem pena é cumprir um direito garantido pela Constituição” (BRASIL, 2004). Entre as prioridades estavam a “reforma e a equipagem das unidades prisionais, visando à estruturação de serviços ambulatoriais de atenção

no nível básico, componentes da assistência de média complexidade, das urgências e emergências em saúde” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 48).

O então ministro da Saúde, Humberto Costa, criticou na confecção da cartilha PNSSP a questão da saúde prisional à época, uma vez que estava sendo feita sob a ótica reducionista, limitando-se à atenção voltada a DST/AIDS e à redução de danos associados ao uso abusivo do álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Além desses agravos à saúde, a PPL apresentava, naquela época, altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, hepatites, entre outras doenças que mereciam atenção.

Assim, o PNSSP representou um avanço bastante limitado para o país, voltado a uma política de saúde específica para a população prisional, possibilitando ações e serviços que proporcionariam reduzir graves danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontravam.

Com a Portaria Interministerial nº 01 no ano de 2014 entrou em vigor a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que visa garantir acesso à Rede de Atenção à Saúde com mais agilidade, melhorar as condições de vigilância sanitária, garantir acesso aos programas de saúde mental, programas de vacinação, garantir aquisição e repasse de medicamentos da farmácia básica e distribuição de insumos (preservativos, absorventes, etc.) para os presos (BRASIL, 2014).

Ademais, ampliou “as ações para além do sistema penitenciário, inserindo todas as pessoas que se encontravam também em delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e penitenciárias federais, presos provisórios ou em execução da pena” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 49). A política pactua a integração à Rede de Atenção à Saúde, objetivando que cada ambiente prisional tenha uma Unidade Básica de Saúde Prisional, que, por sua vez, contará com equipes multiprofissionais.

No tocante à responsabilidade sobre a saúde coletiva da população carcerária, ela é tripartite, ou seja, compete à União, aos estados e aos municípios, não podendo recair exclusivamente sobre os ombros da União. Cabe aos estados “executar, acompanhar e avaliar a política

de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar, nos termos do art. 17, inciso VIII, da Lei nº 8.080/90, dentre outras competências, inclusive garantindo o transporte adequado dessas pessoas para as unidades de saúde extramuros” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 50).

A Organização das Nações Unidas (ONU) também estabelece Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela), que devem ser observadas por seus países-membros:

Regra 24

1. A prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado. Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica.

2. Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde pública de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, incluindo os casos de HIV, tuberculose e de outras doenças infecciosas e da toxicod dependência (ONU, 2006).

Considerando as recomendações das Regras de Mandela, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) publicou a Resolução nº 14 em 1994, que no artigo 15 apresenta que “a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico”. Em razão disso, os estabelecimentos prisionais devem ser dotados de enfermaria com materiais e instrumental para internações médicas ou odontológicas de urgência, dependência para observação psiquiátrica e unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas.

Já o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2019) traz dados que corroboram a atenção à saúde do preso, como quantidade de equipes de atendimento e estruturas físicas (número de laboratórios, salas de procedimentos, consultórios, celas de observação, etc.).

Valim, Daibem e Hossne (2018, p. 285) trazem o ponto de vista de pessoas privadas de liberdade para apontar uma realidade distinta daquela preconizada pelo marco legal:

Das 21 pessoas privadas de liberdade que participaram do estudo, cinco mencionaram atendimento de saúde próximo à admissão, conforme relatos:

“Quando a gente chega, uns três ou quatro dias depois, vem na enfermaria e eles perguntam se você tem algum problema de saúde, se tomava algum remédio... controlado... essas coisas, mas exames mesmo não são feitos, não” [...];

“Exame não pediu, não. Só perguntou se tinha problema... essas coisas”.

Sugerindo que ainda há muito a ser feito no campo da saúde prisional, pois diversas são as dificuldades encontradas na garantia efetiva desse direito.

Por fim, destaca-se que é preciso ter em mente que “a pena de prisão deve apenas privar o apenado do desfrute irrestrito da liberdade ambulatorial, sem acarretar limitação ou exclusão de sua dignidade humana e tutela dos direitos e garantias fundamentais” (TAVARES; GARRIDO; SANTORO, 2020, p. 278).

Nesse sentido, Sicorra (2014, p. 12) aponta que “a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, além de ser responsabilidade do Estado, constitui-se em missão e desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos”.

A atenção à saúde prisional merece destaque não só pelos possíveis impactos que doenças na vida intramuros podem gerar, mas também pelo risco de afetar a saúde da sociedade em geral.

Com base no exposto, é urgente a necessidade de pensar em políticas públicas voltadas às pessoas encarceradas, uma vez que são sujeitos titulares de direitos; logo não devem ser excluídos da sociedade, principalmente quando o tema é saúde, garantia fundamental de qualquer ser humano.

A construção do modelo teórico de avaliação do plano de contingência

Medina *et al.* (2005) afirmam que, para o conhecimento científico, os objetos-modelo seriam os objetos de conhecimento, ou seja, figuras capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, processos, fenômenos ou eventos. Essa definição soma-se à de que uma

teoria expressa os enunciados das relações que existem entre conceitos, que podem ser amplamente gerais e formalizados ou ter um alcance menor. Essas teorias de menor vulto são o que as autoras denominam de modelos teóricos, isto é, uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa.

Já para Chen (1990, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 45), a teoria seria um

conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios e/ou proposições para explicar ou guiar as ações sociais. O autor considera que para muitos cientistas sociais a teoria estaria relacionada só com o propósito de descrever e explicar um dado fenômeno, um tipo de ‘teoria descritiva’, enquanto que o tipo de teoria que seria avaliativa em forma seria do tipo ‘teoria prescritiva’, pois explicita o que deve ser feito ou como tornar algo melhor.

Desse modo, teríamos a teoria de um programa dividida em duas partes: a teoria prescritiva ligada à estrutura (tratamento, produtos e processos de implementação) e a teoria descritiva, conectada aos mecanismos causais que se relacionam à estrutura.

Insta mencionar que o modelo lógico é visto como um esquema visual que demonstra como um programa deve ser implementado, além dos resultados esperados, limites ou debilidades encontradas e possibilitar identificar melhorias.

Assim, o modelo lógico deve explanar como o programa idealmente funciona:

que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas (rivais) serão afastadas. É necessário mostrar consciência da complexidade da situação e compreensão de outros fatores que jogam papel importante na produção dos resultados (esperados e não esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar que o programa em questão promoveu uma significativa contribuição para os mesmos (MAYNE, 2000, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 47).

Para a construção de um modelo lógico, também denominado de modelo teórico, é necessário observar especificações como: a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo, atributos necessários e suficientes para alcançar os efeitos esperados.

O primeiro passo no planejamento de uma avaliação é o desenho do modelo lógico, ou seja, é esquadrinhá-lo com base na constituição, componentes, forma operacional, demonstrando todas as etapas necessárias para a transformação de seus objetivos em metas.

Entre as dificuldades encontradas para desenhar modelos lógicos temos: natureza complexa e multifacetada do programa, ausência de consenso entre objetivos ou metas esperadas e a natureza descentralizada do programa.

Na visão de Medina *et al.* (2005), o processo de construção de um modelo lógico permite evidenciar a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos planejadores, ao mesmo tempo em que busca a opinião de especialistas e a inclusão de informações de pesquisas, muito contribuindo para a construção de uma análise dos componentes do programa com os resultados da avaliação.

Dessa forma, “apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 46). Para Mayne (2000, *apud* MEDINA *et al.*, 2005), isso implica descortinar e compreender quais os limites ou debilidades de seus pressupostos, evitando erros de planejamento de programas e sugerindo identificar evidências que devem ser melhoradas.

Ainda sobre o tema, Mercer e Goel (1994, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 49) apontam:

Os programas, que são um dos objetos possíveis da avaliação, geralmente partem de uma política governamental de larga ou de pequena escala, que, às vezes, nem apresentam diretrizes e estratégias claramente definidas e são permeados por contradições e lacunas, pois em geral são implementados antes da conclusão do desenho e da criação de consenso entre os grupos implicados sobre os objetivos e prioridades.

Diferente do preconizado na literatura clássica sobre avaliação de programas de saúde, na qual teríamos que ter objetivos, atividades e recursos definidos, na prática deparamo-nos com elementos contraditórios e incompletos. No curso do processo, algumas etapas deveriam ser vencidas: definição do problema-objeto da intervenção, elementos

do modelo lógico, desenho do modelo lógico e avaliação (MEDINA *et al.*, 2005).

A construção do modelo lógico do Programa de Contingência Coronavírus teve como pressupostos as perguntas: “Quais são os objetivos?”; “Quais as atividades previstas?”; “Como esses se relacionam com as necessidades mais urgentes da população encarcerada?”, assim como a representação esquemática proposta por Medina *et al.* (2005), que inclui os componentes principais, objetivos de implementação e produtos. Para isso, a pesquisa que realizamos foi qualitativa com coleta de dados secundários. Durante os meses de junho a dezembro de 2021, coletamos os documentos oficiais distribuídos pelo governo do estado a respeito da saúde da população carcerária, decretos, relatórios e informações disponíveis no sítio nas páginas da Secretaria de Segurança Pública; além de dados disponíveis nos Painéis de Monitoramento do Depen (Departamento Penitenciário Nacional). Durante esse período, fizemos a revisão de literatura sobre o tema em tela, sem qualquer pretensão de uma revisão sistemática. Por fim, procedemos à apresentação do modelo lógico a seguir.

O modelo lógico do Plano de Contingência Coronavírus no sistema prisional gaúcho

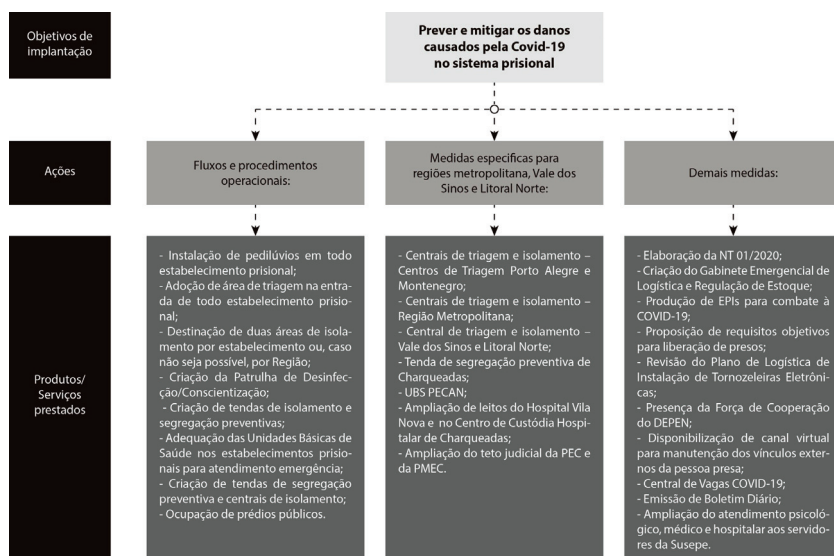
O RS conta com uma população prisional de 33.852¹, mas com 26 óbitos e 3.636 presos recuperados da Covid-19. Número significativo quando comparado ao dos casos detectados, que somam 3.662, bem como quando analisado em comparação a outros estados, como Minas Gerais, que possui uma população prisional de 62.912 pessoas, mas registrou 15 mortes.

A situação levou o Rio Grande do Sul ao topo de segundo estado com mais mortes de presos por Covid-19, só ficando atrás de São Paulo.

¹ Dado atualizado em junho de 2020, conforme informações do Depen.

O marco lógico (Figura 1) permite visualizar o público-alvo e o objetivo específico da implementação do plano, assim como as ações que devem ser colocadas em prática e os serviços prestados. Entretanto podemos notar uma ausência de metas claras e a falta de resultados pretendidos (a longo ou médio prazo).

Figura 1: Modelo teórico do Plano de Contingência Coronavírus



Fonte: Elaborado pelos autores.

No primeiro eixo (a), houve uma série de procedimentos a serem adotadas pelos operadores das casas prisionais, como: instalação de pedilúvios, adoção da área de triagem e isolamento, criação da Patrulha de Desinfecção e de tendas de atendimento/isolamento, adequação das Unidades Básicas de Saúde e ocupação de prédios públicos. Assim, dizem respeito ao conjunto operacional geral, que devem ser colocados em prática, além de cuidados no ingresso de novos presos em unidades prisionais do estado.

Já no eixo (b), são abordadas medidas específicas para três regiões: Metropolitana, Litoral Norte e Vale dos Sinos (regiões que abri-

gam a maior população carcerária do estado). Prevendo centrais de triagem e isolamento em cada uma dessas regiões e ampliação de leitos hospitalares na cidade de Charqueadas e Porto Alegre.

Por fim, no último eixo (c), são impostas diversas outras medidas, como elaboração de uma Nota Técnica, criação de um Gabinete Emergencial de Logística e Regulação de Estoque, produção de EPIs, Revisão do Plano de Logística de Instalação de Tornozeleiras Eletrônicas, presença da Força de Cooperação do DEPEN, disponibilização de canal virtual para visita virtual e parlatório virtual, criação de Central de Vagas Covid-19 e a emissão de Boletim Diário.

O plano também não aponta a responsabilidade e o gerenciamento das atividades prestadas, pois em algumas medidas não especifica o agente ou órgão executor. Além disso, não foi possível ter acesso ao valor de investimento em sua implementação, o que dificulta concluir qual foi o planejamento financeiro para cada atividade, assim como não há informação sobre os indicativos e números para mostrar os volumes das realizações do programa, como, por exemplo, quantas Centrais de Triagem serão disponibilizadas em Porto Alegre.

O primeiro passo que devemos tomar para avaliar o desempenho de um programa é determinar se o que foi planejado realmente ocorreu. Já no segundo passo, é necessário avaliar os produtos e o impacto do programa, a fim de verificar se os resultados estão relacionados às ações do programa (MEDINA *et al.*, 2005).

Dessa forma, quanto à avaliação de desempenho das medidas planejadas enunciadas no modelo lógico, verificamos que algumas realmente ocorreram, tal como a elaboração da NT 01/2020, a produção de EPIs para combate à Covid-19. Parcialmente também a emissão de Boletim Diário durante os primeiros meses de 2020 e o canal virtual para a manutenção dos vínculos externos da pessoa presa (visita virtual). Contudo, infelizmente, não se têm notícias sobre a criação da UBS no Presídio Estadual de Canoas (PECAN) e sobre a ampliação de leitos no Hospital Vila Nova e no Centro de Custódia Hospitalar de Charqueadas.

O modelo lógico aponta para a omissão de atributos e resultados bem definidos e acarreta a prejudicial análise de quais característi-

cas do programa contribuíram para alcançar os efeitos esperados e os não esperados.

O que se pode avaliar, dentro dos dados fornecidos pelo plano, juntamente com a análise do impacto da Covid-19 dentro do sistema prisional, é que possui um objetivo geral amplo e diversas medidas estabelecidas. A política encontra-se coerente com os fins a que se propõe e já apresenta um alto volume de produtos e serviços prestados, os quais conseguiram atingir a população-alvo.

Indo mais além, o marco lógico do programa abre espaço para redesenhar e aprimorar outros fatores importantes, como o apontamento de riscos externos que podem interferir em sua realização.

Diante do exposto, observa-se que através da rápida aplicação do plano o vírus da Covid-19 demorou mais tempo para entrar nos espaços prisionais, sendo que a primeira morte causada pelo vírus no estado ocorreu em 6 de agosto de 2020 com o óbito de um apenado de 26 anos, que cumpria pena na Cadeia Pública de Porto Alegre, antigo Presídio Central (JORNAL DO COMÉRCIO, 2020).

O número de óbitos no Rio Grande do Sul está diretamente ligado ao alto índice da população carcerária no estado, uma vez que conta com 33.853 presos (INFOPEN, 2019). Já São Paulo e Rio de Janeiro contam, respectivamente, com 231.287 e 50.822 (INFOPEN, 2019).

Destaca-se que a aplicação do plano contribuiu para que o número de óbitos e contagiados não fosse maior, mas ainda é preciso registrar o alto índice de mortes em comparação com outros estados da federação.

Ainda é cedo para avaliar de forma profunda as consequências e sequelas que a pandemia deixará no cárcere, desde prejuízo à saúde pós-covid até a saúde mental e psicológica dos apenados e agentes penitenciários, entre outros impactos.

Por derradeiro, salienta-se a importância da atuação estatal em agir rapidamente frente a essas situações emergenciais, bem como a atuação de atores e órgãos públicos engajados com a causa social. Isso tem o poder de mudar a sociedade em geral e muito contribui para que tenhamos um estado preocupado com os grupos minoritários e vulneráveis.

Ainda se ressalta que o plano, apesar de concebido com boas intenções, não resolve outros problemas, como a superlotação carcerária e a infecção por doenças transmissíveis. Às vésperas da pandemia eclodir no Brasil, Borges (2019) denunciou o encarceramento em massa do povo preto e pobre do Brasil. Se O Rappa (1994) já cantou que “todo camburão tem um pouco de navio negreiro”, Borges (2019) destaca que o sistema prisional brasileiro é o aparato contemporâneo da manutenção das desigualdades baseadas na hierarquização racial, que tem no aclamado combate às drogas o seu dinamismo. Olhar para a população carcerária, eminentemente negra e pobre, desde a teoria dos resíduos permite reconhecê-la como um resíduo da sociabilidade capitalista, a quem direitos mínimos devem ser negados. Cabe, portanto, incorporá-la à ordem do dia das pesquisas comprometidas com a transformação social.

Mais do que um sintoma de uma sociedade problemática, é necessário encará-la como elemento central da luta de classes no Brasil hoje. Nesse sentido, o modelo teórico que propomos para o Plano de Contingência Coronavírus, adotado nos estabelecimentos carcerários, aponta para a sua limitação em preservar a saúde e, em última instância, a vida das pessoas apenadas.

Em um país cuja história se erige sobre as contradições de classe, eminentemente marcadas pelas opressões de raça, gênero e sexualidade, como o Brasil, esperamos que essa pesquisa ajude a avançar em direção à tarefa que Lefebvre (1967) recomenda de mostrar a essência do resíduo contra o poder que o oprime e patenteia. Face a políticas que coadunam a negação da humanidade da população prisional, cabe o desafio de avançar em uma compreensão mais ampla das contradições da época em que vivemos, de modo que as políticas de saúde sejam parte da superação dos abismos sociais em que vivemos e não um instrumento de sua manutenção.

Referências

AZEVEDO, R. G. **Sociologia e justiça penal: teorias e práticas de pesquisa sóciocriminológica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BORGES, J. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Painel – medidas de combate ao Covid-19**. Atualizado em 08/06/2021. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTlhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**. Brasília: DEPEN, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Biblioteca Virtual em Saúde, 18 set. 2020. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus – Covid-19**. Brasil, atualizado em abril de 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1 de 2014**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. **Resolução nº 5, de 15 de 2020**. Diário Oficial da União. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-5-de-15-de-maio-de-2020-257390381>>. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347 (Medida Cautelar)**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Julgada em 09 set. de 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>>. Acesso em: 19 maio 2021.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula D. (org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 143-162, p. 146.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Monitoramento Semanal Covid-19.** Covid-19 no Sistema Prisional. Atualizado em 21 dez. 2021.

COSTA, J. S.; SILVA, J. C. F.; BRANDÃO, E. S. C.; BICHALHO, P. P. G. Covid-19 no Sistema Prisional Brasileiro: da indiferença como política à política de morte. **Revista Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 32, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/Jrx9BspBkMmvfLbTTLJLk9D/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, dez. 2016, p. 965.

JORNAL DO COMÉRCIO. **Porto Alegre registra primeira morte de preso com Covid-19.** Geral, Sistema Prisional. Publicado em 06 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/geral/2020/08/751239-porto-alegre-registra-primeira-morte-de-preso-com-covid-19.html>. Acesso em: 02 out. 2021.

LEFEBVRE, H. **Metafilosofia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira; SILVA, Lígia M. V (orgs.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Ed. Fio-cruz, 2005.

MONITOR DA VIOLÊNCIA – G1. RS é o 3º estado com mais mortes de presos por Covid-19, aponta levantamento. **G1** [*on-line*], 24 maio 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/05/24/rs-e-o-3o-estado-com-mais-mortes-de-presos-por-covid-19-aponta-levantamento.ghtml>>. Acesso em: 04 out. 2021.

O RAPPÀ. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro. In: O RAPPÀ. **O Rappà.** Rio de Janeiro: Sony, 1994. 1 CD. Faixa 3.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Regras de Mandela:** Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos. 2016. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

PINHEIRO JUNIOR, F. A. F. S. **A evolução das políticas sociais no Brasil:** o período de 1930 a 2010. Cedeplar – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Diamantina, Minas Gerais, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Adequação do Plano de Retomada de Visitas**. Secretaria da Administração Penitenciária – SEAPEN e Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE. Publicado em 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//22205119-adequacao-do-plano-de-retomada-das-visitass-seapen.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Governo detalha plano de contingência para o sistema prisional**. Publicação em 20 de abril de 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/governo-detalha-plano-de-contingencia-para-o-sistema-prisional>>. Acesso em: 01 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Administração Penitenciária. **Estratégia Covid-19**. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/administracao-penitenciaria#:~:text=Entre%20as%20medidas%20est%C3%A3o%20a,dos%20152%20estabelecimentos%20prisionais%20ga%C3%BAchos>>. Acesso em: 20 maio 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Seguindo orientações de saúde deste período de pandemia, sistema prisional tem visita humanitária até 31 de maio**. Sistema Prisional. Publicado em 22 de maio de 2021. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/seguindo-orientacoes-de-saude-deste-periodo-de-pandemia-sistema-prisional-tem-visita-humanitaria-ate-31-de-maio>>. Acesso em: 07 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano de Contingência Coronavírus**. Secretária da Administração Penitenciária e Superintendência dos Serviços Penitenciários, Atualizado em 20 de abril de 2020. Disponível em: <<https://seapen-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/16152259-plano-de-contingencia.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano de retomada Gradual e controlada das visitas no sistema prisional**. Secretaria da Administração Penitenciária – SEAPEN e Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE, 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/seapen-apresenta-atualizacao-do-plano-de-retomada-de-visitass-em-presidios>>. Acesso em: 21 maio 2021.

SÁNCHEZ, A.; SIMAS, L.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Covid-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Caderno Saúde Pública** – Contribuições da Saúde coletiva, nº 36, publicado em 8 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00083520/>>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (SEAPEN). **Boletim Diário**. Secretária da Administração Penitenciária do Estado do Rio

BORTOLUZZI, F. R.; CAMARA, G. D. • Modelo teórico do programa de contingência coronavírus para a população prisional no RS: um olhar da teoria dos resíduos

Grande do Sul. Atualizado em 21 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.seapen.rs.gov.br/boletins-diarios>>. Acesso em: 22 maio 2021.

SICORRA, A. K. **Política de Saúde no Sistema Prisional: O Preconizado e o Existente no RS** (2014). Trabalho de Conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde (modalidade a distância). Escola de Administração/ UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB), 2014.

SIMAS, L.; SÁNCHEZ, A.; VENTURA, M.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Análise Crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)**, n. 10, v. 1, p. 39-55, jan./mar. 2021. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2021_Periodicos/Cad-Ibero-Americ-Dir-Sanitario_v.10_n.1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

TAVARES, N. L. F.; GARRIDO, R. G.; SANTORO, A. E. R. Política de saúde no cárcere fluminense: impactos da pandemia de covid-19. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 01, p. 277-300, jan./abr. 2020, p. 278. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/480>>. Acesso em: 19 maio 2021.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000200282&lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2021.

Atenção domiciliar a paciente idoso com estomia em tempos de Covid-19: relato de experiência

Rosaura Soares Paczek

Rafaela Linck Davi

Karla Tatiane Viana

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Frederico Viana Machado

Erica Rosalba Mallmann Duarte

Introdução

Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, e esse aumento do número de anos de vida precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1998). Embora isso represente um resultado positivo das ações governamentais nos últimos anos, com o decorrer do tempo deverá ser acompanhado com novas políticas públicas para dar suporte ao grupo para que não se constitua em um problema de saúde pública.

A partir dos 45 anos, as lesões e doenças não transmissíveis começam a assumir um papel muito maior na vida dos adultos e idosos, causado por diversos motivos: agravamento das doenças crônicas não transmissíveis, aumento da imobilidade, riscos de quedas, hábitos alimentares, etc. (MALTA *et al.*, 2017).

Além das políticas públicas adotadas até o momento, as ações dos profissionais da área da saúde e das ciências humanas devem dirigir-se ao acompanhamento das transformações dessa realidade, não apenas focando o envelhecimento, mas também todas as fases da vida

em suas diferentes abrangências como política de prevenção (MARTINS *et al.*, 2014).

Como já relatado, o envelhecimento da população brasileira está acompanhado principalmente pela prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e lesões de pele. Um dos principais componentes do envelhecimento cutâneo está relacionado à idade (MACIEL *et al.*, 2020).

A mudança do perfil demográfico no Brasil indica, como destacado, a necessidade de ajuste do modelo de atenção em saúde. Nesse intuito, a Atenção Domiciliar vem como um cuidado estratégico em saúde (RAJÃO; MARTINS, 2020). A visita domiciliar (VD) é um procedimento muito utilizado pelos enfermeiros para o atendimento no ambiente domiciliar com a finalidade de prestar uma assistência no tratamento e orientações ao usuário e também auxilia na criação da relação de ajuda familiar, além do foco no cuidado (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

É possível definir a Atenção Domiciliar (AD) como um dispositivo organizacional propício ao desenvolvimento e à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenções de enfermagem em um ponto da Rede de Atenção à Saúde em perspectiva de enfermagem em práticas avançadas (BRASIL, 2013). Com esse sentido, a AD torna-se um poderoso instrumento para a construção e abertura de uma variedade de possibilidades de cuidados, assim como o protagonismo dos usuários na produção da saúde (BRASIL, 2020).

A AD é designada como uma categoria da atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), descrita por um conjunto de atividades de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e promoção da saúde, executadas em domicílio, preservando a continuidade dos cuidados (BRASIL, 2020). A AD está indicada

Para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

Os cuidados domiciliares aparecem de diferentes maneiras na RAS, podendo ser por meio de serviços próprios e equipes programadas ou por meio de atividades prestadas em domicílio como parte do processo de trabalho de outros pontos da rede de atenção, conforme os serviços unidos à Atenção Primária à Saúde (APS), serviços de urgência, de reabilitação ou cuidados paliativos (SAVASSI *et al.*, 2020).

É fundamental considerar que a AD é uma técnica de intervenção em saúde que exige atenção profissional qualificada. Portanto, se reconhece que esse tipo de cuidado requer associação de competências específicas, sobretudo ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, equipe multiprofissional e familiares, assim como responsabilidade, autonomia e conhecimento técnico e científico próprios do campo (SILVA *et al.*, 2021). A Visita Domiciliar necessita de uma formação profissional e disponibilidade de tempo para gerar respostas positivas para as famílias. É uma ferramenta de saúde à comunidade que compreende os princípios básicos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

O presente estudo tem por objetivo apresentar os principais aspectos relacionados ao cuidado de estomas em idosos e o atendimento domiciliar durante a pandemia, assim como relatar o funcionamento de um serviço especializado.

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510 (BRASIL, 2016). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa CAAE: 17789319.6.0000.5338 sob parecer nº 3.530.685.

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo fisiológico que ocorre durante a vida; é um processo natural do organismo, que altera a fisiologia devido à perda da homeostase, afetando assim o sistema imunológico (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018). As modificações psicológicas, funcionais e sociais influenciam o processo de envelhecimento,

umentando o risco de contrair doenças e diminuindo a capacidade inerente de adaptação do idoso. A influência de fatores ambientais e sociais potencializa alterações no processo de envelhecimento e, conseqüentemente, demanda maior apoio pela rede de atenção à saúde (GRDEN *et al.*, 2018).

No meio dos principais fatores do processo de envelhecer estão o monitoramento da capacidade funcional, a prática de atividades físicas, controle ou inexistência de doenças crônicas não transmissíveis, a aceitação das mudanças biopsicossociais, a saúde, a autonomia, a independência e a criatividade, evitar a depressão, gostar do ambiente domiciliar e ter amigos, inserção social, busca por meios de aprendizagens, etc. (WHO, 2017).

O envelhecimento acelera as alterações na imunidade, permitindo que a capacidade de defesa do corpo seja comprometida. O declínio funcional causa um aumento das necessidades para os serviços de saúde e para a família no tratamento, reabilitação e suporte social (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018). O processo de envelhecimento, além de ser fisiológico, também é influenciado pela história de vida do idoso e pela vulnerabilidade a que foi exposto. A complexidade das demandas de saúde trazidas pelos idosos exige dos profissionais de saúde a capacidade de responder apropriadamente às suas necessidades (SCHENKER; COSTA, 2019).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2021), no Brasil em 2019, o contingente de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos ultrapassou os 6 milhões de pessoas. Essa projeção da população em 2060 com 65 anos ou mais de idade chegará 58,2 milhões de idosos.

Mesmo com o envelhecimento populacional, há pouca valorização ou visibilidade dessa população. O que se percebe é uma visão preconceituosa e estigmatizada que exclui o idoso (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020). Atentando para as alterações advindas do processo de envelhecimento a essa parcela da população vulnerável, desde 1º de outubro de 2003, os brasileiros idosos têm direitos específicos assegurados por meio da Lei nº 10.741, com destaque para a instituição do Estatuto do Idoso, que regula os direitos assegurados às pessoas com

idade igual ou superior a 60 anos. Também assegurou a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS, sendo que mais de 80% dessa população dependem exclusivamente desse sistema (KALACHE *et al.*, 2020).

O Estatuto do Idoso trouxe vários progressos nos direitos da pessoa idosa, como atendimento preferencial e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, assim como o dever da família de cuidar e respeitar as deficiências de cada um deles, levando em consideração a convivência com a comunidade. O Estado tem o dever de garantir à pessoa idosa proteção à vida e à saúde através da execução de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de excelência. A garantia desses direitos está definida na legislação com a criação do Estatuto; o mesmo visa regular o direito assegurado às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2013).

Contudo, apesar da vanguarda brasileira na construção de marcos legais que protejam os idosos, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2006). Tais direitos estão distantes de ser assegurados concretamente para que a saúde dessa população dentro do nosso país seja tratada com a dignidade que merece (MARTINS *et al.*, 2014).

Pandemia de Covid-19

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o coronavírus é uma família de vírus responsável por causar infecções respiratórias. Covid-19 tornou-se o nome oficial da doença causada pelo SARS-CoV-2, infecção do coronavírus identificada em 2019. A pandemia, deflagrada em março de 2020, ocasionou diversas alterações nos protocolos de assistência à saúde. A OMS adotou, como meio de prevenção, estratégias como o isolamento social, utilização de máscaras, etiqueta respiratória e higienização das mãos (OPAS, 2020).

Em 2020, havia 1,1 bilhão de idosos no mundo, com uma projeção de 3,1 bilhões para 2100. O cenário brasileiro apresentou 29,9 mi-

lhões de idosos em 2020 e prevê 72,4 milhões para 2100, o que nos mostra que o Brasil detém um grande número de pessoas idosas, com as quais as políticas públicas, o Estado e a sociedade devem se preocupar, já que os dados da Covid-19 indicam maior taxa de mortalidade entre as pessoas com 80 anos ou mais, com uma proporção direta entre maiores faixas etárias e o risco de óbito. Por exemplo, 14,8% dos infectados com mais de 80 anos morreram, comparado com 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos. Logo, observa-se que o risco de morrer de Covid-19 intensifica-se com o aumento da idade, o que justifica que a maior parte das mortes tenha ocorrido entre a população idosa. É possível que os impactos de morbimortalidade agravadas sejam consequência do acúmulo de riscos e comorbidades decorrentes da senescência ou senilidade, especialmente aqueles com doenças crônicas (SOUZA *et al.*, 2020).

Inúmeras doenças crônicas podem ser agravadas pelo isolamento social, tais como depressão e declínio cognitivo. Em vista disso, o isolamento social impactou negativamente a vida dos idosos, que estão cada vez mais expostos à possibilidade de viver sozinhos e têm menos oportunidades de interação social (SILVA *et al.*, 2021). A definição de isolamento social é a falta de contato ou comunicação social, da presença em atividades sociais ou de interação com um confidente, estando associado ao aumento de quase um terço na chance de mortalidade (SILVA *et al.*, 2021). O distanciamento físico para a população idosa é uma “séria preocupação de saúde pública” devido ao risco aumentado de problemas cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivos e de saúde mental. Além disso, a exclusão social está consideravelmente associada a maiores riscos de comprometimento cognitivo. Idosos com doenças mentais estão predispostos a depressão e ansiedade e correm um risco ainda maior de recidiva devido ao cenário emergente que a pandemia instaurou (COSTA *et al.*, 2020).

A pandemia causou um aumento da vulnerabilidade dos idosos; um dos pontos foi a violência, que nesse período aumentou significativamente, agravada pela dependência social e econômica dessa população (FORTES *et al.*, 2021). Associado à barreira criada pelo isolamento social na comunicação, nas atividades de vida diária e conside-

rando o aumento da população idosa, é importante perceber que a comunicação coesa torna-se cada vez mais importante entre profissionais de saúde e indivíduos para a melhor compreensão da diversidade do envelhecimento (SILVA *et al.*, 2021).

No Brasil, a maioria dos idosos envelhece mal e precocemente. As mortes pela Covid-19 no Brasil refletem o fato de nunca termos tido políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centradas na proteção dos mais fragilizados (KALACHE *et al.*, 2020).

Diante do exposto é importante destacar o papel da enfermagem, que se encontra em diversos segmentos, e desempenha ações fundamentais para o cuidado em saúde, inclusive durante a pandemia. Esses profissionais estão desde a porta de entrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), serviços especializados, visitas domiciliares, sala de vacinação entre outros serviços e ajudam a preservar inúmeras vidas em um dos momentos mais difíceis da história (FORTES *et al.*, 2021).

Segundo Hammerschmidt e Santana (2020) a formação especializada em enfermagem gerontológica terá transformações profundas pós-pandemia de Covid-19, pois vivenciou-se na prática a essencialidade do cuidado gerontológico de enfermagem, fortalecido, robusto e preparado para as necessidades emergentes e reemergentes.

Estoma

A confecção de um estoma é um procedimento que corresponde a uma abertura cirúrgica de um órgão oco com a exteriorização através de um orifício no abdômen com o propósito de realizar a eliminação de secreções ou excreções de forma não fisiológica e caracterizando-se como temporário ou definitivo (CARVALHO *et al.*, 2019).

A terminologia da estomia irá diferenciar-se de acordo com o local do corpo afetado. Desse modo, denomina-se traqueostomia quando a abertura é realizada na traqueia; a estomia gástrica é chamada de gastrostomia; as estomias urinárias, de urostomias, que podem ser classificadas em nefrostomia, cistostomia e ureterostomia; e as estomias intestinais, que são as jejunostomias, ileostomias e colostomias (COELHO *et al.*, 2015).

Homens e mulheres submetidos à cistectomia radical com a confecção de uma urostomia enfrentam inúmeros desafios físicos e psicossociais; entre eles está incluído potencial comprometimento de sua qualidade de vida relacionada à saúde. Percebem-se desfigurados, manifestam sentimentos negativos de ansiedade e depressão, vivenciam mudanças relacionadas à vida social. Alguns usuários do serviço relatam dificuldades em suas funções no trabalho, interações sociais, sexualidade, imagem corporal em função do estoma (VILLA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, temos a urostomia, que consiste na realização de uma comunicação da bexiga com o meio externo através de um orifício construído cirurgicamente; essa técnica visa à construção de um modo alternativo para a eliminação urinária. As estomias urinárias não são causas ou diagnósticos; são sequelas ou consequências do tratamento de determinadas doenças ou traumas (BRASIL, 2021).

No estudo de Souza *et al.* (2020), evidenciou-se que pessoas do sexo masculino afirmam ter maiores dificuldades de cuidar de si mesmo, tornando-se mais dependentes em relação ao autocuidado com o estoma. Em relação à idade, os indivíduos idosos são mais influenciados pela dificuldade do autocuidado e menos influenciados por fatores externos como o social, que afeta mais a população jovem na questão da qualidade de vida.

E tratando-se de urostomia, o autocuidado é considerado fundamental para a manutenção da estabilidade física, psicológica e da qualidade de vida dos indivíduos. A maioria dos cuidados associados à urostomia pode ser realizada em casa pelo paciente e seus familiares ou outros cuidadores informais. O cuidado com o estoma exige da pessoa a adoção de inúmeras medidas de adaptação, incluindo o aprendizado das ações de autocuidado com o estoma e com a pele periestomal (VILLA *et al.*, 2018).

Estomaterapia

De acordo com a Associação Brasileira de Estomaterapia. Estomias, Feridas e Incontinências – SOBEST (2018), a estomaterapia é uma especialidade exclusiva da enfermagem no cuidado a pessoas com

lesões de pele crônicas ou agudas, estomias, fistulas, drenos e cateteres e indivíduos com incontinência anal e/ou urinária.

A estomaterapia demanda diversas frentes de trabalho e exige conhecimentos específicos para atuar no campo profissional. Essa atuação acontece de forma autônoma e/ou ambulatorial, no ensino e na pesquisa, em consultoria e assessoria nas empresas de produtos hospitalares e em serviços constituídos em nível hospitalar (TEIXEIRA; MENESES; OLIVEIRA, 2016). Os cuidados de enfermagem destinados para a atenção à saúde da pessoa estomizada pretendem promover um cuidado efetivo com interesse em promover qualidade de vida. A assistência de enfermagem requer minuciosa avaliação sistêmica e deve por isso ser planejada para o desenvolvimento do autocuidado por meio de orientações voltadas para o paciente e sua família (CARVALHO *et al.*, 2019).

O trabalho da enfermagem de alto desempenho antes, durante e após a cirurgia é um elemento ímpar que contribui para resultados positivos em pacientes estomizados (VILLA *et al.*, 2018). No período do pós-operatório tardio, que se caracteriza logo após a alta hospitalar, o paciente deve manter a continuidade da assistência através do ambulatório, que garante a estabilidade da estomia e a completa reabilitação (BRASIL, 2021).

Por meio da Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, estabeleceram-se as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS. Pela portaria, a competência para as três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), onde há ações na atenção básica para o cadastramento, avaliação, controle e acompanhamento dos usuários com estomas; ordenação do cuidado; fluxos de referência e contrarreferência; qualificação das indicações clínicas para uso de dispositivos coletores e educação permanente dos profissionais de saúde (PACZEK *et al.*, 2020).

Esse “mundo” da estomaterapia para nós enfermeiros, quando falamos sobre orientações, parece-nos muito simples e de fácil compreensão. Entretanto, é importante destacar que muitas dessas orientações e capacitações dos cuidados são complexas para a família que nunca as realizou e que, na grande maioria dos casos, não tem forma-

ção na área da saúde. É importante que todos os profissionais envolvidos (tanto no âmbito hospitalar como na Atenção Domiciliar e no âmbito da Atenção Básica) sejam treinados e capacitados para a orientar os familiares/cuidadores, de forma detalhada, sobre a execução dos cuidados necessários em cada caso (BRASIL, 2021). Para um bom desenvolvimento do profissional, as habilidades levam à eficiência, aos bons resultados e ao atendimento humanizado (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Serviço de estomaterapia

O serviço de estomaterapia está situado em uma capital do sul do Brasil em um centro de especialidades da Prefeitura Municipal de Saúde; atende cerca de 690 pessoas cadastradas no sistema informatizado com estomias intestinais, incontínências e lesões na pele para recebimento de materiais, como bolsas coletoras e adjuvantes para o cuidado integral. O serviço possui uma enfermeira estomaterapeuta, três auxiliares de enfermagem e uma equipe multidisciplinar, composta por um médico coloproctologista, uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga. O serviço funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, e os pacientes são atendidos via consultas previamente agendadas e/ou demanda espontânea.

O serviço de estomaterapia também é campo de estágio para o curso técnico, graduação e residência em enfermagem. Assim, a integração entre o ensino e o serviço prevê a inserção dos discentes no serviço de saúde para promover o processo de ensino e aprendizagem e muitas vezes induzir novas formas de organização do trabalho em saúde, favorecendo uma melhor qualificação para o atendimento (SILVEIRA *et al.*, 2020).

No serviço de estomaterapia, as auxiliares de enfermagem realizam o trabalho de cadastramento dos novos pacientes no sistema informatizado, entregam os materiais de acordo com a requisição presente no cadastro (realizado após a primeira consulta com a enfermeira) e agendam as consultas e organizam o material no almoxarifado, o qual recebem mensalmente para ser dispensado aos usuários.

A enfermeira estomaterapeuta realiza as consultas de enfermagem, a avaliação dos dispositivos que melhor se adaptam a cada usuário, as ações administrativas, realiza também o atendimento domiciliar de pacientes que por questões de saúde não conseguem deslocar-se até o serviço. Dentro das atividades administrativas estão a contagem de estoque e a solicitação de material para a esfera da gestão estadual de todo o equipamento coletor e adjuvantes mensais para os usuários que estão referenciados nesse serviço, de acordo com cada alteração realizada nas consultas após avaliação.

Com a pandemia o serviço precisou adaptar-se, necessitando diminuir os números de atendimentos, realizar teleconsultas em algumas situações e suspender o grupo dos estomizados, que era realizado uma vez ao mês, já que não seria possível realizar o distanciamento no espaço físico onde eram realizados os encontros devido a seu tamanho e quantidade de pessoas que frequentavam as reuniões. Então, em março de 2020, o grupo precisou ser suspenso por tempo indeterminado para evitar aglomeração e contágio da Covid-19. O grupo tinha duração de 90 minutos, era coordenado pela enfermeira estomaterapeuta e contava com a participação da equipe multiprofissional. Desde então, há solicitações frequentes por parte dos usuários para o retorno do grupo de estomizados, pois se verifica que aquele era um momento de acolhimento, vínculo e empatia. O grupo é uma estratégia importante no acompanhamento dos pacientes, uma vez que eles passam por situações semelhantes e podem compartilhar saberes e reconhecer a singularidade de cada um. Essa abordagem psicossocial reforça uma perspectiva de cuidado em saúde humanizado, previsto nas diretrizes de cuidado e fundamental para um tratamento eficaz.

Relato do caso

O atendimento domiciliar é uma prática usual nesse serviço de estomaterapia, um diferencial da enfermeira estomaterapeuta, para os pacientes que residem próximos do centro de saúde, pois alguns pacientes não conseguem se locomover até o serviço para realizar a consulta de enfermagem e necessitam de atendimento.

Um paciente de 85 anos, sexo masculino, casado, aposentado, pai de três filhos, possui uma urostomia no quadrante inferior direito no abdome desde 2014 devido à neoplasia de bexiga. Reside com a esposa, também idosa, e dois filhos, sendo que um deles é deficiente físico. Desde um acidente automobilístico ocorrido há 25 anos, ficou restrito ao leito, dependente para alimentar-se e para os cuidados de higiene. O outro filho é usuário de drogas e por alguns dias fica fora de casa. O paciente está adscrito na Unidade Básica de Saúde e segue em acompanhamento no hospital onde realizou a cirurgia. Durante a pandemia, realizou algumas consultas através do telefone; diz ter o contato da equipe e que, se tiver alguma necessidade, pode fazer contato. Possui cadastro no serviço de estomaterapia desde 2014 para recebimento de equipamento coletor e adjuvantes para o cuidado com o estoma.

Existem lacunas entre o paciente e seu autocuidado devido à insegurança desse, o qual necessitava realizar as trocas semanais do equipamento coletor no serviço de estomaterapia ou a nível ambulatorial no hospital onde foi realizada a cirurgia. Habitualmente, o paciente ia ao serviço desacompanhado. Em 2020, somadas às questões decorrentes da pandemia e da necessidade de isolamento social, o paciente apresentou tonturas, quedas da própria altura, dificuldade para deambular, sendo por duas vezes levado ao Pronto-Socorro Municipal para atendimento e sutura da pele devido a cortes resultantes de quedas, e não pôde mais deslocar-se até o serviço de estomaterapia para realizar a troca do equipamento coletor. Nesse ínterim, foi solicitada a realização de Visita Domiciliar (VD).

A VD mostrava-se necessária pelas dificuldades na realização do autocuidado, insegurança do paciente, medo da bolsa descolar, assim como a falta de destreza manual para o recorte e a adaptação do equipamento coletor ao abdome. O paciente também se mostrava inseguro quanto à realização da troca do dispositivo coletor pela esposa, não aceitando que essa realizasse o cuidado. Isso acarretou a necessidade de uma profissional para realizar a troca do equipamento coletor. As VDs eram combinadas com o paciente e seu familiar para ser realizadas uma vez por semana; escolheu-se a sexta-feira para que no final de semana o paciente ficasse tranquilo quanto ao não descolamento

da bolsa. Era agendado o transporte pelo centro de saúde. A enfermeira sempre ia acompanhada de um outro servidor ou de uma acadêmica de enfermagem.

Como a visita era para realizar o procedimento da troca de bolsa e avaliação da pele periestomal, a consulta acabava sendo mais rápida do que usualmente, e a enfermeira sempre conversava com o usuário e sua esposa, questionando possíveis mudanças no quadro clínico ou demais problemas para possível orientação. Nos últimos atendimentos, foi observada uma leve piora no quadro clínico do paciente, possivelmente relacionada também ao isolamento e talvez a uma depressão ou algo orgânico relacionado ao declínio funcional. Segundo condição observada e referida, não estava se alimentando adequadamente, e o quadro evoluiu com piora das tonturas, interferindo inclusive nas atividades básicas de autocuidado.

Foi orientada a família a buscar um serviço médico para uma avaliação, mas, conforme relato pela esposa do paciente na semana seguinte, eles não haviam procurado o atendimento médico por não ter com quem deixar o filho dependente de cuidados; ficaram aguardando seu outro filho retornar de uma viagem, pois, após conversa por telefone, o mesmo disse que providenciaria um atendimento médico para o pai. Durante o atendimento na semana seguinte, verificamos uma pequena melhora do paciente. Assim, o momento foi aproveitado para instruir e incentivar bons hábitos de saúde e, se necessário, acionar outros serviços de saúde.

Para a VD, todo o material a ser utilizado fica acondicionado em uma maleta. Chegando ao local, realiza-se a higienização das mãos com álcool em gel, assim como após adentrar a moradia. A esposa recepcionava as profissionais, e o paciente normalmente ficava deitado na sala assistindo à televisão. Após um momento de diálogo inicial, é realizado o procedimento da troca da bolsa e a investigação sobre a ocorrência de algum incidente. Realizada a retirada da bolsa, faz-se a higienização da estomia e da pele, finalizando com a nova bolsa coletora. A família de idosos não possui uma boa rede de apoio familiar, e todos dependem da esposa do paciente, a qual relata que até a senha do cartão do banco do paciente foi bloqueada, não podendo retirar o benefício dele.

Os cuidados de prevenção para Covid-19 foram tomados, como uso de álcool gel, uso de avental descartável, propés, uso de máscaras, higienização da maleta em que se transportam os materiais necessários para a realização da troca do equipamento coletor, o ambiente com janelas abertas para ventilação natural. O atendimento domiciliar traz benefícios para a assistência ao usuário, e a aproximação com o indivíduo e sua família, a escuta ativa, o entendimento da situação de vida e a identificação de possíveis riscos domiciliares.

A família buscou seguir adequadamente o isolamento social, saindo somente em caso de muita necessidade, e cumpria os protocolos de segurança, como uso de máscara e higienização das mãos. O isolamento social devido à pandemia de Covid-19 acarretou na família uma sobrecarga ainda maior para a esposa do paciente, pois é ela a responsável por sair para realizar as compras em farmácia, supermercado, serviços de banco. Infelizmente, a família não conta com o apoio de seu outro filho; esse é casado e pouco está presente para auxiliar os pais em suas necessidades, segundo relato da esposa do paciente.

Em muitos atendimentos, notou-se como a pandemia/isolamento afetou esses idosos, que antes eram ativos e autônomos e agora não podiam ir e vir livremente. Além do medo e receio de contaminação, também foi observado um quadro depressivo no paciente e em sua esposa, que juntamente com os problemas do avanço da idade, as restrições de circulação devido à pandemia, a familiar relatou que utiliza medicamentos antidepressivos.

Quando teve início a campanha de vacina para Covid-19, toda a família buscou vacinar-se, solicitando atendimento domiciliar pela Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência, no que foi atendida e todos receberam as três doses da vacina contra a Covid-19. Até o momento, aparentemente não houve caso de Covid-19 na família. Algumas vezes, encontram dificuldade para acessar os serviços de saúde devido aos problemas de locomoção e à falta de uma rede de apoio, já que todos dependem de uma única familiar, e essa relatou que não pode deixar o filho que é dependente sozinho. Contudo, as barreiras de acesso foram diminuídas para que o cuidado não fosse prejudicado,

uma vez que o serviço foi ao encontro da família, buscando garantir a atenção por meio da equidade estabelecida pela VD.

Considerações finais

As necessidades que a pessoa idosa possui e as características biopsicossociais divergem de um usuário adulto, o processo de envelhecimento é constante, complexo e com especificidades distintas. Concordando com os autores Feuerwerker e Merhy (2008), através do estudo “A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas”, onde já discutiam sobre a importância da assistência domiciliar, pois ela é capaz de proporcionar a flexibilização e a gestão das ações de cuidado a partir da demanda do paciente; portanto valoriza a importância de ir além do consultório com a ideia de um modelo para atendimento integral à população.

A visita domiciliar oferece uma atenção diferenciada, articulando o cuidado humanizado com a promoção da saúde e educação em saúde, sendo um importante dispositivo perante o contexto histórico da pandemia, que nos obrigou a realizar o distanciamento social, proporcionando um auxílio na diminuição da rede de apoio social de idosos e pessoas fragilizadas. A humanização do cuidado prestado frente às visitas domiciliares, associada às boas práticas, mostra-se necessária e eficaz diante das dificuldades encontradas pelos pacientes. A prática da visita domiciliar garante à pessoa com estomia atenção integral à saúde por meio da assistência especializada, que envolve a educação para o autocuidado, relacionada à estomia e pele periestomal, incluindo a prevenção e o tratamento das complicações, sendo um recurso de auxílio ao cuidador, uma redução no estresse, de enfrentamento e adaptação à situação.

O ambiente doméstico na visita domiciliar passa a ter um sentido e um significado muito maior do que um simples espaço físico de coparticipação coletiva. É nesse espaço que o acolhimento será uma extensão da equipe de saúde em forma de atitude e respeito pela dignidade de todos os sujeitos envolvidos. O enfermeiro é um profissional

qualificado, auxiliando no processo do autocuidado, tendo um importante papel na educação em saúde, o que facilita o processo de autonomia do paciente. As condutas e orientações de enfermagem ao fornecer as instruções necessárias quanto a mudanças do estoma ou possíveis complicações no autocuidado do paciente e família.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). Disponível em: <<https://sobest.com.br/>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 64 p.

CARVALHO, B. L. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes com estoma intestinal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e604, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/604>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

COELHO, A. M. S. *et al.* Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora. **Revista de Enfermagem UFPE [on-line]**, v. 9, n. 10, p. 9.528-9.534, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10897>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. e280404, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280404/pt/>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CONCEIÇÃO, A. S. *et al.* Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. 441, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/441>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

COSTA, F. A. *et al.* Covid-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 4.9811-4.982, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13704/11475>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180, 2008. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9934/a04v24n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FORTES, F. L. S. *et al.* Como promover um envelhecer saudável durante a pandemia de Covid-19? Uma revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33158>>. Acesso em: 28 jan. 2022.

GRDEN, C. *et al.* Lesões de pele em idosos hospitalizados. **Rev Estima**, p. e4118, 2018. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/639/pdf_1>. Acesso em: 25 jan. 2022.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeção da População 2018: O número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

KALACHE, A. *et al.* Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p. e200122, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000600101&tlng=en>. Acesso em: 28 jan. 2022.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, v. 15, n. 27, p. 223–238, 2018. Disponível em: <<https://revistamosaicum.org/index.php/mosaicum/article/view/64>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MACIEL, D. S. *et al.* A enfermagem e o cuidado integral e humanizado no processo de envelhecimento. In: SAMPAIO, E. C. (ed.). **Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos**, v. 2, 1. ed. [s.l]: Editora Científica Digital, 2020. p. 12-24. Disponível em: <<http://www.editoracientifica.org/articles/code/201001797>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

MARTINS, A. B. *et al.* Atenção Primária à necessidade de saúde como dos pacientes: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3.403-3.416, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803403&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças não transmissíveis e uso de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Pan-Americana da Saúde** – Histórico da pandemia de Covid-19. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

PACZEK, R. S. *et al.* Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia. **Revista de Enfermagem UFPE [on-line]**, v. 14, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245710>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1.863-1.877, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501863&tlng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de Covid-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SB-MFC pandemia e da ABRASAD. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2.611-2.611, 2020. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2611>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1.369-1.380, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401369&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2022.

SILVA, T. *et al.* Educação clínica em enfermagem: desenvolvimento de uma casa simulada para a operacionalização da visita domiciliar. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 366-377, 2021. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3818>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SILVA, M. F. *et al.* Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 4, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/184066>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

SILVEIRA, J. L. G. C. *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190499, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100235&tlng=pt>. Acesso em: 27 jan. 2022.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Evolução espaço-temporal da mortalidade por doenças coronavírus 2019 no Brasil em 2020. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p. e20200282, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822020000100912&tlng=en>. Acesso em: 30 jan. 2022.

SOUZA, I. H. *et al.* Impasses sociais em pacientes estomizados: uma contribuição para o bem-estar psicológicos. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 16, p. e5551, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/5551>>. Acesso em: 26 jan. 2022.

TEIXEIRA, K. S. A.; MENEZES, L. C. G.; OLIVEIRA, R. M. Serviço de Estomaterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem do Hospital Público de Referência. **Rev. Estima**, v. 14, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/114>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VILLA, G. *et al.* A vida com uma urostomia: um estudo fenomenológico. **Pesquisa em Enfermagem Aplicada**, v. 39, p. 46-52, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189717304470>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report: 1998: Life in the 21st century: a vision for all: report of the Director-General. **World Health Organization**. 1998. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>>. Acesso em: 29 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy and action plan on ageing and health** [Internet]. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

Das festas ao isolamento social: impactos da pandemia de Covid-19 em ações de Redução de Danos

Karini Reis Pereira

Ronaldo Bordin

Roger dos Santos Rosa

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas (SPA) não é atual. A relação do ser humano com as SPA é milenar e está atrelada à produção de estados alterados de consciência em diversos contextos históricos, sociais e culturais. Esse fenômeno pode ser interpretado a partir de dois paradigmas, reconhecidos internacionalmente como Guerra às Drogas (GD) e Redução de Danos (RD).

O paradigma da GD teve seu marco fundador na I Conferência Internacional do Ópio em 1912. Pautado em argumentos proibicionistas de ordem moral, religiosa, científica, com origem em interesses econômicos, políticos e na necessidade de controle social, passou a criminalizar ações relacionadas à produção, à comercialização e ao consumo de SPA tipificadas como ilícitas (MOREIRA *et al.*, 2019). De acordo com Gomes e Della Vecchia (2018), o insucesso desse modelo foi atestado pelo aumento mundial do tráfico e do consumo de drogas.

A RD contrapõe-se ao proibicionismo e foi se constituindo como interface do movimento social dos usuários de SPA. A partir de 1980, o movimento foi se disseminando, e a RD passou a ser considerada estratégia de cuidado adotada em sistemas de atenção à saúde, quando o consumo de SPA é compreendido como questão de saúde pública e o usuário como sujeito capaz de produzir conhecimento a respeito de seu próprio cuidado. De acordo com a Rede Brasileira de Redução de

Danos (Reduc), além de um conjunto de técnicas e estratégias de cuidado em saúde, a RD é uma perspectiva de ética do cuidado, ou seja, uma postura, um modo de se portar com relação ao usuário e aos problemas relacionados à perspectiva pela qual a sociedade aborda a questão dos psicotrópicos (MACRAE; GORGULHO, 2003).

A partir da iniciativa do médico sanitarista David Capistrano, que introduziu programas de distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis, a RD chega ao Brasil em 1989 na cidade de Santos/SP. A distribuição de equipamentos para uso seguro de droga injetável visava à prevenção da propagação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em especial do HIV. No início dos anos 2000, com o declínio das drogas injetáveis e o surgimento do crack, a RD deixa de ser financiada apenas pela área de prevenção às IST/Aids do Governo Federal. É, então, incorporada à Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, movimento que provoca grandes mudanças no campo em questão. Após 11 anos de sua chegada ao Brasil, a RD passou a ser a estratégia de cuidado para todo tipo de usuários e de formas de uso de SPA, desde a experimentação até o uso problemático (PEREIRA; RAUPP, 2020).

Na década de 1990, com a expansão da cena eletrônica, as *raves* chegam ao Brasil, tendo como cenário principal as praias desérticas da Bahia, logo se espalhando para São Paulo e depois para todo o país. Tais festas têm como característica a longa duração (em torno de oito a doze horas, sendo que alguns festivais duram até sete dias ininterruptamente) e a busca pela alteração de consciência, propiciada por algumas substâncias psicoativas aludidas na música, na decoração das festas e nas vestimentas dos participantes (PEREIRA; RAUPP, 2020). Com isso diversos grupos passaram a oferecer espaço de acolhimento em festivais e a se organizar de forma mais profissional. Conformados como coletivos multidisciplinares, esses grupos têm atuado dentro de grandes festivais de música eletrônica que acontecem no mundo, promovendo ações de conscientização e redução de danos com o intuito de estimular a reflexão, o autocuidado e o conhecimento sobre as SPA nesse contexto (PEREIRA; RAUPP, 2020).

No Brasil, a primeira iniciativa de RD em contexto festivo surgiu em 2006 em Salvador a partir da tese de doutorado de Marcelo de Andrade, dando vida ao Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos (PEREIRA; RAUPP, 2020). Após essa experiência, a RD em contexto festivo ganhou força, e outros grupos surgiram. Em 2020, havia mais de 40 coletivos espalhados pelo Brasil.

Os coletivos multidisciplinares de RD que atuam nesse contexto comumente oferecem três frentes em suas ações:

1. Infostand: espaço informativo de diálogo e de troca de informações sobre SPA. São disponibilizados panfletos informativos – que versam sobre características da substância, efeitos esperados e indesejados, possíveis riscos e danos, dicas de RD, cuidados, contra-indicações e interações entre psicotrópicos – e insumos, como camisinha, lubrificante e água. Pode ser organizado próximo da pista de dança, desde que o som não atrapalhe a comunicação entre redutor e público, ou próximo de área de grande circulação de pessoas. Muitas vezes, ocupa o mesmo espaço físico do acolhimento terapêutico, embora seja interessante que as duas ações ocorram em espaços diferentes.

2. Testagem de substâncias com reagentes colorimétricos: uma vez que o proibicionismo gera a adulteração das SPA, essa ação tem por objetivo identificar a amostra da substância disponibilizada pelo frequentador do evento, de modo a promover o diálogo e a construção do vínculo, levando informações de qualidade e sem moralismos. O reagente, ao ser pingado em uma pequena quantidade do material a ser testado, pode apresentar uma determinada cor, que deve ser comparada com a tabela que indica a presença de uma SPA. A testagem com reagentes apresenta limitações, pois elas não são capazes de determinar o nível de pureza da substância, sequer de confirmar os resultados, já que, para isso, é necessário outro tipo de testagem, como a cromatografia. Comumente, a testagem é realizada no mesmo espaço físico do Infostand, sendo necessária iluminação adequada.

3. Acolhimento terapêutico: ação também chamada de “SOS”, que consiste em acolhimentos, acompanhamentos e intervenções breves para pessoas que estejam passando por experiências psicodélicas difíceis devido ao uso/abuso de substâncias. De acordo com o Manual Zendo (2017), experiências psicodélicas difíceis, também chamadas de *bad trip*, são sagradas, pois fazem parte de um processo de despertar, de cura e, essencialmente, de celebrar a vida. Entre

as experiências psicodélicas tidas como difíceis destacam-se a sensação de estar enlouquecendo, a sensação de que aquilo nunca terá fim, as alterações de ego, os traumas que podem ser lembrados ou revividos e as sensações sensoriais, energéticas e corporais (MANUAL ZENDO, 2017). O acolhimento também auxilia em casos em que a pessoa esteja se colocando em risco ou esteja oferecendo risco a outras pessoas. É importante que esse espaço esteja longe da música, seja acolhedor e confortável e tenha espaço para deitar (PEREIRA; RAUPP, 2020, p. 6).

RD é resistência

Em abril de 2019, o Governo Federal assinou o Decreto nº 9.761, instituindo a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), revogando o Decreto nº 4.345 e extinguindo a Política Nacional de Redução de Danos (BRASIL, 2019).

O decreto põe fim à Redução de Danos e estabelece uma política proibicionista e punitiva das questões advindas do uso de SPA, colocando a abstinência como única política pública para os usuários, reafirmando a prioridade das comunidades terapêuticas e incentivando o retorno à lógica manicomial.

O decreto é um retrocesso nas conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica, aprovada com a Lei nº 10.216 de 2001, marco na luta antimanicomial pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2001). O novo decreto ressuscita a “indústria da loucura”, dotada de privação de liberdade, retirada de direitos, estigmatização, tratamentos impositivos e internações forçadas.

Nos pressupostos da Nova Política Nacional sobre Drogas, Decreto nº 9.761, consta: “A orientação central da Política Nacional sobre Drogas considera aspectos legais, culturais e científicos, especialmente, a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas” (BRASIL, 2019). Cabe destacar que o decreto não contou com a participação da sociedade, diversamente do ocorrido em 2005 (SILVA, 2021).

Silva (2021) observa que ambos os decretos reconhecem que a abordagem entre usuário, dependente químico e traficante deve ser rea-

lizada de forma diferenciada. No entanto, em 2019, é incluído em seu Artigo 2º, item 2.3:

[...] considerada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação de apreensão, as circunstâncias sociais e pessoais e a conduta e os antecedentes do agente, considerados obrigatoriamente em conjunto pelos agentes públicos incumbidos dessa tarefa, de acordo com a legislação (BRASIL, 2019, *on-line*).

O impacto do uso de SPA tornou-se um problema de saúde pública no início da década de 1990, uma vez que compreende o fenômeno do uso de SPA relacionado ao risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros. Tal definição vai além de definições biomédicas, como a dependência, que tem o objetivo de identificar o sujeito e o conjunto de problemas associados a seu comportamento, e considera também padrões de uso que, embora possam ser episódicos, geram problemas sociais e de saúde (por exemplo, resultar em privação de afeto/convívio familiar, dirigir sob o uso de substâncias, fazer uso endovenoso de drogas, etc.) (FERNANDES; CARVALHO, 2008; GOMES-MEDEIROS *et al.*, 2019).

O fenômeno do uso de SPA ultrapassa os limites do tempo; tem caráter histórico-cultural, com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas. Distingue-se entre o uso recreacional/ocasional e a dependência de drogas. Além disso, ressalta-se a importância de definir as diferenças entre os variados tipos de psicoativos e os danos que causam (MINAYO; DESLANDES, 1998). Cabe destacar que, até o século XVIII, os psicoativos foram os impulsionadores do mundo capitalista; no século XIX, através da pressão moralista, passaram a ser divididos em legais e ilegais com a regulamentação através do controle religioso do uso para o controle legal. Contudo, mantiveram-se os preconceitos étnicos e ideológicos (CARNEIRO, 2020).

Um dos impactos do uso de SPA é a violência policial nas periferias do Brasil. Destinada a combater drogas e traficantes, faz dos moradores, majoritariamente negros e pobres, vítimas de uma política proibicionista, punitiva e racista. A atual política de GD pode ser considerada uma estratégia necropolítica, segundo proposta de Mbembe

(2016), que debate o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. O proibicionismo transforma-se em uma política racista por associar as SPA, a violência e a criminalidade a dimensões étnicas e raciais, que impulsionam o encarceramento da juventude negra e periférica (ROSA; GUIMARÃES, 2020).

As evidências esclarecem que a aplicação da política de drogas possui um viés racial enraizado. De acordo com Santos (2014 *apud* GOMES-MEDEIROS *et al.*, 2019), o tráfico de drogas é o tipo de pena que mais contribui para o aumento da taxa de encarceramento do Brasil e é sobrerrepresentado por negros, jovens (55%) e de baixa escolaridade (80% não completaram o Ensino Médio).

No campo da saúde, segundo Gomes-Medeiros *et al.* (2019), os dados apontam que a prevalência de transtornos por uso de SPA é maior na população carcerária quando comparada à população geral. Ademais, há aumento do risco de overdose por pessoas com histórico de uso de SPA quando liberadas em custódia do Estado, além do aumento de transmissão de tuberculose e IST, como HIV e hepatite C.

Em síntese, políticas repressivas e proibicionistas estão associadas a uma forma específica de atuação do Estado nas questões sociais e não estão relacionadas aos indicadores de saúde, uma vez que a política estatal se dedica à criminalização da pobreza e dos desvalidos.

De acordo com Gomes-Medeiros *et al.* (2019), cabe ao campo da Saúde Coletiva incorporar a crítica aos riscos sanitários e sociais associados ao proibicionismo, bem como a defesa dos princípios e das diretrizes do SUS na construção de uma política integral de atenção à saúde de usuários de SPA.

Diante dos tempos que correm, Antônio Nery Filho, médico psiquiatra fundador do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), conclui:

A redução de danos não se cria ou se exclui por decretos ou portarias. A RD nasce, se desenvolve e transforma pessoas, cuidadores e pacientes, a partir dos 'bons encontros', no reconhecimento recíproco e na honestidade das diferenças e das diferentes escolhas que cada um(a) pode fazer em sua vida (SURJUS; SILVA, 2019, p. 7).

Em 2020, a pandemia de Covid-19 avançou progressivamente através de nossos territórios e nossos corpos, transformando-os em uma crise de saúde global (ALMEIDA, 2020). O contexto de isolamento social, decorrente da pandemia mundial de Covid-19, causou impactos na saúde mental da população de diversas maneiras. Inevitavelmente, importantes reflexões sobre o cuidado de si e com o outro foram (re)construídas. Diante do distanciamento social e das restrições no convívio social, necessários para a prevenção e o enfrentamento do contágio da doença, o funcionamento de locais e eventos públicos foi interrompido ou proibido. Entretanto, isso não significa que deixaram de existir. Consequentemente, os comportamentos sociais e de consumo de substâncias psicoativas (SPA) também foram impactados.

Levando em consideração o crescimento do consumo de SPA legais e ilegais e a necessidade de produzir conhecimento sobre as estratégias e ações realizadas pelos coletivos de RD, este estudo buscou identificar e descrever o investimento em novas estratégias de cuidado e atenção a pessoas que usam SPA, bem como a criação de novos canais de comunicação e abordagens com esse público.

A busca pelos atores que atuam em coletivos de RD em contextos de festa

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de método fenomenológico com o objetivo de identificar a opinião dos coletivos de Redução de Danos sobre as ações aplicadas durante a pandemia no período de março de 2020 até junho de 2021.

O acesso aos redutores deu-se por grupo de WhatsApp, do qual participam representantes dos coletivos de Redução de Danos existentes no Brasil. O grupo de WhatsApp foi criado em outubro de 2018 e, no momento de redação deste estudo, era composto por 102 participantes. O grupo é restrito a pessoas que atuam em coletivos de RD em contexto de festa, independentemente do gênero musical, e tem como objetivos a construção e o fortalecimento da rede de redutores de danos que atuam nesse contexto. Aos participantes foi explicado o teor da pesquisa, garantindo o anonimato. Os critérios utilizados para deli-

mitar os respondentes foram: ser maior de 18 anos, ser redutor de danos há pelo menos dois anos, ter disposição para participar da pesquisa, ser voluntário e manter o anonimato. A coleta de dados ocorreu por meio do preenchimento de formulário *on-line*, encaminhado ao grupo cinco vezes entre 13 de junho e 7 de julho de 2021. Na primeira página do formulário, os participantes puderam ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em 2020, havia mais de 40 coletivos espalhados pelo Brasil. Determinou-se o mínimo de dez respostas (formulários preenchidos), de forma que houvesse dois representantes para cada coletivo por região do país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul). No entanto, o curto período de finalização da pesquisa, a pandemia de Covid-19 e a desarticulação direta (indivíduos impactados) e indireta (proibição dos eventos, por exemplo) dos coletivos causaram impacto na coleta de dados, bem como na delimitação do estudo.

Os respondentes do formulário *on-line* (n=10) eram membros de coletivos que atuam nos seguintes estados: São Paulo (2), Minas Gerais (4), Rio de Janeiro (1), Rio Grande do Sul (1), Pernambuco (1) e Bahia (1).

Entre os 18 coletivos existentes na região Sudeste, sete responderam à pesquisa. Nessa região, encontra-se o Coletivo 10, que atua com RD no Brasil há cerca de 20 anos e com maior tempo de atuação entre todos os coletivos representados nesta pesquisa. No Sudeste, também se localiza o Coletivo 3, que atua há aproximadamente dois anos na cena, sendo o grupo mais jovem nesta pesquisa. A maior incidência de coletivos nessa região, aparentemente, se dá em razão da ocorrência de tradicionais eventos de música eletrônica, uma vez que os estados que compõem a área concentram a maior população e o centro financeiro do Brasil.

Entre os coletivos mais experientes do país está o Coletivo 8, que atua há oito anos na região Sul do país. Esse coletivo foi representado por um veterano que atua como redutor de danos há 11 anos.

Entre os 15 coletivos existentes na região Nordeste dois responderam à pesquisa. O Coletivo 5 e o Coletivo 6 atuam na área há 7 e 3 anos, respectivamente. A região é marcada por ser o cenário inicial das *raves* no Brasil, bem como pela primeira iniciativa de RD em contexto

festivo. Observa-se que o legado da região segue dando vida a novos movimentos sociais engajados com a RD.

Entre os quatro coletivos existentes na região Centro-Oeste, nenhum respondeu a pesquisa. Não há registro de coletivos no Norte do país.

A seguir, serão expostas as categorias emergentes desta análise. As categorias apontam as intervenções realizadas pelos coletivos de RD no contexto de festa antes da pandemia de Covid-19, os desafios de fazer RD no contexto de pandemia, as estratégias encontradas pelos grupos e os efeitos dessas, bem como reflexões acerca da atual política de drogas no Brasil. Para preservar o sigilo dos participantes, eles serão chamados de “Coletivo”, seguido do número que corresponde à ordem dos questionários.

A RD antes da pandemia

Nessa categoria, buscou-se apresentar as intervenções realizadas pelos Coletivos de RD em contexto de festa antes da pandemia de Covid-19 no Brasil.

Dentre as intervenções apontadas, todos os Coletivos informaram que realizavam *stand* informativo e espaço de acolhimento (SOS *Bad Trip*). O *stand* informativo é o espaço dedicado à troca de informações e ao diálogo com o público. Comumente, há a distribuição de material informativo, que apresenta estratégias de RD, além de preservativos e cartilhas sobre infecções sexualmente transmissíveis. O acolhimento terapêutico (SOS *Bad Trip*) é o espaço dedicado ao acolhimento, ao acompanhamento e a intervenções breves para pessoas que estejam passando por experiências psicodélicas difíceis ou colocando a si ou a outrem em risco (PEREIRA; RAUPP, 2020).

Dentre as respostas obtidas, oito Coletivos apontaram que realizam testagem de substâncias, que tem por objetivo promover a aproximação com o público a partir da troca de informações de qualidade sobre as SPA, as adulterações e as expectativas dos usuários, possibilitando a desconstrução de mitos e crenças acerca das substâncias. Cabe ressaltar que os testes colorimétricos não são capazes de identi-

ficar o grau de pureza ou a concentração de substâncias presentes na amostra.

Apareceram ainda outras intervenções, como distribuição de insumos, busca ativa de pessoas perdidas ou em situação de risco, fornecimento de pontos de alimentação e de reidratação, atividades lúdicas, construção de material informativo sobre RD junto a coletivos de festas de música eletrônica, rodas de conversa e oficinas sobre RD, drogas e temas relacionados em eventos acadêmicos (seminários e palestras), bem como com produtoras de festas. A partir do preenchimento dos formulários *on-line*, pode-se perceber a RD como uma estratégia de saúde ampla e dinâmica, que promove a discussão informada e democrática sobre SPA e uma gestão mais cuidadosa e responsável desses sujeitos.

A RD durante a pandemia

Nesta categoria, destacam-se os impactos da pandemia nas atividades dos Coletivos e as estratégias encontradas para minimizar os riscos e os danos associados ao consumo de substâncias durante a pandemia de Covid-19.

Os Coletivos 6 e 7 relatam que, diante da interrupção de festas/festivais, os grupos estão parados:

Nossos membros têm se concentrado em estudos e outras atividades, mas se mantendo informados sobre o retorno de eventos em outros locais, as festas clandestinas que ocorrem durante a pandemia etc., levando-nos a um momento de reflexão e debate interno sobre a situação (Coletivo 1).

Por questões éticas e de saúde, decidimos que não seria razoável atuar em nenhum desses espaços (festas) (Coletivo 8).

Assim, a atuação presencial dos coletivos foi interrompida por completo. Os resultados apontam que o distanciamento social e o fechamento de locais e eventos públicos impactaram diretamente o trabalho de muitos grupos.

Os Coletivos 1, 4, 5, 8 e 9 encontraram a produção de conteúdo digital com caráter educativo e informativo nas redes sociais como estratégia para permanecer atuando:

Lives, matérias informativas *on-line*, divulgação sobre característica de substâncias e as necessidades de cuidado maior neste momento (Coletivo 1).

Durante o ano de 2020, propomos um grupo de estudos aberto e *on-line* sobre temas relacionados à redução de danos, à política de drogas e à promoção da vida, que teve uma boa abrangência, tendo a participação de 10-20 pessoas nos encontros. Fizemos também algumas postagens no Instagram com perguntas e respostas sobre dicas de RD com diferentes substâncias (Coletivo 8).

O coletivo realizou a pesquisa sobre uso de drogas na pandemia e participou de *lives* para compartilhar resultados preliminares e atentar sobre os riscos de fazer uso sozinho em casa, de superdosar etc. Além disso, publicamos uma série de textos no *blog* da ONG sobre o impacto social e político da pandemia sobre pessoas usuárias em grande vulnerabilidade, sobre vacinação, sobre isolamento social, saúde mental e desmonte da saúde pública, sobre demolições de quadras no bairro da Luz, entre outros temas (Coletivo 10).

A partir das respostas é possível perceber a ampla experiência que vem sendo acumulada pelo movimento social de Redução de Danos. Chama atenção a crescente produção de conteúdo digital disseminado nas redes sociais através de colaboradores de diversos âmbitos profissionais, agrupados em organizações, associações e instituições nacionais e internacionais. Além disso, destaca-se a progressiva produção de conteúdo científico quanto ao uso de SPA durante a pandemia.

Alguns grupos realizaram atividades presenciais:

Iniciamos uma campanha de arrecadação de cestas básicas (Coletivo 4).

Incorporamos a distribuição de EPIs, novos insumos (kit de higiene com máscara, sabonete, álcool em gel, informativo), modulando o horário e a rotatividade da equipe em campo (Coletivo 10).

Distribuição de insumos, apesar de ser algo de pouca frequência, distribuição de roupas, cobertores, bolsas e sapatos para auxiliar até mesmo em possíveis entrevistas de emprego (Coletivo 3).

O relato do representante do Coletivo 9 apresenta a importância da aproximação entre os movimentos sociais dos redutores de danos:

Temos dialogado internamente sobre a necessidade de realizar diálogos entre coletivos do país para pensar o posicionamento diante do retorno da cena (grandes festivais) mesmo em meio a um contexto de pandemia em curso e fora de controle (Coletivo 9).

Os efeitos do trabalho

Nesta categoria, destacam-se os relatos dos redutores participantes, nos quais são expressas suas percepções acerca do trabalho realizado durante a pandemia de Covid-19.

Os Coletivos 1 e 3 abordam a necessidade e a importância da disseminação de informação acerca do uso de SPA, de forma a promover o autocuidado, tendo o usuário enquanto protagonista de sua história:

Um trabalho fundamental, que ocupa um espaço onde o Estado não se manifesta. Promover o autocuidado, a autonomia e segurança desses indivíduos em momentos de lazer ou de usuários psiconautas torna-se indispensável. E em tempos de pandemia, com muitas pessoas em casa e com seu emocional abalado, tais informações e acolhimento tornam-se um grande ponto de apoio na saúde e na segurança dos usuários (Coletivo 1).

As postagens do Instagram tiveram um alcance curto, contudo as dicas podem ter ajudado algumas pessoas a se relacionar melhor com seus usos num momento tão impactante como o atual. Os encontros do grupo de estudo realizados tiveram um alcance maior e mais constante, produzindo discussões mais aprofundadas não só sobre práticas de RD, mas também no campo político e mesmo sobre a atuação de alguns profissionais de saúde. Esses encontros produziram discussões potentes que podem ter auxiliado os participantes em suas práticas e discussões. Nos foi relatado por alguns participantes que os encontros eram importantes para eles, sendo um espaço positivo para quem pode participar (Coletivo 8).

Os relatos também referem a importância dos coletivos como rede de apoio e espaço de promoção de saúde, informação e apologia ao cuidado:

Durante a pandemia, tornou-se mais difícil acessar as pessoas que passaram a fazer uso em casa e em festas clandestinas, o que dificultou a chegada do cuidado com o aumento do relato de festas de sexo com uso de novas substâncias, por exemplo. As *lives* tiveram um retorno interessante, mas não de forma extensiva nesse recorte de pessoas usuárias de classe média. Já em contexto de rua, o PRD foi descobrindo a forma de usar os kits de higiene, uma vez que o público em geral tem interesse, acabava por gerar aglomeração em torno de redutores. Ainda assim, a receptividade foi importante e fomos encontrando maneiras dele não ser a centralidade do encontro e do cuidado. Nesse meio tempo, aumentamos a equipe da ONG,

contratamos pessoas trans, negras, sobreviventes do sistema penal e aumentamos os territórios em que atuamos. Então, entendo que, apesar das dificuldades, estamos nos reinventando, e o Coletivo faz parte desse processo também (Coletivo 10).

A partir desse relato, cabe destacar a RD enquanto política emancipatória e libertária capaz de produzir um trabalho potente, horizontal e coletivo, composto de diferentes saberes, construídos a partir desses distintos lugares e vivências. Com isso, proporciona-se um direcionamento comum pautado em lutas antiproibicionistas, antirracistas, antimanicomiais, anticarcerárias, antilgbtfóbicas e antimachistas.

A atual política de drogas no Brasil

Nesta categoria, destacam-se os relatos dos representantes dos coletivos participantes, nos quais expressam sua opinião sobre a atual política de drogas no Brasil e os avanços necessários dessa.

Os dez coletivos participantes posicionam-se criticamente à política de drogas vigente. A atual política higienista e proibicionista baseia-se em fundamentos morais, ideológicos, no amedrontamento e no negacionismo do conhecimento científico:

A política de drogas brasileira falha em diversos pontos, desde o ponto inicial, por ser uma política que visa a grupos sociais específicos, possuindo nítida diferença de tratamento entre as diferentes camadas sociais, como é um instrumento de fortalecimento desta guerra às drogas (às pessoas) que vem trazendo verdadeiras barbáries em determinadas regiões (Coletivo 1).

No relato do Coletivo 8, é referida a violação de direitos do usuário diante da atual política de drogas no Brasil:

Essa política viola diversos direitos do usuário, como o (1) direito à informação, ao dificultar o acesso a informações científicas e realistas sobre os riscos e sobre como evitá-los; o (2) direito à saúde, dificultando o acesso dos usuários a serviços de saúde, ao condicionar o cuidado à abstinência e outras regras morais, tornando-o inacessível para boa parte da população. Também ao propagar premissas estigmatizantes, a política atual tem como consequência afastar os usuários dos serviços de saúde. Além disso, ela também agrava a vulnerabilidade do usuário, expondo-o a riscos evitáveis rela-

cionados ao uso das substâncias que não têm controle de qualidade por serem acessíveis somente em mercados clandestinos. Ao acessar esses mercados, o usuário pode se expor também a diversos outros riscos que seriam inexistentes em um mercado regulado. Ainda em relação ao direito à saúde, a política atual impede o acesso a possíveis benefícios do uso de substâncias atualmente proscritas, violando, assim, (3) o direito à liberdade cognitiva, que está amparado na garantia constitucional à liberdade de consciência e ao prazer. Além disso, ela traz entraves burocráticos às pesquisas sobre o uso terapêutico, dificultando também (4) a liberdade de investigação científica (Coletivo 8).

A Política de Redução de Danos preza pelo direito à liberdade, na qual o usuário é tido como sujeito de direitos, percebido em sua existência, proporcionando o resgate de sua autonomia e de sua cidadania, efetivando o cuidado em saúde enquanto manutenção dos direitos humanos e suas premissas ético-políticas, que são essenciais para direcionar a produção do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas (LOPES; GONÇALVES, 2018).

No que tange aos avanços necessários na atual política de drogas brasileira, os coletivos apontam a necessidade de mudanças pautadas na saúde, no acesso à informação e na liberdade do usuário:

É preciso emergir uma nova forma de se pensar em políticas públicas de drogas, uma lógica que compreenda o ser humano como ser biopsicossociocultural, uma lógica que respeite a autonomia das pessoas que usam drogas, uma lógica humana, na qual o Estado é responsável pela segurança dos cidadãos brasileiros e não por suas mortes ou suas prisões (Coletivo 6).

No relato do representante do Coletivo 1, é referida a importância de desconstrução das associações entre usuário de drogas, comunidade periférica e criminalidade, o que faz com que os estigmas e preconceitos sejam mantidos cotidianamente, bem como a violência e a opressão:

Precisa-se acabar com a lógica de que em comunidades que se produzem grandes quantidades de drogas, e entender que tais substâncias vêm de outros lugares, com o auxílio de figuras que ficam “escondidas”, lucrando com toda essa guerra e proibição (Coletivo 1).

O Coletivo 8 refere alguns passos para o avanço da política de drogas:

Pensamos que alguns passos importantes para o avanço das políticas de drogas no Brasil podem passar por: (1) elaboração e execução de ações educativas no campo AD, pautadas pelos direitos humanos e pela redução de danos; (2) atuação num campo ativista a favor de uma política pautada pela RD, que respeite as individualidades e que não se pautem pelos princípios proibicionistas, como marchas da maconha, por exemplo; (3) atuar num campo político de reivindicar questões que abarcam o campo das drogas como pautas nos diferentes níveis: municipal, estadual e federal; e (4) organizações civis que tenham como foco o tema das políticas de drogas, como a Associação Psicodélica do Brasil, por exemplo. Esses são alguns dos pontos que podem ajudar a avançar nas discussões (Coletivo 8).

Concomitantemente à tarefa destrutiva das lógicas binárias, como saúde-doença, indivíduo-sociedade, saúde individual-saúde coletiva, cabe ao campo ativista a favor da RD a tarefa construtiva e de defesa de uma política integral de atenção à saúde de usuários de SPA. Assim, ampliar-se-á a lógica de atenção para além do paradigma proibicionista e reducionista que favorece práticas violadoras de direitos, que associa drogas a comportamentos criminosos, que enfatiza práticas terapêuticas pela lógica da abstinência e que desqualifica ações de RD.

Considerações finais

Esta pesquisa procurou identificar coletivos de Redução de Danos que atuavam em festivais de música eletrônica do país em 2019, além de descrever a abordagem desenvolvida por esses grupos para minimizar os riscos e os danos associados ao consumo de substâncias no contexto de pandemia, bem como problematizar e repensar a política de combate às substâncias psicoativas no Brasil.

Conclui-se que o distanciamento social, o fechamento de locais e eventos públicos, a interrupção de festas/festivais em razão da pandemia de Covid-19, em paralelo à mudança na Política Nacional sobre Drogas, impactaram diretamente na atuação dos coletivos brasileiros de RD que atuam em contexto festivo. Contudo, alguns coletivos seguiram realizando ações de RD presenciais por meio da arrecadação e da distribuição de insumos, kits de higiene e EPI e ações *on-line*, como produção de conteúdo em redes sociais, *lives*, palestras, rodas de conversa e grupos de estudo.

Não seria apropriado falar em conclusões a partir de um pequeno número de respondentes, mais ainda por não incorporar representantes de todas as regiões do Brasil. Contudo, informações importantes foram obtidas, principalmente por ser essa temática pouco abordada em estudos científicos. Assim, faz-se necessária a produção de conhecimento científico acerca da RD no contexto festivo.

A análise dos resultados coloca em evidência a necessidade de uma política de drogas pautada nos princípios fundamentais defendidos pelo SUS e pela RD, como liberdade à escolha, direito de acesso à saúde e dignidade. Embora o insucesso da Guerra às Drogas esteja atestado, vigora uma política que aterroriza e determina quais corpos são matáveis. O desafio nos tempos atuais parece ser de avançar enquanto sociedade, bem como de legitimar as estratégias de RD como Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e a aproximação dos movimentos sociais de redutores de danos. Entretanto RD é resistência, e as lutas não param.

Referências

ALMEIDA, G. B. Reducción de Daños, Drogas y Covid-19 para Latinoamérica y el Caribe. **LANPUD**, 2020. Disponível em: <<http://www.redlanpud.net/politicas-de-drogas/reduccion-de-danos-drogas-y-covid-para-latinoamerica/?fbclid=IwAR3IGsPydAosYUmfGK7WzkBhThduyyo5q0xw2sKT2cYV3huUtQFqYHEIZqA>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto Federal nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Casa Civil, 2001.

CARNEIRO, H. **Drogas: história, proibicionismo e legalização**. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ZhAmYjUH924>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FERNANDES, L.; CARVALHO, M. C. Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. **Revista Toxicodependências**, v. 6, n. 3, p. 17-29, 2008.

GOMES, T. B.; DELLA VECCHIA, M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.327-2.338, 2018.

GOMES-MEDEIROS, D. *et al.* Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00242618, 2019.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. e1.355, jan./abr. 2018.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. **Redução de Danos e Tratamento de Substituição – Posicionamento da Reduc.** Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_edw8.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Revista Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MOREIRA, C. R. *et al.* Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 312-320, dez. 2019.

PEREIRA, K. R.; RAUPP, L. M. Redução de danos em *rave* no Rio Grande do Sul: concepções de uma ação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. e3.144, jan./mar. 2020.

ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, T. A. A. O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 27-43, 2020.

SANTOS, T. (org.). **Levantamento nacional de informações penitenciárias.** Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2014.

SILVA, P. A. F. **(Des)Cuidado com os usuários de álcool e outras drogas:** Uma Análise sobre as mudanças na Política Nacional sobre Drogas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SURJUS, L. T. L. S.; SILVA, P. C. **Redução de danos:** Ampliação da vida e materialização de direitos. São Paulo: UNIFESP/UNIVESP, 2019.

Sobre os/as autores/as

Alcindo Antonio Ferla – Doutor em Educação, professor associado (UFRGS). Professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>>.

Alexandre Sobral Loureiro Amorim – Médico, Doutor em Educação e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS; atua como Coordenador Médico do Pronto-Atendimento Bom Jesus e como Tutor Acadêmico do Programa Mais Médicos para o Brasil pela UFFS. E-mail: amorim.alexandre@yahoo.com.br

Aline Blaya Martins – Mulher, mãe, professora, militante do Coletivo Célia Sánchez, cirurgiã-dentista. Está coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: alineblaya@gmail.com

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka – Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Mestre e Doutora pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica da PUC RS. Professora Adjunta da UFRGS. E-mail: anakarinatanaka@gmail.com

Elisandro Rodrigues – Pedagogo, Doutor em Educação pela UNISINOS e Mestre em Saúde Coletiva pela UFRGS; atua como docente do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: elisandromosaico@gmail.com

Erica Rosalba Mallmann Duarte – Graduada em Enfermagem. Mestre e Doutora pela UFRGS. Professora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ermduarte@gmail.com

Fabiano Almeida Negreiros – Advogado, militante comunitário da Grande Cruzeiro, doutorando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da UFRGS. E-mail: fabianonegreiros8@gmail.com

Fernanda Ramos Bortoluzzi – Bacharela em Direito. Especialista em Administração Pública no Século 21 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: fernandaramosbortoluzzi@gmail.com

Frederico Viana Machado – Graduado em Psicologia. Mestre e Doutor em Psicologia pela UFMG. Professor do Bacharelado em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: phredvm@gmail.com

Gerusa Bittencourt – Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva na UFRGS, enfermeira no Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul em Porto Alegre, funcionária pública de Porto Alegre. E-mail: gerusa.bittencourt@portoalegre.rs.gov.br

Guilherme Dornelas Camara – Bacharel em Administração. Doutor em Administração. Professor Adjunto no Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: guilherme.dornelas@ufrgs.br.

Guilherme Lamperti Thomazi – Homem cis, gay, branco, mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Jaqueline Miotto Guarnieri – Psicóloga, militante social, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Karini Reis Pereira – Psicóloga, especialista em Saúde Pública, mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Redutora de Danos no Coletivo Lótus em Porto Alegre e psicóloga no CAPS AD em Canoas (RS). E-mail: karini.rp@gmail.com

Karla Tatiane Viana – Graduada em Enfermagem pela UFRGS. Residente em Saúde Pública pela ESP/RS. E-mail: karlataviana@gmail.com

Letícia Stanczyk – Fisioterapeuta. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e especializando no Programa de Residência Multiprofissional de Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: leticia.stan02@gmail.com

Luciane Maria Pilotto – Cirurgiã-dentista, militante social, professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: luciane.pilotto@gmail.com

Mónica Bernardo Simbine – Graduada em ensino de Biologia, Ministério da Educação de Moçambique. E-mail: mb86.simbine@gmail.com

Rafaela Linck Davi – Graduada em Enfermagem pela UFRGS. E-mail: rafalinckd@gmail.com

Raquel Kaufmann Carniel – Cirurgiã-dentista da Atenção Básica de Porto Alegre, Pós-graduada pela Residência Integrada em Saúde Bucal com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da UFRGS. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: raquelkcarniel@gmail.com

Renata Riffel Bitencourt – Cirurgiã-dentista, militante social, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: renatariffel@gmail.com

Renata Savian Rosa – Educadora Física. Especialista em Saúde Mental Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e concluinte do Programa de Residência Multiprofissional de Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: renatasavianrosa@gmail.com

Ronaldo Bordin – Médico, mestre em Educação, doutor em Administração. Professor do Departamento de Medicina Social, vinculado ao

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ronaldo.bordin@ufrgs.br

Rosaura Soares Paczek – Graduada em Enfermagem pela UFRGS. Mestranda em Saúde Coletiva na UFRGS. Estomaterapeuta. Enfermeira do Serviço Especializado em Estomaterapia da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. E-mail: rspaczek@gmail.com

Rossana Machado Sarmento – Bacharel em Administração de Sistemas e Serviços em Saúde; Mestra em Saúde Coletiva. E-mail: rossana.sarmiento@gmail.com

Roger dos Santos Rosa – Médico; Mestre em Administração; Doutor em Epidemiologia. Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

Rose Mari Ferreira – Doutoranda em Saúde Coletiva na UNISINOS/RS; Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS; graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do RS. E-mail: rosemariferreira344@gmail.com

Rute Hete de Almeida Souza – Graduada em Administração, Especialista em Gestão Federal do SUS, servidora pública federal do Ministério da Saúde. E-mail: rutehete@hotmail.com

Vanessa Cristina Vieira Nemos – Cirurgiã-dentista. E-mail: vanessa.nemos@gmail.com

Índice remissivo

- Atenção domiciliar 187, 188, 196, 201, 202, 203, 205
Atenção básica 114, 123, 127, 128, 135, 137, 161, 162, 195, 196, 203
Comunidade 10, 11, 12, 52, 57, 65, 69, 70, 71, 72, 7, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 101, 104, 108, 148, 174, 189, 191, 205, 210, 220
Covid-19 34, 41, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 74, 77, 77, 79, 81, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 99, 100, 102, 103, 104, 109, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 135, 138, 144, 153, 154, 165, 166, 167, 169, 170, 178, 180, 181, 183, 183, 185, 186, 187, 191, 192, 193, 197, 200, 203, 204, 205, 207, 213, 214, 215, 216, 218, 221, 222
Educação 32, 35, 72, 77, 82, 83, 89, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 108, 109, 111, 113, 117, 137, 140, 159, 160, 172, 195, 201, 202, 205, 206
Estomia 187, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 203
Enfermagem 128, 129, 157, 162, 188, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 223
Genocídio 63, 64, 65, 94
Idoso 45, 55, 56, 80, 124, 127, 128, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 199, 200, 202, 202, 203, 204, 205
Isolamento social 73, 76, 112, 115, 191, 192, 198, 200, 207, 213, 217
Necropolítica 11, 34, 38, 45, 48, 49, 52, 54, 58, 66, 68, 94, 96, 98, 100, 101, 113, 211, 223
Pandemia 9, 13, 14, 34, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 107, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 139, 144, 153, 154, 155, 156, 157, 161, 165, 166, 168, 170, 181, 182, 185, 186, 189, 191, 192, 193, 197, 198, 200, 201, 204, 205, 207, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 221
Políticas públicas 53, 61, 73, 86, 103, 104, 105, 106, 113, 142, 166, 175, 183, 184, 187, 191, 192, 200
População prisional 165, 166, 173, 178, 182
Racismo 39, 139, 144, 150, 151, 152, 155, 159, 160, 163, 223
Raça 37, 46, 47, 56, 96, 140, 150, 182
Redução de danos 173, 207, 208, 210, 212, 213, 217, 220, 221, 223
Resistência 10, 11, 13, 18, 29, 41, 70, 210, 222
Saúde bucal 139, 140, 144, 146, 147, 148, 149, 158, 160, 162, 163, 164
Saúde coletiva 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 67, 74, 86, 89, 90, 91, 104, 106, 107, 109, 111, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 138, 139, 141, 159, 161, 173, 185, 204, 205, 212, 221, 223
Sistema Único de Saúde 12, 47, 51, 65, 114, 118, 123, 138, 140, 149, 158, 171, 183, 189, 202, 205
Serviços de saúde 34, 57, 105, 125, 129, 153, 155, 158, 171, 174, 190, 199, 200, 204, 219
Visita Domiciliar 188, 189, 198, 201, 203, 205



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

OKOS
EDITORA

ISBN 978-65-5974-094-9



9 786559 740949