

PROMOÇÃO DA SAÚDE ANTE A PANDEMIA DE COVID-19: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS EM PAÍSES SELECIONADOS

Health Promotion in the face of covid-19 pandemic: Analysis of strategies used in selected countries

Cristianne Maria Famer Rocha¹
Fernanda Carlise Mattioni²
Marisangela Spolaôr Lena³
Luciana Araujo Vieira⁴
Liliane Spencer Bittencourt Brochier⁵

1. Rocha CMF. Doutora em Educação. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Líder do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (Geps). Orcid: 0000-0003-3281-2911. E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

2. Mattioni FC. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. Tutora da Escola de Saúde Pública do RS. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (Geps) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orcid: 0000-0003-3794-6900. E-mail: nandacmattioni@gmail.com

3. Lena MS. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Psicóloga. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (Geps) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orcid: 0000-0002-0053-7954. E-mail: marisangelaslana@gmail.com

4. Vieira LA. Enfermeira Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Pesquisadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (Geps) da Universidade do Rio Grande do Sul. Orcid: 0000-0001-6197-9900. E-mail: luajvieira@gmail.com

5. Brochier LSB. Acadêmica de Saúde Coletiva junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (Geps) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orcid: 0000-0003-0778-5018. E-mail: lilianesbrochier@gmail.com

Resumo

Estratégias sanitárias de combate a epidemias são modelos que surgiram com propósito de regular e controlar a propagação de doenças desde o surgimento dos Estados Modernos. Essa regulação das condutas, operada por meio de diferentes discursos e estratégias, chamada por Michel Foucault de ‘governamentalidade’, também atinge a esfera do comportamento da população ante o enfrentamento de doenças e a promoção e manutenção da saúde. Perante a pandemia do novo coronavírus, diferentes estratégias de mitigação e proteção social foram adotadas pelos países. Dessa forma, este texto tem como escopo identificar, descrever e analisar as diferentes estratégias de Promoção da Saúde adotadas pelos Estados diante da pandemia de covid-19. Os dados coletados identificam as medidas de mitigação e proteção social adotadas por diferentes países no combate ao novo coronavírus. Foi realizada a análise qualitativa dos dados. Por derradeiro, observa-se que alguns países adotaram estratégias biopolíticas e disciplinares para o enfrentamento da pandemia de covid-19, ampliando e qualificando as condições de vida (‘fazer viver’) para seus cidadãos, enquanto outros adotaram práticas necropolíticas (‘fazer ou deixar morrer’).

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Coronavírus. Pandemia. Biopolítica. Necropolítica.

Abstract

Sanitary strategies to combat epidemics are models that have emerged with the purpose of regulating and controlling the spread of diseases since the emergence of Modern States. This regulation of behaviors, operated through different discourses and strategies, called by Michel Foucault ‘governmentality’, also affects the sphere of behavior of the population in the face of disease and the promotion and maintenance of health. Faced with the coronavirus pandemic, different mitigation and social protection strategies have been adopted by countries. This text aims to identify, describe and analyze the different Health Promotion strategies adopted by States in the face of the covid-19 pandemic. The collected data identify the mitigation and social protection measures adopted by different countries to combat the coronavirus. Qualitative data analysis was performed. Finally, it is observed that some countries have adopted biopolitical and disciplinary strategies to face the covid-19 pandemic, expanding and qualifying the living conditions (‘making them live’) for their citizens, while others have adopted necropolitical practices (‘making or let it die’).

Keywords: Health Promotion. Coronavirus. Pandemic. Biopolitics. Necropolitics.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2), foram identificados em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, quando os primeiros casos foram divulgados publicamente pelo governo chinês. No final do mês de fevereiro de 2020, o Brasil teve o primeiro caso da doença. Com a situação de emergência sanitária em todo o mundo, a partir de março desse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de covid-19 – que significa ‘*coronavirus disease*’ (doença do coronavírus), enquanto ‘19’ se refere ao ano de 2019 – cuja denominação é importante para evitar casos de xenofobia e preconceito, além de confusões com outras doenças.

Desde o surgimento dos Estados-Nações, em meados do século XV, foram protagonizadas medidas sanitárias de combate a epidemias, as quais tinham por objetivo possibilitar o desenvolvimento do sistema capitalista, que se inicia com as primeiras trocas comerciais datadas dessa época. Nota-se que a relação entre o controle da propagação de doenças e o desenvolvimento do sistema capitalista existe desde o surgimento desse sistema. Inicialmente, as medidas sanitárias de Estado possuíam caráter disciplinar, predominantes na fase do capitalismo mercantil. O controle sanitário era realizado de maneira individualizada, por meio do isolamento e classificação dos corpos. Por tais características, o poder disciplinar foi caracterizado por Foucault¹ como ‘anátomo-poder’. Posteriormente, as medidas de regulação social foram se modificando, de modo a responder às necessidades que surgiam com o capitalismo industrial.

Nesse contexto, as medidas sanitárias se destinavam à modulação do comportamento da população, com o objetivo de produzir um modo de viver compatível com os ideais do sistema capitalista. Estas últimas não se destinavam ao corpo individual, mas, sim, à população, ou, como denominou Foucault¹, ao ‘corpo-espécie’. A ‘biopolítica’, então, consiste na investida do Estado sobre o comportamento da população, por meio de medidas que passam a ser operadas a partir dos séculos XVIII e XIX. Tais medidas se constituem por um emaranhado de estratégias, articuladas em uma complexa trama, capaz de guiar a conduta de indivíduos e da população de maneira homogênea. A regulação das condutas, operada por meio de diferentes discursos e estratégias, chamada por Foucault¹ de ‘governamentalidade’, também atinge a esfera do comportamento da população diante de questões referentes ao enfrentamento de doenças e da promoção e manutenção da saúde.

O discurso da Promoção da Saúde (PS) tem suas origens na década de 1940, quando Henry Sigerist afirmou que a medicina se constituía por quatro tarefas essen-

ciais, que seriam: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Em 1958, Leavell & Clark desenvolveram o modelo da História Natural das Doenças, que apontava três escalas de prevenção de doenças: primária, secundária e terciária. A PS pode ser identificada no nível de prevenção primária que ocorre no período pré-patogênese; e, portanto, as medidas adotadas não se dirigem a uma doença específica, mas objetivam aumentar a saúde e o bem-estar por meio de medidas relativas à moradia, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, educação².

Um pouco mais tarde, em 1974, o Informe Lalonde, publicado no Canadá, apontou o limite das ações focadas na assistência médica e sua consequente insuficiência para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde, os quais categorizou como: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Como solução, considerou uma ampliação do campo da Saúde Pública por meio de medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida³.

O marco para o movimento da PS ocorreu, no entanto, no ano de 1986, quando aconteceu a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa. O documento final, conhecido como Carta de Ottawa, conceituou a PS como o processo capaz de proporcionar às pessoas um maior controle dos aspectos que possam melhorar a saúde, pelo qual um amplo espectro de práticas em saúde são colocadas em funcionamento em diferentes aspectos da vida, na perspectiva de favorecer a escolha por modos de vida saudáveis⁴.

No Brasil, o termo PS foi incorporado ao texto constitucional de 1988, representando um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte dos documentos técnicos e legislação complementar à criação do SUS traz a PS como uma estratégia e um objetivo de sua operacionalização. No entanto, as bases teórico-metodológicas da Promoção da Saúde foram sistematizadas no país apenas em 2006, ano em que foi publicada a primeira Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁵. Embora a referida política tencionasse a ampliação das práticas em saúde, por meio da busca de parceiros em outros setores e na sociedade civil, não se concretizou um esforço político capaz de dar centralidade e força a essa ampliação na agenda pública dos anos subsequentes à publicação do documento; fato que contribuiu para que as práticas caracterizadas como PS continuassem sendo estruturadas a partir da abordagem comportamental e, por vezes, centradas na culpabilização individual e das comunidades como produtores de seus próprios adoecimentos.

A fim de dar conta da demanda por ampliação das práticas em saúde, no ano de 2014, foi atualizada e publicada uma nova PNPS⁶ no Brasil, com avanços importantes

relativos à primeira edição, principalmente no que se refere à proposição de estratégias concretas de articulação intra e intersectorial, bem como no estímulo à participação popular para viabilizar ambientes mais favoráveis à saúde. O texto apresenta, ainda, uma preocupação notável em considerar e respeitar os saberes e a cultura local como elementos potentes para os processos de construção de espaços de vida mais saudáveis. Além disso, também é apresentado o desafio de implementação das diretrizes traçadas na referida política, no contexto atual de restrição dos investimentos nas políticas sociais e nos gastos públicos com saúde.

A PS é, portanto, um conceito polissêmico, que compreende diferentes estratégias de operacionalização. Pela abrangência e pelas possibilidades de práticas e de interpretações, ela é constituída a partir de diferentes vertentes epistemológicas e executada por meio de múltiplos métodos, também em diferentes cenários⁷.

Embora muitos intelectuais, organizações intergovernamentais (OMS e, na região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde – Opas), governos e representantes da sociedade civil tenham procurado pautar o debate no sentido de ampliar o campo de práticas da PS, a abordagem hegemônica ainda é centrada no controle dos fatores de risco, a partir da modificação de comportamentos individuais, influenciada pela racionalidade biomédica. Visualizam-se duas vertentes principais na PS: a primeira refere-se a esta já anunciada, centrada nos comportamentos individuais e no controle de fatores de risco; a segunda compreende a PS como o conjunto de práticas, cujas intervenções atuam desde os determinantes mais gerais da saúde, os quais dizem respeito às condições macroeconômicas, cultura de paz e solidariedade de um país, até os aspectos mais individuais, os quais são problematizados a partir da educação em saúde. Esta última abordagem é definida como Promoção da Saúde Radical, cujo espectro de atuação está focado no âmbito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em seus diferentes níveis⁸.

No contexto da pandemia de covid-19, notadamente, são acionadas estratégias de prevenção dessa doença, bem como de PS, contemplando suas diferentes vertentes. Reconhecemos a utilização das tecnologias de cuidado inscritas nessas duas perspectivas, por isso propomos a presente discussão.

O vírus, agente causador da doença, possui alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda, podendo ocasionar casos leves ou, até mesmo, quadros graves, caracterizados como a Síndrome Respiratória Aguda Grave. A letalidade varia de acordo com a faixa etária e comorbidades associadas. Além disso, condições de vulnerabilidade socioeconômica interferem na transmissibilidade e, por consequência, no aumento da morbimortalidade nos grupos populacionais mais empobrecidos⁹.

Diante da emergência epidemiológica mundial, os países adotaram diferentes estratégias de combate à propagação do vírus e ao atendimento de indivíduos doentes. Uma estratégia comum a todos parece ser a forte investida na modulação do comportamento individual, por meio da publicação exaustiva das recomendações da OMS, que se referem ao uso de máscaras, higienização rigorosa das mãos e isolamento social. Para que os sistemas de saúde sejam capazes de oferecer tratamento em tempo oportuno, principalmente para as pessoas acometidas pela forma grave da doença, é necessário que o contágio ocorra da forma mais lenta possível, para que, assim, ocorra o ‘achatamento da curva de contágio’. Ou seja, menos pessoas ficam doentes ao mesmo tempo, e, em consequência, menos casos graves acontecem ao mesmo tempo, de modo que os serviços de saúde mantêm sua capacidade de oferecer tratamento aos que necessitam¹⁰.

Nota-se, no entanto, que diferem as estratégias adotadas pelos países no que se refere aos DSS. No contexto da pandemia, a proteção social do Estado se constitui elemento fundamental para que as pessoas possam, efetivamente, cumprir as orientações para o controle do contágio.

Assim, estabeleceu-se o objetivo desse capítulo, que é identificar, descrever e analisar as diferentes estratégias de PS adotadas pelos Estados diante da pandemia de covid-19. Pretendemos olhar para os dados dos países com os maiores e os menores números de casos e mortes e analisar as estratégias de combate à pandemia, adotadas nesses lugares.

Consideramos práticas de PS as estratégias de mitigação adotadas para diminuir o contágio, bem como as medidas de proteção social realizadas durante a pandemia.

A presente discussão remete à possibilidade de identificação das estratégias de PS relativas à covid-19 adotadas em diferentes países, revelando quais apresentaram melhor impacto, bem como de que maneira tais estratégias foram operacionalizadas nos contextos populacionais, apontando para as melhores práticas em um contexto de pandemia, considerando as especificidades socioeconômicas e culturais de cada local.

Material e métodos

A pesquisa dos dados relativos ao número de casos e de mortes por covid-19 foi realizada no banco de dados da OMS, atualizado diariamente e disponibilizado na rede mundial de computadores. Os dados foram sistematizados por meio de um instrumento de coleta, no qual consta: nome do país, população total, data da obtenção dos dados, número total de casos confirmados, número total de mortes confirmadas. Utilizamos

como data base para a coleta dos dados o dia 1º de agosto de 2020. Foram incluídos no estudo cinco países populosos, que, na data da coleta dos dados, possuíam as maiores morbimortalidades por covid-19, e cinco países, também populosos, que, na mesma data, possuíam as menores morbimortalidades por essa doença¹¹.

Destacamos que nosso objetivo não foi realizar um estudo epidemiológico da pandemia. Nossas análises foram voltadas para as estratégias de promoção, comunicação e educação em saúde, descritas nos planos nacionais e adotadas por esses países. Salienciamos ainda que outros fatores, como perfil demográfico, por exemplo, podem influenciar no padrão de transmissibilidade e de mortalidade por covid-19. Assim, reiteramos o caráter qualitativo de nossas análises, de modo que não realizaremos comparações de cunho quantitativo entre os países.

Após a definição dos países que seriam incluídos no estudo, adicionamos dois campos no instrumento de coleta de dados: medidas de mitigação e medidas de proteção social, adotadas pelo país. Estes dois últimos itens foram pesquisados na base de dados ‘Low Lab’¹² que compila as principais ações realizadas, formalizadas em documentos oficiais, pelos países, diante da crise gerada pela pandemia e em informações disponibilizadas nos sites dos organismos internacionais: OMS¹¹, Organização das Nações Unidas¹³ (ONU), Organização Pan-Americana da Saúde¹⁴, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe¹⁵ (Cepal), Consulado Geral do Japão em Porto Alegre¹⁶ e Consulado Geral da República Popular da China¹⁷, Embaixada e consulado dos EUA no Brasil¹⁸, Universidade de Oxford¹⁹.

Resultados

A seguir, apresentamos as medidas de mitigação e de proteção social adotadas pelos países que estão entre aqueles com menor e maior morbimortalidade por covid-19, respectivamente, nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Países populosos com menor número de mortes e medidas de mitigação e proteção social adotadas

País	Principais medidas de mitigação	Principais medidas de proteção social
Vietnã	Testagem precoce e isolamento de todos os casos suspeitos. Testagem de todos os contatos e contatos de contatos de casos suspeitos, bem como isolamento destes. Orientação e vigilância pelo exército do isolamento social rigoroso, uso de máscaras e higiene das mãos. Fechamento das fronteiras. ‘ <i>Lockdown</i> ’ no momento em que apareceram os primeiros casos. Utilização de aplicativos de saúde para auxiliar no mapeamento de casos.	<ul style="list-style-type: none"> – Criminalização da criação e dispersão de <i>fake news</i>; – Medidas disciplinares para a observação rigorosa do isolamento; – Fomento à criação de laços de solidariedade e ajuda mútua nas comunidades.
Etiópia	Testagem precoce e isolamento de todos os casos suspeitos. Orientação de isolamento social, uso de máscaras e higiene das mãos. Fechamento das fronteiras. Definição dos papéis diante da pandemia: governo, profissionais e comunidade. Oferta de Equipamentos de Proteção Individual e proteção dos trabalhadores. Elaboração de protocolo único, com orientações para ação coordenada na rede serviços públicos e privados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> – Ajuda humanitária de organizações internacionais para o suprimento das necessidades elementares da vida, bem como para o fortalecimento do sistema de saúde, oferta de testagem e tratamento aos doentes.
Japão	Testagem precoce e isolamento de todos os casos suspeitos. Orientação de isolamento social rigoroso (idealmente 80%), uso de máscaras e higiene das mãos. Definição dos papéis diante da pandemia: governo, profissionais e comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> – Empréstimos reais, sem garantias, sem juros; – Melhores condições de empréstimo: permitindo que dívidas recorrentes sejam refinanciadas como empréstimos, sem juros; – Diferimento do pagamento de impostos nacionais e prêmios de seguridade social sem garantias e penalidades; – Transferência direta de renda: Pagamento em dinheiro de 100 ienes (aproximadamente \$ 950) cada para todos os residentes no Japão (12,9 trilhões de ienes); – Pagamentos em dinheiro de 2 milhões de ienes cada para micro, pequenas e médias empresas e 1 milhão de ienes cada para proprietários de empresas individuais (2,3 trilhões de ienes); – Investimento ostensivo no sistema de saúde.

País	Principais medidas de mitigação	Principais medidas de proteção social
China	Experiência no contingenciamento de epidemias. Protocolos de enfrentamento de epidemias já estabelecidos. Orientação de isolamento social rigoroso, uso de máscaras e higiene das mãos. Fechamento das fronteiras das cidades de acordo com o avanço da epidemia. Testagem precoce e isolamento de todos os casos suspeitos. Identificação dos casos assintomáticos e isolamento. Rastreamento ostensivo dos contatos, testagem e isolamento. Utilização de ‘big data’ e Inteligência Artificial para rastreamento de casos suspeitos e contatos. Ação coordenada entre as diferentes províncias, com direção única e seguimento rigoroso dos protocolos de enfrentamento de epidemias previamente estabelecidos.	<ul style="list-style-type: none"> – Transferência direta de renda; – Amplos investimentos no setor saúde, com vistas a ampliar serviços de saúde capazes de oferecer ampla testagem para diagnóstico e tratamento aos doentes em tempo oportuno.
Alemanha	Protocolo de enfrentamento de epidemias já estabelecido. Fechamento de lugares públicos propícios a aglomerações. Orientações de isolamento social, sempre que possível. Ampla testagem de casos suspeitos e contatos. Isolamento de casos suspeitos. Ações de mitigação realizadas por meio de direção única e coordenada entre os diferentes estados e municípios. Cumprimento rigoroso dos protocolos estabelecidos.	<ul style="list-style-type: none"> – Transferência direta de renda; – Fortalecimento do sistema de saúde; – Investimentos em programas sociais; – Investimentos no setor econômico para mantê-lo estável mesmo com a menor produtividade.

Fonte: Organização Mundial da Saúde¹¹; Consulado Geral do Japão em Curitiba¹⁶; Consulado Geral da República Popular da China¹⁷; Low Lab¹²

Quadro 2 – Países populosos com maior número de mortes e medidas de mitigação e proteção social, adotadas

País	Principais medidas de mitigação	Principais medidas de proteção social
Estados Unidos da América (EUA)	<p>A Segurança Nacional, a Biodefesa Nacional e as Estratégias de Segurança Global de Saúde priorizam o combate dos surtos onde se originaram. Publicação tardia do decreto que estipulava a gravidade da situação epidemiológica. Orientações para o uso de máscaras, higiene das mãos e isolamento social nas regiões de maior contágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Plano de assistência social de cem bilhões de dólares americanos para trabalhadores diretamente afetados pelas consequências do novo coronavírus. – Lei de Resposta ao Coronavírus oferece testes gratuitos para quem precisa, incluindo aqueles sem seguro de saúde. A Lei também inclui licença médica “de emergência”, com até duas semanas de licença remunerada para funcionários em período integral e, no caso de trabalhadores em regime de meio período, um período equivalente ao número de horas normalmente trabalhadas, dividido em duas semanas. – Pagamento de US\$ 1.200 (cerca de R\$ 6.000) por pessoa, com um adicional de US\$ 500 por criança. – Pacote, denominado SAFER, soma-se à assistência humanitária internacional e de saúde global, atual, substantiva e contínua, do governo dos EUA, de mais de US\$ 170 bilhões, durante os últimos 20 anos, que estabeleceu as bases para que muitos parceiros internacionais prevenissem, detectassem e respondessem à ameaça das doenças infecciosas, inclusive da covid-19.

País	Principais medidas de mitigação	Principais medidas de proteção social
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> – Decretada situação de calamidade pública. Orientações controversas com relação ao distanciamento social, uso de máscaras e gravidade da situação epidemiológica. – As medidas de mitigação ficaram a cargo de estados e municípios, que realizaram com maior ou menor intensidade, de acordo com dados provenientes de diferentes fontes. – Orientações para o isolamento social, higiene das mãos e uso de máscaras, realizadas de maneira distinta em cada região brasileira. 	<ul style="list-style-type: none"> – Auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00, por três meses, para famílias que comprovassem não possuir outra renda. O auxílio demorou a ser aprovado pelo Congresso Nacional e apresentou problemas sérios para a operacionalização da liberação dos recursos aos brasileiros. A partir de setembro, o auxílio foi diminuído para o valor de R\$ 300,00 para os próximos três meses. – Anúncio de auxílio financeiro para pequenas e médias empresas. Dificuldades burocráticas de acesso ao recurso.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> – Adotou o confinamento após muito tempo de pandemia. – Fez <i>lockdown</i>. – Orientações para a realização de distanciamento social e máscara. 	<p>Principal medida voltada para os profissionais autônomos: governo promete cobrir até 80% dos ganhos desses trabalhadores, com o limite de 2.500 libras esterlinas por mês (aproximadamente R\$ 17.000), somente para quem possui renda anual de até 50 mil libras esterlinas, que corresponde a 95% dos autônomos do país. Esses trabalhadores terão que provar que tiveram lucros reduzidos devido à pandemia de covid-19 para poderem receber o auxílio.</p>
México	<ul style="list-style-type: none"> – Não adotou o distanciamento social completo. – Orientações para o uso de máscaras. Segundo dados da Universidade de Oxford, o México é o país latino-americano com menos testes por mil habitantes. – Discurso controverso entre as autoridades do país em relação ao distanciamento e à gravidade epidemiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Concessão de crédito para pequenas empresas e trabalhadores; – Pacote fiscal mexicano para enfrentar a crise da saúde equivalente a 1,1% do Produto Interno Bruto (PIB), o 12º entre 16 países da América Latina e menor que a média de 3,2% dos países da região, segundo a Cepal.

País	Principais medidas de mitigação	Principais medidas de proteção social
Índia	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas de isolamento flexíveis, com momentos de distanciamento social e quarentena. – Orientação para uso de máscaras e higiene das mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Um programa chamado “Primeiro Ministro Garib Kalyan Package” foi lançado para mitigar as dificuldades enfrentadas pelos pobres e desfavorecidos. Suprimentos alimentares, gás de cozinha, apoio financeiro e outras formas de apoio estão sendo entregues em todo o país. A distribuição de refeições na porta das pessoas carentes também está sendo feita pelas autoridades. – O ‘Reserve Bank of India’ (RBI) apoia com medidas para resolver os problemas de liquidez sistêmica por meio de uma série de operações monetárias e de mercado. O RBI também introduziu operações de longo prazo, para ajudar os bancos a aumentarem os empréstimos a taxas de juros mais baratas. Os bancos anunciaram moratória sobre os reembolsos de empréstimos a prazo durante o período de crise.

Fonte: Organização Mundial da Saúde¹¹, Embaixada e consulado dos EUA no Brasil¹⁸, Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários¹³, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe¹⁵, Universidade de Oxford¹⁹ Organização Pan-Americana da Saúde¹⁴, Low Lab¹²

Discussão

Observa-se que os países que aparecem entre os que possuem menor morbimortalidade possuem diferentes características no que se refere às estruturas social, econômica e cultural. No quadro 1, estão reunidos desde detentores dos maiores PIB do mundo a países ainda em estágio de desenvolvimento, consideravelmente com menor aporte de recursos econômicos que os primeiros.

Além disso, todos os países listados (tanto no quadro 1 quanto no 2) buscaram desenvolver estratégias de proteção social, dentro de suas condições de possibilidade. Os detentores de maior capital econômico adotaram medidas de proteção social mais robustas. Os países com menor poder econômico, no entanto, buscaram investir em estratégias que favorecessem os laços de solidariedade, seja por meio da busca

de ajuda internacional, seja por meio do estímulo a ações solidárias adotadas entre a própria comunidade.

Apesar das diferenças socioeconômicas e culturais, os pontos que se apresentam em comum entre os países que abordamos nesse primeiro quadro foram: o entendimento imediato pelos chefes de Estado, e seus respectivos órgãos responsáveis pela saúde, de que o novo coronavírus significava uma ameaça grave às suas populações e que seriam necessárias medidas drásticas e urgentes para a contenção da pandemia; a existência prévia e o cumprimento rigoroso dos protocolos de enfrentamento de epidemias; a presença de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes estados/províncias que compõem tais países, com uma direção única por parte dos seus respectivos ministérios da saúde; a presença de um discurso alinhado entre as autoridades de governo sobre a gravidade da pandemia, bem como sobre a necessidade de adesão total, por parte da população, às medidas de mitigação orientadas.

Podemos inferir, desse modo, que os cinco países cujos dados apresentamos no quadro 1 se inscrevem em uma perspectiva biopolítica diante da emergência ocasionada pela pandemia de covid-19. A biopolítica pode ser entendida como o conjunto de práticas e normas que se aplicam às diferentes dimensões da vida e que são utilizadas para manter o equilíbrio e a homeostase em uma sociedade. Ou seja, são regras, ditadas por meio dos ‘dispositivos de segurança’, que têm por objetivo estabelecer modos comuns de viver, capazes de proporcionar o desenvolvimento econômico e social dentro da ordem vigente^{1,20}. São, ainda, dispositivos postos em um campo heterogêneo, que ora se opõem, ora se potencializam na perspectiva de agir sobre os comportamentos, modos de dizer e de fazer, sobre as subjetividades de sujeitos econômicos e políticos²¹.

Com o advento da biopolítica e, com ela, a regulação dos corpos pelo Estado, a saúde passa também a ser alvo de intervenção estatal. Nesse sentido, a medicina passou a atentar também para a “qualidade de vida” da população, indo além da relação biomédica na qual o foco era a doença. A medicina moderna incorporou um caráter sanitarista, social e biopolítico, mas seria ingênuo acreditar que isto se deu somente pela “humanização”, todavia porque era necessário que os indivíduos tivessem saúde para produzir²².

Em nosso entendimento, a principal ferramenta biopolítica identificada nas estratégias de enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus, nos países referidos no quadro 1, foi a governamentalidade. Tal estratégia consiste na capacidade de incidir sobre as ações, sobre as condutas de si, de outro indivíduo ou ainda de grupos de indivíduos. São ações realizadas sobre outras ações. Quer dizer, práticas de subjetivação, operadas por meio de dispositivos que visam conduzir/orientar condutas, individuais ou coletivas^{1,20}. Foucault define a governamentalidade como “o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os

cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população¹⁽¹⁴³⁾.

Arriscamos dizer que a governamentalidade, conforme definiu Foucault, encontra espaço no escopo das práticas de PS protagonizadas nos países incluídos no estudo, especialmente no sentido da abordagem comportamental, de modo que foram uma estratégia comum nesses países o amplo incentivo ao isolamento social, o uso de máscaras e a higiene rigorosa das mãos. Nesse sentido, as ações de gestores e profissionais, no campo da PS, bem como o comportamento dos indivíduos – no enfrentamento de uma doença e/ou na manutenção do seu estado de saúde –, estão de acordo com a racionalidade neoliberal, na medida em que, articuladas aos objetivos da governamentalidade, passam a conduzir a forma pela qual os sujeitos devem pensar, ser, estar e se posicionar no mundo²²⁻²⁴.

Em contrapartida, nesses países (quadro 1), o Estado esteve presente e protagonizou a condução do enfrentamento da pandemia, operando diferentes medidas de mitigação e de proteção social. Nessa perspectiva, tais ações estão alinhadas a práticas ampliadas de PS, que consideram os DSS no processo de adoecimento. Essa perspectiva está inserida na abordagem da PS que busca explicar os processos de adoecimento de maneira mais ampla, a partir dos DSS, evitando abordagens que remetem unicamente à responsabilização individual pela saúde e pelo adoecimento^{2,25}.

Cabe ainda destacar um elemento que chama a atenção nos resultados obtidos. Refere-se a uma retomada, ou melhor, uma atualização de estratégias do poder disciplinar, descrito por Foucault¹. Como dito na introdução deste capítulo, desde a Idade Média, foram desenvolvidos mecanismos disciplinares para o controle de epidemias, os quais se modificaram com a Modernidade, passando de disciplinares para mecanismos de segurança e de controle. De modo geral, os ‘dispositivos disciplinares’ se ocupam da circunscrição em seu espaço de poder, ao mesmo tempo que regulamentam e controlam tudo. A partir de um sistema de codificação, a disciplina determina o que é permitido e o que não é permitido. Qualquer infração deverá ser vigiada e corrigida. Segundo o autor, “uma boa disciplina é a que lhe diz a cada instante o que vocês devem fazer”¹⁽⁶⁰⁾.

Seguindo essa linha, os usos do território também foram objeto de análise do autor, que descreve a organização disciplinar do espaço territorial e o surgimento das primeiras cidades no início da Modernidade. Nessas análises, são apontadas as medidas de segurança utilizadas para possibilitar a capitalização do território cujo objetivo seria garantir sua funcionalidade mercantil e sanitária¹.

Contudo, a docilização dos corpos úteis por meio do poder disciplinar não foi abandonada, passando a integrar uma rede complexa de poder na qual o poder soberano vai alternando. A pandemia do novo coronavírus é uma prova disso, tendo em

vista que as estratégias biopolíticas são utilizadas em conjunto com as disciplinares, denotando o caráter soberano e disciplinar do Estado. Identificadas no contexto das medidas de mitigação adotadas por alguns países que têm as menores taxas de morbimortalidade pelo novo coronavírus, são traços de medidas disciplinares, tal qual as medidas adotadas na fase do desenvolvimento do capitalismo mercantil. Podemos dizer que fechamento de fronteiras, controle dos deslocamentos, multas e até mesmo detenção de pessoas que descumprem as orientações governamentais são práticas que se inscrevem em uma perspectiva disciplinar em nosso entendimento²⁷.

Além disso, é possível perceber uma atualização das práticas disciplinares e biopolíticas, em direção ao que Deleuze²⁸ chamou de ‘sociedades de controle’, caracterizadas pela intensificação e massificação do uso de instrumentos tecnológicos e de inteligência artificial que modulam, disciplinam e controlam, de forma contínua, instantânea e, muitas vezes, imperceptível, pessoas e ações. A utilização de aplicativos de dispositivos móveis, algoritmos de rastreamento, localização e controle dos indivíduos são exemplos de uma modalidade contemporânea de exercício de poder operada para diminuir o contágio pelo novo coronavírus. Não pretendemos aprofundar as discussões acerca dos dilemas éticos que tais medidas envolvem, pois seria demasiadamente pretensioso para este texto – e, também, por não ser seu objeto –, mas sinalizamos aqui um importante tema, que carece de pesquisas que sejam capazes de trazê-lo para o campo das discussões teóricas e também da estruturação de políticas de saúde.

Direcionando nosso olhar para os países que estão entre os que possuem maior morbimortalidade (quadro 2), identificamos também as estratégias biopolíticas já discutidas neste texto. Encontramos, no entanto, alguns elementos que diferenciam a conduta diante da pandemia em relação aos países que apresentaram menos números de casos e de mortes. Entre elas: hesitar em admitir a gravidade da pandemia e o risco real iminente; ausência de um plano coordenado e com condução por parte dos respectivos órgãos federais da saúde para redução do contágio e atendimento dos doentes; discurso contraditório e confuso acerca da pandemia, inclusive por parte dos chefes de Estado; demora e oscilação na adoção de medidas de mitigação do contágio.

Embora tardiamente, algumas medidas de mitigação e de proteção social, semelhantes aos países do quadro 1, também foram identificadas nos países do quadro 2. Nota-se, no entanto, uma postura menos presente do Estado, alinhada a uma perspectiva ultraliberal, que assume a possibilidade da perda de um número expressivo de vidas em prol da manutenção do desenvolvimento econômico do país.

Se, no contexto da biopolítica, o Estado visa potencializar a vida e não provocar a morte, isso não quer dizer que não exista o potencial de morte no biopoder, visto que também se pode deixar morrer ou produzir a morte. Foucault²⁹ explicita esse caráter paradoxal da biopolítica por meio do racismo de Estado, sendo este uma

tecnologia na qual os indivíduos descartáveis e indesejáveis podem ser eliminados. Determinados indivíduos e grupos sociais perdem seus direitos à saúde e assistência social, por exemplo, para beneficiar a vida da raça, com a justificativa de torná-la mais sadia e pura. O racismo se estabelece como condição para que se exerça o direito de morte dentro de uma configuração neoliberal e biopolítica de gestão do poder, na qual se exerce o direito de matar o considerado inferior em nome da vida dos demais.

Em uma epidemia ou pandemia, o Estado faz a gestão da saúde de forma a classificar e gerir o que é normal ou anormal, de forma a exercer a normalização biopolítica, ajustando os fenômenos envolvendo a população e os processos econômicos. Foucault³⁰⁽¹³¹⁾ coloca que o governo do poder soberano passa a ser recoberto pela “capacidade de administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”. Dessa forma, no Estado moderno e em suas instituições, passa-se a utilizar a vida em favor da manutenção e intensificação do poder em seu favor²⁷.

Quando é declarada uma situação de pandemia, a biopolítica aparece com ainda mais ênfase, visto que se pretende a prevenção e a proteção das pessoas por intermédio do governo dos corpos e das fronteiras entre o real e o imaginário em relação à saúde coletiva. O autor atenta ainda para o fato de que a gestão da vida por meio da biopolítica é constituída enquanto “política de vulnerabilidade diferencial” de forma que estabelece uma hierarquia de valor das vidas²⁷.

Em Estados que vêm implementando pesadas medidas de austeridade fiscal, a chegada da pandemia escancarou um cenário de desigualdade que piora sobremaneira com a presença do coronavírus. As pessoas que podem exercer suas atividades em casa estão protegidas. Por outro lado, a grande massa de trabalhadores com baixos salários, trabalhadores rurais, desempregados e população em situação de rua dependem de medidas de proteção que, não ao acaso, são morosas e insuficientes para o sustento de uma família³¹. O Estado, nessas circunstâncias, assume que parte da população que se encontra nessas condições pode morrer. Ao abandonar os indivíduos à sua própria sorte, o Estado os deixa morrer. Por se tratar de uma negligência direcionada a determinado grupo social, estamos diante do racismo de Estado descrito por Foucault²⁹. Além disso, nessas circunstâncias, o Estado passa operar também a ‘necropolítica’, que consiste no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Com base no biopoder e em suas tecnologias de controlar populações, o ‘deixar morrer’ se torna aceitável, mas não aceitável a todos os corpos. O corpo ‘matável’ é aquele que está em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial da raça³².

Podemos também analisar as estratégias de PS adotadas nos países do quadro 2 como, no mínimo, contraditórias. Embora tenham sido realizadas recomendações de isolamento social, uso de máscaras e higiene das mãos, parece contraditório fazê-los sem que sejam ofertadas, na mesma medida, as possibilidades para que os indivíduos,

de fato, possam executar tais cuidados. Ou seja, na mesma direção do que discutíamos acima, é considerar que parte da população não conseguirá realizar tais medidas e que, portanto, poderá se contaminar; e, na pior das circunstâncias, morrer. Assumir um discurso com orientações divergentes daquilo que o Estado oferece como condições de possibilidade pode ser entendido com uma atitude cínica no contexto da saúde. Em outros termos, prescrever comportamentos incompatíveis com as condições dos indivíduos e, caso adoeçam, culpabilizá-los pelo próprio adoecimento³³.

Considerações Finais

O objetivo deste capítulo foi identificar, descrever e analisar as diferentes estratégias de PS adotadas pelos Estados diante da pandemia de covid-19. Observamos que os países incluídos no estudo adotaram estratégias biopolíticas e disciplinares para o enfrentamento da pandemia de covid-19 como práticas de PS.

Identificamos que, mesmo com profundas diferenças socioeconômicas e culturais entre os países com menor morbimortalidade por covid-19, destaca-se o fato de que todos estes apresentaram uma postura de pronta resposta à gravidade da pandemia. Embora adotando diferentes estratégias, tiveram em comum o fato de considerar o perigo iminente sobre suas populações e a decisão única de adotar medidas pela manutenção da vida. Entendemos que a atuação coordenada entre os serviços de saúde dos países e a adoção e proliferação de um discurso homogêneo, sobre a gravidade da pandemia e a cooperação de todos, inclusive do Estado, foram elementos essenciais para frear o contágio nesses países.

Nos países com os maiores números de morbimortalidade por covid-19, também encontramos estratégias biopolíticas e disciplinares como práticas de PS. No entanto, o fato de as autoridades sanitárias – e, em alguns casos, inclusive dos chefes de Estado – terem hesitado em reconhecer a gravidade da pandemia, bem como a falta de um plano estruturado capaz de promover o contingenciamento do contágio e o atendimento dos doentes de maneira coordenada entre os diferentes entes federados, significou maior dificuldade em enfrentar a situação de crise. Além disso, países com histórico recente de pesadas medidas de austeridade fiscal e forte inclinação neoliberal assumiram que parcela expressiva de sua população poderia adoecer e, inclusive, morrer. Essa postura se insere na perspectiva teórica do racismo de Estado e da necropolítica, tendo em vista que, nesses Estados, alguns grupos sociais foram mais atingidos pelo novo coronavírus; e estes são justamente os que, historicamente, têm sido mais afetados pela desigualdade social, que sempre foram passíveis de abandono e extermínio.

Reiteramos o fato de que a biopolítica e a necropolítica podem coexistir enquanto políticas de Estado e que, em uma situação de pandemia, suas ações tornam-se mais evidentes. Ao mesmo tempo que se busca a sobrevivência de alguns por meio de estratégias que visam à vida e à PS, outras estratégias (ou a ausência delas) acabam prejudicando a saúde e o acesso a ela, podendo levar muitas pessoas ao adoecimento e à morte.

Reafirmamos que este capítulo não se destinou a análises epidemiológicas e comparativas entre os países. Nosso foco foi a análise das estratégias de mitigação e de proteção social, adotadas diante da pandemia de covid-19. Nesse sentido, estudos comparativos, incluindo abordagens epidemiológicas, bem como estudos qualitativos com outras abordagens epistemológicas, podem fornecer outras perspectivas ao que apresentamos. Por outro lado, reconhecemos a pertinência das reflexões aqui descritas como mais uma contribuição ao campo da PS, especialmente no que se refere às medidas de mitigação e proteção social no contexto de uma pandemia.

Referências

1. Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
2. Buss P, Hartz Z, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: Uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Cien Saúde Colet [internet]. 2020 [citado 2020 jul 17]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida-uma-perspectiva-historica-ao-longo-dos-ultimos-40-anos-19802020/17595?id=17595>
3. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu) [Internet]. 2003 [citado 2003 fev 21];7(12):101-22.
4. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Ottawa: WHO; 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 31 mar. 2006 [citado 2018 maio 29]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 13 nov. 2014 [citado 2017 out 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

7. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde debate*. 2016;40(108):190-203.
8. Buss PM, Czeresnia D, Freitas CM. Introdução a promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
9. Harvey D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19 In.: Harvey D, Žižek S, Badiou A, Davis M, Bihr A, Zibechi R. Coronavírus e a luta de classes. Terra sem amos: [s.l.]; 2020.
10. Vitória AM, Campos GW. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI [Internet]. 2020 [citado 2020 set 6]. Disponível em: <https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Vit%C3%B3ria-Gast%C3%A3o-W.-S%C3%B3-APS-forte-assegura-achatar-a-curva-e-funcionamento-de-leitos-de-UTI.-mar%C3%A7o2020.pdf>
11. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 [Internet]. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil (Brasil); 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
12. Covid-19 Law Lab. Coleta de documentos legais da resposta da Covid-19. [Internet]; 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: https://covidlawlab.org/?s=&topic=®ion=&country=Ethiopia&type=&sorting=date_issued&>tag=
13. Organização das Nações Unidas. COVID-19 e o novo coronavírus (Índia) [Internet]; 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/coronavirus/>
14. Organização Pan-americana de Saúde. Surto de doença por coronavírus (COVID-19) (México) [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
15. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Pandemia de COVID-19 levará à maior contração da atividade econômica na história da região: cairá -5,3% em 2020 (América Latina) [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pandemia-covid-19-levara-maior-contracao-atividade-economica-historia-regiao-caira-53>
16. Consulado Geral do Japão em Curitiba. Medidas de Fronteira conta COVID-19 (Japão) [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.curitiba.br.emb-japan.go.jp/files/100076885.pdf>
17. Consulado Geral da República Popular da China. Aviso do Consulado da China em São Paulo sobre medidas de precaução para nova pneumonia coronavírus (China) [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <http://saopaulo.china-consulate.org/pl/lggg/t1738399.htm>
18. Embaixada e consulado dos EUA no Brasil. Informações COVID-19 (EUA) [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://br.usembassy.gov/covid-19-information/>

19. Universidade de Oxford. Proteja nossa comunidade. Proteja os vulneráveis. Proteja-se [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05]. Disponível em: <https://www.ox.ac.uk/coronavirus/health>
20. Castro E. Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2016.
21. Lazzarato M. Biopolítica/bioeconomia. In: Passos ICF. Poder, normalização e violência. Incurssões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 41-52.
22. Furtado MA, Szapiro A. Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. Saúde Soc. 2012;21(4):811-21.
23. Freitas DD. A proliferação discursiva de combate à obesidade no neoliberalismo: o governo biopolítico mediante a educacionalização do social [tese]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
24. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a capacidade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo; 2016.
25. Castiel LD, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
26. Freitas FS. A perspectiva biopolítica da medicina social: SUS, PSF, neoliberalismo e pandemia. Kínesis [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05];12(31):186-213. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/kinesis/article/view/10622>
27. Seixas RLR. Da biopolítica a necropolítica e a racionalidade neoliberal no contexto do COVID-19. Voluntas: Revista Internacional de Filosofia [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 05];11(e50):1-11. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/voluntas/article/view/43939>
28. Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. Conversações. São Paulo; 1992.
29. Foucault M. É Preciso Defender a Sociedade. Curso do Collège de France (1975-1976). Tradução de Carlos Correia M. de Oliveira. Lisboa: Editora Livros Brasil; 2006.
30. Foucault M. História da sexualidade 1. Vontade de Saber. Tradução de Maria Thereza Albuquerque & J. A. Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
31. Davis M. A crise do Coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. In.: Harvey D, Žižek S, Badiou A, Davis M, Bihr A, Zibechi R. Coronavírus e a luta de classes. Terra sem amos; 2020.
32. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: Grupo N1; 2020.
33. Castiel LD, Xavier C, Mores DR. À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. 400 p.