

SAÚDE PÚBLICA E QUESTÕES RACIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM OLHAR À LUZ DA NECROPOLÍTICA

PUBLIC HEALTH AND RACIAL ISSUES IN PANDEMIC TIMES: A LOOK IN THE LIGHT OF NECROPOLITICS

Pedro Henrique Moreira Silva¹

Cristiane Valéria Moreira Silva²

RESUMO

A pesquisa pretende discutir as indignidades raciais em face da pandemia do novo Coronavírus. Para tanto, questiona se a população afrodescendente das periferias do capitalismo é afetada pela Covid-19 de forma intensificada, ou se a pandemia democratizou os riscos biológicos. Assim, objetivou-se discutir sobre o racismo estrutural e a necropolítica, bem como investigar os dados acerca da mortalidade, testagem e infecção de negros. O referido estudo foi viabilizado pela revisão da literatura, sobretudo as lições de Mbembe, pelo método hipotético-dedutivo e pela estratégia quantitativa. A conclusão da análise foi que dentro e fora das periferias do capitalismo a população negra é a principal afetada pela pandemia – o que reflete o interesse necropolítico em promover a morte dos “indesejáveis sociais”.

Palavras-chave: Covid-19. Pandemia. Necropolítica. Negros. Indignidade racial.

¹ Mestre em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável pela Escola Superior Dom Helder Câmara, com a dissertação A Bio-necropolítica das Injustiças ambientais: das vulnerabilidades humanas à tragédia-crime em Brumadinho/MG. Pós-graduando em Direito Constitucional aplicado. Aperfeiçoamento em Docência. Perito ambiental, com ênfase em valoração do dano ambiental. Professor dos cursos de Compliance e Sustentabilidade Ambiental e Direitos Humanos, Paisagem e Incêndios Florestais no Instituto DH. Advogado no Portela, Lobato, Lima e Colen Advogados, realizando consultorias jurídicas no âmbito do Direito Ambiental. Possui experiência com docência no Centro de Atualização em Direito e no Instituto DH, tendo lecionado disciplinas de Pós-graduação, quais sejam, Direito dos Desastres, Direito Ambiental, Administração Pública e Sustentabilidade, Compliance e sustentabilidade empresarial. É advogado sócio-fundador do Sette e Moreira Advocacia e Consultoria, com atuação principal nas áreas do Direito Ambiental, Constitucional e Administrativo. Integra o escritório de Compliance e o Comitê de Ética do Instituto DH. Atualmente faz parte dos grupos de pesquisa Direito Animal, coordenado pelo Prof. Dr. Sebastián Kiwonghi, e Direito de Paisagem, coordenado pela Profa. Dra. Maraluce Custódio. Autor de artigos nas áreas de Direito Constitucional, Direito Ambiental, Direito Internacional, Direito Militar, Direito Mineral, Direito do Mar, Direitos Humanos e Filosofia. Email: pedroadvdireito@gmail.com

² Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Email: cristianev@gmail.com

ABSTRACT

The research aims to discuss racial indignities in the face of the new Coronavirus pandemic. To this end, it questions whether the Afro-descendant population on the peripheries of capitalism is intensely affected by Covid-19, or whether the pandemic has democratized biological risks. Thus, the aim was to discuss structural racism and necropolitics, as well as to investigate data on mortality, testing and infection of blacks. This study was made possible by the literature review, especially Mbembe's lessons, by the hypothetical-deductive method and by the quantitative strategy. The conclusion of the analysis was that inside and outside the peripheries of capitalism, the black population is the main one affected by the pandemic - which reflects the necropolitical interest in promoting the death of the "social undesirables".

Keywords: Covid-19. Pandemic. Necropolitics. Black. Racial unworthiness.

1 INTRODUÇÃO

A discussão acerca das indignidades raciais em tempos de Covid-19 representa uma importância singular, na medida em que milhões de pessoas padecem da doença pelo mundo. Assim, considerando a realidade pandêmica, a pesquisa questionou se o novo Coronavírus afeta a população negra das periferias do capitalismo de forma intensificada, ou se democratizou os riscos biológicos.

Dessa forma, utilizando a revisão de literatura, o método hipotético-dedutivo e a estratégia quantitativa, objetivou-se discutir sobre o racismo estrutural e a necropolítica, enquanto uma projeção do poder no tecido social às periferias do capitalismo. No mesmo sentido, foi objetivo do estudo investigar os dados sobre a mortalidade, testagem e infecção de negros, bem como promover a comparação com os dados de afetação da pandemia em não-negros.

Assim, a principal proposta da pesquisa é apresentar fatos consolidados para gerar a reflexão a respeito das vulnerabilidades sociais e seus impactos no aprofundamento de riscos extraordinários. O que se pretende, portanto, é a análise do sistema necropolítico e o questionamento a respeito de seu impacto na vida de negras e negros.

2 SAÚDE E DIREITO FUNDAMENTAL

A saúde é um direito de ordem fundamental previsto no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil. Trata-se de um direito de todos que se encontram em território brasileiro, e dever do Poder Público. Note-se, a saúde é alicerçada e garantida a partir de um sistema de acesso universal, com atendimento integral e igualitário – dada a natureza de preservação da própria dignidade.

É a partir dessa pretensão que a Carta Magna reafirma no artigo 196 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 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Ademais, a inteligência do artigo 198 suscita que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e participação social”.

O primeiro princípio doutrinário, sobre o qual disserta a Constituição Cidadã, é a Universalidade. Ela diz respeito ao acesso à saúde por qualquer cidadão brasileiro, independentemente de sua situação laboral, financeira e social. Isso se contrapõe ao sistema anterior, que era uma forma de Seguro Social, no qual apenas trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal (e seus dependentes) tinham acesso a serviços de saúde, sendo que os trabalhadores informais e demais cidadãos ficavam à margem, possuindo acesso à saúde mediante pagamento individual ou sob os cuidados de instituições filantrópicas, tais como as Santas Casas de Misericórdia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esses trabalhadores à margem do sistema laboral formal foram, portanto, incluídos no SUS a partir de sua criação, tendo acesso a uma miríade de serviços de saúde até então inacessíveis, tais como consultas de puericultura, imunizações, consultas ginecológico-obstétricas, medicina preventiva, cirurgias e internações, além de medicamentos distribuídos gratuitamente pelo Sistema. A partir da criação do SUS houve uma transição do modelo de Seguro Social para o modelo de Seguridade, que é capaz de se alinhar com tal princípio doutrinário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O segundo preceito doutrinário é a Equidade, que diz respeito ao senso de justiça, imparcialidade e neutralidade, reconhecendo-se a equanimidade do direito de

cada indivíduo. Cabe ressaltar que a equidade se difere fundamentalmente da igualdade (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Equidade faz parte do reconhecimento de que é necessário tratar os desiguais desigualmente, priorizando-se, nas estratégias de saúde, aqueles indivíduos com maior necessidade.

Isso diz respeito, por exemplo, à população menos favorecida financeiramente, assim como os cidadãos que são minoria em oportunidades, tais como mulheres, LGBTQIA+, indígenas, quilombolas e a população negra.

O terceiro e último princípio doutrinário é o da integralidade, que diz respeito ao reconhecimento de que todos os seres humanos são seres integrais e biopsicossociais, devendo ser abarcados pelo sistema de saúde em sua integralidade. Para que o sistema de saúde consiga fazer jus a tal princípio três categorias de serviços devem ser incluídas, sendo elas a promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

2.1 Histórico da saúde enquanto direito fundamental

O conceito de saúde é algo fluido e que depende muito das concepções sociais de cada período histórico. Sabe-se que, na Antiguidade, antes do advento das religiões monoteístas, a saúde e doença eram entendidas com uma vinculação forte com a religiosidade. Dessa forma, acreditava-se que saúde era dádiva fornecida pelos deuses, em contraposição à doença, que se constituía em uma espécie de castigo (GUIDINI, 2012).

Um pouco diferente concebia Hipócrates, na Grécia Antiga, que desenvolveu a Teoria dos Humores, que, quando alterados, produziam a doença. Isso se opõe à forma como os orientais concebiam a díade saúde-doença. Tais povos consideravam que a saúde era resultado de um equilíbrio entre os quatro elementos (ar, fogo, terra e ar), sendo a doença um processo de desequilíbrio de tais elementos (GUIDINI, 2012). Mais à frente, com a Revolução Científico-Cultural da Renascença, o modelo biomédico começou a ser desenvolvido, sendo reforçado adiante com a Revolução Industrial.

Cabe ressaltar que, até então, nenhuma concepção trazia a saúde como um direito, ou como dever da maquinaria estatal. Foi só em 1948, no dia 7 de abril (que desde então ficou tido como Dia Mundial da Saúde), que a Organização Mundial da Saúde expôs um novo conceito de saúde, que se afastava do modelo puramente

biomédico então vigente, para conceber saúde como um bem-estar físico, psíquico e social (SANTOS, 2009). Nesse mesmo dia expôs-se que a saúde deveria ser tida como um dever do Estado, ao qual caberia a proteção e a promoção à saúde.

2.2. Histórico da saúde enquanto direito no Brasil

No Brasil a história da concepção da saúde enquanto direito começou apenas no século XX. Antes disso, nenhuma ação, até o fim do Brasil Império, correspondia à noção de que as forças estatais deveriam se responsabilizar pela saúde de seus cidadãos. Somente nos primórdios da República ações nesse sentido passaram a ser adotadas, mas sempre sob a perspectiva de evitar a propagação de doenças para que se evitasse a dissolução do tecido social e até mesmo a perda da força de trabalho. Nesse sentido surgem, por exemplo, as campanhas de vacinação compulsória para a varíola, concebidas por Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2001).

Tais campanhas foram extremamente mal recebidas pela população, que, pouco informadas a respeito do que se tratava, promoveu a Revolta da Vacina. Outras medidas nesse mesmo período foram tomadas, como a reorganização da cidade do Rio de Janeiro (então capital da República) que, apesar do pretexto sanitário, ocasionou um deslocamento em massa das populações pobres para as periferias, com a fundação das comunidades existentes até os dias atuais.

Ainda no século XX, observou-se, durante a Era Vargas, uma nova concepção da saúde enquanto direito. Vargas, um presidente tido como populista, desenvolveu o sistema de Seguro Social, com uma série de reformas trabalhistas, com concessões de direitos, inclusive o direito à saúde para os trabalhadores vinculados ao mercado formal. Isso deixava à margem os trabalhadores informais e desempregados, assim como seus dependentes, parcela importante da população.

Posteriormente, o sistema de Seguro Social foi mantido durante os anos de Ditadura Militar, em que foram ampliados os recursos da Previdência Social, com a criação de mais instituições, mas ainda deixando à margem todos aqueles que não tinham vinculação laboral formal. Ademais, como se sabe, nesse período, de 1964 até 1988, com a crise econômica que se sucedeu ao então dito “Milagre econômico”, se acentuaram de maneira importante as desigualdades sociais, com perdas massivas de empregos pelos trabalhadores e exclusão social muito relevante nesse contexto. Assim,

mais trabalhadores ficaram desassistidos em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2007).

Apenas em 1986 isso começou a mudar, com a VII Conferência Nacional de Saúde, que propagou no país a noção de saúde como um estado de bem-estar biopsicossocial, como definiu a OMS quase 60 anos antes. Definiu-se também as bases para o SUS, com a concepção de um sistema que fosse equânime, integral e universal. Tais preceitos foram colocados em prática quando da promulgação da Carta Magna, em 1988, quando se estabeleceram as bases para o SUS, já expostas no princípio deste texto.

Desde a promulgação da Constituição Cidadã o SUS se desenvolveu, segundo princípios organizacionais, que seriam o da regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado. O Sistema obteve, ao longo da última década do século XX e primeira década do século XXI diversas vitórias em termo de ações notáveis internacionalmente.

Pode-se citar como exemplos as campanhas de vacinação, tidas como uma das mais completas e universais do mundo, que ajudaram a reduzir de maneira importante a mortalidade, especialmente infantil. Ademais, é possível citar também o sistema de distribuição gratuita de medicamentos essenciais, inclusive aqueles de alto custo, assim como a campanha para controle do HIV e SIDA no país. Todas essas medidas, conjuntamente a outras ações de Seguridade Social, contribuíram para a redução significativa das desigualdades sociais, especialmente para grupos menos favorecidos econômica e socialmente.

Apesar de todas as vitórias no âmbito social, o Sistema Único de Saúde enfrenta alguns desafios que ameaçam as conquistas. Um deles diz respeito a aspectos financeiros, uma vez que os recursos são constantemente depletados, seja por cortes de gastos, como a medida governamental (PEC 241/2016), que congelou os gastos governamentais em áreas estratégicas, sendo uma delas a saúde. Outro fato que influencia na aplicação dos recursos são os desvios constantes de verbas, enumerados de maneira frequente pelos meios midiáticos.

Por fim, outro desafio diz respeito à hegemonia dos sistemas paralelos, majoritariamente privados, que “competem” com o sistema público por recursos. Isso é indicado, por exemplo, pela maior adesão por classes socioeconômicas mais abastadas aos planos privados, com a desvalorização econômica e social do sistema público. Tais

fatos contribuem para acentuar de maneira importante as desigualdades sociais no país, especialmente para grupos menos favorecidos econômica, social e culturalmente.

É nesse sentido que importam as discussões da saúde pública brasileira à luz da necropolítica, na medida em que – conforme será demonstrado – os negros constituem a maior parcela de pobreza na sociedade, sofrendo também as maiores mazelas relacionadas à saúde (seja pela dificuldade no acesso, seja pela precarização do serviço disponibilizado).

Para tanto, o debate acerca da saúde precisa ser entrelaçado às leituras filosóficas a respeito da teoria de raças e da análise do desenvolvimento do poder político no tecido social.

3 RACISMO ESTRUTURAL E NECROPOLÍTICA

O discurso de raças alimenta uma luta que viabiliza a eliminação, segregação e padronização social – legitimado por um discurso biológico já incorporado pela consciência dos povos (FOUCAULT, 2010). Essa perspectiva possibilita a compreensão de que são criados abismos humanos em dimensões diversas, que contribuem para um entrave social que supera as mazelas políticas e econômicas.

No Brasil, referidas desigualdades são resultado da lógica escravocrata dos primeiros séculos de colonização que, cedo ou tarde, influenciaram nas desigualdades de classes. Trata-se de uma cultura transmitida a partir dos campos midiáticos pessoais e virtuais, com implicações materiais (TELLES, 2003). Essa realidade permite a constatação, por exemplo, de que negros brasileiros são “duas vezes mais propensos a serem pobres e analfabetos do que os brancos” (TELLES, 2003, p. 47), ademais, “os homens brancos, em média, recebem mais que o dobro do que os homens negros e pardos” (TELLES, 2003, p. 47).

Pode-se dizer que essas questões são reforçadas pelas barreiras da discriminação – que são incontornáveis por serem invisíveis e constantemente negadas – pela cultura secularmente racista e pela hiperdesigualdade – que impedem a alteração dos modos e meios de vida da classe negra. Assim, diz-se que os abismos sociais entre brancos e negros abrangem esferas de poder, condicionando uma ótica subjetiva de subjugo e desvalorização – de forma que o negro se torna para a sociedade incapaz e inapto a participar das rotinas sociais. (TELLES, 2003).

No Brasil, essa realidade tende a se acentuar, sobretudo se forem analisados os dados de que se trata do país com maior desigualdade de renda do mundo – posição que disputa com a África do Sul (CASTELO BRANCO, 2009). Uma análise política da questão permite concluir que a articulação pública ignora o fato de que a tutela do governo não alcança todas as pessoas da mesma forma. Ou seja, nega-se – a nível institucional – a existência de uma segregação racial no país.

Dessa maneira, perpetua-se a dinâmica de aprofundamento da desigualdade pelo racismo, tendo em vista que as políticas universalistas não previnem o racismo, ao contrário, tendem a acentuar a separação entre brancos e negros e classes sociais. “Os não-brancos são desproporcionalmente ignorados por tais políticas que nunca são verdadeiramente universais” (TELLES, 2003).

Trata-se da consequência de uma analítica do poder, baseada na submissão a partir da dominação entre classes sociais artificialmente fundamentadas – como dispositivo para legitimação da posição de indivíduos que assumem o posto de soberanos (FOUCAULT, 2010). Nesse sentido, a construção de abismos entre brancos e negros, pobres e ricos é uma forma de institucionalizar um lema político baseado na perpetuação da vida por meio da desconsideração do outro, isto é, a purificação da sociedade é obtida a partir da eliminação daquele que não é igual ao opressor (CASTELO BRANCO, 2009) – eliminação que ocorre pela própria negação dos espaços e oportunidades, que representa a morte social.

Esse contexto pode ser filosoficamente explicado pelos ensinamentos de Achille Mbembe – filósofo camaronês que desenvolveu importantes considerações acerca dos comportamentos de controle e soberania no tecido social, a necropolítica. Essa leitura acerca da microfísica do poder na sociedade foi apresentada inicialmente para o entendimento acerca do controle dos corpos nos países “não-europeus”, vez que a dinâmica de controle e extermínio de indivíduos se dá de forma acentuada e progressiva (LIMA, 2018).

Assim, o que se diz é que a necropolítica não é uma superação das noções de biopolítica apresentadas por Foucault ou Agamben, mas uma complementação das realidades coloniais e escravocratas. Isso porque, nas realidades às periferias do capitalismo a descartabilidade dos indivíduos é maior, o que permitiria concluir que a aplicação da morte sobre estes corpos também se diferenciaria, na medida em que a “imprestabilidade” torna necessário acelerar o processo de descarte dos corpos. Dessa

forma, nestes países ocorrerá um deslocamento do eixo “fazer viver e deixar morrer” para “fazer viver e fazer morrer”.

Essa política de morte se dá de inúmeras maneiras, todas elas revestidas de alguma sutileza e legitimadas pela noção enraizada de que a morte destes corpos eleitos como imprestáveis é medida para a garantia da sobrevivência daqueles que conservam algum valor na sociedade. No contexto brasileiro, por exemplo,

o poder necropolítico se faz visível no sistema carcerário, na população em situação de rua, nos *apartheids* urbanos nas grandes e pequenas cidades brasileiras, em dados relevantes, no genocídio da população negra que em sua maioria é jovem e masculina, na eclosão dos grupos de justiceiros, nos hospitais psiquiátricos, nas filas das defensorias públicas, nas urgências e emergências hospitalares, entre tantos outros lugares. (LIMA, 2018, p. 28).

Para que essa física de morte seja viabilizada, é necessário a criação de vulnerabilidades. Assim, a própria necropolítica (assim como a biopolítica) se encarrega de resultar em corpos vulneráveis, que são expostos a mazelas de toda sorte – sociais, pessoais, ambientais, biológicas. Isso porque, é justamente a vulnerabilidade que legitimará estes corpos como passíveis de descarte, vez que representam o atraso e a “não adequação” às normas de uma vida para a produção e consumo.

Mbembe (2018) discute, portanto, a prática do poder de exterminar a vida, realizando uma releitura acerca do conceito de soberania. Para o autor supra, as teorias normativas da democracia são equivocadas ao estabelecerem a soberania como um instrumento para a garantia da autonomia de um povo. Ao contrário, pontua que se trata de instrumento para “instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (MBEMBE, 2018, p. 10-11).

Isto é, a soberania aporta – nos sentidos necropolíticos – como o “direito de matar o outro” (MBEMBE, 2018, p. 11) e, para referendar tal posicionamento, o autor recorre à exploração dos conceitos de biopoder, estado de exceção e estado de sítio. Dessa forma, o biopoder configura-se como um meio pela qual a sociedade será moldada a partir da permissão da morte de outrem (que é externo à sociedade) para a proteção da própria sociedade.

Ou seja, há o controle da vida biológica dos seres – principalmente por meio dos paralelos com a saúde. Nesse ponto, é importante pontuar que o projeto necropolítico implantado pela lógica sistêmica permite a apropriação da disponibilidade dos serviços

de saúde pública como instrumento de promoção da morte dos destinatários da política de genocídio.

Assim, apesar de não existir uma mobilização direta pela promoção da morte de determinados corpos, a própria precarização de um sistema que atende – majoritariamente – à população negra e pobre, atende ao fim que é o extermínio biológico. Referida realidade, note-se, foi amplificada no contexto da pandemia do novo Coronavírus.

4 INDIGNIDADES RACIAIS NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Considerados os pontos supramencionados, é importante trazer à baila os efeitos da pandemia do novo Coronavírus na população negra – enquanto instrumento de promoção da indignidade e da própria necropolítica. Isso porque, às periferias do capitalismo, são profundas as desigualdades internas, de forma que a reação em face da doença tende a não contemplar a proteção de vidas que, pelo sistema, já são passíveis da morte (GOES, RAMOS, FERREIRA, 2020).

É o que se nota, por exemplo, da forma como a pandemia tem afetado a comunidade afro-estadunidense. Em Michigan, negros representam 30% dos casos de Covid-19, ao passo em que constituem tão somente 14% da população. No mesmo sentido, os negros representam 40% das mortes. Em Chicago, a mesma realidade se repete: enquanto afro-estadunidenses são 29% da população, representam 70% das mortes pela doença pandêmica (MONNA, CHENG, 2020).

Ainda para exemplificar de que forma a vida negra é negligenciada durante a pandemia, basta invocar os estudos de Farmer (2020) que comprovam que afro-estadunidenses são menos testados para a doença que pessoas brancas, quando comparecem em centros de saúde apresentando sintomas da doença. Esse estudo foi referendado por Monna e Cheng (2020), que demonstraram que os estados com maior presença de negros nos Estados Unidos da América eram também os estados com menores índices de testados por 100 mil habitantes.

No Estado de Nova York, as taxas de morte por Covid-19 entre brancos é de 10,2, enquanto entre negros é de 19,8. Segundo Jones (2020), “a maior infecção dos negros pela Covid-19 se justifica por serem os mais expostos e, quando infectados,

morrem mais porque os corpos são marcados pelo peso da falta irremediável de investimento e negligência profunda da comunidade” (JONES, 2020).

No Brasil, país à periferia do capitalismo, os negros são ainda mais afetados pela pandemia, na medida em que já são muitas as marcas de negação de direitos (GOES, RAMOS, FERREIRA, 2020). É o que se verifica da análise da situação da pandemia no Complexo do Alemão – espaço majoritariamente negro. Isso porque, apesar da estimativa de mais de mil casos de infectados pelo Coronavírus, apenas quinze pessoas foram diagnosticadas (ARNS, 2020).

Ademais, as comorbidades entre negros – fator importante na resposta imunológica em face da Covid-19 – também é predominante em brasileiros afrodescendentes. É o que se confirma:

Negras e negros relatam piores índices de autoavaliação de saúde quando comparados aos brancos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam que a população negra apresenta prevalências maiores de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparada à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente), superando a prevalência nacional de ambas comorbidades. O mesmo acontece em relação à doença cardíaca (7,0%), à asma (8%) e às doenças negligenciadas, a exemplo da tuberculose. Ressalta-se ainda a maior prevalência da doença falciforme na população negra do país em relação aos não negros (ARNS, 2020, p. 15).

Assim, o que se verifica é que os negros às periferias do capitalismo possuem riscos adicionais no contexto da pandemia, na mesma medida em que a checagem de infecção e o tratamento para a doença são negligenciados. A segregação da dignidade por meio do algoritmo racial é decisiva para a promoção da morte dos corpos “não valorosos” no contexto de pandemia.

A realidade da pandemia do novo Coronavírus acentua as mazelas que acompanham a dinâmica necropolítica, a partir de um ciclo infinito de indignidades sociais. É aprofundada a política de “fazer morrer”, considerando-se o tempo oportuno que a virulência da Covid-19 proporciona e de sua maior fatalidade entre os corpos negros – que são lidos, dentro e fora das periferias do capitalismo, como corpos descartáveis.

Nesse sentido, importa repensar caminhos contra hegemônicos para a saúde pública no Brasil, na medida em que o status de direito fundamental não permite sua apropriação pelo contexto necropolítico. Isto é, seguindo a construção utópica dos

direitos de ordem humana, é importante promover a disputa da saúde como um projeto política que alcance e contemple os vulneráveis em uma dinâmica de construção de igualdades, equidades e dignidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública foi pontuada como direito de ordem fundamental e que sofreu evolução com relação a sua conceituação ao longo dos anos. Dessa forma, a pesquisa demonstrou que foi construído longo caminho até a solidificação dos pilares que, hoje, constituem o Sistema Único de Saúde – pautado na universalidade, integralidade e equidade. Todavia, problematizou-se que as vulnerabilidades sociais – com o recorte racial – relacionam-se diretamente com a prestação e acesso aos serviços de saúde, como parte de uma estrutura necropolítica.

Posteriormente, o estudo ensaiou considerações acerca do racismo como algoritmo de criação e aprofundamento de vulnerabilidades sociais, na medida em que o discurso de raças alimenta uma dinâmica de segregação na sociedade. Compondo o tecido social, o racismo é elemento de projeção de poder e de construção de soberanias.

Assim, o que se demonstrou foram as conexões entre o racismo estrutural e a lógica de uma necropolítica, marcada pela máxima de “fazer viver e fazer morrer” – conforme leciona Mbembe. Essa análise, aplicada às periferias do capitalismo, evidencia o interesse sistêmico em exterminar os negros (enquanto indesejáveis), considerando que o controle e adestramento dos corpos não é mais atrativo para os anseios do Capital.

A partir desses conceitos, demonstrou-se que os corpos negros são os mais afetados pela pandemia do novo Coronavírus. Em primeiro lugar, porque apresentam maior número de comorbidades quando comparados a não-negros. Essa vulnerabilidade influencia diretamente na resposta imunológica quando da infecção.

Em segundo lugar, a questão se confirmou pelos dados que demonstram uma menor testagem da doença em negros e pelo menor índice de mortes em pessoas não-negras. Isso aponta para a negligência sistêmica em face do tratamento de afrodescendentes – o que se justifica pelo interesse necropolítica em promover o extermínio dos “indesejáveis sociais”.

Nesse sentido, considerando os princípios norteadores do SUS e a natureza fundamental do direito à saúde, foi proposta a necessidade de repensar a saúde pública por vias contra hegemônicas, que levem à promoção da dignidade humana – que é o princípio que coroa o ordenamento pátrio.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.
- CASTELO BRANCO, Guilherme. O racismo no presente histórico. A análise de Michel Foucault. **Kalágatos**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 129-144, jan-jun 2004.
- CLÍNICA DA FAMÍLIA ZILDA ARNS (Rio de Janeiro). **Painel de monitoramento Covid-19**. Disponível em: <<https://datastudio.google.com/u/0/reporting/dd7abf2f-420c-4d9b-89c2-f4eda31c58ef/page/NcvMB>>. Acesso em: 19 jul.2020.
- DEMOCRACY NOW!. “**Exposing U.S. Racism in a Stark New Way**”: Covid-19 Kills Disproportionate Number of Black Americans. 9 abr. 2020. Disponível em: <https://www.democracynow.org/2020/4/9/camara_phyllis_jones_coronavirus_race_disparities>. Acesso em: 19 jul.2020.
- FARMER, Blake. **The Coronavirus doesn’t discriminate, but U.S. health care showing familiar biases**. NPR. Disponível em: <<https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/04/02/825730141/the-coronavirus-doesnt-discriminate-but-u-s-health-care-showing-familiar-biases>>. Acesso em: 19 jul.2020.
- FOUCAULT, Michel. Conversa com Michel Foucault. In **Repensar a política**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2010.
- [GOES, Emanuelle Freitas. RAMOS, Dandara de Oliveira. FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trab. Educ. saúde, v. 18, n. 3, Rio de Janeiro, 2020.](#)
- [GUIDINI, Cristiane. Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios. Monografia, Universidade Federal de Santa Maria, 2012.](#)
- LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 70, pp. 20-33, 2018.
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Trad: Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MILAM, Adam J. et al. Are clinicians contributing to excess African American COVID-19 deaths? unbeknownst to them, they may be. **Health Equity**, v. 4, n. 1, p. 139-141, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: A saúde do Brasil**. Brasília, DF, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde**: problemas e desafios. Texto elaborado para a Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão de Saúde da ABRASCO, como subsídio aos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do internato rural**, Faculdade de Medicina da UFMG, 2001.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

TELLES, Edward. Repensando as relações de Raça no Brasil. **Teoria e pesquisa**, n. 42, jan-jul. 2003.

Submetido em 10.10.2020

Aceito em 19.10.2020