

Gestão necropolítica da pandemia da covid-19, fatalidade epidemiológica e o colapso do sistema de saúde no Brasil

Necropolitical management of the covid-19 pandemic,
epidemiological fatality and the collapse of the health system in
Brazil

Iago Santos Souza¹, Luciana Thais Rangel Souza², Luciano de
Oliveira Souza Tourinho^{1*}

¹. Faculdade Santo Agostinho , FASAI, Itabuna, Bahia, Brasil. ². Faculdade Santo Agostinho, FASAI, Itabuna, Bahia, Brasil.

*Autor correspondente: Luciano de Oliveira Souza Tourinho, Pós Doutor em Direitos Humanos, luciano.tourinho@itabuna.fasa.edu.br, Medicina, Faculdade Santo Agostinho, Av. Ibicaraí, 3270 Nova Itabuna, 45611000

RESUMO

Nos termos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como nos preceitos da Organização das Nações Unidas, a universalização do acesso à saúde é uma garantia fundamental, estatuída no texto normativo da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Trata-se, portanto, de um direito essencial à preservação e à realização da dignidade humana. Por essa razão, deve ser acessível a todas as pessoas, sem distinção de qualquer natureza, como classe social, gênero, raça e ideologia política e/ou religiosa. Ocorre, no entanto, que as múltiplas realidades sociais do País indicam um contexto de relativização e mitigação desse acesso, colocando em cenário oposto à realização daquela universalização, com maior evidência aos públicos em situação de vulnerabilidade social das mais distintas ordens, seja com relação ao gênero e identidade de gênero, seja no que se refere à raça e classe social. O presente estudo objetiva analisar as políticas de saúde destinadas à prevenção e ao combate da COVID-19, no Brasil, a fim de avaliar os seus impactos nas comunidades vulneráveis, a partir da perspectiva da

necropolítica; elucidar os conceitos fundamentais relativos às políticas públicas de saúde; analisar os dados relacionados à COVID-19 no Brasil, nos anos de 2020 e 2021; identificar a distribuição geográfica e social dos índices de contaminação pelo novo coronavírus no País; avaliar a situação atual do sistema de saúde e sua relação com os reflexos da gestão necropolítica; apresentar os conceitos atinentes à necropolítica e seus efeitos. Para o alcance dos objetivos estatuidos nessa proposta, foi realizada uma investigação científica de natureza explicativa, com abordagem quali-quantitativa. Trata-se de uma pesquisa aplicada, uma vez que conduz à produção de conhecimentos destinados à solução de problemas práticos, notadamente no que se refere ao acesso à saúde pelos públicos em situação de vulnerabilidade no contexto da pandemia da COVID-19. Foram utilizados, como procedimentos, a revisão de literatura, bem como o levantamento de dados secundários de ordem documental, sendo ainda, etnográfica e epidemiológica. Na perspectiva da relevância social, a presente pesquisa justifica-se por denunciar uma prática há tempos observada na sociedade brasileira e que, na atual conjuntura pandêmica, engendrou-se de maneiras diversas. Ademais, contribui com informações úteis à comunidade científica, no sentido de promover uma análise mais contida dos dados que associam saúde e necropolítica. Não se pode olvidar, ainda, a possibilidade que essa pesquisa apresenta à comunidade acadêmica, uma vez que promove o debate, de modo interdisciplinar, entre docentes e discentes de cursos da área de saúde.

Palavras-chave: Classe social; Raça; Infectologia; Pandemia.

ABSTRACT

Under the terms of the 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil, as well as in the precepts of the United Nations Organization, the universalization of access to health is a fundamental guarantee, established in the normative text of the 1948 Universal Declaration of Human Rights. It is, therefore, an essential right to the preservation and realization of human dignity. For this reason, it must be accessible to all people, regardless of any nature, such as social class, gender, race, and political and/or religious ideology. However, the multiple social realities of the country indicate a context of relativity and mitigation of this access, placing in a scenario opposed to the realization of that universalization, with greater evidence to the public in situations of social vulnerability of the most diverse orders, whether in relation to gender and gender identity, whether with regard to race and social class. This study aims to analyze health policies aimed at preventing and combating COVID-19 in Brazil, in order to assess their impacts on vulnerable communities, from the perspective of necropolitics; to clarify the fundamental concepts related to public health policies; to analyze the data related to COVID-19 in Brazil, in the years 2020 and 2021; identify the geographical and social distribution of the

rates of contamination by the new coronavirus in the country; assess the current situation of the health system and its relationship with the effects of necropolitical management; present the concepts related to necropolitics and its effects. To achieve the objectives set out in this proposal, scientific research of an explanatory nature was carried out, with a qualitative-quantitative approach. This is applied research, since it leads to the production of knowledge aimed at solving practical problems, especially with regard to access to health by vulnerable audiences in the context of the COVID-19 pandemic. Literature review, as well as the collection of secondary documentary data, including ethnographic and epidemiological, were used as procedures. From the perspective of social relevance, the present research is justified by denouncing a practice that has long been observed in Brazilian society and which, in the current pandemic situation, was conceived in different ways. In addition, it contributes useful information to the scientific community, in order to promote a more contained analysis of the data that associate health and necropolitics. We must also not forget the possibility that this research presents to the academic community, since it promotes debate, in an interdisciplinary way, between teachers and students of health courses.

Keywords: Social class; Infectology; Race; Pandemic.

Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como a Organização das Nações Unidas, asseveram que a universalização do acesso à saúde é uma garantia fundamental, estatuída no texto normativo da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Trata-se, portanto, de um direito essencial à preservação e à realização da dignidade humana. Por essa razão, deve ser acessível a todas as pessoas, sem distinção de qualquer natureza, como classe social, gênero, raça e ideologia política e/ou religiosa.

Ocorre, no entanto, que as múltiplas realidades sociais do País indicam um contexto de relativização e mitigação desse acesso, colocando em cenário oposto à realização daquela universalização, com maior evidência aos públicos em situação de vulnerabilidade social das mais distintas ordens, seja com relação ao gênero e identidade de gênero, seja no que se refere à raça e classe social. De acordo com as lições de Rizzotto (2000, p. 174), “diante do aumento real da pobreza em nosso país, fruto da forma extremamente desigual de apropriação da riqueza produzida e da crise capitalista das últimas décadas,

as dualidades apresentadas, acabam assumindo contornos de tensão”, desse modo, constitui-se “argumento político-ideológico para o abandono da visão universalista, vinculada a direito social, com a consequente defesa da seletividade e da focalização”.

O cenário da pandemia evidenciou a inefetividade das políticas de saúde no Brasil, demonstrando, ainda, o maior índice de mortes em decorrência da COVID-19 com relação às classes sociais mais vulneráveis, o que pode ser considerado como reflexo de uma gestão necropolítica, nos termos do que preceitua Achille Mbembe (2018), ao dispor a existência de escolhas destinadas à morte de determinados grupos sociais. Somado a esse contexto está a adoção de decisões políticas destinadas ao estabelecimento de estado de exceção, como instrumento jurídico-político de relativização de direitos e concentração de poder, majorando a ingerência do governo para a efetivação de projetos autoritaristas.

De acordo com Caetano Branco (2020, p. 2), “a ameaça do vírus é real a todas as classes, é comum a todas as etnias e gêneros, mas o nível da ameaça varia para cada um”. Nesse sentido, torna-se imprescindível a realização de investigações científicas destinadas à identificação das causas de inefetividade de políticas públicas de saúde voltadas à prevenção e ao combate da pandemia da COVID-19, a partir da análise das vulnerabilidades sociais, com o objetivo de propor novas políticas e projetos de intervenção para a realização do acesso à saúde. De forma ainda mais específica, pretende-se analisar o cenário do País, a fim de avaliar os impactos da gestão necropolítica das medidas adotadas no âmbito nacional.

A presente investigação científica demonstra sua importância na necessidade de levantamento dos fatores políticos relacionados com a adoção de medidas preventivas e de combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. No âmbito acadêmico, essa pesquisa contribui à produção de bases de investigações posteriores, servindo como subsídios aos acadêmicos das áreas de saúde e de ciência política, a partir das informações que serão coletadas e tratadas. No que diz respeito aos impactos sociais, essa incursão se justifica em virtude da pretensão de formular e/ou propor revisões de políticas públicas direcionadas à efetivação da universalização do acesso à saúde, notadamente aos públicos em situação de vulnerabilidade social em contexto de pandemia.

De igual modo, essa pesquisa apresenta dados fundamentais à comprovação da execução da gestão necropolítica da saúde no contexto municipal, como parte de um projeto de envergadura nacional, sendo essa proposta, inclusive, considerada como justificativa social.

Material e Métodos

A presente pesquisa, no que se refere aos objetivos, possui uma natureza explicativa, com abordagem quali-quantitativa. Isso porque, a partir da análise dos números de casos e seus respectivos perfis publicados em artigos científicos estudados, é possível estabelecer uma relação entre os efeitos da pandemia em determinados segmentos da sociedade e a gestão pública de saúde. Quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, uma vez que visa produzir conhecimentos destinados à solução de problemas práticos, notadamente no que se refere ao acesso à saúde pelos públicos em situação de vulnerabilidade no contexto da pandemia da COVID-19, no Brasil. Os procedimentos utilizados serão múltiplos, razão pela qual essa investigação científica se caracteriza por ser bibliográfica – revisão de literatura, de levantamento, sendo ainda, etnográfica, por estudar determinados grupos sociais. São critérios de inclusão as vulnerabilidades sociais, as políticas públicas de saúde destinadas a essa população específica, COVID-19, população negra no Brasil, contaminação pelo novo coronavírus, conceito de saúde. Não estão insertos nessa investigação pessoas contaminadas pelo coronavírus residentes em outros países.

Resultados e Discussão

Há tempos, deixou-se de lado a visão positivista sobre o conceito de saúde como ausência de doença, limitando a homeostase do ser aos seus desígnios singulares e processos fisiopatológicos eminentes a si. Esta visão imputa na pessoa protagonismo único para todas as mazelas passíveis ao ser. Desconsidera-se aqui qualquer influência do meio sobre o processo de saúde e doença. Neste sentido a Organização Mundial da Saúde - OMS (1946) ampliou o conceito de saúde, levando em consideração a multiplicidade de condições que influenciam neste processo, definindo-a como um estado de

perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Abre-se, então, espaço para avaliar a ação de outros agentes na formação deste bem-estar.

Verifica-se, portanto, a perspectiva de saúde não apenas a partir do conceito antagônico à doença, mas como um olhar holístico do ser, incluindo os fatores que contribuem para o seu bem-estar. Nessa esteira, Roberto Nogueira (2020, p. 4) leciona que a ideia de completo bem-estar deve ser interpretada “considerando os objetivos estratégicos da OMS na conjuntura especial do pós-guerra, marcada pelo desafio da reorganização econômico-social dos países (*post-war reconstruction*) e, prospectivamente, pela questão do desenvolvimento”. Como bem ressalta, essa definição não se apresenta a partir de uma ótica meramente utilitarista, mas como resultado de objetivos evidenciados no contexto do pós-guerra.

Imperioso observar que esse conceito promoveu uma mudança de paradigma, no sentido de considerar o ser humano em perspectiva coletiva, e não individualizada e meramente organicista, como apregoava o utilitarismo de Jeremy Bentham, na década de 30, do século passado. Em apertada síntese, Bentham (2000, p. 36) teorizou que o prazer da saúde “é o sentimento ou fluxo interno agradável das sensações que acompanha um estado de plena saúde e vigor, especialmente em momentos de esforço corporal moderado. ” E mais: “pode-se dizer que um homem está em estado de saúde quando não tem sensações desagradáveis que possam ser percebidas em qualquer lugar do seu corpo. ”

Apesar de apresentar uma concepção individualista de bem-estar, o utilitarismo bethhamniano lançou as bases para os precursores da medicina social europeia que, mais tarde, seriam consideradas como fundamentais para as concepções coletivistas de saúde e de bem-estar, elementos intrínsecos daquele conceito estatuído pela Organização Mundial da Saúde. À guisa de exemplo, essa influência está presente nos estudos de René Sand (1934), médico cultor da concepção de bem-estar como um dos temas essenciais de investigação, ao afirmar que o capital social é empobrecido, gerando penalizações futuras e grande custo econômico e social para a sociedade, quando se permite que um indivíduo, uma família ou um grupo da população esteja abaixo do mínimo de bem-estar, de cultura compatível com a saúde

física e mental e da proteção.

Está evidenciada a relevância dos estudos evidenciados por pesquisadores da medicina social e da compreensão da saúde pela ótica do bem-estar individual e coletivo. Pondera-se, por oportuno, que essa perspectiva é fortemente marcada por traços liberais, lançando a responsabilidade de promoção do bem-estar, primariamente, aos cidadãos, e não ao estado, como bem ressaltou Roberto Nogueira (2020, p. 11), ao concluir que, de acordo com a medicina social daquela época, a concepção de bem-estar “tinha um caráter essencialmente liberal [...] A expectativa do alcance da saúde relacionava-se, mais que nada, com as novas funções de proteção específica da saúde que os médicos tinham a exercer pela prática da medicina social.”

Obviamente, o conceito de saúde estruturado pela Organização Mundial da Saúde não se esgota em si, sendo passível de críticas, como o fez Leonardo Boff (1999, p. 44), ao afirmar que “essa compreensão não é realista, pois parte de uma suposição falsa, de que é possível uma existência sem dor e sem morte [...]”. Ademais, “acresce ainda que a saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana. ” Distintas análises e padrões conceituais são relevantes, ao colocarem o bem-estar no centro da definição de saúde, no entanto, não invalidam o conceito estatuído pela OMS.

No cenário jurídico de proteção do direito à saúde, erigido, no pós-guerra, como direito humano e, no âmbito dos documentos constitucionais, como direito fundamental, há uma manutenção da concepção de saúde como bem-estar, promovendo-se, conquanto, uma mudança de sentido de responsabilidades, atribuindo-se também ao estado o dever de promoção da saúde, o que já se ensaiava nas primeiras Constituições imbuídas do espírito do estado de bem-estar social, mas apenas consolidado a partir do neoconstitucionalismo, assim considerado como movimento de inserção, nos textos constituintes contemporâneos, de garantias e direitos de ordem fundamental que devem ser materializados pelo estado (TOURINHO, 2017).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, considerada como Constituição Cidadã, foi erigida a partir de princípios e direitos fundamentais do movimento constitucional supracitado. Em seu artigo 1º, apresenta o princípio da dignidade da pessoa humana como pilar do estado

democrático de direito, ditando, portanto, as regras norteadoras dos objetivos do estado brasileiro. Soma-se a essa pretensão a igualdade, sem distinção de qualquer natureza, conforme texto do artigo 5º. A saúde, ao seu turno, encontra guarida ao longo do corpo constitucional, com maior vigor em seu artigo 196, ao asseverar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Neste sentido, ações e omissões, por parte Estado, inferem diretamente nos processos patológicos individuais e na promoção do bem-estar. Quando o Estado se ausenta na promoção de políticas públicas garantidoras da promoção da saúde e que abarquem todas as esferas sociais, este, de forma direta e, por vezes, intencional, negligencia e seleciona os cidadãos que deveriam ter acesso ao direito à saúde, excluindo ou limitando o acesso para aquelas populações que mais dependem do sistema público de saúde.

A narrativa descrita pode ser considerada como reflexo da necropolítica, assim entendida como um conjunto de decisões políticas destinadas a eliminação de determinados grupos sociais a partir de ações ou omissões que causam sua morte, como bem leciona Mbemb (2016). Quando o Estado descumpra suas obrigações, como a de assegurar o direito constitucional a saúde, adota um modelo necropolítico de gestão. Essa omissão estatal em sua missão de assegurar a vida, ou a escolha por parte deste de quais vidas merecem ser salvas, pode revelar um projeto político de seleção, de acordo com os interesses de determinados grupos sociais, como corrobora Foucault (1999), a partir de seus estudos sobre biopolítica como o poder do soberano do Estado em deixar morrer ou fazer viver. A partir dessa perspectiva, torna-se relevante a análise dos efeitos da pandemia do novo coronavírus na sociedade brasileira.

Em dezembro de 2019, diversos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, chamaram a atenção das autoridades locais e, ainda nesse ano, a Organização Mundial da Saúde foi alertada sobre esses eventos. No mês seguinte, na China, foi confirmada a identificação de um novo tipo de coronavírus. A situação, inicialmente, não foi percebida com maior preocupação, em razão de ser essa

família de vírus a segunda principal causa de resfriado comum e, até as últimas décadas, dificilmente eram observados agravamentos de doenças graves em humanos (OPAS, 2020).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2020), instituição regional vinculada à Organização Mundial da Saúde, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus poderia ser considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), indicado como o maior nível de alerta da Organização, consoante declinado no Regulamento Sanitário Internacional e, apenas em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi classificada pela OMS como uma pandemia. Lecionam Carlos Renato Lisboa Francês et al. (2020) que:

O novo coronavírus é uma doença respiratória aguda e, por vezes, grave, podendo levar o infectado a óbito. A transmissão interpessoal ocorre pelo contato com secreções contaminadas, principalmente pelo contato com grandes gotículas respiratórias, mas também pode ocorrer por meio do contato com uma superfície contaminada. Seu alto poder de espalhamento requer uma atenção especial das autoridades internacionais, devido ao seu efeito nos sistemas de saúde, sobrecarregando os mesmos, podendo levá-los ao colapso.

A gravidade e o poder de impacto do novo coronavírus foram percebidos desde o início da pandemia e, em pouco tempo, tornaram-se notórios os números da rápida contaminação ao redor do mundo, bem como as elevadas taxas de mortalidade associadas à COVID-19. Nesse cenário, Guilherme Loureiro Werneck e Marília Sá Carvalho (2020, p. 1) informam que a pandemia da COVID-19 pode ser considerada como um dos maiores desafios sanitários em escala global: “Na metade do mês de abril, poucos meses depois do início da epidemia na China em fins de 2019, já havia ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19. ”

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 e, após poucos dias, havia quase quinhentas notificações suspeitas. A primeira morte confirmada, resultante da doença, foi de uma mulher de 57 anos que estava internada em um hospital municipal da cidade de São Paulo, no dia 12 de março do mesmo ano, como registrou Verdélio (2020). Após a confirmação dos primeiros óbitos, o Congresso Nacional reconheceu, em 18 de março de 2020, a ocorrência do estado de calamidade

pública, permitindo majoração de gastos para o enfrentamento da pandemia. De acordo com o Painel Coronavírus Brasil (2022), até o início do mês de novembro de 2022, o País registrou 34.837.035 casos de infecção pelo novo coronavírus, com uma alta taxa de mortalidade, acumulando-se 688.219 óbitos registrados desde o início da pandemia. É o segundo país em mortes por COVID-19, em números absolutos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América.

Uma construção discursiva observada ao longo do período da pandemia da COVID-19 foi referente à ideia de que se tratou de uma patologia que não estabeleceu diferenças sociais quanto ao contágio, o que demonstraria uma espécie horizontalização do alcance do vírus. No entanto, esse juízo permaneceu apenas no campo da abstração discursiva, tendo em vista o fato de que a disponibilidade dos serviços e equipamentos de saúde, da assistência e dos meios profiláticos foi desigual, principalmente quando da análise a partir das perspectivas de classe social e raça.

Nesse panorama, Gustavo Corrêa Matta, Ester Paiva Souto, Sergio Rego e Jean Segata (2021) explicam que a escala global da COVID-19 não é capaz de traduzi-la em um fenômeno universal e homogêneo, e asseveram que:

A colocação em cena da Covid-19 em diferentes contextos, espaços e linguagens, especialmente em situações de extrema desigualdade socio sanitária, expõe a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico desde sua dimensão macrossocial até a capilaridade micropolítica nas formas e estratégias de produção do cotidiano. [...] Os desafios postos em relevo pela pandemia não são apenas sanitários. São socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, científicos, sobremaneira agravados pelas desigualdades estruturais e iniquidades entre países, regiões e populações (MATTA. SOUTO. REGO. SEGATA, 2021, p. 16-17).

É notória, portanto, a desigualdade dos impactos da pandemia, em virtude dos múltiplos contextos e fatores que influem, sobretudo, nos efeitos relativos ao grau de contágio e à letalidade da patologia. Especialmente no Brasil, esses indicadores foram evidenciados, de modo mais contundente com alusão à classe social e à raça, dois elementos que, numa análise interseccional, demonstraram maior gravidade da pandemia da COVID-19 em um público de maior vulnerabilidade no País. De acordo com o Boletim

Observatório COVID-19, da Fiocruz (2020, p. 17):

[...] vê-se que os bairros com alta e altíssima concentração de favelas apresentam maior letalidade (19,47%), o dobro em relação aos bairros considerados “sem favelas” (9,23%), indicando tanto a falta de acesso ao diagnóstico em tempo adequado, como problemas de acesso aos serviços de saúde de mais complexidade assistencial. Territórios como Complexo do Alemão, Costa Barros e Jacarezinho apresentaram as maiores taxas de letalidade observadas, respectivamente 45%, 22,69% e 22,22%. A taxa de letalidade na cidade do Rio de Janeiro ficou em 11,73%.

A maior letalidade é observada, principalmente, pela organização socioespacial dos contextos urbanos, que inviabilizaram a adoção das medidas de prevenção, como o isolamento em caso de contaminação e o distanciamento social, principalmente nas regiões periféricas em que se observou o movimento de favelização. O aglomerado de casas e a falta de estrutura adequada desses ambientes foram fatores decisivos para maior transmissão do vírus. Somado a esses indicadores, há que se falar, ainda, do acesso aos equipamentos de saúde, notadamente, precarizados. A escassez de leitos e as dificuldades de remoção para centros de tratamento tornaram o vírus mais letal em comunidades mais pobres. Não se pode olvidar, como ora mencionado, a relação dos fatores classe social e raça, como ressaltado no Boletim Observatório COVID-19, da Fiocruz (2020, p. 17):

[...] O comportamento desigual da doença na cidade também reitera as desigualdades raciais, expressas pelo maior número de óbitos na população negra. A melhora na informação do quesito raça/cor – observada da primeira para a segunda edição do Boletim Sócioepidemiológico – resultou da obrigatoriedade no preenchimento por autodeclaração desse campo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Ação do Ministério Público Federal, a medida foi fruto da intensa mobilização de associações e movimentos sociais, com destaque aos movimentos negros, que denunciaram a invisibilidade de negros e indígenas - como um obstáculo à promoção da equidade em saúde. De fato, já no segundo boletim (julho e setembro) é possível observar que as taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade por Covid-19 no município foram maiores na população negra. O percentual de óbitos por Covid-19 segundo raça/cor nesse período foi de 48,2% em negros, 31,12% em brancos, porém ainda há 20,15% de não informado segundo esse quesito. Já a incidência em negros é de 44,6% e em brancos de 37,04%, 3,99% amarelos, 0,17% indígenas e 14,19 ignorado. Essa doença retrata as bases de nosso racismo estrutural, expresso na imensa vulnerabilização e precarização de vidas negras.

Percebe-se, portanto, uma intersecção de fatores de vulnerabilidade, a

saber: raça e classe social, responsável por trazer maior efeito danoso da COVID-19 a esse público, com um maior grau de contaminação e maior letalidade. Ressalte-se, ainda, que outros efeitos foram agravados, como diminuição de renda e de postos de trabalho para a população negra. Segundo o Dieese (2020), homens negros com carteira (1,4 milhão), sem carteira (1,4 milhão) e que trabalhavam como autônomos (1,2 milhão) perderam as ocupações durante a pandemia, situação que alcançou, também, as mulheres negras: ainda no ano de 2020, 887 mil trabalhadoras com carteira, 620 mil sem carteira, 886 mil trabalhadoras domésticas, e 875 mil trabalhadoras autônomas perderam seus postos de trabalho, o que pode ser considerado como um combustível para a majoração da desigualdade sociorracial no Brasil.

A omissão do Estado frente às crises sanitária, de saúde pública e social revelam opções notadamente marcadas pela necropolítica, quando determinados públicos deixam de ser alvo de ações efetivas de garantia de seus direitos fundamentais, como é no caso da saúde, sendo preteridos em virtude da classe social e da raça. As vulnerabilidades se intensificam e colocam em evidência as desigualdades e a insuficiência estatal, conduzindo à morte pessoas identificadas com os grupos sociais supramencionados.

Conclusão

O estado brasileiro, por meio de sua Constituição Federal de 1988, assumiu o compromisso de agente promotor da saúde, de forma igualitária, assim compreendida não apenas como condição antagônica às patologias, mas como situação individual e coletivo de bem-estar, como bem apregoa a Organização Mundial da Saúde. Ocorre, no entanto, que diversas escolhas políticas reforçam determinadas vulnerabilidades, notadamente com referência à classe social e à raça.

O contexto da pandemia da COVID-19 evidenciou uma desigualdade na sociedade brasileira. Em tempos de discursos relativos à horizontalização da contaminação pelo vírus, os múltiplos contextos de análise dos impactos daquela doença revelam sua falseabilidade, em virtude da maior letalidade observada na população pobre e, de modo mais intenso, entre os negros.

Diversos são os fatores de culminância dos maiores índices

supracitados nas populações referenciadas, dentre os quais se destacam as dificuldades de adoção das medidas preventivas, como o distanciamento social e o isolamento, além da precarização e da disponibilidade dos equipamentos para aqueles públicos. Os efeitos não se subsumem apenas aos indicadores diretamente relacionados com a saúde, mas causam majoração dos números da pobreza e da miséria.

Observa-se, portanto, uma evidente faceta da necropolítica, em razão de condutas omissivas por parte do estado brasileiro, diante do enfrentamento da pandemia da COVID-19, seja pela falta de assistências financeira, à saúde e social, de forma imediata, seja em decorrência das escolhas políticas durante o contexto pandêmico que, certamente, foram responsáveis pela colocação do Brasil nas primeiras posições, em números absolutos, de contaminação e de óbitos, quando comparado aos demais países, além de ser considerado, mundialmente, como um dos piores estados em estratégias eficazes para prevenção, controle e tratamento da doença.

Referências

BENTHAM, Jeremy. **An introduction to the principles of morals and legislation**. Kitchener: Batoche Books, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional. Distrito Federal: Brasília, 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública**, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem n. 93, de 18 de março de 2020a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8075954&ts=1584647908386&disposition=inline> Acesso em 02 de nov. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília – Distrito Federal: 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 02 de nov. de 2022.

DIEESE. **Desigualdade entre negros e brancos se aprofunda durante a pandemia.** Boletim especial, novembro de 2020. Disponível em: Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-porcovid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Covid nas favelas.** Boletim Observatório Covid-19. Edição Oficial. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf> Acesso em 08 de nov. de 2022.

FOUCAULT, Michael. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCÊS, Carlos Renato Lisboa *et al.* **Análise da evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil** – O Estado do Pará. Belém – Pará: Universidade Federal do Pará Laboratório de Tecnologias Sociais, 2020. Disponível em: <https://portal.ufpa.br/images/docs/nota_tecnica_COVID19_RMB_01052020_VFInal.pdf> Acesso em 02 de nov. de 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. SOUTO, Ester Paiva. REGO, Sérgio. SEGATA, Jean. **A covid-19 no brasil e as várias faces da pandemia.** In: MATTA, Gustavo Corrêa, et al. (org) Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** Melusina, 2016.

NOGUEIRA, Roberto P. **Os médicos, a saúde como completo bem-estar e a questão do desenvolvimento.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro: Ipea , 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19.** Washington D.C., Estados Unidos, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em 02 de nov. de 2022.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).** Genebra, 1946

SAND, R. **L'économie humaine par la médecine sociale.** Paris: Rieder, 1934.

TOURINHO, Luciano. **Justiça Restaurativa e Crimes Culposos.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.