



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MARCELO ALEXANDRE ALBINO FILHO

**POR UMA ÉTICA DA NÃO VIOLÊNCIA E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DA SAÚDE**

Linha de Pesquisa: Educação, Diferença,
relações de Gênero e Étnico-raciais

Orientador: Dr. Divino José da Silva

Presidente Prudente - SP

2024



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MARCELO ALEXANDRE ALBINO FILHO

**POR UMA ÉTICA DA NÃO VIOLÊNCIA E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, como parte dos requisitos para obtenção do título de "Doutor em Educação".

Linha de Pesquisa: Educação, Diferença, relações de Gênero e Étnico-raciais

Orientador: Dr. Divino José da Silva

Presidente Prudente - SP

2024

A336u

Albino Filho, Marcelo Alexandre

Por uma Ética da Não Violência e a Formação dos Profissionais da Saúde / Marcelo Alexandre Albino Filho. -- Presidente Prudente, 2024
173 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente
Orientadora: Divino José da Silva

1. Pandemia da Covid-19. 2. Ética. 3. Vidas Enlutáveis. 4. Saúde. 5.
Formação. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Presidente Prudente

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: POR UMA ÉTICA DA NÃO VIOLÊNCIA E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

AUTOR: MARCELO ALEXANDRE ALBINO FILHO

ORIENTADOR: DIVINO JOSÉ DA SILVA

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Doutor em Educação, pela Comissão Examinadora:

Prof(a). Dr(a). DIVINO JOSÉ DA SILVA (Participação Virtual)
Departamento de Educação / Unesp, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente

Prof. Dr. PEDRO ANGELO PAGNI (Participação Virtual)
Departamento de Administração e Supervisão Escolar / UNESP - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília - SP

Prof(a). Dr(a). RODRIGO BARBOSA MUGNAI LOPES (Participação Virtual)
Programa de Pós-Graduação em Educação / Unesp, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente

Prof(a). Dr(a). RAPHAEL GUZZELLI VALERIO (Participação Virtual)
Departamento de Fundamentos Sócio Filosóficos da Educação / Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Educação

Prof. Dr. ADEMIR HENRIQUE MANFRE (Participação Virtual)
Programa de Pós-Graduação em Educação / Universidade do Oeste Paulista - Unoeste

Presidente Prudente, 25 de Julho de 2024



Documento assinado digitalmente
DIVINO JOSÉ DA SILVA
CPF: 06/11/1954-122429-0895
Verifique em <https://validar.gov.br>

A todas as vítimas, familiares e amigos afetados pela Pandemia da Covid-19.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Gabriel Mendes Plantier e nossa filha Alice Plantier por todo apoio e carinho, meus alicerces de vida.

Aos meus pais, Marcelo Alexandre Albino e Ana Maria da Silva Albino, e ao meu irmão Matheus Augusto Albino pela educação, confiança e energias positivas e todo investimento.

Ao professor Divino José da Silva, pela paciência, confiança, cuidado e disposição para escutar, acolher e orientar com maestria, respeito e dedicação. Ainda em 2020, antes mesmo da pandemia da Covid-19, me acolheu e incentivou durante minha trajetória como aluno especial e, no ano seguinte, me aceitou como seu orientando.

Aos professores Rodrigo Barbosa Lopes, Pedro Pagni, Raphael Guazelli e Ademir Manfre pela participação na banca de defesa. Suas contribuições foram extremamente importantes e pertinentes.

Aos professores e demais profissionais do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESP – campus de Presidente Prudente/SP.

À UNESP, por proporcionar-me uma formação humana.

Até que a filosofia
Que mantém uma raça superior
E outra inferior
Seja finalmente e permanentemente
Desacreditada e abandonada
Em todo lugar haverá guerra
Eu digo que haverá guerra

Bob Marley

RESUMO

A pandemia da Covid-19 evidenciou, ainda mais, que as vidas não enlutáveis são as mais vulneráveis. Assim, a adesão às medidas de combate à pandemia foi subjetivada em prol dos diferentes interesses políticos, com conseqüente tentativa de normalização da morte e fortalecimento de um imaginário sociopolítico racista. Portanto, as medidas adotadas pelo governo federal, como política de gestão da pandemia, incidiram sobre a população e sobre os profissionais da saúde de forma violenta, subjetivando o próprio exercício profissional, bem como a ocorrência de dilemas bioéticos vivenciados por eles, tais como: aderir ao isolamento ou ir para a linha de frente? Atualizar-se frente às evidências científicas ou prescrever e/ou administrar medicamentos sem eficácia comprovada? Aderir a protocolos de priorização de atendimentos ou garantir o direito à saúde a todos? A hipótese inicial é de que os dilemas éticos vivenciados pelos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19 são formas de violência que subjetivaram o próprio exercício profissional. Assim, o objetivo desta pesquisa é pensar em uma ética da não violência na formação em saúde a partir dos desafios postos aos profissionais dessa área pela pandemia. Trata-se de um estudo teórico, organizado em seis seções, que buscou analisar o quanto as medidas de contingenciamento do vírus implicaram em dilemas éticos no âmbito das orientações em saúde, para, então, refletir sobre uma formação ética da não violência em saúde. Com essa finalidade, como eixo norteador para as reflexões aqui propostas, o estudo se baseou no conceito de *dispositivo de segurança* para descrever as implicações bioéticas no campo da saúde, tendo em vista pensar em uma formação ética em saúde a partir das acepções da *força da não violência*.

Palavras-chave: Pandemia; Ética; Vidas Enlutáveis; Saúde; Formação.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has further highlighted that lives considered “non-bereavable” are the most vulnerable. Thus, adherence to measures to combat the pandemic was subjective influenced by various political interests, with a consequent attempt to normalize death and strengthen a racist sociopolitical imaginary. Therefore, the measures adopted by the federal government, as a pandemic management policy, had a violent impact on the population and health professionals, subjectivizing their own professional practice, as well as the occurrence of ethical dilemmas experienced by them, such as: adhere to isolation or work on the front line? Staying updated on scientific evidence or prescribing and/or administer medications without proven efficacy? Adhering to protocols for prioritizing care or guaranteeing the right to health for everyone? The initial hypothesis is that the ethical dilemmas experienced by health professionals during the Covid-19 pandemic are forms of violence that subjectivized their professional practice itself. Thus, the objective of this research is to think about an ethics of non-violence in health training based on the challenges posed to health professionals by the pandemic. This is a theoretical study, organized into six sections, which aims to analyze the extent to which virus contingency measures resulted in ethical dilemmas within the scope of health action guidelines, to then reflect on an ethical formation of non-violence in health. To this end, as a guiding axis for the reflections proposed here, the study was based on the concept of a *safety device* to describe the ethical implications in the field of health, with a view to thinking about ethical training in health based on the meanings of the strength of *non violence*.

Keywords: Pandemic; Ethic; “Non-Bearavable”Lives; Health; Training.

SUMÁRIO

Prólogo	11
Introdução	17
1. Dispositivos de Segurança diante das Doenças Infectocontagiosas	28
2. Práticas Violentas adotadas pelo governo na Pandemia da Covid-19	44
2.1 A Disseminação de Notícias Falsas	45
2.2 O Isolamento Social	48
2.2.1 O Isolamento Social e o Senso Imunitário	51
3. Normalização da Morte no Governo da Pandemia	58
4. O Uso dos Discursos e Saberes em Saúde para Fins Violentos	82
4.1 A Normatividade Biológica em Saúde	85
4.2 A Prática Baseada em Evidências	94
5. Dilemas Bioéticos presentes na Pandemia da Covid-19	101
5.1 Dilema Bioético: Aderir ao isolamento ou ir para a linha de frente?	103
5.2 Dilema Bioético: Atualizar-se frente às evidências científicas ou prescrever e/ou administrar medicamentos sem eficácia comprovada?	108
5.3 Dilema Bioético: Aderir a protocolos de priorização de atendimentos ou garantir o direito à saúde a todos?	111
6. Por uma Formação Ética da Não Violência em Saúde	121
Considerações finais	149
Referências	153
APÊNDICE: O SUS como Instituição Democrática	165

Prólogo

Meu contato com os serviços de saúde pública na infância e adolescência sempre foi voltado às ações de prevenção e promoção da saúde. Nunca passei por um processo fisiopatológico que culminasse na necessidade de uma hospitalização ou algo mais grave. Lembro de várias ocasiões em que fui até as unidades básicas de saúde do meu bairro para atualização vacinal e consultas de rotina.

Meus pais, jovens adultos assalariados, também usuários do sistema público de saúde, sempre buscaram os serviços para essas mesmas ações de promoção e prevenção de saúde. Somente agora, no final da fase adulta, eles os têm utilizado para ações mais agudas, em especial, devido às deficiências (auditiva e visual) que meu pai enfrenta. Por conta das condições socioeconômicas, nunca fizeram uso da saúde suplementar.

Lembro de um episódio em que meu irmão com quatro anos de idade broncoaspirou a tampa de uma caneta e sofreu sérias complicações pulmonares, necessitando de internação e transferência para um serviço de saúde de outro município para realização de uma broncoscopia. Foi essa minha primeira vivência do funcionamento das redes de atenção à saúde e das diferenças de tecnologia em saúde.

Mas foi no fim da adolescência e início da vida adulta que optei por prestar o vestibular para graduação em Enfermagem. Inicialmente, não fazia ideia do que se tratava a profissão, mas dado o contexto e viabilidade do que era possível no momento e da aprovação no vestibular, iniciei minha formação em Enfermagem, numa faculdade pública no ano de 2011.

Os dois primeiros anos de formação ocorreram juntamente com o curso de Medicina. Nas atividades práticas, que aconteciam na atenção primária à saúde, íamos até uma unidade de saúde e acompanhávamos famílias em busca da compreensão do processo saúde/doença, bem como para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tais ações eram embasadas na autonomia do paciente e na promoção do autocuidado.

A vivência de uma formação em saúde na companhia de graduandos de Medicina foi importante, pois o eixo comum das disciplinas básicas mostrou que a estrutura desta formação deve ser a mesma a todos os profissionais dessa área, além de suscitar a importância de ações em saúde de caráter multiprofissional.

Os dois últimos anos do curso de graduação em Enfermagem foram destinados para as competências exclusivas exercidas pelo Enfermeiro. Mas foi no meu último ano de graduação, na vivência prática de um estágio no pronto-socorro, que tive *insights* importantes sobre a

formação em saúde. Lembro da superlotação do serviço e de muitas macas com corpos ali deitados aguardando atendimento. Uma enfermeira veio até mim e solicitou que eu realizasse o procedimento técnico de sondagem nasoenteral em um paciente idoso que não estava se alimentando. Nesse dia o pronto-socorro estava tão cheio que não havia espaço reservado para que eu realizasse tal procedimento, a fim de garantir o conforto, segurança e sigilo cabíveis. Diante disto, ou eu faria ali mesmo ou deixaria o paciente com fome. Não pensei duas vezes e realizei o procedimento ali mesmo no corredor. Logo após, a gerente do serviço me repreendeu por não ter realizado o procedimento conforme as normativas éticas. Mas como fazê-lo diante deste cenário? Não havia sala, não havia biombo, não havia condições mínimas para a execução correta da técnica.

Foi somente no último ano do curso que tive contato com os aspectos éticos teóricos da minha profissão e com nosso código de ética, bem como com o nosso conselho profissional. Ali pude me aproximar das normas deontológicas e diceológicas da profissão, em especial aquelas que definem o que seria uma imprudência, negligência e imperícia.

Em outra situação, a ambulância chegou à porta do pronto-socorro com um paciente em parada cardiorrespiratória. A equipe realizou todo o atendimento possível, mas infelizmente ele morreu. Lembro do choro profundo e desespero da esposa e da comoção da enfermeira ao verbalizar que gostaria de mudar de setor, pois não estava mais conseguindo lidar com a morte e com o sofrimento todos os dias, além do espanto dos pacientes que estavam nas camas ao lado, diante desta situação.

Outro episódio foi acompanhar uma intervenção cirúrgica cardíaca que exigia a tecnologia da circulação extracorpórea. Quando o sangue foi drenado para a máquina e o coração parou de bater, lembro de ter me questionado se o paciente havia morrido e onde estaria a vida naquela situação.

Dizem que nunca esquecemos do primeiro paciente que perdemos. Para mim, isso é verdade. Lembro dos primeiros dias de estágio numa enfermagem, onde fiquei responsável pelos cuidados de um paciente com comprometimento hepático grave. Em dois dias, o quadro clínico piorou e ele acabou morrendo ali mesmo.

Situações como estas e muitas outras são vividas todos os dias pelos profissionais da saúde. Diante da vulnerabilidade do outro e das vivências que me colocaram muito próximo dos limites entre a vida e a morte, busquei na filosofia, em especial no meu mestrado em filosofia da mente, referenciais que discutiam o dilema corpo e mente, o dualismo cartesiano e as formas de monismo. Estas aproximações teóricas foram essenciais, pois me deram a base

para realizar atravessamentos importantes no que diz respeito às minhas crenças religiosas. Vim de uma família espírita, em que a vida espiritual se contrapõe à vida carnal, o espírito é a essência, a carne e o corpo somente um vestuário e a morte, portanto, o fechamento de uma reencarnação. Dessa forma, romper com esse dogma e me reposicionar diante desta crença, quase como uma ética espiritualista, me direcionou para a vida como existência do que acontece agora, das decisões e sustentação do desejo do que quero, do que sou e do que faço.

Isso me permitiu romper com assujeitamentos que me colocavam na posição de espectador da minha própria existência. A partir disso, pude concretizar meu desejo de ser docente, bem como me posicionar melhor na minha vida pessoal e sexual.

Cheguei então, no ano de 2018, ao exercício da minha atividade docente em uma universidade privada e familiar para ministrar aulas no curso de graduação em Enfermagem. No ano seguinte, encontro a pessoa com quem decidi dividir a minha vida e em nosso casamento, no mês de dezembro, já circulavam as notícias de um vírus mortal na China. Inicialmente, dado ao momento feliz em minha vida e ao excesso de trabalho, não dei muita importância a esta notícia, até que os rumores da chegada do vírus no Brasil e possível cancelamento do carnaval começaram a mobilizar as pessoas.

Em meados do mês de março de 2020 ocorreu o primeiro óbito na cidade de São Paulo ocasionado pelo vírus da Covid-19. As autoridades sanitárias do município que resido no interior de São Paulo decidiram, então, fechar os serviços não essenciais e a universidade soltou o primeiro comunicado para suspensão das aulas durante 15 dias. Inicialmente, pareceu um exagero, pois até esse momento havia casos de disseminação do vírus por aqui. Muitos, sem entender o que estava acontecendo, se atentaram aos noticiários da situação epidemiológica nos outros países. Um verdadeiro caos estava instalado. Cada vez mais óbitos, cada vez mais sobrecarregamento dos serviços de saúde, profissionais de saúde morrendo e a população ainda sem saber muito o que fazer.

Próximo ao término dos 15 dias de suspensão das aulas, fui convocado pela minha então coordenadora para uma reunião remota. Estavam nesta reunião apenas os professores que, naquele momento, ministravam aula para o último semestre do curso. Sob a égide do argumento de responsabilidade social e de que os serviços de saúde precisariam de mão-de-obra, fomos convocados a retornar para as atividades práticas no hospital a fim de antecipar a formação dos enfermeiros.

A empresa forneceria a máscara específica para proteção individual e acordamos que não iríamos realizar as práticas com os alunos nos setores de entrada de pacientes (pronto-socorro).

Com muito medo de retornar, em especial diante da possibilidade de perder a minha vida ou o meu emprego, retornei com minha atividade docente junto aos meus alunos. Deixei meu marido e nossa filha em casa, e fui para o hospital. Naquele momento, pouco ainda se sabia sobre o vírus, mas dada experiências anteriores com outros tipos de vírus, já se imaginava que sua transmissão poderia ocorrer por partículas de ar presentes no ambiente; assim, o uso de máscaras específicas e lavagem intensa das mãos são práticas essenciais quando se deseja barrar a transmissão de microrganismos.

O hospital suspendeu todas as atividades eletivas, dedicando-se somente aos atendimentos de urgência e emergência. Enfermarias foram adaptadas para leitos intensivos, protocolos foram criados, a testagem tornou-se obrigatória e cada vez mais a letalidade da doença se manifestava. Diante disso, minha preocupação era me manter vivo e fornecer uma série de orientações aos meus alunos para que fizessem o mesmo. Os componentes curriculares para formação em saúde, neste momento da graduação, foram deixados de lado e todas as orientações e supervisão do estágio estavam voltadas para as medidas de segurança dos alunos. Eles foram orientados, inicialmente, a não prestarem cuidados a pacientes com suspeita ou confirmação pelo vírus da Covid-19, mas em dado momento, todos os pacientes hospitalizados apresentavam este risco.

A situação só se agravava, as aulas teóricas ocorriam de forma virtual e somente as aulas práticas do último semestre ocorriam de forma presencial. O noticiário estava veemente, a cada nova onda de contágio, o número de mortes diária só aumentava. Era nítida a ambiguidade das atitudes adotadas pelas autoridades e uma grande força de disputa política sobre as medidas de contingenciamentos subjetivava a população, bem como os profissionais de saúde.

Uma das medidas mais polêmicas foi o chamado *lockdown*, em que apenas os serviços essenciais poderiam funcionar. Assim, o hospital e as aulas práticas continuaram acontecendo, e cuidados domiciliares precisaram ser empregados. Ao sair do hospital e chegar em casa, era necessária a retirada de toda a roupa contaminada e a realização de sua lavagem separadamente das demais. Os calçados não adentravam ao domicílio. O banho e a higiene pessoal aconteciam imediatamente, sem contato com ninguém em casa ou com o mobiliário. Meu deslocamento acontecia somente para o hospital e para o supermercado.

Essa rotina perdurou por todo o ano de 2020. Durante esse período, a abertura do comércio era defendida por grande parte dos empresários e me recordo que, em meados do mês de outubro, o comércio local foi reaberto. Mas no mês de dezembro, com a piora dos indicadores epidemiológicos, novas medidas restritivas foram adotadas.

Sempre estava muito atento com o que acontecia na capital, pois as variações da taxa de contágio, bem como da evolução do número de óbitos eram parâmetros para o que aconteceria no interior do estado.

Assim, sempre que possível, entrava em contato com meus familiares que residiam na capital. Meus tios e minhas três primas estavam no epicentro do contágio. No mês de janeiro, mais ou menos no final da primeira quinzena, recebi uma ligação da minha mãe me informando de que minhas primas haviam contraído o vírus. Entrei em contato com minha tia, que me informou que uma das minhas primas apresentava alguns sintomas moderados e outros leves. Orientei minha tia a tomar as medidas de segurança e a monitorar a evolução dos sintomas.

Poucos dias depois, minha tia informou que contraiu o vírus e que apresentava sintomas mais graves, como a falta de ar. Por meio de uma ligação telefônica, falei com meu tio que a acompanhava no hospital e me atualizava do quadro clínico. Acontece que não havia leito e minha tia foi orientada a retornar à sua casa e a acompanhar os sintomas.

No dia seguinte, meu tio apresentou sintomas graves da doença, necessitando ser hospitalizado. Após três dias, fomos informados que seu quadro clínico se agravara, necessitando de internação em um leito de UTI. Minhas primas, sendo duas delas ainda adolescentes, encontravam-se muito preocupadas e com medo do pior. Minha tia sempre me ligava, pedindo orações e solicitando que eu explicasse o que poderia estar acontecendo com ele. Era uma situação difícil, pois além de não conter todas as informações e não ter propriedade sobre a evolução do quadro, minha tia buscava esperança na minha fala, mas a situação epidemiológica era extremamente grave.

Meu tio não possuía nenhuma comorbidade, era jovem, ativo e sempre muito presente na vida das minhas primas e na minha infância., em mais um telefonema, minha tia me informou que meu tio necessitava de hemodiálise. Péssimo sinal, pois a falência dos rins significava um prognóstico muito ruim. No outro dia, a notícia do óbito.

Um momento nunca vivenciado, pois não poderia haver velório, o caixão deveria estar/precisava estar fechado e agora minhas tias e primas sozinhas na grande capital; todos os demais familiares residem no interior. Minhas primas tão jovens, agora sem pai. Para mim, o momento mais triste de toda a vivência pandêmica.

E quantas famílias também estavam passando por esse luto! Mas o discurso dos empresários e do governo federal para a volta da normalidade, retomada das atividades presenciais e reabertura das escolas predominava nos noticiários. Aos poucos, fomos sendo

convencidos de que o risco de contaminação era o “novo normal”, pois a vida precisava continuar.

No segundo semestre de 2021, parte das aulas já havia retornado de forma presencial, mesmo diante da possibilidade de contágio. As notícias sobre a confecção das novas vacinas estavam acaloradas. Até que, no mês de outubro, fui convocado para uma reunião na faculdade, ali fomos informados que a vigilância epidemiológica havia recebido as primeiras doses da CoronaVac®, e o município precisava de ajuda para vacinar os grupos prioritários.

Foi assim que, junto aos estudantes, nos movimentamos para início da vacinação. Logo também fui vacinado com a primeira dose e, conforme o poder público disponibilizava as vacinas, grandes mobilizações eram feitas pelo nosso curso para emprego da vacinação. Participávamos de campanhas, montávamos postos de vacinação, íamos até os serviços de saúde. O senso de coletividade foi muito importante para propagação dessas ações. Conforme a vacinação avançava, as atividades acadêmicas retornavam quase que em sua totalidade.

Às vezes, nos deparávamos com pessoas que se negavam a tomar a vacina. Alguns direitos foram atrelados à vacinação, como o acesso a viagens internacionais. No âmbito local, a vacinação era obrigatória para os profissionais da saúde e docentes que atuavam no hospital. Na universidade, a vacinação não era obrigatória e as atividades presenciais estavam autorizadas.

E assim, pouco a pouco, as atividades foram sendo retomadas. Algumas medidas foram caindo em desuso, mas até hoje o uso de máscaras faciais e a vacinação são obrigatórias nos serviços de saúde.

Por fim, foi o medo do contágio e, possivelmente, da morte o sentimento mais presente durante esse período. Além dele, a pressão para retorno à “normalidade” e o luto coexistiam. Diante da vacinação, a esperança de controle da pandemia. Contribuir com a vacinação foi, neste momento, o ato mais ético, político, moral e civilizatório que vivenciei até então.

Introdução

A realidade social que se impõe sobre nossa existência imprime um imaginário no qual as desigualdades sociais, o racismo e as vidas não enlutáveis constituem formas de violências que impedem a ocorrência de uma vida digna e plena. É o que George Orwell (2007, p. 106) diz: “Somos todos iguais, mas alguns são mais iguais do que outros”.

A pandemia da Covid-19 nada mais fez do que escancarar essa realidade. Identificado pela primeira vez em Wuhan, na China, o vírus é causador da síndrome respiratória aguda, doença infectocontagiosa, denominada Covid-19, que causou quase sete milhões de óbitos no mundo (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Diversas medidas foram tomadas pelas lideranças mundiais. Dentre elas, o isolamento social, o uso de equipamentos de proteção individual, a restrição de circulação de pessoas, o fechamento do comércio e de locais públicos e o acompanhamento da taxa de contágio. Desta forma, as principais medidas de contingenciamento da doença foram a higienização das mãos, o isolamento social e o uso de máscaras faciais, ainda de acordo com a OMS (2023).

Entretanto, o consenso sobre a adoção dessas medidas não foi unânime e diferentes condutas foram tomadas pelos líderes mundiais. Nesse contexto, o embate entre diferentes forças políticas se fez presente, com conseqüente desencadeamento de práticas de violência contra a população e os profissionais da saúde.

Silva e Ribeiro (2023), ao analisarem práticas discursivas presentes nos enunciados proferidos pela Agência Pará de Notícias, durante a pandemia da Covid-19 no estado, identificaram que os efeitos de sentido se concentraram:

[...] na repartição dos corpos bons e ruins, em que a discursividade de proteção da vida normaliza as interdições do poder durante a pandemia; da criatividade governamental que coloca em funcionamento a mecânica de “fazer viver e deixar morrer” justificada por uma racionalidade, um cálculo, uma média e, por fim, a linha de força do dispositivo de segurança atuando sobre o engajamento da população, no agenciamento de condutas da própria população, cuja finalidade em si mesma é a otimização da força governamental (Idem, p. 94 e 95).

Muñoz et al (2024) analisaram a comunicação em saúde do Ministério da Saúde (MS) brasileiro e sua correspondência com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os autores concluíram que, no primeiro ano da pandemia, o objetivo político de poder parece ter sido, em determinados momentos, a produção de cidadãos disciplinados e submissos, em

nome da preservação da vida e da prevenção da morte. Vale salientar que, durante esse período, o MS ainda era comandado pelo Ministro Luiz Henrique Mandetta, comprometido no combate à disseminação do vírus.

Lara e Cruz (2023) procuram compreender os diferentes modos de gestão da vida e da morte pelo governo Bolsonaro, por meio da governamentalidade algorítmica, uso das redes sociais e das *fake news*. As autoras concluíram que:

A gestão do governo Bolsonaro da pandemia da Covid-19, à revelia das análises que se centravam em intervenções biopolíticas para o controle do coronavírus, fez avançar no cenário nacional uma gestão centrada na manipulação dos discursos que circulam entre os apoiadores do governo e são gestadas pelo regime digital de exceção. Trata-se da centralização das práticas do governo em fazer valer “verdades” não baseadas na ciência e na estatística, mas como efeito da manipulação e criação discursiva nas redes sociais (Lara, Cruz, 2023, p. 37).

Montenegro (2023) mapeou os elementos que compuseram a rede sociotécnica do tratamento precoce – uso de medicamentos sem eficácia. O autor argumenta que o tratamento precoce, prática denominada por ele de *necrofarmacológica*, se operacionalizou em grande medida pela captura política da incerteza, mas também trabalhou para se estabilizar como enquadramento alternativo às medidas não farmacológicas de prevenção da Covid-19.

Santos (2023) avalia que as medidas de isolamento social e do *lockdown*, adotadas para controle da disseminação do vírus da Covid-19, constituíram uma radicalização da biopolítica numa forma de estado de exceção. A partir disso, os discursos proferidos pelo então presidente Jair Bolsonaro performaram uma tática de governamentalidade pautadas em *fake news* que viabilizariam um projeto biopolítico próprio, apoiado numa tese de sobrevivência dos mais fortes. Tal argumento remete ao darwinismo aplicado à vida social, em que a imunidade do rebanho é que vai definir quem sobreviverá e ao ideário neoliberal de concorrência e competição entre os indivíduos, pois, no neoliberalismo econômico, cada pessoa é transformada em empresária de si mesmo, a partir da ideia de que a concorrência está baseada na premissa de que os mais hábeis e mais competentes naturalmente vencerão.

Assim, as discussões no campo da filosofia política realizadas por Butler (2021) ajudam a compreender que as medidas adotadas durante a pandemia da Covid-19 foram formas de violência sobre a população e os profissionais da saúde. A autora argumenta que atos de violência são construções sociopolíticas exercidas num quadro de referência influenciado por relações de poder, no qual o Estado é detentor do monopólio da violência legítima. Assim, a

violência constitui-se como uma ameaça à interdependência social que, diante da pandemia da Covid-19, expressou-se na ambiguidade do isolamento social, na disseminação de notícias falsas, no uso de medicações sem eficácia comprovada e no uso da autocracia profissional para decisões clínicas diante da escassez de recursos.

Para a autora, práticas de violência e de não violência não podem ser reduzidas às decisões de quem detém o poder, pois é no campo do saber do direito que essas práticas são justificadas como formas de violência. Assim, a violência é sempre interpretada (Butler, 2021). Desta forma, parte-se da premissa de que as medidas adotadas pelo governo brasileiro contrárias à disseminação do vírus durante a pandemia da Covid-19, tais quais o uso de medicamentos sem eficácia comprovada, o não incentivo ao uso de máscaras e o isolamento social, configuraram práticas de violência contra a população e contra os profissionais da saúde.

A partir do conceito de “dispositivo” em Foucault (2021), é argumentado que as diferentes interpretações de alguns dispositivos utilizados para gestão da pandemia da Covid-19 redundaram em violências, inclusive aquelas empregadas no âmbito da saúde, em que as vidas precárias e não enlutáveis se viram expostas e submetidas à exclusão aos cuidados médicos e à proteção da vida.

Por esse termo [dispositivo] tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (Foucault, 2021, p. 364).

Por se tratar de uma rede de elementos que se relacionam e constituem uma prática, o conceito de dispositivo se faz pertinente como recurso interpretativo para as diferentes práticas e manejos adotados pelo Estado brasileiro durante a pandemia da Covid-19, pois diante do potencial de disseminação do vírus, a sua governamentalidade passou a ser o centro dos debates políticos, econômicos, éticos e morais. Para Foucault (1999), as diferentes tecnologias de poder usadas pelo Estado, por um lado, promovem o cuidado com a população e, por outro, produzem subjetividades que colocam em movimentos diferentes os domínios do saber e do poder.

Tomamos como exemplo o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, sendo ela um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim, se constitui um regime de verdade que é instaurado a partir dos dispositivos de saberes. Por um lado, produzem um esquema

referencial e normalizador de saúde, que permite práticas e cuidados e, portanto, age como um dispositivo de controle e de poder sobre os corpos e. Por outro lado, sujeições que atravessam o campo do saber e poder com consequente ocorrência de relações que atravessam as condições de vida e de saúde da pessoa, família e comunidade.

Assim, a biopolítica tem por característica o exercício do poder diretamente sobre a população como um problema político, científico e biológico. Tem por objeto fenômenos coletivos, aleatórios e imprevisíveis que ocorrem numa população em determinado período, além de contar com mecanismos estatísticos, previsões e medições globais (Foucault, 1999).

Desta forma, a governamentalidade é entendida como o exercício do cálculo das forças, relações, riquezas e fatores de poder intrínsecos ao Estado, numa forma de racionalidade que considera a estatização do biológico, com consequente poder de fazer viver e de deixar morrer (Foucault, 2008b).

É o que Foucault (2008b) denominou de biorregulamentação do Estado – mecanismos reguladores da ordem da população e dos processos biológicos – em que o fazer viver é expresso como arte de governar. Butler (2021), por sua vez, analisa a causalidade entre poder, vida e morte:

Os dias de morte que se abate sobre vida não acabaram, mesmo que às vezes Foucault escreva como se tivessem acabado, a fim de ressaltar outro tipo de poder. Para ele, poder e violência são agora mais indiretos, menos espetaculares, menos orquestrados pela violência do Estado. Mas não é fácil separar o poder soberano do biopolítico – como ele mesmo apontaria em aulas subsequentes –, e deveríamos considerar suspeito qualquer esforço para estabelecer uma sequência histórica ordenada em que um claramente se segue ao outro (Butler, 2021, p. 94).

Assim, no contexto das endemias e epidemias, como doenças que afetam a população e produzem subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias e aumento dos custos econômicos, o exercício do biopoder culmina num conflito entre o Estado e aqueles que exercem sua liberdade individual, de forma que, no contexto pandêmico, a desvalorização da vida e a tomada de decisão sobre aqueles que podem morrer, culminaram em dilemas bioéticos complexos que reverberam nas práticas discursivas proferidas pelo Estado, pela mídia e pela sociedade.

Mansano, Carvalho, Carvalhaes (2021) argumentam que a biopolítica que incidiu diretamente sobre os brasileiros durante a pandemia da Covid-19 foi pautada numa dualidade: por um lado, o saber econômico prezava pela continuidade das atividades laborais e, por outro,

a proteção incondicional da vida pautou-se nos saberes sanitários que priorizavam o isolamento social. Neste ínterim:

[...] a governamentalidade continua fiel às suas origens neoliberais que prezam por um estado mínimo, cujas intervenções devem ser realizadas respeitando os interesses de agentes sociais como, por exemplo, os empresários. [...] O Estado se mostrou enfraquecido para realizar especificamente a tarefa de criar dispositivos estratégicos para proteger a vida da população, em especial no que se refere à saúde em contexto de crise sanitária. [...] O que vimos nos dados apresentados e analisados foram ações isoladas, pouco planejadas e nada articuladas, tanto entre os níveis governamentais, quanto na relação do governo com a sociedade civil organizada e a população. Os desgastes decorrentes dessa irracionalidade governamental geraram dúvidas, confrontos desnecessários, medo, desconfiança e, o mais grave de tudo, uma tendência negacionista quanto à gravidade da doença (Mansano, Carvalho, Carvalhaes, 2021, p. 317).

Para Neves e Gomes (2021), a biopolítica exercida durante a pandemia da Covid-19 é resultado de uma construção social e histórica de marginalização e desumanização dos corpos, que exclui parte da população ao selecionar os corpos que serão levados à morte. Assim, a articulação dos interesses políticos e econômicos com o negacionismo mobilizado pelo governo em exercício “reforçou o fazer morrer como uma sistematização do seu domínio” (Idem, 2021, p. 56).

Willrich et al (2022) analisaram as implicações psicossociais decorrentes da pandemia da Covid-19 e concluíram que, diante da instabilidade e incertezas sobre a doença, o medo da contaminação e da morte, a angústia, o desânimo e a tristeza foram modos de sujeição e subjetivação presentes durante esse período.

No que diz respeito aos profissionais da enfermagem, um dos grupos mais afetados pela pandemia, por meio do projeto de atendimento de enfermagem em saúde mental realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), apresentaram, nos primeiros meses da pandemia, os sentimentos de ansiedade, medo, ambivalência, depressão e exaustão (Humerez, Ohl, Silva, 2020).

No que tange aos profissionais da saúde, além dos sentimentos vivenciados a cada dia, configurava-se um cenário de escassez de recursos, em especial dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), além do aumento do número de afastamentos do trabalho e de profissionais em adoecimento, jornadas prolongadas e sobrecarga de trabalho. Todos esses fatores contribuem para o aumento das chances de infecção destes profissionais, uma vez que o

impedimento do uso das melhores capacidades das equipes e serviços ficaram restritas; sem contar com o distanciamento que muitos deles executaram de seus familiares e da rede de apoio que dispunham no cotidiano (Almeida, 2020).

Almeida (2020) resgata princípios éticos que foram descritos após a pandemia de H1N1 em 2009:

Trata-se de esquemas de planejamento baseados em princípios éticos, regras legais, papel de fornecedores e engajamento da comunidade, pavimentando o caminho para decisões que permitam equidade e justiça na entrega de serviços médicos para aqueles que necessitam em situações de escassez de recursos. Os comitês de resposta à pandemia devem se guiar por critérios como justiça, dever de cuidar, dever de administrar recursos, de transparência, proporcionalidade e responsabilidade de modo a não desfavorecer os mais vulneráveis e a minimizar as chances de situações-limite. De modo similar são apontados três deveres éticos na provisão de cuidados de saúde em tempos de COVID-19: o dever de planejar, gerenciando incertezas; o dever de proteger, oferecendo suporte a trabalhadores e a populações vulneráveis; e o dever de orientar níveis de cuidados e padrões de cuidados em situações de crise (Almeida, 2020, p. 3).

Assim, princípios éticos precisam ser seguidos para alocação de recursos durante uma crise de proporções pandêmicas como a Covid-19. Satomi et al (2020) argumentam, ainda, que a alocação justa requer uma estrutura ética:

[...] que norteie as relações individuais, como respeito irrestrito à autonomia, cuidados centrados em valores, preferências e necessidades individuais, e valores éticos de necessidades de grupos, que permitam promover a saúde da maior parte da população, por meio do uso prudente de recursos escassos, de forma a minimizar a morbidade e a mortalidade (Satomi et al, 2020, p. 2).

Além disso, o respeito à dignidade humana precisa ser empregado em práticas que garantam:

O direito à triagem, com critérios objetivos justos e transparentes, além de acesso a informações adequadas sobre seu estado de saúde, as condições do sistema de atendimento e dos próprios critérios estabelecidos. Devem também receber todo suporte necessário para seu quadro dentro do grupo para o qual foi triado (Satomi et al, 2020, p. 2).

Assim, os valores fundamentais a serem considerados na construção de protocolos em momentos de crise são: (1) justiça na distribuição dos recursos; (2) maximização dos benefícios globais na alocação e na utilização de recursos; (3) o valor instrumental dos profissionais da saúde; (4) não prioridade por doença e; (5) oferta de cuidados paliativos adequados (Satomi et al, 2020).

Lima et al (2022) afirmam que os profissionais da saúde vivenciaram dilemas bioéticos durante a pandemia da Covid-19 no que diz respeito ao dever de assistir o paciente e a garantia da segurança pessoal, lidando com o desafio de agir com ética em meio à sobrecarga e à insegurança do contexto.

Cruz et al (2021) afirmam que dois dilemas bioéticos emergiram durante a pandemia da Covid-19: o papel da ciência, da pesquisa científica e das tecnologias para confecção de diretrizes e protocolos e na administração de recursos econômicos e humanos. Para os autores, a credibilidade e validade das pesquisas científicas durante o período pandêmico, aliada à ampla divulgação das *fake news*, “contribuiu para gerar a desconfiança nas instituições que produzem e executam diretrizes científicas, dificultando o consenso e a adesão aos protocolos de combate à pandemia” (Idem, 2021, p. 2).

No que tange a administração de recursos econômicos e humanos, os conflitos bioéticos centraram-se:

a) na gestão da estrutura física e financeira das instituições do Estado e de suas relações com entes privados e; b) nos procedimentos nacionais e locais de disseminação de medidas de contenção do avanço da pandemia e de atenção à população. [...] Os resultados desses conflitos éticos geraram a falta de infraestrutura de atendimento público e privado e de leitos hospitalares, o racionamento de equipamentos e medicamentos para tratamento de infectados, a carência de testes para detectar o agente patógeno, a insuficiência de recursos para produzir ou adquirir vacinas (Cruz et al, 2021, p. 2).

Os autores concluem, assim, que o conflito entre o interesse pessoal e o interesse coletivo, bem como os processos de decisão, devem ser vinculados aos princípios da bioética (Cruz et al, 2021).

A bioética principialista, diante da pandemia da Covid-19, enquanto campo de saber, foi sobreposta pela bioética utilitarista. O método utilitarista defende que as decisões clínicas devem proporcionar o maior bem-estar para o maior número possível de pessoas, independentemente de sua vulnerabilidade; assim, há um rompimento com o princípio da

equidade, pois não se trata apenas de disponibilizar recursos e tecnologia, mas, também, de usá-los naqueles que mais precisam, isto é, priorizá-los aos mais vulneráveis. Dessa forma, o utilitarismo é importante no que diz respeito à distribuição universal de recursos, porém, no que se refere ao emprego deles, a principiologia é o campo a ser considerado para aplicabilidade equânime desses (Dadalto, Santos, 2020).

Nessa mesma premissa, Uchôa e Uchôa (2020) analisaram, do ponto de vista do ordenamento jurídico, os instrumentos previstos na Lei n. 13.979/2020, em especial da quarentena e do isolamento, bem como da Portaria Interministerial n. 5, de 17 de março de 2020, editada pelos Ministérios da Justiça e Segurança Pública e da Saúde, e a Portaria n. 356 do Ministério da Saúde. Os autores concluíram que:

Ao estabelecer que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado, que será garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o artigo 196 da Constituição da República é a base constitucional em que a Lei n. 13.979/2020 foi promulgada. O equilíbrio entre o direito individual e o direito à saúde pública na implementação da quarentena e do isolamento requer que os agentes envolvidos tornem público o racional científico por trás das medidas, a sua eficiência e a sua necessidade diante da pandemia, bem como que submetam esses requisitos ao escrutínio da sociedade (Uchôa, Uchôa, 2020, p. 454).

Assim, as questões bioéticas presentes durante a pandemia da Covid-19 concentram-se em: (1) ações de planejamento, proteção e orientação, que devem ser pautadas nas necessidades individuais e coletivas; (2) profissionais da saúde que sofreram com sentimentos incapacitantes, bem como com a falta de recursos materiais e humanos; (3) prestação de cuidados em saúde que depende, necessariamente, do cuidado para com o profissional da saúde; (4) uso de protocolos importantes diante de situações de extrema vulnerabilidade como a pandemia da Covid-19 e; (5) o papel da ciência não apenas se circunscreve à busca por evidências, mas, também, na comunicação com a população.

Estes aspectos estiveram presentes durante toda a pandemia da Covid-19. No entanto, as decisões do governo Bolsonaro foram tomadas em prol do negacionismo. O uso de práticas discursivas baseadas na mentira – *fake news* – bem como o uso da governamentalidade em prol dos interesses do capital a partir da premissa da sobrevivência dos mais fortes, e também a insistência no uso de medicamentos sem eficácia comprovada, culminaram em dilemas bioéticos importantes no que diz respeito à prática dos profissionais da saúde.

As discussões bioéticas emanam das contradições existentes entre o desenvolvimento técnico e científico, dos desrespeitos presentes na relação profissional da saúde-paciente e da vulnerabilidade de alguns grupos da população na era do Antropoceno. Além disso, visam evitar abusos dos detentores de poder, bem como para conciliar tecnologia e responsabilidade. Desta forma, essas discussões buscam promover debates relacionados às questões morais, sociais, jurídicas e antropológicas de ampla visibilidade, envolvendo a saúde pública, as doenças infecciosas e crônicas, a saúde ambiental, a biotecnologia, o aborto, os cuidados paliativos e, nesta discussão, a pandemia da Covid-19, dentre outros campos de debate (Carvalho, Gustin, 2020; Dadalto, Sarsur, 2020).

Nesse sentido, a bioética enquanto campo de saber, diante do contexto de exacerbação do biopoder, possui papel importante ao direcionar, por meio de práticas discursivas, orientações aos profissionais da saúde. Entretanto, as medidas adotadas pelo governo Bolsonaro contrárias à disseminação do vírus, intensificaram ainda mais a atuação clínica dos profissionais da saúde, de forma a fazer com que eles tomassem decisões limítrofes no que diz respeito ao exercício profissional.

Decidir a quem deve ser disponibilizado o recurso, julgar a chance ou expectativa de vida das pessoas e, a partir delas, tomar decisão em disponibilizar ou não procedimentos invasivos; prescrever e administrar medicamentos sem eficácia comprovada e favorecer ou opor-se à disseminação de notícias falsas configuram um campo ético no qual os profissionais de saúde tiveram que lidar durante a pandemia da Covid-19. Assim, a hipótese inicial é de que os dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19 são formas de violência que subjetivaram o próprio exercício profissional. Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é pensar em uma ética da não violência na formação em saúde a partir dos desafios postos aos profissionais da saúde pela pandemia.

Para isso, na primeira seção, são resgatados os aspectos históricos das epidemias a partir das obras ‘História da Epidemias’ de Stefan Cunha Ujvari (2022) e ‘A Bailarina da Morte’ de Lilia Mortiz Schwarcz e Heloisa Murgel Starling (2020), para relacionar as intersecções com os dispositivos de segurança descritos por Foucault (2008a). Compreende-se aqui como dispositivos de segurança, decisões políticas que afetam as populações diante das doenças infectocontagiosas, tais como o acompanhamento da taxa de contágio, vacinação, taxa de mortalidade, probabilidade de adoecimento e óbitos, periculosidade da doença, entre outras. Assim, diante desse contexto, muitas medidas que foram adotadas durante a pandemia da Covid-19 não possuem caráter de novidade ou exclusividade, e muitas delas também foram

acompanhadas de ambiguidades e incertezas, culminando em diferentes desfechos. Portanto, se trata de um resgate histórico para refletir sobre a aplicabilidade dos dispositivos de segurança durante uma epidemia.

Na segunda seção, a partir do relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) realizado pelo Senado Federal e pelas notícias veiculadas pela mídia durante a pandemia da Covid-19, são discutidos como a disseminação de *fake news* e o isolamento social foram utilizados como dispositivos de subjetivação durante a pandemia da Covid-19 pelo governo federal. Para isso, são apresentadas as principais notícias falsas que foram disseminadas e as ambiguidades presentes na adoção do isolamento social, a fim de demonstrar que a subjetivação diante destas medidas fora cooptada por diferentes interesses. Assim, as contribuições de Espósito (2017) sobre o senso imunitário e comunitário são pertinentes e ajudam na discussão sobre os aspectos individuais e coletivos presentes para adoção destas medidas. Portanto, se trata de uma reflexão teórica que busca, a partir de Espósito (2017), identificar a aplicabilidade dos conceitos elaborados pelo autor para descrever as subjetividades e ambiguidades presentes na disseminação de notícias falsas e no isolamento social.

Na terceira seção, é argumentado que os interesses do governo federal, ao adotar medidas contrárias à preservação das vidas, configuram-se como práticas de violência que incidiram sobre a população e sobre os profissionais da saúde. Assim, são nomeadas como tentativas de normalização da morte das vidas não enlutáveis, as estratégias de exposição das populações mais vulneráveis, cujo fim almejava a correspondência dos interesses neoliberais e neofascistas do governo Bolsonaro. Para isso, são resgatadas as discussões realizadas por Foucault (2008b), Chamayou (2020) e Lazaratto (2019) no que diz respeito ao neoliberalismo, o neofascismo e ao racismo de Estado, para então, a partir de Butler (2021), caracterizar as medidas adotadas pelo governo federal como práticas de violência. Portanto, se trata de uma reflexão teórica que buscou relacionar a gestão da pandemia às práticas violentas realizadas pelo Estado com consequente tentativa de normalização da morte das vidas não enlutáveis.

Na quarta seção, é apresentado como a medicina e a saúde, a partir da ciência positivista e do conceito de normalização biológica, foram capturadas pelos diferentes interesses e discursos políticos, para então caracterizar que os dispositivos de segurança, durante a gestão da pandemia pelo governo Bolsonaro, tornaram-se dispositivos de insegurança que incidiram sobre a população e sobre os profissionais da saúde. Para isso, são resgatados os aspectos históricos de como a medicina foi utilizada como dispositivo biopolítico, reverberando o conceito de normalização em saúde, para descrever que a subjetividade presente na atual

conjuntura médica foi cerceada pelos interesses políticos, em que a autonomia foi campo de poder utilizada sobre a vida e a morte da população. Portanto, se trata de uma reflexão teórica que buscou evidenciar práticas em saúde que foram subjetivadas durante a pandemia da Covid-19 e culminaram em dilemas bioéticos aos profissionais da saúde.

Na quinta seção, é realizada uma revisão sobre os dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19 e categorizadas em três aspectos: (1) Aderir ao isolamento ou ir para a linha de frente? (2) Atualizar-se frente às evidências científicas ou prescrever e/ou administrar medicamentos sem eficácia comprovada? (3) Aderir a protocolos de priorização de atendimentos ou garantir o direito à saúde a todos? Trata-se de uma revisão, a partir das principais publicações realizadas durante a pandemia, dos periódicos específicos sobre a bioética e a ética na saúde, os quais visaram descrever como essas medidas incidiram sobre os profissionais de saúde, que também foram violentados durante a pandemia.

Na sexta seção, é apresentada uma reflexão teórica sobre práticas de não violência a partir da formação dos profissionais da saúde. Para isso, são utilizadas as discussões de Butler (2021) em sua obra ‘A força da não violência’, buscando descrever caminhos possíveis para uma formação ética em saúde capaz de refutar práticas de violência. Assim, são revisadas as principais publicações na área da saúde sobre a formação ética em saúde para, então, encontrar intersecções possíveis para aplicabilidade de uma ética da solidariedade dentro das práticas em saúde.

1. Dispositivos de Segurança diante das Doenças Infectocontagiosas

Ao retomar a história das pandemias, é possível enunciar como os dispositivos de poder não possuem uma localização espacial/temporal no Estado, mas estão em todos os âmbitos da vida, configurando-se, assim, como uma forma de poder afirmativa no qual a atuação do Estado e dos saberes em saúde foram empregados ora como medidas de contingenciamento, ora como medidas de exposição da população em epidemias anteriores. É a partir da interpretação desses fatos que Foucault (2008a) define o conceito e descreve as características do que ele denominou de *dispositivos de segurança*. Além do filósofo, é possível conceituar tais dispositivos através da visão de Ujvari (2022), *História das Epidemias*, que narra uma série de fatos históricos sob a luz das doenças infectocontagiosas. As principais observações desse autor concentram-se na constatação de que foram as guerras, o deslocamento do ser humano pelo território e a maneira pela qual o ser humano vive em comunidade, os fatores essenciais para a disseminação dos agentes infecciosos. Também, aplica-se a obra *A Bailarina da Morte* de Schwarcz e Starling (2020) para conceituar dispositivos de segurança. Esse livro busca reconstituir a propagação e os efeitos da doença influenza em diversas capitais brasileiras.



Fonte: Pierart dou Tielt. Cidadãos de Tournai Enterrando os Mortos Durante a Peste Negra.

Abbatum Memoria, 1347. 273x205mm. Biblioteca Real da Bélgica.

Na Grécia antiga, acreditava-se que as doenças infecciosas ocorriam em decorrência das ações dos deuses, especialmente do deus Apolo, para castigar a população. Então, templos foram construídos para que as pessoas fossem purificadas por meio do jejum, do banho e do uso de óleos pelo corpo. Foi Hipócrates quem deliberou desvincular as causas das doenças das ações divinas, argumentando que o homem é formado por quatro substâncias – sangue, bile negra, bile amarela e fleuma – caracterizadas como humores, que são responsáveis pela homeostase (equilíbrio) do corpo. O mesmo médico também associou os termos *epidemias* – pessoas que não moravam nas cidades – e *endemias* – pessoas que tinham habitação fixa – ao aparecimento das doenças infectocontagiosas (Ujvari, 2022).

Na Antiguidade, há relatos do surgimento de uma epidemia de disenteria nos acampamentos militares durante as Guerras Médicas entre as cidades-estado gregas. A Peste de Atenas ficou conhecida por ter dizimado um quarto da população de cinco mil homens da força militar. Tratava-se de uma doença em que a pessoa acometida apresentava dor de cabeça, vermelhidão nos olhos, inflamação na língua e na boca, sangramentos, espirros, tosse e rouquidão, além de vômito, diarreia, sede, manchas avermelhadas e necrose nas extremidades dos dedos. A causa dessa doença era desconhecida até o avanço da ciência revelar que se tratava de febre tifoide (Ujvari, 2022).

Ujvari (2022) afirma que a crença nos deuses não foi impedimento para que os povos da Antiguidade realizassem cuidados com a higiene e saneamento; a realização de drenagem dos pântanos e o suprimento de água limpa e potável, por exemplo, eram práticas realizadas nesse período. Aliás, sem saber que a malária era transmitida por mosquitos, a drenagem dos pântanos, a não construção de cidades próximas a eles, bem como a limpeza das ruas, foram medidas importantes para que a doença não se propagasse. Acreditava-se que ela era transmitida pelo odor que a região apresentava e, por isso, as medidas de higiene e saneamento eram adotadas.

Foi essa concepção de odor desagradável que influenciou a teoria de que as doenças infecciosas eram oriundas de gases venenosos presentes no solo, os miasmas. Tal teoria é importante, pois foi somente com a descoberta dos microrganismos no século XX que ela foi deixada de lado (Ujvari, 2022).

Com o crescimento vertical das grandes cidades e com a aglomeração populacional, os centros urbanos tornaram-se vulneráveis aos agentes infecciosos. Além da construção de vias

ligando diversas regiões da Europa e da circulação marítima intensa onde os microrganismos circulavam. Ujvari (2022, p. 30) afirma que:

A locomoção humana sempre esteve associada ao transporte de microrganismos para outras regiões. Pessoas doentes ou que estão incubando germes em seu organismo levam a doença para outros locais e contaminam seus moradores. Novos infectados que então partirem em viagem levarão a infecção adiante. Um a um, vilarejos adoecem em sequência enquanto a infecção segue um trajeto contínuo.

Durante o Império Romano, onze grandes epidemias foram reveladas/ relatadas. Dentre elas, destacam-se a Peste de Orósio e a Peste de Galeno, que se acredita ser a doença do sarampo e da varíola, respectivamente. Elas são a origem do comprometimento de um quarto a um terço da população italiana dizimada (Ujvari, 2022).

Mas foi a peste bubônica a pior epidemia da história. Com os avanços das cidades e do comércio, a Europa encontrava-se em grande expansão. As rotas comerciais levavam mercadorias e, junto delas, ratos com pulgas que continham a bactéria *Yersinia pestis*. As pulgas se infectavam ao sugar o sangue contaminado dos ratos e por meio de sua proliferação desenfreada, abandonavam os ratos em busca de nova oferta sanguínea. Uma vez em contato com a pele do ser humano, as bactérias se disseminam pelo organismo causando infecção generalizada e vasoconstrição periférica. Pacientes acometidos no sistema respiratório também transmitiam a doença pela tosse. Culturalmente, as pessoas dormiam juntas no mesmo quarto, o que facilitava a transmissão da bactéria. Assim,

O rato foi um instrumento fundamental para a disseminação da peste bubônica no século XVI, fornecendo a bactéria em suas pulgas. Outro instrumento foram as cidades, que propiciaram um meio excepcional para a proliferação da doença. Apesar de o rato ser sempre incriminado nas epidemias da peste, a transmissão homem para homem também foi um fator importante, senão o principal, na devastadora propagação (Ujvari, 2022, p. 48 e 49).

Veneza foi a primeira cidade a instaurar a quarentena: todas as embarcações foram isoladas durante 40 dias. Além disso, o uso de máscaras, de fogueiras, o isolamento das casas com doentes, a queima dos seus pertences, cadáveres enterrados o quanto antes, o uso de vinagre, água de rosas e perfumes, bem como janelas trancadas e limpeza das ruas eram medidas adotadas para combater os miasmas. Entretanto, a disseminação dos microrganismos

era tão intensa que há como estimativa a morte de 20 milhões de pessoas em apenas dois anos pela peste bubônica (Ujvari, 2022).

Em 1720, a França passou por uma nova epidemia de peste, porém os órgãos municipais demoraram quase dois meses para reconhecer que estavam, de fato, enfrentando uma epidemia, pois tinham receio de que a quarentena afetasse o comércio. Assim,

Os membros dos conselhos administrativos municipais tentavam de todas as formas conter o pânico da população com falsas conclusões. Eram comuns diagnósticos tranquilizadores, pela suposição de que fossem casos esporádicos, bem como os que negavam tratar-se de peste bubônica. Desta forma, omitiam-se números oficiais das mortes e dos acometimentos, ganhando-se tempo para o controle. Com isso, retardavam-se medidas deletérias à vida comercial e financeira da cidade, logo desmentidas pelo número crescente de mortes que afloravam aos olhos da população já assustada (Ujvari, 2022, p. 60).

Por conseguinte, todas as medidas de tratamento adotadas falharam, ocasionando a morte de um terço a metade da população de Marselha (Ujvari, 2022). A peste foi controlada pela esfera estatal ao buscar-se a rastreabilidade e o controle dos indivíduos infectados indicando quando podem sair, o que devem fazer, qual tipo de alimentação devem seguir, proibição de contato com outras pessoas e obrigatoriedade de fiscalização dos inspetores de saúde, o que resultou em uma nova esfera de controle disciplinar dos corpos (Foucault, 2008a).

O imperialismo, o processo de colonização e a vinda dos europeus para o continente americano proveram microrganismos causadores de epidemias por aqui. O tempo prolongado da viagem marítima fazia com que a escassez de alimentos causasse fome e desnutrição. Aliado a isso, a contaminação dos alimentos por ratos, baratas e dejetos humanos ocasionavam diarreias infecciosas e várias doenças febris. Mas o maior temor era a carência de vitamina C que causava o escorbuto, com alta mortalidade (Ujvari, 2022).

Há relatos de que oito anos após a chegada dos espanhóis no Caribe, nove em cada dez indígenas morriam de doenças trazidas por eles, mesmo com todas as medidas de controle adotadas. Assim, as fogueiras nas ruas, o isolamento de doentes e a oclusão das casas com pedras e cal não surtiam efeitos. Por isso, as epidemias devastadoras atingiram a América espanhola devido ao grande trânsito marítimo (Ujvari, 2022).

Além da influenza, a varíola se disseminou pelas ilhas de Porto Rico e Cuba, ocasionando a morte de um terço a metade dos indígenas. Logo, a grande responsável pela destruição asteca foi a varíola. Não só elas, como também o sarampo chegou às ilhas do Caribe, provavelmente

por escravizados africanos, o que proporcionou a morte de dois terços dos nativos restantes de Cuba e metade dos de Honduras (Ujvari, 2022).

Nesse sentido,

Até a década de 1530, já havia entrado na América a varíola, o sarampo e a influenza. As frequentes epidemias que os indígenas sofreram, somadas às perseguições e aos massacres impostos pelos espanhóis, quase os levaram à extinção no século XVI. Estima-se que essa população inicial foi dizimada em até 90%, permanecendo vivo um décimo do total de índios que existiam nessas porções da América (Ujvari, 2022, p. 84).

O Brasil também sofreu com a disseminação desses microrganismos. Com o avanço da colonização portuguesa e o contato com estrangeiros, a mortalidade indígena só aumentava:

O início da década de 1560 foi marcado pela epidemia decorrente de doenças com sintomas variados. Houve casos descritos como diarreia hemorrágica e sintomas pulmonares, assim como a varíola na sua forma mais grave [...] desembarcaram nos portos brasileiros a peste, a rubéola, a varíola, a gripe, o sarampo e a varicela (Ujvari, 2022, p. 88 e 89).

Durante as viagens marítimas, infecções como o sarampo e a varíola eram comuns. Por isso, a mortalidade nos navios negreiros era alta, uma vez que os navegantes ficavam próximos aos doentes, além de ingerirem água e alimentos contaminados; estima-se que um milhão deles tenha morrido na travessia. Foram nos navios negreiros que o mosquito transmissor da febre amarela – *Aedes* - chegou ao Caribe e não só ele, como também, o mosquito transmissor da Malária – *Anopheles* (Ujvari, 2022).

O século XVI foi igualmente marcado por descobertas científicas importantes que avançavam para ter a ciência como explicação dos fenômenos:

O século XVI foi marcado por incertezas quanto às verdades até então consideradas absolutas pela Igreja. Com o descobrimento da América, o mundo viu-se diante de um continente diferente de tudo o que a Igreja descrevia – estava em xeque o dogma dessa instituição. A descoberta de nativos que viviam em comunidades supostamente sem nenhum avanço científico deixou o mundo perplexo com a existência desses humanos não citados na Bíblia (Ujvari, 2022, p. 101).

Foi a partir do século XVIII que a esfera biológica passou a ser utilizada como dispositivo para estratégias políticas de controle da população. Assim, com o avanço científico, tem-se o primeiro modelo de vacina contra a varíola; isto porque essa doença era a principal causa de mortalidade infantil e a cada epidemia, ela levava de 20% a 40% dos doentes à morte (Ujvari, 2022).

A primeira técnica registrada para produção de uma vacina foi computada pelos chineses no ano de 1000 d.C. Eles retiravam as crostas das lesões cutâneas causadas pela varíola, reduziam-nas a pó por maceração e depois eram assopradas nas narinas das crianças. Em 1713, mais um método foi registrado – introduzia a ponta de uma agulha na pústula de uma lesão e, com essa mesma agulha, fazia-se ranhuras na pele de outra pessoa saudável; esse método é chamado de variolação (Ujvari, 2022).

Entretanto, esse mecanismo apresentava resistência por parte da população e dos médicos, pois havia risco de causar o desenvolvimento da doença ou levar à morte por infecção no local da inoculação; o que não impediu que novas epidemias acontecessem. Em Boston, no ano de 1721, a varíola matou 1% da sua população de 4000 habitantes. Foi aqui que se estabeleceu a quarentena. Entretanto, somente em 1751, com a epidemia de varíola em Londres, que a população aceitou a variolação em larga escala (Ujvari, 2022).

No sudoeste da Inglaterra, a varíola do gado – *cowpox* – chamou atenção por ser transmitida ao ser humano, mas causar a doença de forma leve com rápida cicatrização, além de deixá-lo imune contra o vírus da varíola. Assim, a inoculação de *cowpox* tornou-se a primeira vacina a proteger contra a varíola (Ujvari, 2022).

Com o aparecimento dessa doença, além dos mecanismos de exclusão dos indivíduos infectados e do controle disciplinar dos corpos ocorridos na pandemia da peste, Foucault (2008a) destacou uma nova abordagem sobre o problema da enfermidade que alcança a atenção do Estado. Não importa apenas excluir e rastrear os infectados, é importante saber também quantas pessoas estão contaminadas, a prevalência da infecção nas diferentes faixas etárias, a mortalidade ocasionada por ela, as possíveis sequelas à população, a probabilidade de infecção associada a mortalidade, enfim, todo um aparato estatístico e matemático é incorporado à gestão da doença.

Em especial, ressalta-se que, com o avanço técnico-científico, os fenômenos de variolação e da vacinação ganharam importante visibilidade como dispositivo de controle endêmico, uma vez que, incorporadas à prática médica, apresentam caráter preventivo, de

sucesso quase total e aplicáveis à toda população, fomentando, assim, a gestão do problema de saúde pública em termos de cálculos de probabilidades e estatísticas (Foucault, 2008a).

Com a Revolução Industrial que se iniciou na Inglaterra, a população rural migrava para as cidades, o que ocasionou uma expansão urbana. Dessa forma, a população empobreceu e as conjunturas trabalhistas eram inóspitas, o que favorecia más condições de saúde; além disso, as moradias eram conglomerados com péssima infraestrutura e o uso de recipientes para descarte dos desejos humanos favorecia a transmissão das doenças. Essas condições favoreceram uma oportunidade para a transmissão da tuberculose (Ujvari, 2022).

O século XIX foi o “século da tuberculose” em razão da urbanização industrial, a que se aliaram as condições humanas propícias para que a doença surgisse e meios favoráveis à sua transmissão. Outras infecções também encontraram terreno fértil para propagar-se de pessoa para pessoa. Surtos de sarampo e varíola disseminavam-se com facilidade entre os moradores desses porões e cortiços [...]; as crianças também eram acometidas por infecções de garganta responsáveis pela escarlatina, coqueluche e difteria [...]; os pobres conviviam com a *Escherichia coli*, *Shigella* e a temida *Salmonella thipy*, causadora da febre tifoide (Ujvari, 2022, p. 124 e 125).

Os avanços britânicos à Ásia disseminaram a cólera pela Europa, uma doença em que uma toxina produzida por uma bactéria intestinal provoca diarreia severa. A disseminação ocorre pela eliminação do bacilo diretamente na natureza, provocando a contaminação dos alimentos e da água. Assim, estima-se que mais de 30 mil pessoas tenham morrido no Reino Unido durante a epidemia de cólera. Em 1832, a doença atingiu Paris que adotou a quarentena como medida de segurança/preventiva (Ujvari, 2022).

Por ser uma patologia/enfermidade associada à pobreza, “a epidemia fazia aflorar as diferenças sociais numa sociedade marcada pela exploração excessiva e pelo desgaste do ser humano” (Ujvari, 2022, p. 130). Por isso, diante da suspeita de envenenamento do sistema de abastecimento de água dos trabalhadores, houve rebeliões nas ruas de Paris contra as classes altas (Ujvari, 2022).

Não demorou muito e a cólera chegou em solo americano, causando uma epidemia. O governo adotou como medidas uma série de obrigações que a população devia seguir e a mesma situação de revolta dos pobres com as classes altas se repetiu na América (Ujvari, 2022).

Foi em 1842 que se publicou o primeiro trabalho associando as condições sanitárias das cidades inglesas com a incidência das doenças infecciosas e, desse relatório, surgiram os princípios para uma reforma sanitária: limpeza das ruas, drenagem dos alagamentos,

suprimento de água limpa e sistemas de esgoto. Outro registro da época demonstrava que a prática de lavagem das mãos reduzia a incidência da febre puerperal nas mulheres. Em mais um relatório, foi descoberto que a transmissão das doenças ocorria mesmo antes do doente iniciar os sintomas. Os avanços nas técnicas cirúrgicas, em especial, as técnicas de antissepsia publicadas em 1867 também contribuíram para a aproximação da descoberta sobre a existência dos microrganismos (Ujvari, 2022).

Mais adiante, a guerra da Crimeia, sucederam-se inovações na participação das enfermeiras no tratamento dos soldados feridos. As inovações da época são utilizadas até hoje nas práticas hospitalares. Lideradas por Florence Nightingale:

Formou-se um grupo de enfermeiras [...] para auxiliar nos hospitais; [...] montou duas cozinhas para a preparação dos alimentos e também instituiu talheres, pratos e bandejas para as refeições, que anteriormente eram feitas com as mãos. As tigelas para alimentação seriam lavadas, então guardadas embaixo da cama acumulando crostas de restos alimentares. A limpeza no hospital foi iniciada com a utilização de escovas. Os doentes passaram a ter roupas hospitalares limpas com a criação de uma lavanderia, o banho tornou-se obrigatório e providenciou-se o desentupimento dos esgotos (Ujvari, 2022, p. 147).

Mas foi na década de 1870 que os estudos conduzidos por Robert Koch e Louis Pasteur culminaram na identificação do microrganismo *anthrax* bovino que, por meio do desenvolvimento de diversos meios de cultura para crescimento das bactérias. Até o ano de 1890, foram reconhecidos os agentes infecciosos causadores da febre tifoide, lepra, malária, tuberculose, cólera, difteria, tétano, pneumonia, gonorreia e algumas infecções de pele (Ujvari, 2022).

Com a descoberta do agente causador da Malária, o *Plasmodium* e diante das expedições britânicas para o interior africano com mortalidade que variava de 33% a 56%, os jesuítas, que exerciam o papel de médicos filantrópicos, introduziram, na Europa, a substância eficaz contra a malária contida na casca da quina, o medicamento precursor da cloroquina. :

A molécula do quinino, presente na cinchona, tem efeito realmente eficaz contra a malária: destrói o *Plasmodium* e promove a cura. [...] o cirurgião Alexander Bryson conseguiu também demonstrar, em 1847, que, ingerindo o quinino regularmente, o indivíduo ficava protegido contra a malária. [...] o quinino não apenas tratava, mas também prevenia o adoecimento pela malária (Ujvari, 2022, p. 155 e 156).

Na década de 1890, intensificava-se a exploração do continente africano e, com isso, mais dois microrganismos ocasionaram epidemias importantes. O primeiro foi o parasita *Trypanosoma*, transmitido pela picada da mosca tsé-tsé. O segundo foi a descoberta de um vírus geneticamente semelhante ao HIV que conseguiu infectar os humanos por meio do sangue de chimpanzés abatidos durante as explorações africanas. O vírus se disseminou por meio dos refugiados contaminados, pelas relações sexuais e pelos estupros comuns à época. Aliada à urbanização africana e durante a viagem para o Haiti, o vírus logo chegou aos Estados Unidos (Ujvari, 2022).

No Brasil, o século XIX foi o momento em que as alterações políticas, econômicas e sociais foram determinantes para o surgimento de epidemias. Com a vinda da Corte portuguesa, a população quase dobrou no Rio de Janeiro, o que resultou em aglomeração humana. A produção de café e a proibição da escravidão fez com que a imigração se tornasse uma opção para os grandes fazendeiros. Isso porque os imigrantes eram mão de obra barata e viviam em más condições, com alojamentos precários e jornadas de trabalho longas. Além disso, a criação das ferrovias fez com que o transporte ficasse menos difícil, facilitando a transmissão de microrganismos (Ujvari, 2022).

Logo, a primeira epidemia registrada no Brasil foi causada pelo *Aedes aegypti*, a febre amarela, com quase 15 mil óbitos. Além dela, a tuberculose, a difteria e a escarlatina afetaram a população. Diante deste fato, os órgãos imperiais proibiram a notificação das mortes com a prerrogativa de não causar pânico na população. Outra medida foi a criação da Junta Central de Higiene, que tinha por objetivo coordenar o sistema de saúde referente às inspeções dos portos e à vacinação, bem como promover medidas de limpeza das cidades e coleta de lixo (Ujvari, 2022).

Em 1855, a cólera chegou ao país que precisou de esforços de guerra para prestar atendimentos à população. Entretanto, vários tratamentos eram realizados sem eficácia e as condições habitacionais só pioravam, favorecendo a disseminação das doenças, em especial, na classe social pobre. Os barões do café e industriais coordenavam o crescimento paulista e a descoberta da existência dos microrganismos na Europa, bem como os avanços da microbiologia motivaram o investimento para estudos realizados no Instituto Bacteriológico e anos mais tarde, após a Proclamação da República, foi criado o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, em que Adolf Lutz realizava seus estudos (Ujvari, 2022).

Apesar dos avanços científicos, a própria comunidade médica à época resistia frente às novas técnicas para identificação dos microrganismos:

Muitos ainda não acreditavam plenamente nas teorias da era bacteriológica. Negavam a existência de um vírus ou bactéria responsável pela febre amarela. Insistiam na teoria dos miasmas. O calor do verão aliado às chuvas e umidade das áreas pantanosas emanavam venenos na atmosfera que, inalados pela população, causavam a doença. Isso parecia óbvio para muitos e justificava a doença no início de cada ano (Ujvari, 2022, p. 232).

Além de Lutz, Emílio Ribas desenvolvia um ótimo trabalho, tornando-se diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Mas as epidemias castigavam o Brasil. “No ano de 1899, pouco mais que 1% da população do Rio de Janeiro morreu dessas quatro doenças; a tuberculose matou quase a metade desse total, seguida varíola, malária e febre amarela” (Ujvari, 2022, p. 240 e 241).

Mas o inevitável aconteceu: a peste chegou ao Brasil. Então, o governo adotou a quarentena, que logo prejudicava o comércio, estagnando a economia. Isso fomentou o desenvolvimento da produção do soro antipestoso e, para isso, o governo criou o Instituto Butantan e o Instituto Oswaldo Cruz (Ujvari, 2022).

Não obstante, as epidemias ainda castigavam o Brasil, em especial, as cidades portuárias que continuavam em condições precárias de saúde pública. Diante disso, o governo de Rodrigues Alves organizou o sistema de saúde pública junto ao Poder Judiciário, criando a “polícia sanitária”. Era uma forma autoritária para adoção das medidas de saúde pública. Nesse momento, a vacina contra a varíola já era obrigatória, mas a população não acreditava em seus efeitos; aliado a isto estava a oposição ao governo que veiculava propagandas contrárias à vacinação obrigatória com boatos sobre a eficácia dela. A consequência foi uma revolta popular que obteve êxito na suspensão da vacinação de forma obrigatória (Ujvari, 2022).

O trabalho realizado por Oswaldo Cruz nos anos de 1950 e 1960 culminaram na eliminação do mosquito *Aedes* no país. Entretanto, a explosão populacional, a industrialização, o descarte incorreto de lixo, as caixas de água abertas e a água parada fez com que, com o passar dos anos, a proliferação do mosquito ocorresse; bastava somente a chegada do vírus da dengue, que ocorreu em 1892, infectando os mosquitos brasileiros. O pior é que não se tratava somente dos quatro sorotipos da dengue, o mosquito também transmitia a Chikungunya e o zika vírus (Ujvari, 2022).

O surgimento de um novo vírus assolou o mundo inteiro. A exploração dos animais e da natureza pelo homem aliada à mutação de um vírus originalmente hospedeiro nos animais gerou uma gama de possibilidades de novas epidemias. O vírus *influenza* está presente em diferentes

classes animais, mas foi a mutação nas aves que infectou o homem. A conhecida “gripe espanhola” se disseminou pelo mundo com uma taxa de mortalidade que variou de 0,5% a 1,2%, o que correspondeu a morte de cerca de 22 milhões de pessoas. As medidas adotadas pelo governo norte americano consistiram no uso obrigatório de máscaras (Ujvari, 2022).

No Brasil, os políticos trataram a epidemia com descaso, pois não acreditavam na letalidade da doença; a negação da mazela foi fomentada por diversas autoridades, tanto políticas, quanto médicas:

[...] o jornal *A Província* noticiou que as notificações de óbito causados pela gripe espanhola em Recife divulgadas pelo boletim da Diretoria de Higiene e Saúde Pública não correspondiam ao número de mortos enterrados diariamente nos cemitérios da cidade. Entre os meses de setembro e outubro de 1918, o número de mortes no Recife fora superior ao registrado em qualquer outra época da história da cidade. [...] Os médicos da Diretoria de Higiene inventaram uma doença que não obedecia a nenhum padrão científico, só existia em Pernambuco e não queria dizer coisa alguma. Thánatos é um elemento grego que significa “morte”; já o sentido de morbus, em latim, é “doença”. “Tanatomorbia” não nomeava patologia nem enfermidade; era neologismo (Schwarcz, Starling, 2020, p. 71, 73 e 74).

Além disso, a crença para cura milagrosa crescia entre a população:

Aliás, algumas medidas adotadas pelas autoridades sanitárias ou recomendadas pelo costume popular tinham base na concepção miasmática das doenças, por exemplo, a prática da fumigação. A queima de alcatrão, comum no combate à febre amarela, à peste bubônica e à febre tifoide, também empregada em outros estados e cidades, foi bastante utilizada na limpeza do interior de edifícios, bueiros e ruas. Para evitar a influenza eram agora recomendadas as inalações de vaselina mentolada, os gargarejos com água e sal, com água iodada, com ácido cítrico e infusões de plantas contendo tanino. Como preventivo, era muito estimulada a manipulação de qualquer sal de quinino nas doses de 0,25 a 0,50 centigramas por dia, devendo ser consumido no momento das refeições, para impedir os zumbidos nos ouvidos e os tremores das mãos e de outros membros do corpo. O sal de quinino, que, como vimos, era até então indicado no tratamento da malária e muito popular na época, passou a ser distribuído às pessoas, mesmo sem haver comprovação científica da eficiência do produto contra o vírus da gripe (Schwarcz, Starling, 2020, p. 208 e 209).

Dada a gravidade da doença, médicos e políticos precisaram se mobilizar, pois “os serviços de saúde pública iriam colapsar” (Ujvari, 2022, p. 264). Assim, o Estado proibiu aglomerações, fechou bares e comércios, bem como proibiu as atividades coletivas; cemitérios foram ampliados, covas coletivas foram abertas e os profissionais da saúde disseminavam informações via jornais e panfletos. Acreditava-se que o quinino, precursor da hidroxicloroquina, era eficaz contra o vírus (*Idem*, 2022).

Para evitar a influenza todo indivíduo deve fugir das aglomerações, principalmente à noite; não frequentar teatros, cinemas; não fazer visitas e tomar cuidados higiênicos com a mucosa nasofaringiana que, muito provavelmente, é a porta de entrada dos germes. [...] Determinava-se, ainda, que doentes não deveriam ser “visitados” e que pessoas idosas não poderiam “nem mesmo receber visitas de simples cortesia”. Também para “gripados” recolhidos em hospitais e casas de saúde, nada de visitas — as informações seriam fornecidas na portaria ou por telefone. “A moléstia é nelas mais grave”, alertava finalmente o documento, referindo-se às pessoas idosas e acrescentando que o governo decretara o fechamento das escolas noturnas e solicitara aos poderes eclesiásticos que não ocorressem ofícios religiosos depois de escurecer (Schwarcz, Starling, 2020, p. 190 e 191).

Desde a gripe espanhola em 1918, o vírus influenza passou por uma série de mutações, ocasionando novas epidemias. A mutação H2N2 foi responsável pela morte de 1 milhão de pessoas na Ásia em 1957. Em 1968 uma nova mutação, H3N2, surgiu em Hong Kong. Em 2009, outra mutação foi identificada, ocorrendo, assim, a primeira pandemia de gripe no século XXI (Ujvari, 2022).

Novamente, a exploração dos animais e da natureza pelo homem quase desencadeou uma nova pandemia. Trata-se do vírus ebola vindo dos órgãos dos macacos-verdes; “medidas de urgência foram tomadas, luvas e máscaras foram adotadas, macacos foram sacrificados e queimados” (Ujvari, 2022, p. 290), sendo a epidemia controlada. Entretanto, o continente africano sofreu com a epidemia dada a pobreza e falta de recursos do continente para adotar medidas de segurança. Desta forma, foi necessário o uso do *lockdown* em setembro de 2014 (*Idem*, 2022).

Em 2020, nos deparamos com um novo vírus de potencial pandêmico:

A Organização Mundial da Saúde recebeu, no dia 31 de dezembro de 2019, o alerta de uma nova doença na China que se instalava de forma epidêmica no interior. Os doentes evoluíam com febre, tosse, indisposição e, o mais grave, falta de ar. Um vírus

novo emergência na humanidade e o foco da doença estava na cidade de Wuhan, com 10 milhões de habitantes e a sétima maior cidade chinesa. Como centro político, econômico e financeiro do interior, seu tráfego humano poderia globalizar a nova epidemia (Ujvari, 2022, p. 297).

Com a disseminação do vírus pelo território chinês, o governo adotou a quarentena total em várias cidades como medida de controle da propagação da doença. Logo descobriu-se que um terço dos infectados não sabiam que estavam contaminados, o que dificultou a rastreabilidade e controle da epidemia. Além disso, a maioria dos infectados apresentavam sintomas leves ou moderados, podendo ser tratados no domicílio, o que causou certo alívio. Porém, quando o vírus chegou na Itália, o caos se instaurou, pois o número de casos graves explodiu com consequente sobrecarga do sistema de saúde, superlotação dos hospitais e falta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Assim, diante da velocidade de propagação do vírus e da quantidade súbita de doentes necessitando de leitos de UTI, o governo decretou *lockdown*, aliado ao uso de máscaras cirúrgicas (OPAS, 2020a; OPAS 2020b).

Desta forma,

O iminente colapso do sistema de saúde seguia a epidemia. Tornava-se claro que a melhor maneira de conter os riscos era o isolamento social precoce, logo após detectar os primeiros casos da doença. Estávamos em uma guerra, e não teria outra opção senão sacrificar o comércio e economia para evitar o colapso do sistema de saúde e o número de mortes (Ujvari, 2022, p. 301).

Entretanto, Cingapura e Coreia do Sul estavam mais preparadas para as medidas de contingenciamento do vírus, obtendo sucesso no controle da epidemia. Por conseguinte, a triagem nos aeroportos e a rastreabilidade dos casos era realizada. A testagem maciça, a busca ativa dos casos, o uso de mapas com todos os lugares frequentados pelos infectados, o rastreamento de celulares, a checagem da utilização do transporte público, o uso das câmeras e o acesso aos prontuários médicos dos infectados, foram medidas adotadas por esses governos para controle da disseminação do vírus (Ujvari, 2022).

Para Freitas, Lemos e Galindo (2023) essas medidas configuram:

[...] uma expansão dos mecanismos de segurança e das tecnologias de controle em meio aberto de forma exaustiva, criando efeitos autoritários e modulando ideários de lei e ordem que chegaram a ganhar nuances morais além de amplamente regulatórias e punitivas. Em nome da saúde e da gestão da vida, foram implantadas redes de

levantamento e armazenamento de informações detalhadas, criaram-se bancos de dados e sistemas punitivos de exceção, instalaram-se tecnologias de rastreamento e dispositivos de vigilância no tempo e no espaço de metucioso efeito do olhar hierarquizado na governamentalidade, passando a ser apresentados como solução para o controle e extinção da pandemia por Covid-19 (Idem, 2023, p. 9 e 10).

Ujvari (2022) alerta que a crença em uma droga milagrosa foi a repetição de velho padrão na história das epidemias. O uso da tuberculina para tratamento da tuberculose foi o maior erro de Robert Koch, pois, apesar dos estudos controversos quanto à sua eficácia, essa medicação demonstrou-se totalmente ineficaz (Ujvari, 2022). O mesmo aconteceu com a hidroxicloroquina para o tratamento da Covid-19:

No auge da pandemia global, só restava aos médicos pescar os novos experimentos da hidroxicloroquina. Buscavam em revistas prestigiadas. O pavor pela pandemia apressava a aceitação dos revisores das revistas para novas publicações que jogassem luz às dúvidas. Surgia um estudo britânico que não encontrava diferenças na evolução dos pacientes que receberam comparados com os que não ingeriram. Outro demonstrava que não havia eficácia em tomá-la para evitar a infecção. E outros tantos inconclusivos (Ujvari, 2022, p. 307).

Muito se debatia sobre o término da pandemia da Covid-19. Sob o lema “vai passar” havia grandes expectativas de retorno à normalidade, chamada de “novo normal”.

Será necessário, na ausência de vacina, cerca de 66% da população brasileira infectada para o término da epidemia. Isso conseguiríamos se deixássemos a epidemia transcorrer sem medidas de controle, mas tivemos que utilizar medidas de fechamento do comércio e distanciamento social para evitar o pico muito rápido e muitas mortes. Alteramos a história natural da epidemia. Conclusão: após 3 meses de epidemia, não havíamos chegado nem a 10% de infectados, muito longe dos 66% necessários (Ujvari, 2022, p. 309).

Portanto, o que se configura, a partir dos avanços técnicos e científicos, é o uso de dispositivos de controle e acompanhamento das doenças infectocontagiosas pelo Estado, tais como a testagem em massa, medidas para impedir a transmissibilidade dos microrganismos, acompanhamento dos doentes e a busca por tratamentos efetivos. Assim, é diante deste contexto que Foucault (2008a) nomeia os dispositivos de segurança como recurso importante do Estado para gerir os problemas de saúde da população.

Foucault (2008a) utiliza, então, três conceitos para elucidar o uso destes dispositivos como prática política de saúde do Estado: o conceito de (1) *espaço*: entendido como um território onde a disciplina age sobre o corpo dos indivíduos e sobre a população; (2) a *aleatoriedade*: número de efeitos sobre a massa, quanto maior a aglomeração, mais doentes; e a (3) *normalização*: quanto mais infectados, mais é esperada determinada quantidade de óbitos.

Desta forma, a partir do momento em que análises quantitativas, cálculos de mortes e contaminação, além de probabilidades de sucesso e insucesso são incorporadas à prática de saúde, ocorre um deslocamento no entendimento por parte do Estado de como realizar a gestão dos fenômenos endêmicos. A doença passa a ser vista como uma distribuição de casos numa população circunscrita no tempo e no espaço, sendo possível prever o risco, ou melhor, a crise – fenômeno de disparada circular de casos – que o indivíduo ou grupo possui de contrair a doença, determinando o perigo que cada um está exposto. Em suma, o que entra em evidência é a identificação do risco, do perigo e da crise aos quais os indivíduos e grupos estão submetidos, de forma a determinar as ações que devem ser tomadas pelo Estado, como a necessidade de isolamento, possibilidade de cura, separar os doentes dos não-doentes, a forma de distribuição da doença no território, bem como a letalidade da doença que, nessa perspectiva, incorpora uma noção de mortalidade normal ou esperada frente ao número de infectados (Foucault, 2008a).

Portanto, os dispositivos de segurança compõem “uma rede de relações constituída por elementos heterogêneos cuja formação atende à função de responder a uma urgência: a passagem da norma ao risco” (Lemos et al, 2015, p. 333). Assim, esses dispositivos de poder são ações sobre a população, são um conjunto de elementos regulares e irregulares em que variáveis manejadas pelo Estado são identificadas e constituem ações afirmativas e presentes em todos os âmbitos da vida (Foucault, 2008a).

Por fim, a história das epidemias permite chegar às seguintes constatações sobre a atuação do Estado e dos saberes em saúde no que diz respeito às doenças infectocontagiosas: (1) as más condições de moradia e higiene presentes nos conglomerados humanos são fatores que propiciam a disseminação de microrganismos; (2) a locomoção humana e a globalização são catalisadores dessa disseminação; (3) o isolamento social, bem como o *lockdown* são medidas que já foram adotadas em outras epidemias; (4) a economia é um fator determinante na tomada de decisão dos gestores; (5) frente ao avanço científico, a aceitação da existência dos microrganismos levou tempo; (6) a imposição de medidas autoritárias sempre gera resistência, até quando se tratam de medidas para a contenção das epidemias; (7) a esperança milagrosa em um medicamento que já se provou eficaz contra alguns microrganismos foi campo de disputa

entre as autoridades para tomada de decisões sobre a população; e (8) a descrença sobre a gravidade das doenças já esteve presente em outras epidemias.

2. Práticas Violentas adotadas pelo governo na Pandemia da Covid-19

Na seção anterior foi apresentado como os dispositivos de segurança (a gestão do espaço, da aleatoriedade e da normalização) foram empregados como ações do Estado diante das epidemias anteriores que afetaram a população sob a perspectiva de evidenciar que, historicamente, a presença da ambiguidade e dos diferentes interesses políticos e econômicos foram fatores determinantes e condicionantes para o agravamento ou melhoria delas. Assim, tais dispositivos são estratégias biopolíticas para gerenciamento da vida e da morte. Nesta seção, será discutido como a disseminação de notícias falsas e medidas de oposição ao isolamento social se configuraram como práticas violentas com consequente exposição da população e subjetivação dos profissionais da saúde. Para isso, são apresentadas as principais notícias falsas viralizadas durante a pandemia e como elas foram adotadas como política de gestão da pandemia pelo governo Bolsonaro. Além disso, discute-se sobre as ambiguidades presentes na adoção do isolamento social a partir das contribuições de Espósito (2017) sobre o senso imunitário e comunitário para, então, caracterizar como esses enunciados configuraram o jogo de verdade – mecanismos que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos – presente durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Manuela Mata-Jay. Mentira. Artmajeur, 130x150mm.

2.1 A Disseminação de Notícias Falsas

A disseminação de notícias falsas foi uma estratégia amplamente utilizada pelo governo Bolsonaro para administrar/gerir/gestão da pandemia de Covid-19. Ela esteve presente durante todo o período de propagação e combate do coronavírus. Barcelos et al (2021) identificaram que, no período de janeiro a junho de 2020, foram divulgadas 329 notícias falsas através das redes sociais WhatsApp e Facebook, cujo conteúdo dizia respeito a falsificação da vacina contra a Covid-19, a proporção de casos e óbitos e sobre as medidas de prevenção da doença. Andrade et al (2023) afirmam que 86,89% das notícias falsas eram rumores; os temas mais frequentes foram ‘profilaxia e cura’, ‘políticas’ e ‘prevenção pública’; o apelo à autoridade esteve presente em 76,74% delas e foi a técnica de persuasão mais frequente, seguida do emocional (64,90%).

Data de publicação no portal	Título	Data de aumento no Google Trends	Portal	Esclarecimento
29/jan/2020	Chá de erva-doce é tratamento e cura o novo coronavírus	-15/mar/2020 -25/abr/2020	Ministério da Saúde	Nenhum tipo de chá pode ser utilizado para substituir um tratamento adequado contra a gripe, muito menos contra a COVID-19. O chá de erva-doce não contém a mesma substância do medicamento Tamiflu. Além disso, o Hospital das Clínicas de São Paulo, citado no texto da mensagem, esclareceu que não realizou alertas à população.
30/jan/2020	Vitamina C e zinco funcionam como forma de prevenção contra o novo coronavírus	-26/jan/2020 -18/abr/2020	Ministério da Saúde	Até o momento da veiculação da notícia, não havia nenhum medicamento específico ou vacina que pudesse prevenir a infecção pelo novo coronavírus.
28/fev/2020	Álcool em gel não funciona como forma de prevenção contra o coronavírus	-23/fev/2020 -2/maio/2020	G1	A Anvisa reforça que a lavagem de mãos com água, sabão e álcool em gel 70% é o procedimento padrão mais recomendado na literatura médica para prevenção de infecção não somente pelo coronavírus, mas por outros agentes patogênicos.
23/mar/2020	Aplicativo Coronavírus-SUS, do governo do Brasil, é inseguro	-15/mar/2020 -16/maio/2020	Ministério da Saúde	O aplicativo Coronavírus-SUS-COVID-19 foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde utilizando todos os padrões de segurança e preza pela confidencialidade das informações de seus usuários.
23/mar/2020	Governo do Brasil anuncia vacina do coronavírus	-15/mar/2020 -23/maio/2020	Ministério da Saúde	Muitas pesquisas estão sendo desenvolvidas para o combate à COVID-19, entretanto, até o momento da veiculação da notícia, não havia nenhum medicamento, substância, vitamina, alimento específico ou vacina que pudesse prevenir a infecção pelo coronavírus.
29/mar/2020	Feijão da Igreja Mundial cura o coronavírus	-15/mar/2020 -18/abr/2020	G1	O Ministério da Saúde informou que não havia, até o momento de veiculação da notícia, produto, substância ou alimento que garantisse a prevenção ou tratamento do coronavírus. Conforme determinação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde esclareceu que é falsa a informação sobre cura ou prevenção da COVID-19 a partir do plantio de sementes de feijão comercializadas pelo líder da Igreja Mundial do Poder de Deus.
3/abr/2020	OMS fez cartaz recomendando "evitar sexo desprotegido com animais"	-15/mar/2020 -13/jun/2020	G1	A imagem, que tem circulado principalmente em inglês, foi manipulada digitalmente. A palavra <i>sex</i> (sexo) foi colocada no lugar de <i>contact</i> (contato). O cartaz verdadeiro está no site da Organização Mundial da Saúde e não fala de sexo com animais.
21/maio/2020	Pesquisa recente indica a hidroxicloroquina como o tratamento mais eficaz contra o coronavírus	-15/mar/2020 -9/maio/2020	G1	A Organização Mundial da Saúde diz que a cloroquina pode causar efeitos colaterais e não tem eficácia comprovada no tratamento da COVID-19. Não há evidências científicas de que o medicamento funcione para esse fim.
9/jun/2020	Enxofre destrói o coronavírus	-24/maio/2020 -27/jun/2020	G1	O consumo de enxofre não é recomendado para esse fim e, ainda, dependendo da concentração, tem poder tóxico. Nenhum estudo até agora descreveu a eficiência de tratamentos baseados em compostos derivados de enxofre para a COVID-19.
30/jun/2020	Termômetro digital infravermelho causa câncer e cegueira	-22/maio/2020 -9/maio/2020	G1	O uso desse tipo de termômetro é seguro. Existem vários tipos de raios infravermelhos. O utilizado em termômetros, pelo comprimento da onda, baixa potência e baixo tempo de exposição, não leva a malefícios para a retina. Além disso, o infravermelho é usado em alguns tratamentos oncológicos. O aparelho tem sido usado para evitar a propagação da COVID-19 no comércio.

Figura 1: Principais fake news sobre Covid-19 que circularam no Brasil de 1º de janeiro a 30 de junho de 2020. Fonte: Retirado de Barcelos et al. Análise de fake News veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Ver Panam Salud Publica, v. 45, n. 65, 2021.

No contexto da América Latina, as notícias falsas eram distorções de anúncios oficiais dos governos, organizações e figuras públicas. Um quarto delas foram veiculadas nos países em questão. Chile e Argentina foram os que tiveram maiores taxas de disseminação de notícias falsas, bem como são considerados como os países que mais utilizaram as redes sociais como único veículo para obtenção de notícias. Brasil e México apresentaram comportamento intermediário e Peru e Colômbia os maiores valores do índice de incapacidade em reconhecer notícias falsas. Concluem, assim, que os países com menores índices de uso de rede social como único meio para obtenção de notícias e menor índice de confiança no conteúdo veiculado por elas, apresentaram taxas de mortalidade menores (Gutiérrez-Coba et al, 2020; Nieves-Cuervo et al, 2021).

Na esfera da saúde brasileira, as notícias falsas eram disseminadas através de conteúdo textual e audiovisual e contavam com o uso avançado de recursos tecnológicos. Isso se deu devido a existência de uma organização de pessoas financiadas e muito bem estruturadas que estavam fora do controle do poder público. A organização era formada por cinco núcleos: comando (Presidente da República e seus filhos), formulador (gabinete do ódio), político (parlamentares, políticos, autoridades públicas e religiosos), produção e disseminação (influenciadores digitais, empresas jornalísticas, *sites*, robôs e *bots*) e financiamento (empresários). As principais notícias falsas disseminadas foram sobre a origem do vírus e conteúdos xenofóbicos; críticas ao isolamento social; isenção de responsabilidade do governo; estímulo ao tratamento precoce; desinformações sobre o número de mortes e distorções sobre a causa dos óbitos; contestações sobre a eficácia das máscaras e propaganda antivacina, além de agressões sistemáticas ao judiciário, com o nítido intuito de gerar descrédito e desestabilização política (Senado Federal, 2021).

Calazans e Matozinho (2021) e Kiffer (2021) argumentam que o governo bolsonarista utilizou a gestão do medo social, econômico e político como modo de defesa ao disseminar notícias falsas de conteúdos incompatíveis com o ego (“o inimigo comum”, “o vírus chinês”, “é só uma gripezinha”, etc.) que, do ponto de vista do funcionamento psíquico, ocuparam o lugar de “outro-inimigo-hostil” com conseqüente projeção violenta no mundo externo.

Por meio do *familiarismo* – “fantasia social da família como núcleo de relações hierárquicas naturalizadas, não problemáticas, da autoridade baseada no amor e na devoção” (Safatle, 2020, p.22), tendo o presidente como núcleo, as demandas sociais durante a pandemia da Covid-19 foram deslocadas para demandas decalcadas nas expectativas de amor e

reconhecimento próprias ao núcleo familiar, mecanismo este que fez muitos seguidores do bolsonarismo verem, em seu líder, uma autoridade capaz de proferir a verdade, enquanto que ele estava voltado justamente em proclamar a mentira.

As notícias falsas disseminadas pelo governo federal sobre a origem do coronavírus continham conteúdos xenofóbicos contra pessoas de origem asiática e expressavam uma possível estratégia política por parte dos chineses em disseminar o vírus para alcançar a liderança mundial. Como toda notícia falsa, o objetivo era suprimir os reais motivos e/ou causas do evento noticiado para, enfim, comprometer e ofuscar a análise dos acontecimentos.

Para Guimarães (2021) quando se atribui uma nacionalidade ao coronavírus, busca-se responsabilizar e culpabilizar uma nação pela disseminação do mal e suas práticas culturais. No caso da China, a pandemia mostrou a real capacidade repressiva do Estado chinês para lidar com a crise ao reprimir violentamente os denunciadores sobre a ineficácia do sistema de notificação hospitalar e das condições precárias dos cuidados básicos de saúde (Chuang, 2021).

O ponto crucial de discussão no que tange às notícias falsas sobre a origem do coronavírus não diz respeito sobre a nacionalidade ou teoria da conspiração do “vírus chinês”, mas, sim, sobre os impactos ambientais que o neoliberalismo ocasiona. Assim, as notícias falsas, no contexto supracitado, destoam do real problema sobre a origem do vírus e o que emerge é a consciência socioambiental e política em relação a tecnociência e a globalização, uma vez que, ambas, quando usadas em prol do massacre ecológico, além de nos exporem, fomentam discursos de verdade sobre a população em benefício do imperialismo econômico, a fim de salvar vidas e empregos; mas, o que de fato ocorre, é o contrário: cada vez mais, vidas biológicas e humanas são perdidas (Albert, 2021).

Outro contexto sobre a utilização de notícias falsas pelo governo bolsonarista foi o incentivo ao uso dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina para tratamento precoce contra o coronavírus, a fim de alcançar a imunidade de rebanho. Houve aumento nas vendas de 113,15% de cloroquina e hidroxicloroquina, 557,26% de ivermectina e 106% de azitromicina neste período (Senado Federal, 2021).

Um estudo concluiu que, apesar da baixa evidência, a cloroquina e hidroxicloroquina foram prescritas para pacientes hospitalizados com Covid-19 com consequente aumento de 11% na taxa de mortalidade; o número de mortes relacionadas com a hidroxicloroquina em pacientes hospitalizados foi estimado em 16.990 em seis países durante a primeira onda da Covid-19. Os autores concluem sobre o perigo do reaproveitamento de medicamentos com evidências de baixo nível para a gestão de futuras pandemias (Pradele et al, 2024).

O Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo concluiu que o governo brasileiro provocou a incitação constante à exposição da população ao vírus e ao descumprimento das medidas sanitárias preventivas ao fazer apologia à coragem, a crença inadvertida no tratamento precoce e a negação da gravidade da doença, além de não contar com uma estratégia delineada para a realização de testes de detecção e triagem, recusa e atraso na aquisição das vacinas (Senado Federal, 2021).

As medidas não farmacológicas de combate a transmissão do coronavírus no Brasil ganharam uma dualidade perigosa: uma vez impostas por (alguns) governos estaduais, implicaram em mudanças sociais importantes; por outro lado, essas mesmas medidas foram alvo das notícias falsas com o objetivo de alcançar a imunidade de rebanho.

Para atingir esse objetivo, o Governo Federal perdeu inúmeras ofertas feitas por farmacêuticas, bem como apresentou desdém à iniciativa da *Covax Facility* – convenção internacional de cooperação para aquisição de vacinas contra a Covid-19. A primeira ação efetiva foi somente após o governo do Estado de São Paulo iniciar a imunização com a *Coronovac* (Iglecias, 2022).

Portanto, se por uma perspectiva, os dispositivos de segurança se figuram como um dos aliados do Estado para assegurar a garantia da vida, se apoiando numa forma de poder legitimada pelo saber médico-social, a disseminação de notícias falsas configurou-se como um dispositivo de subjetivação capaz de conduzir a conduta dos sujeitos, por vezes, a partir do desejo do próprio indivíduo por segurança, num contexto de medo e incertezas, de forma a fazer com que muitas pessoas não conseguissem diferenciar as notícias veiculadas pelos diferentes canais de comunicação, sendo, assim, um risco para a saúde pública com consequente desestabilização da ordem pública. Ao mesmo tempo em que a comunicação e a informação são ferramentas essenciais para auxiliar os órgãos responsáveis a tomarem medidas mais eficazes. Foram justamente eles utilizados para a disseminação de notícias falsas, causando ambiguidade nas orientações aos profissionais de saúde que atuavam no combate à pandemia, além de intensificarem um embate ético no que tange a tomada de decisões destes profissionais.

2.2 O Isolamento Social

Diante da velocidade de transmissão e do desconhecimento sobre a virulência do coronavírus, da vulnerabilidade dos países e dos sistemas de saúde, do potencial de

contaminação e letalidade da Covid-19, o isolamento social foi uma das medidas mais importantes durante a fase aguda da pandemia.

Essa medida drástica foi necessária como tentativa de romper a cadeia de transmissão do vírus e evitar a sobrecarga dos serviços de saúde, de forma que a equidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) fosse seguida. Assim, muitas ocupações passaram a ser desenvolvidas de forma remota, bem como as atividades de educação. O período do isolamento foi longo, variando entre os diferentes estados da nação e o retorno às atividades presenciais ocorreu de forma gradual conforme a vacinação acontecia.

Durante o período inicial de distanciamento, o convívio social foi o aspecto mais afetado entre pessoas com maior escolaridade e renda; para pessoas de baixa renda e escolaridade, problemas financeiros provocam maior impacto; os que continuavam ou começaram a praticar atividade física revelaram menores níveis de estresse, bem como uma maior normalidade no sono; pessoas que revelaram residir em piores condições de habitabilidade informaram disposição a permanecer menos tempo isoladas; dentre as pessoas que não estavam isoladas 75,8% acreditavam que o afastamento social reduziria o número de vítimas da Covid-19 (Bezerra et al, 2020).

Outro estudo identificou que o distanciamento entre as pessoas estava relacionado a danos biopsicossociais e qualidade de vida, como, por exemplo, aumento da ansiedade, estresse, diminuição da qualidade do sono e, ainda, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da linha de frente (Ficanha et al, 2020).

Outros autores apontaram que esse período necessitou utilizar estratégias de enfrentamento, como mudanças no estilo de vida, manter boas relações interpessoais online, afastamento do excesso de informações sobre a doença, realização de atividades de lazer, exercer a solidariedade. Eles concluem que, embora o isolamento social causasse prejuízos à economia mundial, às relações governamentais e ao trabalho, ele se mostrou como grande oportunidade para a sociedade vir a ter uma melhor compreensão da vida em coletividade, dos estados ressignificarem as suas práticas e, ainda, das pessoas reavaliarem o que é mesmo importante em suas vidas (Dias et al, 2020).

Schuchmann et al (2020) realizaram uma discussão importante sobre o isolamento social durante a fase mais aguda da pandemia, pois, naquele momento, havia um debate entre as autoridades sobre essa modalidade, se vertical ou horizontal. Os autores concluíram que a adoção do distanciamento social teve amplitudes diferentes, com consequências e resultados bastante distintos em diferentes países. A experiência dos países mais afetados mostrou que as

medidas de isolamento horizontal representavam a forma mais efetiva de evitar o colapso do sistema hospitalar, o que, em última instância, determina uma menor mortalidade em números absolutos.

Diante do tensionamento do setor econômico argumentando que o isolamento causaria cenários futuros catastróficos sob o ponto de vista econômico e social, com grande miséria e mortalidade, Schuchmann et al (2020) afirmam que uma crise econômica aconteceria independentemente de adoção de medidas de isolamento, uma vez que a pandemia por si só causaria um desequilíbrio entre a demanda e a oferta; assim, concluem que a decisão dos governos em adotar ou não o afastamento deveria levar em consideração a diminuição da mortalidade aliada à medidas de recuperação econômica e proteção social ampla para a população como um todo.

Assim, a ambiguidade se intensificou, pois, por um lado, o isolamento social era necessário para diminuição da mortalidade e ficar em casa era importante para o senso comum, por outro, muitas pessoas se achavam imunes ao vírus e não aderiram ao distanciamento social. Um grande embate entre forças políticas, econômicas e sociais ocorreu, de forma a subjetivar as pessoas no que tange à autonomia individual e o senso de comunidade.

A quarentena aflorou a ambiguidade entre a liberdade individual e o direito de trabalhar; esse último muito deliberado pelos empresários e pelo governo em exercício que proferiu discursos a favor do trabalho e contra as medidas de isolamento social. Rodrigues (2022) afirma que as declarações evocadas por Jair Bolsonaro podem ser categorizadas como discursos de ódio que ocupam o lugar da estupidez e impõem um risco para a vida em coletividade.

Por isso, os industriais e gestores do Estado realizaram um cálculo político e empresarial sobre milhões de corpos expostos à sobrevivência e à subordinação hierárquica no contexto trabalhista, ainda mais precarizado, e que faz sobreviver a ideologia capitalista neoliberal como estratégia política que consiste em usar crises em larga escala para promover políticas que, sistematicamente, aprofundam a desigualdade, enriquecem elites e minam os demais, como o caso da PEC Emergencial e da Medida Provisória 936/2020 que permitiu a dispensa de milhares de trabalhadores precarizados, expostos impunemente à contaminação pelo vírus, além de cortes de salários e de jornadas de trabalho (Albuquerque Júnior, 2021; Schavelzon, 2021; Calazans e Matozinho, 2021).

Quando comparado aos demais países da América do Sul, o Brasil demorou para se proteger da propagação da doença e do agravamento da situação de pobreza extrema e fome, mesmo com o auxílio emergencial do governo, sempre ameaçado pela questão da estabilidade

fiscal e pelas oscilações de valores e de número de beneficiários; chama atenção que a criação desse auxílio não partiu do governo, mas, sim, da sociedade civil e aprovada pelo Congresso Nacional (Iglecias, 2022).

Dessa maneira, o isolamento social é uma medida contingencial e necessária, ao mesmo tempo em que se configurou como uma estratégia biopolítica na qual acentuou o senso de imunização na população: se o sujeito permanece isolado, contribui com o senso de comunidade e ajuda a interromper a cadeia de transmissão do vírus; se não permanece isolado, age de acordo com suas necessidades e liberdade individual. É neste sentido que a discussão realizada por Esposito (2017) se faz pertinente.

2.2.1 O Isolamento Social e o Senso Imunitário

Para compreender as análises realizadas por Esposito (2017) no que tange a dualidade imunitária *versus* comunitária, é preciso resgatar rapidamente os mecanismos imunológicos que revolucionaram a ciência moderna e possibilitaram a prevenção de muitas doenças infectocontagiosas. A percepção de que as ordenhadeiras não se contaminaram durante a epidemia da varíola em 1774 fez com que o fazendeiro Jesty inoculasse em seus próprios filhos parte do líquido das lesões presentes nas vacas, fazendo com que eles não contraíssem a doença. Vinte anos mais tarde, Edward Jenner demonstrou, cientificamente, o experimento e em 1821, as vacinas se proliferaram. Depois, em 1853, eram obrigatórias em boa parte das nações europeias e quem não se vacinasse deveria pagar uma multa de 20 xelins (Ujvari, Adoni, 2020).

Graças aos estudos de Pasteur, Koch e Behring, nos anos de 1879 a 1889, a ciência concluiu que os microrganismos eram os responsáveis pelas doenças infectocontagiosas nos humanos e que a vacina, uma vez inoculada com antígenos, estimulava a produção de anticorpos além do soro (imunoglobulina) fornecer os anticorpos já prontos. Em 1931, Ernest Goodpasture descobriu que o melhor tecido para proliferação de um vírus aviário seria o da própria ave e, portanto, o ovo foi um meio adequado para a proliferação do vírus capaz de ser estéril à presença bacteriana. Como consequência, o início do século XX se iniciou com o controle da cólera, das diarreias infantis e da febre tifoide, reduzindo a mortalidade infantil (Ujvari, Adoni, 2020).

Em 1952, Jonas Salk, por meio de um projeto de amplitude internacional, desenvolveu a vacina contra a paralisia infantil (poliomielite). Já em 1958, a União Soviética fez uma proposta à Organização Mundial da Saúde (OMS) para juntar forças internacionais para erradicar a

varíola, em 1966 líderes comunistas e capitalistas uniram-se para vacinar 80% da população mundial; no ano de 1977 foi registrado o último doente com varíola e em 1980 a doença foi erradicada do planeta (Ujvari, Adoni, 2020).

Em 2022, tivemos a maior autoridade do Brasil negando as evidências científicas sobre a vacinação e, de forma criminoso, associando à disseminação do vírus HIV e a mutações genéticas que transformam humanos em jacarés.



Figura 2: Declarações do ex-presidente sobre a vacina contra Covid. Fonte: G1.

Com o grande esforço da comunidade científica, dos profissionais da saúde e da mídia, grande parte da população foi vacinada contra a Covid-19. Diferentemente do que aconteceu nos anos 80 contra a poliomielite, devido à escalada de governos totalitários pelo mundo, não houve uma união de países de 'esquerda' com os de 'direita'; embora muitos esforços tenham sido feitos pela comunidade internacional, como a Covax Facility, programa gerido pela OMS para aquisição de vacinas e distribuição aos países mais pobres. Sabe-se que para controle das infecções, a vacinação mundial deve atingir a marca em 80% de pessoas.

Entretanto, dados do Senado Federal (2021) apontam a baixa adesão dos pais em vacinarem seus filhos. Em 10 anos, a taxa de imunização contra a tuberculose caiu de 100% para 68%; contra o rotavírus de 87% para 70%; contra a paralisia infantil de 100% para 69%; contra o sarampo, caxumba e rubéola de 100% para 73%. Esses dados são alarmantes e preocupam as autoridades. Novas epidemias parecem cada vez mais possíveis.

O sistema imunológico age de duas formas para proporcionar defesa contra os antígenos (sequências de códons diferentes dos componentes genéticos do indivíduo). A primeira é a imunidade celular, que corresponde a maturação dos linfócitos T. Tudo se inicia quando os

antígenos são capazes de parasitar as células e elas, quando entram em contato com os linfócitos T, liberam quimiocinas que atraem mais células de defesa para o local da infecção. O próprio linfócito T interage com o linfócito B para produção dos anticorpos, mecanismo conhecido como imunidade humoral. Também fazem parte destes mecanismos moleculares complexos, as células ‘*natural killer*’ (capazes de destruir as células parasitadas) e o sistema complemento (Abbas, Lichtman, Pillai, 2022).

Vale salientar que a disciplina hoje chamada de Imunologia é a ciência que estuda os mecanismos fisiológicos imunitários e está alicerçada ao paradigma informacional. Isso é importante, pois as interações celulares ocorrem por meio de transmissores químicos que demandam algum tipo de ação frente ao estímulo evocado. Nesse sentido, as células se comunicam, havendo o transmissor, o receptor e a mensagem a ser transmitida. Esse modelo de interpretação dos fenômenos imunológicos remete à Teoria da Comunicação de Shannon, proposta pelo autor em 1940.

Os antígenos podem ser associados à mensagem a ser codificada pelas células parasitadas; o canal de comunicação são os receptores das células responsáveis pela transmissão da mensagem; o receptor são as células T responsáveis pelo reconhecimento da mensagem; a destinação são as células B responsáveis pela produção dos anticorpos (Abbas, Lichtman, Pillai, 2022).

A Imunologia também é fortemente influenciada pela neurociência, no que tange aos mecanismos moleculares de produção da memória. As células T são consideradas células de memória, pois, de alguma forma, elas guardam a codificação dos antígenos para produção dos anticorpos. Não se sabe ainda como elas fazem isso, porém sabe-se que algumas informações são mais duradouras do que outras e a consequência prática disso é a necessidade de reforço das imunizações ao longo da vida (Abbas, Lichtman, Pillai, 2022).

O conhecimento panorâmico sobre alguns dos mecanismos imunológicos é importante, primeiro, para esclarecimento de algumas práticas sobre os imunizantes e, segundo, para compreender a discussão proposta por Espósito (2017) sobre comunidade, imunidade e biopolítica para relacioná-la com o cenário da pandemia da Covid-19 no Brasil, uma vez que as práticas de imunização, tanto do ponto de vista biológico, quanto do ponto de vista político foram empregadas.

Para o autor, o conceito de comunidade nasce na sociedade moderna e diz respeito a uma auto-interpretação da sociedade. Possui uma origem comum com o termo latino *communitas*, isso quer dizer que os membros de uma sociedade estão “vinculados pela mesma lei, pelo

mesmo ônus ou dom a ser doado” Esposito, 2017, p. 117). Por outro lado, o termo latino *immunitas* recupera a ideia de imunização e diz respeito aos membros de uma sociedade que estão isentos e/ou não têm obrigações em relação ao outro.

Trata-se de uma associação estratégica destacada por Esposito (2017) no desenvolvimento da biopolítica, na qual é estabelecida uma forma de governamentalidade em que a comunidade é imunizada, separando e isolando os indivíduos uns dos outros, ao mesmo tempo em que, subjetivamente, estes últimos se imunizam da comunidade. Nesse caso, se deixa de ter o que é fundamental para qualquer corpo social ou sociedade: uma vida comum. É essa desimportância dada ao outro e à vida comum, como uma espécie de dispositivo de subjetivação, excessivamente individualista, que é própria do neoliberalismo. Com a pandemia da Covid-19, a imunização se tornou uma necessidade contingente, imediata, que, uma vez somada a essa estratégia de imunização, somente a radicalizou ainda mais. É nesta perspectiva que muitos brasileiros, durante a pandemia da Covid-19, se autodeclararam imunes ao vírus, acreditando cegamente que ele não teria capacidade de produzir-lhes nenhum mal. Tal antagonismo promove uma fissura nos pilares democráticos, pois a “democracia moderna fala uma linguagem oposta à da comunidade” (Esposito, 2017, p. 117). O sujeito imune, isento de suas responsabilidades, se identificou com os discursos egoístas pró-econômicos, se esquecendo do senso comum: muitos não estavam imunes e a rede de atenção à saúde não conseguiria os abrigar.

Como consequência, as forças políticas que dominaram durante a pandemia instituíram uma ausência do senso comum, a fim de imunizar cada um em relação a todos os outros, de forma a promover a extinção do comum e romper com a relação entre sistema e ambiente. Esposito (2017, p. 120) nos alerta que, na verdade, o anticorpo imunitário - capacidade de direcionar o sujeito ao interior de si mesmo - “não é determinado pela introdução do antígeno, mas preexiste a ele”, ou seja, “o sistema imunitário assume as características de uma rede de conhecimentos internos absolutamente autossuficiente”. Isso nos diz que o vírus (antígeno) excitou nosso anticorpo imunitário e o próprio sistema, absolutamente autossuficiente, corrobora para tornar as práticas de imunização ainda mais efetivas quando os dispositivos de controle e vigilância são usados para fortalecer o estado de exceção.

A pandemia acentuou a polaridade entre *communitas* e *immunitas*, pois se o senso comum obriga os membros da comunidade a agirem em prol de um objetivo externo, o senso imunitário reforça o caráter identitário do indivíduo, protegendo-o e diferenciando-o dos demais. Isto cria

uma barreira afetiva entre o *eu* e o *nós*. Mais de 700 mil mortos; são apenas números imunitários.

O senso imunitário reforça o conceito contemporâneo de liberdade: “aquilo que torna o sujeito proprietário de si mesmo. Essencialmente próprio, não mais comum”, “em uma determinação objetiva, dialeticamente assumida por parte do sujeito autodenominado livre” (Esposito, 2021, p. 130). Foi esse conceito, aliado à estratégia imunizatória neoliberal - que propaga uma liberdade, sem a contrapartida da responsabilidade tanto individual quanto, muito menos, coletiva ou comum – que foi campo para o avanço do neofascismo no Brasil. O uso dela (liberdade) foi utilizado a todo momento para a não adesão das medidas de combate à transmissão do vírus e, conseqüentemente, propagação dele.

O conceito de liberdade, no contexto da pandemia, atuou como um ruído capaz de interferir na essência da informação a ser transmitida. É como se as células B produzissem ainda mais anticorpos imunitários, enquanto o que mais precisávamos era de anticorpos comunitários. Portanto, a experiência da liberdade apenas reforçou uma representação ideal do senso imunitário.

Esposito (2017, p. 133) afirma, a partir de Arendt, que a liberdade foi atrelada ao conceito de segurança e, como consequência, à autonomia e autossuficiência. Porém, a liberdade possui uma capacidade agregadora de pertencimento a uma raiz comum “que remete a uma expansão, a um florescimento, a um crescimento comum ou que acomuna”, “libertar ao mesmo tempo a liberdade do liberalismo e a comunidade do comunitarismo”, só assim a experiência de liberdade será uma prática comum ao abrir-se à singularidade de toda existência.

De acordo com Foucault (2008b), o conceito de liberdade tem raízes heterogêneas que se sobrepõem e se complementam; uma concebida a partir do direito dos homens, e outra a partir da independência dos governados em relação aos governantes. Diante dessa ambigüidade, os ideais neofascistas, aliados ao contexto neoliberal, propagaram e convenceram muitas pessoas que o uso da liberdade individual se sobrepõe às necessidades coletivas. É, portanto, pautado nesse argumento falacioso que a gestão da pandemia pelo governo bolsonarista se instaurou. Mas com um agravante: a liberdade, nesse contexto, foi utilizada para justificar as ações do Estado como veículo para decisões negacionistas em defesa da liberdade econômica.

Obtém-se, então, inconsistências entre os limites do que se compreende como liberdade individual *versus* coletividade; e a judicialização da saúde, mais uma vez, é utilizada como o órgão normatizador desse embate. Segundo os artigos 267 e 268 do Código Penal, respectivamente: “causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos” e “infringir

determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa” tecem alguns dos crimes contra a saúde pública; o que não se previa era a infração desses artigos pelo próprio poder público. Dessa forma, desconfigura-se o próprio entendimento do que é saúde pública, de forma a colocar o direito individual, ou melhor, os interesses individuais, como senhor do poder (Código Penal, 1940).

O antagonismo entre o *comunitas* e o *imunitas* também foi evidente no contexto geopolítico durante a pandemia da Covid-19, em especial, no contexto do fechamento das fronteiras. O sentido imunitário posicionou-se em oposição ao *eu* e o *outro*, considerando o vírus como um inimigo externo e, portanto, deve-se fechar as fronteiras e aeroportos dos países. O sentido comunitário posicionou-se para permitir o movimento e liberdade dos indivíduos e mercadorias. Nesse sentido, “o controle das fronteiras é um ato imunológico” e “a normalização do estado de emergência é a falência do Estado-nação”, colocando em xeque a função política da Organização Mundial da Saúde (Hui, 2021, p.351).

Considera-se que o coronavírus contribuiu para a normalização do estado de exceção e Hui (2021) recorda que essa prática se tornou habitual desde os atentados de onze de setembro, nos Estados Unidos. Além disso, afirma que o racismo é um antígeno social, pois ele distingue o *eu* e o *outro*, de forma a normalizá-lo.

Assim, esse antagonismo faz com que os sujeitos incorporem, em sua existência, a habilidade de se imunizarem e protegerem daquilo que é comum, colocando em risco o próprio senso de comunidade, normalizando a exclusão do outro e desviando a política de sua função de proteção da vida (Campbell, 2017).

O isolamento social foi um grande dispositivo de subjetivação durante a pandemia da Covid-19, uma vez que dada a ambiguidade biopolítica, o senso individual se sobrepôs ao senso comum, o que acarretou um número exorbitante de óbitos. No que tange aos profissionais da saúde, esse processo de subjetivação foi vivenciado pela superlotação dos serviços de saúde dado que muitos não tiveram o privilégio de se manterem isolados.

Dessa maneira, Esposito (2017) distancia sua análise de tal ambiguidade e propõe o que ele denominou de biopolítica afirmativa. O primeiro aspecto é compreender como ocorre o processo de imunização das categorias políticas para, então, “abandonar a forma de política sobre os corpos como fundamento conceitual do processo de imunização” (Campbell, 2017, p.29).

O que Esposito (2017) propõe é um rompimento com a visão tradicional da biopolítica e isso implica numa ressignificação do corpo como instrumento de poder e numa nova

categorização do conceito de multidão, pois a forma como é concatenado pela visão tradicional da biopolítica, multidão é “tributária da soberania moderna, cujo horizonte último continua sendo o paradigma imunitário (Campbell, 2017, p.38).

Para fazer isso:

precisamos inventar um novo léxico sobre as fronteiras da vida em formas bio-jurídicas que reconheçam a presença do um no outro, de modo que qualquer vivente deva ser pensado na unidade da vida, no sentido do co-pertencimento daquilo que é diferente (Campbell, 2017, p.43).

O sistema imunológico precisa aumentar sua capacidade de interação com o ambiente e entre seus membros. Analogamente, sabe-se que, quanto maior a interação com antígenos, mais especificidade as células de defesa apresentam, conseguindo discernir o próprio do comum. Dessa forma, “a vida não pertence mais àqueles que dela são julgados dignos em relação a outros que não o são, mas compete a toda forma de vida produzida pelos processos de individuação”, tornando o sujeito como parte da “relação com aqueles com os quais compartilha uma experiência de vida”. Isto também se aplica para o coletivo, “não visto mais como a neutralização do individual, mas principalmente como um mais elaborado processo de individuação” (Campbell, 2017, p. 44 e 45).

Esposito (2017, p. 63) afirma que se deve repensar a relação entre norma e vida, de modo que as normas devem ser múltiplas, assim como os indivíduos, tendo como resultado a desconstrução de todo sistema normativo fixo. Assim, o “advento de uma biopolítica afirmativa pode se determinar somente a partir do momento em que se tome consciência de que prejudicar uma parte de vida ou uma vida individual significa prejudicar toda a vida”, a partir “das dobras de uma ontologia da morte”, como as causadas pela pandemia da Covid-19.

Diante do exposto, a pandemia da Covid-19 agudizou os mecanismos imunitários, de forma a evidenciar a necessidade de retomar o senso comunitário, romper as fronteiras que distanciam o outro, liberar o corpo do carma de governável, despertar o senso de co-pertencimento, e subverter o antagonismo entre o comum e o imune, de forma a reduzir as inconsistências éticas causada pela biopolítica.

3. Normalização da Morte no Governo da Pandemia

Na seção anterior, a partir da concepção de sujeito para Foucault, foi discutido como a disseminação de notícias falsas e as ambiguidades presentes na adoção do isolamento social foram dispositivos de subjetivação que incidiram sobre a população no que cerne às medidas de contingenciamento do vírus. Nesta seção, serão apresentadas algumas enunciações que, durante a pandemia da Covid-19, subjetivaram a vida e a morte. A hipótese é de que tais discursos, em especial aqueles proferidos pelo então presidente Jair Bolsonaro e seus mandatários, foram discursos de desvalorização da vida humana em prol dos interesses do capital, com conseqüente tentativa de normalização da morte, configurando, assim, práticas de violência contra a população.



Fonte: Bez Tytułu (sem título) de Zdzisław Beksiński, 1980, via BeksStore.

No Brasil, o primeiro óbito causado pela Covid-19 ocorreu em março de 2020. A entrada do vírus no país se deu pelos aeroportos internacionais e sua disseminação ocorreu pelas

rodovias federais e estaduais, em especial, nas regiões com grande potencial de contágio que, por meio da mobilidade humana fomentada pelas complexas redes de transportes, acarretou o alastramento geográfico do vírus para os municípios menores. Foi a transmissão comunitária dele que disparou o número de casos no território brasileiro (Nicoletti et al, 2021).

Em 20/03/2020, o Ministério da Saúde reconheceu a transmissão comunitária no país, anunciou 5 milhões de testes rápidos e o Presidente da República determinou que serviços essenciais não poderiam ser interrompidos, sendo os demais proibidos de funcionar presencialmente. No dia seguinte, ele autorizou a suspensão dos contratos de trabalho e começou a valer a restrição da entrada de alguns estrangeiros no país. No dia 25/03/2020, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Guia para Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus. Segundo o documento, os corpos deveriam ser enterrados ou cremados; velórios e funerais deveriam acontecer em espaço aberto ou ventilado, com no máximo 10 pessoas, a distância mínima de dois metros entre elas, e com caixão fechado (Brasil, 2020).



Figura 3 – Manejo dos corpos. Fonte: G1/Globo e CNN Brasil.

A gestão da pandemia de Covid-19 pelo governo bolsonarista foi marcada por políticas que, ao estimular a abertura do comércio, por exemplo, foram criticadas como tendo uma abordagem eugenista. O presidente, juntamente com um grupo de empresários e banqueiros, incentivou essa estratégia que, a partir da promessa de cura pela cloroquina e pela falácia da imunidade de rebanho – tese defendida tendo em vista que os adaptáveis geneticamente são

mais fortes e, portanto, devem sobreviver – expôs grande parte da população menos privilegiada (Paula, Lopes, 2020).

Em 12/05/2020, um estudo publicado na revista *Journal of the American Medical Association* não encontrou evidências de que a cloroquina reduz a mortalidade entre pacientes do novo coronavírus. O presidente residente Jair Bolsonaro voltou, então, a defender o uso do medicamento no tratamento da doença. O ministro Nelson Teich alertou sobre efeitos colaterais da substância e sugeriu que o paciente que optar pelo tratamento deve assinar um termo de consentimento. No dia 15/05/2020, o Ministro da Saúde, Nelson Teich, pediu demissão do cargo pouco menos de um mês à frente da pasta. O médico oncologista alertou sobre os riscos da cloroquina e defendeu medidas de distanciamento social – posicionamentos científicos, mas contrários ao que defendia o presidente Jair Bolsonaro (CNN Brasil, 2020).



Figura 4 – Cloroquina. Fonte: CNN Brasil.

Em 19/05/2020, o total de óbitos chegou a 16.895. Em *live*, o Presidente da República, Jair Bolsonaro, anunciou a assinatura de novo protocolo para uso da cloroquina. Chefe do Executivo Federal também fez piada sobre uso do medicamento: “Quem é de direita toma cloroquina; quem é de esquerda, tubaína”. No dia seguinte, o Ministério da Saúde, sob comando do ministro interino Eduardo Pazuello, divulgou o protocolo para uso da cloroquina e da hidroxiclороquina em casos leves da doença. No entanto, estudos em todo o mundo refutaram a eficácia das substâncias no combate à Covid-19 (CNN Brasil, 2020).

No dia 20/05/2020, um levantamento da Universidade Johns Hopkins indicou que o Brasil havia se tornado o quinto país no mundo com mais vítimas fatais de Covid-19, ao somar 27.878 óbitos. Tal país tinha 1.124 novas mortes em 24 horas. Em meio a esse cenário,

manifestantes antifascistas e grupos bolsonaristas realizaram atos em São Paulo e no Rio de Janeiro. Enquanto isso, o presidente Jair Bolsonaro passeava a cavalo por Brasília, em ato antidemocrático e anti-Supremo Tribunal Federal (CNN Brasil, 2020).



Figura 5 – A função executiva do STF durante a Pandemia da Covid-19. Fonte: CNN Brasil.

Em 04/06/2020, o Ministério da Saúde mudou a forma de divulgação dos dados diários da pandemia de coronavírus. O Brasil recebeu o primeiro lote de vacina contra a Covid-19 desenvolvida na Universidade de Oxford, na Inglaterra, em que dois mil voluntários brasileiros foram vacinados para testes dela (CNN Brasil, 2020).

No dia 06/06/2020, o Governo Federal retirou do ar a plataforma do Ministério da Saúde com informações consolidadas e atualizadas sobre a pandemia do coronavírus no Brasil. O presidente Jair Bolsonaro afirmou que fluxos e rotinas da pasta estavam sendo adequadas para evitar subnotificação e inconsistências. Dois dias após, veículos de imprensa se reuniram para divulgar dados da pandemia no Brasil. O Congresso decidiu, também, acompanhar os números de casos e óbitos disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (CNN Brasil, 2020).



Figura 6 – A tentativa de distorção do número de mortos. Fonte: CNN Brasil.

Em 11/06/2020, o Brasil ultrapassou a marca de 40 mil óbitos por Covid-19 desde o início da pandemia. Dados do Ministério da Saúde registram 40.919 mortes. Em 24 horas, 1.239 novas

mortes foram notificadas. O presidente Jair Bolsonaro pediu aos seus seguidores que tentassem entrar em hospitais públicos e de campanha para verificarem se leitos de emergência estão livres ou ocupados. O objetivo era que eles gravassem o que encontrariam e encaminhassem ao governo. Em 23/06/2020, o país registrou o segundo maior recorde de óbitos em 24 horas. Tanto o levantamento feito pelo consórcio de veículos de imprensa, que registrou 1.364 novas mortes, quanto dados do Ministério da Saúde, que registraram 1.374 mortes, são menores que o pior dia em número de óbitos: 1.473 novas mortes, no dia 4 do referido mês (CNN Brasil, 2020).

No Brasil, na cidade de Manaus, uma nova variante também foi encontrada, denominada de P.1, sendo identificada em brasileiros que estavam em viagem para o Japão. A cidade viveu um momento extremamente delicado, com falta de suprimentos e superlotação em hospitais públicos e privados. A falta de oxigênio se tornou crítica e fez a secretaria de saúde requisitar que 17 empresas fornecessem o gás na modalidade de requisição administrativa, devido à incapacidade de os principais fornecedores suprirem a demanda local. Os especialistas alertavam que a nova variante, identificada na capital Amazonense, poderia ser a responsável pelo caos gerado, em razão de um possível maior poder de contágio (CNN Brasil, 2020).



Bolsonaro diz que 'disponibilizou todos os meios' após Manaus ficar sem oxigênio

© 15/01/2021 às 07:44



Em 24 horas, Manaus usou estoque de oxigênio para dez dias, diz prefeito

© 15/01/2021 às 13:31



Em 10 dias, Manaus supera recorde mensal de enterros de vítimas da Covid-19

© 13/01/2021 às 10:47



Não tinha como prever o que ia acontecer em Manaus com a nova cepa, diz Mourão

© 15/01/2021 às 13:13

Figura 7 – O Caso Manaus. Fonte: CNN Brasil.



Figura 8 – A tentativa de normalização da morte pelo Governo Federal, Parte I. Fonte: CNN Brasil.



Figura 9 – A tentativa de normalização da morte pelo Governo Federal, Parte II. Fonte: CNN Brasil.



Figura 10 – A tentativa de normalização da morte pelo Governo Federal, Parte III. Fonte: CNN Brasil.



Figura 11 – A tentativa de normalização da morte pelo Governo Federal, Parte IV. Fonte: CNN Brasil.



Figura 12 – A tentativa de normalização da morte pelo Governo Federal, Parte V. Fonte: CNN Brasil.

Os discursos proferidos pelo governo Bolsonaro durante a pandemia acentuaram a busca pelo “novo normal” em que os interesses do capital se sobrepuseram à possibilidade de infecção e morte. As forças políticas atuaram para além da concretude e fortalecimento dos princípios neoliberais, para uma forma de gestão através da disseminação de notícias falsas, em que o “deixar morrer” foi campo político de gestão da vida e da morte.

O neoliberalismo é um modelo econômico que parte do pressuposto da liberdade individual como produtora de subjetividades que devem ser consumidas como combustível para o mercado econômico. O neoliberalismo é uma mutação do liberalismo americano. Foucault (2008) afirma que:

[...] o liberalismo americano não é simplesmente uma opção econômica e política formada e formulada pelos governantes ou no meio governamental. O liberalismo, nos Estados Unidos, é toda uma maneira de ser e pensar. É um tipo de relação entre governantes e governados, muito mais que uma técnica dos governantes em relação aos governados. [...] é uma espécie de reivindicação global, multiforme, ambígua, com ancoragem à direita e à esquerda. É também uma espécie de foco utópico sempre reativado. É também um método de pensamento, uma grade de análise econômica e sociológica (Foucault, 2008, p. 301).

Assim, o liberalismo americano não se ocupou do trabalho para legitimar essa relação entre os governantes e os governados, pois se dedicou em estabelecer uma relação econômica entre a terra e o capital. “A economia já não é, portanto, a análise da lógica histórica do

processo, é a análise da racionalidade interna, da programação estratégica dos indivíduos” (Foucault, 2008, p. 307).

Portanto, os investimentos neoliberais atuam sobre a relação do sujeito para com o trabalho:

[...] no fundo, por que é que as pessoas trabalham? Trabalha, é claro, para ter um salário. Ora, o que é um salário? Um salário é simplesmente uma renda. Do ponto de vista do trabalhador, o salário não é o preço de venda da sua força de trabalho, é uma renda. [...] uma renda é simplesmente o produto ou o rendimento de um capital. E, inversamente, chamar-se-á “capital” tudo o que pode ser, de uma maneira ou de outra, uma fonte de renda futura. Por conseguinte, a partir daí, se se admite que o salário é uma renda, o salário é, portanto, a renda de um capital. Ora, o que é o capital de que o salário é a renda? Pois bem, é o conjunto de todos os fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar este ou aquele salário, de sorte que, visto do lado do trabalhador, o trabalho não é uma mercadoria reduzida por abstração à força de trabalho e ao tempo [durante] o qual ela é utilizada (Foucault, 2008, p. 308).

Nesse sentido, , o grande interesse do neoliberalismo é se apropriar dessa relação entre o sujeito e o trabalho como uma forma de racionalidade governamentalizável, cujo objetivo é produzir sujeitos economicamente ativos, consumidores, que buscam sua própria satisfação no consumo. “E deve-se considerar o consumo como uma atividade empresarial pela qual o indivíduo, a partir de certo capital de que dispõe, vai produzir uma coisa que vai ser a sua própria satisfação” (Foucault, 2008, p. 311).

Foucault (2008) retoma os princípios do liberalismo alemão para explicar o desenvolvimento do neoliberalismo. No liberalismo alemão, o mercado é o regulador da economia para formação dos preços por meio dos mecanismos da concorrência que se utilizam de processos sociais – seguridade, família, casamento, aposentadoria etc. – para operacionalizar as ações do indivíduo numa forma de empresa:

[...] trata-se de desdobrar o modelo econômico, o modelo de oferta e procura, o modelo do investimento-custo-lucro, para dele fazer um modelo das relações sociais, um modelo de existência, uma forma de relação do indivíduo consigo mesmo, com o tempo, com seu círculo, com o futuro, com o grupo, com a família (Foucault, 2008, p. 332).

Já no neoliberalismo americano, há uma radicalização desse modelo de existência, “trata-se de generalizá-la em todo o corpo social, e generalizá-la até mesmo em todo o sistema social que, de ordinário, não possa ou não é sancionado por trocas monetárias” (Foucault, 2008, p. 333).

É justamente esse aspecto que foi enaltecido pela gestão do governo Bolsonaro durante a pandemia da Covid-19. Assim, a economia deve ser “salva” numa forma de racionalidade em que o capital não pode parar, sendo determinante no processo de decisões que conduzem medidas sociais, ou seja, não é preciso fechar o comércio, pois parte-se do pressuposto de que a liberdade individual deve ser respeitada em prol da atividade econômica.

É essa liberdade que entra em crise no neoliberalismo. Han (2018, p. 10) afirma que “a liberdade de poder produz até mais coações do que o dever disciplinar, que expressa regras e interditos. O dever tem um limite; o poder não”. O autor argumenta que as coações produzidas pela liberdade de poder fazer alguma coisa culminam na servidão do sujeito a explorar voluntariamente a si mesmo e, portanto, as formas de expressão dessa liberdade, como a emoção, os sentimentos, o prazer, a comunicação, por exemplo, são exploradas.

O sujeito neoliberal como empreendedor de si mesmo é incapaz de se relacionar livre de qualquer propósito. [...] Fundamentalmente, a liberdade é uma palavra relacional. [...] O isolamento total para o qual conduz o regime neoliberal não nos torna livres de fato. [...] Ser livre, portanto, não significa nada mais do que se realizar conjuntamente. Liberdade é sinônimo de comunidade bem-sucedida (Han, 2018, p. 11 e 12).

Durante a pandemia de Covid-19, identifica-se o pleonasmo que foi a defesa da liberdade individual sendo duramente defendida e difundida nesse governo. A liberdade para tomar decisões naquele momento de angústia extrema, como o “fique em casa” ou o “em defesa da liberdade” foi subjetivada e alvo de disputa pelo bolsonarismo.

Dessa maneira,

O capital se multiplica enquanto competimos livremente uns com os outros. A liberdade individual é uma servidão na medida em que é tomada pelo capital para sua própria multiplicação. Assim, o capital explora a liberdade do indivíduo para se reproduzir. [...] A liberdade individual concede ao capital uma subjetividade automática que o incita à reprodução ativa. [...] A liberdade individual, que atualmente assume uma forma excessiva, é nada menos do que o excesso do próprio capital (Han, 2018, p. 13).

Para Han (2018), o neoliberalismo é uma mutação do capitalismo industrial que tem como foco os modos de produção imateriais e pós-industriais. Dessa forma, a exploração torna-se uma autoexploração em vantagem das necessidades do capital como uma nova medida de subjetivação em que as demandas de reprodução são vistas erroneamente como individuais; por isso, o capital não pode parar, é preciso “salvar a economia”.

Assim, “hoje, cada um é um trabalhador que explora a si mesmo para sua própria empresa. Cada um é senhor e servo em uma única pessoa. A luta de classes também se transforma em uma luta interior consigo mesmo” (Han, 2018, p. 14 e 15).

O mesmo autor descreve que a técnica de poder exercida pelo neoliberalismo é tornar o sujeito inconsciente de sua submissão, numa passividade em que a dominação não é percebida, mas executada por ele mesmo por meio da obediência e da dependência do agrado e da satisfação; e, por isso, não precisa vencer nenhuma resistência para ser reproduzido, pois busca agradar em vez de oprimir. “A atual crise da liberdade consiste em estar diante de uma técnica de poder que não rejeita ou oprime a liberdade, mas a explora. A livre escolha é extinta em prol de uma livre seleção entre as ofertas disponíveis (Han, 2018, p. 27)”.

Por justamente subjetivar a psiquê humana, o neoliberalismo explora a motivação, a competição e a otimização como técnica de dominação, aspecto este, denominado por Han (2018) de *psicopolítica*. O autor argumenta que a forma de produção do capital atual não tem mais o corpo como força de produção, mas, sim, objetos intangíveis que buscam o aumento da produtividade por meio da otimização dos processos psíquicos e mentais. Como exemplos, o autor cita *workshops* de gestão pessoal, seminários de desenvolvimento pessoal e treinamentos de inteligência emocional.

Assim,

As pessoas são controladas pela técnica de dominação neoliberal que visa explorar não apenas a jornada de trabalho, mas a pessoa por completo, a atenção total, e até a própria vida. O ser humano é descoberto e tornado objeto de exploração. [...] O regime neoliberal introduz uma era do esgotamento. [...] A ideologia neoliberal da otimização pessoal desenvolve características religiosas e até mesmo fanáticas; representa uma nova forma de subjetivação. [...] O sujeito do regime neoliberal perece com o imperativo da otimização de si, ou seja, ele morre da obrigação de produzir cada vez mais desempenho (Han, 2018, p. 47, 48, 50 e 51).

Como técnica de dominação, o neoliberalismo faz uso das emoções como recurso para promoção de mais desempenho e produtividade. Por meio do estabelecimento de padrões de consumo, ocorre o estímulo à compra, não para aquisição do produto em si, mas para o consumo

das emoções de possuir determinado produto. “Através da emoção, as pessoas são profundamente atingidas. Assim, ela representa um meio muito eficiente de controle psicopolítico do indivíduo” (Han, 2018, p. 72).

Este controle psicopolítico do indivíduo possui intencionalidades. Han (2018) afirma que:

O neoliberalismo transforma o cidadão em consumidor. A liberdade do cidadão cede diante da passividade do consumidor. Atualmente, o eleitor enquanto consumidor não tem nenhum interesse real pela política, pela formação ativa da comunidade. Não está disposto a um comum agir político, tampouco é capacitado para tal. O eleitor apenas reage de forma passiva à política, criticando, reclamando, exatamente como faz o consumidor diante de um produto ou de um serviço que não gosta (Han, 2018, p. 21).

É este mecanismo que Chamayou (2020) descreve como a despolitização – desmonte de mecanismos de participação e negociação – como mecanismo para impedir que os indivíduos participem da vida coletiva. O autor argumenta que tal modelo é autoritário, pois o liberalismo autoritário é caracterizado pela própria administração científica com seus discursos corporativos, neutralidade técnica e isenção política, bem como pela repressão violenta do Estado contra qualquer forma de questionamento sobre os rumos da vida coletiva e a retirada de garantias e direitos sociais. Ele é autoritário, também, porque faz proliferar na biopolítica, num registro micropolítico dos processos de subjetivação, uma política de ódio contra tudo e todos que o contrarie: a racionalidade econômica e, sobretudo, a privatização dessa micropolítica. No Brasil, ele contém elementos oligárquicos, patriarcais e se volta contra todo e qualquer avanço representado pelos grupos minoritários em termos de decisão na cena pública.

Nesse sentido, o neoliberalismo é autoritário porque atua como um poder único da vontade política, ou seja, defender o mercado é mais importante que defender a vida. Enfraquece os poderes parlamentares e os direitos sindicais, reprime movimentos sociais e a liberdade de imprensa, repudia qualquer política de redistribuição e defende, acima de tudo, a autonomia do governo privado (Chamayou, 2020). Durante a pandemia da Covid-19, isso ficou ainda mais evidente, pois as medidas de proteção social não foram unânimes e refletiram disputas intensas dos parlamentares e do governo.

Lacerda (2020) salienta que as consequências sociais do vírus podem ter sido criadas pelos próprios governos ao abandonarem políticas de construção de sistemas de saúde e proteção social. Por meio de um consenso ultraliberal para expansão do mercado capitalista,

mercantilização da vida social e fortalecimento da sociedade de consumo, ainda que resultem em morte, o capital não pode parar.

A gestão da pandemia no Brasil agiu no sentido de agravamento da insegurança ao se apoiar na desestabilização das normas e dos poderes do Estado com conseqüente impacto nas políticas públicas conquistadas a partir de 1988 (Mizoguchi, Passos, 2020).

Como bem lembrado por Baschet (2020), o modelo neoliberal de gestão hospitalar culminou na falta de recursos, redução do número de leitos, diminuição de pessoal e profissionais da saúde sobrecarregados. Assim, o caráter criminoso das políticas implementadas durante décadas, com a pandemia, agudiza e se torna visível a todos. O autor salienta que o interesse privado e o individualismo competitivo, ao se tornarem valores supremos, resultam numa compulsão produtivista mortífera com superexploração dos recursos naturais, desorganização acelerada do sistema vivo e desequilíbrio climático.

Conseqüentemente, o plano neoliberal inclui a produção de sujeitos que naturalizam as formas de precarização social por meio de um longo processo de transformação das formas de vida (trabalho, linguagem, desejo etc.). Para isso, a racionalidade se torna elemento central para promoção da cultura da liberdade individual, na qual produz formas de violência estruturadas e legitimadas pelo novo pacto social neoliberal ao promover a competição e defender a salvação do mercado e dos bancos a qualquer preço. Portanto, a “crueldade se torna um fim em si mesmo”, de forma a “legitimar o gozo com o deixar morrer” (Silva Júnior, 2020, p. 278).

Os economistas concentram seus argumentos na vulnerabilidade da vida ao propagar discursos fundados no medo, nas ações compulsivas ao trabalho, na aquisição de riquezas, na generalização de princípios empresariais de performance, de investimento e de rentabilidade. Porém, sabemos que a falácia neoliberal cai por terra, gerando um sentimento reverso na população de ressentimento e raiva. Os políticos, sabendo disso, usam discursos inflamados para mobilizar e convencer a grande massa de que somente o trabalho os salvará (Safatle, 2020).

O neoliberalismo é mais do que um modelo econômico, é uma engenharia social capaz de convencer a grande massa de que a liberdade, o empreendedorismo e a livre-iniciativa não devem ter interferência do Estado. O objetivo é despolitizar a economia; entretanto o que acontece é o contrário, cada vez mais, os interesses políticos ficam submissos ao poder e a violência soberana da economia (Safatle, 2020).

É nesse contexto que a pandemia da Covid-19 se instaurou. As decisões sobre as medidas de contingenciamento do vírus foram ambíguas justamente porque as pessoas estão

convencidas de que autonomia individual e a autorregulação social dar-se-á de forma espontânea. Exatamente esses dois aspectos foram utilizados como argumento para justificar a não adesão às medidas de contingenciamento do vírus.

Chamayou (2020) argumenta que a grande retórica do neoliberalismo foi exatamente atuar no campo da micropolítica, em que a subjetivação neoliberal consiste em normas de condutas que se impõem às práticas e escolhas, de forma que a concorrência de mercado atinja a vida cotidiana, o trabalho, os estudos, o lazer, a saúde, a residência, entre outros aspectos. Assim, no contexto da pandemia da Covid-19, a autonomia individual e autorregulação social, no que diz respeito às medidas de combate a disseminação do vírus, foram manejadas em prol do retorno à normalidade, mesmo que isso implicasse na morte de milhares de pessoas.

Em vista disso, se o neoliberalismo é uma racionalidade política que tem por objetivo estender as normas de mercado ao conjunto de domínios sociais, forçando os indivíduos a serem cada vez mais competitivos, uma forma de poder que, por meio da gestão da competição, articula-se com ideologias estranhas à pura lógica do mercado, Laval (2021) nos alerta que esta prática atrai adesão de governos ultraconservadores, às vezes com nítida inclinação fascista com suas ideologias nacionalistas e religiosas.

Para Lazzarato (2019), o neoliberalismo, ao longo dos últimos 40 anos, conseguiu exortar a população de que o capital é algo a ser protegido, valorizado e defendido. Assim, a governamentalidade do poder executivo ocorre por meio de decisões econômicas, sociais e institucionais que fortalecem a violência e a distinção das classes sociais, embasadas em prol do capital e da propriedade privada e não do povo, de tal modo que ocorre um apelo à sobrevivência, uma luta pela vida que se esgota nela mesma, individualmente, uma concorrência na espécie para ver quem, darwinianamente, se afirma pela sua "força", pouco se importando com quem seria mais "fraco".

No contexto da América Latina, após a queda das ditaduras que assolaram muitos países por aqui, mas que deixaram marcas subjetivas da repressão militar, a estratégia do neoliberalismo foi transformar o sujeito: de derrotado para governado, de maneira que os novos dispositivos econômicos – comportamentos financeiros – agissem para conduzir os homens e sujeitá-los como uma nova forma de guerra, mas agora mascarada (Lazzarato, 2019).

Para isso, o neoliberalismo precisa continuamente intervir no mercado através das escolhas jurídicas, fiscais e econômicas do Estado, uma vez que leva em conta o mercado mundial e as ameaças à propriedade privada, mesmo que para isso seja necessário legitimar e se aliar a fascistas, torturadores e criminosos (Lazzarato, 2019).

No Brasil, Lazzarato (2019) realiza uma análise importante sobre os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), demonstrando que, por meio das políticas do crédito, o neoliberalismo instalou-se como processo de subjetivação nas classes sociais mais baixas. As medidas de desenvolvimento social – aumento do salário-mínimo, dos salários e do Bolsa Família – implicou no incentivo ao consumo e, conseqüentemente, ao crédito. No entanto, o crédito é dado pelos bancos privados, transformando os pobres e alguns assalariados em homens endividados (Lazzarato, 2019).

Como consequência, a relação credor/devedor passa a ser o terreno da luta de classe, uma governamentalidade capaz de conduzir e controlar o comportamento. Agora, os pobres e os assalariados assumem individualmente os riscos do endividamento, uma técnica de sujeição que exige dos devedores disciplina, além de necessitar definir uma maneira de agir e pensar (Lazzarato, 2019).

Lazzarato (2019) ainda aponta que a crise financeira, gerada pelo próprio capitalismo que assolou o mundo capitalista em 2008, fez com que ocorresse uma aliança entre a finança internacional e nacional, o fascismo, os grandes proprietários de terra do agronegócio, os militares e os religiosos, em que a revolta e a vingança das elites brancas e da classe média alta encontraram espaço político para se manifestar. Por isso, as manifestações que ocorreram em 2013, que culminaram no processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, são consideradas manifestação do ódio de classe, além da frustração, da raiva, da decepção com os resultados das políticas sociais. Conclui-se, então, que foi a micropolítica dos créditos quem criou as condições para uma micropolítica fascista que tem por premissa a intensificação da guerra de classe, de raça e de sexo, que é, desde sempre, o fundamento do capitalismo.

Portanto, a eleição de Jair Bolsonaro para presidente do Brasil marca uma radicalização da onda neofascista, racista e sexista. Lazzarato (2019) descreve, assim, as características do neofascismo: (1) entrada dos militares no governo; (2) redução maciça dos salários; (3) corte nas despesas sociais, abrindo as portas para privatização da escola, da saúde, da aposentadoria etc. (4) veem no imigrante, no refugiado e no muçulmano, o inimigo; (5) é mais nacional-liberal; (6) é ultraliberal, a favor do mercado, da empresa, da iniciativa individual, e da propriedade privada; (7) aceita a democracia, o regime parlamentar e as eleições; (8) seu racismo é cultural; (9) não é imperialista, prefere se fechar nos limites do Estado-Nação; (10) a agenda continua sendo a do neoliberalismo só que maquiado de nacionalismo; (11) a reconstrução da família é da ordem heterossexual. Para isso, o racismo, o fascismo, o

nacionalismo e o sexismo são necessários para a reprodução das divisões de classe, raça e sexo, presentes no neofascismo.

Diante do contexto destas micropolíticas neofascistas, a pandemia da Covid-19 agudizou problemas sociais crônicos como a desigualdade e a fragilidade econômica. Para Schargel (2022), o bolsonarismo, de fato, representa tentativas de ruptura democrática quando reforça a desigualdade e a fragilidade econômica, centraliza o exército como poder moderador, promove ameaças de repressão violenta e a censura ideológica, persegue jornalistas e acadêmicos, dificulta a capacidade de diálogo e está envolvido com escândalos de abuso de poder.

Para Chamayou (2020), a política neoliberal autoritária defende uma democracia ilimitada para o mercado e para o indivíduo, nesse caso, a liberdade é exercida. Para a vida privada há, no entanto, uma suposta restrição a costumes conservadores. Isso justifica o discurso que privatiza a micropolítica apelando à dissolução de tais costumes para que sobrevivam ou pratiquem a liberdade, no mercado, como empreendedores.

Os aspectos supracitados, bem como os processos de subjetivação e sujeição descritos, foram operados pelo governo bolsonarista para gestão da pandemia da Covid-19, em especial, as falácias da necessidade de salvar a economia com o argumento de salvar vidas

Para Lazzarato (2019), a micropolítica racista presente no neofascismo é de ordem cultural. O autor realiza uma crítica contundente à biopolítica contemporânea ao mencionar que, na verdade, nunca houve nenhuma preocupação com o deixar viver, mas sim com a perpetuidade do capital. Ele ainda afirma que, na biopolítica contemporânea, o capitalismo e o racismo não têm mais necessariamente um fundamento biológico, mas que a técnica de divisão, de segregação, de inferiorização continua produzindo seus efeitos políticos, bélicos e militares.

Foucault (2008b) argumenta que, no fim do século XVI e início do século XVII, o discurso das raças surge como uma contra história, na qual a soberania não vai ser o único ponto de vista a ser relatado, pois para todo triunfo, há uma submissão. Assim:

Ela vai ser o discurso daqueles que não têm glória, ou daqueles que a perderam e se encontram agora, por uns tempos talvez, mas por muito tempo decerto, na obscuridade e no silêncio. [...] No fundo, o que a nova história quer mostrar é que o poder, os poderosos, os reis, as leis esconderam que nasceram no acaso e na injustiça das batalhas (Foucault, 2010, p. 59 e 61).

Logo, , o termo “raça”, presente no discurso da guerra das raças, não possui um “sentido biológico estável” (Foucault, 2010, p. 65), pois possui aspectos histórico -políticos. Neste

mesmo sentido, Almeida (2019) afirma que a lógica de classificação dos seres vivos se inicia na biologia, utilizando o conceito de raça para diferenciação das espécies. Mais tarde, tal conceito foi aplicado aos seres humanos, agora aliado a uma característica biológica atribuída a algum traço físico. O conceito de raça foi ganhando amplitude e, então, atingiu o patamar de característica étnico-cultural, em que a identidade da pessoa é associada à origem geográfica, à religião, à língua e aos costumes. Portanto, raça é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas (Almeida, 2019).

Sobre o discurso das raças, afirma Foucault (2008b):

[...] há duas raças quando se faz a história de dois grupos que não têm a mesma origem local; dois grupos que não têm, pelo menos na origem, a mesma língua e em geral a mesma religião; dois grupos que só formaram uma unidade e um todo político à custa de guerras, de invasões, de conquistas, de batalhas, de vitórias e de derrotas, em suma, de violências; um vínculo que só se estabeleceu através da violência da guerra. Enfim, dirão que há duas raças quando há dois grupos que, apesar de sua coabitação, não se misturaram por causa de diferenças, de dissimetrias, de barragens devidas aos privilégios, aos costumes e aos direitos, à distribuição das fortunas e ao modo de exercício do poder (Foucault, 2010, p. 65).

Assim, o aspecto biológico presente no racismo representa um deslocamento da luta de classes para a luta das raças, no qual o discurso da guerra histórica, agora, é proferido através do biológico: “diferenciação das espécies, seleção do mais forte, manutenção das raças mais bem adaptadas” (Foucault, 2010, p. 68).

Quando Jair Bolsonaro defende a abertura do comércio em prol da sobrevivência dos mais fortes, ele profere um discurso racista. Por isso, Almeida (2019) afirma que raça é um elemento essencialmente político, utilizada para neutralizar desigualdades, além de legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários. O racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem.

Desta forma, o racismo é um mecanismo fundamental do poder:

[...] o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como

inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (Foucault, 2010, p. 214).

Portanto, o racismo possui a função de fragmentar o biológico numa tentativa de normalizar a morte do outro:

A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização. Quando vocês têm uma sociedade de normalização, quando vocês têm um poder que é, ao menos em toda a sua superfície e em primeira instância, em primeira linha, um biopoder, pois bem, o racismo é indispensável como condição para poder tirar a vida de alguém, para poder tirar a vida dos outros. A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo (Foucault, 2010, p. 215).

Posto isso, o racismo contemporâneo nada mais é do que o exercício do poder soberano, agora, manifestado pelo biopoder exercido pelo Estado. Nesta conjuntura, Lazzarato (2019) afirma que o racismo contemporâneo é uma reprodução do racismo colonial, uma técnica de governamentalidade executada por homens brancos que desempenham um papel na governança política por meio de mecanismos de subjetivação e que trabalham para naturalizar o lugar do negro, do imigrante, do judeu, da mulher, do indígena, do LGBTQIAP+ na sociedade; lugar este determinado socialmente para que as minorias não ameacem o privilégio do branco que mantém a estrutura social de favorecimento da propriedade privada, do lucro e do capital.

Na leitura de Butler (2021), o racismo ocorre quando há um processo de identificação entre o “eu” com os “outros” que pertencem à branquitude:

Tal “eu” pode funcionar como uma espécie de regime, incluindo como parte de seu eu estendido a todas aquelas pessoas que compartilham com ele semelhanças de cor, classe e privilégios, excluindo do regime, portanto, aquelas que são marcadas pela diferença no interior dessa economia (Butler, 2021, p. 26 e 27).

Dessa forma, Butler (2021) afirma que a biopolítica não faz apenas uma cisão entre espécies superiores e inferiores, mas, também, entre vidas enlutáveis e não enlutáveis, uma vez que o poder exercido pelo Estado já opera numa lógica racista:

[...] em minha opinião, o poder já se encontra em operação por meio de esquemas racistas que fazem persistentemente distinção não apenas entre vidas que valem mais e menos, que são mais e menos enlutáveis, mas também entre vidas que são assinaladas, com maior ou menor ênfase, como vidas (Butler, 2021, p. 94 e 95).

[...] existem formas de poder colonial que tentam estabelecer a chamada “dependência” das populações colonizadas, e esse tipo de argumento tenta transformar a dependência numa característica patológica essencial dessas populações. Esse desdobramento da dependência confirma tanto o racismo quanto o colonialismo; ele identifica a causa da subordinação de um grupo como característica psicossocial desse grupo (Butler, 2021, p. 51).

Assim, altos níveis de desigualdade e segregação contribuíram para o excesso de mortalidade por Covid-19 nas grandes cidades brasileiras. Em cidades mais desiguais, houve 17% a mais de mortalidade, e em cidades mais segregadas, houve até 11% a mais de mortalidade. Além disso, Sousa Filho et al (2022) destacam que, quanto maior a desigualdade e segregação de renda, piores as condições de acesso à saúde, o que aumenta significativamente a vulnerabilidade à Covid-19. Eles concluem, então, que a alta concentração de renda prejudica a coesão social e corrói a confiança da população em seu governo, afetando a capacidade de resposta geral às crises sanitárias. A atuação política fragmentada e a total desarticulação do Governo Federal com outras instituições foram fatores chave na promoção das desigualdades no Brasil. Tais fatores levaram o país a atingir uma das maiores taxas de incidência e mortalidade por Covid-19 no mundo.

No que tange à população feminina, a pandemia da Covid-19:

[...] atingiu mais mulheres do que homens; sem a possibilidade de migrar para o *home office*, perderam o emprego e proteção previdenciária; o número de medidas protetivas de urgência cresceu 4,4% e aumento de 16,3% nos chamados de violência doméstica; sofrimento mental agravado em razão do acúmulo de tarefas (cuidado domiciliar, crianças, fechamento das escolas e creches), intermitência no funcionamento dos serviços públicos e paralisação dos serviços relacionados aos cuidados contraceptivos (Senado Federal, 2021, p. 653).

Em relação às mulheres negras, no período de março a novembro de 2020, elas tiveram 1,24 vezes mais chance de evoluírem a óbito do que as mulheres brancas. Quanto à idade, as negras maiores de 60 anos tiveram 4,26 vezes mais chance de morrer do que as negras de 20 a

60 anos. Negras maiores de 60 anos tiveram 1,26 vezes mais chance de morrer do que brancas na mesma faixa. Negras com 20-60 anos tiveram 1,7 vezes mais chance de morrer do que brancas na mesma faixa. As negras tiveram 0,9 vezes menor chance de terem sido internadas em UTI do que as brancas (Fonseca et al, 2022).

Relativamente/ No que se refere à população negra e aos quilombolas, durante a pandemia da Covid-19:

[...] 55% dos negros morreram por Covid, a proporção entre brancos foi de 38,3%; os negros são mais vulneráveis à Covid-19 e a outras doenças porque estão sob maior influência negativa dos fatores sociais determinantes de saúde; os primeiros meses da vacinação atenderam duas vezes mais pessoas brancas do que negras, assim, a indiferença do governo, dissimulada sob a forma de neutralidade e isonomia, concretizou mais uma vez os danos propiciados pelo racismo estrutural. A fragilização das comunidades quilombolas sem a proteção de suas terras deixam os vulneráveis a disputas com fazendeiros, garimpeiros e grileiros. O plano nacional de enfrentamento da pandemia elaborado pelo governo não direciona ações específicas à população quilombola, as ações descritas não possuem detalhamento, são de pouco impacto, contrárias aos interesses das próprias comunidades e de continuidade assistencial (Senado Federal, 2021, p. 660).

Outro estudo demonstra que os maiores riscos de ocorrência de óbitos por Covid-19 foram os indivíduos com 80 anos ou mais de idade, do sexo masculino, com cor de pele não branca ou sem informação, que tinham comorbidades ou que a presença de comorbidades não foi informada, no estado do Rio Grande do Norte até agosto de 2020 (Galvão, Roncalli, 2020).

No que tange às crianças e aos adolescentes, até a 38ª semana epidemiológica de 2020, foram investigadas 6.989 hospitalizações, das quais 661 evoluíram a óbito, perfazendo uma letalidade hospitalar de 9,5%. Observou-se maior letalidade entre menores de 1 ano de idade (14,2%), crianças e adolescentes do sexo feminino (9,7%), indígenas (23,0%) e residentes em zonas rurais (18,1%), como também nas regiões Nordeste (15,4%) e Norte (9,7%) do país (Hillesheim et al, 2020).

O atual contexto indígena brasileiro é marcado por denúncias de ocorrência de genocídio, crimes contra a humanidade, não demarcação de suas terras, discriminação e falta de assistência adequada, invasões das terras em prol da exploração das riquezas naturais, ataques armados, medidas jurídicas que abrem possibilidades de exploração econômica, menor nível de escolaridade, menor acesso ao saneamento, elevada mortalidade precoce e vulnerabilidades sociodemográficas e sanitárias. De acordo com o Senado Federal (2020), “a pandemia se

apresentou como oportunidade para intensificar uma ofensiva multifatorial frente a negligência deliberada do governo federal em proteger e assistir os povos originários” (Senado Federal, 2021, p. 572).

Em relação à população indígena, os diferenciais de mortalidade entre indígenas e a população geral tendem a ser mais expressivos nos extremos de idade, com destaque para os grupos de 0 e 9 anos (razão de taxas: 7,1), de 10 a 19 anos (razão de taxas: 3,6), de 50 a 59 anos (razão de taxas: 2,3) e de 80 anos ou mais (razão de taxas: 2,1), atingindo a alarmante taxa de mortalidade de 1.369,4 óbitos por 100 mil habitantes. A região Norte apresentou a maior porcentagem de letalidade entre todas as regiões, tanto em indígenas (57,4%) quanto em não indígenas (48,8%). A região Nordeste teve o segundo maior indicador, com similaridade entre indígenas e não indígenas, ao passo que o Centro-Oeste teve a terceira maior taxa de letalidade, sendo que a diferença percentual entre indígenas e não indígenas foi a maior entre todas as regiões (26% maior nos indígenas) (Matta et al, 2021).

Castro (2021) afirma que a Covid-19 abriu uma perspectiva de extermínio muito próxima à qual os indígenas viveram no passado; a diferença é que os povos indígenas resistem ao extermínio cultural que está em curso em nosso país há muito tempo. Porém, a falha no controle do crescimento da pandemia nas terras indígenas Yanomami foi um projeto implementado pelo governo federal que impossibilitou qualquer tipo de intervenção eficaz frente ao sucateamento dos laboratórios existentes nos estados do Amazonas e Roraima, além do uso do “tratamento precoce” e de uma política deliberada de subnotificação dos casos e, sobretudo, dos óbitos nesta população, sem contar o desrespeito e procedimento discriminatório frente aos rituais funerários tradicionais desse povo, caracterizando, assim, um estágio supremo de barbárie (Albert, 2021).

Isso fez com que indígenas de todo o Brasil participassem da primeira edição virtual do Acampamento Terra Livre (ATL) para produção de um documento final contendo uma série de reivindicações ao Estado brasileiro frente ao genocídio por parte do governo federal (Articulação Dos Povos Indígenas No Brasil Mobilização Nacional Indígena, 2021). Além deles, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) também teve a iniciativa de produzir boletins epidemiológicos próprios, bem como o manifesto Vidas Quilombolas Importam que denuncia o racismo institucional e as subnotificações como estratégia de invisibilização e de extermínio (Milanez, Vida, 2021).

Fica evidente que a pandemia foi utilizada para expansão das ocupações de territórios quilombolas e indígenas:

O genocídio dos povos indígenas e negros é usado para o avanço do agronegócio e da grilagem sobre as terras indígenas, bem como para o aprofundamento das políticas de desconstitucionalização dos direitos sociais e incremento da criminalização e repressão às comunidades negras urbanas e rurais (Milanez, Vida, 2021, p. 104 e 105).

Assim, o que se instalou no Brasil, a partir da retórica de que a produção e reprodução de mercadorias se sobrepõe à vida das pessoas, foi uma política oficial de Estado e de segurança sanitária e policial capaz de reproduzir a estrutura do racismo como prática habitual de governo (Guimarães, 2021).

O racismo de estado descrito por Foucault (2008b) explicita as condições de aceitabilidade do “fazer morrer” por meio do aparecimento das raças e a hierarquia entre elas, em que umas são biologicamente boas e outras não, com consequente subdivisões da espécie. Portanto, legitima-se a morte do outro, a morte do inferior. Para Mbembe (2018, p. 75), “raça é ao mesmo tempo ideologia e tecnologia de governo”.

Por conseguinte, a naturalização das desigualdades - condições de trabalho, exposição a ambientes com maior aglomeração, uso do transporte público, insegurança alimentar, falta de condições dignas de moradia, acesso ao saneamento - fomenta a maior vulnerabilidade que esses grupos se encontram, bem como os reflexos da herança escravista, do preconceito e da discriminação que as comunidades e grupos étnicos ou raciais sempre enfrentaram (Senado Federal, 2021).

Para Reis (2021), a pandemia da Covid-19 foi erigida sobre a aniquilação e o silenciamento daqueles/as que são epidermicamente inferiorizados na premissa de que algumas vidas são mais importantes do que outras. Quando empregadas domésticas não têm direito à dispensa remunerada e quando a morte dos idosos não causa nenhuma comoção, atualiza-se o regime escravocrata, operação intrínseca ao colonialismo, apoiada no racismo e na sobreposição dos desejos pessoais aos interesses coletivos (Albuquerque Júnior, 2021).

Isso posto, a pandemia inscreve o corpo vivo num lugar próximo à morte; o corpo indígena, o corpo preto, o corpo pobre, o corpo transgênero, são corpos-vetores, corpos-risco que representam a desapropriação do corpo como espaço de desejo e afeto. Corpos que lembram o perigo e que ameaçam a norma; corpos que ruem os princípios capitalistas cisgêneros e brancos (Silva, 2021).

A pandemia da Covid-19 fez emergir formas de poder racistas, anti-indígenas e antinegros que reforçam imaginários e políticas neoliberais inspirados no velho expansionismo colonial,

de forma a tornar o corpo coletivo a fonte principal da política, com consequente eliminação das minorias como parte essencial do cuidado da vida (Lepecki, 2021).

Lopes, Dantas, Amorim (2023) fizeram uma análise dos vídeos e textos dos pronunciamentos oficiais do Governo Federal no primeiro ano de pandemia no Brasil. Os autores identificaram que a irresponsabilidade do ex-presidente Jair Bolsonaro estava presente nesses discursos quando ele isentou o Estado de seu compromisso social e ético com a população brasileira ao defender o isolamento vertical. Além disso, ele também omitiu dados sobre a Covid-19 e não houve um pacto nacional com governadores e prefeitos para combate da transmissão do vírus. Para mais, identificaram que a volta à normalidade a qualquer custo sob o lema “o Brasil não pode parar” em que a classe trabalhadora e os mais vulneráveis não foram protegidos pelo Estado brasileiro, além da minimização da doença e defesa de medidas ineficazes. Os autores concluem que houve uma postura omissa e incoerente do ex-presidente.

Assim, por meio do deslocamento das funções do Estado, a governamentalidade exercida pelo bolsonarismo na gestão da pandemia da Covid-19 propiciou o fortalecimento dos interesses do capital, de forma a continuar produzindo, ao mesmo tempo, riqueza e pobreza.

Nessa perspectiva, a vida humana não possui valor algum, somente a vida política do capital. Por isso, a reprodução dele é sempre prioridade, custe o que custar, e que por meio dos processos de subjetivação, a estratégia do capital sempre foi colocar em perigo a vida das populações e realizar a divisão no interior do proletariado dentro das metrópoles (Lazzarato, 2019).

Como consequência, a normalização da morte na sociedade atual e, em especial, após a pandemia da Covid-19, consolida-se numa estrutura racial que, ao distinguir um grupo de pessoas, dita quem deve viver e quem deve morrer a partir de uma política de Estado considerada assassina que regula a distribuição da morte (Mbembe, 2018).

Se o racismo de Estado “assegura a função de morte na economia do biopoder, segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento do biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população” (Foucault, 1999, p. 308) e a necropolítica é a capacidade de estabelecer parâmetros em que a submissão da vida pela morte está legitimada (Mbembe, 2018), a normalização da morte é o efeito produzido por essa lógica capitalista que a pandemia da Covid-19 intensificou.

No âmbito local e regional, diante do número de óbitos que só aumentava, houve necessidade de protocolos específicos para o manejo dos corpos. Diante do óbito, cabia ao médico constatá-lo e preencher a declaração de morte sem a requisição de exame necroscópico.

Cabia ao enfermeiro, então, checar o registro de constatação do óbito preenchido pelo médico no prontuário, solicitar presença da família e/ou responsável legal, preencher a etiqueta de identificação do corpo, completar o aviso impresso de óbito i em duas vias, preencher impresso “Identificação de Corpo suspeito e/ou confirmado Covid-19” fornecido pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e colocá-lo sobre o saco externo de transporte do corpo, informar o SVO sobre o encaminhamento do corpo ao necrotério, descrever no prontuário quais foram os processos envolvidos com o óbito, colher *swab* naso/orofaríngeo quando solicitado pelo médico, ajudar no preparo do corpo quando necessário e usar Equipamento de Proteção Individual (EPI) completo ao manejar o corpo (HRPP, 2020c).

Era dever dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ademais, buscar maca e kit de preparo na SVO, paramentação completa, desligar os equipamentos e retirar as sondas, cateteres e drenos, posicionar o corpo em decúbito dorsal, higienizar o corpo, se necessário, e realizar oclusão dos orifícios, identificação do corpo sobre o tórax despido do paciente, envolver o corpo em um lençol, cobrir completamente e fechá-lo com fita crepe, acondicionar o corpo em dupla embalagem, desinfetar a superfície externa do saco em álcool 70%, colocar impresso de risco biológico, transferir o corpo do leito para a maca, conduzi-lo ao necrotério, além de utilizar EPI completo ao manejar o corpo (HRPP, 2020c).

Assim como menciona Butler (2019), o corpo implica mortalidade, vulnerabilidade e agência. Nesse sentido, o corpo possui uma dimensão invariavelmente pública que, diante das operações do Estado, é agenciado como sujeito digno de direitos ou como um “outro” qualquer, uma vida não enlutável.

4. O Uso dos Discursos e Saberes em Saúde para Fins Violentos

Nas seções anteriores, houve a descrição de como os dispositivos de segurança foram utilizados pelo governo Bolsonaro durante a pandemia da Covid-19, diante das ambiguidades e dos diferentes interesses políticos e econômicos, a fim de argumentar que a manipulação destes dispositivos culminou na tentativa de normalização da morte, em especial, das vidas não-enlutáveis. Nesta seção, será argumentado como os discursos e saberes em saúde foram utilizados como dispositivos biopolíticos com conseqüente deslocamento para medidas de insegurança da população, cujo fim acarretou maior exposição ao coronavírus. Para isso, é apresentado parte desses discursos e saberes para, então, argumentar que foi diante da contradição da normatividade biológica – uma forma de governamentalidade que se ocupa de vários mecanismos médicos e de saúde “que permitem aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos” (Revel, 2005, p. 65) - e na dificuldade de aplicar, do ponto de vista clínico, as evidências científicas que os dispositivos de segurança foram capturados para fins contrários à proteção da vida.



Fonte: S/T Serie El Discurso. Tamara. Artemajeur. 2004. 45x35cm.

No último capítulo do primeiro volume da História da Sexualidade, Foucault (1999) aponta o fato da vida biológica ter ingressado nos circuitos de poder e saber na sociedade ocidental:

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico se refletiu no político; o fato de viver não é mais esse subsolo inacessível que não emerge senão de tempos em tempos, no acaso da morte e da fatalidade; ele passa para uma outra parte no campo de controle do saber e da intervenção do poder. Este não se encarregará apenas de assuntos de direito, a respeito dos quais a derradeira contenda é a morte, mas dos seres vivos, e a captura que ele poderá exercer sobre eles deverá se colocar ao nível da vida, considerada nela mesma; é a tomada da vida a seu encargo mais do que a ameaça da morte, que dá ao poder seu acesso ao corpo. [...] Entretanto, o que se poderia denominar o "limiar da modernidade biológica" de uma sociedade situa-se no momento em que uma espécie ingressa como aposta no jogo das próprias estratégias políticas. Durante milênios, o homem permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivente e, além disso, capaz de uma existência política; o homem moderno é um animal em cuja política está em questão sua vida de ser vivente (Foucault, 1999, p. 134).

Portanto, a vida biológica, na modernidade, é investida pela política como gestão e controle dos corpos, num campo micropolítico no qual os discursos, os saberes e os afetos são dispositivos que incidem tanto no âmbito individual quanto no campo da coletividade. Assim, a biopolítica apresenta seu caráter afirmativo quando utilizada para medidas que afetam a população. Nesse sentido, diante de uma crise como a da pandemia da Covid-19, medidas biopolíticas de combate à disseminação do vírus são importantes e necessárias. Entretanto, o campo do poder explorado pelo governo Bolsonaro, no que tange o favorecimento da exposição da população e, mais especialmente, da população mais vulnerável, culminou numa acentuação do “deixar morrer”. Para isso, os discursos e saberes dentro do campo da saúde foram proferidos pelo governo como um dispositivo biopolítico cuja incidência afetou a prática clínica dos profissionais da saúde.

Durante a pandemia da Covid-19, os profissionais da saúde precisaram tomar decisões clínicas, em especial, sobre o uso da cloroquina, que ganhou magnitude e apoio de grande parte da população e do corpo clínico médico. Embasados no Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada do Ministério da Saúde em 2020, a prescrição dessa medicação foi recomendada.

Importante ressaltar que, conforme descrito na NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS, o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizará para uso, a critério médico, o medicamento cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor. A presente medida considera que não existe outro tratamento específico eficaz disponível até o momento. Há dezenas de estudos clínicos nacionais e internacionais em andamento, avaliando a eficácia e a segurança de cloroquina/hidroxicloroquina para infecção pela Covid-19, bem como outros medicamentos, e, portanto, essa medida poderá ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas. (inserir referência)

O parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) 4/2020 considerou o uso sem recomendá-lo, embora sem comprovação dos benefícios de hidroxicloroquina/ cloroquina em casos leves e moderados, salientando a autonomia do médico e o consentimento informado do paciente.

Tanto o Ministério da Saúde quanto o CFM fomentaram uma forma de autocracia médica para decisão clínica do uso da cloroquina. Essa atitude reforça a ausência dessas entidades com suas responsabilidades. Tivemos, sim, conglomerados de cientistas e inúmeros protocolos clínicos institucionais orientando os médicos a não usarem a cloroquina, porém o respaldo e autonomia são dadas pelos órgãos regulamentadores (Ministério da Saúde e CFM).

No âmbito regional, em Presidente Prudente, o hospital de referência emitiu o protocolo de uso da hidroxicloroquina como terapia adjuvante em pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19. Citando o Ministério da Saúde e publicações recentes, o hospital recomendou considerar a prescrição de hidroxicloroquina apenas para os pacientes apresentando formas graves da Covid-19, sempre realizar eletrocardiograma antes do início do tratamento, medir e registrar no prontuário a duração da condução da atividade elétrica do coração, uma vez que o uso dessa medicação está relacionado com reações adversas. Também, era necessário obter o termo de consentimento informado com o paciente e/ou familiares e prescrever a hidroxicloroquina segundo esquema proposto pelo Ministério da Saúde (HRPP, 2020d).

Conforme a própria CPI da Covid-19 apurou, os médicos eram forçados e ameaçados a prescrever o kit-covid:

Acabei de prescrever por um único dia (...) e acabei sendo chamado até a diretoria... com orientações bem claras de que eu deveria prescrever a medicação... e o que ficava implícito era que, se não prescrevesse a medicação, você estaria fora do hospital (Senado Federal, p. 955).

Todo plantão que eu ia lá, sempre tem alguém que fala: ‘olha, tem que prescrever...’... ‘qualquer sintoma gripal, tem que passar para o paciente’... então, a gente não tem escolha, não (Senado Federal, p. 955).

Por fim, outro aspecto a ser mencionado foram as medidas adotadas pelos governos locais como necessárias, porém ambíguas: o fechamento das unidades básicas de saúde e das estratégias de saúde da família - portas de entrada para o serviço de saúde - com consequente superlotação das unidades de pronto atendimento e dos hospitais; escolas e escritórios fechados e o comércio parcialmente aberto; proibição de aglomerações e filas nos bancos para recebimento do auxílio emergencial.

4.1 A Normatividade Biológica em Saúde

Na conferência proferida em 1974, no Rio de Janeiro, intitulada *O nascimento da medicina social* (1979), pela primeira vez, Foucault abordou de maneira explícita o tema da biopolítica. Nesse trabalho, o filósofo reconstituiu a história da prática médica sobre as populações da França, Inglaterra e Alemanha. Cada país teve seu próprio desenvolvimento no que diz respeito às práticas de intervenção do Estado sobre a saúde da população: na Alemanha prevaleceu o que Foucault chamou de "medicina de Estado", na França, a "medicina urbana" e na Inglaterra, a "medicina da força de trabalho". Essas formações biopolíticas culminaram, em 2008, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a oficialização da criação da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), que teve por objetivo global avançar e consolidar uma abordagem sobre os problemas de saúde pública capaz de identificar as iniquidades em saúde, e produzir evidências para a ação sobre seus determinantes, visando o fortalecimento de práticas e políticas voltadas para a diminuição das desigualdades.

Em seu relatório final, a OMS descreve que os determinantes sociais da saúde (DSS) correspondem às condições de vida e de trabalho que podem levar o sujeito a um processo de adoecimento, tais como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Organização Mundial da Saúde, 2008).

A partir dessa concepção de saúde e doença, é possível prever como o indivíduo adoece na sociedade, cabendo à medicina o uso de métodos diagnósticos e terapêuticos que privilegiam a dimensão coletiva, tais como a vacinação, a educação em saúde, o planejamento familiar, bem

como as medidas de controle da morbimortalidade. Dessa forma, o indivíduo é considerado hospedeiro da doença, esta, por sua vez, causada por fatores ambientais que precisam ser ordenados pelo controle do espaço social e dos corpos (Foucault, 2021).

Uma vez que o indivíduo é considerado portador de uma doença causada, em sua maior parte, pelos determinantes sociais, cabe à medicina social controlar os fatores ambientais desencadeantes, por meio dos dispositivos biopolíticos.

Foucault (1978), em sua obra *História da Loucura*, discorre sobre esses dispositivos no contexto psiquiátrico ao investigar as técnicas de internamento e como a medicina assumiu o papel de controle dos ditos loucos. Inicialmente, as relações de saber e poder médico não eram autônomas, mas sim focalizadas em certas práticas de hospitalização que, em regras de análise jurídica, permitiam o controle social.

Outro dispositivo utilizado para a manutenção das relações de saber-poder na medicina é a capacidade de classificar os indivíduos conforme os sinais e sintomas se manifestam. Esta prática, segundo Foucault (1978) descreve, teve início no século XIX e levava em conta os seguintes critérios: afinidade dos sintomas, identidade das causas, sucessão no tempo e a evolução progressiva de um tipo de sintoma na direção de outro. Amplamente utilizado no contexto atual psiquiátrico, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, já em sua quinta edição, é o exemplo desse tipo de classificação. Entretanto, Foucault (1978) argumenta que tal categorização pressupõe uma operação no vazio, uma vez que partem em direção ao nulo para não chegar em nada, pois só funcionam a título de imagens sem conceitos claros e explícitos. Portanto, “teoria e terapêutica só se comunicam numa imperfeita reciprocidade” (Foucault, 1978, p. 329).

Técnicas de medicalização constituem outro mecanismo de saber-poder utilizado na medicina. No fim do século XVII, o ópio passou a ser utilizado como medida terapêutica para diferentes doenças, em especial, as doenças da cabeça. No século XIX, o éter ganhou protagonismo como sedativo para intervenções cirúrgicas. Mas a medicalização, como técnica de controle dos corpos, foi inserida no contexto médico de forma ambígua: atribuiu-se a eficácia do medicamento à natureza, por outro lado, o mecanismo de ação dessas medicações não é elucidado, sendo atrelado ao “dom secreto da natureza” (Foucault, 1978, p. 332).

Foi a partir da premissa de que o doente possui elementos frágeis e que cabe ao médico proteger o corpo é que a prática da medicalização produziu corpos dóceis passíveis de intervenção. É o caso, na era clássica, das técnicas de purificação do corpo: “substituir o sangue sobrecarregado, grosso e cheio de humores de acres melancólicos por um sangue claro e leve

cujo movimento novo dissiparia o delírio”. Este procedimento só era possível devido ao saber médico (Foucault, 1978, p. 343).

Técnicas de coerção do comportamento também são utilizadas como controle dos corpos. A partir da crença de que, ao suscitar no doente um movimento regular e real, de forma que ele obedeça às regras dos movimentos do mundo, é que diferentes formas de corrida e caminhada, equitação e viagens pelo mar eram prescritas como estratégias de restituir um movimento em consonância com o mundo exterior. O que se sobressai ao uso desse dispositivo é a ideia de que medicamentos físicos e tratamentos morais não eram diferenciados pelos médicos. Baseado na ineficácia de tais dispositivos de controle que a cura, no século XVIII, começou a não ser mais vista como uma unidade funcional, mas sim alcançada por meio de diversas intervenções psicológicas e físicas que se justapõem (Foucault, 1978, p. 357).

Porém, a distinção entre medicamentos físicos e medicamentos psicológicos ou morais só foi possível quando o conceito de culpabilidade foi introduzido no cenário médico: “a terapêutica física tende a tornar-se a cura do determinismo inocente, e o tratamento moral, a da liberdade falível” (Foucault, 1978, p. 362). Foucault (1978) atribui essa dualidade à ressonância cartesiana das substâncias extensa e pensante na medicina. Assim, técnicas de controle moral foram incorporadas à prática médica: exortação, persuasão e argumentação.

As técnicas de controle social e controle dos corpos descritas por Foucault no contexto da medicina na História *da Loucura* permite pensarmos em como se deu esse processo no Brasil. Seja pela via ou do internamento, ou da classificação das doenças, ou da medicalização ou da coerção do comportamento. O que sobressai é o fortalecimento das relações de saber-poder e da crescente autonomia médica na contemporaneidade.

Durante o período colonial brasileiro, a atuação do médico era restrita ao cuidado às doenças infectocontagiosas, como a lepra, por exemplo. Não havia ações de prevenção e promoção da saúde ou a preocupação com a ordem do espaço, da cidade e da sociedade. Na colônia, o médico era o assessor e consultor da Câmara, um tipo de terapeuta particular; o saber médico não era voltado para uma ação política sobre a cidade, ficando aquém de medidas efetivas de controle da morbimortalidade (Machado et al, 1978).

Por meio das Fisicaturas, instituições responsáveis por regulamentar as atividades médicas no período colonial, as relações de saber-poder exercidas pela medicina nesse período visavam coibir os abusos, punir os excessos e delimitar o âmbito de cada profissional. Portanto, a saúde não era algo que poderia ser produzido. Como consequência, os hospitais coloniais eram caracterizados pela ausência de medicamentos e de medidas de controle de infecções, não

acompanhamento da evolução das doenças e pela escassez de leitos. A hospitalização era voltada aos pobres e promovida por ordens religiosas a fim de prepará-los para uma boa morte. Com o advento da peste é que são iniciadas medidas de prevenção e a necessidade de controle das cidades; porém, o médico ainda não possui um papel de protagonismo e autonomia para tomada de decisões (Machado et al, 1978).

No fim do século XVIII, começou a ocorrer a militarização da saúde com a criação dos hospitais militares, com o intuito de proteger as grandes cidades contra os invasores e como tentativa de combate à “vagabundagem”. A cidade passa a ser vista como local de controle e exercício de poder, onde os hospitais são utilizados como medida de controle social. Assim, há uma reformulação da função hospitalar, agregando-se à sua missão humanitária e religiosa, o dispositivo político. Naquele momento, a figura do médico começou a ganhar protagonismo como detentor do saber no interior do hospital. A obrigatoriedade do internamento e a localização estratégica do hospital na cidade permitia “excluir os doentes da cidade ao mesmo tempo em que cria um espaço capaz de conter a doença e impedir sua circulação no espaço urbano” (Machado et al, 1978, p. 140).

O médico como portador do saber é solicitado para emitir pareceres com o intuito de identificar as causas naturais e não-naturais das doenças; as últimas justificadas pelo processo de urbanização das cidades (circulação do ar, águas estagnadas, tipos de construção das casas etc.). Dessa forma, os médicos começaram a sugerir medidas urbanísticas para dar conta do fenômeno da morbidade e o Estado começou a encarar a saúde do ponto de vista social (Machado et al, 1978, p. 148).

Foi somente no século XIX que o processo de transformação política e econômica repercutiu na medicina, colocando-a como responsável em pensar o meio urbano e como apoio científico ao exercício do poder governamental. O médico, então, era um cientista social e planejador urbano, além disso, o hospital era uma máquina de curar. A medicina social começou a se consolidar e possuía as seguintes características: controle constante; vigilância contínua e esquadramento sobre o espaço e tempo sociais; além de implantação dos aparelhos médicos de controle da vida social (Machado et al, 1978).

A medicina, por isso, assumiu o papel de controle da vida social como uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações. Para Foucault (2008b), o exercício do poder são ações sobre ações possíveis. Inicialmente, nos séculos XVII e XVIII, as técnicas de poder se dirigiam ao corpo sob um sistema de vigilância, hierárquico, direcionadas ao homem-espécie, a fim de produzir corpos dóceis.

Já na segunda metade do século XVIII, há uma forma de poder, já não mais voltada somente ao homem-espécie, mas sim a população, formas de poder mais sutis destinada ao controle dos corpos em massa, fenômenos coletivos, previsões, estatísticas: taxas de natalidade, morbidade, seguridade. É o que Foucault denominou de “sociedade de segurança” ou “biopolítica”, alicerçada no “poder sobre a vida”, na ação sobre o homem não enquanto corpo, como na chamada sociedade disciplinar, mas enquanto espécie, população.

Na primeira aula do curso de Segurança, Território e População, Foucault (2008b, p. 4) afirma que o poder não é uma “substância, um fluido, algo que decorreria disto ou daquilo, mas simplesmente na medida em que se admita que o poder é um conjunto de mecanismos e de procedimentos que tem como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder”. Ou seja, não se trata mais de um poder que incide sobre um indivíduo, mas de um mecanismo que incide sobre a população, entendida aqui como um conjunto quantificável de vidas, cujo fim é a manutenção deste mesmo poder.

Além disso, Foucault (2008b) afirma que esses procedimentos de perpetuação do poder têm por função mostrar quais são os efeitos de saber produzidos em nossa sociedade. Assim, o poder manifestar-se-á de forma a ignorar a subjetividade e a priorizar dados objetivos que operacionalizam o *deixar viver*. O que se sobressai é uma sociedade da normalização. A norma é aquilo que se aplica tanto ao indivíduo quanto a uma população. É uma tomada de poder sobre o indivíduo que indica a constituição de novos poderes sobre a população com um único fim: a sujeição dos corpos e o controle das populações (Duarte, 2011). Sua compreensão teórica é explicitada pela noção de dispositivo: “conjuntos de práticas discursivas e não-discursivas que agem à margem da lei empregando uma tecnologia de sujeição própria” (Costa, 2004, p. 50).

A medicina, portanto, segundo Machado et al (1978), a partir do século XIX, assumiu o posicionamento de combate ao perigo urbano por meio da criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações. A polícia médica então é criada e definida como um conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e ao bem-estar da população, cuja função é “neutralizar os focos das doenças, controlar a procriação, prevenir acidentes, controle e prevenção de epidemias, organização de estatísticas, esclarecimento do povo em termos de saúde, garantia de cuidados médicos, organização da profissão médica e combate ao charlatanismo” (Machado et al, 1978, p. 156).

Em 1826, o ensino médico ganhou autonomia em relação às fisicaturas e, em 1828, elas são extintas por serem incapazes de realizar uma polícia médica da sociedade. Por isso, o encargo da higiene pública passa às Câmaras Municipais e, no ano seguinte, ocorreu a formação

da Sociedade de Medicina que tinha por objetivos fundamentais a saúde pública e a defesa da ciência médica (Costa, 2004).

Não obstante, as relações de saber-poder da medicina invadiram o contexto familiar, em especial, no controle reprodutivo e na educação sexual, a fim de tornar os indivíduos reprodutores e guardiões da família. Como consequência, no seio familiar, houve o fortalecimento do machismo, brutalização das crianças, repressão aos homossexuais e humilhação dos solteiros que não se casavam. Portanto, “a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização” (Costa, 2004, p.15).

A invasão da família pelo saber médico foi utilizada como estratégia política do Estado por meio da criação de técnicas de persuasão denominadas de higiene familiar. Elas tinham como princípios criar divisões entre os membros da família, fazer promessas de transformação em prol dos benefícios da prática da sujeição e alimentar o gosto pela vida. Além disso, a medicina social se aliou tanto ao Estado quanto à família ao incutir a ideia de que os pais erravam por ignorância e, portanto, deveriam buscar o que era correto e bom conforme a higiene previa. Assim, a ordem médica produziu uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria (Costa, 2004).

A medicina, utilizada como dispositivo de normatização pelo Estado, também invadiu o contexto domiciliar: a *casa higiênica* deveria ser composta por materiais, mão-de-obra e equipamentos modernos (vidraças, grades de ferro, louças e instalações sanitárias) com o intuito de provocar a mudança nos hábitos e costumes das famílias burguesas (limpeza, iluminação, decoração, sofás, papéis de parede). Dessa forma, portanto, os médicos se tornaram “indispensáveis à sanidade de todos os locais físicos e sociais do universo urbano” (Costa, 2004, p. 114).

A higiene familiar, conforme apontado por Costa (2004), além de forçar mudanças nas relações íntimas entre os membros das famílias do século XIX, invadiu não só a casa, mas também as relações entre propriedade e religião. A criação dos filhos, a disciplina do corpo como adestramento físico no espaço da ordem, o controle do tempo disciplinar, a disciplina moral, o contrato conjugal como estratégia de controle do sexo e do amor do casal disciplinado, a mãe higiênica amante dos filhos e aliada dos médicos, são outros exemplos da ação da medicina higiênica, a fim de alienar a “família na criação de valores de classe, corpo, raça e individualismo, característicos do Estado burguês” (*Idem*, p. 151).

Machado et al (1978) e Costa (2004) deixam claro que essas ações normalizadoras sempre foram voltadas aos interesses burgueses e econômicos da sociedade. É nesse contexto que Foucault (2008b) tece as formas de sujeição e subjetivação, mediadas pelas relações de saber-poder, as quais os indivíduos estão sujeitos no contexto da sociedade normalizadora. O sujeito é aquele preso à sua própria identidade por uma consciência (local das vontades, desejos e sonhos, em outras palavras, a forma de estar no mundo) ou aquele sujeito a alguém pelo controle e dependência, aquele que sofre o exercício do poder das leis, regras e normas). Em ambos os casos, há uma forma de poder que predomina e o subjuga.

O poder exercido sobre os indivíduos e sobre as populações pelo Estado é o que Foucault denominou de governamentalidade. Esta forma de governo é um conjunto de procedimentos, técnicas e métodos que garantem a condução dos homens por meio do exercício de controle, coerções, regulamentações e gestão dos problemas políticos da população (Duarte, 2011).

Os médicos, durante os séculos XVIII e XIX no Brasil, exerciam suas atividades profissionais voltados ao diagnóstico e tratamento das pessoas que os procuravam. O acesso à medicina era exclusivo da burguesia. Frente aos surtos e epidemias locais, os médicos passaram a atuar, também, como assessores nas câmaras e nas fisicaturas. Com a construção dos hospitais militares da época, o internamento e práticas de controle social foram incorporadas à prática médica. O médico, além de operador da diagnose e da terapêutica, ampliou sua prática para o que hoje denominados de cuidado coletivo e gestão dos problemas de saúde da população.

Foi na passagem das civilizações mesopotâmicas para a sociedade grega, em especial, com a medicina hipocrática que se iniciou a observação atenta e o registro minucioso de todos os sintomas da doença. Tal concepção epistemológica se deu graças, afirma Ginzburg (1989), ao método indiciário. O método indiciário reflete o modelo da semiótica médica, disciplina que permite diagnosticar doenças inacessíveis à observação direta na base de sintomas superficiais, às vezes irrelevantes aos olhos do leigo. Esse modelo epistemológico, adverte o autor, possui raízes mais antigas na arte divinatória, na historiografia e na filologia que, segundo as normas de saber vigentes, a semiótica médica é usada em seu caráter diagnóstico e prognóstico.

Entretanto, esse molde epistemológico choca com a ciência galileana, que tem por premissas a quantificação e repetibilidade dos fenômenos, de forma que as individualidades e particularidades não devem ser consideradas. Por isso, a medicina como disciplina indiciária não entra nos critérios de cientificidade galileana.

As consequências dessas duas formas de saberes do mundo repercutem na medicina de duas formas: ou desconsiderar o conhecimento do elemento individual ao introduzir o método

matemático no estudo dos fatos humanos; ou fundamentar um conhecimento científico do individual. Ginzburg (1989) afirma que as ciências naturais, a partir do método galileano, dedicaram-se a apagar os traços individuais de um objeto, graças à distância emocional do observador; já as ciências humanas dedicaram-se, a partir do método indiciário, a fundamentar suas constatações de caráter qualitativo, com resultados incertos e dúbios. Assim, a medicina não conseguiu alcançar o rigor próprio das ciências da natureza devido à presença ineliminável do qualitativo, pois em cada indivíduo, a doença assume características diferentes.

É através dessa perspectiva que o trabalho realizado por Georges Canguilhem, em seu livro *O Normal e o Patológico* se faz pertinente; o autor discute a dubiedade dos saberes médicos em prol de uma norma embasada nos saberes quantitativos e matemáticos, conhecimento este que firma os pilares da fisiologia tradicional; afirma ele: “interessa saber como a medicina converte os conceitos descritivos e puramente teóricos em ideais biológicos, de forma a adotar a noção de norma no sentido normativo da palavra” (Canguilhem, 2009, p.39).

Para Foucault, a norma corresponde à aparição do biopoder, ou seja, na transição do modelo jurídico para o medicalizado ocorre o estabelecimento de mecanismos de controle sobre a vida a partir da administração médica (demografia, higiene, alimentação, entre outros fatores), permitindo “aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico, além de impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos” (Ravel, 2005, p. 65).

Canguilhem (2009) diferencia os conceitos de *normal*, *anomalia*, *anormal*, *saúde* e *doença*. O normal é o que “se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou módulo de uma característica mensurável”. Anomalia, por outro lado, “designa um fato, é um termo descritivo, um desvio estatístico, ao passo que anormal implica referência a um valor, é um termo apreciativo, normativo” (*Idem*, p. 40). Ele alerta que diversidade não é doença, o anormal não é patológico, pois este implica em um “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada”. Por sua vez, saúde é um “conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico”, portanto, é um pleonasma, pois uma “saúde perfeita contínua é um fato anormal”; já o patológico “não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (*Idem*, p.44).

A diferenciação desses conceitos é crucial para questionar a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde: “saúde não é apenas a ausência de doença, mas a situação

de perfeito bem-estar físico, mental e social”. Como supracitado, tal conceito de saúde remete a uma anormalidade, uma vez que implica um comportamento orgânico utópico, no qual os indivíduos devem seguir, a fim de alcançar uma normatividade biológica.

Para elucidar os saberes produzidos pela fisiologia e pela patologia, além de seu impacto na medicina, Canguilhem (2009, p.47) destaca a importância de se distinguir o que os fisiologistas entendem por normal daquilo que é experimental, pois ao considerarem os fenômenos normais como aqueles explorados de forma permanente através de dispositivos de laboratórios que aferem medidas reveladas idênticas de um indivíduo para o outro em condições iguais, assume-se que “qualquer desvio para além de certos limites seria logicamente taxado como patológico”, por isso, admite-se que “as condições de determinado exame em laboratório colocam o ser vivo em uma situação patológica da qual se pretende, paradoxalmente, tirar conclusões com força de norma” (referência e página).

Diante disso, Canguilhem (2009) afirma que os fisiologistas precisam explicar três aspectos: (1) demonstrar que o normal em situação experimental é idêntico ao ser da mesma espécie em situação não artificial; (2) assegurar a semelhança do estado patológico criado experimentalmente e do estado patológico espontâneo; e (3) comparar os resultados das duas situações anteriores de forma a postular a validade universal do experimento.

Dessa maneira, apesar do rigor metodológico, postular o experimento laboratorial como idêntico ao processo patológico é atribuir um valor de normatividade. Então, os discursos contemporâneos de saúde e doença ressoam os critérios de normatividade a partir dos padrões típicos de saúde-doença, que buscam compreender os fenômenos biológicos a partir de um coletivo nos diferentes grupos sociais.

Canguilhem (2009) assegura que somente a partir do indivíduo é possível determinar uma doença. Portanto, a definição de doença não pode partir da “rigidez de um fato coercitivo coletivo, mas sim da flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com as condições individuais” (*Idem*, p. 59). Porém, ele adverte que isso não significa que há uma relatividade entre o que se compreende como normal e patológico, mas sim, que é o indivíduo quem deve avaliar sua condição quando se sente incapaz de realizar suas atividades diárias quando uma nova situação se impõe. Assim, o autor define que “a doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma” (*Idem*, p. 59).

Por isso, saúde “é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”, é a “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à

norma habitual de instituir novas normas em situações novas”, é “um conjunto de seguranças e seguros” (Canguilhem, 2009, p.64).

Os conceitos de saúde e doença vigentes na medicina exprimem uma relação dicotômica na qual a normatividade biológica impera e subjaz uma relação de saber-poder sobre o indivíduo, a ponto de classificá-lo e, em algumas situações, estigmatizá-lo, ou até mesmo reduzi-lo à sua patologia. Por conseguinte, o modo como os conceitos de saúde e doença se traduzem em dispositivos biopolíticos para o controle da população os configuram como campo micropolítico das relações de saber/poder que incidem sobre os sujeitos e sobre a população como formas subjetivas de verdade que são exploradas pelo biopoder em conformidade com mecanismos e procedimentos para gestão da vida e da morte.

4.2 A Prática Baseada em Evidências

A partir do século XX, a medicina passou por mudanças importantes. Com os avanços tecnológicos à época, os tratamentos foram se sofisticando e se demonstrando cada vez mais efetivos. A ampliação de técnicas de diagnose, o uso de equipamentos de imagem e técnicas laboratoriais e o paradigma indiciário instrumentalizaram a medicina. Como consequência, ampliaram-se também as formas de tratamento. Esse avanço científico permitiu ao médico tornar-se cientista, e a medicina, além de ser conhecida como a prática da cura, agora opera experiências que, por sua vez, tratam o paciente como participante de um experimento (Cayley, 2021).

Isso fez com que, ao longo do tempo, práticas tradicionais e culturais da medicina fossem substituídas pelas evidências científicas. Além disso, a “aptidão para sofrer e suportar a própria realidade e a capacidade de morrer a própria morte” foram reinterpretadas, pois agora o sofrimento é evitável e a morte uma “derrota sem sentido” (Cayley, 2021, p. 423).

A medicina como ciência implica, portanto, em uma mudança de paradigma na gênese da práxis médica com consequências socioculturais importantes na sociedade. O médico cientista e pesquisador atua não somente na vida pessoal do indivíduo, mas também nos fenômenos coletivos da população.

O médico, também pesquisador, agora sistematiza seu saber conforme as regras acadêmicas vigentes, e seu lugar de fala reflete sua maneira de ver o mundo segundo os saberes socialmente aceitos. Ao assumir seu ponto de partida dentro dos saberes vigentes, o pesquisador, diante do problema, ou aceita que este pode ser resolvido segundo as explicações

socialmente aceitas e então procura teorias que sustentem suas hipóteses, ou, a partir do que lhe incomoda, rompe com as explicações socialmente aceitas, enfrentando as resistências e obstáculos às suas teorias. Nas ciências ditas duras, os paradigmas vigentes configuram o desenvolvimento científico, entretanto, nas demais ciências, como as da saúde, devido à volatilidade dos objetos estudados, um único percurso metodológico não é capaz de sustentar todas as explicações necessárias para os fenômenos estudados. Isso é importante, pois diante da pandemia da Covid-19 no Brasil, o paradigma científico foi duramente contestado pelos discursos ideológicos.

Thomas Kuhn (2012, p. 67) adverte que a mudança de paradigma é necessária, e só é possível graças ao fracasso e aos erros que são cometidos pelos pesquisadores. Diz ele: “o avançar de paradigma em paradigma deve ser uma característica funcional e um fato inerente ao desenvolvimento científico maduro”. Além disso, o paradigma vigente permite ao pesquisador reconhecer o universo, a maneira, a natureza e as técnicas que podem ser aplicadas à população estudada. Como consequência, eles dificilmente investigam fenômenos que vão além do que o paradigma vigente permite estudar. Em outras palavras, o pesquisador executa o que lhe foi ensinado cientificamente de acordo com o paradigma vigente; portanto, é treinado para buscar explicações dentro de regras já estabelecidas, ditadas pela natureza.

Pereira (2005) salienta que muitos trabalhos científicos deixam a desejar quanto ao nível de explicação, ficando restritos ao estabelecimento de associações entre os fenômenos investigados, e atribui isso à noção do método científico positivista. Esse método restringe a pesquisa a observação dos fatos e a verificação das relações entre eles, de forma que a objetividade e as neutralidades defendidas procuram isentar e afastar o observador do objeto observado, porém isso é uma falácia, pois “todo conhecimento é socialmente condicionado e até, por vezes, determinado” (*Idem*, p. 21).

O primeiro problema quando se discute pesquisa na medicina social é que o ponto de partida, ou seja, o paradigma vigente é sempre o biológico, em especial pelo fato de que a medicina em si é considerada uma técnica de intervenção, cuja repercussão é a fragmentação do objeto, impedindo-o de ser inserido num todo. Além disso, a medicina contemporânea é fortemente caracterizada pelo modelo biomédico e curativista. O Renascimento artístico-cultural, em particular o modelo cartesiano do conhecimento, ao considerar o pensamento de forma ordenada e em partes, ressoa na medicina como tentativa de explicar a doença a partir da teoria mecanicista. Como consequência, além de reduzir o sujeito a sua doença, a saúde é caracterizada como um processo silencioso, praticamente imperceptível, em que o sujeito deve

ser capaz de reconhecer as transformações sofridas por seu corpo e identificar os sinais expressos por ele. Desta forma, a cura é vista como a distinção entre o dogmático e o empírico (Pereira, 2005; Cruz, 2012; Foucault, 1978).

Frente ao fracasso das investigações que consideram o objeto da medicina social puramente biológico, Pereira (2005) ressalta que as pesquisas mais recentes procuram explicações para além do modelo biológico, com a inclusão de fatores socioeconômicos e culturais como determinantes na produção da saúde ou doença. Afirma que (Idem, p. 26):

[...] a forma de viver desigual dos homens, que os leva a adoecer e a morrer de maneira desigual, estabelece, fundamentalmente, um modo de produção que gera relações sociais que produzem e reproduzem a vida social de uma forma tal que determina divisões substantivas entre os homens.

Ressalta-se que, apesar do avanço atingido pela medicina social ao considerar fatores para além do aspecto puramente biológico, tendo como objeto o conceito de Determinantes Sociais da Saúde, a concepção de saúde e doença não se alterou. Isso porque, independentemente do percurso metodológico, os métodos de investigação na medicina social partem da concepção de que todo objeto estudado possui uma causa e uma consequência, de tal forma que, quanto maior o número de casos, maior a probabilidade de ocorrência do fenômeno, e que sempre há uma relação funcional entre duas variáveis. Entretanto, Pereira (2005, p.43) ressalta que “é preciso levar em conta que o determinismo, ainda que presente, não se aplica aos homens socialmente considerados, como se eles fossem organismos biológicos ou elementos físico-químicos, pois [...] as leis sociais são históricas, mutáveis, conforme se alteram principalmente as relações sociais de produção”.

O autor ainda discute que, devido a agenda econômica liberal, a medicina foi deslocada para fins lucrativos, tendo como consequência a obtenção de maiores honorários e de procedimentos intervencionistas. A luta por monopólios legais, o fortalecimento do corporativismo e o estabelecimento de restrições ao exercício de especialidades fortalecem a autoridade médica. Por sua vez, somente quando se procura verificar as conexões de sentido entre os motivos das ações médicas no contexto econômico liberal, chega-se à conclusão de que o processo saúde-doença está alienado aos processos sociais de natureza econômica (Pereira, 2005).

Assim, Pereira (2005) afirma que os grupos economicamente dominantes se interessam pelo restabelecimento da saúde da forma mais rápida possível e com menores custos da classe

trabalhadora, para continuidade do sistema de produção. Além disso, defendem que as relações de saber-poder médicas se mantenham sob a forma de obediência por parte dos subalternos, a fim de se obter maior controle da classe trabalhadora. Assim, os médicos, devido a essas relações de saber-poder, reivindicam uma superioridade social que também os coloca no papel de dominantes e de forma autoritária sobre seus pacientes, em especial aqueles de classes sociais subordinadas.

Desta forma, a socialização da medicina, no seu sentido político-social, tem sido fortemente criticada e estigmatizada pelos neoliberais por ser socialista. Nesse sentido, Freyre (2009) afirma que cabe à filosofia discutir a organização do Estado e da sociedade. Portanto, o movimento científico de socialização da medicina não deve ser confundido com o da “socialização da profissão médica segundo ideais ou doutrinas socialistas”. “Antes sociologização que socialização” (Freyre, 2009, p. 249).

Desta forma, o médico:

[...] precisa juntar ao seu saber técnico a sensibilidade às circunstâncias ecológicas e socioculturais que se reflitam sobre doenças e doentes; ou sobre populações inteiras necessitadas de cuidados médicos sociologicamente orientados. Sensibilidade quanto possível completada por algum conhecimento dessas circunstâncias (Freyre, 2009, p. 179).

Assim, Freyre (2009) argumenta que é preciso ampliar o conceito de saúde com a incorporação dos aspectos socioculturais, psicossociais e ecológicos, além da inclusão do higienista/sanitarista com conhecimento sociológico cientificamente político-jurídico, como ente normalizador da sociedade. Da mesma forma, e ampliação também se configura como um dispositivo biopolítico.

Entretanto, nem toda produção científica na área da saúde se torna prática clínica. Cada profissional e cada instituição pautam suas atividades em protocolos e normas que nem sempre são convencionadas pela comunidade científica. É dessa lacuna que surgem os serviços de educação continuada e educação permanente nas instituições de saúde. Isso acontece porque o processo de trabalho dos diferentes profissionais não acompanha a velocidade da produção científica. Nesse contexto, a prática baseada em evidências se tornou uma ferramenta importante para aproximar as manifestações científicas da prática clínica em saúde.

A prática baseada em evidências é uma ferramenta que possibilita aprimorar o conhecimento e a tomada de decisões clínicas em saúde. Ela utiliza a epidemiologia clínica, a

estatística, a metodologia científica e a informática para promover a integração da experiência clínica com as melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Para a tomada de decisão clínica, é necessário avaliar quais são os recursos disponíveis, a escolha e a aceitabilidade do paciente e a melhor evidência disponível (Cruz, Pimenta, 2005).

A melhor evidência disponível é classificada de acordo com a força da evidência: I - evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, bem delineados; II - evidência forte a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado; III - evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle; IV - evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa; V - opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas (Cruz, Pimenta, 2005).

Logo, esse é o cenário atual da medicina contemporânea: o alicerce é uma concepção de processo saúde-doença determinada por uma normatividade biológica, uma semiótica indiciária para a diagnose dos problemas de saúde, e produção de evidências científicas que não necessariamente viram práticas clínicas.

Todos os aspectos supracitados subjetivaram a prática profissional em saúde. Como consequência, a vida se tornou uma abstração e a força de norma levou à consciência de risco:

O risco é um conceito estritamente matemático. Não se refere a pessoas, mas a populações [...] identificar-se com essa ficção estatística é engajar-se em intensiva autoalgoritmização [...] os corpos em que as pessoas viviam e andavam se transformaram em construções sintéticas tecidas a partir de tomografias e curvas de risco. Assim, somos cidadãos da sociedade de risco e, portanto, participantes por definição de um experimento científico não controlado (Cayley, 2021, p.416).

Desta forma, os dispositivos de segurança tornaram-se dispositivos de insegurança para a população, quando geridos pelo governo bolsonarista durante a pandemia. Assim, o primeiro dispositivo de insegurança foi o uso da 'aleatoriedade'. É possível ou provável que: você contraia o vírus; tenha sintomas leves; sintomas moderados; sintomas graves; necessidade de oxigênio; de intubação; de leito de enfermaria; de leito em unidade de terapia intensiva; de um

caixão. A falácia da possibilidade incutiu na população uma falsa idealização da doença. A razão entre o número de resultados favoráveis e o número de resultados possíveis ludibriou grande parte das pessoas, impulsionada pelos discursos negacionistas, que, ao negarem o número de resultados possíveis (quantidade de contaminados pela doença e quantidade de óbitos), utilizaram estratégias de manipulação de dados, promovendo um deslocamento de ponto de vista: não importa quem foi afetado (deixar morrer), mas sim quantos foram permitidos de viver. Para estes que (sobre)viveram, basta somente a crença de que o número de resultados possíveis não exprime a realidade perturbadora causada pela pandemia. Em outras palavras, deixe morrer, contanto que seja o outro.

Esse tipo de racionalidade, de caráter científico, adotado aos fenômenos sociais como uma governamentalidade, pautada na concepção de evidência, quase como uma razão de Estado, foi manipulada pelo governo em exercício durante a gestão da pandemia.

O segundo dispositivo de insegurança utilizado para gestão da pandemia da Covid-19 foi a normalização do número de mortos. O “caso” – maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença – foi, a todo momento, deixado de lado pelo Estado. Com uma venda aos olhos, tanto a individualização como a coletividade ficaram à mercê do poder do Estado, de forma que, não só ocorre o “deixar morrer”, como também se impede o “deixar viver”. Supera-se a dualidade para o alcance de uma unicidade. A prioridade então passou a ser a gestão da probabilidade da morte (Cayley, 2021).

O terceiro dispositivo de insegurança utilizado para gestão da pandemia da Covid-19 foi não identificar o quanto a doença é perigosa. A gestão do risco também foi deixada de lado. Não interessa saber quais são as populações mais vulneráveis; quais precisam de mais assistência; quais precisam ser priorizadas. Por sua vez, o conceito de “crise” – fenômeno de disparada circular que só pode ser controlado por um mecanismo superior – também foi deixado de lado. Para o governo, não houve crise durante a pandemia; esse acontecimento não necessitava ser controlado por um mecanismo superior, pelo menos não pelo Estado.

Além disso, parece ocorrer outro deslocamento: se, a partir do século XVIII, vê-se uma transição da anátomo-política do corpo humano para uma biopolítica, a análise dos dispositivos de segurança durante a pandemia da Covid-19, mostra que a arte de governar, a partir da tríade segurança-território-população ou segurança-população-governo, deu-se numa lógica exposição-indivíduo-possibilidade. A arte de governar, então, dedica-se a valorizar a liberdade individual como propulsora de decisões que o deixam exposto ao acaso. Assim, os fenômenos coletivos, uma vez não responsabilizados pelo governo, são deixados de lado, não vistos, não

associados à gestão pública, de forma que o sujeito, quando afetado, é vítima da possibilidade das ocorrências possíveis da não arte de governar. Portanto, a linha abissal torna-se ainda mais evidente: os que estão do lado de lá são os afetados pelo acaso (Santos, 2009).

Diante disso, a trilogia exposição-indivíduo-possibilidade nada mais reflete do que os efeitos crônicos agudizados do neoliberalismo como forma de racionalidade própria dos dispositivos de regulação biopolítica. Se a economia não pode parar, o sujeito está exposto e é vulnerável ao biopoder; logo, se atingido pelo acaso, a possibilidade torna-se concreta; se concretizada, o sujeito já não é mais capaz de jogar as regras do jogo neoliberal, portanto deve permanecer do outro lado da linha abissal. Eis um ciclo que se repete, e a pandemia nada mais fez do que amplificar esse fenômeno social.

Portanto, diante da gestão dos dispositivos de insegurança pelo governo em exercício durante a pandemia da Covid-19, podemos dizer que esta prática culminou em um processo de subjetivação nas tomadas de decisões clínicas dos profissionais da saúde, com consequente insegurança para a população.

5. Dilemas Bioéticos presentes na Pandemia da Covid-19

Nas seções anteriores, foi argumentado como as medidas de contingenciamento do vírus foram capturadas e utilizadas como dispositivos de subjetivação que incidiram sobre a população e sobre os profissionais da saúde, em especial a disseminação de notícias falsas e o isolamento social. Além disso, foi discutido como a medicina e a saúde, diante das ambiguidades presentes, também foram capturadas por diferentes interesses políticos e econômicos. Nesta seção, é discutida como a adoção dos dispositivos de segurança acarretaram dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais da saúde durante a pandemia-19, subjetivando suas práticas, saberes e a própria autonomia profissional.

Para isso, parte-se da definição de dilema bioético, para então categorizá-los em três grupos, a partir do contexto e da vivência dos profissionais da saúde que atuaram na linha de frente durante a pandemia da Covid-19. Ademais, foi realizada uma revisão da literatura, na base dados da PubMed, em periódicos da área da saúde e do direito, nacionais e internacionais, (Revista Electrónica Arbitrada del Centro de Ciencias Administrativas y Gerenciales, Revista Holos, Revista Plos One, Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, Cuadernos de Bioética, Revista Bioética, Veritas, Biomed Pharmacother, Revista Bioética y Derecho e Revista de Salud, Ciencias Sociales y Humanidades) voltados para as discussões éticas e bioéticas, que arguiram sobre as implicações éticas vividas pelos profissionais de saúde durante a pandemia, no período de 2020 a 2024, com o descritor de “dilema bioético”, além de órgãos de saúde específicos, tais como a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), o Conselho Regional de Medicina (CRM) e o Ministério da Saúde.



Fonte: Céu e Água. M.C. Escher. Foundation-Baarn-Netherlands, 1938, 43,4x43,3cm.

A pandemia da Covid-19 emerge num momento em que a saúde é tida como um investimento e uma responsabilidade individual, em que a gestão da própria saúde fomenta a concorrência e a autonomia promovidas pelos ideais empresariais contemporâneos (Sant'anna, 2021).

Nos últimos dez anos, não só no Brasil, foram realizados cortes econômicos dos sistemas públicos de saúde, com conseqüente redução do número de leitos e de profissionais qualificados. Além disso, o modelo de gestão dos hospitais que prioriza o aumento da produtividade na lógica *just in time* (zero leito, zero estoque, zero materiais, remédios e equipamentos) coaduna para o sucateamento da saúde. Outro aspecto importante é que o controle monopolista dos oligopólios farmacêuticos permite preços exorbitantes dos medicamentos, reduzindo o acesso aos mais necessitados (Berardi, 2021; Lazzarato, 2021).

É diante desse contexto e dos dispositivos de subjetivação presentes na gestão da pandemia da Covid-19, discutidos anteriormente, que dilemas bioéticos emergem e se configuram como campo de disputa de poder e de saber, em especial àqueles que se referem às práticas clínicas dos profissionais da saúde.

Quintero (2024) afirma que a pandemia da Covid-19 deixou alguns aprendizados éticos importantes. A autora menciona o reconhecimento da vulnerabilidade dos sistemas de saúde, bem como a importância do modelo biopsicossocial; a necessidade de sistemas de saúde mais inclusivos, em especial para os mais vulneráveis; a cooperação entre os órgãos internacionais para a ciência aberta; a necessidade de se intensificar a solidariedade internacional; o uso das tecnologias de informação como recursos para o enfrentamento da disseminação do vírus e a necessidade de revalorização dos profissionais da saúde. A autora conclui que é preciso ampliar o campo de saber da bioética para uma forma integral e se afastar da visão utilitarista e instrumental da ética.

Rosaneli et al (2021, p 14) afirmam que o legado ético deixado pela pandemia da Covid-19 deve:

[...] incorporar valores coletivos, intrínsecos aos processos que visam o funcionamento das sociedades e garantam o equilíbrio entre ações locais com repercussões globais. [...] reitera a necessidade de incorporação dos princípios éticos da prevenção, proteção, precaução e prudência na perspectiva da bioética, permeando decisões individuais, coletivas e programáticas com vias a mitigação das vulnerabilidades das pessoas, das sociedades e do ambiente. [...] a perspectiva da bioética que promulga por uma abordagem multidisciplinar e por uma comunicação sem ruídos e pela convergência dos conhecimentos científicos, tecnológicos e

tradicionais, busca na perseverança, que soma ao princípio dos “4 pés” da bioética da intervenção, um novo horizonte, tanto nas recorrentes catástrofes ambientais, quanto nos surtos de doenças infecciosas, que devem ser melhor geridos se tiver imputado valores éticos em um nível regional e comunitário, pautadas no interesse coletivo e tendo o bem-comum, a natureza e as gerações futuras como valores.

Portanto, diante deste contexto, a seguir, são apresentados os dilemas bioéticos presentes na pandemia da Covid-19. Parte-se do conceito de dilema bioético, para então categorizá-lo em três grupos analíticos: 1) aderir ao isolamento ou ir para a linha de frente? 2) Atualizar-se frente às evidências científicas ou compartilhar notícias falsas e prescrever e/ou administrar medicamentos sem eficácia comprovada? 3) Aderir a protocolos de priorização de atendimentos ou garantir o direito a todos frente a escassez de recursos?

Por definição, o dilema possui duas ou mais respostas, todas igualmente cabíveis à luz do caso concreto, cada qual com suas vantagens e desvantagens. Porque o dilema bioético se situa nos limites do conhecimento humano, e muitas vezes representa uma situação única e irrepetível, não existem respostas predefinidas, nem casos semelhantes a partir dos quais extrair preceitos para uma eventual solução (Dadalto, 2020, p. 22).

Assim, a concepção de dilema bioético alinha-se com a vivência dos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19, pois justamente as decisões clínicas que precisaram ser tomadas, diante das inúmeras vulnerabilidades, tanto dos pacientes quanto dos profissionais e dos serviços de saúde, acarretaram a ocorrência de vivências limítrofes do exercício profissional, nas quais o exercício da autonomia, bem como da existência de protocolos culminaram em inseguranças e incertezas. Neste sentido, os dilemas bioéticos abaixo apresentados foram categorizados a partir da vivência dos profissionais da saúde que atuaram na linha de frente da Covid-19, bem como da revisão da literatura aqui realizada.

5.1 Dilema Bioético: Aderir ao isolamento ou ir para a linha de frente?

Como discutido anteriormente, o isolamento social constituiu-se como a principal medida não farmacológica para contenção da disseminação do vírus durante a pandemia da Covid-19. Alvo de grande disputa política, esta medida foi brutalmente contestada pelo empresariado que, aliada às notícias falsas e à subversão do direito à liberdade, fomentaram a não adesão a esta

medida de contingenciamento. Assim, o isolamento social também se configura como um dilema bioético quando subjetivado da maneira que foi durante a pandemia.

Sousa (2023) realizou uma pesquisa documental sobre a Lei 13.979/2020 (Lei da Quarentena), a partir dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. A autora conclui que, do ponto de vista da bioética, a adoção da medida do isolamento social:

Leva em consideração a abordagem de proteção das pessoas segundo os direitos humanos e os princípios da bioética ao impor restrições e limitações de liberdades à sociedade brasileira. A defesa do bem comum ecoa mais forte e torna-se mais necessária em tempos de emergências de saúde pública, em detrimento das liberdades individuais. As medidas sanitárias limitam os direitos fundamentais em nome do bem comum e do interesse público da saúde coletiva. O cumprimento destas implica reconhecer e valorizar a dignidade humana e cuidar da própria vulnerabilidade e da do outro (Sousa, 2023, p. 8).

Rubio (2022) realizou uma análise importante sobre os enunciados proferidos por diferentes organizações internacionais durante a pandemia da Covid-19. O autor identificou que, de forma geral, as instituições internacionais concordaram que a pandemia causaria danos globais à saúde e à vida das pessoas e defenderam a segurança, o bem-estar, o respeito pela dignidade e pelos direitos humanos. Entretanto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) arguíram que o desemprego e a falta de oportunidades contribuiriam para o colapso mundial. Além disso, constata a falta de preparação dos políticos e das políticas de saúde em tempos de urgência e exceção.

Rubio (2022) ainda evidencia que o Comitê Internacional de Bioética (CIB), a Comissão Mundial de Ética, Conhecimento Científico e Tecnologia (COMEST) e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) cumpriram seu papel ao divulgarem e defenderem as medidas de isolamento social, porém, a não adesão da população ocasionou piora da pandemia, visto que essa medida foi interpretada como violação da liberdade individual, fomentada por informações incorretas sobre a pandemia: “também o desconhecimento por parte da população de que os direitos pessoais dão lugar aos deveres civis em tempos de exceção e emergências” (Idem, 2022, p. 88).

Capella (2020) realiza uma importante discussão a partir das notas das três comissões internacionais de bioética existentes, o Comitê Internacional de Bioética (IBC) da Unesco, o Comitê de Bioética do Conselho da Europa (DH-BIO) e o Grupo Europeu de Ética da Ciências

e Novas Tecnologias (EGE). No que tange à suspensão da liberdade de circulação, a autora argumenta sobre a importância de divulgar informações confiáveis, apresentando as razões que justificam a adoção dessa medida, de forma a mencionar que esta restrição não significa a perda de um direito, mas sim o exercício de responsabilidade social para a realização de um bem comum.

Fernandes (2021) analisou o discurso de empresários contrários à adoção das medidas de isolamento social durante a pandemia da Covid-19. A autora concluiu que:

[...] o dilema ético entre salvar vidas ou salvar a economia é um falso dilema. Não é possível salvar a economia sem pessoas saudáveis. Obviamente que o Estado tem papel essencial no fornecimento e articulação de suporte necessário aos empresários durante o período de distanciamento social de modo a preservar, acima de tudo, a saúde da população e os empregos (Fernandes, 2021, p. 36).

Sousa (2023) aponta que as limitações às liberdades em tempos de Covid-19 precisam ser baseadas no Regulamento Sanitário Internacional, nos Princípios de Saracusa, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e na Declaração de Viena. Assim, a autora avalia que, uma vez que o Brasil é país-membro da Organização das Nações Unidas (ONU), deve adotar todos esses documentos como base para determinar a restrição de liberdades. Desta forma, a Lei 13.979/2020 que limita e condiciona o exercício de liberdades individuais e coletivas em prol da saúde pública, durante a pandemia de Covid-19, está em conformidade com os ditames legais de acordos internacionais e de preceitos constitucionais.

Para Ferro et al (2023) o direito dos indivíduos à autonomia não deve ser extinguido diante de uma crise sanitária; entretanto, algumas restrições são necessárias quando justificadas para o “bem-estar do corpo social, de forma que a autonomia individual ceda ao princípio da responsabilidade” (Ferro et al, 2023, p. 9). Desta forma, os autores defendem que o governo deve priorizar a disseminação de informações confiáveis, com conhecimento adequado, preciso e de alta qualidade a partir de fontes com elevada credibilidade. Além disso, argumentam que a discussão sobre a autonomia do paciente dentro da formação médica deve ocorrer de forma reflexiva, “possibilitando melhor desenvolvimento da capacidade de definir, junto com o paciente, metas diante de mudanças” (Idem, 2023, p. 9).

Desta forma, por um lado, tem-se a coerção da liberdade de decisão individual; por outro, ela é benéfica para proteger a população da disseminação do vírus. Como foi discutido na seção 2, a partir das contribuições de Esposito (2017), é preciso diferenciar o isolamento social

enquanto prática necessária de saúde pública para preservar o corpo social governável, da prática de imunização enquanto estratégia biopolítica no neoliberalismo. No primeiro caso, trata-se de uma medida de segurança, um dispositivo que visa a proteção comunitária, de forma a interromper a cadeia de transmissão do vírus; no segundo caso, a prática imunizatória consiste no fortalecimento da autonomia e da liberdade a qualquer custo, sem qualquer compromisso com a vida social e coletiva. Assim, a restrição da liberdade individual em prol da coletividade configura-se como uma medida importante diante de um cenário como o da pandemia da Covid-19. Diante dos argumentos apresentados, há legitimidade jurídica e ética, cabendo ao Estado proporcionar medidas de seguridade social e econômica para a sociedade.

No que tange aos profissionais da saúde, muitos não tiveram opção de permanecerem isolados, mesmo sabendo que esta medida era importante para controle da pandemia. Assim, o dilema bioético entre expor-se e deixar seus familiares e amigos para atuar na linha de frente os afligiu, colocando em questão a importância dos cuidados e de proteção para com esses profissionais.



Figura 13 – Profissionais da Saúde. Fonte: CNN Brasil.

Diante da pandemia, muitas entidades reconhecem que os profissionais de saúde devem ser priorizados no que diz respeito aos cuidados preventivos, como, por exemplo, a disponibilidade e obrigatoriedade do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Entretanto, esta medida não é a única a ser tomada, pois a exposição e pressão vivida por estes profissionais, longe de suas famílias, isolados, diante da ocorrência da morte desenfreada, da

insalubridade, dos maus salários e da falta de recursos para cuidado com eles, configuram um dilema bioético, pois são eles os responsáveis pelos atendimentos em saúde.

A OMS, a OPAS e a ONU reconheceram e valorizaram os profissionais da saúde que arriscaram suas vidas para salvar a vida dos outros. Parte deste reconhecimento consiste no estabelecimento de que estes profissionais são prioridades diante da alocação das vacinas (Rubio, 2022). Jääskeläinen, Capella (2020) defendem que os profissionais da saúde merecem tratamento prioritário no acesso aos recursos, pois foram eles que nos tiraram da crise sanitária.

Capella (2020) discute que cabe aos profissionais da saúde assumirem o risco de contágio e executar suas funções diante das vulnerabilidades; mas cabe às autoridades em saúde fornecer meios de proteção pessoal, bem como priorizá-los quando necessitarem de cuidados de saúde, além de serem protegidos contra os que os veem como vetores de transmissão das doenças.

Rubio (2022) afirma que a bioética clínica, durante a pandemia da Covid-19, ficou em dívida quanto a sua ação no que diz respeito a recomendações, diretrizes e aconselhamentos aos profissionais da saúde. Assim, o autor projeta que o treinamento em questões éticas e bioéticas para todos os profissionais de saúde, em tempos de normalidade e não somente em tempos de exceção, precisa ocorrer de forma que os comitês de ética e o aconselhamento ético façam parte da rotina destes profissionais, pois o papel da bioética é preparar, capacitar, educar e marcar presença institucional. O autor ainda afirma que a bioética, no âmbito social, precisa se aproximar da população por meio de canais fáceis, a fim de aconselhar e orientar sobre os direitos fundamentais e respeito pelos direitos civis, e com o intuito de tornar a ação humana mais solidária, respeitosa e digna em prol da melhoria das condições de vida e de saúde da população.

No âmbito loco regional, foi adotado o uso de barreiras sanitárias para prevenção da transmissão intra-hospitalar da Covid-19. Dentre essas medidas, destacam-se a aferição da temperatura corporal dos trabalhadores, uso de tapetes sanitários, oferta de álcool em gel em pontos de acesso, fiscalização do uso de máscaras e suspensão de umidificação do ar em pacientes com uso de oxigenoterapia (HRPP, 2020b).

A proteção dos profissionais de saúde é garantida por normas regulamentadoras e, quando não cumpridas, os expõem, deixando-os vulneráveis e agravando a sobrecarga do sistema de saúde, além de configurar infração ética, pois esta exposição é maléfica, cerceia a autonomia do profissional e não é justa, uma vez que é dever das instituições o fornecimento de equipamentos de proteção individual.

Outro aspecto importante afetado pela pandemia foi a relação profissional da saúde-paciente. Parte-se da máxima de que esta relação leva em consideração o sujeito, o tratamento humanizado e solidário, a moralidade, a integridade e a equidade; portanto, é evidente que a prática em saúde subjaz preceitos éticos, visto que os conhecimentos científicos configuram apenas a base desta prática. Diante da pandemia, os profissionais da saúde tornaram-se vulneráveis frente às incertezas das condutas a serem tomadas perante a síndrome respiratória por Covid-19, a superlotação e sobrecarga do sistema de saúde, os riscos de responsabilização jurídica, a exposição ao contágio pela doença e pelo excesso de informações contraditórias sobre a doença. Como consequência, os padrões de atendimentos tradicionais precisaram ser revistos, com grande tendência de fortalecimento da telemedicina. Desta forma, considera-se que há impactos na relação profissional de saúde-paciente no que tange a criação do vínculo, na confiança, no exercício da compaixão e empatia entre eles, e na forma como se comunicam (Carvalho, Gustin, 2020).

Desta forma, é importante salientar que, mais uma vez, os profissionais da saúde dedicaram suas vidas para manutenção da seguridade social e de saúde, sendo expostos e assumindo a responsabilização pelas medidas empregadas. Portanto, no que diz respeito ao isolamento social, os profissionais da saúde foram impelidos, a partir de seu compromisso ético e social, a deixarem suas casas e prestar atendimentos em saúde.

5.2 Dilema Bioético: Atualizar-se frente às evidências científicas ou prescrever e/ou administrar medicamentos sem eficácia comprovada?

Diante das inúmeras incertezas presentes durante a pandemia da Covid-19, houve grandes expectativas e trabalho de muitos cientistas em busca de evidências científicas e respostas rápidas durante a pandemia. Entretanto, para as alcançar, todo um rigor metodológico teve de ser seguido, e mesmo quando essas evidências estavam presentes, eram desacreditadas por algumas forças políticas durante a pandemia.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas, Pimenta Júnior (2021, p. 87) realizou uma revisão dos artigos publicados durante a ocorrência da pandemia e concluiu que “desde que aplicadas no momento oportuno, com coordenação e complementariedade das ações entre as três esferas de governo, são estratégias fundamentais no enfrentamento da pandemia”.

Neste sentido, o papel da ciência em apontar as evidências se tornou central para condução das medidas a serem adotadas. Entretanto, “a política entendeu ser mais importante

manipular os dados e o conhecimento que a ciência produzia, muitas vezes cooptando segmentos da comunidade científica para a sua guerra de interesses econômicos, suas posições ideológicas e suas estratégias eleitorais (Bisol, 2021, p. 337).

Capella (2020) realizou uma importante discussão a partir das notas das três comissões internacionais de bioética existentes, o Comitê Internacional de Bioética (IBC) da Unesco, o Comitê de Bioética do Conselho da Europa (DH-BIO) e o Grupo Europeu de Ética da Ciências e Novas Tecnologias (EGE). No que tange às pesquisas, a autora argumenta a importância de se respeitar o tempo para o desenvolvimento delas, uma vez que a segurança e a eficácia das vacinas demandam testagens apropriadas que requerem tempo para se garantir um elevado limiar de certeza sobre a qualidade das vacinas.

Já La Vega, Kraus (2023) afirmam que a ciência cumpriu um papel respeitável ao providenciar, em tempo recorde, vacinas seguras. Os autores discutem que os países desenvolvidos possuem mais recursos para investimentos em pesquisa e desenvolvimento, o que os coloca em vantagem na busca pela vacinação, com consequente agilidade no retorno à normalidade e controle da economia; desta forma, os países em desenvolvimento demoram mais para se recuperar:

A solidariedade global deve ser prioritária em uma pandemia que afetou todo o mundo simultaneamente e os países ricos deveriam ter a obrigação moral de ajudar a distribuir e administrar vacinas em países pobres. Além disso, os países ricos também deveriam considerar que, para restabelecer suas economias e retornar à tão desejada “normalidade”, se torna uma questão insolúvel: enquanto a pandemia persiste em qualquer lugar do mundo, por mais remoto que seja este lugar, não nos livraremos da Covid-19 e isso trará consequências para todos (La Vega, Kraus, 2023, p. 58).

Quanto ao uso da cloroquina, Bonella, Araújo, Dall’Agnol (2020), no auge da liberação desta medicação pelo Ministério da Saúde, constataram que essa decisão ocorreu por questões de conveniência, pois não fazia menção às questões bioéticas que tornariam aceitável o uso *off label* – qualquer uso e finalidade diferente do aprovado no registro sanitário, diferente dosagem, posologia, via de administração, indicação ou grupo de pacientes – da cloroquina ou da hidroxicloroquina em caráter excepcional. Além disso, os autores analisaram que as referências utilizadas pela nota técnica emitida pelo Ministério da Saúde, citam estudos que desaconselham o uso em larga escala destas medicações.

Além disso, os autores destacam que os testes pré-clínicos não foram realizados para liberação da cloroquina e da hidroxicloroquina. Eles argumentam que todo medicamento e vacina segue quatro fases antes de ser comercializado:

Existe uma fase pré-clínica onde experimentos são feitos *in vitro* (em testes laboratoriais) e, posteriormente, *in vivo* (em animais não-humanos). Na fase clínica, a pesquisa deve ser controlada, randomizada e cega. Na fase I da pesquisa clínica, os testes são feitos em seres humanos, mas em um número pequeno de pessoas que concordam em participar do teste na qualidade de voluntários. A fase II envolve um estudo terapêutico piloto que visa demonstrar principalmente a eficácia do medicamento, isto é, se ele serve para tratar a doença. É somente na fase III, então, que estudos são realizados em grandes e variados grupos de pacientes para determinar, basicamente, duas variáveis: a relação entre risco/benefício a curto e longo prazos e o valor terapêutico relativo comparado com outras drogas. Finalmente, numa quarta (IV) e última fase, serão feitas pesquisas depois de comercializado o produto para descobrir novas reações adversas, novas indicações, novos métodos de administração etc. (Bonella, Araújo, Dall’Agnol, 2020, p. 6 e 7).

Assim, os autores argumentam que, diante de situações de urgência como a da Covid-19, a recomendação para pacientes graves quando não há alternativas pareceu razoável. Entretanto, o uso em larga escala não é indicado diante da falta de mais estudos clínicos (Bonella, Araújo, Dall’Agnol, 2020). Hoje sabemos que essas medicações não possuem eficácia e, ao contrário, agravaram os quadros devido aos efeitos colaterais (Pradele et al, 2024).

Os estudos clínicos possuem um rigor burocrático e ético importante para que evidenciem práticas efetivas em saúde, uma vez que é a partir deles que a ciência promove sua práxis. Nesse sentido, a não execução de todas as etapas de pesquisa clínica com seres humanos ou uso *off label* de forma indiscriminada, configura infração ética grave, rompendo com todos os princípios bioéticos.

O Código de Ética Médica (2018) alerta os profissionais médicos que o uso da medicina, quando alinhada a finalidades políticas, ideológicas e religiosas, caracteriza infração ética, com descumprimento da legislação referente à saúde e rompimento do paradigma científico, uma vez que essas práticas podem possibilitar o extermínio da população. Reforça o empoderamento da autonomia médica para decisão do melhor tratamento à pessoa, além de enaltecer o papel dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Medicina (CFM), como órgãos regulamentadores da profissão. Proíbe o uso da medicina como teste de experiências humanas.

Desta forma, coube aos profissionais da saúde o exercício de sua autonomia profissional em prescrever, dispensar, preparar e administrar medicações sem evidências cientificamente comprovadas. Neste sentido, protocolos foram feitos pelas instituições de saúde como tentativa de respaldar o exercício profissional. Assim, administrativamente, os profissionais estavam respaldados, porém, vivenciaram eticamente a subjetivação deste dilema.

5.3 Dilema Bioético: Aderir a protocolos de priorização de atendimentos ou garantir o direito à saúde a todos?

Durante a pandemia, a grande preocupação dos gestores foi o colapso do sistema de saúde. A falta de leitos de UTI, de medicações anestésicas e de oxigênio medicinal representaram os momentos mais graves, do ponto de vista da alocação de recursos, sendo Manaus o Estado registrado com maior vulnerabilidade neste quesito. Diante deste contexto, a escassez e alocação de recursos torna-se um dilema bioético, pois, aparentemente, a única saída é priorizar os atendimentos, bem como os recursos.

Bisol (2021) afirma que a corrida mundial para aquisição de insumos e recursos para montagem em tempo recorde de hospitais de campanha e leitos de UTI acarretaram a falta de ventiladores e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) logo no início da pandemia. Além disso, o autor aponta que o cenário das notícias falsas fez com que a verdade ficasse obnubilada, de forma que as evidências científicas ficaram desacreditadas. Desta forma:

A gestão da saúde demanda um suporte permanente da ciência para o cometimento dos atos e serviços de saúde. No enfrentamento de uma situação crítica como uma pandemia provocada por um vírus desconhecido, essa relação de dependência se torna muito mais intensa e imediata. O gestor da saúde depende das respostas da ciência para tomar decisões eficazes de controle da epidemia, diminuindo os impactos na saúde da população (Bisol, 2021, p. 336).

Assim, a alocação dos recursos foi campo de disputa entre os países, de forma que os gestores se viram obrigados a tomar muitas decisões no calor do momento e sem respaldo científico, agravando ainda mais o cenário pandêmico (Bisol, 2021).

Rubio (2022) salienta que foram os princípios bioéticos que permitiram o princípio da proporcionalidade terapêutica para alocação dos recursos durante a pandemia da Covid-19. Este princípio diz respeito à alocação de recursos para o maior número possível de pessoas e,

portanto, essa distribuição ocorreu de forma utilitária e não de forma deontológica, ou seja, o recurso não foi distribuído para quem mais precisava, mas sim para o maior número possível de pessoas.

Capella (2020) argumenta que as recomendações de algumas entidades de saúde orientavam a priorização de recursos de acordo com a possibilidade de anos de vida ganhos e a qualidade de vida; entretanto, a autora argumenta que os comitês de bioética felizmente recomendaram a execução do princípio da equidade (dar mais para quem mais precisa de acordo com a realidade social), para estabelecimento da alocação dos recursos.

La Vega, Kraus (2023) analisam que a alocação dos recursos deve sempre seguir os princípios da justiça e da equidade, ou seja, se determinado grupo populacional é mais vulnerável, deve ser priorizado, pois diante da maior necessidade, justifica-se o acesso imediato; entretanto, isto não aconteceu durante a pandemia, pois, inicialmente, a população mais vulnerável eram os idosos que, diante do argumento de que teriam menos anos de vida, os recursos não foram priorizados a esse grupo populacional. Além disso, os autores argumentam que é razoável priorizar recursos como, por exemplo, a testagem diagnóstica, para grupos vulneráveis, do que expandi-la para grupos maiores, pois a chance de se identificar o padrão de propagação da doença em uma determinada população é maior do que num grupo heterogêneo.

Outro aspecto discutido pelos autores é a adoção de critérios para testagem da população para saber se estavam contaminadas pelo vírus, proposta por Harvey Fineberg: 1) pessoas que não foram expostas ou infectadas; 2) pessoas que sabem que foram expostas; 3) pessoas suspeitas de estarem infectadas; 4) pessoas que tenham sido infectadas; 5) pessoas que foram recuperadas da Covid-19. Esta proposta apresenta problemas éticos, pois testar pessoas suspeitas é mais adequado do que testar pessoas que não foram expostas, por exemplo; assim, a prioridade de testagem apresenta controvérsias. Os autores ainda discutem que a mobilização de recursos exclusivamente para enfrentamento da Covid-19, como o manejo de leitos e a restrição de acesso ao serviço motivada por outras patologias, configura-se como uma questão ética, pois limitar o acesso à saúde por outras doenças culminou em maior mortalidade (La Vega, Kraus, 2023).

No que tange à distribuição das vacinas, a lógica utilitarista ajuda, pois se a distribuição visa atingir o maior número de pessoas possível, o acesso à vacina é ampliado e, portanto, contribui para o controle da disseminação do vírus (La Vega, Kraus, 2023).

Diante da pandemia da Covid-19, se faz necessária cooperação internacional para amenizar as desigualdades. Além disso, há direitos sociais e econômicos que não são suscetíveis

de suspensão, como o direito a uma renda mínima e a condições mínimas de existência, como o acesso à água potável, saneamento, gás e eletricidade. Além disso, o direito à propriedade privada pode ser exercido pelo Estado de forma temporária, como hotéis e hospitais privados para acomodação dos doentes (Capella, 2020).

No âmbito loco regional, conforme a situação epidemiológica piorava, o hospital de referência emitiu um informe sobre o uso racional do avental descartável/tecido durante a assistência a pacientes confirmados ou suspeitos de Covid-19 em situação de escassez. Em suma, o informe dizia que os profissionais da saúde não precisavam se desparamentar quando fossem realizar procedimentos de baixo risco de contaminação como, por exemplo, aferição de sinais vitais e glicemia capilar. Assim, o profissional estava protegido, mas o risco de contágio não era diminuído (HRPP, 2020a).

A sobrecarga do sistema de saúde configura infração ética, primeiro porque a saúde é constitucionalmente um direito e dever do Estado, e segundo porque rompe com o princípio norteador da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS); assim, configura-se como maléfica e não justa, uma vez que, o direito à saúde não está mais disponível para todos.

Conforme discutido nas seções anteriores, foi diante da (in)governamentalidade do governo federal para gestão da pandemia da Covid-19, das dificuldades para alocação dos recursos e da ambiguidade para adoção de medidas de contingenciamento do vírus que coube aos profissionais da saúde tomarem decisões, à beira do leito, sobre quais pacientes deveriam ser priorizados nos atendimentos. Para isso, protocolos foram elaborados para nortear estas decisões e critérios foram estabelecidos para ‘escolha’ dos pacientes a serem atendidos, cabendo aos profissionais de saúde essa responsabilidade diante deste cenário estarrecedor.

Rubio (2022) afirma que se os comitês de bioética e os governos tivessem atuado de forma mais enfática durante a pandemia da Covid-19, no que diz respeito a tomada de decisões que não violassem os direitos fundamentais, as decisões clínicas não teriam recaído aos profissionais de saúde, que tiveram que carregar uma carga moral sobre suas decisões. O autor ainda comenta sobre o treinamento ético limitado que os profissionais da saúde recebem.

Capone, Márquez (2024) afirmam que a situação dramática de alocação de recursos e as escolhas trágicas que os profissionais da saúde foram submetidos a fazer são consequências da insuficiência da quantidade de profissionais da saúde, da falta de suprimentos médicos e da deficiência de leitos, em especial os de unidade de terapia intensiva (UTI). Diante deste contexto, as recomendações da Sociedade Italiana de Anestesia, Reanimação e Terapia Intensiva (SIAARTI) foram seguidas por muitos médicos italianos nos momentos mais graves

da pandemia no país. Dentre as recomendações encontravam-se a revogação da prioridade de leitos de UTI por ordem de chegada; os critérios de admissão nos leitos intensivos deveriam levar em consideração a idade, uma avaliação cuidadosa sobre a presença de comorbidades e o estado funcional do sujeito. Assim, analisava-se quem tinha maiores chances de sobrevivência e quem poderia ter tido mais anos de vida salvos.

Ainda Capone, Márquez (2024) analisaram documentos que orientavam as decisões dos médicos em alguns hospitais da Espanha e identificaram que o primeiro critério a ser adotado para a admissão nos leitos intensivos devem ser baseados no princípio da ‘maximização do benefício comum’, que diz respeito ao sujeito que apresenta a maior esperança de vida. Os documentos ainda orientavam que, diante dos sujeitos com esperança de vida inferior a dois anos, os leitos de UTI não deveriam ser ofertados; além disso, diante de pacientes semelhantes, ou seja, com quadro clínico e condições de saúde parecidas, o leito de UTI deveria ser ofertado ao paciente que apresentava maior expectativa de qualidade de vida. Outra orientação era que, caso o paciente apresentasse algum tipo de comprometimento cognitivo, este não deveria ser submetido à ventilação mecânica invasiva. Os autores discutem que esses critérios são embasados na bioética utilitarista e que esses documentos foram alvos de longas críticas, uma vez que justificou a morte da população mais vulnerável e dos idosos (Capone, Márquez, 2024).

Neste mesmo aspecto, La Vega e Kraus (2023) afirmam que os critérios para liberação dos leitos de terapia intensiva basearam-se na lógica utilitarista, a qual prioriza os leitos aos pacientes que apresentam maior chance de vida; porém, é justamente a população mais vulnerável quem apresenta maiores comorbidades, sendo ela a que mais precisa de atendimento, respeitando, assim, o princípio da equidade. Nesse sentido, a lógica utilitarista ignora esse aspecto, e não há correlação direta entre o maior acesso à UTI com melhor prognóstico, ainda mais diante da falta de medicamentos sedativos e para controle da dor que afetaram os serviços de saúde durante a fase mais aguda da pandemia.

Todo este contexto coaduna com as observações feitas por Chamayou (2020), ao afirmar que o neoliberalismo é autoritário quando, no campo da micropolítica, propaga o uso da racionalidade econômica como critério de valoração das vidas. Assim, diante da escassez de recursos, a neutralidade técnica e a isenção política atuam como formas de despolitização dos saberes, justificando a adoção de critérios de priorização a partir da premissa utilitarista.

Concha et al (2020) citam seis aspectos a serem utilizados diante da escassez de recursos, em especial para uso dos leitos de UTI e do ventilador mecânico: (1) nunca tomar uma decisão sozinho e sempre em conjunto com toda a equipe; (2) todas as vidas possuem o mesmo valor;

(3) se for estabelecido prioridades, estas devem ser respeitadas sem exceções; (4) o cuidado com os profissionais da saúde devem ser prioridade; (5) manter comunicação clara com o paciente e seus familiares; e (6) o racionamento dos recursos deve ocorrer por setor e não entre hospitais.

Jääskeläinen, Capella (2020) argumentam que os critérios de definição de prioridades para atendimento embasados no utilitarismo não correspondem ao ordenamento jurídico e aos ideais da bioética principalista, pois não é possível estabelecer prioridades com base na idade, presença de deficiência, raça, religião ou sexo, critérios estes levados em consideração pelo Comitê Espanhol de Bioética.

No Brasil, a 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) elaboraram recomendações e um fluxograma para alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19:

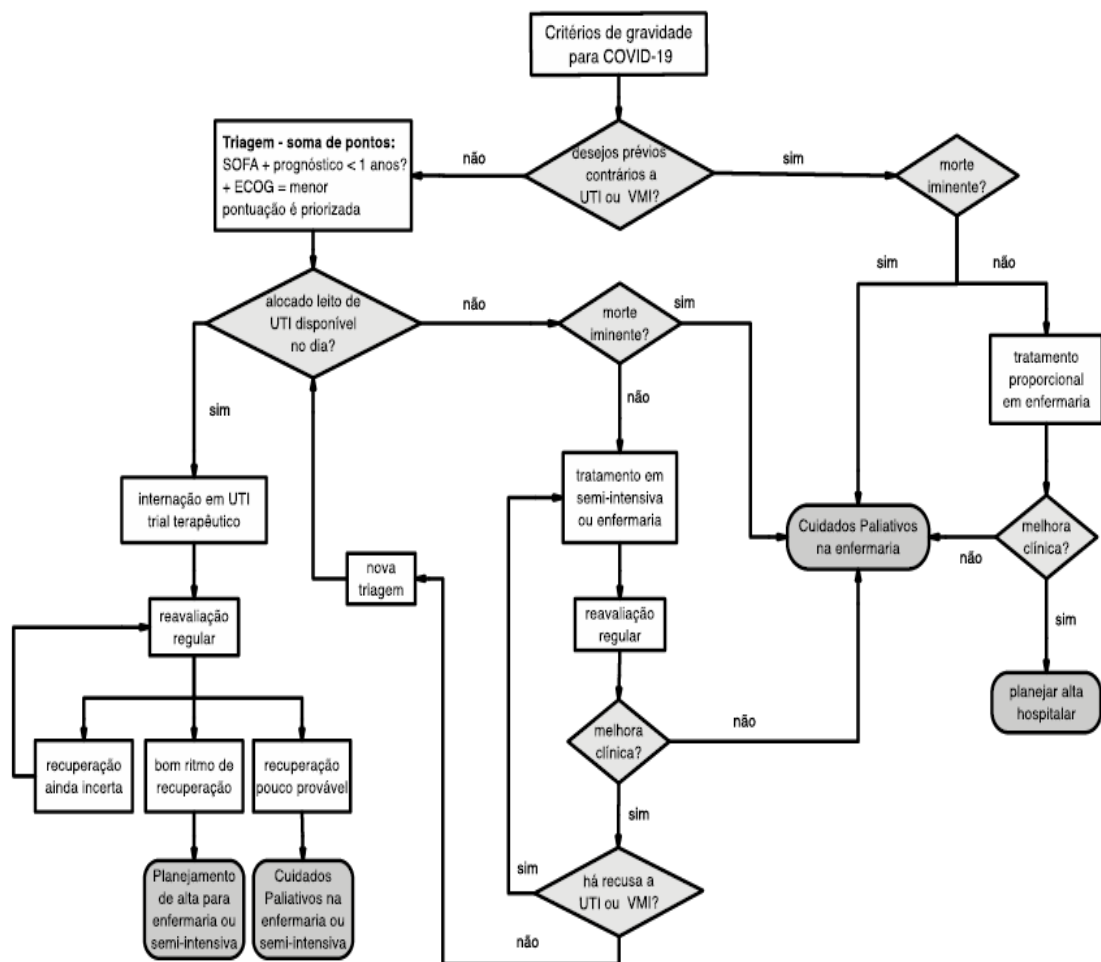


Figura 14: Fluxograma do protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Retirado de: Kretzer et al (2020). Recomendações da AMIB (Associação de

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.

O CRM (Conselho Regional de Medicina) também desenvolveu um fluxo para garantir o atendimento a todas as pessoas com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda de forma equitativa e justa. Os critérios foram priorizados a insuficiência aguda de órgãos, comorbidades, fragilidade e funcionalidade (Bezerra et al, 2021):

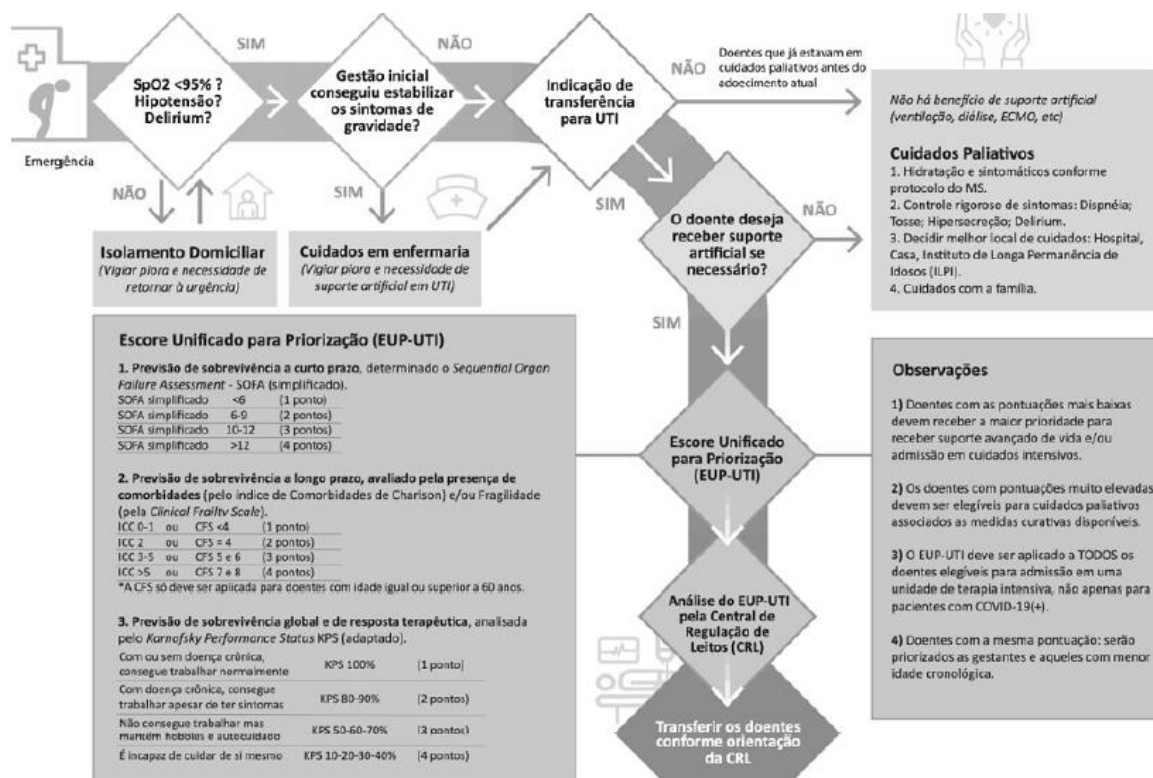


Figura 15: Fluxo de atendimento ao adulto com suspeita da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) do CREMEPE. Retirado de: Bezerra et al. Priorização para garantir cuidado na pandemia COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 21 (Supl. 2): S529-S537, maio., 2021.

Westphal (2020) comenta que a idade foi o principal aspecto discutido durante a elaboração deste protocolo, sendo este critério não utilizado como parâmetro para a tomada de decisão. Aponta que a presença de comorbidade foi diretamente ligada à priorização dos leitos de UTI, entretanto faz uma crítica contundente, pois é justamente a população mais vulnerável quem apresenta maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, afirma que alguns critérios utilizados são padronizados e reconhecidos mundialmente, e servem como base para o diagnóstico de gravidade da comorbidade. Assim, conclui que as decisões limítrofes diante do esgotamento de recursos médicos devem transcender a pergunta “quem merece viver e quem merece morrer?”.

SOFA Simplificado						Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)	
*A pontuação final refere-se ao somatório dos pontos de cada disfunção. ** Os doentes com parâmetros dentro da normalidade pontuam zero.						*Para cada comorbidade que o doente apresentar, o avaliador deve somar a pontuação especificada para a mesma (1, 2, 3 ou 6 pontos)	
COMPONENTE / DISFUNÇÃO	PARÂMETRO	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos		
NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6	ICC 1 ponto	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cerebral – vascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera Doença hepática crônica ou cirrose Diabetes sem complicação
CARDIOVASCULAR	Hipotensão, mmHG	PAM <70 mmHg	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina qualquer dose	Depamina > 5 ou Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Norepinefrina > 0,1		
RESPIRATÓRIO	Saturação Periférica de O ₂	SpO ₂ > 92% com Cateter nasal O ₂ até 2l/min	SpO ₂ > 92% com Cateter nasal O ₂ até 5l/min	SpO ₂ > 92% com ventilação mecânica com FIO ₂ até 40%	SpO ₂ > 92% com ventilação mecânica com FIO ₂ > 40%	ICC 2 pontos	Hemiplegia ou paraplegia Diabetes com complicação Doença renal severa ou moderada Tumor maligno Leucemia Linfoma
COAGULAÇÃO	Plaquetas 10 ³ /μl	<150	<100	<50	<20		
HEPÁTICO	INR Inspecção	<1,1 anictérico	1,1-1,35 -	1,36-1,88 -	1,88-2,15 ictérico	ICC 3 pontos	Doença do fígado severa ou moderada
RENAL	Creatinina (mg/dl) Diurese (ml./dia)	1,2-1,9 >500	2-3,4 -	3,5-4,9 <500	>5,0 <200	ICC 6 pontos	Tumor sólido metastático SIDA

PAM, Pressão Arterial Média - *Adaptado de VINCENT et al.; [†]agentes adrenergicos administrados por pelo me nos 1 hora (doses em µg/kg/min).

Escala de fragilidade baseada na Clinical Frailty Scale (CFS)
Determinar se há fragilidade e seu grau em até 15 dias antes do idoso apresentar o quadro clínico atual.

<p>1 - Muito Ativo Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para sua idade.</p>	<p>4 - Vulnerável Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.</p>	<p>6 - Moderadamente Frágil Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.</p>
<p>2 - Ativo Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou não são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.</p>	<p>5 - Levemente Frágil Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.</p>	<p>7 - Muito Frágil Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).</p>
<p>3 - Regular Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.</p>		<p>8 - Severamente Frágil Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapaz de se recuperar de uma doença leve.</p>

Figura 16: Escores para identificação da gravidade das comorbidades. Retirado de: Bezerra et al. Priorização para garantir cuidado na pandemia COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 21 (Supl. 2): S529-S537, maio., 2021.

Para Torres et al (2020), a necessidade de estabelecimento de critérios objetivos para a tomada de decisão diante de uma emergência é importante para eximir dos profissionais da saúde a culpa de decisões clínicas que precisaram ser tomadas e que os protocolos brasileiros seguiram critérios éticos. Entretanto, aponta a necessidade de aferir os transtornos e marcas psicológicas a curto, médio e longo prazo, bem como ofertar medidas de suporte psicológico.

Assim, decisões clínicas difíceis tiveram que ser tomadas pelos profissionais da saúde, como, por exemplo, quem deve ser atendido e quem não, quem deve viver e quem deve morrer, quem deve ter acesso ao tratamento e quem não. Vale salientar que, para a tomada de decisão clínica em saúde, os profissionais partem da semiose dos sinais e sintomas junto com as correspondências dos exames complementares, para traçar suas intervenções conforme as habilidades e competências de cada profissão. A Prática Baseada em Evidência tem deslocado o processo de tomada de decisão, desconsiderando a singularidade e história de cada pessoa, com uma forte tendência a decisões comuns para todas as pessoas.

Outro aspecto importante é que uma decisão clínica deve ser sempre tomada em conjunto com a equipe multiprofissional em saúde. Sabe-se que o médico, historicamente, é detentor do poder sobre essas decisões, mas as novas tendências e modelos de saúde têm insistido no

rompimento do modelo biomédico em saúde e proposto o modelo multiprofissional, uma vez que todos os profissionais são corresponsáveis pela pessoa adoecida.

Neste sentido, a bioética oferece dois métodos para a tomada da melhor decisão clínica em saúde: o principialista e o deliberativo. O primeiro consiste em levar em consideração os 4 princípios da bioética: 1) Autonomia – todo profissional da saúde deve respeitar a individualidade e liberdade de decisão de cada paciente; (2) Beneficência - toda e qualquer atitude relativa à vida deve ser benéfica, levando em conta o valor moral de cada indivíduo; (3) Não-maleficência – toda e qualquer atitude relativa à vida não deve ser prejudicial; (4) Justiça – toda e qualquer atividade relativa à vida deve promover benefícios entre os indivíduos na sociedade, de forma a garantir a igualdade nos serviços de saúde (Carvalho, Gustin, 2020). Já o segundo, os profissionais partem do diálogo para compartilhar suas percepções e discutem os diferentes sentidos morais para chegar a uma decisão comum (Dadalto, Santos, 2020).

Diante da pandemia da Covid-19, os dois métodos supracitados foram deixados de lado em prol do método utilitarista que defende que as decisões clínicas devem proporcionar o maior bem-estar para o maior número possível de pessoas. Nesse contexto, não se fala mais em princípios e diálogos, mas sim na equidade das decisões, ou seja, dar mais a quem mais precisa. Há uma aversão a esse método, pois essas decisões se baseiam na indiferença ao valor da vida, entretanto, diante do cenário pandêmico, há margem ética e jurídica que o sustentam, em especial, na distribuição das vacinas (Dadalto, Santos, 2020).

Sabendo disso, os bioeticistas, a partir do método utilitarista, realizaram uma discussão bioética sobre a mistanásia. De acordo com Paiva e Cunha (2020), mistanásia se refere a um deixar morrer, a uma morte que poderia ter sido evitada e, portanto, uma morte miserável, infeliz, que põe em xeque os mais empobrecidos e abandonados, aqueles que perdem o direito de ter uma morte digna e justa. Desta forma, as discussões sobre mistanásia permitem realizar uma crítica frente às desigualdades sociais e a politização dos ambientes de saúde, com consequente apontamentos dos erros do sistema político e econômico, a fim da busca pela preservação da vida e da dignidade, em consonância com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005.

A pandemia da Covid-19, infelizmente, tornou a prática da mistanásia algo recorrente nos serviços de saúde. A imprudência política e o desrespeito mundial para com a população, em especial, as mais vulneráveis, foram práticas correntes (Paiva, Cunha, 2020).

Frente à prática da mistanásia, tornou-se ainda mais comum o uso de documentos que manifestam a vontade prévia das pessoas perante a possibilidade de morte. Diante da pandemia

da Covid-19, três tipos de Documentos de Manifestação da Vontade Prévia – DAV foram mais utilizados: o testamento vital, a ordem de não reanimação e a procuração para cuidados de saúde. É nesse sentido que os autores Dadalto e Santos (2020) discutem se a vida é um direito ou um dever, pois, se vista como um dever, esses documentos perdem sentido e não possuem legitimidade; se vista como um direito, a terminalidade dela também deve ser encarada como uma prática efetiva de saúde ao promover e garantir o controle da dor e alívio do sofrimento. Entretanto, com o cenário pandêmico, a vida perdeu o *status* de direito e o dever de defendê-la foi ignorado pelo governo Bolsonaro.

O método utilitarista pertence ao que os bioéticos denominam de Bioética de Intervenção. Do ponto de vista histórico, foi distorcida em prol dos regimes totalitários, pois ela dá margem para o extermínio de pessoas ou grupos diferentes quando apoiado pela maioria. Frente a isso, a proposta utilitarista foi reajustada e passou a levar em conta que o bem comum para todos precisa considerar as perspectivas dos demais grupos e segmentos, a fim de estabelecer políticas que combatam as desigualdades (Porto, 2020).

Assim, a melhor medida utilitarista frente a pandemia da Covid-19 é a busca ativa para a identificação dos casos com adoção rápida das medidas profiláticas. Neste cenário, há um consenso de que a imposição de medidas voltadas à coletividade devem ser defendidas e são necessárias frente aos direitos individuais. Além disso, o caminho para a consolidação de uma sociedade de fato para todos está na interseção entre a política, a economia, a educação e a saúde (Porto, 2020).

A bioética, então, aparece como campo de saber estruturante para a formação e como eixo norteador para as práticas éticas em saúde. De acordo com Dadalto (2020, p. 21) “a reflexão bioética oferece à sociedade um mecanismo para evitar abusos dos detentores de poder, bem como para conciliar tecnologia e responsabilidade”. Diante da pandemia da Covid-19, instruções normativas foram emitidas por grupos ligados ao campo de saber da bioética. Entretanto, há posicionamentos diversos sobre as medidas adotadas, em especial dentro do campo de saber da bioética principialista e da utilitarista.

Neste contexto, Pericay (2024) realiza uma importante discussão sobre os embates entre as duas bioéticas. O autor argumenta que a bioética principialista tem suas origens em 1960, a partir do conceito de responsabilidade diante do uso da bomba atômica, mas que na atualidade a descrença e desconfiança das soluções políticas diante dos problemas contemporâneos, levam muitos a um abandono das responsabilidades comunitárias, aspecto percebido por meio das abstenções eleitorais e pelo descontentamento político. Com o avanço da Inteligência Artificial

e seu crescente uso dentro do campo da saúde, o autor questiona se ainda é pertinente pensarmos no conceito de autonomia, pois após a pandemia ele foi deslocado para um sentido avesso ao de responsabilidade. O autor conclui: “Una bioética basada en principios no puede ser ciega a las consecuencias socialmente indeseables de los principios que proclama cuando se extienden irracionalmente” (Idem, p. 5).

Ainda diante desta discussão, Pericay (2024) afirma contundentemente que o utilitarismo não pretende um bem maior, mas sim gerir um mal menor, ou seja, que seu uso não implica, necessariamente, numa vida mais digna ou saudável. Diante deste argumento, o autor cita as contradições presentes nos protocolos de admissão dos pacientes em UTI durante a pandemia da Covid-19, em que o desequilíbrio entre a procura e a disponibilidade não pôde ser resolvido com o apelo à autonomia médica, sem causar graves situações de injustiça. Assim, o autor declara que a maximização de recursos para um maior número de pessoas não pode ser confundida com reservar recursos para aqueles com maior chance de sobrevivência. Desta forma, conclui que “proponer un criterio de imparcialidad utilitarista es una respuesta al subjetivismo de una autonomía irrestricta que, especialmente en situaciones de emergencia como la que se produjo durante la epidemia de COVID-19, no atiende a principios de justicia ni a la administración prudente de recursos escasos” (Idem, p. 9).

Portanto, mesmo dentro do campo de saber da bioética, há contrapontos sobre a empregabilidade de seus conceitos diante da agudização dos dispositivos biopolíticos presentes durante a pandemia da Covid-19. Assim, é possível constatar que há necessidade de ampliação do debate sobre a formação ética em saúde, em especial sobre a maneira pela qual os dispositivos biopolíticos subjetivam a prática em saúde.

Dessa forma, é importante salientar que coube aos profissionais da saúde a tomada de decisões sobre a priorização de atendimentos e que, embasados por protocolos, realizaram o que foi possível diante da escassez de recursos. Entretanto, essa prática, apesar de respaldada administrativamente, implicou na vivência deste dilema bioético, uma vez que os recursos não foram distribuídos equitativamente. Portanto, a culpa pela ocorrência destas práticas não deve ser imputada aos profissionais da saúde, porém, eles precisam ser formados criticamente para o exercício e defesa dos direitos à vida e à saúde de forma igualitária e não violenta.

6. Por uma Formação Ética da Não Violência em Saúde

Na seção anterior, foram apresentados os dilemas bioéticos presentes durante a pandemia da Covid-19 que subjetivaram os profissionais da saúde e as decisões que precisaram ser tomadas por eles. Tais decisões eclodiram ordenamentos éticos vigentes dentro do escopo da deontologia e diceologia em saúde, alicerçadas principalmente nas concepções bioéticas. Foi argumentado que a autonomia médica foi utilizada como dispositivo de subjetivação para adesão a práticas sem eficácia comprovada e para posicionamentos contrários à disseminação do vírus, cabendo ao médico tomar decisões a partir de suas concepções pessoais e das orientações veiculadas pelas próprias instituições de saúde.

Dessa forma, quando é mencionado que os profissionais de saúde vivenciaram situações limítrofes, especificamente, é feita uma referência ao exercício do poder concedido pela autonomia profissional a eles, que tiveram em suas mãos a autoridade para decidir sobre a vida e a morte do outro. Entretanto, a autonomia possui delimitações quanto ao exercício profissional e aos códigos de ética, portanto, o que ocorreu foi o exercício do poder profissional, quase como uma autocracia, em que coube ao médico, a partir dos posicionamentos do CFM e do Ministério da Saúde, tomar decisões conforme sua concepção pessoal e política. Vale salientar que a discussão aqui desenvolvida tem como eixo central a formação médica, pois social e historicamente, este profissional é o detentor de maior poder dentre as profissões da saúde; todavia, conforme Foucault descreve, o poder emana de todas as relações.

Nesta seção, é argumentado que a responsabilização pela vida e morte do outro, assumida pelos profissionais da saúde durante a pandemia da Covid-19, se configura como uma forma de violência contra os próprios profissionais, pois, se tiveram que tomar essas decisões, foi porque a política e a sociedade não cumpriram seu papel de proteção da vida. Assim, fica evidente que os profissionais da saúde não estão preparados e não são formados para estas decisões e que, apesar da autonomia e do poder que lhes é atribuída pelo exercício profissional, práticas de não violência em saúde precisam ser fomentadas como dispositivo ético em saúde.

Para isso, se faz necessário um novo imaginário em saúde; assim, as contribuições da tese apresentada por Butler (2015) em seu livro *Relatar a si mesmo* – a constituição do sujeito dar-se-á pelas condições de possibilidade de uma relação moral em relação a si mesmo e ao outro – e da tese apresentada em seu livro *A força da não violência*, em que Butler (2021, p. 73 e 74) afirma: “se o ato que imagino realizar pode ser, em princípio, aquele que também me atinge, não há como separar a reflexão sobre a conduta individual das relações recíprocas que constituem a vida social”, são pertinentes para pensar numa ética em saúde que se oponha às

violentas tentativas de normalização da morte e fomentem um imaginário em que os cuidados em saúde sejam igualitários a todos, sem exceções.

Além disso, foi realizada uma revisão sobre a formação ética em saúde a partir dos dilemas vivenciados pelos profissionais da área durante a pandemia da Covid-19. Para isso, foram selecionados os principais periódicos que se dedicaram a essas discussões durante e após a pandemia. São eles: Revista Brasileira de Educação Médica, Revista Cogitare, Revista Bioética e Revista Interface, num recorte temporal de 2020 a 2024. Os resultados se concentraram no debate sobre a formação médica e poucos estudos específicos sobre as demais profissões; entretanto, há um consenso de que a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade são caminhos possíveis e necessários, apontando para a importância de decisões coletivas e sobre o papel da solidariedade em saúde.



Fonte: Gente del Futuro. Konstantin Yuon. 1929. Russia. 100x66.2cm.

Freitas et al (2021) afirmam que, ao longo da história da medicina, várias tentativas foram feitas para incorporação da ética na profissão, uma vez que o trabalho médico não se restringe à técnica, mas engloba as relações interpessoais e as decisões de saúde pública. Neste sentido, a incorporação de códigos e juramentos como um imperativo ético normativo a ser seguido inicia-se com o Juramento de Hipócrates, de caráter impositivo e paternalista. Depois, no século

XVIII, há incorporação de deveres diante da necessidade de ligar a medicina ao Estado. Mais tarde, em 1803, Thomas Percival publica o primeiro código de ética médica. Na segunda metade do século XX foi preciso ampliar o debate ético para considerar os aspectos ambientais e de sobrevivência humana, ampliando as questões para além da deontologia; é neste momento que surge a bioética principialista. Os autores afirmam que, diante da pandemia da Covid-19, os dilemas bioéticos vivenciados demonstram que o modelo principialista já não é suficiente, pois a previsão dos efeitos das políticas adotadas sobre a população fora comprometida, não sendo possível aferir a possível beneficência ou nocividade delas, sendo necessário um novo imaginário ético-político em saúde.

É neste sentido que as discussões realizadas por Butler (2021) são pertinentes e contribuem para pensar em formas de não violência que sustentam esse novo imaginário ético-político dentro do campo de saber da saúde. Butler (2021, p. 34) parte da premissa de que “a violência contra o outro é a violência contra si mesmo” para fundamentar toda sua ética da não violência. Assim, um primeiro elemento surge diante do exercício do poder da autonomia profissional: se uma decisão é tomada de forma individual, tem-se que dimensionar que ela faz parte de uma conjuntura maior, que legitima e autoriza esse tipo de exercício sobre a vida e a morte. Portanto, o que Butler (2021) argumenta é que justamente esse tipo de legitimação e autorização para o uso do poder, de forma a atender um determinado interesse político, é que culmina na existência de vidas enlutáveis e não enlutáveis.

As pessoas podem ser enlutáveis ou merecer direito ao luto apenas na medida em que essa perda é reconhecida; e a perda só pode ser reconhecida quando se estabelecem condições para isso no interior de uma linguagem, de uma mídia, de um campo cultural e intersubjetivo de alguma espécie (Butler, 2021, p. 90).

Portanto, percebe-se que os interesses de determinados grupos políticos foram impostos às pessoas e aos profissionais da saúde. No que tange à saúde, os conselhos profissionais têm por função social regulamentar e normalizar práticas em saúde de acordo com as especificidades de cada profissão. Neste sentido, Delduque (2021) fez uma revisão sobre a atuação dos conselhos profissionais durante a pandemia da Covid-19 e concluiu que houve inúmeras emissões de atos normativos que privilegiaram aspectos administrativos e raros posicionamentos embasados cientificamente para regular medidas de enfrentamento ao vírus. Além disso, os conselhos foram atuantes para a disseminação de notícias de interesse comum, tais como capacitações e informações de proteção ao vírus por meio das redes sociais. A autora

conclui que os conselhos fizeram um papel importante durante o período da pandemia, usando de seu poder regulador para apoiar as autoridades sanitárias. Entretanto, há diferentes posicionamentos dentre os conselhos da mesma classe profissional, no que diz respeito às medidas de contingenciamento do vírus.

Nicida e Teixeira (2023) realizam uma importante discussão sobre as controvérsias apresentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no que diz respeito à autonomia profissional e às diferentes medidas terapêuticas adotadas durante a pandemia da Covid-19. As autoras argumentam que o papel dos conselhos profissionais consiste em legitimar o monopólio e propor melhores práticas por meio da sistematização e organização de conhecimentos, bem como a formulação dos Códigos de Ética. Assim, o conselho profissional é visto como um ator social com interesses próprios e que, ao longo dos anos, ampliou seu papel de normatização dos registros profissionais e fiscalização de atividades para emissão de pareceres referentes a procedimentos, técnicas e inovações.

Dessa forma, diante do uso da cloroquina, o CFM se posicionou de forma contrária à limitação da autonomia profissional, o que causou grandes embates com diversos setores da sociedade, uma vez que, na época, não havia evidências científicas disponíveis que sustentassem seu uso. As autoras identificam que os argumentos utilizados pelo CFM se centraram na preocupação com a vida econômica e social, no que diz respeito a instabilidade financeira e saúde mental dos indivíduos, além de isentar os médicos do ato de infração ética diante da excepcionalidade da pandemia, devendo ser respeitados o direito da autonomia do médico e a vontade do paciente.

Nicida e Teixeira (2023) ainda mencionam que a recomendação do CFM para uso da hidroxicloroquina omitiu o artigo V do código de ética médica, no qual menciona que cabe ao médico aprimorar seu conhecimento científico a partir das novas evidências e que, apesar das publicações científicas não mostrando eficácia da medicação, o CFM não atualizou sua recomendação.

Vale salientar que, mesmo diante das normativas emitidas pelo CFM, muitos médicos se posicionaram contrários a elas, evidenciando que, apesar do papel social do conselho profissional, a adoção destas medidas não foi unânime e sim passível de críticas importantes dentro da classe médica. Cavalcanti (2024) realizou um mapeamento de postagens nas redes sociais de médicos com críticas ao CFM durante o segundo ano da pandemia (2021), nas quais foram encontradas críticas quanto ao silêncio do CFM frente às novas evidências científicas no que diz respeito ao uso da cloroquina e às declarações polêmicas do então presidente Bolsonaro;

solicitações de *impeachment* dos gestores do CFM que usaram de seu poder para propagar o charlatanismo no meio médico (lembrando que os gestores são eleitos pelos próprios médicos); ao reconhecimento por parte do conselho do uso da autonomia médica como fator determinante para prescrição da cloroquina, sem levar em consideração as evidências científicas e omissão do CFM frente ao caso da *Prevent Senior*, em que o uso da hidroxicloroquina foi realizado sem consentimento ético.

Todo esse mecanismo de poder exercido pelos conselhos profissionais configuram um projeto político e ideológico próprio. A análise realizada por Foucault (2021) em seu texto *O nascimento da medicina social*, a partir da relação entre Medicina e Estado, contribui para entender como o exercício do poder foi utilizado pelo CFM. Ao resgatar como a medicina tornou-se social, a partir das experiências alemã, francesa e inglesa, Foucault salienta os diferentes interesses vigentes no final do século XIX:

[...] uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização e uma medicina com faces e formas de poder diferentes (Foucault, 2021, p. 170).

O modelo brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS) foi embasado na experiência inglesa que, desde a sua origem, fomentava uma medicina social, voltada aos mais pobres, com a intenção de evitar o adoecimento da população, ao mesmo tempo em que se defendia o fortalecimento de uma medicina privada com maiores recursos para as elites. Atualmente, isso se traduz nos embates entre o SUS e a Saúde Suplementar, em especial nos interesses corporativos e das indústrias farmacêuticas.

Dessa forma, no que tange aos conselhos profissionais, eles possuem funções reguladoras e regulamentadoras que implicam relações de poder numa forma de governamentalidade política ligada à razão de Estado, cuja arte de governar se constitui a partir de princípios específicos. Nesse sentido, o posicionamento do CFM encrudescou sua face de poder sobre a população quando operacionalizou um projeto político próprio e não voltado ao bem-estar comum.

Assim, diante dos dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais da saúde, tais como a adesão ao isolamento social, a administração de medicamentos sem eficácia comprovada e o

uso de protocolos de priorização de atendimentos, os conselhos profissionais são instituições de poder que precisam estar embasadas em referenciais que sustentam e garantem o direito à saúde, mesmo diante da excepcionalidade da escassez de recursos. Além disso, deve estar à frente das recomendações, a partir dos aprendizados já vividos, para orientar eticamente a melhor conduta aos profissionais da saúde. Para isso, os próprios conselheiros precisam ser formados dentro de uma conjuntura ética que vá além das concepções tradicionais da ética em saúde, ou seja, não basta definir quais são os direitos e deveres, bem como estabelecer os limites da autonomia profissional, é necessária a inclusão de novos saberes e diferentes posicionamentos morais, éticos e políticos dentro do escopo da prática profissional em saúde.

Nesse sentido, as contribuições de Butler (2015) ajudam a ampliar os referenciais éticos-políticos para se pensar em práticas da não violência. Quando questiona “quem é esse outro que me define?” e “como devo tratá-lo?”, a autora avança na discussão sobre a função das normas que, além de direcionar a conduta, também condiciona o possível surgimento de um encontro entre “eu” e o “outro”. É nesse encontro com o outro que o sujeito é exposto e identifica sua singularidade, ao mesmo tempo que impressões sobre si mesmo e sobre sua história não são totalmente recuperáveis e, portanto, a linguagem não dá conta de narrar o si mesmo.

Será inútil, portanto, diluir a noção do outro na sociabilidade das normas e afirmar que o outro está implicitamente presente nas normas pelas quais se confere o reconhecimento. Às vezes a própria falta de reconhecimento do outro provoca uma crise nas normas que governam o reconhecimento. Se e quando, na tentativa de conceder ou receber um reconhecimento que é frustrado repetidas vezes, eu ponho em questão o horizonte normativo em que o reconhecimento acontece, esse questionamento faz parte do desejo de reconhecimento, desejo que pode não ser satisfeito e cuja insatisfabilidade estabelece um ponto crítico de partida para o questionamento das normas disponíveis (Butler, 2015, p. 30).

É neste encontro com o outro que a possibilidade de narrar a si mesmo se configura como uma nova oportunidade de agir sobre si mesmo. É nesta prática ética que Butler (2015) propõe uma outra relação com a crítica social, pois se o sujeito se posiciona de forma a reconstruir as normas que o definem, ele deve ter cautela para entender os limites do que pode ou não fazer. Assim, a autora conclui que é desse encontro com o outro que surge uma implicação ética do si mesmo para com os outros.

Assim,

[...] para agirmos eticamente, tanto para um como para outro, devemos admitir o erro como constitutivo de quem somos. Isso não significa que somos apenas o erro, ou que tudo que dizemos é um equívoco ou está incorreto. Mas significa que nosso fazer é condicionado por um limite constitutivo do qual não podemos dar um relato completo, e essa condição é, paradoxalmente, a base de nossa responsabilização (Butler, 2015, p. 130).

É diante do reconhecimento de nossos limites que encontramos a capacidade de nos responsabilizarmos sobre nós mesmos e sobre o outro. Assim, presume-se que, ao deliberar sobre uma determinada prática em saúde, tanto quem delibera quanto quem executa são corresponsáveis pela ação praticada. Assim, especificamente sobre a prescrição, dispensação e administração de medicamentos sem eficácia, os profissionais da saúde possuem autonomia para aderir ou não a essa prática. Porém, diante do cenário de disseminação de notícias falsas e da ausência de evidências científicas mais robustas, as orientações e protocolos para uso destas medicações evocaram, por parte dos conselhos profissionais, posições contrárias ao próprio código de ética das profissões em saúde, que proíbem a execução de uma prática sem comprovação científica. Portanto, o deslocamento ético ocorreu em defesa da autonomia profissional e do paciente, subjetivando ainda mais o fazer em saúde. Isso foi agravado pela disseminação de notícias falsas pelas próprias instituições de saúde.

Figueiredo et al (2022) realizaram um estudo documental sobre a disseminação de notícias falsas durante a pandemia e concluíram que muitas notícias foram veiculadas pelas instituições e pelos profissionais de saúde, o que fragiliza o próprio setor, com consequente redução da confiança nos profissionais, nas instituições e na ciência. Nesse sentido, os autores afirmam que esse é um problema de saúde pública e que cabe à formação profissional se modernizar para atender às novas demandas sociais. Assim, defendem o fortalecimento dos processos educativos e convocam os profissionais da saúde a se posicionarem contra a desinformação.

Dessa forma, tem-se a autonomia profissional como uma forma de poder autocrata que se sobrepõe ao próprio bom-senso e sobre as próprias normatizações éticas em saúde. Assim, Butler (2015) afirma que é preciso romper com a cultura de si que fomenta uma autoridade do sujeito sobre o outro, de forma que a individualidade fortalece o senso de imunidade e, portanto, um “tipo narcisismo apoiado por meio de modos de individualismo socialmente impostos” (Idem, 2015, p. 154), culminando numa violência ética que ignora o outro. A autora defende

que devemos abandonar o “eu” autossuficiente como um tipo de posse, a fim de estabelecer a moral como um impulso criativo em que o sujeito deve sair de uma posição de autoridade, a fim de exercer a crítica capaz de reposicioná-lo no jogo histórico da submissão e da insubmissão.

O que Butler (2015) propõe é que a atividade crítica vá além do si mesmo para a inclusão de um outro; isso ocorre pela via da constituição do sujeito a partir das normas e regras impostas socialmente, mas também pela relação do si mesmo com este outro que resiste e, ao mesmo tempo, reconstitui a prática de si.

Para Butler (2015, p. 13):

Se o “eu” não está de acordo com as normas morais, isso quer dizer apenas que o sujeito deve deliberar sobre essas normas, e que parte da deliberação vai ocasionar uma compreensão crítica de sua gênese social e de seu significado. Nesse sentido, a deliberação ética está intimamente ligada à operação da crítica. E a crítica comprova que não pode seguir adiante sem considerar como se dá a existência do sujeito deliberante e como ele pode de fato viver ou se apropriar de um conjunto de normas. Não se trata apenas de a ética se encontrar envolvida na tarefa da teoria social, mas a teoria social, se tiver de produzir resultados não violentos, deve encontrar um lugar de vida para esse “eu”.

É no domínio de encontrar um lugar de vida para esse “eu” que ele se torna enlutável. Assim, a partir da tese de que é do encontro com o outro que surge uma implicação ética do si mesmo para com os outros, que Butler (2021) defende a necessidade de novas relações que aceitem a interdependência como fundamento da existência humana e isso só ocorre quando todas as vidas são enlutáveis:

Ser enlutável é ser interpelado de tal maneira que sabemos que nossa vida importa, que a perda da nossa vida importa, que nosso corpo é tratado como um corpo que deve ser capaz de viver e se desenvolver, cuja precariedade deve ser reduzida, e para qual o devem estar reunidas as condições de prosperar. A suposição de um igual direito ao luto não seria apenas uma convicção ou uma atitude com a qual outra pessoa nos saúda, mas um princípio que ordena a organização social da saúde, alimentação, moradia, emprego, vida sexual e vida cívica (Butler, 2021, p. 59).

Dessa forma, ser enlutável é a premissa básica de um novo imaginário social e político em que todas as vidas importam. É desta concepção que Butler (2021) tece toda sua

argumentação sobre a força da não violência a partir das ambiguidades presentes no âmbito social e político, e consiste numa forma de luta que perpassa na valorização e reconhecimento do direito ao luto de todas as pessoas:

[...] não existe prática de não violência que não envolva negociação de ambiguidades éticas e políticas fundamentais. Isso significa que “não violência” não é um princípio absoluto, mas o nome de uma luta contínua. [...] o poder social e político de estabelecer a existência dos que têm sido conceitualmente anulados, conquistar o direito ao luto e o valor dos que têm sido classificados como dispensáveis e insistir na possibilidade de julgamento e justiça nos termos da mídia contemporânea e das políticas públicas, que oferecem um vocabulário desconcertante e bastante tático para nomear própria e impropriamente a violência (Butler, 2021, p. 34).

Butler (2021) argumenta que o legado político do individualismo e de uma ética egológica precisam ser refutados por meio da crítica social, para então se repensar os laços sociais. Assim, é justamente o individualismo que sustenta uma concepção de moralidade em saúde descrita em códigos e condutas que sedimentam o “eu” como uma autoridade que deve ser preservada e protegida. Para Butler (2015), a moral não é uma construção racional, mas é acompanhada pelos fatos históricos. A conduta moral não é uma conformação às condutas prescritas por determinado código, muito menos a interiorização da proibição ou da interdição; toda ação moral tem a ver com as regras, com os princípios de uma sociedade, mas tem uma relação do sujeito com si mesmo – não é uma consciência de si – ter consciência de si é uma coisa (saber que vivo numa cultura que me impõe regras) – outra coisa é dizer que eu sou um sujeito moral – é aquele que elabora essas normas, é aquele que se posiciona criticamente sobre as normas.

Antes de julgar o outro, devemos ter algum tipo de relação com ele. Tal relação vai fundar e fundamentar os juízos éticos que finalmente fizermos. De alguma maneira, teremos de fazer a pergunta “Quem és?”. Se nos esquecermos de que estamos relacionados àqueles que condenamos, mesmo que devamos condená-los, perdemos a chance de ser eticamente educados ou “interpelados” pela consideração de quem são e o que sua individualidade diz acerca da gama de possibilidades humanas existentes, e ainda de nos preparar contra ou a favor dessas possibilidades. Também nos esquecemos de que julgar o outro é um modo de interpelação: até mesmo as punições são declaradas, muitas vezes transmitidas, diante do outro, exigindo sua presença física (Butler, 2015, p. 56).

Portanto, não basta a descrição de normas e regras para conduzir decisões éticas em saúde, pois o juízo sempre revela uma relação, devendo esta ser reconhecida por quem julga e pelo julgado, a fim de que o exercício da não violência seja praticado como um *ethos*. Para isso, Butler (2015) argumenta que é necessário reconhecer os limites do conhecimento de si para estabelecer uma concepção ética, pois é na opacidade do sujeito, ou seja, naquilo que resiste e que *a priori* é inconsciente, e na relação que ele estabelece com o outro, que o desconhecimento de si mesmo surge como uma condição de dependência, em que o sujeito não está autorizado a fazer o que quer ou a ignorar suas obrigações para com os outros.

A opacidade do sujeito pode ser uma consequência do fato de se conceber como ser relacional, cujas relações primeiras e primárias nem sempre podem ser apreendidas pelo conhecimento consciente. Momentos de desconhecimento sobre si mesmo tendem a surgir no contexto das relações com os outros, sugerindo que essas relações apelam a formas primárias de relacionalidade que nem sempre podem ser tematizadas de maneira explícita e reflexiva. Se somos formados no contexto de relações que para nós se tornam parcialmente irrecuperáveis, então essa opacidade parece estar embutida na nossa formação e é consequência da nossa condição de seres formados em relações de dependência (Butler, 2015, p. 25).

Assim, no que diz respeito ao empoderamento da autonomia profissional em saúde para tomada de decisões sobre a vida e a morte das pessoas, tal prática necessita ser repensada em prol da inclusão do “outro” como agente que sofre as consequências destas ações a partir das relações de “interdependência” descritas por Butler (2021). Portanto, mesmo diante de um cenário de escassez de recursos, legitimar a autonomia profissional como detentora de um poder que culmina na proteção ou no extermínio de vidas, em especial, das vidas não enlutáveis, não se configura como uma prática sensata e muito menos ética, além de apresentar consequências psíquicas aos profissionais da saúde.

Bardy (2022) afirma que a individualização do cuidado presente durante a pandemia da Covid-19 frente a gestão desastrosa do governo federal, em termos de vidas perdidas, culminou na impossibilidade material de efetivar o cuidado em saúde, acarretando no esgotamento psíquico dos profissionais da saúde.

Vimos também como os sentimentos de desprezo em relação às mortes da pandemia enunciados pelo governo afetaram diretamente o cotidiano micropolítico das emoções dos trabalhadores da saúde, fator que deve ser

incluído na conta dos danos psicológicos infligidos a estes profissionais durante o contexto pandêmico (Bardy, 2022, p. 109).

Além disso, a precarização da política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) causa a desestabilização das estruturas psíquicas necessárias para a produção do cuidado e a promoção da saúde. Nesse sentido, Bardy (2022) defende a busca pela ampliação das fronteiras de governança, das redes sociotécnicas e das pactuações políticas como medidas fundamentais para enfrentamento dessas precarizações. Dessa forma, a descentralização do governo bioético dos profissionais de saúde para além das normas deontológicas e diceológicas, permite compreender que o SUS é um lugar da presença do comum, assim como argumentou Esposito (2017), ou seja, um lugar de resistência a toda estratégia imunizatória da biopolítica, transformando-o num órgão da comunidade.

Trott (2022) afirma que os processos subjetivos vividos pelos profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19, tais como o medo, a impotência e o luto geraram a necessidade de resiliência no que tange às novas formas de estar em equipe, na qual o senso de comunidade foi crucial para a governabilidade do cuidado, a partir da solidariedade e da cooperatividade.

Nesse sentido, a formação ética em saúde necessita ser explorada por uma perspectiva que vá além da defesa da autonomia profissional. Lopes et al (2023) realizaram uma revisão sobre a ética nos serviços de saúde e identificaram que há um elevado número de estudos que abordam a ética somente sob a perspectiva clínica-deontológica e de forma superficial. Assim, defendem que a ética não se limita a um código de conduta, mas a um *ethos* que diz respeito a todas as atitudes e relações de um indivíduo. Dessa forma, a ética em saúde não se resume à resolução dos problemas presentes durante os atendimentos aos pacientes, mas também ao bem-estar profissional e à qualidade das relações organizacionais.

Carvalho, Soares, Ferreira (2023) realizaram um estudo para identificar o nível de conhecimento ético-legal dos estudantes de Medicina e identificaram que, nos últimos vinte anos, houve uma estagnação na estrutura educacional e organizacional dos cursos de ética e bioética nas escolas médicas, com ausência significativa de aumento do número de disciplinas e de docentes especialistas com carga horária específica para esse ensino. Além disso, mencionam que as escolas médicas brasileiras mantêm o modelo de formação baseado somente na deontologia e no formato de disciplina isolada, sem contextualização frente às transformações sociais, além da descrição genérica das competências e habilidades que precisam ser formadas. Os autores identificam correspondência entre o ensino dos componentes ético legais com o maior nível de conhecimento dos acadêmicos e mencionam que as

dificuldades identificadas são mais visíveis frente a globalização e avanços científicos, e se traduzem na comunicação, na disponibilidade, na relação médico-paciente e na insatisfação, por parte da população, com os atendimentos médicos prestados.

Gontijo (2021) argumenta sobre a necessidade de uma formação ética em saúde frente às lacunas existentes na atual formação médica. A autora aponta que historicamente a medicina privilegia as competências técnicas e científicas e negligencia os componentes éticos e humanos. Assim, a relação médico-paciente foi se tornando mais impessoal com consequente relato de falhas, erros, descasos e divergências nos atendimentos, além da redução da vida e história do paciente a números e casos interessantes. Portanto, se faz necessária uma formação que conduza os acadêmicos à reflexão sobre as situações cotidianas e os valores morais envolvidos para a tomada de decisão, pois a prática em saúde necessita da incorporação de valores intrínsecos à vida humana para além dos princípios bioéticos.

Assim:

Mais do que aprender teorias ou discutir os grandes filósofos, os alunos devem ser capazes de despertar em si mesmos sentimentos e atitudes que os levem a valorizar convicções humanistas e humanitárias, e adotar comportamentos justos e empáticos como elementos essenciais da boa prática médica, de modo que se tornem moralmente competentes (Gontijo, 2021, p. 5).

Petry, Biasoli (2021) afirmam que a medicina contemporânea é baseada no paradigma tecnicista e que frente à modernidade e à sociedade multifacetada, a formação médica e as universidades precisam focar nas dimensões axiológicas e ético-morais, pois atualmente há um déficit na formação destes quesitos, ainda mais diante da “tênue linha que separa os interesses humanitários dos interesses econômicos, gerando certo ceticismo no primado da ética sobre o capital na questão da saúde” (idem, p. 9). Desta forma, a preocupação didático-pedagógica deve voltar-se para os valores e virtudes, tais como caráter, liberdade, respeito, amor, paciência, compaixão, humildade, responsabilidade, justiça, coragem, fortaleza, prudência, entre outros, para suscitar nos acadêmicos o exercício dos valores humanos.

Raimondi, Tourinho (2020) discutem que, com o advento da pandemia da Covid-19, há necessidade de relacionar as competências profissionais para contextos específicos, a partir da mobilização do raciocínio crítico, dos conhecimentos e das condutas éticas. Assim, identificam a importância de se repensar os currículos no que tange a articulação dos processos de ensino-aprendizagem aos sistemas de saúde e as reais necessidades da população. Advertem que

somente repensar o currículo não é suficiente, pois é preciso que as escolas médicas, de fato, estejam compromissadas com a responsabilidade social. Dessa forma, propõem maior diálogo entre os acadêmicos, docentes, comunidade e gestores; formação orientada pelo e para o SUS; romper com o ideário machista e egóico da profissão que relaciona gênero ao atributo de força, desconsiderando o sofrimento psicoemocional dos profissionais da saúde; uma formação humanística voltada para o trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional; comunicação efetiva, afetiva e não-violenta; uso racional e ético das redes sociais e combate às fake news; promoção da solidariedade como eixo norteador das ações e da formação em saúde.

Nobre et al (2023) resgatam alguns aspectos históricos sobre o ensino médico no Brasil. Relatam que, até o século XVI, a medicina baseava-se na observação e na experimentação e estava, em grande parte, sob o comando da igreja. Foi somente em 1910, nos Estados Unidos, a partir das mudanças propostas por Abraham Flexner, que o ensino médico passou por reformas, sendo a mais importante delas a divisão da formação em ciclo básico e clínico. No Brasil, a Lei nº 5.540 de 1968 promulgou a reforma universitária durante o período militar, que instituiu as mudanças propostas por Flexner; entretanto, esse modelo sofre duras críticas até hoje, pois privilegia somente o cientificismo em detrimento dos saberes e competências humanísticas. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina, reformuladas em 2014, orientam para o uso de metodologias ativas e maior protagonismo dos estudantes, a fim de torná-los mais preparados para a resolução de problemas, atuarem em equipes, bem como o desenvolvimento de conhecimentos transversais e multiprofissionais, propondo, assim, um rompimento com a tendência anterior. Nesse sentido, muitas escolas médicas investiram na implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), metodologia ativa baseada na resolução dos problemas complexos presentes nos cenários da saúde, porém há desafios para sua implementação que perpassam uma mudança de paradigma no papel docente e discente. Além disso, as mudanças na formação também se referem aos processos avaliativos, com investimento em avaliações formativas e contínuas.

Nobre et al (2023) identificam lacunas na DCN sobre a formação médica, em especial após o advento da pandemia da Covid-19, no âmbito da telemedicina, direito médico, marketing médico, empreendedorismo e gestão em saúde, propondo, assim, uma série de medidas para a sua melhora. Entre elas, citam o Projeto de Inovação Tecnológica em Saúde, experiência exitosa no curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em que alunos de vários cursos de graduação da área desenvolvem projetos voltados para a resolução de problemas vivenciados no SUS, tais como o gerenciamento de filas, acolhimento e saúde mental

dos estudantes. Além disso, mencionam a importância da inclusão dos aspectos étnico-raciais, humanísticos, culturais, ambientais numa perspectiva multidisciplinar baseada nos conhecimentos sobre os direitos humanos e dignidade da pessoa humana; estímulo à formação ética e humana por meio do ensino e acompanhamento do uso racional das redes sociais; e a inserção do estudante na comunidade, desde o início do curso, a fim da construção de novos currículos comprometidos com a defesa da cidadania, dignidade humana, saúde integral do ser humano, “de modo a quebrar a visão do médico como detentor do conhecimento e aquela do paciente como mero objeto de estudo” (Idem, p. 4).

Diante desse mesmo contexto, Prevedello, Goés, Cyrino (2022) afirmam que a Educação Interprofissional (EIP) é uma ferramenta importante como recurso para o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes colaborativas na área da saúde. Identificam experiências exitosas na literatura em que a aprendizagem dos estudantes, residentes, formadores e da própria equipe de saúde foi facilitada pela interprofissionalidade, em especial aquelas destinadas ao reconhecimento da integralidade da assistência e ao SUS como norteador das ações em saúde para promoção da integração ensino-serviço-comunidade. Entretanto, identificam que se trata de uma ferramenta complementar à formação em saúde, e que ainda possui pouco apoio institucional, motivação e capacitação pedagógica para sua implementação.

Godoi Segundo, Costa (2023) realizam uma revisão integrativa sobre a formação ética e bioética nos cursos de Medicina. Os autores concluíram que o uso das metodologias ativas constitui uma prática pedagógica preferível para o ensino da ética, entretanto há baixa carga horária dos currículos destinadas a essa formação, e a necessidade de investimentos no ensino para os debates atuais que incluem os cuidados paliativos, a responsabilidade médica e o uso das redes sociais.

Geremia et al (2020) afirmam que a pandemia da Covid-19 reacendeu a importância sobre o debate do processo de formação dos profissionais da saúde nas Instituições de Ensino Superior (IES) e nos serviços de saúde frente a falta de equipamentos, leitos hospitalares e de terapia intensiva, escassez de kits para diagnósticos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), subfinanciamento e baixa articulação entre os serviços da rede assistencial, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais. Os autores mencionam a necessidade do desenvolvimento do ensino alinhado aos pressupostos teóricos do SUS e a ampliação da integração ensino-serviço como medidas fundamentais para a formação dos profissionais. Além disso, defendem a inclusão do campo político na formação por meio da integração ensino-serviço, no qual os acadêmicos, ao se depararem com a complexidade dos cenários de prática, são sensibilizados

para propor mudanças e melhorias, tornando-os, assim, mais qualificados para o exercício profissional.

Merhy et al (2022) afirmam que a pandemia da Covid-19 colocou em xeque o princípio da universalidade defendida pelo SUS e evidenciou as lutas que ocupam os coletivos sociais em prol da constituição de uma rede de proteção social às vidas. Mencionam que durante e após a pandemia houve um esvaziamento dos modos coletivos de produção do cuidado com o retorno do saber biomédico, maior valorização e uso das tecnologias invasivas, uso de tratamentos sem qualquer comprovação científica e fragmentação das linhas de cuidados já então estruturadas, como o pré-natal, cuidados às pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e diminuição do número de visitas domiciliares. Consequentemente, foi criado um ambiente favorável à tomada de decisões de forma autoritária e centralizada, enfraquecendo muitas equipes em sua potência de agir e deixando os usuários dos serviços ainda mais vulneráveis, fortalecendo, assim, maior disciplinarização dos corpos, reforço na centralidade de diversas profissões e especialidades em prol de outras e tendência a maior valorização da clínica e de seus procedimentos em relação às medidas preventivas.

Como caminhos possíveis, os autores descrevem o papel da Saúde Coletiva como campo de contraposição às medidas imunitárias e que as abordagens baseadas na comunidade, nos cuidados primários em saúde, centrado nas pessoas e fortalecido pela incorporação de recursos, são fundamentais para a construção do SUS e melhora da saúde dos brasileiros. Entretanto, argumentam que a Saúde Coletiva precisa atravessar o conceito de ‘população’ como um termo genérico que contempla várias vidas para um campo de proteção e defesa de todas as vidas, em especial as mais vulneráveis, de forma a proporcionar produção de mais vidas centrada nas redes de existência dos outros e, para isso, deixar a lógica normalizadora dominante hoje.

Merhy et al (2022) afirmam que é preciso revisar o componente político de tal forma que ele não se restrinja aos direitos garantidos pelo Estado, pois eles ficam à mercê das subjetivações capitalistas, mas também pela construção de amizades, da vida coletiva como arte por agenciamentos coletivos.

Assim, de forma geral, os autores supracitados argumentam que há necessidade de maior aproximação da formação em saúde com as dimensões ética e humana por meio da ampliação do debate sobre valores e virtudes em saúde; formação voltada para a coletividade, solidariedade, cooperatividade e para a responsabilidade social; extrapolação das discussões éticas para além da deontologia e da diceologia; ampliação o conceito de população para inclusão das vidas não enlutáveis; e reestruturação curricular pedagógica e conteudista sobre a

ética em saúde. Para isso, o referencial filosófico político de Butler (2021) se faz pertinente como fundamento para essas práticas, pois é a partir do exercício crítico que o reconhecimento da interdependência social gera uma prática coletiva de resistência motivada pelo reconhecimento da injustiça social.

Dessa forma, pensar em uma formação ética da não violência consiste em proporcionar espaços para o exercício de prática coletivas fundamentadas no que Butler (2021, p. 161) denominou de *igualdade radical*, ou seja, ações que “abandonem uma perspectiva individualista, própria do neoliberalismo, e reconheça o caráter interdependente das vidas humanas, bem como a sua interdependência com as vidas não-humanas e os sistemas vivos, incluindo a terra e a natureza”.

Assim, no que diz respeito aos aspectos políticos para uma formação ética da não violência em saúde, Butler (2021, p. 46) propõe que a prática da não violência consiste em uma agressividade que age sobre as bases que sustentam o próprio imaginário político:

Proponho pensarmos primeiro em uma ética da não violência que presuma formas de dependência e interdependência que não são administráveis ou que se tornam fonte de conflito e agressão. Em segundo lugar, proponho considerarmos como nosso entendimento de igualdade está relacionado com a ética e a política da não violência. Para que essa relação faça sentido, teríamos de incluir em nossa ideia de igualdade política o direito igualitário das vidas ao luto porque apenas o afastamento de um provável individualismo nos permitirá compreender a possibilidade de uma não violência agressiva: aquele que emerge em meio ao conflito, aquela que se instala no próprio campo da força da violência. Isso significa que tal igualdade não é apenas a igualdade dos indivíduos em relação uns aos outros, mas um conceito que se torna concebível, inicialmente, quando uma crítica ao individualismo é realizada.

Dessa forma, a autora fundamenta uma prática ética na qual a “interdependência” é a base dos laços sociais, uma forma de resistência às formas de violência, na qual a agressão é redirecionada à defesa dos ideais de igualdade e liberdade:

A não violência deve ser compreendida como uma prática social e política empreendida de comum acordo, culminando em uma maneira de resistir às formas sistêmicas de destruição, associada a um compromisso com a criação de um mundo que honre uma interdependência global que incorpore ideais de liberdade e igualdade econômicas sociais e políticas (Butler, 2021, p. 33).

Além disso, Butler (2021, p. 148) propõe a “vulnerabilidade” como fundamento de uma nova política, a qual consiste em uma forma de resistência capaz de se opor às formas de violência:

A vulnerabilidade não precisa ser identificada exclusivamente como passividade; ela só faz sentido à luz de um conjunto concreto de relações sociais, incluindo práticas de resistência. Uma visão da vulnerabilidade como parte das relações e das ações sociais concretas pode nos ajudar a compreender como e por que as formas de resistência surgem da maneira que surgem. Embora a dominação não seja sempre seguida de resistência, se nossos quadros referenciais de poder não conseguirem entender que vulnerabilidade e resistência podem funcionar juntas, corremos o risco de não identificarmos os pontos de resistência criados pela vulnerabilidade.

Assim, a partir das premissas da “vulnerabilidade” e da “interdependência” é possível tecer práticas de não violência em saúde. Serra et al (2021) afirmam que a pandemia da Covid-19 mostrou as potencialidades das respostas dos profissionais da área diante das inúmeras adversidades vivenciadas diariamente durante este período, fomentando o exercício de habilidades de comunicação, gestão, trabalho colaborativo e competências técnicas, sendo esta situação oportuna para revisar a formação acadêmica desses profissionais.

Nesse sentido, os autores mencionam que, mesmo antes da pandemia, já havia um consenso de que o modelo biomédico, um currículo disciplinar fragmentado, centrado no professor com o aluno pouco participativo, não é eficaz em formar os profissionais para lidar com as demandas sociais, e de trabalho. Além disso, documentos internacionais já preconizam a formação voltada para a resolução de problemas com uso das metodologias ativas, e, desse modo, as Diretrizes Curriculares Nacionais precisam contemplar melhor adequação da formação à realidade brasileira e ao trabalho no SUS, com a incorporação de competências para além do eixo cognitivo e técnico, mas também em práticas multidisciplinares e interdisciplinares com integração dos ciclos básicos e clínicos, centrado na atenção primária para atendimento às necessidades de saúde da população, aumento de horas do estágios obrigatórios, projeto pedagógico centrado no estudante, ênfase na educação permanente e capacitação do corpo docente.

Serra et al (2021) afirmam que há falta de consenso sobre os objetivos e competências que precisam ser alcançadas pelos estudantes durante o processo de formação em saúde e que, quando há o conteúdo programático, os critérios de avaliação estão desconectados do plano geral. Além disso, apontam para relações hierarquizadas dentro dos cursos e resistência por

parte dos docentes quanto às propostas mais inovadoras dos processos avaliativos. Afirmam que a capacitação dos profissionais para o trabalho colaborativo, para o ensino das habilidades de comunicação e de gestão, e para maior protagonismo dos estudantes são recomendações estratégicas para alcance de maior resolutividade e diminuição de erros e iatrogenias, aspecto este que ficou evidente durante a pandemia. Os autores ainda identificam que há uma cultura dentro da formação em saúde que considera o sofrimento psíquico como parte inerente do processo educativo para a formação de um bom profissional, bem como o estímulo à competição entre os discentes e docentes.

Agostini et al (2023) realizaram uma importante discussão sobre os saberes das ciências humanas e sociais em tempos de pandemia na formação médica. A partir da epidemia do HIV nos anos 80 e da recente Covid-19, os autores mencionam que as ciências humanas e sociais ajudam a “superar uma interpretação individualista do processo saúde-doença-cuidado e melhorar a acurácia dos conhecimentos sobre a forma extremamente desigual de as pandemias afetarem as pessoas e comunidades”, por meio do debate sobre o conceito de medicalização em saúde e do modelo positivista de ciência, pois foi notória, durante a pandemia da Covid-19, a “não neutralidade da ciência e os atravessamentos ideológicos em sua produção”. Assim, os autores propõem melhora da sistematização do debate sobre esses aspectos, rompendo com o ideário de que as ciências humanas e sociais são periféricas à medicina, a fim de promover mais espaço-tempo às reflexões “sobre a quem servem tanto a ciência quanto a ideologia do obscurantismo que a nega” (Idem, p. 5).

Costa, Costa, Pereira (2023) afirmam que, diante das demandas contemporâneas, o papel docente em saúde precisa ser ressignificado, em especial nos aspectos emocionais presentes na relação com os acadêmicos, pois, desde as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais, a função dos professores é de ser um mediador entre as subjetividades e a realidade, sendo apoio para que o discente desenvolva suas habilidades psicoafetivas de forma segura e confiável. Comentam que não basta saber o conteúdo, mas que é preciso ocupar outros papéis, em especial aquele direcionado à disponibilidade emocional para lidar com as questões pessoais dos estudantes. Assim, propõe o desenvolvimento de espaços acadêmicos que propiciem o reconhecimento da liderança, inovação e excelência, para que o professor possa desenvolver suas potencialidades como mediador das ações diante do conjunto de crenças, valores e conhecimentos.

Borret et al (2020) afirmam que a pandemia da Covid-19 colocou em evidência o racismo estrutural e institucional na saúde, bem como o despreparo dos profissionais em reconhecer e

lidar com os impactos do racismo. Assim, desde 2004, quando publicada as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais para o Ensino da História e Cultura Afro-Brasileira e Americana (DCNERER), avanços ocorreram no processo de formação, mas, no que diz respeito ao nível superior, mesmo com as políticas afirmativas, esse espaço ainda é ocupado majoritariamente por pessoas brancas e ausente de discussões estruturadas sobre branquitude e privilégios nos processos de ensino-aprendizagem e de cuidado.

Desta forma, argumentam que uma formação em saúde pautada na integralidade e na equidade racial só é possível quando se reconhece o racismo como parte da subjetividade que constitui a população brasileira. Para isso, citam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o letramento racial como recursos que devem ser trabalhados na graduação em saúde por meio de treinamento, acolhimento e escuta qualificada em prol do desenvolvimento de um cuidado antirracista que perpassa empatia, reflexão crítica, defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos de saúde, autoestima, direito à cidadania, medidas de combate ao racismo interpessoal e institucional, políticas de permanência estudantil e antidiscriminatórias, espaços de sensibilização, capacitação de gestores e docentes, fortalecimentos dos coletivos negros, inclusão da temática nos currículos através de seminários, ligas acadêmicas, aulas, simpósios e disciplinas eletivas.

Nessa perspectiva, é possível pensar numa formação antirracista como componente ético-político em saúde. Cabral et al (2022) realizaram um estudo para identificar as relações entre raça e saúde na formação médica. Identificaram que há presença de disciplinas obrigatórias e optativas que abordam a temática sobre a raça na saúde, porém esse conhecimento é essencialmente teórico e não abordado na prática e nem de forma transversal. Diante disso, propõem que o campo da experiência para a compreensão da saúde racializada deve ser fomentado durante os estágios, no internato, com programas de extensão e com políticas institucionais de incentivo por meio de uma práxis dialógica, humanista e crítico-reflexiva de saúde da população negra, a fim de incentivar atitudes antirracistas e romper com teorias raciais de cunho biologicista que tem a raça como componente estruturante das iniquidades em saúde, pois estas já foram anteriormente exploradas no campo da saúde pública e da medicina.

Todos esses aspectos supracitados constituem caminhos possíveis para uma prática ética da não violência em saúde. Butler (2021, p. 155) afirma que é na oposição às formas biopolíticas de racismo e às lógicas de guerra que fazem distinção entre as vidas, que é possível reorientar o papel destrutivo das ambivalências presentes, bem como por meio da “crítica em si, associada

à preciosa e contrariada relação de solidariedade, em que nossos sentimentos navegam na ambivalência que os constitui”. “Dito isso, a violência e não violência seguem como questões ao mesmo tempo sociopolíticas e psíquicas; portanto, a reflexão ética sobre o debate precisa acontecer exatamente no limiar dos mundos psíquico e social” (Butler, 2021, p. 135).

Em suma, o que Butler defende é que, ao relatarmos a nós mesmos, nos deparamos com o “outro” e desse encontro há uma relação de interdependência no qual o “eu” busca sua diferenciação e singularidade. A ação de reconhecimento do outro leva a momentos de desconhecimento do “eu”, de forma que ambos são corresponsáveis por suas existências na vida social. Desta forma, ser enlutável é reconhecer essa interdependência como fundamento da vida social e política, na qual as normas, a partir de uma operação crítica, devem ser mediadas diante da ambivalência dos nossos sentimentos. Desta forma, uma prática ética da não violência só será possível a partir do exercício de imaginar um mundo e formas de vida não violentas:

Se tento preservar a vida do outro, não é apenas porque é de meu interesse preservá-la ou porque aposto que as consequências serão melhores para mim. Ao contrário, é porque já estamos unidos num laço social que precede e possibilita a vida de ambos. Minha vida não é totalmente separável da outra vida, e essa é uma das maneiras pelas quais a *phantasia* está implicada na vida social (Butler, 2021, p. 82).

A partir da tese apresentada por Butler é possível pensar em práticas éticas de não violência em saúde. Como apresentado em seções anteriores, a ambiguidade existente diante do isolamento social reforçou o senso imunitário, ou seja, o caráter individualista do “eu” que usou do seu direito de liberdade individual para tomar decisões que se opuseram às necessidades coletivas. Esposito (2017) propôs a necessidade do reconhecimento do senso comunitário como política social e, com a mesma intenção, Butler (2021) contribui ao mencionar que isso só é possível se rompermos com o individualismo do “eu” a partir da premissa que tudo o que fazemos ao outro, fazemos a nós mesmos. Neste sentido, uma prática ética de não violência consiste em compreender que ao me expor, contribuo para maior disseminação do vírus e, portanto, presumo não querer ser exposto. Assim, não se trata de uma redenção do direito individual, mas sim de uma promoção de um direito coletivo.

Infelizmente, muitos não tiveram a opção de isolar-se e foram brutalmente expostos para continuidade da ordem social e econômica. Assim, essas pessoas são as mais vulneráveis, devendo ser defendidas pelo Estado e pela sociedade. O fator agravante da pandemia da Covid-

19 no Brasil foi o modo como o governo federal conduziu suas decisões e, nesse sentido, o ordenamento jurídico foi acionado como Instituição para garantia dos direitos.

Aurelli (2021, p. 493) afirma que “se o Estado não cumpre com sua obrigação de proteger a vida e proporcionar acesso à saúde, entre em cena o Judiciário, que, quando provocado, venha exercer sua função social de realizar justiça”. Assim, o autor discorre sobre as inúmeras ações civis públicas feitas pelo Ministério Público e Defensoria Pública no que diz respeito às tutelas provisórias para abertura de leitos de UTI. Além delas, ações coletivas e mandados de segurança também foram expedidos, a fim de forçar o Estado a cumprir o artigo 196 da Constituição Federal que descreve a saúde como direito fundamental para prever a dignidade humana, sem distinção de qualquer natureza. Além disso, o autor comenta que o Estado pode ser responsabilizado diante do não cumprimento deste direito. É o que Butler (2021, p. 53) menciona: “quando as estruturas sociais falham ou inexistem, a própria vida vacila ou fracassa: a vida se torna precária”.

Ainda neste contexto, a OMS recomenda a relação de 3 a 5 leitos de UTI para cada mil habitantes. Gebran Neto (2021) afirma que essa proporção seria suficiente mesmo diante da alta demanda gerada pela pandemia; entretanto, no Brasil, a quantidade de leitos sempre foi inferior à recomendada. Assim, o autor questiona como devem agir os gestores diante da escassez de recursos humanos e materiais, uma vez que, diante da lei da oferta e da procura, os recursos disponíveis estavam superfaturados, incidindo sobre os gestores o medo de irresponsabilidade fiscal. O autor conclui que: “os órgãos de controle e o Poder Judiciário deverão adotar postura de compreensão e tolerância como os acertos e desacertos da administração pública, seja em decorrência das incertezas, seja por força da realidade caótica que se impôs. Entretanto, isso não representa um salvo-conduto” (Idem, p. 323).

Entretanto, a questão não se resume à irresponsabilidade fiscal ou ao preço dos produtos, mas sim à lógica da oferta e da procura, pois o recurso estava, sim, disponível, só que não para todos. Assim, uma prática ética de não violência diante deste contexto, de acordo com Butler (2021, p. 123), consiste “não em alterar um cenário político ou estabelecer uma nova ordem política, mas destruir a base social da própria política”. Para isso, a autora propõe uma nova ideia de “igualdade” na qual a “interdependência” se desdobre em práticas e instituições como novas formas de vida cívica e política:

Quando a igualdade é entendida como um direito individual (como no direito à igualdade de tratamento), ela é separada das obrigações sociais que temos uns para com os outros. Formular uma igualdade com base nas relações que definem nossa

existência social duradoura, que nos define como criaturas sociais vivas, é fazer uma reivindicação social – uma reivindicação coletiva em favor da sociedade, se não uma reivindicação do social como o quadro de referência em que nossos ideais de igualdade, liberdade e justiça tomam forma e fazem sentido (Butler, 2021, p. 49).

Desta forma, diante de situações de intensificação das vulnerabilidades sociais, a distribuição igualitária de recursos não deve seguir a lógica da oferta e da procura; os recursos precisam ser redistribuídos de acordo com o princípio da equidade. Logo, Butler (2021, p. 87) propõe uma expansão do princípio político de salvar vidas “por meios institucionais e econômicos e fazer isso sem distinguir populações immanentemente enlutáveis e populações que não o são”.

Assim, a principiologia do Sistema Único de Saúde (SUS) representa a força de não violência institucional que os brasileiros possuem, fruto de grande conquista popular nos anos 80, pois foram os serviços de saúde pública, as práticas médicas, científicas e de saúde que permitiram a sustentação do laço social e das atividades fundantes da vida frente à pandemia.

A gestão da pandemia pelo governo Bolsonaro para enfrentamento da Covid-19 possui profunda ligação com o desmonte do SUS, pois a lógica neoliberal defende cada vez mais um Estado menor, sustentando, inclusive, um ideal de país sem um sistema público de saúde (Matos, 2021).

Mendes e Carnut (2020) afirmam que a demolição dos direitos sociais decorrente do governo bolsonarista expõe a violência na expropriação dos direitos sociais e do direito à saúde da classe trabalhadora. Além disso, o subfinanciamento histórico do SUS e a introdução de novo modelo de financiamento à atenção primária à saúde tem por objetivo manter um sistema com poucos recursos sem atrapalhar as estratégias do movimento do capital no setor, como forma de apropriação privada dos recursos públicos.

Levitsky e Ziblatt (2018) afirmam que uma das maiores ironias de como as instituições democráticas morrem é o uso da própria defesa da democracia como pretexto para a sua subversão a partir de crises (como a pandemia da Covid-19) para justificar medidas antidemocráticas. Foi exatamente isso que aconteceu no Ministério da Saúde durante a gestão do General Pazuello. Estudos respeitados provando a ineficácia dos medicamentos do “kit-Covid” foram simplesmente ignorados e medidas antidemocráticas (decisões antiéticas como manipulação da bula da cloroquina, normativas sem evidências científicas) foram empregadas a mando do presidente.

A manutenção do direito à saúde, em especial, diante de uma crise sanitária de proporções pandêmicas como a Covid-19, é fundamental como recurso para manutenção da vida. Nesse sentido, a democratização do acesso à saúde e a defesa do SUS são compromissos éticos importantes para a sociedade.

Não há dúvidas de que o SUS, fruto dos grandes movimentos democráticos na década de 80, foi o grande protagonista no combate à pandemia da Covid-19. Apesar do número catastrófico de óbitos, sem ele, teríamos vivido um cenário muito pior. Portanto, se há uma força de oposição à normalização da morte, essa força se chama SUS.

Foi somente após a 8ª CNS em 1986 que o SUS ganhou espaço político devido a campanha das *Diretas Já*. Embora o contexto internacional naquele momento estivesse caracterizado pela expansão do neoliberalismo, o SUS, desde o seu nascimento, é um dos pilares do Estado de Bem-Estar Social no Brasil. Porém, as forças de oposição ao SUS sempre estiveram presentes no cenário político, em especial no que tange ao “subfinanciamento crônico, a privatização dos serviços e a ampliação e o fortalecimento dos mal denominados planos de saúde”, além da proporção do Produto Interno Bruto (PIB) cada vez menor. É o que Narvai (2022, p. 103) diz: “ter tem, mas ainda está em falta”.

Hoje no Brasil, 160 milhões de pessoas dependem do SUS. A pandemia da Covid-19 apenas intensificou a negligência de longa data com o SUS que, nos últimos anos, com o desmanche do Programa Mais Médicos e o congelamento do financiamento com Emenda Constitucional 95 por vinte anos, o fragilizaram ainda mais. Mesmo com as evidências de que a Estratégia de Saúde da Família (fruto da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde e da Declaração de Alma-Ata) possui impacto positivo na redução da mortalidade infantil, na morbidade e no aumento da satisfação das pessoas atendidas, durante a pandemia da Covid-19, a atenção primária foi literalmente desligada e ainda sofre com inúmeras tentativas de privatização (Salman, Salman, 2021; Narvai, 2022).

No Brasil, o SUS nasce dentro de uma expectativa de um Estado de Bem-Estar em pleno neoliberalismo global. Com a sua implementação, inúmeros desmontes sucessivos e contínuos foram sendo realizados nos últimos anos. Com a pandemia da Covid-19, se percebeu que esses desmontes deveriam retroceder estrategicamente no momento, frente a uma mobilização das categorias da saúde, movimentos sociais e partidos de centro-esquerda.

Diante do avanço do neoliberalismo, com conseqüente desmonte do SUS, os resultados são a falta de recursos e o predomínio da concepção de que as ações e serviços de saúde não são direitos, mas sim mercadorias, de forma que as políticas públicas são utilizadas para esse

fim, tendo o usuário como um consumidor. Como consequência, ao vincular direitos sociais ao mercado, a doença e morte tornam-se operações naturais para acumulação e produção do capital (Narvai, 2022).

Portanto, salienta-se a importância da participação popular, que ainda é exercida de forma frágil e com problemas graves de representatividade. Os conselhos e as conferências em saúde, fundamentais durante a Reforma Sanitária, são cruciais para manter vivo e dialeticamente contraditório o projeto reformista de saúde (Narvai, 2022).

No campo das forças entre aqueles que se identificam com a saúde como direito social contra os que consideram que a saúde é o oposto de doença e, portanto, não um direito e sim uma mercadoria, polariza-se e confronta-se o debate entre os pilares democráticos e os pilares neoliberais. A derrota dos neoliberais na 8ª CNS fortaleceu os princípios do que hoje denomina-se como saúde suplementar, os perversos planos de saúde, com notável expansão graças a uma série de incentivos e renúncias fiscais, e com o sucateamento de muitos serviços de saúde públicos, orçamento que já supera os recursos do SUS (Narvai, 2022).

Frente ao papel do SUS como instituição democrática, o que fica evidente, além de sua extrema importância social, são as forças contrárias que cerceiam a saúde como direito. Porém, essas forças contrárias muitas vezes não são explícitas para a população e sustentam-se em mecanismos muitas vezes legais para exercer seu papel opositor. Talvez o mais impactante deles, presente desde o início da criação do SUS, seja a dificuldade em descentralizar o comando do SUS, pois descentralizar, neste contexto, significa deixar de controlar o repasse de verbas, bem como perder autonomia nas decisões e nas informações da população (Narvai, 2022).

Então, há um princípio universal de saúde para todos e recursos, porém a própria burocratização, legítima pela democracia, fragiliza o sistema de saúde. É neste ponto que o SUS sofre com um primeiro mecanismo de obstrução de sua capacidade (Narvai, 2022).

O sucateamento e o subfinanciamento são os mais perversos mecanismos que fragilizam e cerceiam a capacidade do SUS em cumprir seu papel constitucional, e quem o limita é o próprio governo. Os gastos que, na verdade, não são gastos, mas sim direitos, com o SUS são legítimos e, uma vez não cumpridos, deveriam configurar crime orçamentário. Entretanto, o próprio governo Bolsonaro infringiu a constituição, ameaçou esse direito civil a ponto de violar a própria Constituição, e nada aconteceu. Os tribunais não se manifestaram, permitindo que o governo agisse com impunidade. Aqui configurou-se um segundo campo de atuação das forças contrárias ao SUS e à democracia (Narvai, 2022).

A gestão do SUS é feita pelos governantes e pela participação popular, a qual está cada vez mais escassa com o esvaziamento das representatividades e sem o espaço e tempo oportuno para os debates democráticos. Muitas vezes, os gestores são empresários alinhados à agenda neoliberal que, por meios legais de licitações, abrem o SUS para o mercado farmacológico das grandes empresas, além de que, na ausência de acesso às tecnologias da saúde, abrem à saúde suplementar o espaço para a terceirização, como, por exemplo, a criação das Organizações Sociais da Saúde (OSS), empresas privadas que gerem esses serviços. Eis mais um exemplo de força contrária ao SUS (Narvai, 2022).

O governo permite cada vez mais a ampliação dos planos de saúde, inclusive permitindo campanhas publicitárias, de forma a fomentar a idealização de que os planos são melhores que o sistema público. Pouco se fala sobre a importância e amplitude do SUS para a população, ele não está nas mídias, somente quando campanhas sistematizadas são realizadas. Eventualmente, as notícias difamam o SUS e a mídia atua para fomentar ainda mais a precarização dos serviços de saúde, ao invés de expor os reais problemas financeiros e políticos existentes (Narvai, 2022).

A cada abertura do SUS para gestão pelas OSS, a cada tentativa de privatização mascarada pela parceria público-privada, a centralização das decisões e a falta de coordenação das informações de saúde da população cerceiam o funcionamento do SUS como tentativas de mudanças das suas regras democráticas. Sempre ditas como “reformas” que ajudarão a população, essas medidas obstruem e, muitas vezes, impedem os avanços necessários que o sistema precisa (Narvai, 2022).

Fica evidente, portanto, que o SUS é uma instituição democrática, e com a pandemia da Covid-19, sua importância ficou ainda mais notória para a sociedade. Por este motivo, é preciso fortalecê-lo, de forma que o debate democrático e as forças nele presentes, mesmo que contraditórias no aspecto metodológico, culminem no mesmo sentido: o da saúde como direito.



Figura 12 – A Importância do Sistema Único de Saúde. Fonte: CNN Brasil.

Moraes et al (2020) listam uma série de iniciativas que podem ser usadas diante de situações como a pandemia da Covid-19 no âmbito do SUS, tais como o fortalecimento e reorganização da atenção primária, o reforço de campanhas publicitárias, a garantia de atendimento 24 horas para os grupos com maior vulnerabilidade, a manutenção das consultas de rotina dos serviços de saúde e de proteção social por meio do uso de videoconferências e telefone, o estímulo à notificação das violências por todos os cidadãos e a ampliação das ações de vigilância sanitária e epidemiológica para garantia do uso dos equipamentos de proteção individual e da adoção das medidas de controle de infecção.

Além destas medidas, ainda é possível citar o fortalecimento dos comitês científicos das instituições de saúde, a habilitação temporária de leitos de UTI no SUS, parcerias público-privadas, consórcios públicos em saúde e manutenção dos programas de internação domiciliar (Malik, 2021).

Portanto, o SUS, com toda a sua proposta política, pode admitir uma ética como a enfatizada por Butler, mas, para isso, é preciso que o SUS se modifique. Não no sentido de abandonar o princípio universal de saúde para todos, mas de adotar princípios cada vez mais comunitaristas para que, junto à população, radicalize o acesso público e, ao mesmo tempo, formas de imunização que não endossem as tentativas de normalização da morte.

Todas essas medidas podem ser categorizadas como práticas éticas de não violência, pois contribuem para a saúde como direito para todos, fomentando, assim “a obrigação de não

destruir uns aos outros [...], levando-nos a reconsiderar se a autopreservação não está ligada à preservação da vida dos outros (Butler, 2021, p. 119 e 120).

Adiante, movimentos sociais também se somam às práticas éticas de não violência. O Movimento Negro, por exemplo, busca espaços de poder político para defesa dos direitos sociais por meio da representatividade de pessoas que conhecem a realidade social e racial que vive a população brasileira. Entretanto:

A herança da escravidão, o conservadorismo e a falta de apoio dos partidos políticos ajudam a explicar a baixa presença de pessoas negras na política brasileira. Somado a isso a falta de apoio entre os próprios segmentos, devido a frágil consciência sobre sua condição de classe, gênero e classe, leva-os a ilusão de apoiar representantes de segmentos totalmente opostos a sua realidade. Daí a importância de processos de educação permanente e da construção de uma política social do conhecimento (Pacheco, Machado, Dias, 2021, p. 217).

Butler (2021, p 42) nos alerta que a violência exercida pelo Estado se perpetua quando “se imagina que a vontade popular assume uma forma irrestrita ou se rebela contra as estruturas estabelecidas”, reproduzindo formas de dominação e exploração que colocam classes e grupos religiosos ou raciais uns contra os outros. Assim, os movimentos sociais são importantes para conscientização destas práticas violentas, cujo fim se destina a manter as vidas precárias, com o objetivo de romper com a lógica fomentada pelo biopoder, de que o fortalecimento do “eu” só acontece com o “deixar morrer” do outro não enlutável.

Assim, um exercício prático para uma ética da não violência consiste num processo de desidentificação para com as práticas populistas, processo este que ocorre por meio da atividade crítica e da solidariedade, em prol da defesa da vida e não dos interesses individuais, pois, no contexto da pandemia da Covid-19, o processo de identificação com o líder perpetuou o compartilhamento das notícias falsas. Afirma Butler (2021, p. 133):

Afinal, o tirano é um antropomorfismo sustentado por redes de poder, e, portanto, sua derrubada é maníaca, solidarista e progressiva. E quando o chefe de Estado é uma criança tirânica que ataca em todas as direções, e a mídia segue cada um de seus movimentos com profunda atenção, abre-se um grande espaço para aqueles que poderiam construir redes de solidariedade, que poderiam “libertar-se” do fascínio pelos modos estratégicos do tirano de perder o controle. Na medida em que aqueles que seguem o tirano louco identificando-se com seu desprezo deliberado pela lei e por

qualquer limite imposto a seu poder e sua capacidade destrutiva, o movimento contrário deve se basear na desidentificação.

Assim, práticas éticas de não violência em saúde corroboram para uma ética da solidariedade, que convoca os profissionais a exercerem sua autonomia profissional em defesa de vidas igualitárias e enlutáveis por meio do reconhecimento da “vulnerabilidade”, da “agressividade” e da “interdependência” como eixos estruturante de um *ethos* em saúde, capaz de opor-se às violentas tentativas de normalização da morte, refutar posições de autoridade e romper com a lógica normalizadora dominante para, então, fomentar uma luta contínua para promoção dos cuidados em saúde de forma igualitária, antirracista e em defesa dos direitos sociais para todas as pessoas.

Considerações finais

O objetivo desta pesquisa foi pensar em uma formação ética da não violência em saúde a partir dos desafios postos aos profissionais da área durante a pandemia da Covid-19. Para isso, a partir do conceito de “dispositivo”, nas seções iniciais, foi argumentado que os profissionais da saúde foram subjetivados frente aos diferentes interesses políticos, com consequente ocorrência de práticas de violência contra eles e a população. Para sustentar essa constatação, a filosofia política de Butler (2021), no que se refere à violência e não violência, contribuiu para caracterizar que o uso dos saberes e práticas em saúde, da forma como foram empregados durante a pandemia da Covid-19, foram construções sociopolíticas exercidas em um quadro de referência influenciado por relações de poder, sendo o Estado o agente executivo legítimo destas ações, subjetivando, assim, o próprio exercício profissional em saúde, com consequente diversidade de práticas entre negacionistas e aqueles que fizeram defesa da ciência e da vida.

Dessa forma, as violências presentes durante a pandemia da Covid-19 configuraram um ataque à vida, bem como aos laços sociais, de forma a fomentar a cultura do individualismo e negar o que Butler (2021) denominou de “interdependência social”. No que diz respeito às práticas dos profissionais da saúde, eles foram confrontados e obrigados a tomar decisões a partir dos limites éticos, diante do desmonte do SUS, das incoerências administrativas, da indisponibilidade de recursos, do uso de protocolos controversos, da ausência de evidências científicas e do negacionismo, com consequente prática da autocracia como campo do exercício de poder sobre a vida e a morte das vidas enlutáveis e das não enlutáveis.

Assim, diante das vulnerabilidades, das injustiças e das desigualdades sociais, os profissionais da saúde exerceram seu papel social, ético e político de proteção da vida. A autonomia requer capacidade por parte dos profissionais, e autorização por parte dos conselhos. Na autocracia, o poder reside em si mesmo; dessa forma, os profissionais da saúde, a partir de seus saberes e valores, foram subjetivados, com consequente ocorrência de dilemas bioéticos vividos durante a pandemia da Covid-19, diante dos quais encontraram-se despreparados e vulnerabilizados, dada a impossibilidade de proteção da vida.

A pandemia da Covid-19 foi uma situação de guerra e de extrapolação de todas as estruturas e recursos médico-hospitalares. Assim, diante do que foi possível, protocolos de gerenciamento de recursos, bem como priorização de atendimentos, precisaram ser elaborados e seguidos pelos profissionais da saúde. Dada a escassez de recursos e em razão dos protocolos, o processo de atendimento foi seletivo, com consequente exposição da população mais pobre e

vulnerável. Portanto, aos profissionais que atuaram na linha de frente do combate ao coronavírus, não restava muita opção a não ser seguir os protocolos e as orientações realizadas pelos gestores e pelo Estado. Dessa forma, a falta de recursos escapa a qualquer ingerência dos profissionais de saúde, sendo esta situação não apenas ética, mas também política.

É diante desse contexto que a filosofia política de Butler (2021) se faz pertinente, de forma a contribuir para a fundamentação de práticas não violentas. No âmbito da saúde e diante da ocorrência da pandemia da Covid-19, o que houve foi o exercício da autocracia para a tomada de decisões clínicas, atribuindo aos profissionais da saúde a responsabilização pela vida e pela morte das pessoas acometidas pela doença. Assim, tanto os profissionais da saúde quanto a população foram violentados quando o Estado, mais especificamente o governo federal, orientou práticas contrárias à vida e ausentou-se de sua responsabilidade política.

Assim, atribuir aos profissionais da saúde a responsabilidade pelas tomadas de decisões, a partir do uso da autocracia como dispositivo de poder sobre a população, configurou-se como uma crueldade, ainda mais diante do sucateamento da formação ética que eles têm vivido ao longo dos últimos anos. Entretanto, esses profissionais se depararam com limites do exercício profissional, pois, se de um lado as orientações eram para a execução de práticas controversas, do outro, os códigos de ética eram claros quanto ao emprego de medidas sem comprovação científica e ao uso da medicina e da saúde para fins políticos contrários à vida.

O Código de Ética Médica (2018) alerta os profissionais que o uso da medicina, quando alinhado a finalidades políticas, ideológicas e religiosas, caracteriza infração ética, com descumprimento da legislação referente à saúde e rompimento do paradigma científico, uma vez que essas práticas podem possibilitar o extermínio da população. Dito isso, o código de ética médica respeita o contexto histórico da medicina, quando, em outros momentos, foi utilizada para fins eugênicos com interferências políticas e/ou religiosas. Entretanto, diante do contexto da pandemia da Covid-19, grupos de médicos, inclusive dentro do próprio CFM, agiram em prol de fins políticos quando defenderam e propagaram o uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra a Covid-19.

Assim, diante deste cenário, os profissionais da saúde foram subjetivados, cabendo-lhes tomar decisões limítrofes. Portanto, deixar suas casas e atuar na linha de frente contra a Covid-19, questionar e opor-se às medidas sem comprovação científica e aderir a protocolos de priorização de atendimentos foram medidas possíveis dentro do escopo ético em saúde. Neste ínterim, é preciso pensar na formação ética da não violência em saúde, a fim de ampliar e fortalecer práticas em saúde que não coadunam com interesses contrários à vida. Desse modo,

o exercício da não violência consiste numa prática crítica frente ao reconhecimento da “interdependência social” como campo coletivo de resistência motivada pelo reconhecimento da injustiça social. Logo, uma formação ética em saúde precisa partir desse reconhecimento como base de sustentação para práticas que visam contrapor-se a todas as tentativas de normalização da morte.

Para isso, é preciso, de acordo com Butler (2021), opor-se à destrutividade, à guerra e à intolerância. Dessa forma, uma formação ética para a não violência em saúde consiste em possibilitar campos de prática nos quais o exercício de competência e habilidades humanas, de caráter multidisciplinar, voltados para o exercício da responsabilidade social e que fortaleça o senso de comunidade, solidariedade e cooperatividade sejam fomentadas.

Além disso, o reconhecimento da vulnerabilidade como política para transformação das estruturas de poder faz parte de um novo imaginário ético e político, capaz de ressignificar a destrutividade presente nos atuais interesses políticos. Dessa forma, um abandono da perspectiva individualista, reconhecimento do caráter ambivalente e das resistências presentes nas relações e vínculos sociais constituem uma prática de “igualdade radical”, defendida por Butler (2021), para construção de novas e reforçadas solidariedades.

Portanto, é necessário imaginar a transformação das estruturas de poder, pois elas perpassam por processos de subjetivação produzidos no nível do inconsciente. A ascensão da extrema direita só tem fortalecido as práticas de violência e, apesar de haver resistências a elas, ainda é preciso que estas práticas de subjetivação passem pelo crivo do embate político. Assim, “a não violência se torna uma obrigação ética à qual estamos ligados precisamente porque estamos ligados uns aos outros” (Butler, 2021, p. 119).

Atualmente, na formação em saúde, há uma redução ontológica e metodológica no campo da ética; ela acontece apenas no campo da deontologia, ou seja, no campo do juízo, do certo e do errado, do bom e do mal, do que pode ou não ser feito. Portanto, trata-se de uma ética que não está embasada na prática da liberdade e da autonomia, e sim como um cumprimento normativo do dever.

Assim, atravessamentos precisam ocorrer dentro do campo da formação ética em saúde, em especial na aplicabilidade dos conceitos de normalização, medicalização e população em saúde, uma vez que esse quadro referencial possibilitaria a construção de outros processos e modos de subjetivação que tenham como referência a solidariedade e perspectiva da coletividade.

Dessa forma, a filosofia política da não violência de Butler (2021) contribui com a formação ética dos profissionais da saúde quando tece as bases filosóficas da não violência a partir da qual os convoca a, primeiramente, reconhecer essas práticas (disseminação de notícias falsas, uso de medicamentos sem eficácia, oposição a medidas de contingenciamento do vírus, silêncio diante do desmonte das políticas de seguridade social e de saúde, uso de protocolos clínicos controversos) como formas de violência, para então redirecionar o efeito destrutivo inerente à psique e aos vínculos sociais contra a própria destrutividade. Assim, uma formação ética da não violência em saúde deve voltar-se ao que Butler (2021) denominou de “pacifismo militante”, ou seja, redirecionar os vetores da violência contra a própria violência e não mais em direção ao “eu” e ao “outro”.

Por fim, a formação dos profissionais da saúde precisa transcender os aspectos técnicos e biológicos para uma formação que também seja social e humana. Para isso, é preciso ir além da atual formação bioética em saúde que, diante das implicações causadas pela pandemia da Covid-19, evidenciou a necessidade da busca por mais caminhos para o exercício de práticas solidárias que defendam a vida de todos que se oponham às tentativas de normalização da morte, vigentes dentro do campo de referência político. Pois se a moral é um sistema de julgamento, à medida que a ética desarticula o passo do julgamento, é preciso abandonar o critério de julgamento e optar por uma nova tipologia, um novo imaginário, no qual não haja diferença qualitativa dos modos de existência.

Assim, esta pesquisa buscou evidenciar aos próprios profissionais da saúde que o exercício de suas atividades são campo de disputa e de poder para diferentes finalidades e, portanto, convocando-os a práticas em saúde baseadas na não violência, contribuindo, assim, para um novo imaginário ético-político em saúde. Imaginário este que consiste numa prática não excludente, onde haja uma interdependência entre os papéis sociais, o fortalecimento da justiça social e da cidadania; uma prática antirracista, onde não ocorra a normalização da morte. Ademais, é preciso fomentar uma ética da existência solidária e não da doutrina do julgamento; sair de uma autocracia, de um poder centrado em si próprio, para um poder que parte de si, mas como cuidado do outro.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A.K.; LICHTMAM, H.H.; PILLAI, S. **Imunologia Celular e molecular**. 9.ed. Rio de Janeiro: GEN, 2022.
- AGOSTINI, R. et al. “Novo normal”, velhos problemas: ciências sociais e humanas na formação médica em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, 2023.
- ALBERT, B. Yanomami: os mortos “desaparecidos” da pandemia. In: PELBART, P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. A palavra como luto e como luta. In: PELBART, P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.
- ALMEIDA, I.M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 45, 2020.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6.
- ANDRADE, H.P. et al. Tipologia de mensagens falsas sobre a covid-19 no Brasil. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 550-572, jul.-set. 2023.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. Mobilização Nacional Indígena. XVI Acampamento Terra Livre. In: PELBART, P.P; FERNANDES, R. M (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.
- AURELLI, A.I. O direito fundamental à saúde e a admissibilidade da ação e da obrigação de fazer para obtenção de leito hospitalar/UTI. In: : DIAS, J.C; BRITO FILHO, J.C.M; ARAÚJO, J.H.M. **Direito e Desenvolvimento na Amazônia**. Estudos Interdisciplinares e Interinstitucionais. 1. ed. Florianópolis, SC: Qualis Editora, 2021.
- BARCELOS, T.N. et al. Análise de *fake news* veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 45, n. 25, 2021.
- BASCHET, J. Covid-19: o século XXI começa agora. In: PELBART, P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2020.
- BISOL, J. O calvário do gestor: responsabilidade sanitária em tempos de pandemia. In: : CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Brasília, DF, 2021, p. 342.
- BERARDI, F. Crônicas da psicodelação. In: PELBART, P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

BEZERRA, A.C.V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2411-2421, 2020.

BONELLA, A.E; ARAUJO, M.; DALL'AGNOL, D. Bioética em tempos de pandemia: Testes clínicos com Cloroquina para tratamento de COVID-19. **Veritas**, Porto Alegre, v. 65, n. 2, p. 1-12, mai.-ago. 2020.

BORRET, R.H. et al. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. (sup.1), 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BUTLER, J. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Trad. Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica. 2019. 189 pp.

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Tradução Rogério Betonni. 1.ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

BUTLER, J. **A força da não violência**: um vínculo ético-político. Tradução Herci Regina Candiani. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CABRAL, M.P.G. et al. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, 2022.

CALAZANS, R.; MATOZINHO, C. Pandemia, paranoia e política: Dos riscos paranoides do coronavírus: o inimigo ansiosamente esperado. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

CAMPBELL, T. Política, Imunidade, Vida. O pensamento de Roberto Esposito no debate contemporâneo. In: ESPOSITO, R. **Termos da Política**. Comunidade, Imunidade, Biopolítica. Curitiba: Ed. UFPR, 2017.

CANGUILHEM, GEORGES. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPELLA, V.B. Bioética, Derechos Humanos Y Covid-19. **Cuadernos de Bioética**, v. 31, n. 102, p. 167-182, 2020.

CAPONE, N.; MÁRQUEZ, J.J.A. Considerazioni etico-giuridiche sui criteri di priorità di cura per i pazienti in terapia intensiva durante la pandemia di COVID-19. **Rev Bio y Der**, v. 60, p. 90-112, 2024.

CARVALHO, C.; GUSTIN, C. Toda Vida Conta: Os Princípios Bioéticos e a Relação Médico-Paciente em Tempos de Pandemia. In: ALBUQUERQUE, A. et al. **Bioética e Covid-19** [recurso eletrônico] coordenado por Luciana Dadalto. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020. 272 p. ePUB.

CARVALHO, L.D.; SOARES, L.M.; FERREIRA, F.C. Nível de conhecimento ético-legal dos graduandos em Medicina: estudo transversal no ano de 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 1, 2023.

CASTRO, E.V. “O que está acontecendo no Brasil é um genocídio”. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

CAYLEY, D. Questões acerca da pandemia atual sob o ponto de vista de Ivan Illich. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

CHAMAYOU, G. **A Sociedade Ingovernável**. Uma Genealogia do Liberalismo Autoritário. São Paulo: Unu Editora, 2020, 416 p.

CHUANG, C. Contágio social, coronavírus, China, capitalismo tardio e o “mundo natural”. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

CNN Brasil. Tudo sobre: Covid-19. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/tudo-sobre/covid-19/>

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Resolução CFM Nº 2217 de 27/09/2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p. 15 cm. Versão de bolso. Acesso em: 12 nov. 2022. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

CÓDIGO PENAL. **Decreto Lei 2848/40**. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. CONCHA, M.V. et al. Bioética en Tiempos de Pandemia Covid-19. *Neumol Pediatr*, v. 15, n. 2, p. 358-361, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-Consulta CFM nº8/2020–PARECER CFM nº 4/2020**. Acesso em 14 abril 2023. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>.

COSTA, D.C.; COSTA, N.M.S.C.; PEREIRA, E.R.S. Os papéis do professor de Medicina: diálogo entre teoria e prática no ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 4, 2023.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática Baseada em Evidências, Aplicada ao Raciocínio Diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 15-22, 2005.

CRUZ, M. M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. Programa de educação à distância da ENSP. Fiocruz, 2012.

CRUZ, R.M. et al. Ciência e Conflitos Éticos na Gestão da Pandemia da COVID-19. **Revista Psicologia: Organizações & Trabalho**, v. 21, n. 3, jul-set. 2021.

DADALTO, L.; SARSUR, M. Problemas Jurídicos e Dilemas Bioéticos Revisitados: Dilemas Bioéticos em Tempos de Pandemia. In: ALBUQUERQUE, A. et al. **Bioética e Covid-19** [recurso eletrônico] coordenado por Luciana Dadalto. - Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020. 272 p. ePUB.

DADALTO, L.; SANTOS, S.C. A Tomada de Decisão em Fim de Vida e a COVID-19. In: ALBUQUERQUE, A. et al. **Bioética e Covid-19** [recurso eletrônico] coordenado por Luciana Dadalto. - Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020. 272 p. ePUB.

DIAS, J.A.A. et al. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.10, 2020.

DUARTE, A. Foucault e a governamentalidade: genealogia do liberalismo e do Estado moderno. In: CASTELO BRANCO, G.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Foucault, filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

ESPOSITO, R. **Instituição**. Sobre crises e valores das instituições. Florianópolis: Rafael Zamperetti Copetti Editor Ltda, 2021.

ESPOSITO, R. **Termos da Política**. Comunidade, Imunidade, Biopolítica. Curitiba: Ed. UFPR, 2017.

FERNANDES, T.M. Dilema e Falso Dilema Ético: O Posicionamento de Gestores Contrários ao Fechamento do Comércio Durante a Pandemia Da Covid-19. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Gestão e Negócios. Uberlândia, 2021.

FERRO, G.B. et al. Autonomia do paciente ante a vacinação contra covid-19. **Rev. Bioét**, v.31, Brasília, 2023.

FICANHA, E.E. et al. Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e709986410, 2020.

FIGUEIREDO, E.B.L. et al. Influenciadores da desinformação nas pandemias de gripe espanhola e Covid-19: um estudo documental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, 2022.

FONSECA, M.S.R. et al. Análise do perfil racial de mulheres com covid-19: estudo transversal sobre evolução a óbito de mulheres negras na região sudeste. **Braz j infect dis.**, v.26, n.1, 2022.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. O que é a crítica. In: **CADERNOS DA FFC** [Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP] – Orgs.: BIROLI, F; ALVAREZ, M.C. Marília: Unesp-Marília-Publicações, v.9. n.1, 2000.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREITAS, F.S.; LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.C.G. A Pandemia do Novo Coronavírus: Psicopolítica e Biovigilância. **Psicol. estud.**, v. 28, e53739, 2023.

FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. Recife: Fundação Gilberto Freyre, 2009.

GALVÃO, M.H.R.; RONCALLI, A.G. Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 23, 2020.

GEBRAN NETO, J.P. Desafios da gestão em tempos de Covid-19: escolhas entre o ideal e o possível. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Brasília,DF, 2021, p. 342.

GEREMIA Geremia DS et al. Pandemia Covid-2019: formação e atuação da Enfermagem para o Sistema Único de Saúde. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1) Especial: 40-47.

GINZBURG, CARLO. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GODOI SEGUNDO, E.O.C; COSTA, G.P.O. Avaliação do ensino de ética no curso médico. **Rev. bioét.** 2023; 31: e2774PT.

GONTIJO, E.D. Desenvolvimento de competência moral na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 4, 2021.

GUIMARÃES, R. Moquecar (n)a pandemia. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

GUTIÉRREZ-COBA, L.M. et al. Noticias falsas y desinformación sobre el Covid-19: análisis comparativo de seis países iberoamericanos. **Revista Latina de Comunicación Social**, 78, 237-264, 2020.

HAN, B.C. **Psicopolítica**. 10 ed. Editora Âyiné, 2018.

HILLESHEIM, D. et al. Síndrome respiratória aguda grave por COVID-19 em crianças e adolescentes no Brasil: perfil dos óbitos e letalidade hospitalar até a 38ª Semana Epidemiológica de 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(5):e2020644, 2020.

HRPP. **Hospital Regional de Presidente Prudente**. Informe NHE-SCIRAS-HRPP 011. Uso racional do avental descartável/tecido durante a assistência a pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-10 em situações de escassez. 14 abril 2020a.

HRPP. **Hospital Regional de Presidente Prudente**. Informe NHE-SCIRAS-HRPP 016. Barreiras sanitárias para prevenção de transmissão intra-hospitalar da COVID-19. 03 julho 2020. Atualizado em 22 outubro 2020b.

HRPP. **Hospital Regional de Presidente Prudente**. Informe NHE-SCIRAS-HRPP 015. Manejo de corpos do contexto do novo coronavírus (Covid-19). 16 abril 2020. Atualizado em 25 setembro 2020c.

HRPP. **Hospital Regional de Presidente Prudente**. Informe NHE-SCIRAS-HRPP 007. Protocolo de uso da hidroxicloroquina como terapia adjuvante em pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-10. 01 abril 2020d.

HUI, Y. Cem anos de crise. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

HUMEREZ, D.C.; OHL, R.I.B.; SILVA, M.C.N. Saúde Mental dos Profissionais de Enfermagem do Brasil no Contexto da Pandemia Covid-19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare enferm**, v. 25: e74115, 2020.

IGLECIAS, W. Respostas à pandemia: a experiência brasileira em comparação com outros países da América Latina. In: **Políticas Públicas e Covid-19: a experiência brasileira**. VALENTIN, A et al (Orgs.). São Paulo: Edições EACH, 2022.

JÄÄSKELÄINEN, F.M.; CAPELLA, V.B. Una Crisis Bioética Dentro de la Crisis Sanitaria Provocada por la Covid-19: Una Reflexión sobre la Priorización de Pacientes en Tiempos de Pandemia. **Estudios**, v. 30. 2020.

KIFFER, A. O Brasil é uma heterotopia. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** inverno 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

KUHN, THOMAS. **A função do dogma na Investigação Científica**. Eduardo Salles O. Barra (Org). 1 ed. UFPR – SCHLA, Curitiba, 2012.

LA VEGA, M; KRAUS, A. Bioética y covid-19: una línea del tiempo. In: ROSALES, S.P.L; ALVAREZ, M.R. **La crisis sanitaria**. La Década Covid en Mexico. Los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades. Gestión editorial, 2023.

LACERDA, M. Governança na pandemia: a ciência como regulação moral e os problemas da biopolítica. **Simbiótica**, Edição Especial, v.7, n.1, jun., 2020.

LARA, L; CRUZ, L.R. Governamentalidade algorítmica e Pandemia da Covid-19. **Revista Mosaico**, v. 16, p. 37-49, 2023.

LAVAL, C. A pandemia de COVID-19 e a falência dos imaginários dominantes. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

LAZZARATO, M. É o capitalismo, estúpido. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

LAZZARATO, M. **Fascismo ou Revolução?** 1 ed. São Paulo: n-1 edições, 2019.

LEMOS, F.C.S et al. Governamentalidades neoliberais e dispositivos de segurança. **Psicologia & Sociedade**; v. 27, n. 2, p. 332-340, 2015.

LEPECKI, A. Movimento na pausa. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** inverno 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

LEVITSKY, S; ZIBLATT, D. **Como as democracias morrem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

LIMA, A.F.S. et al. Dilemas éticos durante a pandemia de covid-19. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 30, n.1, p. 19-26, 2022.

LIMA, D. Corpo-vetor e corpo-utópico. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

LOPES, L.M.V. DANTAS, R.F; AMORIM, K.P.C. Bioética, Pronunciamentos Oficiais do Brasil e Pandemia da Covid-19: Irresponsabilidade e Desproteção. **Boletim de Conjuntura**, v. 16, n. 48, 2023.

MACHADO, R et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALIK, A.N. Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistêmica e cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Brasília – DF, 2021, p. 342.

MANSANO, S.R.V; CARVALHO, P.R; CARVALHAES, F.F. Pandemia, governamentalidade e biopolítica: A vida em disputa. **Psicologia Política**. vol. 21. n.51. pp. 305-321. 2021.

MATOS, M.C. O Neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, 2021.

MATTA, G.C. et al. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. N-1 Edições, 2018.

MENDES, A; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, v. 57, p, 174-210, 2020.

MERHY et al. Merhy EE, Bertussi DC, Santos MLM, Rosa NSF, Junior HS, Seixas CT. Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: com-posições e aberturas para mundos outros. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26: e210491.
<https://doi.org/10.1590/interface.210491>

MILANEZ, F; VIDA, S. Pandemia, racismo e genocídio indígena e negro no Brasil: coronavírus e a política da morte. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** inverno 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

MIZOGUCHI, D. H; PASSOS, E. Epidemiologia política. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores;. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

MONTENEGRO, D.P. "Brasil não pode Parar": Estratégias nefarmacológicas na pandemia de Covid-19. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Social e Institucional. Porto Alegre, 2023.

MUÑOZ, R.L.S. et al. Adesão da comunicação oficial do Ministério da Saúde do Brasil às recomendações da Organização Mundial da Saúde no primeiro ano da pandemia de COVID-19. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.17, n.1, p. 7498-7513, 2024.

MORAES, C.L. et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.2):4177-4184, 2020.

NARVAI, P.C. **SUS: uma reforma revolucionária: para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NEVES, D.O; GOMES, S.H.A. Governamentalidade, Biopolítica e Necropolítica: A Pandemia de Covid-19 no Brasil. **Goiânia**, v. 11, n. 1, p. 53-58, jan/jun. 2021.

NICOLELIS, M.A.L. et al. The impact of super-spreader cities, highways, and intensive care availability in the early stages of the COVID-19 epidemic in Brazil. **Sci Rep**, v.11, n.13001, 2021.

NIEVES-CUERVO, G.M. et al. Infodemia: noticias falsas y tendencias de mortalidad por COVID-19 en seis países de América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 45, 2021.

NOBRE, M.L et al. Diretrizes curriculares do curso médico: o “GPS” precisa ser reprogramado? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 2, 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS anuncia nome para doença causada por novo coronavírus: COVID-19; OPAS apoia ações de preparo na América Latina e Caribe**. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2020-oms-anuncia-nome-para-doenca-causada-por-novo-coronavirus-covid-19-opas-apoia>. Acesso em: 23 mar. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OPAS emite alerta epidemiológico para as Américas sobre novo coronavírus identificado na China**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-1-2020-opas-emite-alerta-epidemiologico-para-americas-sobre-novo-coronavirus>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório Final**. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os determinantes sociais, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa sobre a COVID-19**. Acesso em 29 de março de 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>

ORWELL, G. A revolução dos bichos: um conto de fadas. Tradução Heitor Aquino Ferreira. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

PAIVA, W.W; CUNHA, T.R. Mistanásia em Tempos de Pandemia de COVID-19: Reflexões Iniciais a Partir da Bioética Global. In: ALBUQUERQUE, A et al. **Bioética e Covid-19** [recurso eletrônico] coordenado por Luciana Dadalto. - Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020. 272 p.; ePUB.

PAULA, L; LOPES, A.C.S. A Eugenia de Bolsonaro: Leitura Bakhtiniana de um projeto de holocausto à brasileira. **Revista Linguagem**, São Carlos, v.35, Dossiê Discurso em tempos de pandemia. Setembro/2020, p. 35-76.

PEREIRA, J.C. **A explicação sociológica na medicina social**. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

PERICAY, R.A. Bioética utilitarista versus bioética basada en principios; todavía un debate. **Revista de Salud, ciencias sociales y humanidades**, v.3, n. 3, Marzo 2024.

PETRY, A.U.S; BIASOLI, L.F. Desafios bioéticos na formação médica: uma perspectiva teleológica e axiológica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, 2021.

PIMENTA JÚNIOR, F.G. A importância das evidências científicas na implantação de medidas não farmacológicas para o enfrentamento da Covid-19. IN: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Brasília – DF, 2021, p. 342.

PORTO, D. Bioética de Intervenção nos Tempos da COVID-19. In: ALBUQUERQUE, A et al. **Bioética e Covid-19** [recurso eletrônico] coordenado por Luciana Dadalto. - Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020. 272 p.; ePUB.

PRADELE A et al. Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the the first COVID-19 wave: an estimate. **Biomed Pharmacother**, 2024.

PREVEDELLO, A.S; GÓES, F.S.N; CYRINO, E.G. Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil: scoping review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, 2022.

QUINTERO, Y. Aprendizajes éticos: a dos años de la Pandemia COVID-19. CICAG: **Revista Electrónica Arbitrada del Centro de Ciencias Administrativas y Gerenciales**, v. 21, n. 1, Venezuela, p.39-59, 2024.

RAIMONDI, G.A; TOURINHO, F.S.V. O Que Já Aprendemos?: Educação Médica, Vulnerabilidades e Responsabilidade Social em Tempo de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. (sup.1), 2020.

REIS, D. Pensamentos pós-coronais. In: **Pandemia Crítica** inverno 2020 / vários autores; coordenação PELBART P.P; FERNANDES, R. M. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

REVEL, J. **Michael Foucault: conceitos essenciais**. Tradução de Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005, 96 p.

RODRIGUES, M.M.A. Desgoverno, negacionismo e seus efeitos na política de saúde pública no Brasil, 2020. In: **Políticas Públicas e Covid-19: a experiência brasileira** VALENTIN, A et al (Orgs.). São Paulo: Edições EACH, 2022.

ROSANELI, C.F. et al. O Legado Ético No Enfrentamento da Pandemia Covid-19: A Sinergia Entre a Perspectiva Global e a Identidade Regional. **HOLOS**, Ano 37, v.4, e11414, 2021.

RUBIO, R.D.C. Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19. **Acta Colombiana de Cuidado Intensivo**, v. 22, p. 79-92, 2022.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATALE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SALMAN, M.S.M.; SALMAN, A.A. Quarentena solidária. In: **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores; coordenação PELBART P.P; FERNANDES, R. M. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

SANT'ANNA, D.B. Lavar as mãos, descolonizar o futuro. In: **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores; coordenação PELBART P.P; FERNANDES, R. M. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

SANTOS, B.S. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes**. In: SANTOS, B.S; MENESES, M.P (Orgs). **Epistemologias do Sul**. Edições Almedina, 2009.

SANTOS, P.A.B. A Covid-19 no Brasil: biopolítica, estado de exceção e fake news no discurso do presidente da República Jair Bolsonaro. **Configurações Revista Ciências Sociais**, v. 31, 2023.

SATOMI, E. et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p. 1-5, 2020.

SCHARGEL, S. Sobre fascismo e populismo: metodologias de poder e ferramentas políticas. **Intellèctus** – Ano XXI, n.2, 2022.

SCHAVELZON, S. Corpo isolado, revolta e poesia. In: **Pandemia Crítica** outono 2020 / vários autores; coordenação PELBART P.P; FERNANDES, R. M. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

SCHUCHMANN, A.Z. et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.3556-3576 mar./apr. 2020.

SCHWARCZ, L.M.; STARLING, H.M. **A bailarina da morte**: a gripe espanhola no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.

SENADO FEDERAL. **Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia** (Instituída pelos Requerimentos números 1371 e 1372, de 2021). Relatório Final, 1289 p.

SERRA, S.T. et al. Necessidade de mudanças na educação médica e a percepção de professores antes da pandemia da Covid-19. *Interface* (Botucatu). 2021; 25 (Supl. 1): e200868. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200868> Acesso em: 06 set 2024.

SILVA JÚNIOR, N. O Brasil da barbárie à desumanização neoliberal: do “Pacto edípico, pacto social”, de Hélio Pellegrino, ao “E daí?”, de Jair Bolsonaro. In: SAFATLE, V; SILVA JÚNIOR, N; DUNKER, C (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SILVA, E.A; RIBEIRO, N.B. Discursividades da Razão Governamental durante Pandemia do Covid-19. **Revista Porto das Letras**, v. 9, Número Especial. 2023.

SILVA, M.R. Código da ameaça: Trans Classe de risco: Preta. In: PELBART P.P; FERNANDES, R. M. (Org). **Pandemia Crítica** inverno 2020 / vários autores. São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021.

SOUSA FILHO, J.F. et al. Association of urban inequality and income segregation with COVID-19 mortality in Brazil. **PLoS ONE**, v.17, n.11, 2022.

SOUSA, M.E.A. Bioética e limitações às liberdades em tempos de covid-19. **Rev. Bioét.**, v.31, Brasília, 2023.

UCHÔA, S.B.B; UCHÔA, B.B. Coronavírus (COVID-19) – Um Exame Constitucional e Ético das Medidas Previstas na Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Cadernos de Prospecção** – Salvador, v. 13, n. 2, Edição Especial, p. 441-458, abril, 2020.

UJVARI, S.C; ADONI, T. **A história do século XX pelas descobertas da Medicina**. São Paulo: Contexto, 2020.

UJVARI, S.F. **História das Epidemias**. 2 ed. 2ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2022.

WILLRICH, J.Q. et al. O (des)governo na pandemia de COVID-19 e as implicações psicossociais: disciplinarizações, sujeições e subjetividade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, 2022.

APÊNDICE: O SUS como Instituição Democrática

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de grandes conquistas populares que se iniciaram com o movimento da reforma sanitária nos anos 80 e configura-se como uma mudança de paradigma no que diz respeito à saúde brasileira. Além disso, representa campo de oposição aos ideais neoliberais e, portanto, contradiz as formas de violência social ao mesmo tempo que é campo para práticas éticas de não violência. Dessa forma, por meio da discussão realizada por Espósito (2017), em seu livro *Instituto*, é possível discutir como o SUS, enquanto uma Instituição Democrática, é campo de luta e de disputas entre as diferentes práticas em saúde. Para isso, é apresentado um breve histórico sobre essas práticas antes da existência do SUS para então demarcar que, após a sua criação, ocorreram mudanças importantes na saúde, no entanto, ainda é preciso avançar para práticas éticas de não violência.

Junto à chegada dos portugueses ao Brasil no ano de 1500, também vieram microrganismos que se disseminaram entre os povos originários. Como consequência, novas doenças se difundiram, e o adoecimento e a alta mortalidade da população indígena aconteceu de forma que a assistência à saúde era limitada pela ação dos jesuítas, boticários e curandeiros. Vale salientar que a história aqui narrada é eurocêntrica e colonialista, sendo assim, diante das novas formas de adoecimento, o saber indígena não era considerado prática em saúde, o que fez com que, cada vez mais, os povos originários sucumbissem nas matas.

Foi somente nos anos de 1800, diante dos avanços bélicos promovidos por Napoleão Bonaparte, que a Coroa portuguesa foge para o Brasil no ano de 1880. Junto dela médicos buscavam promover condições de saúde mínimas aos colonizadores. Porém, frente à carência desses profissionais, Dom João VI funda o Colégio Médico-Cirúrgico em Salvador e a Escola Cirúrgica no Rio de Janeiro. Além disso, as Santas Casas de Misericórdia prestavam assistência à saúde, mas ainda de forma muito precária.

Dr. Manoel Vieira da Silva foi um médico de importância e confiança para a Coroa. Foi ele quem introduziu no imaginário social da época os conceitos de epidemia, endemia e pandemia, a partir da análise do local, tempo dos sintomas e número dos casos das doenças infectocontagiosas. Por meio do controle dos portos, as pessoas que apresentavam sintomas eram colocadas em quarentena. Essa medida ajudou, mas não resolveu o problema da transmissão, pois muitas pessoas só apresentavam os sintomas dias após a chegada no país.

Já nos anos de 1900, o país estava acometido pela febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e endemias rurais. Os europeus não tinham interesse em vir para o Brasil devido à alta

mortalidade causada por essas doenças, o que afetava o desenvolvimento econômico das exportações. Assim, o Presidente Rodrigues Alves nomeia o médico Oswaldo Cruz como diretor geral de saúde pública.

Em 1903, Oswaldo Cruz iniciou o sanitarismo campanhista, que tinha como objetivo combater o mosquito vetor da febre amarela. Guardas sanitários eram autoridades que possuíam o poder de fiscalizar a população com o uso da força para promoção da limpeza urbana, e quando havia alguém doente no domicílio, os guardas invadiam a casa e queimavam todos os pertences da família, além de colocar o adoentado em quarentena.

Esse modelo autoritário foi marcante durante a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. A população era obrigada a tomar a vacina, porém não houve um trabalho prévio de educação e orientação à população. Os mais pobres foram vacinados primeiramente, o que culminou na Revolta da Vacina, pois acreditava-se que o governo estava injetando veneno na população.

Diante da truculência deste modelo sanitário, Rodrigues Alves destituiu Oswaldo Cruz e nomeia Carlos Chagas para o cargo. Foi ele quem introduziu a educação sanitária e a lógica de que a promoção deve vir antes da prevenção. Com isso, novos médicos foram convidados para exercer a medicina no Brasil.

Em 1923 foi publicada a Lei Eloy Chaves, que consolidou a base do sistema previdenciário. Essa lei foi importante para garantir o mínimo necessário ao trabalhador, pois no caso de seu adoecimento, a empresa era obrigada a ter gastos com saúde. Assim foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) para os empregados das empresas ferroviárias. Como medidas ofertadas eram disponibilizados medicamentos mais baratos e a família do trabalhador tinha acesso a alguns benefícios. O financiamento das CAPS eram bipartites, sendo o trabalhador e a empresa que disponibilizavam dinheiro para a saúde. Nesse momento, o Estado não contribuía financeiramente, ou seja, ele não operava assistência à saúde, mas era responsável pela gestão das CAPS.

Foi somente dez anos depois, em 1933, que o governo de Getúlio Vargas cria o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS); assim ocorreu a unificação das CAPS, mas agora o financiamento era tripartite e os benefícios eram fornecidos de acordo com a categoria profissional do trabalhador. Esse modelo de assistência à saúde, além de ser desigual, pois somente quem trabalhava com carteira assinada tinha direito aos benefícios, era excludente e vinculado à previdência social.

Em 1942 aconteceu a primeira Conferência Nacional de Saúde, que teve como foco os aspectos epidemiológicos, o combate às doenças infectocontagiosas e os avanços na vacinação. Ocorreu, também neste ano, a fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha como objetivo a criação de redes de unidades de saúde locais para promoção da medicina preventiva, nas regiões produtoras de matérias-primas.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, o que foi importante, pois até então a saúde estava ligada à previdência social. Em 1964, aconteceu o golpe militar, com forte implementação do modelo curativista, médico centrado e hospitalocêntrico. Dois anos depois, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela gestão de todos os IAPS; porém, esse órgão enfrentou diversos desvios de recursos, quando o financiamento da saúde era utilizado para outras finalidades e a assistência à saúde ainda ocorria de forma muito precária.

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), que tinha como objetivo prestar assistência aos seus associados, mas ainda seguindo o mesmo modelo de atenção à saúde. No ano seguinte, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. A declaração de Alma-Ata configurou-se como um importante avanço no modelo de atenção à saúde, a qual expressava em seu relatório final a necessidade urgente de se promover a saúde de todos os povos. Para isso, o documento descreve dez itens sobre a importância de ações integradas de cuidados primários à saúde para evitar o adoecimento da população. Aqui, tem-se a primeira iniciativa de descentralização do poder sobre a saúde, pois as decisões estavam concentradas no governo federal.

Assim, em 1983 formou-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que descreveu um plano de reorientação para os profissionais da enfermagem para realizar ações primárias de saúde.

Em 1985 acontece a reabertura democrática com a posse do Presidente José Sarney. O movimento sanitário foi importante para esse momento histórico e parte responsável pelo término da ditadura, pois não havia assistência à saúde de forma universal. Com apoio da população, buscava-se um modelo de saúde que rompesse com a assistência médica curativa e individual e com a lógica hospitalocêntrica.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez, contou com a participação de pessoas civis e teve como tema “Democracia e Saúde”. O evento teve como foco central a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema

Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Para isso, era necessário ampliar o conceito de saúde, pois a partir do que foi discutido em Alma-Ata, a condição de saúde e de doença é determinada pelas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Além disso, fazer uma revisão dos aspectos legais, necessidade de participação popular através de entidades representativas na formulação das políticas, planejamento, gestão e avaliação do sistema de saúde; necessidade de integralização das ações de forma regionalizada e hierarquizada das unidades prestadoras de serviço e fortalecimento do município; e função do Estado como mantedor das condições dignas de vida e de acesso universal à saúde e articulação das políticas de saúde com as políticas econômicas e sociais.

Nos termos da Constituição Federal (CF), essa foi a primeira vez que a saúde foi tida como um direito universal, no qual o Estado é o responsável pela seguridade social e pela assistência à saúde. Assim, a CF redige os princípios norteadores de um novo modelo de saúde que foi construído com participação popular. Graças ao esforço coletivo da população, dos gestores, dos movimentos estudantis e de alguns políticos, a promulgação da CF representa um marco histórico na luta dos interesses coletivos. Por redigir princípios, foi necessário a redação de Leis complementares para maior detalhamento deste novo modelo de saúde; assim, a Lei 8080 promulgada em 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, representa a seguridade jurídica para a criação do Sistema Único de Saúde.

O SUS vai muito além da prestação de serviços assistenciais. Ele é o regulador de processos normativos que imperam sobre a gestão política da saúde no país. Assim, todos os cidadãos são usuários do SUS quando vão, por exemplo, a um restaurante; quando vão à farmácia comprar medicamentos; quando necessitam de hemotransfusão, enfim, o SUS é gigante. Além disso, nota-se a ampliação do conceito de saúde para além da ausência da doença, em que as ações que se destinam a garantir às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social.

Um dos principais pilares democráticos que fortalecem o SUS, a participação popular, foi vetada pelo então Presidente Collor que, após muita pressão social, foi obrigado a redigir a Lei 8142 no mesmo ano.

O subfinanciamento do SUS ocorre desde a sua origem. Como não há disposição política para aumento dos recursos, a estratégia é priorizar o cuidado à população. Para isto, a regionalização e o trabalho em rede são componentes gerenciais importantes deliberados pelo Decreto 7508 de 2011.

O SUS, desde a sua origem, representa importantes avanços na seguridade social conquistados pelo poder popular. Ao mesmo tempo que se torna universal, amplia-se sua capacidade de gestão dos problemas de saúde, tornando-o como um importante dispositivo governamental para controle das necessidades da população. Porém, já nasceu sucateado, uma vez que seu financiamento corresponde somente a uma pequena fração de toda a riqueza do Brasil. Há de se pensar que a criação do SUS atendeu os interesses da população, mas também parte da classe dominante, pois há o interesse na manutenção da saúde do proletariado. Desde a sua criação, poucos avanços no financiamento do SUS ocorreram; pelo contrário, cada vez mais ele vem sofrendo com inúmeras tentativas de privatização, além do decréscimo, cada vez maior, dos recursos disponíveis.

Diante deste contexto, Esposito (2021b) tem muito a contribuir com sua análise sobre as crises e valores das instituições. Para ele, toda instituição faz parte de um processo que transforma nossa existência. O verbo ‘instituir’ significa iniciar, dar vida a algo novo. Para ele, o movimento instituinte expressa o distanciamento entre política e sociedade, pois de um lado há uma força que tende a normalizar todos os aspectos da existência humana, e de outro há uma proliferação da diferença. Assim, o movimento instituinte emerge para constituir uma aproximação entre o interno e o externo, entre o dentro e o fora. Dessa forma, há sempre uma polarização que se retroalimenta: quanto mais forte o discurso anticonstitucional, mais se reforça o enrijecimento das instituições existentes (Esposito, 2021).

Ainda de acordo com Esposito (2021), o ato de instituir produz uma subjetividade capaz de formar, transformar e modificar o sujeito em relação à sua maneira de ser inicial. Assim, a instituição é sempre voltada para articular o presente com o passado e o futuro. Neste sentido, o SUS, desde o seu nascimento, se constitui como uma instituição capaz não só de promover saúde, mas de tornar cada sujeito único, dados os seus princípios doutrinários e organizativos.

Entretanto, a *práxis* instituinte é sempre coletiva, múltipla e plural. Isso significa que, apesar da polarização, deve-se haver espaço para um terceiro elemento, de interesse geral, capaz de mediar o potencial de forças contrárias, e este elemento é, sem dúvida alguma, a participação popular no que tange a Instituição SUS. Enquanto todas as decisões são tomadas apenas por gabinetes, forças polarizadas apenas incentivam o confronto violento e destrutivo.

Assim, a *práxis* instituinte:

é o que faz reconhecer à sociedade, primeiramente, que está dividida e, depois, o lugar por onde passa a divisão. Isso explica a relação complexa entre política e sociedade. Uma não poderia existir sem a outra. A sociedade é o espaço, o

único, em que se exerce a política, sem o qual esta não existiria. Mas o inverso também vale. Assim como não existe política sem sociedade, também não pode existir sociedade sem política (Esposito, 2021, p. 39).

Desta forma, o SUS não é apenas o serviço de saúde do bairro, é um espaço político-social capaz de dar voz à população. É uma Instituição governada por forças opostas e contraditórias que, juntas, devem romper a lógica física de que as diferenças sempre culminam em mais diferenças; pelo contrário, são as diferenças que devem impulsionar o pensamento instituinte.

Entende-se por pensamento instituinte aquele que reconhece a função decisiva do poder: “o poder constitui a margem necessária para impedir que a sociedade, coincidindo imediatamente consigo mesma, perca sua própria articulação simbólica” (Esposito, 2021, p 41). No que tange ao SUS, o pensamento instituinte promove a expressão do confronto entre os interesses e os valores diferentes das partes sociais, ou seja, dada a necessidade real da população que precisa do SUS, interesses para além do Estado de Direito emergem, de forma que sem ele (o SUS), esses interesses se anulariam. É nesse sentido que o poder molda a sociedade e, neste contexto, as decisões em saúde.

Esposito (2021) comenta que muitos autores (Sartre, Marcuse, Schmitt, Gehlen, Bourdieu, Berger, Lukmann) compreendem a ‘instituição’ como um dispositivo necessário para reprimir as tendências humanas naturais. Porém, Esposito, a partir de Deleuze, reconhece nela uma oportunidade de expansão dos instintos entre a esfera da instituição e o âmbito da lei. Isso é bastante importante quando se reconhece o SUS como uma ‘instituição’, pois o direito à saúde, em nenhum momento, pode ser visto como uma forma de repressão à existência humana, mas sim como possibilidade de expansão da vida, no entanto, não uma vida qualquer: uma vida significativa.

Uma vida significativa está presente na relação entre ordem e conflito. Expressa pelo nó entre liberdade e instituições, entre a afirmação de um negativo (instituição), até uma negação de um positivo (lei), a instituição é somente a estação intermediária de um “instituir” que, ao mesmo tempo, a antecede e a segue (Esposito, 2021).

É na dicotomia entre o que já está posto e o ato de instituir algo novo e entre os aspectos subjetivos e objetivos que emerge o direito como expressão do ambiente social. Nesse sentido, o direito assume um lugar de poder, disputado por interesses e valores contrapostos (Esposito, 2021). Desta forma, todas as decisões da saúde tomadas pelo Ministério da Saúde possuem poder de lei. Durante a pandemia da Covid-19, essas decisões foram deslocadas por meio de

dispositivos jurídicos legais, uma vez que o Ministério da Saúde (aquele que opera o SUS) é uma instituição.

Isso é bastante importante no contexto do uso do kit-Covid. O fato é que os medicamentos que fazem parte desse “kit” não são eficazes, mas o poder instituinte o legitimou como peso de lei:

[...], por um estado de necessidade, o direito vigente é suspenso para dar lugar a potências e energias que o extrapolam, até se construir uma nova ordem. Esta, então, nascida de forma ilegítima, legitima o processo do qual deriva, transferindo-lhe uma normatividade que ele, enquanto instauração efetiva, não podia ter. É um dos casos em que o efeito retroage sobre a causa, modificando seu estatuto, com base numa continuidade entre origem e realização que será possível reconhecer somente no final do processo em andamento (Esposito, 2021, p. 139).

Portanto, essa atividade (kit Covid-19) que hoje pode ser caracterizada como ilícita, foi amplamente difundida durante a pandemia, pois não se limitou em contradizer as normas que regulam a atividade do Ministério da Saúde e, portanto, encontrou lugar no sistema jurídico. É na judicialização dos fatos e no lugar de poder que o direito ocupa que a pandemia da Covid-19 foi utilizada pelo governo Bolsonaro como pretexto para o exercício de medidas autoritárias. Foi exatamente o que aconteceu no Ministério da Saúde durante a gestão do General Pazuello. Estudos respeitáveis provando a ineficácia dos medicamentos do kit-Covid foram simplesmente ignorados, e medidas antidemocráticas (decisões antiéticas como manipulação da bula da cloroquina, normativas sem evidências científicas) foram empregadas a mando do presidente.

O SUS como instituição democrática deve ser capaz de valorizar e proteger as minorias sociais e promover a diversidade, de forma a assegurar e ampliar a cidadania. Portanto, “a democracia de que necessitamos é a que age em defesa da proteção da vida e do ambiente e que põe em marcha políticas públicas que resultam na produção social de melhores níveis de saúde (Narvai, 2022, p. 248)”.

Outro aspecto importante é que o pensamento instituinte não pode ser reduzido apenas à criação de novas normas, mas também à criação de outras instituições com políticas públicas voltadas para as diferentes realidades sociais. Essas políticas possuem aspectos normalizantes que, além de criar outras instituições (as diferentes Redes de Atenção à Saúde, novas políticas, Vigilância Epidemiológica; Agência Nacional de Vigilância Sanitária etc.), manifestam um

novo ordenamento, práticas que devem ser seguidas pelos profissionais e pela população. Assim, no triângulo paradigmático entre ser, política e diferença, os três termos trocam continuamente de lugar e significado, combinando-se de maneira disforme (Esposito, 2021, p. 92)”.

A questão que se segue é que o pensamento instituinte também expressa a produção do desejo e do capitalismo, portanto, a única potência revolucionária da modernidade fabrica o pensamento instituinte alicerçado em seus princípios. Isso faz com que o ato de instituir acelere a dinâmica capitalista, e Esposito (2021) afirma que o que nos resta é multiplicar as linhas de fuga e de desterritorialização.

Assim, Narvai (2022) defende que é preciso revogar a Emenda Constitucional 95; é preciso investimento no reconhecimento precoce das necessidades de saúde da população; é preciso fortalecer os profissionais de saúde com salários dignos e condições de trabalho favoráveis ao cuidado; é preciso investir na prevenção e promoção da saúde; é preciso elaborar políticas públicas de saúde que entrem em conflitos com os princípios neoliberais; é preciso ampliar os atendimentos em saúde; é preciso desterritorializar o SUS; é preciso melhorar comunicação entre as esferas do poder; é preciso fiscalizar o repasse de verbas; é preciso designar gestores competentes; é preciso defender o SUS como Instituição Democrática.

Narvai (2022) comenta que a pandemia da Covid-19 fez com que a sociedade reconhecesse a importância do SUS e, por isso, seu uso deve ser público, sem restrições, administrado de modo republicano e com participação popular. Dessa forma, propõe sete aspectos que devem ser fortalecidos para que o SUS não seja utilizado em prol dos interesses neoliberais e como dispositivo ideológico: (1) revogação da EC 95/2016; (2) gestão participativa em todas as instâncias de organização do sistema; (3) criação de uma Carreira de Estado do SUS; (4) definição de uma política de educação permanente; (5) redefinição das relações do SUS com as OSS; (6) cogestão dos serviços e (7) desenvolvimento do parque industrial em saúde.

Além dessas medidas, por meio do pensamento instituinte é possível ressignificar o conceito de saúde, de forma a subvertê-lo do aspecto mercadológico. Para isso, a ampliação dos investimentos nas estratégias de promoção e prevenção da saúde com fortalecimento da atenção primária à saúde, a inserção nos currículos da educação infantil e de adolescentes ações de promoção à saúde e conscientização dos fatores de risco que levam ao adoecimento, bem como a importância da participação popular como exercício democrático, são linhas de fuga importantes a serem fomentadas.

Assim, no que tange à saúde pública, o Estado, apesar de ser o operador do SUS, não deve ser o protagonista. O combustível do SUS é a participação popular. É o povo, com toda sua diversidade e diferença, quem deve fortalecer o SUS como Instituição Democrática, por meio da ocupação de espaços de decisão, tais como a representatividade nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Todos esses aspectos supramencionados podem ser lidos como forças de oposição às tentativas de normalização da morte e, portanto, corroboram para um novo imaginário sócio-político, no qual práticas éticas de não violência podem ser empregadas. Pois, afinal, se a governamentalidade exercida pelo bolsonarismo na gestão da pandemia da Covid-19 propiciou o fortalecimento dos interesses do capital, de forma a colocar em perigo a vida das populações, foi justamente O SUS como instituição democrática que se contrapôs a essas forças, graças a todas as conquistas pelos movimentos sociais desde a redemocratização.