

DIVERSITATES

INTERNATIONAL JOURNAL

VOLUME

12

NÚMERO

2

ANO
20
20

VOLUME ESPECIAL:

COVID-19

DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA
SAÚDE COLETIVA E BIOÉTICA.

ORGANIZADORES:

FABIO OLIVEIRA
LETÍCIA GONÇALVES
MARIA CLARA DIAS

ISSN: 1984-5073

Comitê Editorial

Carlos Dimas Martins Ribeiro, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Elisete Casotti, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Fabio Alves Gomes Oliveira, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Jefferson Lopes Ferreira Jr., Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Letícia Gonçalves, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Clara Dias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Suane Felipe Soares, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Coordenação do volume especial:

Fabio Alves Gomes Oliveira, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Letícia Gonçalves, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Clara Dias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Capa:

Jefferson Lopes Ferreira Jr., Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Conselho Editorial Científico

- Alexandre Silva Costa**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Ana Lúcia Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Andréia Patrícia Gomes, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Antonio Augusto Rossotto Ioris, Universidade de Edimburgo, Reino Unido
Antonio Fernando Lyra da Silva, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Bruno David Henriques, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Carla Ribeiro Guedes, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Colin Crawford, Tulane University, Estados Unidos da América do Norte
Daniel Pagnin, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Daniel Henao Nieto, Universidad de Antioquia, Colômbia
Debora Cristina Bertussi, Universidade São Caetano do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Ivia Maksud, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
José Sérgio Duarte da Fonseca, Universidade Federal do Piauí, Brasil
Julio Alberto Wong Un, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Universidade de São Paulo, Brasil
Luciano Bezerra Gomes, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Luiz Carlos Hubner Moreira, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Luiz Guilherme Vergara, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Manuel Villoria Mendieta, Universidad Rey Juan Carlos., Espanha
Marcelo Gerardin Poroid Land, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Marcos Antônio Albuquerque de Senna, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Maria de Fatima Lima Santos, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Maria Paula Cerqueira Gomes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Mônica Villela Gouvêa, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Rafael R. Ioris, University of Denver, Estados Unidos da América do Norte
Ricardo Luiz Narciso Moebus, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
Rita Leal Paixão, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Rodrigo Siqueira-Batista, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Rogério Lopes Azize, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil
Rosângela Minardi Mitre Cotta, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Rossana Staeve Baduy, Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Túlio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Valeria de Queiroz Pagnin, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanessa Oliveira Batista Berner, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Sumário

Apresentação

7

A pandemia e as favelas: um retrato da
desigualdade e da injustiça social

8

Maternagem e Covid-19: desigualdade de gênero
sendo reafirmada na pandemia

26

A arte e o estudante de medicina: experiências
antes e durante o isolamento social

48

Racionalidade científica *versus*
(ir)racionalidade governamental brasileira: um
ensaio sobre algumas crises em tempos de
pandemia da COVID-19

70

Natural é o micróbio: acadêmicos de medicina
discutem "a peste" durante a quarentena

100

O ódio indisfarçável contra negros, indígenas,
pobres e seus idosos - A necrofilia
colonialista outrocida (NCO) no Brasil

117

Protocolos em tempos de pandemia por COVID-19
com critérios para alocação de recursos
escassos: podem considerá-los (in)justos?

131

Apresentação

O presente dossiê é dedicado a diversos temas que envolvem os desafios contemporâneos relativos à Saúde Coletiva e à Bioética durante a pandemia do COVID-19. Esta edição especial, que está organizada em dois volumes, se concentra em analisar como a Bioética e Saúde Coletiva podem oferecer ferramentas críticas para compreender a situação do COVID-19, para a população em geral, e, em particular, para grupos vulnerabilizados e minorias políticas.

Para isso, reunimos artigos que promovem uma percepção mais cuidadosa, atenta e crítica das desigualdades estruturais, uma vez que o impacto da pandemia do COVID-19 sobre algumas comunidades, indivíduos e regiões do planeta tem sido responsável pelo aprofundamento de diversas formas de injustiças sociais. Os trabalhos selecionados analisam os principais temas vigentes, adotando abordagens, teorias e perspectivas éticas pouco debatidas pela mídia, em geral, e/ou por artigos científicos, em particular.

Entendemos ser fundamental para uma agenda bioética, comprometida com uma perspectiva de justiça mais inclusiva, confrontar os processos de injustiças sociais que se revelam a partir das formas de violência, precarização e negação de direitos aos quais esses grupos sofrem neste período de pandemia COVID-19. Por estas e outras razões, agradecemos às pesquisadoras e aos pesquisadores que aceitaram o desafio de pensar, conjuntamente, este espaço-tempo pandêmico no qual estamos inseridas/os.

Aos leitores, desde logo, desejamos uma excelente leitura.

Fabio A. G. Oliveira (PPGBIOS/UFF)

Leticia Gonçalves (NIS/UFRJ)

Maria Clara Dias (PPGBIOS/UFRJ)

A pandemia e as favelas: um retrato da desigualdade e da injustiça social

The pandemic and the 'favelas': a portrait of inequality and social injustice

Gabriela Berti da Rocha Pinto¹
Lucas Nascimento Ferreira Lopes²

Resumo: A pandemia de COVID-19 no Brasil destacou ainda mais o debate da crise sanitária em vigor no país e, especificamente no Rio de Janeiro. A diferença na condição social da população de favela e a estrutura discriminatória do município ficaram ainda mais evidentes. O artigo teve como objetivo apresentar um panorama das desigualdades vividas pelos moradores de favela que foram agravadas durante esse momento. Para tal, identificou-se a população vulnerada no contexto de pandemia no município do Rio de Janeiro e foi pontuada a falta de direitos básicos direcionado a ela. Conclui-se que a falta de ações que favoreçam a mitigação da desigualdade, bem como uma política de estado solidamente sustentada em bases racistas, resultam no extermínio de determinada população.

palavras-chave: desigualdade social, COVID-19, pandemia, comunidades, direitos humanos.

Abstract: The Covid-19 pandemic in Brazil furthered the debate on the health crisis in the country and specifically in Rio de Janeiro. The difference in the social condition of the favela population and the discriminatory structure of the municipality became even more evident. The article aimed to present an overview of the inequalities experienced by the favela population that were aggravated during that moment. To this end, the vulnerable population was identified in the context of a pandemic in the municipality of Rio de Janeiro and the lack of basic rights directed at them was pointed out. It is concluded that the lack of actions that favor the mitigation of inequality, as well as a state policy solidly supported on racist bases, result in the extermination of a determined population.

key-words: Social Inequity, COVID-19, Pandemics, Residence Characteristics, Human Rights.

¹ Professora do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NUBEA/UFRJ e Doutoranda do Programa de pós-graduação interinstitucional em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva PPGBios – UFRJ.

² Doutorando do Programa de pós-graduação interinstitucional em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva PPGBios – UFF.



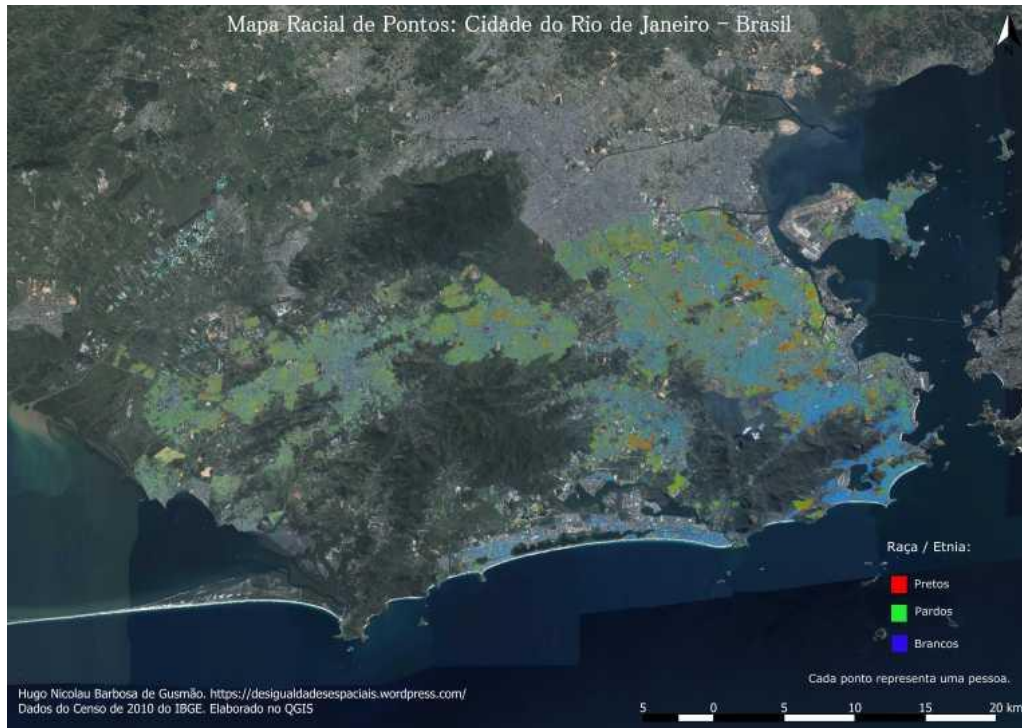
Introdução

O presente artigo tem como objetivo apresentar um mapeamento do cenário de desigualdade social das favelas onde a ausência e/ou presença do Estado operam de modo a vulnerabilizar as vidas de seus moradores, fazendo com que elas sejam reconhecidas como vidas “vulneradas”. Situações essas que foram agravadas durante a pandemia do Covid-19. Para isso, iniciaremos identificando a população vulnerada no contexto de pandemia no município do Rio de Janeiro. O conceito de vulnerados advém da Bioética de Proteção, teoria que guarda preocupação constante com as relações humanas, que perpassa a história dos modos de convivência social, disponibilidade e oferta de recursos, que se manifesta claramente na cultura dos direitos humanos. Os vulnerados são sujeitos que não possuem algum amparo que venha do Estado ou da própria Sociedade, que não contam com a possibilidade de desenvolvimento pleno de suas capacidades por não receber o mínimo necessário para uma vida digna, como o saneamento básico, por exemplo¹.

Contexto da desigualdade

O contexto de caos social e falta de recursos não é um cenário novo no histórico da população periférica, que já resiste e sobrevive à diversas epidemias e distintas doenças, como o caso da tuberculose que continua se alastrando no município. Para uns a morte já é certa e faz parte do cotidiano, seja pela fome, doença ou bala da polícia, que fazem parte da rotina de territórios de favelas e periferias e se intensificam em momentos de crise econômica. A desigualdade social fica elucidada

na estreita relação entre raça, renda, gênero e local de moradia. Esses sujeitos vulnerados têm raça e classe social bem definidas. Como podemos observar no mapa I, referente ao município do Rio de Janeiro, elaborado pelo geógrafo Hugo Nicolau Barbosa de Gusmão, autor do blog Desigualdades Espaciais, é visível que os negros

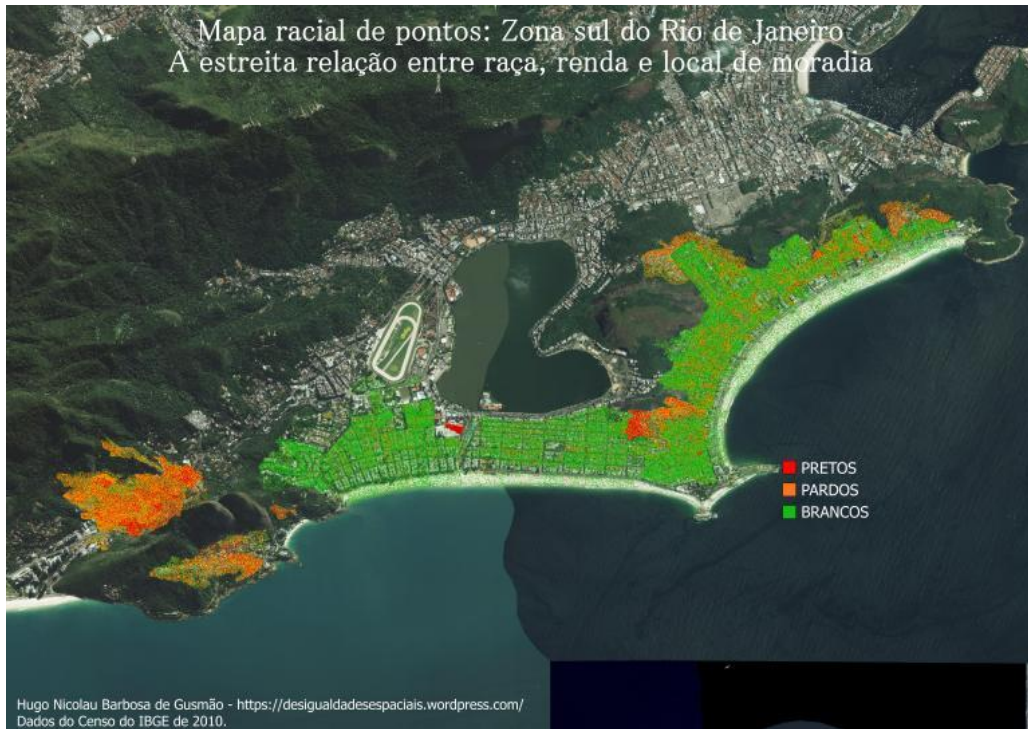


ficam concentrados a certos espaços urbanos, enquanto os brancos ocupam o território de forma mais uniforme.

Mapa I: Mapa racial de pontos da cidade do Rio de Janeiro elaborado por Hugo Nicolau Barbosa de Gusmão, retirado de <https://desigualdadesespaciais.wordpress.com/2015/11/04/mapa-racial-da-cidade-do-rio-de-janeiro/>.

Os negros ocupam, em sua maioria, as áreas periféricas e de favelas, e mesmo nos bairros classificados como “ricos”, os negros estão restritos às áreas de vulnerabilidade, como podemos observar nos mapas II e III que ilustram parte da zona sul do Rio de Janeiro, especificamente os bairros do Leme, Copacabana, Ipanema,

Leblon, Rocinha e Vidigal, referente às áreas de moradia pela raça e pela renda per capita.



Mapa II: Localização da população da zona sul por raça. Mapa retirado de: <https://desigualdadesespaciais.wordpress.com/2016/06/22/a-estreita-relacao-entre-raca-renda-e-local-de-moradia/>.



Mapa III: Mostrando a localização da população por renda familiar dentro da a zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Mapa retirados de <https://desigualdadesespaciais.wordpress.com/2016/06/22/a-estreita-relacao-entre-raca-renda-e-local-de-moradia/>.

O desenho urbano do Rio de Janeiro escancara as desigualdades e impede que ela seja escondida em espaços à margem da cidade, distantes do centro. Dados oficiais do Censo de 2010 do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística – IBGE, informam que existem 1.018 favelas na cidade e 22% da população da população total reside nessas habitações. O Rio é a cidade com maior número absoluto de pessoas morando em favelas do Brasil, com 1.434.975 habitantes, o que significa que a cada 100 mil cariocas, 22.160 estão em favelas. Para efeito de comparação, a cidade de São Paulo apresenta 11% e Belo Horizonte 14% da sua população morando em Aglomerados Subnormais².

Oficialmente, a primeira favela no Brasil foi a do morro da Providência, que surgiu em 1897 no centro do Rio de Janeiro, quando cerca de 10 mil soldados que haviam participado da Guerra de Canudos, retornaram reivindicando ao governo locais de moradia. A ocupação desse território teve como intuito inicial pressionar o Ministério da Guerra, que sem dinheiro para a construção das mesmas e para a quitação dos salários da época, permitiu que barracos de madeira fossem construídos no morro atrás do quartel³.

O Rio de Janeiro é umas das cidades que possui os maiores abismos sociais do Brasil e por meio do índice de desenvolvimento social (IDS) podemos observar essas discrepâncias mais claramente. Esse índice foi criado pela necessidade de expressar claramente as taxas de desigualdade que outros índices distorcem:

“O IDS foi inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, calculado pela ONU (PNUD) para inúmeros países do mundo que, por sua vez tem

servido de base para a construção de uma série de outros índices compostos. Sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza.” (Cavallieri & Lopes, 2020)⁴

Mais conhecido e divulgado, o índice de desenvolvimento humano (IDH), homogeneíza a população não operando recortes societários para gerar seu número final representativo da cidade, sendo assim, esboça uma deformação da realidade. O IDS engloba quatro grandes dimensões de análise, o acesso ao saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda, com dez variáveis no total. Esses fatores cobrem um amplo espectro sócio urbanístico, caracterizando situações relativas tanto ao domicílio quanto às pessoas que o habitam, ajudando a traçar um retrato mais detalhado da cidade.

Sendo o número máximo favorável de ser alcançado no índice 1,00, a variação nos 158 bairros oficiais ficou entre 0,854 e 0,277, com o bairro da Lagoa em primeiro lugar e Grumari em último. Em relação aos bairros apresentados nos mapas, podemos ver a diferença do bairro do Leblon (0,809) que ocupa a segunda posição com as favelas vizinhas, Vidigal (0,528) na posição 123 e a Rocinha (0,458) na posição 151 da lista. os outros bairros representados, Ipanema, Copacabana e Leme figuram entre as quinze primeiras posições⁴.

As medidas de saúde pública e as desigualdades

A principal recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde durante a pandemia para evitar a propagação do Corona vírus, é

a higienização das mãos, com água e sabão, várias vezes ao dia e no caso dessa impossibilidade, a alternativa seria usar álcool em gel. Mas a realidade sanitária nas favelas do Rio de Janeiro está muito distante do ideal para evitar a propagação do Covid-19: “E aí surge mais essa preocupação do ter ou não ter álcool em gel em casa. Mas como ter se não tinha dinheiro nem pra comprar água mineral?”⁵. Esse é o questionamento de uma moradora da favela de Acari, localizada na região norte do município do Rio de Janeiro feito em março, frente a chegada da pandemia na cidade, que ainda sofre com o problema da contaminação da água no início do ano corrente. A maioria das casas do complexo de Acari não tem água o dia todo nas torneiras, há bombas nas ruas que são ligadas em determinados horários e há dias em que “a água está fraca e nem a bomba dá jeito”. E essa também é a realidade de outras favelas no Brasil, como a Providência, primeira favela do país, o morro do Alemão, ambas no Rio de Janeiro e, Paraisópolis, segunda maior favela de São Paulo.

Em janeiro milhares de pessoas na cidade do Rio de Janeiro começaram a perceber e reclamar de alterações nas propriedades das águas que chegavam em suas residências. Águas para consumo apresentavam cheiro forte, visual encardido e alteração no gosto. A época, a CEDAE (Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro), responsável pela qualidade e distribuição da água, pronunciou-se elencando medidas a serem executadas para regularizar a limpeza da água de consumo, o que não ocorreu com êxito até o presente momento.

O atual presidente do Brasil em uma de suas aparições na televisão, após questionado por um jornalista se ele não estaria preocupado como a pandemia atingiria a população, fez a seguinte fala: “O brasileiro pula no esgoto e não acontece nada”⁶. Notadamente descompromissado e desinformado do que acontece no país que governa, o presidente provavelmente desconhece que só em 2018, 2.208

peessoas moradoras da região metropolitana do Rio de Janeiro foram internadas por causa de doenças relacionadas ao saneamento básico, segundo dados do Data SUS analisados pela Casa Fluminense^{[1]7}.

No Brasil, o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº. 11.445/2007, que atribuem aos prefeitos a responsabilidade da titularidade, fiscalização e regulação dos serviços de saneamento básico nos municípios. O Instituto Trata Brasil^[2], que analisa o saneamento básico nos municípios brasileiros há 13 anos, classificou em 2020 com nota 6, de um máximo de 10, o município do Rio de Janeiro, sendo o 52º município de uma lista de cem⁸.

O cenário atual das favelas da cidade é de vulnerabilidade socioambiental, a falta de planejamento eficiente e de políticas públicas impossibilita o acesso dessa população à direitos básicos como saneamento, moradia, renda e segurança. Ainda em relação a problemas sócio estruturais, outra recomendação da OMS, o isolamento social, encontra novamente barreiras para ser cumprida pelas populações vulneradas, pois o adensamento populacional nas áreas de favela é enorme.

O adensamento populacional é um conceito da Ecologia, utilizado pela geografia e ciências sociais, e significa o aumento na taxa de crescimento de uma população regulada por sua densidade⁹. Ou seja, a quantidade de indivíduos presentes em determinado ambiente, e esta relação pode ser tanto positiva quanto negativa. Com a preocupação voltada às favelas diante desse tópico, a ONG Casa Fluminense fez uma pesquisa sobre o tema com dados do Censo de 2010 e do índice de Progresso social (IPS-Rio 2018), e apresentou o alarmante resultado que 300 mil casas da região metropolitana do Rio de Janeiro têm mais de 3 pessoas vivendo em um mesmo cômodo. No município do Rio, a região administrativa do Jacarezinho

lidera a taxa de adensamento, seguido por Maré, Rocinha e Cidade de Deus. Esses dados são extremamente importantes nas tomadas de decisões e contribuem para identificação das possíveis áreas críticas, onde o avanço da pandemia pode causar mais estragos. Vale destacar que sem a mídia periférica não teríamos acesso aos dados da realidade nesses locais.

Em relação a locais populosos - conceito referente à população total de um determinado lugar, ou seja, ao número de habitantes - a Rocinha, o Complexo da Maré e o Complexo de Rio das Pedras, são os mais significativos. O estudo produzido pelo laboratório de dados e narrativas na favela da Maré, o *data_labe*, com base no Censo de 2010, mostrou que a Rocinha possui 69.161 habitantes, a Maré com 64.094 e Rio das Pedras com 63.484¹⁰.

Nessa mesma pesquisa, agora em relação a densidade demográfica, que corresponde à distribuição da população em uma determinada área, a favela da Rocinha apresenta uma densidade significativamente maior, comparada com o município inteiro do Rio: 48.258 habitantes por quilômetro quadrado, enquanto a cidade conta com apenas 5.161 habitantes por quilômetro quadrado. Segundo os dados, no mesmo espaço que vive uma pessoa, em média, no restante da cidade do Rio, na Rocinha moram quase 10.

Esse é um dos desafios quando se pensar na determinação do “ficar em casa”, durante a pandemia. Além disso, com a taxa de 41,1% de trabalhadores informais no país, o Brasil tem atualmente milhões de pessoas sem renda garantida mensalmente. A soma dos trabalhadores sem carteira, trabalhadores domésticos sem carteira; empregador sem CNPJ; trabalho por conta própria sem CNPJ e trabalhador familiar auxiliar, atingiu seu maior nível no Brasil desde 2016 em 20 estados. Os dados são da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua),

veiculada dia 14 de março pelo IBGE. Conforme divulgou a Agência IBGE notícias, a taxa média nacional de informalidade foi superada em 18 estados, em 11 desses 18 estados, a taxa de informalidade ultrapassou 50%. Apenas o Distrito Federal e Santa Catarina tiveram taxas de informalidade abaixo de 30%. Na cidade do Rio de Janeiro temos o total de 34% de pessoas sem registro formal de trabalho segundo o IBGE.

Em relação aos trabalhadores que vivem em favelas do município do Rio de Janeiro, 47% deles são autônomos e 8% são informais. Em pesquisa produzida pelo Data Favela^[3], foi apontado que uma semana dentro de casa é tempo o suficiente para 72% dos moradores de favelas no Brasil não conseguirem manter o (baixo) padrão de vida atual. Nessa população, formada por 13,6 milhões de pessoas, aproximadamente 9 entre 10 moradores teriam dificuldades para comprar itens básicos de sobrevivência, como alimentos, caso fiquem em casa sem produzir renda¹¹.

Diante do exposto é preciso pontuar novamente quem são os prejudicados em todas essas questões apontadas. A importância de se apresentar esse panorama, inclusive com números e estatísticas é a de combater o mito da homogeneidade da população. Além de algo extremamente simplório, enquanto visão, esse mito é uma violência em si contra as populações mais vulneradas, uma vez que essa analogia abrangente gera ainda mais uma posição de exclusão por não permitir o apontamento das desigualdades.

A pandemia e a realidade

Dentro da realidade da pandemia do Covid-19, esses marcadores sociais de desigualdade tornam-se ainda mais evidentes, o vírus não afeta todas as pessoas de

uma maneira igual. Esse grande índice de desigualdade socioeconômica faz com que o contágio ocorra de forma mais rápida e também letal na cidade do Rio de Janeiro. Até o mês de junho a cidade se apresenta com a segunda maior taxa de óbitos no mundo, 78 pessoas por 100 mil habitantes, ficando atrás até então somente de Nova York. Em relação aos bairros novamente, no Leblon, por exemplo, apenas 2,4% dos casos confirmados resultaram em mortes, já em Irajá, a taxa de mortalidade é de 16%¹². O Rio de Janeiro figura também como a maior taxa dentre os estados do Brasil.

Em Abril, o número de contágio da doença entre os negros teve um aumento de 5 vezes, quando comparado com o número de brancos contaminados, que também possuíam um número menor de mortes por hospitalização (1 em cada 4,4 hospitalizações) quando comparado ao de negros internados (1 morte em cada 3,1 hospitalizações)¹³. O ministério da saúde somente começou a produzir relatórios sobre o avanço do Covid-19 com o recorte de raça em meados de Abril (quando foi observado essa diferença numérica) e somente sob demanda de grupos de trabalho de saúde da população negra.

O racismo estrutural fica nítido frente os mapas e dados apresentados, diante da crise sanitária e agora diante de uma pandemia. A estrutura social é racista pois, conforme explica o pesquisador Silvio Almeida, em todos os espaços têm-se negros em condição subalterna, ora por violência estrutural, caracterizado por ausência de direitos, ora por violência cultural, na suposta incapacidade ou incivilidade, e ora por força institucional, demonstrada através do controle policial¹⁴.

Não por acaso a primeira mulher vítima fatal da Covid-19 que temos notícia no Rio de Janeiro, foi de Cleonice Gonçalves, 63 anos, morava no município de Miguel Pereira e viaja por 129 quilômetros para trabalhar como doméstica na Barra da Tijuca, bairro da Zona Oeste da cidade, onde contraiu o vírus de seu patrão, que acabara de

voltar de uma viagem de negócios da Itália e que mesmo sabendo de seu resultado positivo para corona vírus, não dispensou Cleonice do trabalho.

Os números e as histórias nos ajudam a corroborar a afirmação feita anteriormente sobre o racismo como base fundante e estruturante da sociedade. Do início da pandemia até dia 18 de maio, o percentual de pacientes pretos e pardos que vieram à óbito (54.78%) foi maior do que os brancos (37.93%). Os pacientes pretos e pardos apresentaram um número maior de óbitos em relação aos brancos, em todas as faixas etárias. O estudo feito pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), formado por cientistas da PUC-Rio, Fiocruz e Instituto D'Or, também mostra o recorte feito através da escolaridade:

“Observa-se que pretos e pardos apresentaram maior percentagem de óbitos em relação aos brancos, em todos os níveis de escolaridade. Desta forma, pretos e pardos sem escolaridade mostraram uma proporção 4 vezes maior de morte do que brancos com nível superior (80,35% contra 19,65%). Além disso, pretos e pardos apresentaram proporção de óbitos, em média, 37% maior do que brancos na mesma faixa de escolaridade, com a maior diferença sendo no nível superior (50%). (Batista *et al.*, 2020)¹⁵

Com essa análise, podemos afirmar o racismo em nossa sociedade, pois até mesmo entre os mais escolarizados, que figuram também entre os que possuem maior renda e, com isso, maior classe social, os pretos e pardos são as maiores vítimas do vírus.

A necropolítica como política de Estado

Colocar as desigualdades no centro da análise ética quando passamos a situações de assistência à saúde e decisões de saúde pública, implica em considerar as relações muito assimétricas da sua população¹⁶. Relações aqui pautadas por raça e classe, entre as populações de um município, o que significa uma obrigação moral

de proteger a população mais vulnerada. Ou seja, é dever do Estado reconhecer as situações de desigualdades de acesso e desenvolver políticas públicas para a sua resolução, bem como promover ações afirmativas a fim de superar ou mitigar a discriminação racial.

Como medida paliativa, após a pressão popular e por parte da oposição política, no dia 1º de abril foi sancionado o Projeto de Lei 9236/17¹⁷ que cria uma renda básica emergencial de 600 reais para trabalhadores informais, autônomos e sem renda fixa, além de mães solteiras com filhos no valor de 1.200 reais, pelo período de três meses, podendo haver prorrogação. Essa medida, proposta por deputados da bancada de oposição no congresso, veio como um respiro para essas pessoas. As inscrições começaram na terça-feira, dia 07 de abril, pelo site ou aplicativo criado como meio para dispor do auxílio.

Porém, para muitos, esse valor ainda não é suficiente para manter a sua família, ocorrendo a necessidade de continuar saindo para trabalhar, rompendo o isolamento proposto para buscar a subsistência. Países como Espanha, Dinamarca e Holanda, por exemplo, oferecem pagamentos de 75-90% dos salários de funcionários de empresas para evitar demissões em massa¹⁸. Além do valor do auxílio emergencial em si ser baixo, especialmente considerando-se uma família composta por 4 membros, existem as dificuldades logísticas de se inscrever e receber o auxílio. De fato, há inúmeras reclamações sobre a acessibilidade do site, demora na resposta da análise e do depósito do dinheiro para o beneficiário. Todo esse tempo perdido é vital para garantir as necessidades da população e também evitar o aumento da curva de contágio da doença.

Novamente coloca-se em xeque a população vulnerada que fica entre o medo de se contaminar e potencialmente falecer, devido à sobrecarga do sistema de saúde,

sem maiores investimentos, e o medo de passar fome, entre outras necessidades, com a falta de renda.

A resposta do Estado às necessidades da população, além de insuficientes, coexistem com uma intensificação da vulnerabilidade, através de sua ofensiva policial. Houve um aumento de incursões policiais dentro de comunidades do Rio de Janeiro, sob pretexto de combate ao tráfico de drogas. Em abril houve 57,9% mais mortes decorrentes de operação policial no Rio do que o mesmo mês do ano passado e durante a pandemia, de 15 de março a 19 de maio, a polícia matou 69 pessoas em operações monitoradas, segundo estudo organizado pela Rede de Observatórios da Segurança¹⁹.

No dia 18 de maio uma incursão da polícia no Complexo do Salgueiro em São Gonçalo matou dentro de casa o menino João Pedro de apenas 14 anos. Na mesma noite, no Complexo de Acari, Iago de 21 anos também foi assassinado durante uma operação para suposta apreensão de drogas. Em 2019, foram 1819 pessoas mortas em ações da polícia, e dessas, 1423 eram pretas ou pardas, o que configura 78% do total²⁰. Essa situação escancara o projeto de genocídio planejado e executado pelo Estado contra as vidas negras e pobres.

Essa forma de dinâmica de poder, fixado sobre o terror e valendo-se do extermínio e controle de populações específicas, é denominada como necropolítica pelo filósofo camaronês Achille Mbembe²¹. Essa estrutura possui características visíveis como a dinâmica de fragmentação territorial, ainda mais perceptível em uma malha urbana que possui favelas.

Em meio ao contexto específico da cidade do Rio de Janeiro, as favelas são territórios divididos que podem ser entendidas como territórios de exceção, onde a ação do estado pautada na morte sistemática de grupos sociais ocorre em nome de

uma suposta proteção da população. Essa visão de extermínio e estímulo à guerra é incitada por membros do governo, tal qual o atual governador do Rio de Janeiro em sua fala: “A polícia vai fazer o correto: vai mirar na cabecinha e... fogo! Para não ter erro”²².

Podemos ir mais a fundo e perceber que há para além de uma ação necropolítica estatal, há a ação efetiva de um necrobiopoder, que implica em uma categorização e hierarquização de valor das vidas, onde umas serão consideradas desejáveis de se manter vivas e outras, destituídas de sua própria humanidade, serão ativamente eliminadas. Essa visão, trazida pela filósofa brasileira Berenice Bento²³, ajuda a compreender que a própria noção de governabilidade e de poder existente no estado do Rio de Janeiro, somente se mantém através da aberta proposição de morte

O Estado parece contemplar duas faces quando se trata das suas ações voltadas à população favelada, a de poder soberano e a de poder regulamentador, conforme conceituou Foucault com relação ao biopoder, que se descreve como o poder político sobre os corpos²⁴.

Em primeira instância, baseado na falta de investimentos, estruturas e resguardo com as populações faveladas frente às medidas de combate ao Covid-19, o Estado adota um poder regulamentador, baseado no “fazer viver e deixar morrer”, excluindo essa parcela da população de uma vida provida de direitos básicos. O projeto de auxílio emergencial insatisfatório e deficitário, pode ser citado como parte dessa primeira instância.

Importante salientar, como observa Bento, que o verbo “deixar” pode dar margem a se entender como algo não ativamente pensado, o que está longe de ser a realidade. A falta de garantias de direitos básicos à população favelada é uma

tomada de decisão e um projeto de governabilidade, que encontra sua legitimidade de existir na contínua permanência da exploração e morte dessas vidas.

Em segunda instância, o Estado através de suas ferramentas de repressão e policiamento faz valer o tradicional poder de soberania, presente na figura do soberano que promove o “deixar viver e fazer morrer” ao realizar operações policiais irresponsáveis que colocam em risco a vida de todos que vivem nas comunidades e culmina na morte de cidadãos, na composição de uma atmosfera de medo e temor constante. As vidas matáveis, negando-se a deixar de existir diante da omissão ativa do estado, é ativamente morta pelas ferramentas de policiamento estatal.

Ativamente entrando nesses territórios demarcados para a eliminação sistemática da população negra e pobre, o estado escolhe e executa o controle sobre os corpos negros e pobres, pela constante ameaça da morte, seja pela doença, seja por fome, seja pela arma de fogo dos instrumentos de policiamento governamental. Dentro do contexto carioca, o uso do medo ocorre como ferramenta tanto de controle das vidas faveladas, como de justificativa para um estado de milícia constante, com ataques das forças policiais e abusos nas favelas²⁵.

Em momentos de emergência ou de grandes calamidades, como o caso da pandemia do Covid-19 tem se apresentado no mundo, fica ainda mais clara a divisão dos sujeitos com direitos básicos assegurados e os sujeitos ativamente desprovidos desses direitos, bem como a responsabilidade do estado no esgarçamento dessa divisão.

Conclusão

O cenário de pandemia do COVID-19 expõe as desigualdades sociais que persistem na cidade do Rio de Janeiro, bem como os demarcadores sociais, raça e classe, que fundamentam essas disparidades. A população favelada vulnerada historicamente, fica ainda mais a mercê das problemáticas sócio estruturais diante de uma crise sanitária, escancarando a necropolítica do Estado brasileiro que continua operando independentemente do cenário apresentado.

Outro ponto explícito, são as determinações de saúde sugeridas pelo governo, seguindo em alguns casos as recomendações da OMS, que não levam em consideração as particularidades e dificuldades de sua população, falhando em apresentar políticas de abrangência social.

Por fim, o sofrimento não é homogêneo. A ausência de direitos básicos para uma parcela da população, direitos estes que são responsabilidade do Estado provê-los, coloca a mesma em condição de desigualdade, gerando angústias diferenciadas e aumentando ainda mais o abismo de classe e a discriminação de raça.

Referências

¹Schramm FR. A Bioética da Proteção em Saúde Pública. In: Fortes P, Zoboli E, organizadores. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Ed. Loyola; 2003.

²Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego cai em 16 estados em 2019, mas 20 têm informalidade recorde [Acesso em 08 de jun de 2020]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26913-desemprego-cai-em-16-estados-em-2019-mas-20-tem-informalidade-recorde>.

³Diaferia M, Navarro R. Qual cidade brasileira tem mais favelas? [Acesso em 18 de jun de 2020]. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/qual-cidade-brasileira-tem-mais-favelas/>

⁴Batista A; Antunes B; Faveret G; Peres I; Marchesi J; Cunha JP; Dantas L; Bastos L; Carrilho L; Aguilar S; Baião F; Maçaira P; Hamacher S; Bozza F. Análise

socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. [Acesso em: 20 de jul. 2020]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkklvkydO/view>.

⁵Diniz B. #COVID19NasFavelas: Prefeitura do Rio precisa levar água pra favela [Acesso em 08 jun 2020]. Disponível em: <https://www.vozdascomunidades.com.br/comunidades/covid19nasfavelas-prefeitura-do-rio-precisa-levar-agua-para-favela/>

⁶Gomes PH. Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada, diz Bolsonaro em alusão a infecção pelo coronavírus [Acesso em 08 de jun de 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/26/brasileiro-pula-em-esgoto-e-nao-acontece-nada-diz-bolsonaro-em-alusao-a-infeccao-pelo-coronavirus.ghtml>.

⁷Casa Fluminense. Região Metropolitana do RJ teve 2.208 internações em 2018 por falta de saneamento, diz estudo [Acesso em 11 de jun de 2020]. Disponível em: <https://casafluminense.org.br/regiao-metropolitana-do-rj-teve-2-208-internacoes-em-2018-por-falta-de-saneamento/>

⁸Instituto Trata Brasil. Ranking do Saneamento 2020 (SNIS 2018). São Paulo: Brasil; 2020.

⁹Begon M, Townsend CR, Harper JL. Ecology: From Individuals to Ecosystems. 4th ed. Nova Jersey: Wiley-Blackwell; 2005.

¹⁰Souza B. Grande quantidade de pessoas em casas de poucos cômodos aumenta riscos dos moradores de comunidades na maior epidemia mundial dos últimos 100 anos [Acesso em 07 de jun de 2020]. Disponível em: <https://datalabe.org/junto-e-misturado-isolamento-e-quarentena-sao-possiveis-nas-favelas/>

¹¹Mena F; Sant'Anna E. Em quarentena, 72% dos moradores de favelas têm padrão de vida rebaixado [Acesso em 07 de jun de 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/em-quarentena-72-dos-moradores-de-favelas-tem-padrao-de-vida-rebaixado.shtml>

¹²Slattery G; Einsenhammer S; Perobelli A. Importado pelos ricos, coronavírus agora castiga os pobres no Brasil [Acesso em 18 de jun de 2020]. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/05/01/importado-pelos-ricos-coronavirus-agora-castiga-os-pobres-no-brasil.htm>.

¹³Muniz B, Fonseca B, Pina R. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil [Acesso em 28 de jun de 2020]. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/?amp>.

¹⁴Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.

¹⁵Batista A, Antunes B, Faveret G, Peres I, Marcheis J, *et al.* Análise socioeconômica da taxa. Nota Técnica 11 – 27/05/2020, Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), 2020.

¹⁶Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1531-1538, 2017.

¹⁷Brasil. Lei nº. 13.982, de 2 de abril de 2020. Diário Oficial da União 2 abril 2020 [Acesso em 05 de jun de 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-13982-2-abril-2020-789931-publicacaooriginal-160250-pl.html>.

¹⁸Kaplan J. 14 countries that are paying their workers during quarantine — and how they compare to America's \$1,200 stimulus checks [Acesso em 11 jun 2020]. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/countries-offering-direct-payments-or-basic-income-in-corona-crisis-2020-4>.

¹⁹Rede de Observatórios da Segurança. Operações policiais no RJ durante a pandemia: frequentes e ainda mais letais. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <http://observatorioseguranca.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Operac%CC%A7o%CC%83es-policiais-no-RJ-durante-a-pandemia.pdf>

²⁰Rodrigues M; Coelho H. Pretos e pardos são 78% dos mortos em ações policiais no RJ em 2019: 'É o negro que sofre essa insegurança', diz mãe de Ágatha [Acesso em 05 jun 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/06/pretos-e-pardos-sao-78percent-dos-mortos-em-acoes-policiais-no-rj-em-2019-e-o-negro-que-sofre-essa-inseguranca-diz-mae-de-agatha.ghtml>

²¹Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018

²²Pennafort R. 'A polícia vai mirar na cabecinha e... fogo', afirma Wilson Witzel [Acesso em 08 de jun de 2020]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2018/11/01/a-policia-vai-mirar-na-cabecinha-e-fogo-afirma-wilson-witzel.htm>.

²³Bento B. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cad. Pagu*, 53, e185305, 2018 .

²⁴Foucault M. *Microfísica do Poder*. 11ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.

²⁵Batista VM. As tragédias dos bairros onde moram. *Transversos: Revista de História*, 12:154-167, 2018.

Maternagem e Covid-19: desigualdade de gênero sendo reafirmada na pandemia

Mothering and Covid-19: gender inequality being reaffirmed in the pandemic

Fernanda Fochi Nogueira Insfran¹

Ana Guimarães Correa Ramos Muniz²

Resumo: Este artigo objetiva refletir sobre desigualdade de gênero e divisão sexual do trabalho reafirmadas na maior crise sanitária vivida nos últimos cem anos: a pandemia por Covid-19. A partir da breve apresentação de iniciativas espontâneas de criação de rede de apoio – grupos de acolhimento nas redes sociais, rodas de mães, experiência de escuta psicológica – entendemos que somete o caminho coletivo, onde a sororidade se faz presente como forma de cuidado e resistência, pode levar à superação das desigualdades, intensificadas neste contexto pandêmico.

Palavras-chave: Maternagem; desigualdade de gênero; pandemia

Abstract

This article aims to reflect on gender inequality and sexual division of labor reaffirmed in the biggest health crisis experienced in the last hundred years: the pandemic by Covid-19. From a brief presentation of spontaneous initiatives in the creation of a support network - welcoming groups in social media, mother's circles, psychological listening experience - we come to understand that a collective construction, where sorority is present as a form of care and resistance, can lead to the overcoming of inequalities, intensified in this pandemic context.

Keywords: Mothering; gender inequality; Covid-19 pandemic

¹ Universidade Federal Fluminense, campus Santo Antônio de Pádua

² Instituto Federal Fluminense, campus Bom Jesus do Itabapoana



Introdução

Temos visto e vivido nos últimos tempos um recrudescimento da violência contra minorias, em grande medida fruto do avanço do conservadorismo fortemente sedimentado no tecido social brasileiro, especialmente a partir das Jornadas de Junho de 2013¹ e do golpe político-midiático-jurídico de 2016². Falando especificamente de mulheres (cis e transgênero), alguns especialistas acreditam que esse recrudescimento seja uma resposta ao crescimento das lutas feministas³ e que somente um olhar interseccional sobre os marcadores de desigualdade/ opressão/ exclusão - bem como uma educação crítica que nos livre de vez do analfabetismo político⁴ - poderá frear o agudizado desmonte de políticas sociais e direitos para minorias.

Enquanto este artigo é escrito por nós, mulheres-mães, vivemos a maior crise sanitária em 100 anos, a pandemia da Covid-19, que nos impõe um duro afastamento social e nos faz prescindir das nossas redes de apoio - escolas, creches, babás, avós, cuidadoras -, fundamentais à realização/ manutenção das nossas atividades de trabalho produtivo. Assim, nossa grande motivação e inspiração para escrever sobre maternagem na quarentena é a nossa própria condição de precariedade - ressaltando nossa consciência dos privilégios de classe e território que dispomos - e toda a vulnerabilidade que esse difícil momento tem imposto às mulheres-mães de diferentes raças, origens, classes, sexualidades⁵.

Desta forma, este artigo objetiva refletir sobre desigualdade de gênero e divisão sexual do trabalho a partir da perspectiva de autoras feministas, e propor caminhos coletivos – redes de apoio/ acolhimento – como forma de superação às

dificuldades que mulheres-mães já vivem no seu cotidiano e que foram intensificadas neste contexto de pandemia.

Para isso, realizamos uma pesquisa documental em relatos jornalísticos que nos apresentou algumas iniciativas espontâneas e/ou institucionais de criação dessas redes de apoio (para mães puérperas, para mães solo, para mães em situação de vulnerabilidade, para mulheres em relacionamentos abusivos, entre outras). Também decidimos apresentar iniciativas das quais participamos e o impacto destas nas nossas vidas antes e durante a pandemia. Escolhemos para isso o uso da narrativa como opção metodológica por entendermos “a importância da rememoração como forma de reconstrução de histórias de vida, tanto numa perspectiva individual quanto social”⁶. Assim, apresentaremos breves memórias escritas por nós, mulheres mães, identificadas apenas como narradora 1 e narradora 2.

Antes do isolamento/ afastamento social/ físico imposto pela pandemia da Covid-19, existiam muitas iniciativas presenciais. Com a necessidade de isolamento, multiplicaram-se ações virtuais, como rodas de mães e grupos de apoio organizados por mulheres vinculadas ou não a instituições sociais e/ou acadêmicas. Também despontam iniciativas gratuitas de apoio psicológico sendo realizadas por psicólogas/os sensíveis ao momento difícil que todas/os nós estamos atravessando. Portanto, apresentaremos brevemente algumas ações onde a sororidade se faz presente como forma de cuidado e resistência.

A maternidade pelo olhar feminista nas diferentes ondas

Escolhemos discutir, refletir e pensar as maternidades a partir de leituras feministas por ser esta uma luta de mais de 200 anos (que remonta à Revolução Francesa, passou por diferentes ondas e tem como marco o manifesto pelos direitos

da mulher, escrito em 1792 por Mary Wollstonecraft⁷), mas que ainda não é legitimada/ conhecida entre muitas mulheres e muito oprimida pelo patriarcado.

Associado à modernidade e ao advento do capitalismo e do socialismo, o feminismo atravessa gerações e se mantém aberto, flexível, dinâmico e, talvez por suas características peculiares quanto às formas de organização, tenha conseguido a proeza de chegar bem aos seus longevos duzentos e tantos anos se considerarmos como marco a Revolução Francesa.⁸

Assim, nesses mais de dois séculos de lutas por igualdade de gênero, os movimentos feministas (que são muitos) vêm sendo construídos através de ondas - surgidas a partir de determinados marcos históricos e sociais que culminaram em mudanças/ avanços sociais, econômicos e políticos para as mulheres⁷ - e passaram por altos e baixos. A estruturação em ondas, bem como os nomes dados a esses períodos e quando eles ocorreram, não é consenso entre muitas autoras^{9,10,11,12,13}. Contudo, grande parte das feministas brasileiras e estrangeiras trabalham com a perspectiva de que o movimento, iniciado no século XIX, contou com três ondas feministas, que em diferentes momentos históricos reivindicaram direitos sociais, políticos, sexuais e reprodutivos para mulheres. A maioria dessas reivindicações atendia aos interesses marcados pelos privilégios de cor e classe das mulheres brancas de classe média e alta, conforme nos mostram bell hooks¹², Angela Davis¹³, dentre outras feministas negras. De acordo com essas autoras, a segregação entre os movimentos feministas de brancas e negras ocorreu em todas as ondas e persiste ainda hoje em todo o mundo.

Faz-se necessário, portanto, estudar os feminismos interseccionais para compreender a complexidade de demandas que mulheres (cis e transgênero) de diferentes territórios, raças/etnias, classes, sexualidades, gerações têm⁵. Esta luta, que teve como primeira grande bandeira a reivindicação do sufrágio feminino, é profundamente marcada por reveses e ataques (como o recente recrudescimento da

violência contra mulheres, fruto de um avanço do conservadorismo em muitos países do mundo ^{3,4)} que estão dificultando ainda mais a fundamental superação da desigualdade de gênero, que atrelada às desigualdades de raça/etnia e classe, são o único caminho para a construção de sociedades mais democráticas e igualitárias.

Tratando especificamente da maternidade e dos direitos reprodutivos, vemos que tais temáticas atravessam as teorias e discussões feministas de diversas formas em diferentes momentos da História.

Angela Davis¹³ nos mostra que ainda no século XIX, as feministas norte americanas reivindicaram pela primeira vez direitos reprodutivos. Foi um movimento que ficou conhecido como “maternidade voluntária” e reivindicava o direito ao controle de natalidade, ou seja, que as mulheres pudessem ter autonomia sobre seus corpos e o direito de se recusar a satisfazer os anseios sexuais dos maridos. Na época, tal manifestação foi escandalosa e audaciosa e somente quase um século depois, na década de 1970, as norte americanas conseguiram ampliar a discussão, denunciando as esterilizações abusivas (feitas principalmente em mulheres negras, porto riquenhas ou indígenas e pobres) e aprovando o aborto legal. Vemos, portanto, que a luta pela emancipação feminina - que sempre passa pela autonomia sobre seus corpos e conhecimento sobre seus direitos reprodutivos, entre os quais incluímos o aborto legal e políticas públicas de contracepção - vem de longe e em alguns países e culturas ainda não chegou.

A maternidade foi compreendida e valorizada de diferentes maneiras em cada onda feminista. A chamada primeira onda se estendeu até quase meados do século XX e foi definida por algumas autoras como feminismo igualitarista porque defendia majoritariamente os direitos civis e ainda não era questionava o papel que a

maternidade exercia sobre a vida das mulheres ⁹. Sobre isso, Vásquez ¹¹ aponta que Paulina Luisi, uma conhecida sufragista uruguaia do início do século XX, buscando adesão das mulheres do seu país ao movimento, chegou a declarar que o feminismo defendido por ela não queria que a mulher substituísse o homem, abandonasse as alegrias da maternidade, sua casa e seus filhos. Queria apenas que as mulheres tivessem uma personalidade que fizesse delas esposas reflexivas e mães conscientes. Talvez por isso algumas autoras caracterizem essa onda feminista como maternalismo ^{7,11}.

Vásquez¹¹ também afirma que o feminismo de Bertha Lutz (feminista sufragista brasileira do início do século XX) era considerado um “feminismo bem comportado”, por voltar-se aos anseios das mulheres de classe média e alta: os direitos políticos. Em contrapartida, o “feminismo mal comportado” estaria preocupado com questões das mulheres trabalhadoras de baixa renda, que sofriam com as extensas jornadas de trabalho e abusos/ assédios ¹¹. Essa segregação do movimento e descaso com os marcadores de classe e raça foram alvo de muitas críticas das feministas da segunda onda, que também criticavam a percepção ahistórica da maternidade e do papel desta na opressão sofrida pelas mulheres. Para muitas autoras feministas, como Carole Pateman¹⁴, a instituição família e o contrato de casamento seriam os responsáveis diretos pelas restrições à autonomia das mulheres.

Biroli⁷ e Scavone¹⁰ explicam que as feministas da segunda onda entendiam que a maternidade impunha às mulheres limitações que são próprias de um determinismo biológico que devemos refutar. Assim, inspiradas em obras como “O segundo sexo”, publicado em 1949 por Simone de Beauvoir e considerada obra que

inaugura a segunda onda⁹, muitas feministas passaram a considerar a maternidade como

um *handicap* (defeito natural) que confinaria as mulheres em uma bio-classe. Logo, a recusa da maternidade seria o primeiro caminho para subverter a dominação masculina e possibilitar que as mulheres buscassem uma identidade mais ampla, mais completa e, também, pudessem reconhecer todas suas outras potencialidades.¹⁰

Este movimento, também conhecido como feminismo centrado na mulher, valorizava a livre escolha da maternidade e eclodiu na Europa nos anos 1970, onde na França, por exemplo, teve como máxima a expressão “*un enfant, si je veux, quand je veux*” [“uma criança se eu quiser, quando eu quiser”]¹⁰ Nos Estados Unidos, o movimento também teve forte influência na legalização do aborto e disseminação de métodos contraceptivos¹³.

Após esta fase, entendida por alguns como feminismo radical, o movimento passou a se perguntar se as mulheres gostariam ou aceitariam ser definidas sem a maternidade, mutiladas num aspecto que lhes conferia identidade. Assim, surge um novo momento no feminismo, onde “*a maternidade passa a ser considerada como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam*”¹⁰. Algumas autoras entendem que este movimento é parte da terceira onda e se inspira no feminismo da diferença^{9,10}.

Segundo Rohden¹⁵, o feminismo da diferença especialmente no Brasil, ganha uma outra perspectiva quando na década de 1990 teólogas católicas se aproximam de militantes feministas e se apropriam dessa concepção de diferença, de valorização da mulher e de suas especificidades. Surge aí uma perspectiva ecofeminista e do sagrado feminino, que passa a ver a mulher como salvadora ecológica - distante da destruição industrial e mais próxima da natureza¹⁵.

Finalizando este tópico, entendemos, a partir de Scavone¹⁰, que a reflexão feminista traz enorme contribuição para a compreensão da maternidade enquanto fenômeno social, ultrapassando o determinismo biológico que até meados do século XX dominava. A autora considera que a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais pelas feministas contemporâneas propiciou abordar a maternidade através de suas múltiplas facetas: tanto como símbolo de realização feminina e poder das mulheres, como de opressão destas e dominação de um sexo pelo outro¹⁰. Portanto, é incontestável a contribuição do feminismo para a desnaturalização da maternidade.

Trabalho produtivo X reprodutivo: divisão sexual do trabalho e o peso acirrado das desigualdades na pandemia

Estudiosos brasileiros das desigualdades de gênero^{3,5,7,8} nos apresentam dados históricos que justificam a necessidade de nos empenharmos em discutir, desvelar e desconstruir aspectos culturais, sociais, institucionais que geram e legitimam toda a opressão vivida pelas mulheres. Apesar das lutas seculares por direito a voto, acesso à educação, igualdade de direitos e deveres no matrimônio/ no divórcio e no cuidado com os filhos, direitos reprodutivos (que inclui a legalização do aborto), ainda temos pífia participação nas decisões políticas e somos econômica e socialmente menos privilegiadas do que os homens, em média.

Algumas autoras^{5,16} entendem que a primeira opressão de classe do mundo se deu com a divisão do trabalho entre homem e mulher na monogamia. Essa divisão sexual do trabalho é a principal responsável pela desigualdade de gênero a qual somos submetidas. As obrigações no âmbito doméstico, também chamado de trabalho reprodutivo⁵ e vistas pela sociedade como majoritariamente de responsabilidade das mulheres, impõem renúncias às outras esferas da vida. O

trabalho não remunerado (não produtivo, apenas reprodutivo) realizado no lar além de ser desvalorizado ou subvalorizado, limita ou impossibilita a mulher de se dedicar a um trabalho bem remunerado e amplia a possibilidade do marido/ companheiro dedicar mais tempo ao trabalho e/ou ao lazer^{17, 18}.

Biroli ^{5,7} explica que a sobrecarga de trabalho das mulheres é fruto de uma percepção convencional (e por que não dizer biologizante?) da divisão de papéis sociais femininos e masculinos, cabendo às mulheres o cuidado com filhos pequenos e com afazeres do lar. Culturalmente, homens e mulheres foram educados para aceitar e reproduzir a opressão sexista. Segundo hooks¹⁹, mesmo em lares sem membros masculinos, *“as crianças aprendem a valorizar as regras autoritárias através de suas relações com as mães e outros adultos, bem como da rigorosa aderência aos padrões comportamentais definidos de modo sexista”*¹⁹.

Ressaltamos a importância de refletirmos sobre a situação de opressão das mulheres brasileiras a partir dos importantes marcadores interseccionais de raça/etnia e classe. Trazemos aqui as reflexões de duas mulheres mães, parlamentares e militantes dos direitos das mulheres: Marielle Franco²⁰ e Manuela D’Ávila²¹. Ambas fizeram considerações importantes sobre os golpes que temos sofrido no Brasil nos últimos anos e os impactos deles na vida das mulheres, principalmente das mulheres negras e pobres.

Pouco antes de ser assassinada em março de 2018, Marielle escreveu um artigo onde fez algumas reflexões sobre o golpe político midiático que tirou do poder a primeira mulher presidenta do Brasil, Dilma Rousseff e denunciou:

Não por acaso, seu impeachment revelou logo a sua faceta patriarcal, com ameaças cotidianas às conquistas históricas dos movimentos de mulheres e feministas. (...) Com a falácia da narrativa de ‘crise econômica’, busca-se

derrubar os direitos conquistados e uma vez feito, nós, mulheres negras, estaremos ainda mais vulneráveis à violência e ao racismo cotidiano.²⁰

As “contrarreformas” iniciadas ainda nos governos petistas, intensificadas nos governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (desde 2019) impactaram principalmente as mulheres trabalhadoras que terão aumento do tempo de contribuição previdenciária (com a reforma da previdência aprovada em 2019) e terão que trabalhar, portanto, mais tempo em dupla/ tripla jornada. As mulheres, principalmente negras e pobres, já sofrem o impacto da redução de direitos e assistência com a precarização das condições de trabalho a partir da reforma trabalhista e das flexibilizações/ terceirizações do mercado de trabalho. Além disso, os cortes em áreas fundamentais como saúde, educação e assistência social impactam diretamente as mulheres que terão menos acesso a creches, às políticas compensatórias (como o Bolsa Família) e a oportunidades de estudos e qualificação ^{20,21}.

Daí a importância de entendermos a crise brasileira (que já era política/ econômica e agora é também sanitária) conforme propõe Manuela D’Ávila, pela perspectiva de gênero: fica evidente por tudo o que foi apresentado acima que “a *diminuição do Estado numa sociedade machista é uma punição a mais para nós, mulheres*”²¹. Fica claro, portanto, que numa sociedade marcadamente sexista e conservadora como a nossa, o trabalho reprodutivo, majoritariamente realizado por mulheres, é desvalorizado e invisibilizado.

E como lidar com tudo isso em tempos de pandemia, onde o cuidado doméstico e o âmbito privado ganharam novo status?

A dura realidade que se impõe a todos/as com o isolamento social/ físico - única medida segura de controle da pandemia encontrada até agora - além de gerar

uma grave crise econômica no mundo todo, tem causado sobrecarga na saúde mental de grande parte da população mundial, sobretudo nas mulheres^{22,23}.

Sobre os aspectos econômicos, as mais fragilizadas são as mulheres mães de grupos mais vulnerabilizados (negras, pobres, mães solo e/ou em condições precárias de trabalho e existência), que estão desde o início da pandemia recebendo apoio de grupos de ativistas que recolhem doações de mantimentos e dinheiro para ajudá-las a sobreviver com suas famílias neste momento em que muitas perderam suas fontes de renda. Dezenas de iniciativas podem ser encontradas. O projeto “Segura as curvas das mães”, por exemplo, realizado pelo Instituto Casa Mãe e Coletivo Massa buscou assegurar alguma renda para auxiliar mães solo²⁴. A Central Única das Favelas idealizou a campanha “Mães da Favela” que objetiva criar um fundo solidário para ajudar mães em comunidades de todo o país²⁵.

Segundo dados do IBGE de 2018, 11 milhões de famílias com crianças até 14 anos são chefiadas por mulheres²⁶. A pesquisa do Data Favela e do Instituto Locomotiva mostra que 5,2 milhões de mães vivem em favelas brasileiras²⁵. Muitas dessas mulheres dependem exclusivamente da ajuda de projetos como o “Segura as curvas das mães”²⁴ ou o “Mães da Favela”²⁵, pois apesar de terem direito ao auxílio emergencial pago pelo Governo Federal muitas denunciam não terem recebido^{27,28}.

Assim, como explicaram Marielle Franco²⁰ e Manuela D’Ávila²¹, a ausência (ou diminuição) de políticas públicas sempre foi um obstáculo a mais na vida de milhões de mulheres²¹. É nesse vácuo que entram as ações solidárias de apoio econômico e emocional que já existiam antes da pandemia (como a Rede Maternativa²⁵) e que se tornaram imprescindíveis neste momento.

Grupos de apoio às mulheres mães: sororidade e resistência frente à desigualdade de gênero

Neste tópico buscaremos apresentar brevemente algumas iniciativas de apoio e acolhimento emocional às mulheres mães em sofrimento. Conforme vimos nos tópicos anteriores, machismo, sexismo, conservadorismo e capitalismo tendem a sacrificar mais as mulheres do que os homens, devido a imposição de papéis sociais que atribuem longas e exaustivas jornadas de trabalho reprodutivo às mulheres concomitantemente ao trabalho produtivo (pior remunerado que o dos homens) realizado.

Em tempo de pandemia, essas atividades são ainda mais exaustivas ^{22,23,29}, visto que muitas mulheres mães deixaram de contar com preciosas redes de apoio (formada majoritariamente por outras mulheres), escolas e/ou creches. Atentas a isso e vivendo essa nova realidade de afastamento/ isolamento social/ físico, apresentamos aqui algumas iniciativas espontâneas e/ou institucionais de acolhimento das quais participamos como mulheres mães, psicólogas e pesquisadoras.

Como iniciativas espontâneas, encontramos dezenas de grupos de mães existentes em redes sociais como Facebook e Whatsapp, que já existiam antes da pandemia: grupo de mães puérperas; grupo de amamentação; grupo de introdução alimentar de bebês; grupo de mães esquerdistas; grupo sobre maternidade e trabalho - somente para citar alguns temas que já são discutidos por milhares de mulheres mães desde o advento das redes sociais.

Outras iniciativas, organizadas por profissionais liberais, acadêmicas e militantes de movimentos feministas, buscaram criar grupos de estudos - a Roda de Mulheres Marielle Vive! ³⁰, criada um dia antes do assassinato da vereadora Marielle

Franco em março de 2018 é um exemplo – e rodas de mães com o objetivo de servir de espaço de empoderamento, trocas e apoio mútuo. Muitos grupos de estudos e rodas de mães eram realizados presencialmente até março de 2020 e passaram a acontecer virtualmente após o afastamento social.

Falando especificamente de uma roda de mães da qual participamos, percebemos que quando acontece presencialmente a frequência de encontros era menor (a cada seis semanas) e o grupo de Whatsapp tinha mera função organizativa. Após a pandemia, a demanda por encontros aumentou (estes têm ocorrido a cada 10 ou 15 dias) e o grupo de Whatsapp têm servido para trocas importantes, onde as participantes se sentem confortáveis para expor seus medos, angústias, inseguranças, dúvidas, sentimentos positivos e negativos relacionados ao turbilhão que nos acomete com a chegada da pandemia da Covid-19.

Outra iniciativa muito importante de profissionais de saúde mental - principalmente psicólogos/as³¹ - foi o oferecimento de serviços de escuta para acolher pessoas com as mais diversas queixas: crises de ansiedade e de pânico; dificuldades para dormir; problemas de relacionamento/ relação abusiva; ideação suicida; etc. Um desses serviços, oferecido gratuitamente por psicólogos/as e psicanalistas através do site da rede Relações Simplificadas³², recebe majoritariamente mulheres (69% segundo dados dos organizadores desta rede). As iniciativas se multiplicam pelo país e tem se mostrado fundamentais enquanto apoio psicológico que muitos usuários desses serviços jamais tiveram acesso por pertencerem às camadas mais pobres da população para as quais as políticas públicas de saúde mental - bastante sucateadas - nunca chegaram.

Apresentamos abaixo nossas memórias (cognitiva e afetiva) das experiências vivenciadas antes e durante a pandemia nos grupos de apoio dos quais fizemos/fazemos parte. Escolhemos essa metodologia por acreditarmos na força da tradição oral vinculada à escrita⁶ e por esta possibilitar transmitir a(o) leitor(a) nossa percepção como pesquisadoras participantes de que as desigualdades de gênero se fazem presentes em muitas das experiências compartilhadas pelas mulheres mães com as quais dividimos nossas histórias de vida.

Narradora 1:

Eu jamais imaginara que precisaria de uma rede de apoio até precisar de uma. Na realidade, “rede de apoio” ainda me soava estranho até ser apresentada a um grupo de puérperas. Eu havia tido meu bebê fazia alguns dias e não entendia (ou aceitava) a gama de sentimentos (negativos, em grande parte) que tomavam conta de mim.

Em busca de auxílio de “uma mãe mais experiente”, conversei com Fernanda. Ela, prontamente, exaltou a importância de grupos de apoio, especialmente a mães, e me narrou a própria experiência de ter feito parte de um grupo quando ainda amamentava. Em algumas horas, fui apresentada, ainda que virtualmente, à administradora de um grupo de WhatsApp e, quase que automaticamente, era a mais nova participante de um grupo de mais de vinte mulheres que haviam passado ou ainda passavam pelo mesmo momento que eu.

Naquele grupo, eu chorei com cada palavra digitada. Palavras, escritas em caixa alta, gritavam meu desespero de não saber o que fazer. Ali, muitas mulheres-mães me consolaram. Outras pediam para que eu as ouvisse em particular e contavam detalhes de um desespero afim. Aquele grupo me tranquilizava e atenuava

em mim algo que parece nascer com a maternidade: a culpa. Através daquele encontro, real ainda que virtual, eu me vi, poucos meses depois, fazendo o mesmo que fizeram comigo: acolhendo mães recém-paridas, recém-chegadas e em desespero como eu havia sido encontrada.

É verdade que a maternidade se apresenta de maneiras diversas. Contudo, uma forma nos é análoga: mães carecem de suporte. Precisam por serem mulheres em uma sociedade ainda machista, porque suas jornadas de trabalho são quase infundáveis. Necessitam de apoio porque são pessoas com necessidades muitas vezes não contempladas em um mundo que vive a normose de mães serem quase sobrehumanas. Não somos.

Narradora 2:

Apresento aqui brevemente as minhas percepções sobre as experiências compartilhadas (por mim e outras mulheres) nos grupos de Whatsapp de mães dos quais participo; das rodas de mães que facilitei como psicóloga, pesquisadora e mãe; dos grupos de estudos feministas; e da experiência de escuta psicológica de mulheres em relações abusivas.

A busca pelos grupos de apoio no Facebook se deu quando meu filho tinha menos de um mês de vida, hoje ele tem 3 anos, e eu sentia uma profunda solidão e muita insegurança em como proceder nos cuidados com ele e na amamentação, que não me parecia estar evoluindo bem. Depois de um desabafo público no Facebook, duas amigas me enviaram mensagens privadas me indicando um grupo de amamentação, chamado Matrice, onde muitas mulheres trocavam experiências sobre

amamentação em livre demanda (que era a forma que eu tinha escolhido, mas que estava sendo criticada pelo pediatra do meu filho e por familiares que acreditavam que o saber médico deveria ser mais valioso que as leituras que fiz). As postagens das outras mães me ajudaram muito a não me sentir mais tão sozinha, pois muitas relataram estarem vivendo (ou terem vivido) algo muito semelhante, que passa necessariamente pelo sexismo entranhado na nossa cultura, pois as mães em puerpério, principalmente do primeiro/a filho/a, costumam se sentir muito desqualificadas e criticadas por mulheres mais velhas - sejam elas próximas ou desconhecidas.

A partir dessa experiência de maternagem e de muitas outras situações vividas (pessoal, social e politicamente) atravessadas pela cultura machista, organizei com amigas um grupo de estudos sobre feminismo - a Roda de Mulheres Marielle Vive! - e decidi pesquisar mais sobre o tema, que culminou em um projeto de pós doutorado sobre maternidades e feminismos interseccionais, já que todas as experiências vividas com a maternidade, apesar das dificuldades inerentes, reafirmavam para mim o tempo todo os privilégios que carrego.

Como atividade vinculada ao pós doutorado, organizei uma roda de mães que objetivou troca de experiências e construção de redes de apoio. Com ajuda das redes sociais e o apoio de uma amiga psicóloga, mobilizamos oito mães (conhecidas e desconhecidas, todas casadas, todas de classe média e moradoras da zona sul e zona oeste do Rio de Janeiro) a participarem mensalmente dessa atividade presencial, iniciada em fevereiro de 2020 e que foi interrompida pela pandemia. O que mais me chamou atenção nas falas das participantes dos dois únicos encontros realizados foi a sensação de solidão presente até quando rodeadas de familiares e

amigos/as. Solidão fruto da incapacidade de serem compreendidas por estes entes queridos nas suas inseguranças, culpas, frustrações... Falas que se complementavam, que ecoavam exaustão por se sentirem tão mais responsáveis pelas crianças que geraram do que seus companheiros... E eu sempre a me perguntar: por que raios sentimos tanta culpa?

E veio a pandemia... E o desespero tomou conta nas duas primeiras semanas, quando eu não tinha ideia de como lidar com o trabalho remoto e em paralelo atender às demandas de uma criança cheia de energia trancada dentro de um apartamento... E novamente meus privilégios (inclusive de ter um companheiro que acredita e exercita a igualdade de gênero) me consumiam e eu pensava: e as mães com dois ou mais filhos? E as mães solo? E as que têm trabalhos que não podem ser exercidos remotamente e agora ficaram sem renda? E as que vivem relações abusivas?

Decido colaborar numa roda de mães virtual, como uma das facilitadoras, ao mesmo tempo em que começo a fazer atendimentos de escuta psicológica. Os sentimentos percebidos nas minhas próprias experiências e nas compartilhadas por outras mulheres permanecem: solidão, exaustão, desespero, insegurança, frustração e culpa. Tanto na roda de mães quanto nas escutas psicológicas, percebo que as mulheres naturalizam a divisão sexual do trabalho, responsável a meu ver por todos os sentimentos negativos que cito acima... Naturalizam também o machismo, muitas vezes. Entre abril e junho de 2020, 95% das pessoas que atendi em um serviço de escuta psicológica voluntário eram mulheres, dentre as quais a maioria passando por crise de ansiedade e pânico, porém grande parte sem relação direta com a pandemia e o isolamento social. Muitas escutas que fiz estavam relacionadas com dificuldades nas relações afetivas, que pelo relato das mulheres, eram abusivas. Duas mulheres

que escutei estavam com crise de pânico porque decidiram se separar no meio da pandemia, para colocar um ponto final em relacionamentos abusivos. Nas rodas virtuais, chamam-me a atenção alguns relatos de mulheres mães que se sentiram humilhadas e desvalorizadas por seus companheiros; que naturalizaram traições; que se mostraram compreensivas até quando eram agredidas verbal e moralmente... Mas que também souberam romper com o ciclo vicioso do machismo, que humilha, violenta e mata todos os dias.

Experiências difíceis e muito marcadas pelos arraigados machismo e sexismo, que me fazem refletir: o que seria de nós sem a sororidade e a escuta empática?

Considerações finais

Apoiar: sustentar, amparar, firmar, auxiliar, ajudar. Todos esses verbos e outros tantos afins são capazes de confortar um indivíduo. Contudo, em se tratando de mulheres-mães, apoiar pode ser sinônimo de salvar, especialmente em um período tão desarranjado pelo qual temos vivido: uma pandemia que instaurou caos e medo desde o físico à alma.

A situação extrema que estamos vivendo tem gerado muitas reflexões nos campos da saúde, economia, política, direitos humanos. Mas não podemos perder de vista que, apesar de toda essa reflexão as opressões contra mulheres seguem potencializadas pelo avanço conservador na política e nos costumes. Assim, a luta feminista por igualdade de gênero não pode esmorecer.

O trabalho reprodutivo (de manutenção e cuidado) que sempre foi fundamental, nesse momento de crise sanitária é prioritário para a sobrevivência.

Porém, segue sendo desvalorizado. Assim, não podemos aceitar/ naturalizar a sobrecarga de tarefas, fruto da injusta divisão sexual do trabalho, acompanhada da histórica desvalorização dessas tarefas.

Mulheres-mães se encontraram e se apoiaram. E ainda se apoiam, mesmo que virtualmente devido à suspensão dos encontros presenciais devido à necessidade de afastamento físico/social. Este artigo apresentou a relevância de tais encontros e relata a experiência de narradoras, também mulheres-mães, que acolheram e foram acolhidas através de uma rede.

Importante ressaltar que apresentamos aqui as nossas percepções enquanto mulheres-mães-feministas que gozam dos privilégios de classe, raça, território, escolaridade e sexualidade. Muitas das mulheres que compartilharam suas experiências conosco não comungam dessa visão, algumas naturalizam o sexismo e a divisão sexual do trabalho, restando a elas a culpa por não estarem dando conta de todas as tarefas que se acumulam nesse isolamento social forçado.

Porém, enxergamos nas ações coletivas, fruto de iniciativas espontâneas e/ou institucionais, um horizonte para a superação da desigualdade de gênero. Nos grupos, sejam eles virtuais ou presenciais, milhares de mulheres têm podido refletir sobre suas vivências cotidianas e questionar os valores sexistas forjados por suas famílias e pela sociedade como únicos e insubstituíveis. Não desanimemos! A luta por igualdade de gênero é coletiva e se apoia nessas redes, que pouco a pouco vão desconstruindo as tramas do patriarcado.

Referências

1. Boulos G. A onda conservadora. In: Demier F, Hoeveler R, editores. *A Onda Conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad; 2016. 29 - 32.
2. Frigotto G. Escola “sem” partido: esfinge que ameaça a educação e a sociedade brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ; 2019.
3. Demier F. O barulho dos inocentes: a revolta dos “homens de bem”. In: Demier F, Hoeveler R, editores. *A Onda Conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad; 2016. 9-24.
4. Castro, M G O golpe de 2016 e a demonização de gênero. In Rubim, L. e Argolo, F. *O golpe na perspectiva de gênero*. Salvador: EdUFBA; 2018. 127-145.
5. Biroli, F. *Gênero e desigualdades – limites da democracia no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2018.
6. Sousa, MGS, Cabral, CLO. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. *Horizontes*. Campinas, v. 33, n. 2; jul./dez. 2015. p. 149-158.
7. Biroli, F. *Justiça e família*. In: Miguel, LF, BIROLI, F. *Feminismo e política*. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2014.
8. Gonçalves, E, Tropa, PV, Tosta, TLD, Vannuchi, ML, Souza, MF. *Feminismos, trabalho e ação coletiva: teorias, pesquisas e práticas sociais*. In Tropa, PV, Tosta, TLD, Gonçalves, E, Vannuchi, ML, Souza, MF, organizadores. *Mulheres trabalhadoras: (in)visíveis?* 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço; 2016. 19-38.
9. Costa, AA. *O Movimento feminista no Brasil: dinâmica de uma intervenção política*. In: Piscitelli, A et al. *Olhares feministas*. Brasília: imprensa oficial; 2009.
10. Scavone, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 16; 2001. 137-150.
11. Vasquez, MLO. *Feminismo, eugenia e maternalismo nos discursos de duas feministas sufragistas uruguaia e brasileira*. *Fronteiras*. Dourados, v.14, n.25; 2012. 55-68.
12. hooks, b. *Ensinando a transgredir: a educação como prática de liberdade*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2013.

13. Davis, A Y. Mulheres, raça e classe. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2016.
14. Pateman, C. The sexual contract. Stanford, Stanford University Press; 1988.
15. Rohden, F. Feminismo do sagrado: uma reencenação romântica da diferença. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, ano 4, n.1; 1996. 96-117.
16. D’Altri, A. Feminismo e marxismo: 40 anos de controvérsias. *Lutas sociais*. n.27. São Paulo, 2o sem 2011.
17. Fernandes, MP. Mulheres que furam a onda: vozes dissonantes em um Brasil machista. In: Demier F, Hoeveler R, editores. *A Onda Conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad; 2016.
18. Sorj, B. Igualdade de gênero e políticas macroeconômicas. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 24, n. 2; ago. 2016. 617-620.
19. hooks, b. *Teoria Feminista: Da margem ao centro*. 1.ed. São Paulo: Perspectiva; 2019.
20. D’Ávila, M. *Revolução Laura: reflexões sobre maternidade e resistência*. Caxias do Sul: Rio Grande do Sul, Belas Letras; 2019.
21. Franco, M. Mulher, negra, favelada e parlamentar: resistir é pleonasmo. In: Rubim, L., ARGOLO, F, organizadores. *O golpe na perspectiva de gênero*. Salvador: EdUFBA; 2018.
22. Freitas, RCS, Almeida, CCL, Lole, A. As mulheres e a pandemia da COVID-19 na encruzilhada do cuidado. In: Lole, A, Stampa, I, Gomes, RLR, organizadores. *Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia*. E-book. Mórula Editorial; 2020.
23. Folha de São Paulo. Sobrecarga psicológica afeta mais as mulheres na pandemia, dizem estudos. 14 abr 2020. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/sobrecarga-psicologica-afeta-mais-as-mulheres-na-pandemia-dizem-estudos.shtml>
24. Entrevista Radis. Entrevista: projeto apoia mães solo durante a pandemia da Covid-19. In: Informe ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Publicada em 21 mai 2020. [acesso em 12 jun 2020]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48990>
25. Silva, VR. Redes geram apoio para mães durante a pandemia. *Gênero e número*. 10 de mai 2020. [acesso em 13 jun 2020] Disponível em:

<http://www.generonumero.media/redes-geram-apoio-para-maes-durante-pandemia/>

26. IBGE. PNAD (Pesquisa Nacional por amostragem domiciliar) Contínua; 2018.
27. Carvalho, PL. O auxílio emergencial não chega às mães Jornal GGN. 11 mai 2020 [acesso em 13 jun 2020] Disponível em: <https://jornalggn.com.br/artigos/o-auxilio-emergencial-nao-chega-as-maes-por-paola-loureiro-carvalho/>
28. Dall’Agnol, L. Mães que recebem bolsa família ficam sem auxílio emergencial. Agora São Paulo. Folha de São Paulo. 5 mai 2020. [acesso em 13 jun 2020]. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/grana/2020/05/maes-que-recebem-bolsa-familia-ficam-sem-auxilio-emergencial.shtml>
29. Pinheiro, L. Mães cientistas podem ter impacto negativo na carreira com pandemia, alerta grupo brasileiro. Bem Estar. G1. 15 mai 2020. [acesso em 12 jun 2020] Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/15/maes-cientistas-podem-ter-impacto-negativo-na-carreira-com-pandemia-alerta-grupo-brasileiro.ghtml>
30. Lustosa, MC et al. Ninguém solta a mão de ninguém: montanhismo, sexismo e sororidade. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional do CIEG (Centro Interdisciplinar de Estudos de Gênero) do ISCSP. Lisboa; 2019.
31. IG Saúde. Isolamento pesou? Veja grupos de psicólogos que atendem on line e gratuitamente. 17 abr 2020. [acesso em 13 jun 2020] Disponível em: <https://saude.ig.com.br/2020-04-17/isolamento-pesou-veja-grupos-de-psicologos-que-atendem-on-line-e-gratuitamente.html>
32. Relações Simplificadas. Experiência de escuta. 2020. [acesso em 13 jun 2020]. Disponível em: <https://www.relacoessimplificadas.com.br/escuta>

A arte e o estudante de medicina: experiências antes e durante o isolamento social

Art and the medical student: experiences before and during social isolation

Rachel Gomes Boechat de Oliveira^a

Brendha Leandro dos Santos^b

Gabriela Granieri de Oliveira Aidar^c

Victoria Luiza Pacini^d

Marília Nabuco Leva Ferreira de Freitas^e

RESUMO: Este artigo visa apresentar a experiência de docentes e discentes do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no seu contato com a arte antes e durante o isolamento social determinado pela pandemia do COVID-19, através do projeto Arte na Veia - UFRJ. Evidenciamos as diferenças na participação dos alunos nesses dois momentos contrastantes, assim como as plataformas usadas para adaptar reuniões digitais e os desdobramentos da iniciativa, tais quais a página na plataforma *Instagram*, o Clube do Livro e o Cinedebate. Abordou-se a prática da medicina narrativa e da arte enquanto ação terapêutica, especialmente relacionada à saúde mental - de alunos da graduação médica e seus pacientes. Buscamos revelar a importância do conhecimento artístico aliado a educação médica como estratégia de desenvolvimento das humanidades.

PALAVRAS-CHAVES: Medicina narrativa; quarentena; educação médica; COVID-19 ; medicina na arte

ABSTRACT: The aim of this paper is to showcase the experience and relationship with the arts of both students and teachers from the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) Medical School during and after the COVID-19 pandemic by means of the "Arte na Veia - UFRJ" project. We also aim to demonstrate the difference in participation of students during the aforementioned moments as well as the alternative platforms used to carry out digital meetings in order to evaluate the progress of the project, such as our *Instagram* page, our Book Club and Movie Debate. We covered the practice of narrative medicine and art therapy specifically regarding the mental health of medical students and their patients with the objective of evidentiating the importance of using artistic knowledge in tandem with medical education as a strategy for the advancement of medical humanities.

KEYWORDS: Narrative medicine; quarantine; education, medical; coronavirus infections; medicine in the arts

a,b,c,d,e Estudantes de Medicina – Universidade Federal do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O Arte na Veia - UFRJ é um grupo multicêntrico formado por professores de faculdades de medicina na cidade do Rio de Janeiro - RJ: Universidade Estácio de Sá (UNESA), Fundação Técnico-educacional Souza Marques, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro. Entre os princípios do grupo, estão o fomento da arte em estudantes de medicina, o incentivo à interpretação poética de cada caso clínico, com a medicina narrativa, e a promoção de atividades externas ao ambiente acadêmico, proporcionando o alcance do público geral. Há professores-orientadores em mais de uma instituição, o que permite a comunicação entre elas. Nas duas primeiras universidades, os grupos existem há mais tempo e são conhecidos como projetos de humanidades, medicina e arte. Em anos anteriores, foram publicados por elas livros na temática de medicina narrativa (Mallet e Andrade, 2017)¹e experiências de alunos de medicina no Programa Ciência sem Fronteiras (Nogueira e Mallet, 2017)².

Na UFRJ, iniciamos as atividades em 2019 com reuniões mensais ou bimestrais de acordo com a disponibilidade das alunas. A partir de abril de 2020, durante o período de suspensão das aulas, devido à pandemia de COVID-19, nos vinculamos ao Projeto de Extensão “Minha vida dá um livro? Narrativas e escuta sensível.” Assim, as alunas do grupo foram registradas no Sistema Integrado de Gestão Acadêmica (SIGA) da UFRJ.

Neste texto, abordaremos o processo de implantação de um grupo artístico-cultural na Faculdade de Medicina da UFRJ comparando-o com sua adaptação e reestruturação para o funcionamento em período de isolamento social. Neste âmbito, descreveremos o contraste de engajamento do alunado nos momentos antes e

durante a quarentena, que, apesar do interesse evidente, a adesão dos alunos não era consistente. Hoje, percebemos que o grupo teve a oportunidade de contagiar alunos de outras turmas, outros *campus* da mesma universidade e outras instituições do país. Além disso, os integrantes demonstram-se mais participativos e comprometidos com as atividades propostas. O que antes era um espaço de escape das responsabilidades acadêmicas tornou-se um compromisso espontâneo.

Sobre nossas atividades durante o isolamento, apresentaremos: (1) o processo e consequências da reativação da página do grupo na rede social *Instagram*; (2) a expansão do nosso Clube do Livro de modo virtual, com leituras coletivas e encontros remotos para discussão; (3) o Cinedebate à distância com a participação de uma especialista do tema do filme escolhido; (4) o desenvolvimento de um poema coletivo acompanhado de uma montagem de fotografias, que foi exposto em cartazes no hospital universitário da UFRJ e no nosso *Instagram* para sensibilização sobre a influência do uso de máscaras em nossas interações com o outro e ativação do espaço. É importante destacar que as dinâmicas virtuais permitiram que pessoas de outras áreas fossem alcançadas e atraídas para as discussões, que não se limitaram ao contexto de cuidados em saúde.

Esperamos que a leitura deste relato de experiências permita que nosso trabalho seja divulgado para outras instituições e que sirva de incentivo à formação de futuros médicos mais sensíveis por meio da arte. Principalmente neste momento, ressignificando o isolamento social como oportunidade de aprendizado e criação de novos vínculos.

O ARTE NA VEIA - UFRJ ANTES DA QUARENTENA

O Arte na Veia - UFRJ iniciou em fevereiro de 2019 com o convite à leitura e discussão de "Ensaio sobre a cegueira", livro de José Saramago vencedor do Prêmio Nobel da Literatura (Saramago, 1995)³, que mais tarde culminou na realização de uma intervenção temporária artística no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ) descrita a seguir. No mesmo ano, discutimos a novela "A morte de Ivan Ilitch" (Tolstói, 2015)⁴, e produzimos textos com as reflexões das alunas após as discussões com a professora-orientadora. Além disso, foi incentivado que nossas participantes escrevessem anamneses narrativas, textos que contam a história do paciente e de sua doença de forma poética (Fernandes, 2014)⁵. Esses materiais estão sendo coletados para publicação futura.

Até então, ao final dos debates, o grupo tinha a preocupação de transformar as discussões em algum produto que pudesse ser exposto a outras pessoas na área de saúde ou até mesmo à população geral. Nesse âmbito, surgiu a intervenção artística temporária "(Re)pare", realizada no HUCFF-UFRJ, em parceria com o Laboratório de Intervenções Temporárias e Urbanismo Tático da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFRJ (LabIT-PROURB/FAU-UFRJ). A ação consistiu na escrita de quatro frases do livro "Ensaio sobre a cegueira" (Saramago, 1995)³ nas paredes da escadaria do hospital de modos que despertem a curiosidade de quem vê: (1) pintadas com tinta acrílica vermelha em perspectiva, em que apenas era possível ler com nitidez do ponto de fuga adequado (figura 1); (2) adesivadas no Sistema Braille não-táctil (figura 2). Nas duas maneiras, os passantes eram provocados a exercer a empatia ao encarar a dificuldade de decifrar o código em uma primeira análise. Nossos principais objetivos eram despertar a sensibilidade e o engajamento pessoal de alunos e profissionais da saúde que frequentam o local, na promoção da humanização do cuidar através do conteúdo e da disposição da mensagem. Isto é, a própria

intervenção ajuda a ativar o espaço hospitalar, ressignificando e subvertendo a lógica da arquitetura modernista do edifício, em que espaços grandes não promovem a interação entre pessoas. O desenvolvimento de "(Re)pare" ocorreu ao longo do segundo semestre de 2019 e a montagem foi feita em dezembro com a participação de duas alunas e duas professoras do Arte na Veia - UFRJ e a equipe do LabIT-PROURB. A pós-ocupação teve impacto positivo em alunos e profissionais, apesar de uma resistência inicial da direção do hospital. No início da pandemia do COVID-19, publicações com a intervenção voltaram a movimentar as redes sociais e o trabalho foi lembrado resgatando o debate da humanização do cuidado em um momento em que este se faz tão necessário. Porém, o hospital está passando por reformas e as paredes das escadas estão sendo pintadas, voltando a homogeneidade hospitalar.



Figura 1: Fotografias de parte da intervenção artística "(Re)pare" localizada no HUCFF-UFRJ, em 2019, mostrando o mesmo local com as distorções de uma perspectiva qualquer (acima) e com a nitidez do ponto de fuga adequado (abaixo).

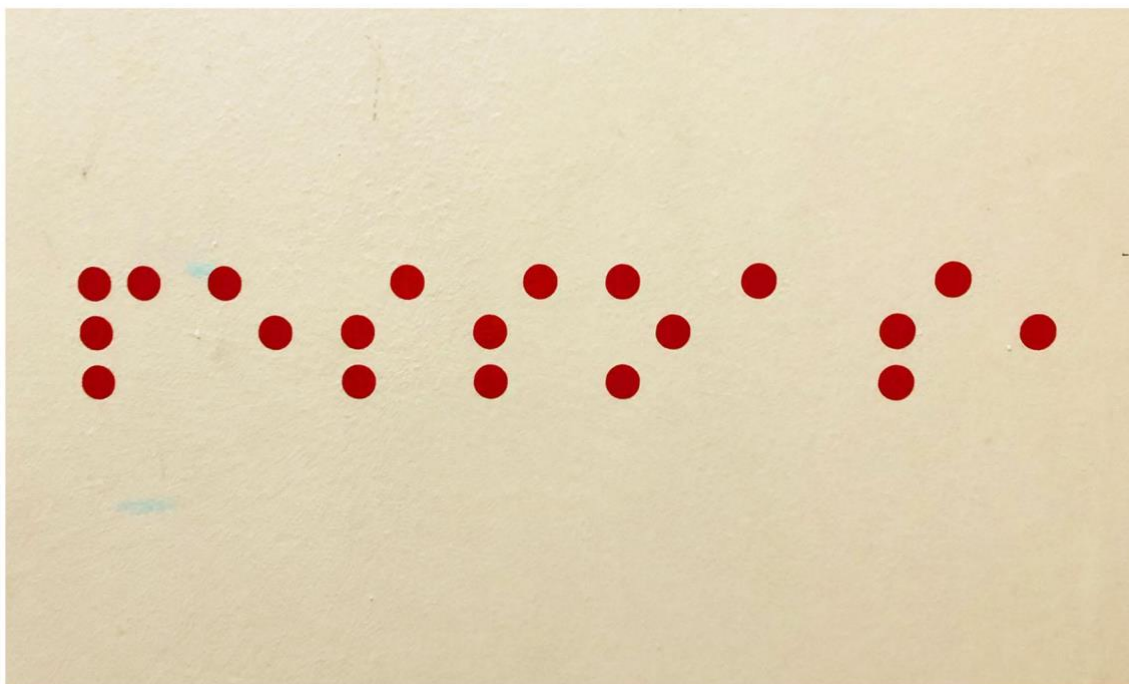


Figura 2: Fotografia de parte da intervenção artística "(Re)pare" localizada no HUCFF-UFRJ, em 2019, exibindo a palavra "repara" nos códigos do Sistema Braille.

Assim, até o início deste ano, nossos encontros esporádicos serviam de espaço livre para compartilhamento de ideias, livros, textos, filmes e planejamento de próximas leituras e atividades extras, o que se configurava como uma válvula de escape do universo academicista da medicina. Como o grupo era pequeno, as reuniões costumavam ter até 5 alunas e 4 professoras, o que era um ambiente permissivo a diálogos informais. O próprio comprometimento das estudantes era livre, dependia da disponibilidade e do momento na faculdade, como semanas de provas e trabalhos. Muitos projetos eram cogitados: um clube do livro, cine-debates, um sarau literário, uma exposição de fotografias e a criação de uma página no *Instagram*, mas nem todos foram concluídos ou prosperaram. Até o início da quarentena, o grupo não tinha se reunido ainda em 2020, o que pode mostrar como os compromissos acadêmicos eram uma limitação à execução das ideias e planos.

INSTAGRAM

Com o isolamento social, nos vimos diante da oportunidade de ampliar nossos encontros para os meios de comunicação digital, passamos a nos reunir semanalmente por meio da plataforma *Zoom* para planejamento de ações. Reativamos, assim, uma conta na plataforma *Instagram* (figura 3) com o intuito de manter publicações diárias sobre a interseção entre a arte e temas sociais relevantes, alcançando mais pessoas e propagando as ideias do projeto. Nossa logo (figura 4) foi desenvolvida em parceria com um designer, na qual optamos por representar um coração anatômico repleto de flores, remetendo à visão poética da medicina. Enquanto grupo, desenvolvemos habilidades de edição de imagens e vídeos, criação de arte digital e uso de inúmeras ferramentas como *Photoshop* e *Canva*, para que fosse possível criar e organizar nossas postagens. Projetamos dessa forma uma identidade visual inicial, mas que se mantém fluida de acordo com as transformações orgânicas que ocorrem no projeto.

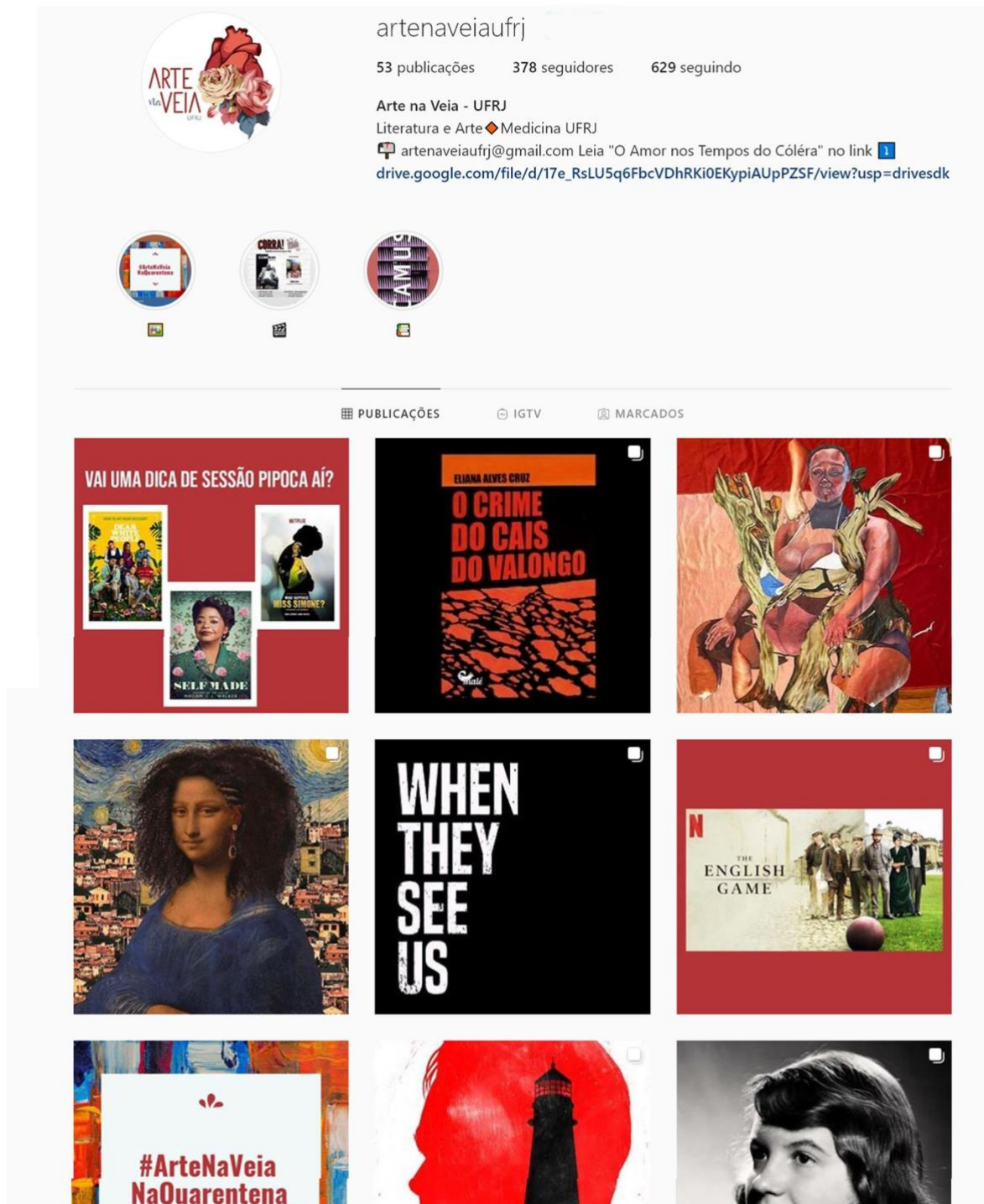


Figura 3: Página do projeto Arte na Veia - UFRJ na plataforma Instagram no dia 12 de junho de 2020 com postagens a respeito do movimento antirracista.



Figura 4: Logotipo do projeto Arte na Veia - UFRJ, desenvolvida pelo designer Pedro Puppim.

No que tange ao conteúdo das postagens, determinamos, de acordo com a divisão popular das sete artes (música, dança, pintura, arquitetura, escultura, poesia

e cinema), uma expressão artística para cada dia da semana. Na primeira semana, apresentamos obras que tinham relação com a situação da pandemia, explorando os sentimentos que esse momento histórico nos desperta. Iniciamos a semana com a música “Cartomante”⁶, interpretada por Elis Regina, e encerramos com o poema de Carlos Drummond de Andrade “José”⁷. Nas semanas subsequentes apresentamos os temas: “Arte e o trabalhador”, com destaque para as obras de Cândido Portinari; “A representação da maternidade nas artes”; “Artistas falecidos por COVID-19”, como Daniel Azulay e Abraham Palatnik; “Arte e saúde mental”, em que apresentamos a obra de Yayoi Kusama e também o Museu de Imagens do Inconsciente, fundado no Rio de Janeiro pela psiquiatra Nise da Silveira. Todas as publicações tinham como proposta fotos e textos de apresentação. Para a realização desses, foram necessárias inúmeras pesquisas que nos tiraram de nossa zona de conforto. Passamos a conhecer artistas nacionais e internacionais de diversos nichos, estudando sobre suas obras e o contexto em que foram produzidas. Desse modo, tivemos embasamento teórico para fornecer informações sobre arte de forma mais concisa e palatável ao nosso público.

Com o crescimento da nossa rede, outras iniciativas se juntaram a nós. O “Minerva Explica”, projeto de extensão da UFRJ para informações médicas confiáveis em ambiente digital, fez uma leitura do poema “COVID-19” escrito pela aluna Gabriela Granieri, integrante de nosso grupo, durante uma de suas apresentações ao vivo. Já o Laboratório de arte e humanidades da Universidade do Estado do Pará (UEPA) está constantemente em contato conosco, compartilhando suas atividades e postagens, além de impulsionar virtualmente nosso alcance.

Nas últimas semanas, embarcamos na proposta de incentivar a produção artística por parte da nossa comunidade com a #ArtenaVeianaQuarentena que visa construir uma galeria digital durante o período de isolamento. Recebemos imagens de

peças de artesanato como esculturas e bordados, além de pinturas, poesias e vídeos musicais. Além disso, participamos do movimento antirracista relacionado ao assassinato de George Floyd, homem negro, pela polícia estadunidense do estado de Minnesota, expondo em nossa página apenas artistas negros de diversos segmentos e usando #VidasNegrasImportam, dando-lhes mais espaço e voz ativa.

CLUBE DO LIVRO

Diante do sucesso do nosso *Instagram*, decidimos retomar outras atividades do grupo de forma remota. Surgiu a ideia de escolhermos livros para propormos leituras coletivas, com prazos pré-determinados. As obras escolhidas seguem um padrão já estabelecido anteriormente à pandemia; todas elas abordam temáticas relacionadas com o processo saúde-doença e nos fazem refletir sobre o papel e a atuação de médicos e de outros profissionais da área da saúde.

Em consonância com a seleção do grupo “Humanidades, Medicina e Artes” da UNESA, optamos primeiramente pela obra “A peste” (Camus, 2020)⁸ de Albert Camus, devido à sua contemporaneidade e relação com a pandemia da COVID-19. Após divulgarmos a proposta em nossa página, nos surpreendeu o imenso interesse do público pelo tema, o que nos motivou a retomar nosso Clube do Livro, digital e aberto à comunidade, para facilitar o compartilhamento de informações, análises e opiniões sobre os textos lidos e para planejarmos debates em conjunto.

Decidimos criar um novo grupo de mensagens no aplicativo *WhatsApp*, formado pelos participantes do Arte na Veia - UFRJ e por outros alunos e professores da Faculdade de Medicina da UFRJ interessados em literatura. Inicialmente, determinamos um prazo de três semanas para a leitura do livro e definimos o dia 7 de maio de 2020 para a realização de nosso debate virtual, que se prolongou e teve

continuidade no dia 15 de maio de 2020. Enquanto estávamos no processo de leitura, por intermédio da professora-orientadora Ana Luisa Rocha Mallet, fomos convidados a participar da primeira discussão da obra realizada pela UNESA. Essa experiência de contato e, sobretudo, de troca com estudantes de outra instituição foi muito enriquecedora e nos serviu como exemplo para estruturarmos nosso próprio evento.

Nas datas previstas, nos reunimos por meio da plataforma *Zoom* e tivemos conversas dinâmicas e muito edificantes. Ao todo, contabilizamos 24 participantes no primeiro encontro e 15 participantes no segundo, dentre eles estudantes e professores de medicina, além de outros convidados. Nosso debate foi conduzido por uma integrante do grupo e contou também com a presença da infectologista Káris Rodrigues, responsável por uma breve explicação sobre as particularidades da peste como doença e sobre a história das epidemias ao redor do mundo. Além disso, abordamos a biografia de Camus, o contexto histórico da obra e o cenário em que se passa e, por fim, debatemos sobre grandes temas selecionados, traçando um paralelo com a atual conjuntura. Foram eles: "o comportamento humano", "as desigualdades sociais", "o poder público", "a imprensa", "a igreja", "o médico e seu sofrimento" e "a morte."

O Clube do Livro de "A peste" (Camus, 2020)⁸, sua proposta de imersão literária e a riqueza dos debates nos suscitou várias reflexões. Logramos despertar e reviver o hábito da leitura em muitas pessoas, o que, segundo relatos, contribuiu para a melhora da saúde mental em tempos de isolamento social. Ademais, como o romance versa sobre os detalhes por trás de uma epidemia, estabelecemos muitas conexões com o que estamos presenciando e, ao nos reconhecermos na história, conseguimos compreender melhor a realidade presente. Não à toa, a obra tornou-se *best seller* na Europa e no Brasil, após o surto de coronavírus.

Atualmente, estamos lendo "O amor nos tempos do cólera" (Márquez, 2019)⁹, escrito por Gabriel García Márquez, e temos o objetivo de concluir a leitura até o dia 25 de junho de 2020, dia marcado para o próximo debate.

OUTRAS ATIVIDADES

Além das ações mencionadas anteriormente, foram discutidos, por meio da arte, temas atualíssimos. Um exemplo foi um Cinedebate sobre o filme "Corra!" (*Get Out!*, em inglês)¹⁰, dirigido por Jordan Peele e estreado em 2017, no qual foi discutida a questão racial. Outro, a construção de uma montagem de fotos associada a um poema coletivo sobre os rostos mascarados da pandemia e seus olhares.

Nas primeiras semanas de quarentena, os membros do grupo selecionaram alguns filmes para serem assistidos e brevemente discutidos pelos membros. Entre eles, o filme *Corra!* se destacou e surgiu então a ideia de organizar e promover um Cinedebate, sabendo-se que havia demanda para uma discussão do tipo por parte de pessoas que acompanham as atividades propostas pelo Arte na Veia - UFRJ. Divulgamos a atividade no perfil do grupo na *Instagram* e fizemos a discussão através de uma videoconferência na plataforma *Zoom* com alunos e professores do Arte na Veia - UFRJ, pessoas que acompanham nossas atividades e se interessaram, e também uma participante especial. Em parceria com a livraria Largo das Letras, convidamos a professora e pesquisadora Simone Ricco, atuante em práticas afirmativas e antirracistas. Sua presença e orientação transformou, aos olhos dos participantes da atividade, um filme de suspense em uma obra complexa com numerosas metáforas e sutis abordagens em seu conteúdo, enriquecendo de maneira ímpar a discussão, em especial a partir da discussão racial trazida pela produção.

Também nas primeiras semanas de isolamento social, em uma de nossas reuniões, discutimos a importância que o olhar ganharia num futuro próximo em consequência do uso em massa de máscaras por medidas de higiene. Surgiu, então, a ideia de que os membros do grupo tirassem uma foto usando máscara. Através de edição digital, foi inserida como estampa das máscaras parte do logotipo do grupo. Unindo as imagens foi feita uma montagem e para acompanhá-la, elaborou-se pelo Arte na Veia - UFRJ um poema em coletivo. Usou-se a plataforma *Google Drive*, num arquivo compartilhado de *Documentos Google*. Cada membro, a partir do seu dispositivo eletrônico, pôde acrescentar um ou mais versos. Nessa experiência foi especialmente interessante acompanhar a mudança de sentido que os versos acrescentados poderiam dar aos versos anteriores, escritos por outra pessoa, possivelmente com outras ideias em mente. As emoções expressas através do olhar (e, com o uso de máscaras, somente expostas no rosto através dele) bem como a dificuldade - e a importância - de estabelecer vínculos durante o período de isolamento social foram temas centrais na obra.

O poema e a montagem foram publicados no perfil de *Instagram* do grupo. Providenciamos a impressão da montagem com o poema e distribuímos pelas paredes do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Figura 5). A intervenção possibilitou trazer reflexão e sensação de acolhimento a pacientes e profissionais da saúde, a exemplo dos versos “Se os olhos são a janela da alma/Exploreemos esse olhar que acalma” (Oliveira *et al*, 2020)¹¹.



Figura 5: Acima, a montagem final com as fotos enviadas pelos membros do Arte na Veia - UFRJ e poema. Abaixo, três ambientes onde ela foi exposta: a porta de uma das escadas de emergência do segundo andar, um pilar na entrada lateral do primeiro andar do hospital e uma peça de granito próxima à escada do subsolo.

DISCUSSÃO

Portanto, é evidente que o Grupo Arte na Veia UFRJ sofreu uma série de transformações durante a pandemia do COVID-19. Entre elas: o uso em massa de plataformas digitais para reuniões à distância, a frequência mais regular de encontros, o maior engajamento dos alunos envolvidos no projeto e a deslocação das intervenções artísticas do ambiente físico para o âmbito virtual.

É relevante discutir a natureza do projeto no sentido de seus objetivos e impactos individuais e de saúde. Em uma pesquisa bibliográfica, o artigo *Saúde Mental de Ingressantes no Curso Médico: uma Abordagem segundo o Sexo* (Medeiros *et al*, 2018) constata que “acadêmicos de Medicina podem apresentar alta prevalência de estresse, Síndrome de *Burnout* e sintomas depressivos, que podem comprometer a qualidade de sua vida” (Medeiros *et al*, 2018)¹². Entre os fatores que enfatizam o processo de adoecer e, conseqüentemente, a piora do bem-estar do indivíduo estudante, encontram-se: dificuldade de manejar o tempo, alta expectativa social e não reconhecimento próprio da enfermidade (Conceição *et al*, 2019)¹³. Sabendo dessa realidade e, em discordância com o enrijecimento do saber médico, percebemos a urgência de intervir nesse processo de ensino e aprendizado.

Visando mudanças desse contexto, uma possibilidade para elevar a qualidade de vida dos estudantes de medicina é a Arteterapia, modalidade de tratamento que utiliza recursos artísticos (Reis, 2014)¹⁴. Segundo, a Associação Brasileira de Arteterapia, essa estratégia terapêutica visa canalizar emoções e entender sentimentos, o que permite a promoção do autoconhecimento, o despertar criativo e em distúrbios como ansiedade, depressão e estresse promove processos tranquilizantes e de equilíbrio interior (Barcelos, 2020)¹⁵. Portanto, o nosso projeto tem sido um meio de utilizar a arte como um escapismo da rotina conturbada e das inseguranças do estudante de medicina. Além disso, nesse momento de pandemia,

os encontros virtuais e os objetivos artísticos promovem processos de cura subjetiva a respeito das angústias resultantes do isolamento social.

Podemos correlacionar o nosso projeto a um grupo que utiliza a arteterapia chamado “Amigos da Arte” no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que funciona em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza (Coqueiro *et al*, 2010)¹⁶. O grupo foi selecionado a partir de indivíduos com maior afinidade pelo tema e que apresentassem condições mínimas de comparecerem aos encontros de acordo com seus transtornos (bipolaridade, depressão e esquizofrenia como exemplo). Esses eram semanais e contavam com o auxílio de profissionais que instruíam as atividades, entre eles um artista com formação em artes plásticas, uma assistente social com formação em arteterapia e uma enfermeira que desenvolve um trabalho voltado à composição de músicas educativas com temas da área de saúde (Coqueiro *et al*, 2010)¹⁶. Após o período do estudo, foi concluído de forma empírica que a Arteterapia facilita os usuários a lidarem com seus medos, angústias e transtornos de forma menos sofrida (Coqueiro *et al*, 2010)¹⁶. Embora a doença mental não seja um critério necessário no nosso grupo de discentes e docentes, conseguimos atingir, com uma metodologia semelhante, a leveza no dia a dia.

Com os novos saberes adquiridos durante a produção dos posts do *Instagram* e das intervenções realizadas nas escadas do HUCFF-UFRJ, por exemplo, pudemos colocar em prática a integração entre saúde, arte e cultura que, ao se unirem, adquirem um novo significado. Assim sendo, a saúde pode transformar-se em um ambiente de possibilidade de experimentar a criatividade, de participar de trocas sociais e de ter acesso às experiências culturais. Paralelamente, as manifestações artísticas e culturais se redimensionam para elementos capazes de contribuir para a

produção de saúde e de subjetividade, podendo ressignificar os modos do viver, de adoecer e de cuidar (se) (Lima *et al*, 2015)¹⁷.

Evidenciamos também o potencial do Arte na Veia - UFRJ como protagonista transformador dos relacionamentos interpessoais, uma vez que, ao utilizar a comunicação e a arte como principais meios de promover os objetivos do projeto, propicia o aperfeiçoamento da linguagem e da sensibilidade dos envolvidos. Sendo assim, a iniciativa transcende a finalidade terapêutica e atinge o propósito paralelo de humanizar os estudantes de medicina.

Dessa forma, o Arte na Veia - UFRJ almeja disseminar saberes artísticos e intervir nos espaços que cercam o ambiente universitário promovendo um olhar alternativo do viver comum. Entre os resultados de nossas vivências podemos pontuar o aspecto positivo no cotidiano dos alunos participantes do projeto, respeitando suas limitações e demandas da rotina da faculdade de medicina; as intervenções artísticas nas estruturas universitárias, promovendo um olhar alternativo sobre o que representam os espaços e os modos de viver nesses; a comprovação de que esse tipo de projeto ultrapassa limites físicos uma vez que continuamos nossas atividades após a suspensão das aulas, ressignificando espaços virtuais e garantindo a permanência periódica do contato com a arte que tanto nos agrega.

CONCLUSÃO

Após o relato das experiências que marcaram a trajetória do Arte na Veia - UFRJ, fundado em 2019 e vigente até os dias atuais, reforçamos a importância deste como espaço de socialização e aprendizado. As atividades artísticas e culturais promovidas pelos alunos e professores despertam o lado humano do estudante de

medicina em construção, desvendando as múltiplas formas de *ser* e de melhor se adaptar às exigências e cobranças da carreira médica. Ressaltamos que o grupo está em constante transformação, com a inclusão contínua de novos membros e de planos para o futuro.

Recentemente, durante o período de isolamento social, firmamos uma parceria com o Projeto de Extensão da UFRJ intitulado "Minha vida dá um livro? Narrativas e escuta sensível" e coordenado por Samira Lima da Costa, professora associada do Departamento de Terapia Ocupacional (FM/CCS) e do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (IP/CFCH) da UFRJ. Assim, passamos a ser uma vertente deste projeto, o que nos garante maior visibilidade no âmbito acadêmico. Consideramos que essa novidade poderá atrair mais pessoas interessadas e contribuirá para nossa expansão, com o possível estabelecimento da cooperação com alunos de outros cursos de graduação. Essa nova perspectiva de diálogo com outras especialidades e de multidisciplinaridade é esperançosa e muito bem vinda, pois acreditamos que nos enriquecerá ainda mais como grupo.

Para finalizar, diante de muitas incertezas, cabem reflexões acerca de como funcionará o grupo na pós-pandemia. Nos questionamos se, com o retorno das atividades acadêmicas, conseguiremos manter a adesão, o interesse e o comprometimento dos alunos como está acontecendo durante o isolamento social. Idealmente, nosso desejo seria a implementação de mudanças no currículo médico para promover sua humanização, permitindo o crescimento do aluno como ser humano íntegro, adepto não só às ciências como às artes. Algumas propostas seriam a inclusão de áreas verdes no calendário, melhor distribuição das provas ao longo do semestre, rearranjo da carga horária destinada a aulas teóricas, práticas e

presenciais. No entanto, por enquanto, acreditamos que nutrir o sentimento de união e de trabalho em equipe seja o primeiro passo para fortalecer e motivar engajamento dos participantes do Arte na Veia - UFRJ no futuro.

REFERÊNCIAS

- 1 - Mallet ALR, Andrade L (org.). Literatura e medicina: uma experiência de ensino. Rio de Janeiro: Livros ilimitados; 2017.
- 2 - Nogueira CAV, Mallet, ALR. Um voo além da medicina: narrativas de alunos de medicina no Programa Ciências Sem Fronteiras. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda; 2017.
- 3 - Saramago J. Ensaio sobre a cegueira. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
- 4 - Tolstoi L. A morte de Ivan Ilitch. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2015.
- 5- Fernandes I. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2014 Out [Acesso em 2020 Jun 12] ; 30(5): 289-290. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000500003&lng=pt. [Acesso em 2020 Jun 14].
- 6 - SophyaAgain. Elis Regina - Cartomante (Fortuneteller) [video file]. 2010 jul 09 [acesso em 2020 Jun 13]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=3_OSPpbaFvA. [Acesso em 2020 Jun 14].
- 7 - Andrade, Carlos Drummond de. José. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2012.
- 8 - Camus, A. A Peste. 28ª edição. Rio de Janeiro: Record; 2020.
- 9 - Márquez, GG. O amor nos tempos do cólera. 55ª edição. Rio de Janeiro: Record; 2019.
- 10 - *Get out*. Fairhope (AL): Blumhouse Productions, Monkeypaw Productions, QC Entertainment; 2017. Disponível em <https://www.netflix.com/watch/80149258?trackId=13752289&tctx=0%2C0%2Cc86be023d83787cd82788c9acce2928f71c546e0%3A049f456cafd4c33bd6a0ba3099d51211218dda5b%2C%2C%2C> [Acesso em 2020 Jun 14].
- 11 - Oliveira CAD, Aidar GGO, Santos BL, Freitas MNLF, Camargo GL *et al*. Quantos olhares cabem em um par de olhos?. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.instagram.com/p/B_OAlgapMlu/ [Acesso em 2020 Jun 14].
- 12 - Medeiros MRB, Camargo JF, Barbosa, LAR, Caldeira, AP. Saúde Mental de Ingressantes no Curso Médico: uma Abordagem segundo o Sexo. Rev. bras. educ. med. 2018, 42 (3) :214-221. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300214&lang=pt [Acesso em 2020 Jun 14].

13 - Conceição LS *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. *Avaliação (Campinas)*. 2019, 24(3): 785-802. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772019000300785 [acesso em 2020 Jun 14]

14 - Reis, AC. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. *Psicol. cienc. prof.* 2014; 34 (1): 142-157. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100011. [acesso em 2020 Jun 14].

15 - Barcelos A. Arteterapia.com.br [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Arteterapia; 2020 [Acesso em 2020 Jun 14]. Disponível em: <https://www.arteterapia.com.br/>.

16 - Coqueiro NF, Vieira FRR, Freitas MMC. Art therapy as a therapeutic tool in mental health. *Acta paul. enferm.* 2010; 23 (6) 859-862. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600022&script=sci_abstract. [Acesso em 2020 Jun 14].

17 - Lima EA, Castro ED, Buelau RM, Valent IU, Inforsato EA. Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 Dec [acesso em 2020 June 13]; 19 (55):1019-1022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401019&lng=en.

Racionalidade científica versus (ir)racionalidade governamental brasileira: um ensaio sobre algumas crises em tempos de pandemia da COVID-19

Scientific rationality versus Brazilian governmental (ir)rationality: an essay on some crises in pandemic times of COVID-19

Murilo Mariano Vilaça^a

Alexandre Palma^b

Resumo: No Brasil, a pandemia causada pelo novo coronavírus/COVID-19 acentua tensões que se tornaram marcadores da ‘nova política’ adotada pelo governo federal. Convicções cujas bases remontam a tempos pré-modernos ou a um senso comum não esclarecido são publicamente manifestadas por destacados representantes do governo federal. Vê-se, então, um debate público-midiático em que o discurso científico é, no mínimo, relativizado, senão desvalorizado. No presente ensaio, visamos a (1) comparar o saber científico com a conduta governamental brasileira, destacando o conflito sobre a importância do isolamento, a gravidade da doença e meios terapêuticos; para (2) analisar criticamente a racionalidade governamental adotada no Brasil, focalizando o *negacionismo como política governamental*, provendo elementos para uma reflexão crítica do presente.

Palavras-chave: Pandemia. COVID-19. Ciência. Política.

Abstract: In Brazil, the pandemic caused by the new coronavirus / COVID-19 accentuates tensions that have become markers of the ‘new policy’ adopted by the federal government. Convictions which bases go back to pre-modern times or to an unclear common sense are publicly expressed by prominent representatives of the federal government. We see, then, a public-media debate in which the scientific discourse is, relativized, if not devalued. In this essay, we aim to (1) compare scientific knowledge with Brazilian governmental conduct, highlighting the conflict over the importance of isolation, the severity of the disease and therapeutic means; to (2) critically analyze the governmental rationality adopted in Brazil, focusing on negationism as a government policy, providing elements for a critical reflection of the present.

Keywords: Pandemics. COVID-19. Science. Politics;

^a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil, 4365, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-360. murilo.vilaca@fiocruz.br

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



Introdução

A reflexão que será desenvolvida aqui diz respeito especificamente à conduta sanitária do governo federal diante de uma crise pandêmica, produzida por um determinado agente biológico infeccioso, o vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19. Os *efeitos colaterais* – econômicos, por exemplo – não serão abordados, embora os reconheçamos como importantes. Portanto, por conduta entendemos atos de fala e medidas administrativas adotadas para lidar com algo que tem características biológicas próprias, cujo contato com outro ser biológico (humanos) pode causar alguns variados efeitos específicos sobre sua saúde, incluindo a morte.

Em meio a um cenário que chamaremos de *cronicamente crítico* (uma vez que há várias crises sistêmicas em curso), vez por outra, surge uma nova crise, reacendendo, agravando ou ‘repaginando’ tensões permanentes, criando outras, bem como trazendo desafios novos, quer quanto ao tipo, quer quanto ao grau. Assim, é *em meio* ao agravamento do estado societário crítico causado pela pandemia do coronavírus que pensamos nesse texto, ressaltando que pensar num contexto como esse é muitíssimo arriscado. Tentar fazer um diagnóstico ou, ainda mais arriscadamente, um prognóstico *em meio* ao desenvolvimento de uma crise (‘crise em progresso’) requer intensos e extensos cuidados. O preço a se pagar por posturas hipercríticas¹ (isto é, baseadas em usos hiperbólicos de importantes conceitos críticos, associados a conclusões não ponderadas e, por vezes, inconsequentes²) e açodadas pode ser severo, incluindo “[...] o rompimento com a verdade factual [...]”³ e o enfraquecimento do potencial crítico dos conceitos utilizados².

Nenhuma postura, por mais bem ou criticamente intencionada, pode fazer afirmações hipercríticas^c, desconsiderando dados empíricos que a contestam claramente^{3,4}, negando coisas que “[...] qualquer pessoa com olhos para ver não pode negar [...]”⁵, tirando conclusões apressadas, esdrúxulas, sem fundamento na realidade empírica dos fenômenos abordados, que extrapolam o domínio da inferência plausível, sendo comprometidas com o cumprimento de uma espécie de ‘profecia’ de cunho teórico (provar, por meio de uma seleção conveniente dos dados e/ou de uma interpretação enviesada deles, a adequação de uma teoria que seria capaz de explicar tudo)³. Tal postura, que não parece supor a equivocidade^{4,d}, pode ter efeitos colaterais prejudiciais empírica, teórica, argumentativa e politicamente graves.^{6,7}

Enquanto desenvolvíamos o presente artigo, Camargo Jr. publicou um ensaio sugestivamente intitulado de *tentando dar sentido ao caos (Trying to make sense out of chaos)*, cujos argumentos poderíamos como que ‘copiar e colar’, ou seja, subscrever inteiramente. Os pontos destacados por ele são de extrema relevância – e serão retomados oportunamente ao longo do nosso texto – para posicionar o problema que está diante de nós: (1) *o passado como prólogo*, indicando *o que* ou *que* não aprendemos com experiências anteriores (a pandemia do HIV/AIDS é citada como exemplo); (2) *a informação epidêmica*, uma vez que há uma *infodemia* causada pelo excesso de informações

^c Segundo Agamben, “não há epidemia...[as] medidas de emergência [são] frenéticas, irracionais e completamente desmotivadas...a invenção de uma epidemia poderia oferecer o pretexto ideal para estendê-las [medidas excepcionais, típicas do estado de exceção, que ameaçam democracia, sobretudo por meio da restrição da liberdade] além de todos os limites”.¹

^d Em textos publicados posteriormente (em 28 de abril e em 02 de maio de 2020), intitulados, respectivamente, *Sul vero e sul falso* (Sobre o verdadeiro e sobre o falso, <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-sul-vero-e-sul-falso>) e *La medicina come religione* (A medicina como religião, disponível em: <<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-la-medicina-come-religione>>), Agamben insiste em teses conspiratórias¹, questionando aquilo que já tinha se tornado uma pandemia, assemelhando, inclusive, a ciência (medicina) à religião.

ruins/incorretas/falsas, veiculadas especialmente por meio de redes sociais (Facebook, Twitter, Reddit e YouTube são as citadas), com um verniz mimético de discurso científico, criando o que o autor denomina de um cenário de *desinformação como arma política*; (3) *a ciência para resgatar*, parte do texto em que são feitos apontamentos críticos sobre o ato de desvalorizar o saber e os investimentos científicos, negando o importante papel do conhecimento tecnocientífico, inclusive para orientar decisões políticas de modo confiável, sob alegações hipercrítica de que a ciência, por vezes, erra, estratégia discursiva que seria representada pelo adágio popular ‘jogar a criança fora com a água do banho’.⁸

Dito isso, buscamos, neste texto, exercer prudentemente o arriscado *ato de pensar em meio à crise*, diante da constante perplexidade que é renovada a cada dia, sobretudo, pelos atos discursivos e administrativos de autoria do chefe do poder executivo federal do Brasil. No texto, apresentamos uma revisão sobre o que se sabe cientificamente, até a publicação deste artigo, sobre a COVID-19, comparando tal saber com a postura discursiva e com a política negacionista de enfrentamento da pandemia adotada pelo governo brasileiro. Ao final de cada seção, faremos alguns apontamentos críticos que julgamos relevantes para contribuir para o debate em curso.

O que sabemos sobre a COVID-19? A COVID-19 de acordo com a racionalidade científica

Vírus são micro-organismos que necessitam de uma célula e de seus componentes para se replicarem e, portanto, são considerados intracelulares obrigatórios. Ainda que possuam DNA (Ácido desoxirribonucleico) ou RNA (Ácido ribonucleico), os vírus não são considerados seres vivos, uma vez que

não conseguem se replicar por “conta própria” e precisam fazer uso do ácido nucleico e do mecanismo de síntese proteica das células do hospedeiro e, assim, replicarem e disseminarem-se.⁹

Coronavírus se refere a uma família de vírus que abrange diferentes tipos, os quais, em geral, causam doenças no aparelho respiratório. Um novo coronavírus surgiu em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, razão pela qual a doença por ele causada se denomina “doença do coronavírus 2019” (*coronavirus disease 2019* – COVID-19). O novo coronavírus, por sua vez, tem sido designado de “coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2” (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* – SARS-CoV-2).^{10,11}

A forte ligação do SARS-CoV-2 à enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) pode explicar, parcialmente, a transmissão eficiente em humanos, como foi o caso de outros coronavírus. Por outro lado, tem sido identificada que uma glicoproteína do SARS-CoV-2 abriga um local de clivagem de uma outra proteína, denominada furina, durante sua biossíntese e representaria um novo recurso deste coronavírus.¹²

Apesar de sua alta disseminação, a Covid-19 tem uma letalidade que varia bastante conforme a idade e as comorbidades associadas à pessoa infectada. Talvez, o principal problema, no entanto, esteja localizado na possibilidade de muitas pessoas se infectarem e requererem, ao mesmo tempo, leitos hospitalares e unidades de terapia intensiva (UTIs), fato ocorrido em alguns países da Europa. Como ainda não há um tratamento químico eficaz, a solução, neste momento, deve ser o distanciamento social.

Hsiang *et al.*¹³, a partir de dados da China, Coréia do Sul, Itália, Irã, França e Estados Unidos, aplicando um método econométrico, estimaram que,

ausentes ações políticas não farmacológicas contra o contágio, as infecções precoces pela COVID-19 exibiam taxas de crescimento exponencial em torno de 38% ao dia. Os autores concluíram que as políticas anticontágios retardam de forma considerável o crescimento das infecções.

Ao estudarem o impacto de intervenções não farmacológicas em onze países europeus no período entre o início dos casos de COVID-19 e o mês de maio de 2020, quando se iniciaram os processos de flexibilização e reabertura de alguns estabelecimentos, Flaxman *et al.*¹⁴, em concordância com o estudo anterior, observaram que as principais intervenções não farmacêuticas, especialmente os bloqueios e distanciamento social, mostraram um grande efeito na redução da transmissão.

A estratégia relacionada ao distanciamento social também foi investigada no Brasil. Cruz¹⁵ procurou analisar uma série temporal de óbitos provocados, em São Paulo, pela COVID-19, referenciada à data dos óbitos e não ao dia em que os resultados dos testes chegaram ao banco de dados. O autor identificou que a estratégia de distanciamento social, especialmente na cidade de São Paulo, apresentou importantes desfechos para atrasar o crescimento dos casos e óbitos pela doença. Tal característica demonstra, segundo o autor, que a decisão relacionada ao distanciamento social tem sido acertada e permite salvar inúmeras vidas.

É possível inferir, portanto, ao menos até o presente momento, que as medidas que a literatura científica considera as mais adequadas para o enfrentamento da COVID-19 são o distanciamento social e o bloqueio de algumas atividades ou serviços, os tidos como não essenciais.

Ainda não há um tratamento farmacológico eficaz contra a nova doença. Pesquisadores têm testado novos medicamentos ou vacinas, embora, até o momento, nenhuma das pesquisas tenha sido positivamente conclusiva. Como alternativa, uma das possibilidades aventadas atualmente diz respeito ao uso *off label*, isto é, utilizar um medicamento fora das especificações originais aprovadas pelos órgãos competentes e que constam na bula. No caso da COVID-19 ou de qualquer outra nova doença, é possível afirmar, inclusive, que a testagem de um medicamento já em uso para uma indicação diferente, *a priori*, poderia se constituir em uma vantagem, uma vez que já existiriam conhecimentos acerca de sua segurança e representaria uma economia de tempo em relação às fases da pesquisa clínica.

A cloroquina ou a hidroxicloroquina aperecem, portanto, dentro deste contexto. Usualmente, estes são fármacos utilizados no tratamento da malária e, por vezes, para tratar algumas doenças autoimunes, como a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso.

Os dois fármacos foram testados *in vitro* (em laboratório) e demonstraram ter efeitos positivos, tanto contra o coronavírus, como contra o novo coronavírus.^{16,17} Todavia, as pesquisas clínicas realizadas com seres humanos para testar o uso no tratamento contra a COVID-19 não foram promissoras.

Em meados de fevereiro, na China, três pesquisadores reportaram, através de uma carta ao editor de uma revista científica, a possibilidade do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da COVID-19. Os pesquisadores manifestaram, acertadamente, que estudos *in vitro* se mostraram promissores e que havia uma série de registros de ensaios clínicos

em andamento. Além disto, mencionaram que mais de 100 pacientes, ao fazerem uso de fosfato de cloroquina, apresentaram melhoras clínicas superiores a outros tratamentos na contenção da pneumonia decorrente da doença, sem que, na verdade, fossem expostos os métodos e os resultados da pesquisa. A partir daí, o uso do fármaco foi recomendado a entrar nas diretrizes de tratamento da COVID-19, na China.¹⁸

Diferentes estudos, assim, foram produzidos para verificarem a eficácia do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento farmacológico da COVID-19. Contudo, a produção científica a que tivemos acesso não evidencia que a utilização de tais fármacos seja eficaz neste tratamento.

Em revisão de literatura do tipo narrativa, Sanders *et al.*¹⁹ consideraram que não há evidências de alta qualidade para afiançar a eficácia do tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina para a COVID-19. Chowdhury *et al.*²⁰, em uma rápida revisão sistemática que incluiu sete ensaios clínicos concluídos com o propósito de verificar o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina como via terapêutica para a COVID-19, observaram que cinco estudos se mostraram favoráveis ao uso, enquanto dois não mostraram alterações nas comparações com os grupos controles. Os autores concluíram, no entanto, que não havia dados disponíveis para apoiar o uso rotineiro destes fármacos.

Na revisão sistemática feita por Zhong *et al.*²¹, envolvendo cinco ensaios clínicos randomizados, dois estudos prospectivos e onze investigações retrospectivas, os autores observaram que as imagens radiográficas foram melhoradas com o uso da hidroxicloroquina, embora a utilização do referido fármaco tenha aumentado a taxa de eventos adversos. Manifestaram, ainda,

que não puderam chegar a uma conclusão clara, em razão da muito baixa qualidade das evidências e ampla heterogeneidade das intervenções.

Cortegiani *et al.*²² concluíram que a cloroquina pareceu eficaz no controle da replicação do coronavírus causador da COVID-19, SARS-CoV-2, *in vitro*, e sugerem que há justificativas para sua utilização em pesquisas clínicas. Entretanto, a revisão apresenta sérios problemas, incluindo cartas, revisões narrativas, estudo *in vitro* e ensaios ainda em andamentos, e, portanto, não permite concluir sobre a eficácia do uso dos fármacos no tratamento clínico.

Outra revisão sistemática incluiu três estudos, totalizando 210 participantes, que relataram a depuração viral avaliada por RT-PCR e mortalidade, não demonstrando benefício do uso da hidroxicloroquina, além de indicar o aumento das mortes quando o fármaco foi utilizado, em comparação ao grupo controle, sugerindo, assim, sua contra-indicação.²³

Uma série de outros estudos, de diferentes desenhos, não observaram melhoras da COVID-19 após tratamento fazendo uso da cloroquina ou hidroxicloroquina.^{24,25,26,27}

Por fim, cumpre ressaltar que, a despeito da baixíssima evidência acerca da eficácia do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina nas intervenções clínicas em pacientes acometidos pela COVID-19, um estudo, anunciado como aquele que envolveu o maior quantitativo de doentes e, portanto, se supunha que fosse o mais importante, foi retirado ('despublicado'), após retratação de alguns dos autores. O artigo, publicado na prestigiosa revista *The Lancet*, dizia respeito à coleta de dados, a partir de uma base eletrônica, de 96.032 pacientes de 671 hospitais de várias partes do mundo. Após denúncia de

diferentes pesquisadores, três dos quatro autores solicitaram uma auditoria interna e, como não foram atendidos, fizeram a retratação.²⁸

Possíveis inconsistências/variações quanto às orientações, divergências entre pesquisas científicas e desacordos entre pesquisadores acerca da COVID-19, bem como sobre o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina não devem ser compreendidas como um motivo/fundamento para que se assumam uma postura absolutamente cética em relação à ciência. Para as ciências naturais ou de cunho empírico, as *evidências* têm um valor inestimável. Evidências não são certezas imutáveis e absolutas, sobre as quais fundamentaríamos ultimamente ‘A Verdade’. Ao contrário, as evidências são resultado sempre questionáveis e potencialmente efêmeros de testes e interpretações acerca dos indícios mutáveis de uma realidade objetiva que só podemos acessar nos limites naturais dos humanos. Assim, por evidências, devemos entender o conjunto de resultados de processos metodologicamente estruturados que melhor traduz o conhecimento científico do momento, com vistas à verificação e/ou ao falseamento de entendimentos sobre o mundo expressos linguisticamente por atos de fala constatativos, cujo conteúdo proposicional expressa uma atitude objetivante diante do mundo, com pretensão de verdade fundamentada e, portanto, criticável, sempre submetidas ao endosso ou contestação racional dos envolvidos no processo discursivo (ou seja, não é monopólio de alguns ‘iluminados’ ou ‘escolhidos’), sendo contextualmente influenciadas.^{29,30,31}

Discordar, errar e rever entendimentos baseados em evidências, então, não são problemas para as ciências (embora fujam aos seus objetivos centrais), mas características inerentes a esse tipo de saber/conhecimento não

dogmático, racional, que, ainda, preenche uma condição fundamental da racionalidade moderna: a *aprendizagem*. Quer dizer, as ciências são racionais, pois provêm fundamentos criticáveis para as suas proposições de explicação sobre o mundo e porque ‘aprendem com seus próprios erros’, acumulando conhecimentos ao longo do tempo, sem considerá-los uma verdade inquestionável (que não possa ser resgatada criticamente). As ciências (no presente caso, as biociências) podem não saber tudo, nem ‘muito’ (medida difícil de precisar) sobre o novo coronavírus e a COVID-19, mas o ‘pouco’ (idem) que elas saberiam é tudo que sabemos de relevante. Ou seja, citando uma passagem do texto de Camargo Jr. que referencia Harry Collins e Trevor Pinch: “A ciência pode estar errada (...) mas isso não torna a visão oposta correta. Na ausência de pesquisas cuidadosas sobre a visão oposta, a ciência é provavelmente a maneira de apostar” (p. 4).⁸

As ciências naturais não são o espelho da natureza. Portanto, não devemos esperar que delas saiam uma representação exata, imutável, inquestionável e infalível do mundo objetivo. Porém, num processo conversacional e prático com alguma pretensão de verdade acerca do que se diz sobre o mundo objetivo, de plausibilidade/validade dos argumentos desenvolvidos a partir deles e de eficácia acerca das intervenções sobre estados de coisas mundanos (objetos, dados e fatos da mesma natureza de um vírus), rejeitar ou, até mesmo, subvalorizar os saberes/conhecimentos científicos seria, parafraseando o Ministro Bruno Dantas do Tribunal de Contas da União^e, um recuo à Idade Média.

^e Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/06/10/ministro-do-tcu-discursa-contra-negacao-da-ciencia-em-sessao-com-bolsonaro.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

Tal comentário aponta para uma crise bímembre das mais sérias presentes na atualidade: a negação da ciência associada a uma espécie de *ressacralização do conteúdo mundano da vida*. Nesse cenário, o insidioso discurso de que a ciência estaria sendo endeusada é emitido por agentes sociais diversos – dos mais previsíveis (por exemplo, líderes religiosos^f) aos mais surpreendentes (por exemplo, o filósofo italiano Giorgio Agamben³²). Esse tipo de discurso, cabe afirmar, só faria sentido se os cientistas, num acesso de irracionalidade e falta de senso de realidade, pretendessem *descientificar as ciências*, deslocando seu *status* epistemológico para além ou aquém do que é plausível. Ocupariam, assim, uma seara que deve ser monopólio das religiões, assumindo um caráter e um conteúdo dogmáticos (de verdade inquestionável).

Na pandemia, a crise citada, que se refere às tensões inerentes às histórias interna e externa da verdade, bem como ao choque entre elas³³, tem influenciado condutas de agentes públicos.⁹ Em síntese, duvida-se do saber e da ciência, até certo ponto^h, mas acredita-se na fé e na religião.

Uma ressalva, para evitar mal entendidos, é fundamental aqui: não estamos afirmando ou defendendo que o saber científico, o *poder de disposição das ciências empíricas* se confundem com o *poder do agir ilustrado*.

^f Disponível em: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-05-08/lideres-evangelicos-reclamam-de-endeusamento-da-ciencia-durante-pandemia.html>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

⁹ Ilustrativamente, citamos o caso do prefeito do município de Ladário (MS), Iranil de Lima Soares, que publicou o decreto nº 5.194/2020, de 13 de maio de 2020, convocando a população para uma série de manifestações da fé religiosa de cunho cristão (orações, jejum, cerco espiritual), “[...] como uma medida complementar neste período de pandemia do COVID-19 [...]” (p. 1), afirmando, entre outras coisas, que “[...] Ladário é uma cidade cristã” (p. 2). Disponível em: <https://www.ladario.ms.gov.br/uploads/asset/file/10960/Decreto_5194-2020-PML_Convoa_Oracao_Jejum.pdf>. Acesso em: 21 maio 2020.

^h Ilustrativamente, citamos o caso do prefeito do município de Duque de Caxias (RJ), Washington Reis, que, em vídeo publicado em 24 de março de 2020, defendeu que a cidade tinha proteção divina e que a cura para o COVID-19 viria das igrejas, “dos pés do senhor”, mas que, após ser infectado, internou-se no Hospital Pró-Cardíaco. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yeCsAqaBqbQ>>; <<https://noticias.uol.com.br/columnas/chico-alves/2020/04/12/apos-dizer-que-igreja-cura-covid-19-prefeito-esta-internado-com-a-doenca.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

A cientificação da medicina, por exemplo, só possível em razão da transformação dos preceitos pragmáticos em poder de disposição sobre certos processos naturais, não a transformou em uma *teoria da ação*, num sentido amplo³⁰. Segundo Habermas,

[...] se a técnica brota da ciência [...] (influenciando tanto no domínio da natureza quanto do comportamento humano), então a *introdução desta técnica no mundo prático da vida*, a retroação da disposição técnica de âmbitos particulares na comunicação entre os sujeitos agentes, exige antes de mais uma reflexão científica (p. 100).³⁰

Ainda segundo Habermas,

O poder de disposição técnica [...] que a ciência possibilitou estende-se hoje também diretamente à sociedade; para todo sistema social isolável, para todo âmbito cultural autonomizado, cuja estrutura pode ser analisada imanentemente do ponto de vista de uma função sistêmica pressuposta [...]. Mas os problemas cientificamente resolvidos da disposição técnica transformam-se em igual medida noutros tantos problemas vitais; pois os controles científicos dos processos vitais e sociais, numa palavra, as tecnologias, não dispensam os homens de agir” (p. 100).³⁰

Conflitos entre interesses e visões de mundo não podem ser solucionadas com a simples mediação tecnocientífica. Quer dizer, a tecnocracia não é um bom modelo de gestão das questões complexas de uma sociedade democrática, pois “o horizonte precientífico da experiência torna-se *infantil* se nele se tem de incorporar ingenuamente o intercâmbio com os produtos de uma racionalidade em plena tensão” (p. 100, grifo nosso).³⁰ Contudo, “[...] na dimensão política [...], a iniciação teórica à ação deve resultar de uma compreensão do mundo explicitada cientificamente” (p. 100). Numa democracia – entendida como “[...] as formas institucionalmente garantidas de uma comunicação geral e pública, que se ocupa de questões práticas: de como os homens querem e podem conviver sob condições objetivas [...]” (p. 101)³⁰ – o senso comum, ao passo que não deve se deixar doutrinar pela ciência, deve

ser esclarecido, sem reservas, pelas ciências.³⁴ Em suma, o *cientificismo* – entendido como a fé ou a convicção de que a ciência é o único conhecimento possível³¹ – e o *negacionismo* – um ceticismo irracional, entendido como a escolha de negar a realidade, os fatos, a fim de escapar das suas implicações necessárias – são extremos que devem ser combatidos.

O contexto societário supracitado não implica a adoção de um ateísmo cultural, de estado ou existencial. Nas sociedades modernas, são as ciências que detêm o monopólio social do saber mundano.³⁴ Além disso, se restringirmos os domínios da ciência ao objeto biológico denominado vírus, cabe, então, se quisermos sustentar uma postura plausível e racional, dizer que, quanto à COVID-19, *só a ciência salva* (ou pode salvar, por exemplo, por meio da criação de uma vacina). À religião, legítima forma de manifestação humana, cabe atuar nos seus limites. Sem uma clara separação entre as esferas do saber e da fé, das ciências e da religião, não há sociedade moderna, estado democrático, possibilidade de viver num mundo racionalizado.

Em sociedades modernas, pluralistas, pós-seculares e democraticamente organizadas, o Estado é constitucionalmente laico. Assim, no conflito entre fé e saber, não haveria uma predisposição estatal, a não ser aquela imposta pelo vínculo jurídico entre os cidadãos, isto é, a Constituição. Também não haveria motivo para impedir a participação de dada consciência/vertente religiosa nas tomadas de decisão, no debate público, respeitadas as regras constitucionais.³⁴ Nesse contexto, “o senso comum democraticamente esclarecido pavimenta seu próprio caminho entre a ciência e a religião” (p. 6)³⁴, liberdade individual de autodeterminação de certos aspectos da própria vida que, no nosso entendimento, não deve ser absoluta – como

nenhuma liberdade isoladamente deveria ser, pela lógica constitucional – e que, de um ponto de vista plausível, não pode ser garantida às expensas de um interesse/bem coletivo, como o é a defesa da saúde, da segurança sanitária, dever estatal previsto em lei (Art. 24, inciso XII; Art. 196).³⁵

Apesar da importância de que numa democracia liberal, em qualquer circunstância, haja uma relação equilibrada entre direitos/liberdades individuais garantidos pelo poder estatal e interesses/bens coletivos impostos pelo poder estatal, deflacionando ambos, adotando uma concepção de liberdade que evite os riscos políticos da opressão e do abandono³⁶, o presente momento claramente possui características e excepcionalidades que fazem com a garantia absoluta daqueles direitos/liberdades seria uma forte ameaça a estes interesses/bens. As excepcionalidades instauradas pela pandemia constituem-se um problema sanitário, cujas dimensões e consequências subsidiaram uma medida extrema, a saber, o decreto, por parte do poder executivo federal (que foi apreciado e aprovado pelo Congresso Nacionalⁱ, procedimento previsto em lei), do *estado de defesa/estado de calamidade pública*. Esse instrumento constitucional de exceção, previsto e regulamentado em lei, deve ser aplicado a situações muito específicas de graves ameaças graves à ordem pública e à paz social, por motivo e tempo determinados objetivamente. Dentre as possíveis causas, incluem-se *calamidades de grandes proporções na natureza*, que é o caso da crise sanitária em curso.

Nesse contexto, as liberdades de locomoção (de ir e vir) e de não ser obrigado a fazer alguma coisa (Art. 5º, incisos II e XV)³⁵, por exemplo, são relativizadas, em face das responsabilidades individuais com a coletividade.

ⁱ Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/decreto-legislativo-2020-coronavirus.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

Numa sociedade madura, em que questões de verdade, de justiça e de gosto são devidamente separadas, não faria sentido e não seriam razoáveis as alegações, por exemplo, de que transitar (sem que haja extrema necessidade) e não usar máscaras em ambientes públicos/coletivos fazem parte do direito do indivíduo de se contaminar, arcando individualmente com a responsabilidade por isso (como se não houvesse implicações coletivas), desconsiderando o risco de contaminar os outros, eximindo-se, então, da responsabilidade.

Até o presente momento – sublinhamos essa ressalva, pois, ao passo que nada indica, nada também impede definitivamente que futuramente haja uma guinada, mas isso seria assumir a função de profeta – as exigências de restrições temporárias não representam uma restrição ilegítima, arbitrária e definitiva das liberdades individuais, constituindo-se uma ameaça sem precedentes¹, como alguns afirmam, à democracia. Faltam elementos mínimos para indiciar um conluio entre os cientistas para dominar o mundo, para sustentar a ideia de que há uma *religião médica*, de que a Igreja (cristã) tenha negado seus princípios ou aberto mão de suas prerrogativas transcendentais, e o capitalismo tenha aceitado subservientemente perdas de produtividade, rendendo-se, *sem luta*, à ciência, à medicina.³²

O que o poder público federal diz/faz sobre o COVID-19? Traços da (ir)racionalidade governamental do Estado brasileiro

O Comitê de Emergência da OMS, em janeiro de 2020, anunciou, em relação à COVID-19, que se tratava de um surto, e, em 11 de março do mesmo

ano, considerou que o problema já tinha características de uma pandemia^l. Ao longo desse período, enquanto o mundo inteiro observava o quantitativo elevado de casos e mortes, governantes de diferentes países já tinham informações que indicavam a não irrelevante possibilidade de que haveria uma crise sanitária com sérias consequências para seus próprios países, incluindo mortes e impactos econômicos.

Assim, diferentes medidas/ações começaram a ser tomadas. Algumas das decisões dos diferentes governantes incluíram a abundante realização de testes, abordagens em portos e aeroportos e o distanciamento social. Por outro lado, havia a escolha de salvar a economia, a despeito do enorme número de mortes que se anunciava, medida adotada por alguns.

Governantes de diferentes países, inclusive, banalizam a doença, considerando-a sem gravidade suficiente para requerer preocupações mais intensivas, bem como medidas mais restritivas, formando o que, utilizando uma expressão que teria sido criada por Oliver Stuenkel, veiculada numa publicação do *Financial Times*^k, uma *aliança avestruz* (“*Ostrich Alliance*”).

A conduta adotada pelo governo federal brasileiro (que é o nosso foco aqui) chama a atenção por vários motivos. De saída, houve uma aparente incoerência e/ou inconsistência no modo como lidou em duas situações ocorridas em fevereiro e março. Por um lado, em fevereiro, tomou a devida cautela na repatriação dos brasileiros que estavam vivendo em Wuhan, preocupando-se com todos os envolvidos com a operação. Por outro, em

^l Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 06 jun. 2020. No pronunciamento do diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, destacou que já havia, naquele momento, mais de 118 mil casos e 4.291 óbitos acumulados em 114 países.

^k Disponível em: <<https://www.ft.com/content/974dc9d2-77c1-4381-adcd-2f755333a36b>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

março, a conduta acerca das vinte e três pessoas infectadas que compuseram a comitiva que acompanhou o presidente da República a uma viagem aos Estados Unidos^l não seguiu um protocolo de segurança sanitária adequado, para dizer o mínimo. No dia seguinte ao retorno da comitiva, o Brasil registrava trinta e quatro casos confirmados e nenhuma morte. Ou seja, a comitiva trouxe um total de 67,6% de casos a mais em relação aos que existiam no Brasil. O fato se agrava, em razão de algumas dessas autoridades públicas terem participado de manifestações^m, cumprimentando pessoas/apoiadores, o que, sabidamente, seria uma forma de disseminar o vírus, aumentando o contágio.

Outro ponto a ser destacado desde o início é uma aparente desresponsabilização por parte do governo federal, no que se refere à condução de uma política pública de saúde de enfrentamento da crise sanitária de proporções globais que se anunciava. Diante disso, acertadamente, alguns prefeitos e governadores determinaram o fechamento de serviços não essenciais e o distanciamento social, instituindo a quarentena. A conduta adotada por governos estaduais e municipais, contudo, mostrava-se ineficiente sem o planejamento, organização e centralização do governo federal. Além de não encabeçar uma política nacional de combate à pandemia, foi possível verificar uma série de narrativas contraditórias que, em última instância, não estimulavam a permanência das pessoas em suas residências.

Adicionalmente, cabe, ainda, destacar que o Brasil formava (e ainda forma) o famigerado G4 negacionista, isto é, os quatro países/governantes que

^l Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/22/coronavirus-comitiva-jair-bolsonaro-eua-donald-trump-marcelo-thome-rondonia.htm>>; <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/veja-quem-sao-os-23-infectados-da-comitiva-de-bolsonaro-em-visita-aos-eua.shtml>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

^m Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/23/sobe-para-23-o-total-de-pessoas-que-estiveram-com-bolsonaro-nos-eua-e-tem-coronavirus.ghtml>>; <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/16/nao-tenho-poder-de-impedir-o-povo-de-fazer-nada-diz-bolsonaro-sobre-atos.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

formam a aliança avestruz supracitada, bem como representa a, muitíssimo questionável, lógica de economia *versus* vidas humanas.

O modo como o governo federal tem lidado com a pandemia da COVID-19 é amplamente criticável. Além dos fatores citados, linhas discursivas adotadas por alguns dos seus representantes, notadamente pelo chefe do poder executivo, cujos efeitos práticos (ilocucionários e perlocucionários)²⁹ têm sido relacionados não somente à baixa eficiência da política pública de saúde, mas, também, ao agravamento dos efeitos da pandemia, o que poderia ter sido evitado com uma ação racional baseada em experiências de outros países e em evidências científicas que não estão em flagrante e ampla controvérsia.^{37,38,39,40,41}

Há uma série aparentemente interminável de atos de fala chocantes e medidas administrativas que têm repercutido, nacional e internacionalmente, de modo muitíssimo negativo. Perplexidades têm sido causadas na comunidade científica, nos organismos internacionais e, até mesmo, nas grandes mídias de comunicação. Sobre isso, gostaríamos de destacar algumas categorias: desprezo pelas vidas humanas perdidas; insensibilidade e falta de empatia em relação às famílias das vítimas; contraposição entre economia e vidas humanas, dando primado àquela; subestimação da gravidade da doença (“gripezinha”); rotulação indevida da reação à pandemia (histeria, neurose); acusações, sem provas, a governantes municipais e estaduais (estariam superdimensionando a crise e/ou fraudando dados); desresponsabilização pessoal e funcional (*e daí?; não sou coveiro; sou Messias, mas não faço milagre*); inferências sem evidências científicas sobre a doença, tanto em relação a fatores imunoprotetores (histórico de atleta), quanto a terapias

(cloroquina e hidroxicloroquina); retórica mentirosa/negacionista como arma política, entre outras.

Sobre este último ponto, destacamos que o governo federal, através do Ministério da Saúde, oficializou a utilização da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19, através de um protocolo de manuseio do medicamentoⁿ. O documento anuncia:

considerando que até o momento não existem evidências científicas robustas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para a COVID-19ⁿ; e mais adiante, contraditoriamente, prossegue: “Considerando a existência de diversos estudos sobre o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19.

Ora, se, como vimos, os estudos que dizem respeito à cloroquina e à hidroxicloroquina carecem exatamente de evidências científicas robustas, por qual razão o discurso se repete e se cria um protocolo de manuseio e incentivo ao uso de tal medicamento?

Mais surpreendente, ainda, é ler, ao final, a seguinte nota, entre outras presentes no protocolo:

Apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Assim, fica a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme modelo anexo.

O que exatamente consistiria em “vontade declarada do paciente”, considerando que este não deva ter conhecimento biomédico suficiente para a tomada de decisão adequada?

ⁿ Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2020.

Por fim, cabe ressaltar que diferentes artigos científicos citados nas referências bibliográficas do documento do governo foram publicados somente sob a forma de resumos em uma página de pré-publicação de artigos e consta a seguinte informação:

Este artigo é uma pré-impressão e não foi revisado por pares. Ele relata novas pesquisas médicas que ainda precisam ser avaliadas e, portanto, não devem ser usadas para orientar a prática clínica”, o que sugere ser prematuro terem seu conteúdo presente em qualquer documento orientador da conduta médica. Chama a atenção, ainda, que em alguns estudos é possível verificar um caráter inconclusivo: “(...) São necessários estudos de tamanho amostral maior para investigar os efeitos da hidroxicloroquina no tratamento de COVID-19. Pesquisas subsequentes devem determinar um melhor desfecho (...).

Não é uma tarefa fácil, tampouco é nosso objetivo, inserir o que parece absurdo, num registro racional ou numa lógica que possa dar sentido ao caos. Nos breves comentários críticos que faremos a seguir, pontuamos o que nos parece ser do campo das (in)verdades, (ir)racionalidades e (ir)responsabilidades. É essa relação trimembre que abordaremos brevemente abaixo, com o apoio de Michel Foucault, esperando contribuir para provocar reflexões pertinentes.

A seguir, ressaltamos pontos específicos da vastíssima análise foucaultiana sobre a complexa relação entre verdade, racionalidade e política. Inicialmente, citamos uma passagem importante da sua análise sobre o Estado moderno e a racionalidade do poder estatal que nos parece muito apropriada para a nossa abordagem: “Melhor do que se perguntar se as aberrações do poder de Estado são devidas a excessos de racionalismo ou de irracionalismo, seria judicioso, acho, deter-se no tipo específico de racionalidade política produzida pelo Estado” (p. 372).⁴²

Para Foucault, em síntese, a racionalidade do poder de Estado desenvolveu-se por meio de dois corpos doutrinários, a *razão de Estado* – pela qual se visa definir os princípios e métodos que diferenciariam o governo estatal do governo divino do mundo – e a *teoria da polícia* – que definia a *natureza dos objetos* da atividade racional do Estado, *dos seus objetivos*, bem como a forma geral dos instrumentos que ele utilizaria. Sobre o conceito de razão de Estado, Foucault afirma que “[...] trata-se de um governo em concordância com a potência do Estado. É um governo cujo objetivo é aumentar essa potência em um quadro extensivo e competitivo” (p. 376), aterrorizando inimigos e estendendo sua duração *por tempo indeterminado*. É *uma arte/técnica* que respeita a regras relativas aos costumes, tradições e ao conhecimento racional, ou seja, “[...] a racionalidade própria à arte de governar os Estados” (p. 374) é uma reflexão pautada pela observação da *natureza do que é governado* (o Estado), uma ideia *vulgar* que rompia com a ideia *sacra* de que o governo deveria ser *profundamente justo*, respeitando um *sistema de leis*: humanas, naturais e divinas. Para um governo de *cunho prático-político*, tais leis podem ser desrespeitadas, uma vez que o que interessa é a natureza do Estado e suas exigências singulares, o aumento da sua potência, o que depende da *constituição prévia de um certo tipo de saber*. “Um saber é necessário: um saber concreto, preciso e medido reportando-se à potência do Estado” (p. 376), a saber, o desenvolvimento de uma *estatística* ou *aritmética* política. Atualmente, destaca Foucault, “[...] razão de Estado evoca o ‘arbitrário’ ou a ‘violência’” (p. 374).⁴²

Quanto à polícia, Foucault destaca que não se trata de uma instituição ou mecanismo, mas se refere ao modo de governar, envolvendo domínios,

técnicas, objetivos que apelam a intervenção estatal.⁴² A polícia, portanto, estende-se “[...] a tudo que os homens fazem ou empreendem” (p. 378), englobando as relações entre homens e coisas, a maneira como eles vivem (suas doenças e acidentes), especificamente enquanto estão vivos, ativos e produtivos, colocando o vigor do Estado em primeiro lugar e desenvolvendo as relações de trabalho e de comércio entre eles.

Embora mudanças na racionalidade estatal possam ter ocorrido ao longo do tempo, o que podemos extrair da abordagem foucaultiana é que o Estado exerce um governo tido como racional não para promover uma sociedade *profundamente justa*. A intervenção estatal – que pode ser violenta e arbitrária – tem como objetivo a manutenção e expansão do próprio poder. Por meio de saberes de cunho numeral, o Estado deve gerar dispositivos capazes de, por meio de intervenções por assim dizer, instrumentais e estratégicas, reger as relações entre homens e coisas, sujeitos e objetos. Nesse sentido, a *verdade* importa menos do que a *eficácia* (da estratégia).

Gostaríamos, por fim, de fazer um breve destaque sobre ‘um lado’ da relação entre *verdade* e *política* nos marcos da democracia (ateniense, antiga), segundo Foucault, o que nos parece prover elementos relevantes para criticar o que está diante de nós.

Foucault desenvolve uma análise acerca das *formas aletúrgicas* (*aleurgia* refere-se à produção da verdade, ao ato pelo qual ela se manifesta), ou seja, aos modos como um indivíduo se constitui e é visto pelos outros como sujeito que pronuncia um discurso de verdade, como, a seus próprios olhos e aos olhos dos outros, é visto como um sujeito que diz a verdade.⁴³ É nesse sentido que Foucault estuda a noção e a prática da *parresía* (em latim,

libertas), do dizer-a-verdade ou do franco-falar. Em razão do adiantado do texto e da necessidade de manter o foco, queremos chamar a atenção para uma dimensão política da parresía, mais especificamente, para o *sentido negativo* ou *valor pejorativo* da parresía, bem como das suas consequências para as instituições democráticas. Um ponto destacado é que a democracia, por se fundar numa *politeia* (uma constituição), que dá ao *demos* (povo) iguais direitos, por exemplo, o igual direito de se manifestar (*isegoria*) nas assembleias.⁴⁴ Isto mesmo, a chamada liberdade de expressão – tão avocada por representantes do poder executivo federal em situações controversas, pleito que tem sido disciplinado por decisões do Supremo Tribunal Federal – pode ser um problema para a democracia, pois a parresía pode *não ser um dizer tudo enquanto um dizer verdadeiro*, mas em um *dizer tudo enquanto um dizer qualquer coisa* “[...] (qualquer coisa que passe pela cabeça, qualquer coisa que possa ser útil à causa que se defende, qualquer coisa que possa servir à paixão ou ao interesse que anima quem fala)” (p. 10).⁴³ Nesse sentido, estamos diante mais claramente de uma postura retórica do que de uma postura parresiasta.

Segundo Foucault,

esquemáticamente podemos afirmar que a retórica é primeiramente definida como uma técnica cujos procedimentos não têm evidentemente por finalidade estabelecer uma verdade, mas como uma arte de persuadir aqueles a quem nos endereçamos, pretendendo convencê-los quer de uma verdade quer de uma mentira, de uma não verdade. A definição de Aristóteles na *Retórica* é clara: trata-se do poder de encontrar aquilo é capaz de persuadir. A questão do conteúdo e a questão da verdade do discurso sustentado não se colocam (p. 461).⁴⁵

Enfim, destacando a semelhança perturbadora com a nossa realidade nacional, citamos que:

o parresiasta se torna e aparece então como o tagarela impenitente, como aquele que não sabe se conter ou, em todo caso, como aquele que não é capaz de indexar seu discurso a um princípio de racionalidade e a um princípio de verdade [...] (dizer tudo, qualquer coisa, dizer o que lhe passa pelo espírito, sem se referir a nenhum princípio de razão ou de verdade) [...] (p. 11).⁴³

A crítica de Isócrates aos cidadãos atenienses é certa e serve-nos perfeitamente:

vejo que vocês não concedem idêntica audiência a todos os oradores, mas que a uns dão atenção, e a outros, ao contrário, nem suportam a voz. E não fazem nada surpreendente. Vocês costumam expulsar a todos, exceto aqueles que falavam de acordo com seus desejos (p. 116).⁴⁴

À guisa de ponderação crítica final, recorremos a Habermas novamente:

A imputabilidade pressupõe uma auto-relação refletida por parte da pessoa a respeito daquilo que diz, acredita e faz. Esta capacidade está interligada com as estruturas nucleares racionais do conhecimento, da atividade propositada e da comunicação, através das auto-relações correspondentes. A auto-relação epistemológica implica uma atitude reflexiva da parte do sujeito consciente em relação às suas crenças e convicções; a auto-relação técnico-prática, implica uma atitude reflexiva por parte do sujeito atuante em relação à sua própria atividade propositada, seja em termos das suas intervenções estruturais no mundo objetivo, ou das suas relações orientadas para o sucesso com outros sujeitos com que depara como oponentes no mundo objetivo [...]. A auto-relação prático-moral do agente comunicativamente atuante requer uma atitude reflexiva em relação às suas ações reguladas por ações; a auto-relação existencial que exige do agente uma atitude reflexiva em relação ao seu projeto de vida no contexto de uma história de vida individual, interligada a formas de vida coletivas previamente estabelecidas. [...] a capacidade de uma pessoa para se distanciar deste modo nestas várias dimensões, bem como as suas expressões, é uma condição necessária para a *liberdade* (p. 186-187).⁴⁶

Em tese, somente um sujeito imputável (que possua, portanto, tais condições apresentadas) pode almejar exercer a função de governo. Assim, hipoteticamente falando, alguém que: (1) assume uma posição retórica não comprometida com a verdade; (2) que, ao se comunicar com a população, diz algo (componente locucionário do ato de fala), faz algo por meio do que diz

(componente ilocucionário do ato de fala) ou causa algo por meio do que faz ao dizer algo (componente perlocucionário do ato de fala)²⁹, promova ou provoque intencionalmente enganos, deturpações da realidade; (3) escamoteie ou manipule dados da realidade empírica; (4) invista deliberadamente na produção e divulgação de informações falsas; (5) relacione-se com as pessoas como se elas fossem objetos manipuláveis, adotando uma racionalidade meios-fins, para, instrumentalmente, alcançar seus objetivos políticos; (6) assuma uma postura parresiasta tagarela e impenitente, expressando sua incapacidade de se conter e de indexar sua postura à razão e à verdade; (7) causa ou deixe causar danos que poderiam ser evitados; não pode ser definido como um bom governante. Além disso, é plenamente imputável pelas consequências previsíveis dos seus atos.

Referências

1. Agamben G. L'invenzione di un'epidemia. Quodlibet. 26 feb. 2020. Disponível em: <<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>>. Acesso em: 9 jun. 2020.
2. Vilaça MM; Pompermayer FCL. Uma ode à crítica lúcida/ponderada. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2019;23:1-4.
3. Frateschi Y. Agamben sendo Agamben: o filósofo e a invenção da pandemia. Blog da BOIMTEMPO. 12 maio 2020. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/05/12/agamben-sendo-agamben-o-filosofo-e-a-invencao-da-pandemia/>>. Acesso em: 9 jun. 2020.
4. Nancy J-L. Eccezione virale. Antinomie. 27 feb. 2020. Disponível em: <<https://antinomie.it/index.php/2020/02/27/eccezione-virale/>>. Acesso em: 9 jun. 2020.

5. Esposito R. Curati a oltranza. *Antinomie*. 28 feb. 2020. Disponível em: <<https://antinomie.it/index.php/2020/02/28/curati-a-oltranza/>>. Acesso em: 9 jun. 2020.
6. Vilaça MM; Palma A. Efeitos colaterais da desmedicalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2012;16(42):863-864.
7. Martins RES. Ernesto Araújo e o nazismo no Brasil. *Le Monde diplomatique Brasil*. 15 maio 2020. Disponível: <<https://diplomatie.org.br/ernesto-araujo-e-o-nazismo-no-brasil/>>. Acesso em: 9 jun. 2020.
8. Camargo Jr. KR. Trying to make sense out of chaos: science, politics and the COVID-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública*. 2000;36(5):1-7.
9. Abbas AK; Lichtman AH; Pillai S. *Imunologia celular e molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
10. Rothan HA; Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of Coronavirus Disease (Covid-19) outbreak. *J Autoimmun*. 2020;109:102433.
11. Guan WJ; Ni ZY; Hu Y; Liang WH; Ou CQ; He JX; *et al*. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020; 382(18):1708-20.
12. Walls AC; Park YP; Tortorici MA; Wall A; McGuire AT; Veesler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*. 2020; 180(2):281-92.
13. Hsiang S; Allen D; Annan-Phan S; Bell K; Bolliger I; Chong T; *et al*. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*. 2020. Online ahead of print.
14. Flaxman S; Mishra S; Gandy A; Unwin HJT; Mellan TA; Coupland H; *et al*. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature*. 2020. Online ahead of print.
15. Cruz CHB. Social distancing in São Paulo State: demonstrating the reduction in cases using time series analysis of deaths due to COVID-19. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23:E200056.
16. Vincent MJ; Bergeron E; Benjannet S; *et al*. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology*. 2005; 2: 69.
17. Yao X; Ye F; Zhang M; *et al*. In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatment of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis*. 2020 (Epub ahead of print).

18. Gao J; Tian Z; Yang X. Breakthrough: Chloroquine Phosphate Has Shown Apparent Efficacy in Treatment of COVID-19 Associated Pneumonia in Clinical Studies. *Biosci Trends*. 2020; 14(1):72-3.
19. Sanders JM; Monogue ML; Jodlowski TZ; Cutrell JB.. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): a Review. *JAMA*. 2020; Online ahead of print.
20. Chowdhury Md S; Rathod J; Gernsheimer J. A Rapid Systematic Review of Clinical Trials Utilizing Chloroquine and Hydroxychloroquine as a Treatment for COVID-19. *Acad Emerg Med*. 2020. Online ahead of print.
21. Zhong H; Wang Y; Zhang Z-L; Liu Y-X; Le K-J; Cui M; *et al.* Efficacy and Safety of Current Therapeutic Options for COVID-19 - Lessons to Be Learnt From SARS and MERS Epidemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacol Res*. 2020. Online ahead of print.
22. Cortegiani A; Ingoglia G; Ippolito M; Giarratano A; Einav S. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *J Crit Care*. 2020. 57:279-83.
23. Singh AK; Singh A; Singh R; Misra A. Hydroxychloroquine in patients with COVID-19: A Systematic Review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2020. 14(4):589-96.
24. Boulware DR; Pullen MF; Bangdiwala AS; Pastick KA; Lofgren SM; Okafor EC; *et al.* A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; Online ahead of print.
25. Geleris J; Sun Y; Platt J; Zucker J; Baldwin M; Hripcsak G. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; Online ahead of print.
26. Gendelmana O; Amitala H; Bragazzi NL; Watada A; Chodick G. Continuous hydroxychloroquine or colchicine therapy does not prevent infection with SARS-CoV-2: Insights from a large healthcare database analysis. *Autoimmun Rev*. 2020; 19(7):102566.
27. Rosenberg ES; Dufort EM; Udo T; Wilberschied LA; Kumar J; Tesoriero J; *et al.* Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in NewYork State. *JAMA*. 2020; Online ahead of print.
28. Mehra MR; Ruschitzka F; Patel AN. Retraction-Hydroxychloroquine or Chloroquine With or Without a Macrolide for Treatment of COVID-19: A Multinational Registry Analysis. *The Lancet*. 2020; 6736(20):31324-6.
29. Habermas J. Teoria do agir comunicativo. Tomo I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Editoria Trotta; 2010.
30. Habermas J. Técnica e ciência como “ideologia”. Lisboa: Edições 70; 1997.

31. Habermas J. Conocimiento e interés. Buenos Aires: Taurus, 1990.
32. Agamben G. La medicina come religione. 2 mag. 2020. Disponível em: <<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-la-medicina-come-religione>>. Acesso em 9 jun. 2020.
33. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2005.
34. Habermas J. Fé e saber. São Paulo: Editora UNESP; 2013.
35. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 maio 2020.
36. Berlin I. Liberty: Incorporating Four Essays on Liberty. Oxford: Oxford University Press; 2002.
37. Aquino EML *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVI-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(suppl 1):2423-2446.
38. Campos WSC. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3):1-4.
39. Conselho Nacional de Saúde. CNS em defesa da vida, da democracia e do SUS. Carta aberta. 29 de abril de 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1140-carta-aberta-do-conselho-nacional-de-saude-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus>>. Acesso em: 17 jun. 2020.
40. Carvalho ACC; Kritski A. Learning from the italian experience in coping with COVID-19. *Rev. Soc. Bras. Med Trop.*2020;53:1-3.
41. Villela DAM. Editorial. The value of mitigating epidemic peaks of COVID-19 for more effective public health responses. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2020;53:1-2
42. Foucault M. Estratégia, poder-saber. *Ditos & Escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
43. Foucault M. A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II: curso no Collège de France (1983-1984). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2011.
44. Foucault M. Discurso y verdad em la antigua Grecia. Barcelona: Editora Paidós Ibérica; 2004.
45. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

46. Habermas J. Racionalidade e comunicação. Lisboa: Edições 70; 2002.

Natural é o micróbio: acadêmicos de medicina discutem “a peste” durante a quarentena

Natural is the microbe: medical students discuss “the plague” during quarantine

Laio Terranova¹

Isabela De Marco²

Luiza Otero³

Ana Paula Fernandes⁴

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada no Clube de Leitura, uma iniciativa do grupo "Humanidades, Medicina e Arte" - grupo de alunos e professores de Medicina da Universidade Estácio de Sá (campus Presidente Vargas). A obra escolhida para as atividades do Clube da Leitura foi "A Peste", de Albert Camus, em vigência de sua relação com o contexto de pandemia do COVID-19. As reuniões foram realizadas remotamente em uma plataforma online.

Palavras Chave: Literatura; Aprendizado à Distância; Humanização da Assistência; Cultura.

ABSTRACT: The present work aims to report the experience lived in The Book Club, initiative of "Humanities, Medicine and Art" group - a group of Medical students and professors at Estácio de Sá University (Presidente Vargas campus). The book chosen for The Book Club was "The Plague", by Albert Camus, in force of its relationship with COVID-19 pandemic. The meetings took place remotely on an online platform.

Key-words: Literature; Education, Distance; Humanization of Assistance; Culture.

¹ Universidade Estácio de Sá

² Universidade Estácio de Sá

³ Universidade Estácio de Sá

⁴ Universidade Estácio de Sá



CONTEXTUALIZAÇÃO

É ainda por isso que esta epidemia não me ensina nada, senão que é preciso combatê-la ao seu lado. Sei, de ciência certa (sim, Rieux, sei tudo da vida, como vê), que cada um traz em si a peste, porque ninguém, não, ninguém no mundo está isento dela. Sei ainda que é preciso vigiar-se sem descanso para não ser levado, num minuto de distração, a respirar na cara de outro e transmitir-lhe a infecção. O que é natural é o micróbio. O resto — a saúde, a integridade, a pureza, se quiser — é um efeito da vontade, de uma vontade que não deve jamais se deter¹.

A leitura é um processo complexo que envolve a participação do leitor em imaginar e dar significado aquilo que lê, sendo importante instrumento para o desenvolvimento da empatia. Esta, por sua vez, é um sentimento que não se limita a relação somente entre pessoas reais, uma vez que também ocorre em face de personagens e histórias fictícias².

É imprescindível aos que trabalham no campo da saúde possuir boas estratégias de comunicação e relacionamentos interpessoais, e para isso a empatia é uma excelente ferramenta, podendo afetar positivamente a relação médico-paciente. Assim, é importante evocar sentimentos humanitários e solidários nesses profissionais, o que pode ser obtido através da leitura e da arte em geral³.

Dessa maneira, tem sido explorado o ensino da literatura como ferramenta de formação do aluno de medicina. Tal experiência permite reconhecer o paciente como pessoa que sofre, facilitando por parte desses alunos uma atitude respeitosa e empática na prática clínica⁴.

O "Humanidades, Medicina e Arte" é um grupo de alunos e professores do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá que busca ser uma ponte entre a ciência e as humanidades, explorando o encontro dessas áreas. No contexto da pandemia do COVID-19, esse grupo foi responsável pela criação de um clube de

leitura online, com a pretensão de promover discussões sobre temas que mesclam literatura e atualidades.

No início de março de 2020, enquanto a então epidemia do “novo coronavírus” parecia uma ameaça ainda restrita à China e Itália, assistimos uma aula sobre “doenças emergentes e reemergentes”, numa disciplina eletiva oferecida pelo curso (Medicina de viagem). Nela, a professora menciona como a obra fictícia “A peste” de Albert Camus, não poderia representar de maneira mais precisa e coincidente num cenário fictício os mesmos eventos que passavam a ocupar a atenção nos noticiários globais da realidade.

Não à toa, em meados daquele mês os jornais anunciam que, além dos noticiários, a nova epidemia movimentou também o mercado literário, uma vez que obras com essa temática passaram a interessar a um nicho de leitores que buscavam entender melhor o que viriam a enfrentar. Nesse sentido, “A peste” passou a figurar entre os dez livros mais vendidos na Itália e na França, tendo as suas vendas dobrado em relação ao mesmo período do ano anterior⁵.

Aproximadamente uma semana depois, deixamos a sala de aula no turno vespertino de uma sexta feira, 13 de março, sem imaginar que, a partir daquele final de semana, não voltaríamos tão cedo à rotina exaustiva de aulas e avaliações da qual tanto nos lamentávamos. Escrevemos o presente artigo em meados de junho de 2020 e ainda são muitas as incertezas sobre o prognóstico da pandemia de Covid-19 e sobre o encaminhamento das atividades letivas do próximo semestre.

Naquela mesma semana, no dia 11 de março, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, Dr. Tedros Adhanom, declarou ao mundo que a peste causada pelo novo coronavírus no ano de 2020 podia ser considerada, enfim, uma pandemia⁶. No livro de Camus, encontramos uma passagem de similar dramaticidade, quando o

protagonista, Dr. Rieux, recebe um telegrama do prefeito de Oran, cidade da costa argelina onde a trama se desenvolve, alertando: “Declarem o estado de peste. Fechem a cidade”¹.

Com esse anúncio, se encerra a primeira parte da narrativa. O capítulo que segue descreve as bruscas consequências do estado de exílio e a necessidade de adaptações impostas pela epidemia:

A partir desse momento, pode-se dizer que a peste se tornou um problema comum a todos nós. Até então, apesar da surpresa e da inquietação trazidas por esses acontecimentos singulares, cada um de nossos concidadãos continuara suas ocupações conforme pudera, no seu lugar habitual. E, sem dúvida, isso devia continuar. No entanto, uma vez fechadas as portas, deu-se conta de que estavam todos, até o próprio narrador, metidos no mesmo barco e que era necessário ajeitar-se¹.

Nós também nos deparamos, ao lidar com uma nova peste na vida real, com um cenário de muitas inseguranças, no qual a possibilidade de preservar uma certa normalidade na rotina através da manutenção das atividades acadêmicas em modalidade *online*, nos deu o ponto de partida para nos engajarmos com o compromisso de realizar um “Clube de Leitura *online*”, como proposta de um sucedâneo dos encontros presenciais que realizávamos no âmbito do grupo “Humanidade, medicina e arte”.

Novamente encontramos paralelos entre esse compromisso assumido em meio ao caos da pandemia e o cotidiano dos personagens de Camus. No enredo de “A Peste”, a disciplina instaurada por uma rotina de registros epidemiológicos (liderados por Dr. Rieux e sua comitiva de companheiros) e a submissão coletiva a uma série de novos regulamentos sanitários significam, ao mesmo tempo, a esperança e a ilusão de introduzir ordem num cenário de desordem⁷.

Clubes de leitura constituem-se como dispositivos de encontro regular de pessoas através de espaços e momentos de leitura, de discussão e partilha, de construção individual e coletiva de significados, que permitem ressignificar as práticas

leitoras, numa perspectiva individual e social, alargando consequentemente o horizonte de aprendizagem e/ou de fruição que a prática leitora deve pressupor. Os clubes de leitura favorecem e diversificam a interação entre os participantes, tendo por base a leitura simultânea de um livro⁸.

ORGANIZAÇÃO

Optou-se então pela obra “A peste” de Albert Camus para inaugurar o Clube de Leitura. Respeitando a divisão do livro, em 5 partes, realizada pelo autor, nossa proposta foi agendar 3 encontros com 2 ou 3 semanas de intervalo, para que cada membro e convidado do clube, embora lendo individualmente a obra, estivesse em momentos concomitantes do livro para discuti-lo. O **quadro I** mostra as datas, trechos selecionados e alguns exemplos de excertos selecionados para serem lidos e discutidos coletivamente durante as sessões. Estas ocorreram através de uma plataforma de reuniões online, o *Microsoft Teams*®, no qual todos podem abrir câmeras e microfones para falar e assistir simultaneamente uma apresentação de slides compartilhada pelo anfitrião da reunião.

Em cada reunião, para iniciar e moderar os debates do dia, foi convidada uma professora do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá (campus Presidente Vargas), ao qual o grupo “Humanidades, Medicina e Artes” está vinculado. Ao final da fala de cada uma das professoras, a sessão era aberta para que todos os participantes pudessem opinar ou falar livremente sobre o trecho do livro selecionado para leitura até a data da reunião. Os encontros foram abertos para participantes de qualquer formação, área ou instituição, mediante inscrição em um formulário *online* do *Google*® para que pudessem ser adicionados ao canal de reuniões da plataforma *Microsoft*

Teams®. Os alunos da UNESA receberam horas AAC (atividades acadêmicas complementares) pela participação nas reuniões. Tivemos uma média de 40 inscrições por encontro.

Data da sessão online	Parte proposta do livro	Exemplos de excertos selecionados para leitura:
29 de abril de 2020	I	<p>“O que é mais original na nossa cidade é a dificuldade que se pode ter para morrer. Dificuldade, aliás, não é o termo exato: seria mais certo falar em desconforto.”</p> <p>“Na manhã do dia 16 de abril, o Dr. Bernard Rieux saiu do consultório e tropeçou num rato morto, no meio do patamar. (...) Rieux não teve dificuldade em constatar, em seguida, que todo o bairro falava dos ratos. Acabadas as visitas, voltou para casa.”</p> <p>“Compreendia-se agora que esse fenômeno, de que não se podia ainda avaliar a amplitude nem determinar a origem, tinha qualquer coisa de ameaçador.”</p> <p>“— Doutor — perguntou ela —, que é isto? — Pode ser uma série de coisas. Mas não há ainda nada de certo.”</p> <p>“Aparentemente, nada mudara. Os bondes continuavam sempre cheios nas horas de afluência, vazios e sujos o resto do dia.”</p> <p>“No dia em que o número dos mortos atingiu de novo trinta, Bernard Rieux olhava o telegrama oficial que o prefeito lhe estendera, exclamando: “Estão com medo!”. O telegrama dizia: “Declarem estado de Peste. Fechem a cidade.”</p>
13 de maio de 2020	II	<p>“A partir desse momento, pode-se dizer que a peste se tornou um problema comum a todos nós.”</p> <p>“Os jornais publicaram decretos que renovavam a proibição de sair e ameaçavam com penas de prisão os infratores.”</p> <p>“— A epidemia está andando muito rápido? — perguntou Rambert. Rieux disse que não era isso e que até a curva da estatística subia mais devagar. Simplesmente, os meios de luta contra a peste não eram ainda suficientes. — Falta-nos material — disse. — Em todos os exércitos do mundo, substitui-se geralmente a falta de material por homens. Mas também há falta de homens.”</p>

10 de junho de 2020	III a V	<p>“...a peste tudo dominara. Já não havia então destinos individuais, mas uma história coletiva que era a peste e sentimentos compartilhados por todos.”</p> <p>“...mas a evidência tem uma força terrível que acaba sempre vencendo. Qual o meio, por exemplo, de recusar os enterros no dia em que nossos entes queridos precisam ser enterrados?”</p> <p>“As famílias pobres viam-se, assim, numa situação muito difícil, enquanto às ricas não faltava praticamente nada. A peste, que, pela imparcialidade eficaz com que exercia seu ministério, deveria ter reforçado a igualdade entre nossos concidadãos pelo jogo normal dos egoísmos, tornava, ao contrário, mais acentuado no coração dos homens o sentimento da injustiça.”</p> <p>“...para depor a favor dessas vítimas da peste, para deixar ao menos uma lembrança da injustiça e da violência que lhes tinham sido feitas e para dizer simplesmente o que se aprende no meio dos flagelos: que há nos homens mais coisas a admirar que coisas a desprezar.”</p> <p>“Porque ele sabia o que essa multidão eufórica ignorava e se pode ler nos livros: o bacilo da peste não morre nem desaparece nunca, pode ficar dezenas de anos adormecido nos móveis e na roupa, espera pacientemente nos quartos, nos porões, nos baús, nos lenços e na papelada.”</p> <p>“E sabia, também, que viria talvez o dia em que, para desgraça e ensinamento dos homens, a peste acordaria seus ratos e os mandaria morrer numa cidade feliz.”</p>
---------------------	---------	--

Quadro 1. Demonstração de conteúdos selecionados do livro “A peste”, de Albert Camus, para serem discutidos no Clube de leitura *online*.

AMBIÊNCIA DOS ENCONTROS: A ICONOGRAFIA DE HIERONYMUS BOSCH E O BLUES DA ENFERMARIA ST. JAMES

O Jardim das Delícias Terrenas (**imagem 1**) é um tríptico de Hieronymus Bosch, pintor holandês dos séculos XV e XVI. Trata-se de três painéis que embora distintos entre si, estão interligados, apresentando narrativa complexa que tem gerado diversas interpretações há cerca de 500 anos. A primeira pintura que se apresenta ao público representa a criação do mundo: o jardim do éden. Já o painel central da obra apresenta o jardim das delícias terrenas: cena contendo várias figuras humanas

desnudas numa espécie de espetáculo erótico. No seio desse espetáculo encontra-se a fonte da juventude, e acima desta a fonte do adultério. Por último temos um painel que representa o inferno: uma visão violenta, um cenário de pesadelo, representações de tortura, aflição e sofrimento⁹.

Bosch ganhou notoriedade por suas assustadoras representações das forças do mal, sendo o primeiro e talvez único artista a dar forma tangível aos medos que afligiam os homens da Idade Média¹⁰. Suas obras retratavam um mundo de terror, violência, pesadelo e praga: um mundo como o nosso, especialmente no atual contexto de pandemia. Nessa perspectiva, considerou-se adequado que fossem imagens extraídas de suas pinturas a ornar os slides utilizados para guiar as discussões durante os encontros da leitura de *A Peste*, de Albert Camus. Alguns desses pormenores foram utilizados nos convites digitais utilizados na divulgação das reuniões, que se encontram na **imagem 2**.

A arte de Bosch é dotada de beleza estranha e fascinante. É a arte de um período de transição entre o feudalismo e o capitalismo, marcado pela fome, guerras e pragas. A humanidade parecia caminhar para a ruína: um panorama parecido com aquele representado na pintura que representa o inferno em *O Jardim das Delícias Terrenas*¹¹. Tal panorama também parece ser representativo dos fatos que se desenrolam na cidade de Oran, na narrativa de Camus em *A Peste*, desde o momento no qual os primeiros ratos foram encontrados mortos, até o momento no qual o cenário de caos é completamente instalado na cidade, com a ocorrência de milhares de mortes, separações de famílias e instauração de quarentena.

No início de todas as reuniões, enquanto aguardávamos que todos os inscritos se conectassem ao canal de reunião, executamos em segundo plano a canção *St. James Infirmary Blues*. Trata-se de uma canção quase folclórica do *blues* americano,

de origem incerta e autoria polêmica. Há dezenas de gravações, sendo a mais antiga oficialmente reconhecida a de Louis Armstrong, de 1928. Suas diferentes versões ou canções em que supostamente teria se baseado, como “*Gambler’s blues*” e “*The unfortunate rake*”, contam a história de um homem que visita a amada falecida ou enferma no hospital, arruinado pelo vício por bebidas e jogos de azar ou por doença venérea, passando o próprio homem a se encontrar em estado mórbido, deixando a seus companheiros orientações para o seu enterro¹². A canção aparece duas vezes como pano de fundo na obra de Camus e, provavelmente, se refere à versão atualmente conhecida cuja letra diz, em livre tradução:

“Rapazes, estou indo para a Enfermaria *St. James* /
Ver minha garota lá /
Ela está estendida em uma grande mesa /
Tão doce, tão fria, tão justa /

Deixe-a ir, deixe-a ir, Deus a abençoe /
Seja lá onde ela estiver /
Ela pode procurar em todo este mundo /
Mas nunca vai encontrar outro homem gentil como eu /
(...)
Pessoal, agora que vocês ouviram minha história /
Fale, garoto, me dê mais uma dose dessa bebida /
Se alguém te perguntar /
Diga a eles que peguei a tristeza (*blues*) da Enfermaria *St. James*!”¹²

A primeira referência acontece quando Dr. Rieux e o companheiro Tarrou se encontram com Rambert, no bar do hotel em que este se hospedava, onde conversam e bebem o que o texto sugere ser um *amaro*. O ambiente estreito e selvagem se opõe à grandiosa Oran silenciada pela peste: “Umas trinta pessoas acotovelavam-se lá, falando muito alto. Recém-chegados do silêncio da cidade infestada, os dois pararam, um pouco aturdidos. Compreenderam a agitação ao verem que ainda serviam bebidas alcoólicas”. As conversas alheias se tornavam incompreensíveis pelo som alto do *St. James Infirmary Blues*¹.

Na segunda ocasião, Dr. Rieux e Tarrou visitam o jornalista numa noite antes de outra tentativa frustrada de escapar de Oran, de volta para sua amada em Paris. Numa demonstração de desilusão e indiferença, Rambert confessa aos companheiros que já não esperava que os contrabandistas envolvidos no esquema de fuga comparecessem “— Naturalmente, eles não virão. (...) — Os senhores não compreenderam ainda. (...). Não compreenderam que consiste em recomeçar.” A conversa ocorre novamente sob o embalo do blues. Ao término do disco, Rambert se queixa de tê-lo repetido pelo menos dez vezes aquele dia, não porque o quisesse, mas porque era o único do qual dispunha. E acrescenta: “Eu não disse que tudo consiste em recomeçar?”¹.



Imagem 1. O tríptico de Hieronymus Bosch, “Jardim das Delícias Terrenas”.



Imagem 2. Série dos 3 convites digitais utilizados na divulgação do clube de leitura *online* de “A peste”.

FRUTOS NUM JARDIM DE BELEZA E CAOS

Para a reunião inaugural, convidamos a Dra. Karis Rodrigues, médica infectologista, Doutora em Biologia Parasitária pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e professora das disciplinas “Microbiologia Médica” e “Doenças Infecciosas e Parasitárias” na UNESA. É também a responsável pela disciplina eletiva “Medicina de Viagem”, na qual tomamos conhecimento da obra “A peste” durante a aula de doenças emergentes e reemergentes. A professora iniciou sua fala

destacando a similaridade entre a pandemia de Covid-19 e a epidemia descrita no livro de Camus, pela falta de um arsenal terapêutico específico em ambas as situações. “A peste” se passa em algum ano não especificado da década de 1940, na qual não havia ainda um antibiótico eficaz para o combate ao bacilo da peste. Posteriormente, comentou o negacionismo da população, que tem nas atividades de lazer o afago para sustentação de seu antigo modo de vida, algo que temos visto, principalmente, no Brasil, na ausência de uma efetiva voz governamental. Para professora, um de seus destaques seria a evolução do padre Paneloux ao longo da obra, que afirmava o caráter punitivo da peste, orientando a população de Oran a aceitar os planos divinos. A necessidade coletiva de participar de solenidades religiosas como forma de expiação contra a peste (fosse esta, nesse caso, uma condenação divina) gira, no livro, ao redor da figura de São Roque, invocado como um santo padroeiro contra as epidemias, tendo sido ele mesmo um sobrevivente da Peste Negra do século XIV. Durante a pandemia do COVID-19, o Papa Francisco concedeu indulgência plenária em uma benção conhecida como "Urbi et Orbi" (à cidade e ao mundo), em uma missa solitária na praça de São Pedro, que foi descrita como um dos acontecimentos mais importantes do século. A missa foi realizada diante do crucifixo milagroso que, segundo a tradição, salvou Roma de uma nova epidemia de peste em 1522.¹³ Por fim, além do papel da religião, que teve uma construção essencialmente crítica por um autor assumidamente anticlerical, a atemporalidade dos sentimentos e comportamentos humanos também foi levantada. A professora indicou a leitura de “Todos os homens são mortais”, de Simone Beauvoir, que narra a vida do imortal Raymond Fosca, que participa de inúmeras destruições e reconstruções da humanidade. Seguindo a lógica da indicação, a professora conclui o caráter cíclico da

História, estando o ser humano fadado a sentir que o fim de tudo que permeia a sua vida está sempre próximo.

No segundo encontro, convidamos a Dra. Eleny Teixeira, médica pneumologista, Doutora em Clínica Médica/Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professora da disciplina “Clínica Médica” na UNESA. Durante sua fala, a professora lembrou suas experiências profissionais com outras pandemias, como a do HIV e da tuberculose - "peste branca" - e como a releitura do livro e o momento no qual estamos vivendo se aproximam dessas experiências. Também destacou o cenário apresentado pelo livro, com suas fortes imagens: os sons de ambulâncias que trazem medo e pânico, não diferente dos dias de hoje. Apesar do terror deste cenário, não podemos nos acostumar com vidas sendo perdidas. Também foram pontuadas outras semelhanças do livro com o presente momento: o alto consumo de álcool, estoque de comida e procura por medicações. A professora termina sua participação com uma importante constatação: a de que o vírus (o SARS-Cov-2) não é democrático. Ele avança cruelmente nas periferias e evidencia as desigualdades sociais do sistema capitalista. Camus falava abertamente (e deixa pistas do caráter alegórico do livro na sua epígrafe) de que a epidemia em “A peste” pode ser entendida como uma metáfora à ocupação nazista. Hoje, a obra não apenas descreve com muita precisão e literalidade, de um jeito que o próprio Camus talvez não pudesse imaginar, o estado de quarentena vivido pela humanidade na atual pandemia, como também continua suscitando no leitor atento o alerta de avanço de movimentos extremistas e fascistas da atualidade. Nesse contexto, os participantes do encontro também debateram sobre as ameaças de avanço do fascismo – afinal, como Camus nos recorda, “o bacilo da peste não dorme e nem desaparece”¹.

No último encontro, convidamos a Dra. Silvana Ferreira, médica psiquiatra, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ e professora das disciplinas “Psicologia Médica”, “Bioética” e “Saúde Mental/Psiquiatria” na UNESA. Como já mencionado, a obra de Camus é repleta de símbolos. Nessa reunião, a professora e os participantes debateram como é emblemático que o autor descreva Oran como uma cidade “de costas para o mar”. O mar, em sua amplitude, seria uma representação dos prazeres e liberdade perdida no estado de exílio imposto pela peste? É ainda mais curioso que uma das cenas mais singulares do livro seja o momento em que o Dr. Rieux e Tarrou burlam o isolamento, usufruindo de seus salvos-condutos, para desfrutarem de um banho no mar. Ainda sobre esse mesmo Dr. Rieux e sobre a própria práxis médica, discutiu-se como a medicina, em si, é fadada ao “fracasso”: ainda que se supere pontualmente a mortalidade ou morbidades, no mais tardar, a morte se fará presente. Novamente evocamos a passagem final da obra, em que Dr. Rieux sabia que, a despeito da alegria dos concidadãos que voltaram à “normalidade”, essa estaria sempre ameaçada. A maior potência do Dr. Rieux, no fim das contas, é sua capacidade de contar e relatar os fatos para a sorte de muitas gerações após a sua, que tiveram a satisfação de ler essa narrativa.

SEMENTES

Como futuros médicos, reconhecemos no personagem do Dr. Rieux uma miríade de competências que se espera de um médico generalista, devotado ao seu ofício e dotado de um olhar comprometido com os determinantes sociais da saúde da população adstrita ao seu território de atuação. O reconhecimento dessas competências colabora para o enriquecimento de nossas habilidades, ao inspirar-nos um maior compromisso com a humanização do cuidado.

Como encaminhamento dos encontros do Clube de Leitura online, após o término do livro “A peste” de Camus, foi decidido que nas próximas reuniões devemos discutir uma série de contos da escritora brasileira Conceição Evaristo, no contexto da urgência de se debater a questão do racismo, principalmente no meio acadêmico de medicina, no qual as inequidades raciais são gritantes, principalmente no que tange à diferença de ingresso no curso entre pessoas negras e brancas.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras, Dra. Karis Rodrigues, Dra. Eleny Teixeira e Dra. Silvana Ferreira - e também à Professora Ana Ramalho, médica especialista em saúde pública e epidemiologia pela Escola Nacional de saúde pública (ENSP/FIOCRUZ), professora aposentada de epidemiologia da UNESA,

...o grupo “Humanidades, medicina e artes” agradece pela enriquecedora contribuição ao exercerem, para além do prodigioso magistério em sala de aula, em momentos como esses que tivemos no Clube de leitura *online*, a incansável capacidade de nos inspirar!

Por fim, os alunos autores estendem o mesmo agradecimento a todo o corpo docente que orienta as atividades do grupo “Humanidades, Medicina e Arte”, do qual nos sentimos muito honrados de participar.

REFERÊNCIAS

1. Camus, A. A peste. 23ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2017.
2. Vinci, E. Empathy and literary reading: the case of Fräulein Else's interior monologue. *Humanidades* (Montevideo. En línea) [online]. 2019; acesso 19 de junho de 2020; n.6, pp.133-151. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-16292019000200133&lng=es&nrm=iso.
3. Gularte, N. et al. Abordando a Relação Clínica e a Comunicação de Notícias Difíceis com o Auxílio das Artes e dos Relatos Vivos. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, Dec. 2019; acesso em 19 de junho de 2020; v. 43, n. 4, p. 131-140. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000400131&lng=en&nrm=isso.
4. Mejia-Rivera, O. Literature and cinema in the training of doctors and medical humanities. *Acta Med Colomb.* [online]. Setembro de 2019 [Acesso em: 19 de junho de 2020]; v. 44, n. 3, p. 25-29. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482019000300025&lng=en&nrm=isso.
5. 'A PESTE', DE ALBERT CAMUS, VIRA BEST-SELLER EM MEIO À PANDEMIA DE CORONAVÍRUS. *Folha de São Paulo; Folha Ilustrada.* [online]. 12 de março de 2020; [Acesso em: 19 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2020/03/a-pesto-de-albert-camus-vira-best-seller-em-meio-a-pandemia-de-coronavirus.shtml>
6. MOREIRA, A.; PINHEIRO, L. OMS declara pandemia de coronavírus. *Portal G1.* [online] 11 de março de 2020; acesso em 19 de junho de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml>
7. Caponi, S. Lo público y lo privado en tiempos de peste. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos.* [online]. Junho de 1999; acesso em 19 de junho de 2020; v. 6, n. 1, p. 07-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200001&lng=en&nrm=isso.

8. Barbeiro LF, Gamboa MJ. Clubes de leitura: construção e conquista de leitores. *Revista de Investigação em Educação e Ciências Sociais*. [online]. 2016; acesso em 19 de junho de 2020; v.1, p. 37 – 51. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4256>.
9. Macedo, L. Sobre o “Jardim das Delícias” como modelo de análise dos processos de comunicação intercultural. *Comunicação e Sociedade*, Braga, jun. 2017; acesso em 19 de junho de 2020; v. 31, p. 225-238. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-35752017000100008&lng=pt&nrm=isso.
10. Gombrich, E.H. *A História da Arte*. 16ª ed. Rio de Janeiro. 2000.
11. Woods, A. Hieronymus Bosch and the art of the death agony of feudalismo. In *Defence of Marxism*. 11 de maio de 2020; acesso em 19 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.marxist.com/bosch-art-of-death-agony-of-feudalism.htm>.
12. Dingee, W. *History of the blues: St. James Infirmary*. WHRB Harvard Radio Broadcasting. [online]. 4 de abril de 2015; acesso em 19 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.whrb.org/archive/blues-history-st-james-infirmary-blues>.
13. Fracalvieri, B. *Papa Francisco: Abraçar o Senhor para abraçar a esperança*. 2020. *Vatican News* (ed.). 27 de março de 2020; acesso em 19 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2020-03/papa-francisco-coronavirus-bencao-urbi-et-orbi.html>

O ÓDIO INDISFARÇÁVEL CONTRA NEGROS, INDÍGENAS, POBRES E SEUS IDOSOS - A NECROFILIA COLONIALISTA OUTROCIDA (NCO) NO BRASIL

THE INDISFARABLE HATE AGAINST BLACK, INDIGENOUS, POOR AND ELDERLY PEOPLE - THE OTHER COLONIALIST NECROPHILY (NCO) IN BRAZIL

Wallace de Moraes^a

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar as posturas do governo brasileiro e a sua indisfarçável simpatia pela morte/aniquilamento de negros, indígenas, pobres e seus idosos. Necro-Estado e liberalismo econômico compõem o pior dos mundos para as novas senzalas e florestas brasileiras. Como forma de representar tais ações, apresento o conceito de Necrofilia Colonialista Outrocida (NCO).

Palavras-chaves: Necrofilia Colonialista Outrocida; anarquismo negro; Geronticídio; Necro-Estado

Abstract: The purpose of this article is to analyze the postures of the Brazilian government and its undisguised sympathy for the death / annihilation of blacks, indigenous people, the poor and their elderly. Necro-State and economic liberalism compose the worst of the worlds to the new slave quarters and Brazilian forests. As a way of representing such actions, I present the concept of Othercida Colonialist Necrophilia (OCN).

Keywords: Othercidal Colonialist Necrophilia; indigenous Anarchism; Black Anarchism; Gerontecide; Necro-State.

^a Professor de Ciência Política e dos Programas de Pós-Graduação em Filosofia (PPGF) e História Comparada (PPGHC) da UFRJ. Pesquisador do INCT/PPED e líder dos grupos de pesquisas: Coletivo de Pesquisas Decoloniais e Libertárias (CPDEL/UFRJ); Observatório do Trabalho na América Latina (OTAL/UFRJ). Bolsista da FAPERJ.

Em vídeo divulgado nas redes sociais, no dia 11 de junho de 2020, o presidente da República instou aos seus seguidores que enviassem para ele vídeos depois que invadissem os hospitais públicos para filmar se os leitos estavam vazios; depois dessa bravata, repassaria os vídeos à Polícia Federal.¹ Isso porque, na visão dele, é invenção da oposição que a Covid-19 está deixando os hospitais repletos de gente. A sua coerência é admirável e a mantém desde o início. Em 16 de março, declarou que o novo coronavírus “não é o que dizem” e que é “uma histeria”. No dia 10 de abril, defendeu a flexibilização do isolamento social. Dois dias depois, quando o país ainda estava longe de atingir o ápice da contaminação, pronunciou: “parece que está indo embora essa questão do vírus”.²

No dia 7 de maio de 2020, Jair Bolsonaro, fez uma marcha a pé, com alguns dos maiores empresários do país e políticos apoiadores, até o Superior Tribunal Federal (STF). Seus objetivos principais foram exigir o fim do isolamento social e a volta à normalidade econômica. Subsidiariamente, almejava reverter o entendimento estabelecido pelo STF de que estados e municípios têm o poder de decretar medidas restritivas de circulação e de fechamento do comércio. Não satisfeito, no final da tarde, editou um decreto que incluía no rol de serviços essenciais as atividades da construção civil e industriais. No dia 11, incluiu academia, salão de beleza e barbearia como atividades essenciais. No Brasil, a mais ampla maioria das pessoas já morreram sem nunca ter usado um serviço extremamente essencial como uma academia de ginástica. Enquanto isso, alguns telejornais que não fazem parte do rol de apoiadores incondicionais do governo mostravam que em vários estados da federação os hospitais estavam

lotados e várias pessoas morriam por absoluta falta de equipamentos e leitos. O Brasil já contabiliza mais de 11 mil mortes oficiais e diferentes especialistas independentes chegam ao consenso de que esse número é infinitamente maior, alguns apresentam pesquisas de que seria 12 vezes maior, simplesmente porque a maioria dos mortos não realizaram sequer testes para Covid-19. Certo é que os cemitérios das grandes cidades entraram em colapso e estão fazendo enterros coletivos em valas comuns com caixões lado a lado. No início, chegaram a enterrar uns sobre os outros.

No dia 08 de maio, como forma de afrontar os que defendem o isolamento social, o presidente anunciou que daria uma festa para 30 convidados com jogo de futebol na sua casa. Em resumo, desde março, tem participado de aglomerações e realizado marchas com seus apoiadores.

O mandatário brasileiro já trocou o ministro da saúde, duas vezes, em menos de um mês, por divergências quanto ao isolamento social e o uso do remédio Cloroquina³. Atualmente, o Ministério da Saúde é comandado por um militar. No dia 28 de abril, perguntado sobre o crescimento das mortes, disse: “E daí? Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”. No dia 29 de abril, alegou: “todo mundo vai morrer um dia”. No dia 23 disse: “Não dá para fazer mais do que estamos fazendo”. Seus descalabros não começaram apenas quando assumiu a presidência da República, em 1999, enquanto deputado federal defendeu: “Só vai mudar, infelizmente, quando partirmos para uma guerra civil aqui dentro. E fazendo o trabalho que o regime militar não fez. Matando uns 30 mil (...) Se vai morrer alguns inocentes? Tudo bem, tudo quanto é guerra morre inocente.”⁴

Como entender os discursos e as posturas do presidente diante da pandemia em particular? A quem favorece e a quem desfavorece?

A base social apoiadora do governo é formada, principalmente, por igrejistas, militaristas e grandes empresários. Por isso, seus discursos sempre citam Deus, guerras e liberalismo econômico. Alimentada por uma indústria de fake News e fake History, com despejo de centenas de mensagens diariamente, seus militantes têm defendido, inclusive, um auto-golpe que feche o Congresso e o STF para que o presidente governe como quiser. Fazem constantemente alusão ao AI5 (Ato Institucional n. 5) imposto, em 1968, pela ditadura militar-plutocrática.

Fato é que vivemos no Brasil uma campanha eleitoral permanente induzida por apoiadores do presidente impulsionada por três principais aspectos: defesa do liberalismo econômico, prática de um racismo, uma necropolítica, e propagação do medo.

Nesse sentido, para melhor compreender essas posturas durante a pandemia de Covid-19, proponho a discussão de dois aspectos centrais e historicamente correlacionados: o liberalismo econômico e o racismo.⁵ Assim, trataremos da discriminação que sofrem negros, indígenas, pobres e seus idosos.

Da Colonialidade do Poder e da Necrofilia Colonialista Outrocida (NCO)

Para tanto, recorreremos a dois conceitos que explicitam bem as questões apresentadas: colonialidade do poder, do ser e do saber⁶ e Necrofilia Colonialista Outrocida⁷. O conceito de colonialidade do poder, cujo oposto é a decolonialidade, tem por objetivo situar a modernidade, iniciada em 1492, com a

conquista das Américas pelos Europeus, cuja principal marca foi a criação da ideia de raça, nos termos modernos, e de sub-humanidade, para os não europeus. O racismo, portanto, foi sua principal característica contra aqueles que Frantz Fanon⁸ nomeou como condenados da terra. O modelo erigido com a modernidade, marcada pelo eurocentrismo e a exportação do capitalismo para o mundo inteiro, não teria sido possível sem o processo colonial. Maldonado-Torres resume muito bem o papel do supracitado conceito para entender o colonizado como um condenado. Vejamos.

O mais direto e óbvio fio que unifica a colonialidade do poder, do saber e do ser é o sujeito colonizado, que eu proponho que concebamos, seguindo Fanon, como um *damné*, ou condenado. Os condenados são os sujeitos que são localizados fora do espaço e do tempo humanos, o que significa, por exemplo, que eles são descobertos junto com suas terras em vez de terem o potencial para descobrirem algo ou de representarem um empecilho para a conquista de seu território. Os condenados não podem assumir a posição de produtores do conhecimento, e a eles é dito que não possuem objetividade. Do mesmo modo, os condenados são representados em formas que os fazem se rejeitar e, enquanto mantidos abaixo das dinâmicas usuais de acumulação e exploração, podem apenas aspirar ascender na estrutura de poder pelos modos de assimilação que nunca são inteiramente exitosos. A colonialidade do poder, ser e saber objetiva manter os condenados em seus lugares, fixos, como se eles estivessem no inferno. Esse é o inferno em relação ao qual o céu e a salvação do civilizado são concebidos e sobre os quais ele está acoplado.⁹

O conceito de colonialidade busca representar que mesmo após os movimentos de libertação e independência dos povos colonizados, as práticas colonialistas permaneceram. Práticas essas que continuam a subalternizar negros e indígenas nas Américas, portanto, pautadas em práticas racistas. Entendemos que a referida categoria ajuda a entender as técnicas do governo brasileiro na atualidade. Com base nele e em outros, propomos o conceito de necrofilia colonialista outrocida (NCO). Vejamos seu significado.

Já podemos adiantar que o supracitado conceito está diretamente inspirado por diferentes filosofias/pensadores, a saber: na crítica do

colonialismo¹⁰, na necropolítica¹¹, na outremização¹², na colonialidade do poder¹³ na filosofia política anarquista¹⁴, no anarquismo negro¹⁵, nos ensinamentos das sociedades indígenas¹⁶, no comunalismo africano¹⁷, no quilombismo¹⁸, na simbiose entre indigenismo e negritude¹⁹.

Para o caso brasileiro, o conceito busca ressaltar que não se trata apenas de uma deliberação do soberano de fazer morrer e deixar viver (necropolítica) ou de fazer viver e deixar morrer (biopoder)²⁰, mas de uma política deliberada pela morte, uma simpatia, um amor pelo extermínio do “pária” da sociedade, do opositor, do outro. Nesse sentido, o conceito de necrofilia é mais apropriado, mais direto. Não se trata apenas de um oposto a biopolítica de Foucault, no campo de se regular a vida, a necrofilia não é apenas uma regulamentação da morte, mas busca representar um desejo pela morte. Todavia, não é a morte de qualquer um. Por isso, ela deve estar casada com o conceito de colonialidade.

É, afinal, uma necrofilia colonialista quase hedonista, pois sente prazer na morte do africano, do indígena, do asiático (do chinês), do árabe e de todos os seus descendentes em diáspora, ou não, que não estão prontos apenas para servir e têm dificuldades em aceitar o lugar destinado pela supremacia branca e seus parâmetros modernos/coloniais. É, nestes termos, uma necrofilia colonialista. O termo colonialista busca marcar que seus principais alvos são povos não europeus. Mas ele não atenta apenas contra estes.

Daí a necessidade do conceito de outrocídio, pois explica porque outras “minorias” para além dos alvos do racismo sofrem diante do conservadorismo reinante. Desta maneira, o conceito de outrocídio busca marcar a discriminação, a perseguição e o amor pela morte (simbólica, psicológica e/ou física) do pobre, do idoso improdutivo, da comunidade LGBTQIA+, da mulher independente, do

anarquista, do comunista, do ambientalista, do adepto das religiões de matriz não judaico-cristã, do analfabeto, do deficiente físico, daquele que atenta contra a propriedade do rico.

O primado desses processos discriminatórios é o narcisismo que não reconhece o outro como digno de respeito, nem como igual. Em última instância, não representa apenas o desrespeito pelo outro, mas um desejo por sua humilhação, que envolve seu aniquilamento psíquico.

Para que o outrocídio prevaleça impune é necessário negar a ciência emancipadora e atacá-la com toda força, pois assim se encontra terreno fértil para o cultivo de preconceitos, para propagação de dogmas que servem aos interesses dos governantes obcecados por poder e lucro, baseados em *Fake News* e *Fake History*.

Para abreviar, o conceito de NCO tem por objetivo representar várias formas de assassinar literalmente, ou psicologicamente, diversos segmentos sociais de governados da sociedade, sistemas ambientais, epistemológicos, religiosos e animais do planeta, atentando assim contra velhos, negros, indígenas, pobres, mulheres, comunidade LGBTQIA+, analfabetos, adeptos de religiões diferentes das judaico-cristãs, epistemologias revolucionárias, florestas e suas ecologias e animais.²¹ A NCO busca também criticar em seu conjunto o militarismo, o igrejismo, nacionalismo, capitalismo, liberalismo econômico e o necro-Estado – instituições que prezam pela prática do conceito, pautadas na negação da alteridade e no narcisismo ufanista xenofóbico. Estas instituições formam a base da Modernidade/Colonialidade/Eurocêntrica. Cabe ressaltar apenas mais uma questão. A NCO pode atacar todas as suas frentes em conjunto, assim como pode eleger um de seus alvos como principais para um

determinado momento. Durante a pandemia de Covid-19, os idosos, pobres, negros e indígenas, estão na alça de mira dos necrofílicos.

GERONTICÍDIO COMO PARTE DA NECROFILIA COLONIALISTA OUTROCIDA

Todos sabemos que a Covid-19 ataca fundamentalmente, mas não só, os mais idosos. No ano passado, o governo federal aprovou a redução de direitos para essa camada social via reforma da previdência. Não satisfeito, tentou de todas as formas evitar o confinamento social e caminhou, sem o menor constrangimento, no sentido contrário à preservação da vida dos mais longevos, pois prefere que a economia permaneça em andamento. Trata-se exatamente da postura denunciada por Chomsky²²: “primeiro o lucro, depois as pessoas”. Poderíamos adaptá-la para o contexto atual: “o lucro sobre os caixões dos mais velhos”. É necessário recorrer à História para entender tais posturas, aparentemente insanas, fascistas, cruéis, descabidas, desumanas. Talvez, agora fique claro para todos porquê o presidente tem horror aos direitos humanos, criados após os absurdos da Segunda Guerra Mundial, tendo como princípios básicos garantir a vida, evitar a tortura e o genocídio.

Entendemos a NCO como prática da colonialidade do poder que inclui os idosos trabalhadores como alvos prioritários da arma dos governantes embebidos pela ideologia do liberalismo econômico. Para esta teoria, é inconcebível que uma pessoa perca sua capacidade produtiva. Não é tolerável. Ainda mais se concebermos que determinadas pessoas devem ser financiadas pelo Estado sem trabalhar. Por isso, os idosos são os principais alvos. Mas não

são todos os idosos. Aqui entra o colonialismo para melhor explicar que há uma diferença fundamental de raça e de classe.

IDOSOS: RAÇA, CLASSE E A NCO

Membros das classes dominantes não fazem trabalho manual, se desgastam menos e desfrutam de tudo e de melhor que a medicina possui para alongar suas vidas, seu bem-estar. Assim, com todo luxo e com toda assistência médica disponível, sua perspectiva de vida é muito maior do que a do idoso pobre. Por isso, podem ficar mais tempo no trabalho produtivo com menos problemas do que o “velho favelado”.

Por outro lado, o idoso pobre normalmente realiza trabalho manual, muitas vezes embrutecedor, não tem assistência médica qualificada em hospitais com infra-estrutura de primeira categoria, e possui todas as carências que os povos colonizados sofrem há séculos (falta moradia, saneamento básico, salário decente, direitos sociais, educação). Com a chegada da terceira idade, sua capacidade produtiva cai progressivamente. É a lei da vida. Mas o sistema está pouco preocupado com isso, pois almeja o aumento constante da produção. Assim, prefere contratar um trabalhador novo com mais capacidade produtiva. O resultado é o altíssimo índice de desemprego entre os idosos que sofrem da NCO. Para piorar, alguns deles sobrevivem com dinheiro público da previdência social que, segundo a perspectiva do liberalismo econômico, onera as cofres públicos. De tal modo, é considerado como improdutivo, não tem valor, e é tido como um pária, um estorvo, sendo amplamente desrespeitado. Já foi até chamado de vagabundo por um presidente da república.

Outro conceito que pode nos ajudar a entender a questão é o de “governança da estética produtiva”. Esta busca representar que na sociedade capitalista jovens esbeltos e com físico de atleta são mais valorizados do que seu oposto por padrões ávidos por produção constante e rápida. O idoso é considerado como não adequado para o trabalho manual que lhe é destinado. A junção da “governança da estética produtiva” com a NCO e o liberalismo econômico resulta na hipervalorização do lucro e no descarte humilhante dos mais velhos. Idosos, negros, indígenas são os principais alvos desse sistema.

Essa postura tem uma história, uma origem. As sociedades tradicionais, indígenas e africanas, davam um extremo valor aos mais velhos, pela sabedoria, pelo domínio das tradições e da história do próprio povo, eram, portanto, seus líderes naturais e amplamente respeitados. A partir do Modernidade/Colonialidade tudo isso foi alterado. Nos regimes coloniais clássicos, o idoso era prontamente descartado. Não interessava aos senhores a garantia da sua vida. Muitas vezes eram jogados ao mar, enforcados ou largados nos porões para a morte. Sua sabedoria era inclusive considerada como um perigo para os colonizadores.

Hoje, a despreocupação com o isolamento social que se sabe colocará em risco principalmente a vida dos mais velhos e pobres, significa apenas a reedição da lógica colonial. É, portanto, uma postura da necrofilia colonialista que mata preferencialmente, no Brasil, negros, indígenas, seus descendentes e seus idosos, tidos como párias, descartáveis, improdutivos, usurpadores da previdência social, que se morrer por uma “gripezinha” não tem problema. O lema atual que melhor representa a necrofilia colonialista é: “o Brasil não pode parar.”

Com efeito, no dia 24 de março de 2020, o presidente fez um pronunciamento em cadeia nacional e no dia 27 de março lançou uma campanha publicitária com gasto de 5 milhões de reais. O objetivo de ambos foi apresentar a Covid-19 como “gripezinha”, defendendo o retorno das aulas, do trabalho, o fim da quarentena, acusando a preocupação e as medidas contra a propagação do vírus de “histeria coletiva”. Agindo dessa maneira procurava agradar aos capitalistas para quem governa, optando pela necropolítica. Troca descaradamente vidas de negros, indígenas, pobres e idosos por crescimento econômico que favoreça aos empresários.

A sorte desses idosos pobres, é que a Covid-19 não faz distinção de classe social. Grande parte das elites que defende com toda força o confinamento social está preocupada com a autoproteção de seus idosos brancos e ricos. Portanto, ainda assim é uma preocupação colonialista. Não se trata de preocupação real com idosos negros e indígenas. Se fosse o caso, também se rebelariam contra a reforma da previdência, a negação da demarcação de terras indígenas e quilombolas, o índice enorme de desemprego para pessoas idosas, a falta de estrutura em hospitais públicos e o liberalismo econômico que mata todo dia essas pessoas independente de qualquer vírus.

CONCLUSÃO

A proposta da volta à normalidade amplamente defendida pelo governo federal significa, portanto, a mais pura aplicação da NCO, envelopada pelo liberalismo econômico, que enxerga o idoso como pária que suga o dinheiro da previdência social pública.

A pandemia nos traz a certeza de que a arma da campanha eleitoral nunca esteve apontada para os bandidos-amigos corruptos, que precisam do rápido retorno das atividades econômicas para enriquecerem, mas para os velhos pobres, largados ao “salve-se quem puder”.

Somente depois de muita pressão de cientistas, jornalistas e de movimentos populares, de saber que os governos dos EUA e da Europa destinaram trilhões de dólares para salvar seus desempregados, o governo brasileiro propôs um "coronavoucher" de R\$ 600,00. Diante das necessidades, são medidas tímidas e insuficientes, típicas de um país ainda colonizado, que pensa pequeno, preso à camisa de força do liberalismo econômico e despreocupado com o bem-estar dos seus governados. A longa demora na sua implementação demonstrou a má vontade em fazê-la. Cada minuto sem ajuda para quem não pode trabalhar e não possui nenhuma reserva econômica (mais de 80 milhões de brasileiros) é uma eternidade.

Não é possível esconder a NCO em curso como um grande problema de saúde coletiva. Por tudo que propõe, o presidente está cometendo “genocídio culposo” não só por deixar morrer, mas por defender medidas que sabe matará principalmente os idosos, negros e indígenas, para garantir os lucros dos bandidos-amigos. Trata-se da aplicação mais cruel da NCO e de um fascismo racista enrustido.

Para não dizer que não falei de flores, os idosos devem ser tratados como nossos ancestrais e não como párias que sugam o dinheiro da previdência social pública. Nesse sentido, as literaturas africanas e indígenas nos ensinam muito (Fanon; Kom'boa; hooks; Kilomba; Sam Mbah; Krenak; Munduruku; Kopenewa). Devemos garantir uma aposentadoria digna para que possam viver seus últimos

anos bem, depois de uma vida inteira de contribuição para a construção do bem-estar coletivo, mas sobretudo, devem ter o reconhecimento, o respeito e o agradecimento de toda a sociedade. Indubitavelmente, essa deve ser uma preocupação urgente da saúde coletiva decolonial, antirracista e antifascista.

Referências:

¹Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/11/interna_politica,863124/bo-sonaro-recomenda-invadir-hospitais-arranja-jeito-de-entrar-e-film.shtml

² Fonte: <https://ultimosegundo.ig.com.br/politica/2020-05-20/de-nao-e-isso-tudo-a-tubaina-veja-falas-de-bolsonaro-sobre-covid-19.html>

³ O presidente acredita, contrariando estudos científicos, que a medicação Cloroquina é eficaz no combate ao coronavírus. A OMS não recomenda o seu uso e o governo dos EUA, antes defensor da sua utilização, através de seu departamento de saúde, proibiu o seu uso para o combate à Covid-19. Fonte: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/15/agencia-americana-revoga-liberacao-da-hidroxicloroquina-como-tratamento-para-a-covid-19.ghtml>

⁴ Fonte: Bernardo M. Franco jornal O Globo de 03 de junho de 2020.

⁵ Domenico Losurdo (2006) mostra muito bem a relação histórica entre liberalismo e escravidão.

⁶ Ramón Grosfoguel, « Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global », *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 80 | 2008, colocado online no dia 01 outubro 2012, criado a 30 abril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/rccs/697> ; DOI : 10.4000/rccs.697

⁷ DE MORAES, Wallace. A Necrofilia Colonialista Outrocida no Brasil. Revista de Estudos Libertários, UFRJ, 2020.

⁸ FANON, Frantz (1968) Os condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

⁹ MALDONADO-TORRES, Nelson in Joaze Bernardino-Costa, Nelson Maldonado-Torres, Ramón Grosfoguel org. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

¹⁰ FANON, Frantz (1968) Os condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

¹¹ MBEMBE, Achile (2018). Necropolítica – biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N1 edições.

¹² MORRISON, Toni. (2019). A origem dos outros – seis ensaios sobre racismo e literatura. São Paulo: Companhia das Letras.

¹³ Quijano, Anibal (2005). Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf

¹⁴ KROPOTKIN, P. *Palavras de um revoltado*. São Paulo: editora Imaginário, 2005. DUPUIS-DÉRI, F. (2019). Quem tem medo do povo? o debate entre ágorafobia política e ágorafilia

política. *Revista Estudos Libertários*, 1(1), 9-35.
in <https://revistas.ufri.br/index.php/estudoslibertarios/article/view/24084>

¹⁵ ERVIN, Lorenzo Kom'Boa. Anarquismo e Revolução Negra e outros textos de anarquismo negro. São Paulo: Singular, 2015.

¹⁶ KOPENAWA, Davi & ALBERT; Bruce. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MUNDURUKU, Daniel. O Banquete dos deuses. São Paulo: Global, 2009.

¹⁷ MBAH, Sam & IGARIWEY, I. E. Anarquismo africano – a história de um movimento. Rio de Janeiro: Rizoma, 2019.

¹⁸ NASCIMENTO, Abdias (2019). O Quilombismo. São Paulo: editora Perspectiva.

¹⁹ HOOKS, Bell (2019). Olhares negros: raça e representação. São Paulo: Elefante.

²⁰ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade – curso Collège de France (1975-76). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

²¹ Existe um processo de matança generalizada de animais selvagens e também de criação de animas para consumo humano. Usarei a denominação de animaticídio. “Estudo da WWF com mais de 3 mil espécies mostra que os humanos destruíram 50% da população de animais selvagens do mundo em apenas 40 anos”. Fonte: https://istoe.com.br/388151_MATANCA+INDISCRIMINADA/

²² CHOMSKY, Noam (1998). Profit over people – neoliberalism and global order. New York: Seven Stories Press.

Protocolos em tempos de pandemia por COVID-19 com critérios para alocação de recursos escassos: podem considerá-los (in)justos?

Protocols in times of pandemic by COVID-19 with criteria for allocating scarce resources: can you consider them (un) fair?

Alexandre Costa^a

Cristiane Maria Amorim Costa^b

Fabiana Cunha Leão Pompermayer^c

Resumo: Este artigo tem por objetivo discutir sobre os protocolos para alocação de recursos escassos durante a pandemia por COVID-19. Inicialmente, é realizado um panorama sobre a pandemia e seus desdobramentos, sendo apresentado os protocolos de alocação de recursos escassos propostos, a partir de uma breve análise dos fundamentos éticos e clínicos/técnicos que sustentam tais protocolos. Nesta visita, são levantadas algumas consequentes fragilidades e desigualdades de acesso da população em geral ao tratamento. A seguir, é deflagrado apontamentos críticos sobre a construção dos protocolos e dos participantes dos comitês deliberativos, responsáveis por alargar as desigualdades e injustiças à população brasileira. Por fim, propomos, não uma conclusão, mas uma abertura ao debate, subsidiada por questões de justiça distributiva e uma compreensão ampliada sobre as entranhas que envolvem as escolhas de fazer viver e deixar morrer.

Palavras-chaves: Pandemia / Planejamento em Saúde / Ética / Direito à Saúde

Abstract: This article aims to discuss the protocols for allocating scarce resources during the COVID-19 pandemic. Initially, an overview of the pandemic and its consequences is made, and the proposed scarce resource allocation protocols are presented, based on a brief analysis of the ethical and clinical / technical foundations that support such protocols. In this visit, some consequent weaknesses and inequalities in access of the general population to treatment are raised. Next, critical notes about the construction of the protocols and the participants of the deliberative committees, responsible for extending inequalities and injustices to the Brazilian population, are triggered. Finally, we propose, not a conclusion, but an openness to debate, subsidized by issues of distributive justice and a broader understanding of the guts that involve the choices to live and let die.

Keywords: Pandemic / Health Planning / Ethic / Right to Health

^a Professor do PPGBIOS e do PPGF, ambos UFRJ.

^b Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem UERJ, Professora Permanente do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

^c Fonoaudióloga, Neurocientista e Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS)



1. Contextualizando a pandemia e seus desdobramentos

A princípio, nos séculos anteriores, acreditava-se que 2020 seria já um ano de muitas inovações na história da humanidade. O despertar do século XXI traria à cena um mundo repleto de automação. Um completo domínio da ciência e da tecnologia sobre a vida biológica. Entretanto, já vinham acontecendo pandemias como a Influenza e Ebola, que também traziam preocupações com a saúde global da população e com o risco de futuras pandemias. Sendo imprescindível haver planejamento para um futuro acontecimento, como refere Ross et al (2015) e Ferreira et al (2014/2020), que abordaram sobre a importância da organização do acesso à saúde no combate às futuras pandemias. A preocupação se consolidou, mas sem o devido planejamento a partir da construção de regulamentos internacionais de saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou em 30 de janeiro deste ano, emergência de saúde pública de interesse internacional, por conta de um vírus encontrado em Wuhan, capital de Hubei, província na região central da China, em dezembro de 2019, denominado COVID-19¹ (SOHRAB et al. 2020). Este vírus possui alta capacidade de transmissibilidade e rápida propagação globalizada. Em 11 de março, a OMS reconheceu o surto como pandemia e anunciou que 115 países possuíam casos declarados da infecção com 118.319 casos confirmados e 4.292 mortes². Em Junho de 2020, a OMS divulga 7.941.791 de casos confirmados e 434.796 mortes³ no mundo.

Frente à imperiosa necessidade de implementação de ações de enfrentamento da pandemia por COVID-19, o mundo se deparou com importantes questões éticas e bioéticas, relacionadas aos cuidados de saúde para pacientes com acometimentos

graves e que necessitam de recursos médico-hospitalares. A cena dos hospitais ao redor do mundo é de sobrecarga: profissionais da saúde, leitos e respiradores, cada vez mais distantes da capacidade de atender a todos os doentes com a dignidade necessária, passa a assolar o mundo. Surge a catástrofe das escolhas que implicam em fazer viver e deixar morrer.

O Brasil teve seu primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro, com a primeira morte por COVID-19 em 16 de março, em São Paulo⁴. Em Junho de 2020 já foram confirmados 923.189 e 45.241 mortes⁵. Como uma doença de alta transmissibilidade, a COVID-19 possui um risco de complicação alto em que uma parcela significativa, cerca de 20% da população infectada irão precisar de internação ao longo de 12 meses, sendo que 5% irão demandar cuidados intensivos⁶ (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Entretanto, o sistema de saúde, que tem como princípios absolutos a universalidade e a equidade⁷, está sucateado, não atendendo às reais necessidades da população em geral. Está associado à carência de locais para atendimento o falho sistema de regulação do Estado, que compromete a regulação para atendimento e para a ocupação de leitos. É notório a escassez de profissionais dentro dos hospitais públicos, e a precarização do trabalho com contratos sem nenhum direito trabalhista para minimizar os efeitos desta situação. E, por fim, os recursos materiais são escassos com carência de insumos básicos, tecnologias necessárias ao tratamento e cuidado do usuário, entre outros.

A escassez de recursos passou a ser uma realidade imposta a quase todos os países do mundo e agravada no Brasil, acarretando um acréscimo de estresse cotidiano aos profissionais de saúde. A situação é difícil e preocupante, o sistema de

saúde e os profissionais trabalham em exaustão. Comparado com países da Europa, o Brasil lida com essa situação rotineiramente, sem pandemia. O que torna tudo muito pior em meio a esta catástrofe.

Segundo dados do Instituto de Estudos Socioeconômicos⁸, divulgados em seu Balanço do Orçamento Geral da União 2019 “O Brasil com baixa imunidade”, o orçamento destinado à saúde desde 2014 vinha em uma linha decrescente, e em 2019, estabilizou em patamares semelhantes a 2014. Porém houve um aumento populacional no Brasil de 7 milhões, aumentando, por consequência, as demandas em saúde. Conforme aponta o documento:

O desfinanciamento da saúde limitou a capacidade de uma resposta rápida e eficiente à pandemia da Covid-19, prejudicando principalmente as populações mais vulneráveis, que dependem exclusivamente do SUS. Se este fosse corretamente financiado, talvez tivéssemos uma quantidade adequada de leitos de UTI, respiradores, equipamentos de proteção individual e testes para lidar com a situação, além de mais profissionais de saúde, em especial os não médicos, como enfermeiros, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde, bem remunerados.⁹

Uma das questões que este momento crítico apresenta é a mudança do olhar do cuidado binário, sustentado na relação usuário-profissional, para uma visão coletiva de saúde da população¹⁰. Dito de outra forma, passa-se a buscar o alcance de estratégias de ação que impactem positivamente para o maior grupo de pessoas, ao invés de pensar individualmente ações positivas para uma única pessoa. Desloca-se a ética individual para a ética coletiva¹¹. Como o objetivo primordial da saúde coletiva é melhorar a saúde das populações e não dos indivíduos, entram em cena questões éticas que englobam o olhar coletivo sobre o individual¹².

Entretanto, cabe ressaltar que os tratamentos regulares de saúde precisam ser mantidos e, portanto, os dois olhares não podem ser esquecidos. Principalmente refletindo sobre os critérios para alocação de recursos humanos e em grupos de usuários que precisam de atendimento e tratamento regular, como indivíduos portadores de doenças renais, reumatológicas, câncer, entre outros. Neste tocante, o Hasting Center dos Estados Unidos define o necessário equilíbrio de duas fontes de autoridade moral, a saber: 1- a ética clínica com o dever de cuidar como essencial para os cuidados de saúde, como obrigação moral e legal e; 2- ética de saúde pública com o dever para promover a igualdade moral entre as pessoas e a equidade (justiça em relação à necessidade na distribuição de riscos e benefícios na sociedade)¹³.

Em situações de catástrofe, existe uma obrigação moral de organização e planejamento voltadas ao estabelecimento de critérios de alocação de recursos, quando houver escassez dos mesmos¹⁴. Estes critérios devem ser eticamente defensáveis, já que a técnica é moral dependente e, portanto, devem ser pautados em pilares clínicos, técnicos e éticos para que seja assegurado o atendimento ao maior número de pessoas¹⁵.

É importante ressaltar que todos os pilares devem ser igualmente visitados e analisados com pesos iguais, para que atinjam a máxima de salvar o maior número de vidas. Apesar da compreensão que nenhum protocolo será “eticamente perfeito e que alcance uma universalidade moral”¹⁶. Defende-se a ideia de um protocolo que seja, igualmente, justo para todos os indivíduos e pautados em princípios éticos. Estes, os princípios éticos, devem responder a questões centrais, a saber: quem tem direito ao recurso?; quais os motivos que justificam uma pessoa ser prioridade no

acesso ao recurso que pode salvar sua vida em detrimento de outra?; como devem ser tomadas as decisões de prioridades?; quem deve tomar estas decisões?¹⁷.

Diante do que foi apresentado, este artigo objetiva analisar, os protocolos de alocação de recursos escassos propostos, como no apresentado pela Associação Médica Intensivista Brasileira (AMIB), apontando as conseqüentes fragilidades e desigualdades de acesso a tratamento da população em geral. Para tal, inicia-se com uma breve análise dos princípios que sustentam os protocolos e, a partir destes, as recomendações e critérios de estabelecimento de alocação de recursos escassos durante a pandemia. Após esta apresentação, será apontado as questões críticas que alargam as desigualdades e injustiças à população brasileira. Por fim, trazemos as considerações finais, não com uma conotação conclusiva, mas como apontamentos com possibilidades de revisão

2. O Pilar Ético dos Protocolos

A exemplo do ocorrido em outros países, a escassez dos recursos de saúde e as necessidades, cada vez mais crescentes do número de pacientes graves com COVID-19, que precisam de leitos de terapia intensiva, levam à situações críticas por conta dos recursos insuficientes diante a alta demanda de pacientes. Estas situações críticas e emergenciais demandam das entidades ligadas à área da saúde o desenvolvimento de protocolos para o “estabelecimento das melhores práticas para a otimização da utilização dos meios e recursos disponíveis”¹⁸.

Os protocolos são atravessados por questões que demandam reflexões sobre seus princípios/pressupostos. As tomadas de decisões implicam escolhas que são regidas por determinados valores e princípios. Quem deverá receber a assistência de respiradores ou não? Em caso de existir somente um respirador e dois ou mais

pacientes igualmente graves, quem será o escolhido? Que critérios serão estabelecidos para subsidiar as escolhas?

Para o estabelecimento das decisões técnicas e clínicas dos protocolos, deve-se ter uma solidez ética, com princípios validados com pretensão de universalidade para justificar as escolhas difíceis que a alocação de recursos em tempos de pandemia requer. Vale ressaltar que, os protocolos, em geral, apontam diversos princípios para sustentarem seus critérios e recomendações, como por exemplo: dignidade humana, beneficência, justiça, autonomia, solidariedade e vulnerabilidade.

A Sociedade Brasileira de Bioética¹⁹ recomenda que a dignidade humana deve ser “o fundamento maior”, já que resguarda as pessoas de quaisquer atos discriminatórios e de desvalorização. Para Santoni et al.²⁰, a dignidade humana estaria associada a direito igualitário a triagem, transparência, acesso à informação e atendimento. A esse respeito, a AMIB²¹ acrescenta que nenhum grupo social deve ter maiores benefícios que outros, de maneira desproporcional.

A beneficência sustenta a recomendação de maximização de benefícios²². A Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronarianas²³ ressalta a importância de desenvolver estratégias proativas em fases, objetivando aproveitar ao máximo os recursos limitados e mitigar os danos às pessoas. Apesar da AMIB²⁴ não explicitar a beneficência, em seus pilares éticos, ressalta que a possibilidade de benefício do usuário deve ser um critério a ser utilizado.

O princípio de justiça, segundo a Sociedade Espanhola de Anestesiologia²⁵, é justificado pela natureza peculiar da situação. Mas os olhares sobre este princípio parecem trazer algumas diferenças significativas e que são refletidas nas recomendações dos protocolos. Emanuel et al²⁶ apontam que deve-se tratar

igualmente a todos, recompensando o valor instrumental e dar prioridade aos mais pobres no atendimento. Já Duhnham, Rieder, Humbyrd²⁷, a Sociedade Espanhola de Anestesiologia²⁸, e a Sociedade Brasileira de Bioética²⁹ trazem a indicação do uso justo e equitativo de recursos. A AMIB³⁰ ressalta a transparência e clareza, visando o esclarecimento de todos, como um aspecto bioético imprescindível para a condução justa da triagem.

Dentre as situações, a autonomia do paciente é algo valorável. No entanto, a autonomia limitada, se é que podemos pensar em limitação de autonomia, é colocada como “restrição de liberdade”³¹. A restrição de liberdade, segundo a autora, é defendida pela obrigatoriedade de exames de saúde para as pessoas sintomáticas, e justificam-se por ainda não termos um tratamento eficaz para a COVID-19. Ressalta ainda, que esta restrição deve estar associada a não violação de direito à privacidade e dignidade da pessoa humana. Apesar do protocolo da AMIB³² apresentar como princípio a autodeterminação, a oferta de cuidados deve ser acordada no binômio equipe – usuário/família. E a vontade do usuário deve ser considerada, mas enfatiza que esta pode não ser acatada, restringindo sua autonomia de decisão. O que implica em autonomia limitada.

A solidariedade é apontada pelas Sociedades Espanhola de Anestesiologia (2020) e Brasileira de Bioética, Conselho de Bioética de Nuffield (2020) e Rede de Bioética da América Latina e do Caribe – UNESCO(2020) e Rubio (2020). Segundo a Rede de Bioética da América Latina e do Caribe – UNESCO³³, gestos de solidariedade incluem deixar os comportamentos individualistas, reforçando que “*é hora de mostrar atitudes éticas que transformem, para melhor, as pessoas e as sociedades, na visão de uma cidadania ativa que promova a plena validade da*

igualdade e dos direitos de todos”. A mesma deve ser exercida, segundo o Conselho de Bioética de Nuffield³⁴, desde o nível internacional até o nível individual, incluindo governos, empresas e indivíduos. Isso pode ser concretizado na organização de recursos, pela necessidade de uma contingência nacional, onde a solidariedade prevaleça entre os centros de saúde³⁵.

A AMIB³⁶ inclui a vulnerabilidade como princípio balizador de seu protocolo, já que todos são vulneráveis, sejam os pacientes, profissionais de saúde e população em geral. Este princípio sustenta a manutenção de algum tipo de cuidado aplicado a todos os indivíduos, não os abandonando.

3. O Pilar Clínico/Técnico dos Protocolos

A primeira questão a ser levantada é por quem e com que fundamentos os critérios são estabelecidos? De modo geral, para tratamento em terapia intensiva os mais comuns são o modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos e o modelo de priorização. No *modelo diagnóstico*, o profissional de saúde se remete a uma lista de patologias que demandam tratamento intensivo. No *modelo de parâmetros objetivos*, alguns parâmetros laboratoriais ou fisiológicos determinam a internação e alocação em leitos de UTI. No *modelo de priorização*, os pacientes são selecionados segundo um sistema de triagem, que prioriza pacientes conforme suas necessidades e chances de recuperação. Este último modelo é o que, prioritariamente, tem sido usado durante a pandemia do COVID-19. Um sistema de pontuação é estabelecido para estabelecer a alocação dos recursos. Neste sistema, os valores éticos passam a ser subjugados em uma escala numérica. Os pontos determinam quais vidas valem mais que as outras, tendo como categoria suprema o valor instrumental, de utilidade. Resta-nos refletir quais valores estão por trás dos números.

O propósito dos critérios é ter definido de antemão os caminhos possíveis para as tomadas de decisões difíceis no âmbito da saúde quando se está diante de escolhas que implicam a vida e a morte. Escolher quem tem o direito de viver é uma incongruência sórdida. Qual vida vale mais que a outra? Isso é uma questão que demanda grande reflexão. A maioria dos protocolos, mesmo com algumas características peculiares, adotam basicamente a mesma conduta. Diante a calamidade, o apelo vai para a quantificação. Salvar o maior número de indivíduos. É preciso otimizar os recursos, não desperdiçar.

Então a regra é usá-los para quem tem maiores chances de se salvar, quem irá desocupar um leito e um respirador mais brevemente deve ter vantagem. Assim a “fila” anda e todos acham que fizeram a melhor escolha, pois a justificativa está nos números. É o poder da quantificação que se sobressai e os valores éticos se resolvem em uma escala numérica. Simples, se não houvesse tantas injustiças por trás dos números e das verdadeiras razões que perpassam as tomadas de decisões.

A exemplo do sistema de priorização temos inúmeros protocolos nacionais e internacionais. A seguir, é proposto uma visita aos protocolos da University of Pittsburgh, que tem sido um modelo de utilização para vários países e como exemplo no Brasil, da AMIB.

A recomendação do Protocolo de Pittsburgh baseia-se em três etapas. A primeira refere-se à criação de equipes de triagem, a segunda aos critérios de alocação de respirador e leito de UTI e a terceira sobre a reavaliação para continuidade dos cuidados intensivos e respirador. Na etapa de triagem é proposto uma equipe de triagem diferente da que presta o cuidado ao paciente. Na etapa de critérios para alocação dos recursos durante emergências de saúde pública o objetivo

principal da estrutura é a maximização dos benefícios, elegendo pacientes que atendam aos critérios estabelecidos, atribuindo uma pontuação de prioridade usando uma escala de 1 a 8. As pontuações mais baixas indicam maior probabilidade de benefício de cuidados intensivos e as mais altas não são prioridade no atendimento e podem ser indicadas para cuidados paliativos.

Os pontos prioritários, que definem quem pode ou não receber os recursos de saúde, são estabelecidos de acordo com a maior probabilidade de recuperação dos pacientes, avaliados com uma medida objetiva e validada sobre as condições de saúde, por exemplo, a pontuação do SOFA e menor acometimento de comorbidades. A pontuação bruta de prioridade pode ser codificada em três cores estipulando alta, intermediária e baixa prioridade. Caso exista empate entre pacientes com igual pontuação, será considerado o ciclo de vida para desempate, com prioridade para pacientes mais jovens, que tiveram menos oportunidade de viver todos os estágios da vida. Além disso, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que dedicam atendimento direto a pacientes em cuidados intensivos, também são considerados prioridade.

Na terceira etapa do protocolo é referido sobre a necessidade de triagem para reavaliação para a verificação de continuidade de fornecimento contínuo de cuidados intensivos. O grupo de triagem conduzirá reavaliações periódicas de todos os pacientes que recebem serviços de cuidados intensivos para averiguar a evolução do quadro da doença e da gravidade da crise. A reavaliação deve ser usada para quantificar as alterações nas condições dos pacientes a partir de recálculo dos escores de gravidade da doença, avaliação de novas complicações e recolhimento da opinião dos médicos. Os pacientes que apresentarem melhora continuarão a

receber cuidados intensivos, os que apresentarem baixa chance de sobrevivência terão os cuidados intensivos descontinuados e passarão a cuidados paliativos.

A proposta da AMIB³⁷, é construída conjuntamente pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), e pela Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP). Na segunda edição do protocolo se aproxima do sistema de pontos prioritários dos acadêmicos de Pittsburgh. Para os proponentes da proposta de desenvolvimento de um protocolo de triagem, que identifique quais pacientes teriam prioridade na alocação de recursos em esgotamento devido a pandemia de COVID-19, não é um projeto meramente técnico, mas que considera os aspectos éticos e legais.

A AMIB e a ABRAMEDE editaram o primeiro protocolo intitulado Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, em abril do corrente ano. A urgência na edição justificava-se pela necessidade de poupar os profissionais de saúde da responsabilidade de tomar decisões difíceis, podendo comprometer sua saúde mental e, em consequência, sua capacidade laboral³⁸. No primeiro, os aspectos organizacionais de um protocolo foram superficialmente tocados. No segundo este aspecto foi mais desenvolvido, contribuindo nas ações administrativas em tempos de COVID que impedissem ou postergassem o momento das escolhas difíceis.

O primeiro protocolo incluía a pontuação da idade, que era estratificada em faixas etárias, e quanto maior a idade, maior a pontuação. Os dois protocolos também enfatizam que os usuários que não foram selecionados para ocupar a vaga de CTI

devem “continuar recebendo os demais tratamentos não racionados quando clinicamente apropriado”.

São utilizados “níveis de prioridade”, especificados na Resolução CFM 2156/2016, que estabelece os critérios para indicação de admissão ou de alta em unidades de Terapia Intensiva³⁹. Os níveis de prioridade utilizam como critérios, a necessidade de intervenções de suporte à vida/ monitorização intensiva, probabilidade de recuperação e limitação do suporte terapêutico. A escala vai de 1 a 5, onde o 1 é o que tem alta probabilidade de recuperação, sendo este critério escalonado até 4, e 5 é o mais restritivo à suporte terapêutico, sendo considerado caso de terminalidade da vida, que poderiam excepcionalmente serem indicados, como por exemplo, futuros doadores de órgãos. Neste caso os usuários do Serviço de Nefrologia estariam entre a prioridade 3 e 4.

Nestes protocolos são utilizados critérios médicos e assistenciais, de preferência objetivos, utilizando instrumentos validados internacionalmente que se juntam em um grid de pontuações. No entanto, todos estes critérios, para serem eticamente defensáveis, devem ser “*claros, transparentes, tecnicamente bem embasados, eticamente justificados e alinhados ao arcabouço legal brasileiro*”⁴⁰.

O segundo protocolo foi divulgado em maio do mesmo ano, trazendo contribuições de outros profissionais da área da saúde e do direito, visando torná-lo mais representativo dos valores e leis brasileiras⁴¹. Uma das mudanças foi a retirada da idade, como um dos critérios de triagem, justificado pelo cunho discriminatório e inconstitucional.

Neste segundo, passam a valer os seguintes itens de avaliação: SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) simplificado, comorbidades graves, com

expectativas de sobrevida menor que 1 ano, sugerindo o uso do instrumento SPICT-BR (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) e ECOG. O SOFA é um instrumento que atribui escores que variam de 1 a 4, para avaliar o grau de comprometimento dos sistemas cardiovascular, respiratório, hematológico, neurológico e renal⁴².

O SPICT-BR é um instrumento que avalia a deterioração do corpo, com indicadores clínicos das condições avançadas e progressivas, levando em consideração câncer, demência/fragilidade; doença neurológica; doença cardiovascular; doença respiratória, doença renal e doença hepática.

O ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) é uma medida de funcionalidade, analisada através de uma escala que quantifica a capacidade funcional física e de independência e autocuidado. Quanto pior a funcionalidade, menor sua reserva fisiológica e piores os desfechos clínicos. A escala pontua de 1 a 4, sendo um o paciente completamente ativo que desenvolve todas as tarefas independentemente até o totalmente dependente, estando confinado ao leito.

Quanto menor é a pontuação de um paciente, maior será a sua prioridade de alocação de recursos escassos. Aqueles com melhores condições de saúde global têm prioridade. Além disso, quanto maior o número de pacientes a serem triados, maior será a expectativa de empates nas pontuações e, por essa razão, é incluído sugestões de critérios de desempate, o qual é direcionado para a questão da idade/ciclo de vida.

Dos três instrumentos, dois avaliam clinicamente os candidatos a vaga do CTI, pautando-se exclusivamente nas condições dos sistemas e um avalia a capacidade funcional do indivíduo, o que pode sugerir que os previamente saudáveis poderão ter maiores chances de tratamento dentro da terapia intensiva. Assim como os usuários

mais novos, já que os idosos tendem a ter uma deterioração dos sistemas. Esta questão soma-se a orientação do protocolo para que todos os usuários que necessitem de um leito de CTI, devem ser igualmente submetidos aos critérios previamente definidos, independente se a doença a ser tratada seja COVID-19 ou não⁴³.

Os autores do protocolo da AMIB alegam que este protocolo possui vantagens e limitações. Primeiramente, apontam que faz parte da responsabilidade de profissionais e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos. De acordo com recomendações e diretrizes de sociedades médicas internacionais, o estabelecimento de um protocolo de alocação de recursos em esgotamento é uma exigência que faz parte do preparo para uma situação de pandemia em que existe a possibilidade de que as medidas de contingenciamento não sejam suficientes para lidar com a demanda aumentada de pacientes graves. Resta-nos saber se e como estas recomendações se efetivam na prática, principalmente em um país com tantas dificuldades estruturais, culturais e políticas, como é o caso do Brasil.

3. Uma visão crítica sobre protocolos de alocação de recursos escassos durante a pandemia por COVID-19

Os protocolos são necessários em um situação de crise como a que se apresenta na pandemia por COVID-19. No entanto, nesta situação, mesmo catastrófica, é fundamental refletir de modo crítico sobre os princípios e critérios que sustentam a construção dos protocolos. Não é porque vivemos uma catástrofe que tudo será permitido sem consideração ao propósito ético.

3.1- Um retomada ao Comitê dos Deuses de Seattle – Quem participa da decisão?

A AMIB, nos três protocolos que editou, reuniu profissionais da saúde e do direito para definição dos protocolos. Porém, em nenhum dos protocolos foram refletidas estratégias para inclusão de associações de usuários das mais diversas especialidades médicas. Pensando em pandemia, e na modificação do olhar da ética clínica para a ética coletiva, deveria valorizar-se a estrutura do consenso, onde governantes e as instituições hospitalares poderiam criar conselhos para definição de alocação de recursos⁴⁴. O Brasil é em um país que tem conselhos de saúde nas três esferas, com a participação efetiva de usuários do sistema de saúde, de acordo com a Lei no 8142, de 28 de dezembro de 1990⁴⁵. Este coletivo favorece a corresponsabilidade de todos. Deste modo, diferentes pontos de vista são colocados e evita-se vieses típicos de interpretações individuais⁴⁶.

A falta desta pluralidade, implica em questões éticas. Um bom exemplo desta situação aconteceu há aproximadamente 40 anos atrás, e que atualmente é reconhecido como um dos marcos da bioética, quando foi desenvolvido o shunt arteriovenoso por Belding Scribner, na década de 60. A invenção de algo que pudesse permanecer no braço do doente renal, realizada por Belding Scribner, aumentava a demanda de usuários que poderiam utilizar a máquina e usufruir de seus benefícios para o tratamento de sua doença. A máquina para tratamento renal substitutivo já existia, sendo a primeira construída em 1912. Entretanto, tinha o inconveniente de cada vez que o paciente era ligado a máquina, uma artéria ou veia tinha que ser aberta, tornando limitada sua utilização.

Havia, porém, apenas uma máquina de hemodiálise para ser utilizada. Diante do conflito moral para sua utilização, tornou-se urgente o estabelecimento de um comitê que definiria os critérios morais para julgamento das pessoas que seriam

selecionadas para o tratamento e, diante desta possibilidade, teriam aumento das chances de sobrevivência⁴⁷. Ressalta-se que este conflito data da década de 60, e nos parece tão atual diante das pandemias de Influenza, Ebola, e mais recentemente, a COVID-19. Estabeleceu-se, então, o “Comitê de Políticas de Admissão do Seattle Artificial Kidney Center”⁴⁸, apelidado mais tarde de **Deuses de Seattle** ou **Comitê de Vida e Morte**, com os seguintes participantes: um pastor, um advogado (o presidente da comissão)⁴⁹, uma dona-de-casa, um líder sindicalista, um funcionário público, um banqueiro e um cirurgião. A decisão de não ter diretamente, a presença de muitos médicos na comissão pautava-se no sofrimento gerado ao profissional diante da possibilidade de ter que decidir sobre seus próprios clientes⁵⁰. A jornalista da LIFE, ressalta que, em relação a composição do comitê, “significava a aceitação do princípio de que todos os segmentos da sociedade, não apenas a fraternidade médica, deveriam compartilhar o ônus da escolha de quais pacientes tratar e quais deixar morrer. Caso contrário, a sociedade estaria forçando apenas os médicos a brincar de Deus”⁵¹.

As críticas, à época, versavam sobre a qualificação dos membros, visto que a maioria era classificado como leigos, assim como a ausência de critérios relativos ao estado da doença ou da expectativa de vida do paciente durante o tratamento. Na atualidade, vive-se algo similar ao “Comitê de Deuses”, só que desta vez qualificados tecnicamente, mas faz-se presente a monopolização das decisões.

Conforme Dias e Gonçalves⁵² apontam, este debate deveria ser ampliado recebendo outras vozes. A decisão de realizar triagem singular dos casos, como proposto pela AMIB parece apropriada, mas as equipes de avaliação para os cuidados intensivos devem ser compostas de, pelo menos, três tipos de profissionais. Dois médicos(as), um outro profissional de saúde e um eticista, que deve ser incluído.

Antes que as decisões sejam tomadas é importante a transparência e clareza sobre quais vozes se fazem presentes no debate e sobre todas as questões que subjazem as tomadas de decisões.

Silva et al⁵³ apontam quatro razões para que a consulta pública seja realizada:

1- uma resposta efetiva de saúde pública, depende de informação e engajamento da população; 2- garante a responsabilidade democrática dos formuladores de políticas governamentais; 3- melhora as decisões sobre as políticas públicas; 4- estabelece confiança, o que é essencial para que as pessoas possam apoiar as decisões e ajudem a promover respostas oportunas e eficazes.

No estudo realizado no Canadá sobre a perspectiva da população canadense quanto ao estabelecimento prioritário de recursos de UTI na pandemia de influenza, os participantes reconheceram que decisões difíceis devem ser tomadas em tempos de pandemia. Se preocupavam tanto com os valores e critérios que definiriam as prioridades, como também com quem e como estas decisões seriam tomadas. Por isso, reconheciam a importância de um comitê para deliberar, formado não apenas por médicos, evitando que uma pessoa ou um grupo restrito assuma a carga moral de deixar viver ou morrer⁵⁴.

Como bem colocado por Rajan D *et al*⁵⁵, o vírus HIV nos ensinou que a população, comunidade e sociedade civil devem integrar a solução do problema a ser enfrentado, o que corrobora a realidade brasileira. O autor enfatiza que é imperioso reconhecer a multidimensionalidade dos efeitos e necessidades da sociedade, consultando as várias áreas do conhecimento e não apenas da saúde. Incluindo “as vozes daqueles que correm o risco de serem deixados por trás precisam ser ouvidos”.

Alguns colegiados e associações recomendam a criação de comitês em que sejam incluídos bioeticistas, entre eles o Colégio Americano de Cirurgiões, a Sociedade Espanhola de Anestesia e UNESCO. A esse respeito, Dias e Gonçalves⁵⁶ a ampliam ressaltando que a única saída é o convite ao debate, não apenas à

eticistas, mas a toda a sociedade. Referencia a criação imediata de um Comitê Bioético Nacional composto interdisciplinarmente, e que possa assessorar as decisões estratégicas neste momento tão grave. O debate precisa ser público para que o peso das escolhas de quem deve viver e quem pode morrer, mais uma vez, não recaia sobre os segmentos historicamente mais fragilizados, invisibilizados e vulnerabilizados.

3.2- A desigualdade no peso atribuído aos critérios: a falácia dos princípios

De acordo com Dias e Gonçalves⁵⁷, quanto aos critérios para escolha, algumas questões são importantes de serem discutidas. São elas: a falta de neutralidade, repúdio ao sorteio e falso dilema. Em um primeiro patamar de discussão é levantado que os critérios não são neutros, nem auto evidentes. Por essa razão, é necessário justificá-los à luz de seus valores e crenças e não como algo definido em uma falsa clareza de propósito.

Para as referidas autoras, é importante indagar: Por que seria mais justo, por exemplo, salvar antes um profissional de saúde ou alguém mais jovem? No primeiro caso, a justificativa seria de que tais profissionais poderiam voltar a ajudar salvar outros indivíduos. Mas há por trás o argumento, que, no mínimo, adota uma visão instrumental do que seria o valor da vida desses mesmos indivíduos.

O critério de idade, explicitamente colocado no primeiro protocolo da AMIB⁵⁸, mas retirado na segunda edição, ou dito de outra forma, o critério de “equalizar as oportunidades de se passar pelos diferentes ciclos da vida”, implica o argumento de que pessoas que viveram menos anos devem ter o direito de atingir os ciclos de vida posteriores. Quais as crenças e valores estariam por trás deste argumento? Em que medida mais tempo de vida pode ser algo em si valorável, e que pode ser estabelecido

como um “direito” que coloca alguns diante os outros? Será o “tempo de vida” um bem justificável e que é preciso distribuí-lo de forma equitativa? Para Dias e Gonçalves⁵⁹, o ato de atribuir um valor moral formal ao “tempo ou ciclo de vida” desconsidera o conteúdo concreto das vidas vividas, ou seja, o valor que cada indivíduo atribui a suas escolhas, realizações e projetos de vida. *“O direito a viver mais anos, de alguns, não pode se sobrepor ao direito de continuar vivendo, de outros”*.

A questão do idoso, apesar de na nova edição não ser claramente colocada, se coloca em questão. Com a idade, existe uma deterioração fisiológica dos sistemas funcionais e a capacidade física é menor, levando algumas vezes a algum grau de dependência e dificuldades em se auto-cuidar. Se todos os instrumentos avaliam as condições clínicas dos sistemas do corpo humana e a capacidade funcional, o idoso com certeza, já sairá em desvantagem em relação a uma pessoa mais nova. Portanto, apesar de não explicitamente, o ageísmo é um valor no protocolo, reforçando a instrumentalização da pessoa humana, enquanto produtor e consumidor. Está em desalinho com o princípio da dignidade humana, que sustenta este protocolo. Diante disso, infere-se que o critério idade/ciclo de vida pode ter consequências altamente questionáveis que se confrontam com outros temas importantes à Bioética.

Assim como no ageísmo, parece haver, a partir dos instrumentos estabelecidos, uma culpabilização do usuário por não ser saudável. Os instrumentos são legais e validados, sendo apresentados como justos, já que todos serão terão igual possibilidade de serem submetidos aos mesmos critérios. Neste sentido a igualdade seria o justo, mas considerando que as desigualdades sociais com o acesso aos bens de saúde, educação, saneamento básico, entre outros, em

associação aos marcadores sociais de diferença, associado a raça, etnia, gênero, orientação sexual, classe social, o valor de igualdade valeria para nossa realidade? Se a igualdade for considerado justa, estaremos culpabilizando as pessoas por não terem saúde. Cabe esta culpa e a pessoa deve arcar com as consequências de não ser saudável? Dita de outra forma: a quem cabe esta culpa por termos pessoas saudáveis e outras nem tanto?

A nota técnica número 11, do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde⁶⁰, aponta claramente que a igualdade está aumentando as bordas das desigualdades. A análise da variação da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil, considerando as variáveis socioeconômicas, apontou que: (1) os pretos e pardos apresentam um número maior de óbitos, em relação aos brancos, em todas as faixas etárias; (2) quanto menor o nível de escolaridade, maior a letalidade do COVID – neste marcador específico, os pretos e pardos apresentam um maior percentual de óbitos em todos os níveis de escolaridade e; (3) os municípios com baixo ou médio IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) praticamente dobram em municípios com IDH muito alto – mesmo nos municípios com o referido índice médio e alto, o maior percentual de óbitos ainda é de pretos e pardos.

Conforme ressalta o boletim informativo do Observatório de Direitos Humanos,

O enfrentamento à pandemia revela, com muita força, a falência de um modelo social, econômico e de bem-estar, especialmente na efetivação de direitos humanos e acesso aos serviços essenciais pelas populações mais vulneráveis. Para a população de menores rendimentos, com baixos indicadores sociais, para as pessoas, em sua maioria mulheres, que estão na linha de frente dos serviços de saúde, e as mais vulneráveis à ação do mercado e do Estado violentador, a ocorrência da pandemia tem agudizado as desigualdades sociais e violações de direitos já existentes.⁶¹

Diante disso, considerar o princípio da vulnerabilidade, apenas associado ao risco de adoecimento por COVID-19, não atende a realidade brasileira. O princípio de vulnerabilidade deve estar relacionado a vida das pessoas em suas múltiplas facetas, considerando às condições das pessoas de se protegerem e de não adoecerem, incluindo-se aí a avaliação das especificidades, buscando sim, a equidade no atendimento da população. O princípio da “vulnerabilidade universal” associado à igualdade, só perpetua as disparidades tão presente na realidade brasileira. Na verdade, as mortes pelo COVID-19 fazem refletir as desigualdades de classe e raça que estruturam a sociedade brasileira desde o início dos tempos. Por que seria diferente agora? As escolhas sempre implicam em vidas que valem mais que outras, e essa escolha subjaz questões arraigadas nas entranhas de uma sociedade que não prima por justiça e vida digna a todos os cidadãos igualitariamente. As estratégias sanitárias não desvinculam-se do contexto econômico, político e social em sua amplitude.

Há muitas vidas que não possuem o mínimo para a subsistência, que vivem em condições precárias, não devemos dar direito ao uso de uma pandemia, da proporção como a que assola o mundo neste ano de 2020, para validar padrões eugenistas a partir de uma necropolítica racista, homofóbica, sexista e elitista. A única validade para o momento é incluir com urgência na pauta de discussão os temas de desigualdade social e a precariedade das condições de vida, que são impostas à grande maioria dos cidadãos brasileiros.

Ademais, os critérios estabelecidos, ainda que por eticistas, ou outros grupos, não podem subsidiar a incorporação de certas mortes, seja de idosos ou indivíduos pertencentes à população de risco, como consequência inevitável da pandemia. Não

se pode naturalizar se utilizando de uma situação tão grave, as escolhas sociais, políticas e econômicas realizadas pela sociedade e seus governantes há séculos. A sugestão deve ser a de um redimensionamento crítico, e não pontual, das estratégias para enfrentamento da pandemia⁶².

3.3- A experiência não se sobrepõe à realidade: aprender e não copiar

Uma outra questão é a necessária avaliação e estabelecimento de diretrizes específicas para atendimento da nossa realidade e não repetir protocolos de outros países. O conhecimento e expertise dos países que viveram a pandemia antes do nosso, deve servir de base e experiência para a definição dos nossos critérios. É vital considerar os vários modelos de sistemas de saúde diferentes, formas políticas de abordar as desigualdades sociais e econômicas, e as realidades de cada localidade. Inclusive no que se refere ao direito básico à saúde, e suas interfaces com os determinantes sociais de saúde, para buscar formas justas, ou menos injustas de estabelecer os critérios.

Considerações Finais

Para finalizar as considerações propostas neste artigo, não no intuito de encerrar uma discussão, mas com vistas a abrir ao debate, algumas ponderações são importantes diante à necessidade de utilização dos protocolos e da forma como são constituídos. Para inaugurar o debate, a partir de tudo que foi colocado até aqui, uma questão se sobressai: Seria possível algum protocolo que fosse pautado por questões éticas e de justiça distributiva?

Evidentemente, diante da escassez de recursos, são necessárias verificações no sentido de se identificar se tal escassez é decorrente de injustiças ou iniquidades

na distribuição de recursos. Na correção de tais injustiças repousa talvez o principal foco de atuação por parte da sociedade e seus cidadãos. No entanto, independente da situação existente, o profissional de saúde na linha de frente de atendimento pode se deparar com um fato: a escassez de recursos para um grande número de indivíduos necessitados deles. Portanto parece que a existência de algum tipo de protocolo é um passo importante na minimização de injustiças. A possibilidade contrária, isto é, a não utilização de protocolos implicaria em situações absurdamente imorais, tais como a chegada do recurso escasso por ordem de chegada ou mesmo sorteio (já referido anteriormente) ou ainda a não oferta do recurso para ninguém.

Se a necessidade de um protocolo parece ser ponto ético e justo na definição da assistência aos doentes, que elementos poderiam ser elencados em seu desenvolvimento?

- 1) Criação do protocolo a partir dos concernidos morais envolvidos com o problema.

Um protocolo que fosse desenvolvido a partir de um grupo específico (apenas profissionais de saúde, ou pacientes ou gestores, por exemplo) correria enorme risco de ser contaminado por uma visão unilateral que não contemplasse a escuta de todos os demais. Em última análise, se os profissionais de saúde conhecem mais determinados aspectos técnicos (por exemplo, o comprometimento pulmonar associado à COVID), ninguém melhor do que os familiares de pacientes para externar o sofrimento associado com o distanciamento físico dos doentes e aos problemas de comunicação de notícias relacionadas. Questões de raça, gênero, classe social, para citar algumas, sempre foram fundamentais na maior ou menor vulneração dos indivíduos. A desconsideração de informações provenientes de qualquer grupo aqui

poderia representar menosprezo por tais grupos ou até mesmo arrogância intelectual. A proposta de comissões ou comitês gerais com ampla inclusão em seus membros, conforme defendido por Dias e Gonçalves⁶³ vem bem ao encontro dessa ideia, no sentido de minimização de possíveis injustiças na referida alocação.

2) Preferências de determinados grupos na alocação desses recursos

Diante de uma comissão plural, com a ponderação de razões públicas, poderá emergir a necessidade de priorização de algum grupo ou indivíduo. Políticas de discriminação positivas não são novidades no campo da justiça distributiva. As cotas raciais, por exemplo, tem se mostrado eficazes na redução de injustiças relacionadas à população negra⁶⁴, na alocação de recursos ligados à educação. No entanto, são necessários dois pontos para tal discriminação, conforme aponta Dworkin⁶⁵: (a) que haja embasamento teórico, configurado em razões públicas que possam justificar tais preferências e (b) que haja apoio empírico na ratificação da eticidade dessas propostas.

Veja-se, por exemplo, a preferência que alguns protocolos⁶⁶ pretendem dar a profissionais de saúde: de que uma vez curados, poderiam voltar à linha de frente para salvar mais vidas. Parece haver aqui enorme confusão. Por um lado não há garantia alguma de que tal profissional tenha condições de salvar alguém pós-alta: COVID tem se mostrado doença altamente incapacitante em situações de alta das Unidades De Terapia Intensiva⁶⁷ e por outro, é necessário que se assuma pelo menos algum referencial utilitarista, na maximização no número de vidas potencialmente salvas (o que não é nada óbvio em se tratando de ética).

3) Não-preferência de determinados grupos na alocação

Não é novidade a exclusão de determinados grupos na admissão em unidades de terapia intensiva, e poderia mesmo ser o caso de justiça bem aplicada em alguns. Tome-se, por exemplo, a internação de moribundos em tais unidades. Há consenso mundial⁶⁸ de que tais pacientes falecem a caminho da unidade ou nos momentos iniciais em sua admissão. Isso acarreta a perda ou adiamento da possibilidade de vaga para outro paciente viável e com chance real de melhora com os cuidados intensivos (e muitas vezes, o tempo é fundamental nesses casos).

No entanto, se para o caso específico relatado parece haver apoio teórico e empírico, em outros casos isso parece inexistir. A situação dos idosos, por exemplo. Alguns protocolos defendem a não-priorização para este grupo etário, caso da Itália⁶⁹. A idade avançada não é sinônimo de pré-morte. Há pacientes moribundos em qualquer faixa etária. Alguns trabalhos, como se vê em Azevedo⁷⁰ apelam para um “ciclo de vida”, onde o idoso já teria vivido muito e deveria ter seu direito a uma vaga transferido para outro indivíduo mais jovem. O equívoco aqui parece ser duplo: primeiramente pelo ancoramento de uma decisão ética à ideia de natureza, nem a medicina faz tomadas de decisão nessa base (a todo tempo, ela parece lutar mesmo contra a natureza). Parece não haver base sólida para uma ideia de uma natureza intrinsecamente boa. Em segundo lugar, para essa ideia ser levada a sério, ela precisaria ter no mínimo um grau de coerência (a mesma tese engendra a ideia de alguém de 30 anos ceder sua vez para alguém de 20 anos pelo fato de o indivíduo de 30 já ter vivido mais?).

Talvez mais importante do que apontar positivamente tal ou qual critério (o que certamente deverá existir nas bases de apoio acima citadas), a identificação de

critérios injustos e sua não-inclusão em protocolos seja etapa fundamental no processo de minimização de injustiças nesse tipo de alocação.

Referências:

¹ Sohrabi, Catrin et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 2020.

² World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51 [OMS]. Publicado em 11/03/2020; acessada em 17/06/2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

³ World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 148 [OMS]. Publicado em 16/06/2020; acessado em 17/06/2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200616-covid-19-sitrep-148-draft.pdf?sfvrsn=9b2015e9_2

⁴ Barreto C. Ministério da Saúde confirma primeira morte por coronavírus no Brasil [pbmed.com.br]. Publicado em 17/03.2020; acessado em 17/06/2020. <https://pebmed.com.br/ministerio-da-saude-confirma-primeira-morte-por-coronavirus-no-brasil/>

⁵

Ministério da Saúde. acessado em 17/06/2020. <https://covid.saude.gov.br/>

Idoeta, PA. A matemática das UTIs: 3 desafios para evitar que falte cuidado intensivo durante a pandemia no Brasil [bbc.com]. 06 de abril de 2020; acessada em 17/06/2020. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52137553>

⁶ <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52137553> <acessada em 17/06/2020>

⁷ BRASIL. Lei No 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comonidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

⁸ Brasil. Instituto de Estudos Sócio Econômicos. O Brasil com baixa imunidade - Balanço do Orçamento Geral da União. 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Balanco-OGU-Inesc.pdf>

⁹ Brasil. Instituto de Estudos Sócio Econômicos. O Brasil com baixa imunidade - Balanço do Orçamento Geral da União. 2020 Acesso em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Balanco-OGU-Inesc.pdf> , p.50)

¹⁰ Martins AA. Três obrigações bioéticas na resposta à Covid-19 e à escassez de recursos [ihu.unisinos.br]. www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597569-tres-obrigacoes-bioeticas-na-resposta-a-covid-19-e-a-escassez-de-recursos

¹¹ Dunham, AM E at al. A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2020.

¹² Kass E Nancy E. An ethics framework for public health. *American journal of public health*, v. 91, n. 11, p. 1776-1782, 2001.

¹³ The Hastings Center de EEUU. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.

¹⁴ Martins AA. Três obrigações bioéticas na resposta à Covid-19 e à escassez de recursos [ihu.unisinos.br]. www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597569-tres-obrigacoes-bioeticas-na-resposta-a-covid-19-e-a-escassez-de-recursos

¹⁵

Satomi, E et al. Alocação Justa de Recursos de Saúde Escassos diante da Pandemia de COVID-19: Considerações Éticas . *Einstein* (São Paulo). 2020; 18: eAE5775. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775 ;

RUBIO O, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>

¹⁶

Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

Versão dois - Kretzer, L E et al. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_mai

¹⁷ Silva et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. *BMC Public Health* 2012 12:241.

¹⁸ Satomi, E et al. Alocação Justa de Recursos de Saúde Escassos diante da Pandemia de COVID-19: Considerações Éticas . *Einstein* (São Paulo). 2020; 18: eAE5775. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775;

¹⁹ Cesari, M.; Proietti, M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making. *COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic*. *J Am Med Dir Assoc* ; 21(5): 576-577,2020. P. 1)

²⁰ este é Azevedo, M E et al. Por um Debate sobre as Diretrizes Éticas para Alocação de Tratamento em UTI durante a Pandemia. 17 de abril de 2020, disponível em <https://estadodaarte.estadao.com.br/amplo-debate-criterios-uti-coronavirus/>. Último acesso em 18/06/2020.

²¹ Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

- ²² Emanuel, E. J.P. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*[2020]. <<https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>>
- ²³ Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis, 2020. Acesso em: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
- ²⁴ Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf
- ²⁵ Sociedade Espanhola de Anestesiologia (2020) acesso em: https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/Anestesia/DOC_SEDAR_Marco_etico_pandemia_coronavirus.pdf
- ²⁶ Emanuel, E. J.P. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*[2020]. <<https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>>
- ²⁷ Dunham, AM E at al. A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2020.
- ²⁸ a Sociedade Espanhola de Anestesiologia (2020) acesso em: https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/Anestesia/DOC_SEDAR_Marco_etico_pandemia_coronavirus.pdf
- ²⁹ Sociedade Brasileira de Bioética. RECOMENDAÇÃO SBB No 01/2020. Aborda fundamentos e aspectos éticos no enfrentamento da pandemia COVID 19 no Brasil, incluindo a alocação de recursos e o uso igualitário das tecnologias em saúde. Defende a proteção aos mais vulneráveis e a imprescindibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito ao acesso ao melhor tratamento para todos e o acesso igualitário a todos os leitos de UTI, públicos e privados. Recomenda princípios para definição de parâmetros a serem seguidos em situação de insuficiência destes. 2020.
- ³⁰ Versão dois - Kretzer, L E et al. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01
- ³¹ Salas, SP. Aspectos éticos de la epidemia del Coronavirus. *Rev Med Chile*. 2020; 148: 123-129
- ³² Versão Três- Dal-Pizzol, F(Org) Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/13/Recomendaco__es_AMIB-atual.-16.04.pdf, p.13)
- ³³ UNESCO. Declaração da Rede de Bioética da América Latina e do Caribe - UNESCO. 2020. <http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/706/Declaracao-da-Rede-de-Bioetica-da-America-Latina-e-do-Caribe-UNESCO-divulgada-em-16032020-sobre-a-pandemia-de-COVID-19>
- ³⁴ Nuffield Council. Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic.2020

³⁵ RUBIO O, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>

³⁶ Versão três- Dal-Pizzol, F(Org) Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/13/Recomendaco__es_AMIB-atual.-16.04.pdf

³⁷ Versão dois - Kretzer, L E et al. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01

³⁸ Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

³⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2156 de 2016. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3

40

Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. P. 3. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

Versão dois - Kretzer, L E et al. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. P. 2. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01

⁴¹ Versão dois - Kretzer, L E et al. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. P. 4. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01

⁴² Keegan, MT e Soares, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):264-269

⁴³ Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. P. 12. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

⁴⁴ Dunham, AM E at al. A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2020.

⁴⁵ BRASIL. Lei No 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comonidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

⁴⁶ Casado M E et al. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES A UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES EN SITUACIONES DE PANDEMIA. 1st ed. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho; 2020.

⁴⁷ Warrick, P. Questions of Life and Death : Who Lives? Decision by Committee. Los Angeles Times. 4 de aug. De 1991. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1991-08-04-vw-25-story.html#:~:text=In%20Seattle%20in%20the%20summer,forerunner%20of%20modern%20bioethics%20committees.&text=As%20word%20spread%20that%20Seattle,be%20found%20to%20select%20patients.>

⁴⁸ Pincelli, R. [blog] 10 de jul. de 2011. <https://www.blogs.unicamp.br/hypercubic/2011/07/o-conselho-dos-deuses-de-seattle/>

⁴⁹ <http://www.nephjc.com/news/godpanel>

⁵⁰ Levine, C. [healthaffairs.org]. 30 de nov. de 2009. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20091130.002998/full/>

⁵¹ Artigo escrito por Shana Alexander e publicado originalmente na revista LIFE, novembro de 1962.

⁵² Dias, MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁵³ Silva et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. BMC Public Health 2012 12:241., p.2.

⁵⁴ Silva et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. BMC Public Health 2012 12:241.2012

⁵⁵ Rajan D E et al. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. BMJ Global Health 2020;5:e00265

⁵⁶ Dias, M.C., G, L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁵⁷ Dias, MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁵⁸ Versão um- Kretzer, L E et al. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf

⁵⁹ Dias, MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁶⁰ Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) Nota Técnica 11 – 27/05/2020 Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Acesso em: www.sites.google.com/view/nois-pucrio

⁶¹ Brasil. Observatório Direitos Humanos e Crise Covid-19. Boletim informativo no 1, 2020. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/Boletim-1-Observatorio-DH-COVID19%281%29.pdf>

⁶² Dias, MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁶³ Dias, MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato. BH, 2020

⁶⁴ Bowen, W., G. O Curso do Rio. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

⁶⁵ Dworkin, R. A Virtude Soberana: a Teoria e Prática da Igualdade. São Paulo. Editora WMF Martins Fontes. 2011.

⁶⁶ Satomi, E et al. Alocação Justa de Recursos de Saúde Escassos diante da Pandemia de COVID-19: Considerações Éticas . Einstein (São Paulo). 2020; 18: eAE5775.
http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775;

⁶⁷ Korupolu, R E et al. Rehabilitation of Critically Ill COVID-19 Survivors. J Int Soc Phys Rehabil Med, 2020

⁶⁸ Sinuff T E et al. Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force. Rationing critical care beds: a systematic review. Crit Care Med. 2004;32(7):1588-97.

⁶⁹ Cesari, M. E Proietti, M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. J Am Med Dir Assoc ; 21(5): 576-577,2020.

⁷⁰ AZEVEDO, M E et al. Por um Debate sobre as Diretrizes Éticas para Alocação de Tratamento em UTI durante a Pandemia. 17 de abril de 2020, disponível em <https://estadodaarte.estadao.com.br/amplo-debate-criterios-uti-coronavirus/>. Último acesso em 18/06/2020.