

Covid 19, políticas neoliberais e saúde pública no Brasil: rebatimentos interseccionais sobre raça, gênero e sexualidade¹

Pablo Cardozo Rocon²

Resumo: Neste ensaio problematizamos as desigualdades com as quais a pandemia de Covid-19 tem atingido mulheres, negros(as) e LGBTs brasileiras(os) em meio a investida neoliberal sobre o Sistema Único de Saúde e o desmonte do Estado Brasileiro. Encerramos analisando que pensar o covid-19 como um vírus que, democrático, revelaria uma suposta ideia de igualdade entre a população brasileira pode ser efeito da não percepção, dos que assim pensam, da condição de privilégio vivida em uma sociedade organizada por opressões cisheteropatriarcal branca e de base europeia.

Palavras-chave: Neoliberalismo, Covid-19, mulher, negro, LGBT.

¹ Este ensaio é uma versão revista, modificada e ampliada do capítulo ROCON, P.C. Um olhar interseccional sobre os efeitos da covid-19 nas desigualdades sociais no Brasil. In: Saúde Coletiva em foco: produções do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. MELANDA, F.N, NICOLAU, W.F, SILVA, M.A. (Org) – Curitiba: CRV, 2022.

² Graduado em Serviço Social, Mestre em Saúde Coletiva e Doutor em Educação. Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Email: pablocardoz@gmail.com.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, desde a sua constitucionalização em 1988 e regulamentação pelas Leis 8080/90 e 8142/90, tem sofrido com políticas que o subfinanciaram e o desfinanciaram como, por exemplo, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que instituiu o Teto de Gastos congelando o gasto fiscal no Brasil por 20 anos (MARQUES, 2018).

Tais políticas são resultado da hegemonia do capital portador de juros sob o neoliberalismo como política ideológica e econômica que propõe: 1. A redução do papel do Estado na provisão de políticas sociais; 2. A remodelação dos gastos do Estado com tais políticas, com sua conseqüente entrega ao mercado; 3. A completa desregulamentação dos mercados; 4. Proposição de políticas sociais minimalistas e focalizadas (MARQUES et al, 2021). Calcadas no discurso da restrição orçamentária para financiamento das políticas sociais, as propostas neoliberais atravessam vários países, como o Brasil, disputando ideais de cidadania, direitos fundamentais e humanos, produzindo novos padrões de acumulação do capital, defendidos e impostos por organismos internacionais como Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (MARQUES et al, 2021).

Segundo Marques (2018, p. 12), “o Estado garante a propriedade privada, base sobre a qual se assenta o capitalismo. Esta garantia não é absoluta: também é definida politicamente [...]”. Quando Marques et al (2021) nos fala dos planos do BM ou do FMI para países como o Brasil, percebemos como estes tem reverberado na redução do financiamento das políticas de saúde no país. Fato é, que os anos de austeridade se somaram em 2020 à pandemia de Covid-19 no Brasil, contribuindo para o agravamento do quadro sanitário.

A pandemia de covid 19

A pandemia do novo coronavírus, apesar de sua magnitude, foi minimizada pela capacidade de ação e a capilaridade do SUS no território brasileiro. Além dos processos de sub-des-financiamento, o Brasil encontrava-se completamente desordenado em relação à capacidade da União, por meio do Ministério da Saúde, em gerir a crise sanitária. O SUS constitucional é orientado por princípios ético-políticos como a universalidade, a integralidade e a justiça social bem como, organizativos como a regionalização, a descentralização e a hierarquização. Nesse sentido, o SUS solicita a ação articulada dos vários estados, municípios sob a coordenação da União mediada pelo Ministério da Saúde. É por meio dessa articulação que são realizados os processos que definem as coordenadas para gerir, planejar, organizar, executar e financiar as políticas e os variados programas e ações em saúde, como o plano nacional de imunização.

A desordem nas ações conjuntas se fundou no “[...] conflito relativo à condução do combate à Covid-19 entre o presidente da república, dois de seus ministros da saúde [...] e governadores de estados” (MARQUES et al 2021, p. 45). Tais conflitos atravessaram o papel de estados e municípios na garantia de ações em saúde sob sua competência administrativa, bem como a coordenação das ações do Ministério da Saúde, refletindo em sucessivos processos de judicialização junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) e numa profunda guerra de narrativas e orçamentária, entre União, Estados e Municípios, dificultando assim a gerência da pandemia. Somados aos conflitos, Marques et al (2021, p. 45) também apontam como dificultadores do combate à pandemia no Brasil “[...] a existência de um forte setor negacionista com relação à ciência na população brasileira; o peso da desigualdade na exposição à Covid-19”.

Esse conjunto de elementos, somada à realidade de desigualdades sociais, territoriais, de classe, gênero, orientação sexual, raça e etnia que no Brasil se traduz em pobreza, miséria, fome, violência e morte, contribuiu para a ação devastadora da

pandemia. Importa frisar que tal cenário está profundamente imbricado com as consequências da Reforma do Estado Brasileiro e das adoções das proposições neoliberais para gestão e organização do Estado, pós-1990. Resultando em falta de recursos humanos, bem como na disputa internacional pela compra de insumos e equipamentos necessários para o processo de trabalho na atenção em saúde aos acometidos pelo novo coronavírus, dada a dependência externa pela produção de insumos e equipamentos em saúde por empresas multinacionais, oligopolizadas e detentoras das patentes (MARQUES et al, 2021).

Tal realidade é resultado da “[...] inexistência de uma indústria local forte que pudesse rapidamente produzir a quantidade necessária tanto de equipamentos de proteção individual (EPIs) como respiradores” (MARQUES et al, 2021, p. 45). O Plano Nacional de Imunização, vitorioso ao longo de sua história de combate a doenças transmissíveis no Brasil, foi amplamente alijado no contexto narrado por Marques et al (2021). O negacionismo somado ao desprezo à ciência, com o alto volume de fake news direcionadas a todas as camadas populacionais sobre os efeitos da vacinação foram alguns dos fatores que levaram ao retardo da ampla vacinação nacional. Mas não só. Talvez o primeiro deles, e não desconexo do segundo, tenha sido o atraso nas negociações para compra de vacinas, provocado pela presidência da república em nome de supostas “teses” de imunidade de rebanho e discursos que minimizavam os efeitos e as mortes provocadas pelo novo coronavírus. Além disso, a dependência externa pela compra de vacinas e insumos para sua produção em território nacional, dada a realidade apontada no parágrafo anterior.

Saúde: mercadoria ou bem público

A realidade vivida pela saúde pública no Brasil, sobretudo após as ondas mais graves da pandemia de Covid-19, nos faz retomar o debate dos efeitos nocivos das

políticas que vislumbram mercantilizá-la. Aqui, os dividimos em dois pontos, que se articulam. O primeiro centra-se na dificuldade de conceituar ações e serviços de saúde como mercadoria e o segundo na concepção da saúde como Bem Público.

Do ponto de vista conceitual, Marques (2022) pontua que as dificuldades sobre tratar a saúde como mercadoria são reflexos de 5 fatores: 1. De uma assimetria entre a demanda e a oferta, de modo que o paciente não possui todas as informações sobre as intervenções que sobre ele serão realizadas e, assim, destituídos de informações sobre o preço, estando, portanto, sob o ordenamento médico e das instituições de saúde. 2; A existência de forte componente de incertezas, produzindo uma demanda irregular, na medida em que o usuário desconhece seu estado de saúde, bem como, os resultados esperados das intervenções realizadas pelos médicos/instituições; 3. A distinção entre agente pagador e paciente, tornando o consumidor não necessariamente quem paga pelos serviços utilizados; 4. A dificuldade de aferição de preço unitário, dada a multiplicidade produtiva do setor saúde (ambulatórios, hospitais, etc), que dificulta a determinação do custo unitário dentre os multiprodutos produzidos; 5. O peso das externalidades, que são os efeitos sobre pessoas não diretamente envolvidas na atividade em questão. O nível de saúde de uma população impacta diretamente em outros setores produtivos.

Apesar do problema conceitual, as políticas neoliberais seguem na proposição da mercantilização dos serviços e ações em saúde, mesmo que, no caso brasileiro, a constitucionalidade define essa como direito sob responsabilidade estatal pela provisão. Os processos de mercantilização se opõem à noção da saúde como direito fundamental, na medida em que a coloca sobre a seletividade do acesso mediada pelo mercado. Marques et al (2021) analisam os direitos sociais como integrantes dos direitos fundamentais, de modo que o direito aos cuidados em saúde é inseparável do direito à vida.

É nesse ínterim, que se pensa a saúde como bem público, entendendo-a como direito humano que deve ser garantido pelo Estado, como tem sido apontado pelas Organizações das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), provocados pela pandemia (MARQUES et al, 2021, p. 82). Nessa direção, caminhar para fazer frente às políticas neoliberais de mercantilização do setor saúde, bem como seu efeitos na produção da dependência externa em meio aos processos de desindustrialização, desmonte do patrimônio nacional, desregulamentação dos mercados no Brasil, solicita pensar as políticas de saúde além do embate cidadania (universalidade) e meritocracia (seletividade), problematizando e avançando com os processos de “ressignificação da saúde” inaugurados pela crise sanitária (MARQUES et al, 2021, p. 83). Assim, o debate na saúde se articula às discussões sobre soberania nacional, de modo que passa a ser determinante, sob ações de nacionalização da indústria da saúde, evitar colapsos dos sistemas de saúde frente a pandemias e, assim, manter uma coesão social em função da necessidade das classes dominantes (MARQUES et al, 2021).

Rebatimentos interseccionais sobre raça, gênero e sexualidade.

A pandemia de covid 19 encontra um Brasil marcado como sociedade organizada por opressões cisheteropatriarcal branca e de base europeia, que constituem a figura do homem, branco, macho, heterossexual e burguês como referência de normalidade e dominação frente a mulheres, negros, LGBTIs que compõe a classe trabalhadora. Nessa direção, a pandemia nos convoca a sua análise por conceitos, como o da interseccionalidade que “[...] visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo

cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais” (AKOTIRENE, 2020).

Numa série história de 1995-2015, Fontoura et al (2020) e outras pesquisadoras do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) evidenciaram que ao longo dos 20 anos analisados, o Brasil manteve uma hierarquia racista e estanque no acesso de sua população ao mercado de trabalho brasileiro, de forma que os homens brancos figuravam nos maiores extratos salariais e mulheres negras com acesso aos menores salários. Segundo Fontoura et al (2020):

Em 2015, a taxa de desocupação feminina era de 11,6% – enquanto a dos homens foi de 7,8%. No caso das mulheres negras, a proporção chegou a 13,3% (a dos homens negros, 8,5%). Os maiores patamares encontram-se entre as mulheres negras com ensino médio completo ou incompleto (9 a 11 anos de estudo): neste grupo, a taxa de desocupação em 2015 foi 17,4%” (FONTOURA et al, 2020, p. 2).

Ao analisar os dados apresentados pelas autoras, percebemos a existência de diferenças de gênero e raça quanto ao acesso ao mercado de trabalho dentre a Classe Trabalhadora. Assim, cabe problematizar: seria o COVID 19 um vírus democrático por atingir a todos e todas independente de marcadores da diferença? Seria correta a adjetivação do coronavírus como democrático? Tal debate se fez presente nos cotidianos de nossas vidas (GOES, 2020). Contudo, como pontua Góes (2020), “O lugar onde o Estado não chega, o vírus irá chegar como acontece com todas as epidemias, este lugar tem raça/etnia e gênero, são as pessoas negras, as mulheres negras que ocupam esses territórios” (s/p.).

Goes (2020) e Goes, Ramos e Ferreira (2020) apontam a inexistência ou insuficiência de dados que demonstrem o impacto de tal epidemia na população negra. Sobre essa questão, Garcia (2020) pontua que “pesquisas sobre a COVID-19 que incorporem a perspectiva de sexo, gênero e raça são escassas, apesar das evidências de que estas características desempenham papel expressivo na conformação dos riscos de

doença, morte e outros danos associados” (p. 7). A autora analisa as desigualdades de gênero, sexo e raça na produção científica sobre covid-19 (perfil dos/as autores/as). Para Garcia (2020, p. 7), “resultados de pesquisa desagregados por sexo, gênero e raça” podem ser efeitos da ausência de representação de mulheres e pessoas negras na condução de pesquisas sobre Covid-19.

Gausman e Langer (2020) apontam as mulheres como mais vulneráveis em momentos epidêmicos, dados os papéis sociais a elas atribuídos pelo gênero que as coloca numa dupla exposição a infecções no cuidado com familiares e pacientes quando também são profissionais da saúde. Estudos que avaliaram os impactos da pandemia na saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde tem evidenciado a diferença entre sexo/gênero na presença de estresse associado a pandemia predominantemente entre o sexo feminino (STANTON et al, 2020; VICARIO-MERINO; MUÑOZ-AGUSTIN, 2020; BADAHDAHA et al, 2020).

Gausman e Langer (2020) também problematizam os efeitos das medidas de combate, controle e mitigação da pandemia na vida das mulheres, como o isolamento social e o fechamento de equipamentos públicos como creches, por exemplo. A ausência de políticas públicas para compensar o fechamento de creches como licenças remuneradas, por exemplo, expõe as mulheres a vulnerabilidades familiares e aumento da exposição desnecessária ao vírus. Além disso, para as autoras, a restrição ao lar para muitas mulheres pode representar aumento da exposição a violência doméstica.

Contudo, importa demarcar que nos estudos anteriormente citados não foi verificada a categoria raça, ou seja, problematizações acerca da diferença brutal com a qual experienciam a sociabilidade mulheres brancas e negras foram negligenciadas pelas análises. Um problema a ser discutido, tendo em vista que Akotirene (2020, p. 59-60) pontua, por exemplo, que

[...] podemos identificar a exclusão racial por critério de gênero promovida pelo universalismo das políticas públicas relacionadas, o fato de mulheres e

meninas negras estarem situadas em pelo menos dois grupos subordinados que, frequentemente, perseguem agendas contraditórias, dando a impressão de que todas as violências policiais dilatadas para o sistema penal são contra homens negros. Todas as violências domésticas dilatadas para o encarceramento feminino ou feminicídios são impostas as mulheres brancas.

Nesse aspecto, as análises de Gausman e Langer (2020) podem apresentar dentre seus limites, a perspectiva de que políticas como licença remunerada e creches, por exemplo, podem não ser suficientes para mulheres negras que, diferente das brancas, tem dificuldades de acessar o mercado formal de trabalho com garantias e direitos legais no Brasil, como vemos em Fontoura et al (2020). Em relação ao impacto do covid-19 no mercado de trabalho no mês de março de 2020, início da pandemia no território Brasileiro, Barbosa, Costa e Hecksher (2020) apontam maior deterioração da condição das mulheres no mercado de trabalho. Segundo as autoras, “Os mais afetados em termos de perda de ocupação foram as mulheres, os mais jovens, os pretos e os com menor nível de escolaridade. No que diz respeito aos postos de trabalho, destacam-se os trabalhadores com jornada parcial, informais e com menores salários entre os que tiveram perdas significativas” (p. 61).

Nessa direção, é preciso pontuar que a intersecção classe, raça e gênero, tendo como pano de fundo a exploração capitalista e os efeitos das políticas neoliberais na saúde pública produzem no Brasil, efeitos dramáticos da pandemia sobre as vidas negras, tendo em vista que elas “representam a maioria dos trabalhadores informais, de serviço doméstico, comercial, da alimentação, transporte, armazenamento e correio, que se mantiveram ativos, mesmo durante a pandemia” (GOES, RAMOS E FERREIRA, 2020, p. 4).

Outro aspecto que precisa ser problematizado nas análises de Gausman e Langer (2020) é a diferença na exposição a violência experienciada pelas mulheres negras cujas queixas, segundo Akotirene (2020, p. 69),

[...] sofrem estigmatização pelos aparelhos do Estado, devido às mulheres negras serem moradoras de espaços considerados perigosos, identificados como pontos de tráfico de drogas pelas mídias televisivas. [...] o desprestígio das lágrimas de mulheres negras invalida o pedido de socorro político, epistemológico e policial.

O confinamento também expõe a população LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Intersexos) a inúmeras problemáticas que suscitam perguntas para as quais, vê-se um silêncio na literatura quanto a busca por respostas: 1. Como vivem este momento LGBTIs cujas famílias os(as) expulsaram de suas casas pela não aceitação das identidades de gênero e orientações sexuais? 2. Como vivem as mulheres transexuais e travestis que produzem no trabalho com sexo suas condições materiais de existência? 3. E a violência doméstica e familiar decorrente da homofobia, bifobia, transfobia e travestifobia na relação familiar a qual a população LGBTI também está exposta? Essas são questões determinantes para se pensar sobre os efeitos desiguais que as medidas de quarentena podem impor à população LGBTI que não experimente de condições financeiras para se confinar em meio a ausente proteção social oferecida pelo Estado brasileiro.

Situações agravadas quando analisadas sob as intersecções com raça e classe. Oliveira (2020, p. 177) pontua que “O racismo e a homofobia se interseccionam e continuam operando sobre as existências de gays afeminados, viados, e bichas prestas como dispositivos de poder”. Favero (2020, p. 45), problematiza que “Quando falamos de travestilidade, é preciso que também reconheçamos um lugar também racialmente marcado. Que tem atravessamentos étnicos e de classe”. Segundo Jesus (2015, p. 60):

A população transgênero é historicamente estigmatizada, marginalizada e perseguida, devido à crença na sua anormalidade, decorrente do estereótipo de que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual as pessoas se identificam e, portanto, espera-se que elas se comportem de acordo com o que se julga ser o “adequando” para esse ou aquele gênero.

Na relação com o acesso aos serviços de saúde, muito antes deste momento pandêmico, estudos vem apontando os desafios que a população LGBTI brasileira experiencia para acessar e permanecer no Sistema Único de Saúde. Há racismo, homofobia, bifobia, travestifobia e transfobia institucionalizados nos serviços de saúde, que se traduzem em práticas corriqueiras de desrespeito à autodeterminação nos gêneros e nas sexualidades por trabalhadores(as) da saúde (DUARTE, 2014). Bem como há desmonte, desfinanciamento das políticas de saúde para produção de intervenções sobre essa realidade.

Quando observamos especificamente a população travesti e transexual, percebemos um aumento na gravidade dos embargos ao acesso aos serviços de saúde, comumente condicionado a processos de medicalização e patologização de suas identidades de gênero, bem como, o sofrimento com desrespeito ao nome social e episódios de discriminação vivenciados nos serviços de saúde (ROCON, 2021). Mello et al (2011) aponta esses como elementos que constituem a população trans como a que maiores dificuldades enfrentam dentre os LGBTI nos serviços de saúde. A patologização da transexualidade como condição para acesso ao Sistema Único de Saúde, “trabalha para minar o movimento político por garantia de direitos, uma vez que a explicação sugere que tais minorias sexuais e de gênero precisam de “tratamento” em vez de direitos” (BUTLER, 2018, p. 61).

Além disso, recorrentemente a saúde mercantilizada pelas políticas neoliberais e, não considerada como bem público como pontua Marques (2022), coloca para a população LGBT uma obrigação moral de buscar nos serviços privados a solução para suas necessidades e saúde, na medida em que a moral neoliberal dita que:

[...] cada um de nós é responsável apenas por si mesmo, e não pelos outros, e essa responsabilidade é principalmente e acima de tudo uma responsabilidade por nos tornarmos economicamente autossuficientes em condições em que a autossuficiência está estruturalmente comprometida. Aqueles que não têm condições de pagar por

assistência médica constituem apenas uma versão de uma população considerada descartável (BUTLER, 2018, p. 32).

Nessa direção, o COVID 19 encontra um Sistema de Saúde paradoxalmente atravessado por práticas que excluem e marginalizam a população LGBTI, contribuindo para o agravamento das desigualdades de acesso aos serviços e iniquidades em saúde experimentadas por essa população no Brasil.

Vírus democrático?

Foi comum ouvir durante a pandemia que a Covid-19 trata-se de um vírus democrático por atingir à toda a população. À primeira vista, adjetivar um vírus como democrático poderia ser motivo de chacota, tendo em vista que se perspectiva pensar nesses não seres que matam seres em suas virulências, taxas de contágio, sintomatologias produzidas, etc. Contudo, há algo que possa passar implícito no discurso dos que insistem em afirmar tal adjetivação: a não percepção da condição de privilégio de classe, raça, gênero e sexualidade que permite da proteção de um confinamento com alimentos, roupas, medicações, dinheiro, etc, acreditar estar igualmente exposto às condições de contágio, contaminação e morte que populações em condições desiguais, desprovidas de tais recursos.

Uma série de condições, que em termos de Judith Butler (2018) contribuem para minimizar a precariedade na existência a qual estamos todas(os) expostas(os), uma vez que “[...] cada um de nós pode ser sujeito a privação, dano, doença, debilitação ou morte em decorrência de eventos ou processos fora do nosso controle” (BUTLER, 2018, p. 27). Contudo, como pontua a autora, a exposição a precariedade, e os esforços para minimizá-la são distribuídos de maneira desigual. Tal desigualdade vemos nos dados dos relatórios do Ipea e na literatura que apresenta mulheres, negros e negras e LGBTIs ora invisibilizados em muitos estudos sobre os impactos da Covid-19 na vida

das populações, ora demonstrando como essas populações estão mais vulneráveis aos efeitos políticos e econômicos produzidos pela pandemia.

Como Goes (2020) nos convoca a pensar, não há nada que possa ser chamado de democrático em relação ao Covid-19. Não quando pensamos na democracia sob perspectivas radicalmente pautadas em justiça social e direito a diferença. Vírus que já em suas primeiras aparições mostrou-se aproveitar das desigualdades, como no caso onde “a “patroa” em quarentena transmitiu o vírus para a funcionária que não tinha sido informada de risco de contágio, a trabalhadora doméstica de 63 anos que morreu, sendo o primeiro registro de morte no País. O vírus ao atravessar a barreira racial mata.” (GOES, 2020, s/p).

Democrático decerto jamais será uma qualidade a ser atribuída a qualquer vírus que chegue ao Brasil, onde o Hiv, a sífilis, a malária, o zika, a dengue, e tantos outros vírus e doenças possíveis, se avantajaram das disparidades sociais, econômicas, culturais, regionais, de gênero, raça e sexualidade para se proliferar, provocar sofrimento, adoecimento e matar. Assim, a Covid-19 no Brasil, poderia talvez ser adjetivada como racista, decerto não pelos aspectos genéticos do vírus, mas, na medida em que seu encontro com o Racismo de Estado sob estilo brasileiro, parece ser transformado num dispositivo em função da manutenção e ampliação do genocídio da população negra, o feminicídio e a LGBTIfobia.

Racismo, que para Foucault (2010) é operado por estratégias de governamentalidade que legitimam ao estado matar ou deixar morrer determinados segmentos populacionais via racismos. Nas palavras do autor: “[...] uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros. [...] a função assassina do Estado só pode ser assegurada [...] pelo racismo” (FOUCAULT, 2010, p. 214-215).

Um vírus, que talvez possamos chamar de racista em sua configuração como dispositivo para matar e deixar morrer determinados segmentos populacionais se

beneficiando com as políticas de reconhecimento. Butler (2019) outrora disse que nem todas as vidas perdidas são enlutadas, bem como, nem todas vislumbram esforços de guerra para sua proteção em caso de exposição ao risco de morte. Para a autora, a divisão entre vidas reconhecidas como vivíveis ou não se dá por regimes de visibilidade que simplesmente, determinam algumas vidas como não vidas, descartáveis, indignas de luto e cuja perda jamais será sentida (BUTLER, 2016; 2018; 2019). Segundo Butler (2019):

Vidas são apoiadas e mantidas diferentemente, e existem formas radicalmente diferentes nas quais a vulnerabilidade física humana é distribuída ao redor do mundo. Certas vidas serão altamente protegidas, e a anulação de suas reivindicações à inviolabilidade será suficiente para mobilizar as forças de guerra. Outras vidas não encontrarão um suporte tão rápido e feroz e nem sequer se qualificarão como “passíveis de serem enlutadas” (BUTLER, 2019, p. 52).

Políticas produzem algumas vidas são investidas de morte, pela ação de racismos. Tais políticas de reconhecimento e visibilidade tem atravessado as produções científicas, nas quais aferimos um silêncio ensurdecido (invisibilidade) sobre as problematizações de gênero, raça e sexualidade. Tal silêncio também pode ser efeito de normas que organizam as condições de reconhecimento e aparecimento público a partir da branquitude, heteronormatividade e cisnormatividade como ideais normativos reguladores da existência e de reconhecimento como uma vida.

Contudo, tal silêncio ensurdecido nos faz perceber que, ao contrário dos que de maneira otimista afirmam que iremos aprender algo sobre justiça social com a COVID-19, o processo, no qual as pesquisas já invisibilizam as populações negras, de mulheres e LGBTIs, parece nos revelar que não haveremos de aprender nada. Assim como, também, outras situações catastróficas experienciadas pela história brasileira, como sucessivos genocídios de minorias sociais e populações periféricas no campo e nas cidades, bem como outros surtos e epidemias virais que atingiram desigualmente as

populações, parecem não ter colocado para a nossa sociedade a justiça social e o direito à diferença como problemas centrais ao debate político, econômico e sanitário.

Talvez esse otimismo também seja possível aos que pensam de um lugar de privilégio sob a ordem de opressões cisheteropatriarcal branca e de base europeia. Afinal, quem é que precisa aprender para que alguma coisa mude? Os(as) que vivenciam tais opressões sabem bem que elas não cessarão com a vacinação em massa, como também, continuarão expostas(os) a violações de direito e vulnerabilidades decorrentes da precariedade acentuada de suas vidas sob financiamento de um Estado racista e genocida.

Por fim, é preciso romper com o silêncio nas pesquisas em relação às análises dos impactos da pandemia de Covid-19 sobre a população negra, LGBTI e as mulheres. Silêncio que poderá ser rompido mediante perspectivas teóricas e metodológicas, como os estudos interseccionais, para investigação e análise dos problemas de pesquisa como pontuam Akotirene (2020) para gênero, sexualidade, classe e raça, Mello et al (2011) sobre a saúde LGBTI e, Garcia (2020) sobre estudos epidemiológicos.

Considerações Finais

Ao SUS fica a tarefa de uma luta interseccional contra as políticas neoliberais que insistem em privatizá-lo, rompendo com perspectivas que pensam o Sistema, as políticas e os programas de saúde de um lugar de privilégio sob a ordem de opressões cisheteropatriarcal branca e de base europeia. Também fica a tarefa de, na afirmação dos princípios ético-políticos que balizaram a luta da classe trabalhadora pela Reforma Sanitária Brasileira (Universalidade, Integralidade e Justiça Social), compreendendo que a luta em defesa do SUS “[...] faz-se inseparável da luta contra a desigualdade de gênero, contra o racismo, a homofobia, contra a exploração do trabalho, a produção da pobreza [...] (ROCON et al, 2021, p. 224)

Assim, o Sistema Único de Saúde brasileiro enfrenta o desafio de, para efetivar-se sob princípios de universalidade e justiça social, afirmar um marco civilizatório que rompa com as dívidas históricas cujas raízes estão na dominação do homem sobre a mulher pelo patriarcado, da branquitude sobre negros e negras pelo racismo e a escravidão, da cisheteronormatividade sobre LGBTIs pela LGBTIfobia, da colonização e imperialismo europeu e estadunidense, da exploração da classe trabalhadora pela expropriação e privatização da riqueza produzida pelo trabalho.

Um marco civilizatório, que como as águas do Atlântico, “[...] cicatrizam feridas coloniais causadas pela Europa, manifestas nas etnias traficadas como mercadorias, nas culturas afogadas, nos binarismos identitários, contrapostos humanos e não humanos. No mar do Atlântico temos o saber duma memória salgada de escravidão, energias ancestrais protestam lágrimas sob o oceano” (AKOTIRENE, 2020, p. 20).

Referências

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.
- BADAHDAHA, A. M. et al. The psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman. **Psychiatry Research**, v. 289, p. 113053, 2020.
- BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
- BUTLER, J. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- BUTLER, J. **Vidas precárias**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.
- FAVERO, S. **Crianças Trans**. Salvador: Editora Devires, 2020.
- FONTOURA, N.; REZENDE, M. T.; MOSTAFA, Joana; LOBATO, Ana L. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015**. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Disponível em <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf> Acesso em 16 set 2020.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- GARCIA, L. P. Dimensões de sexo, gênero e raça na pesquisa sobre COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, e20202207, jun. 2020.

- GAUSMAN, J.; LANGER, A. Sex and Gender Disparities in the COVID-19 Pandemic. **Journal of Women's Health**. V. 29, n. 4, p. 465-466, 2020.
- GOES, E. F.; RAMOS, D.O.; FERREIRA, A. J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020
- GOES, E. **Racismo e desigualdades**: o que há de democrático na Covid-19?. In: Portal Gledes, 10/04/2020em Discriminação e Preconceitos. Disponível em <https://www.geledes.org.br/racismo-e-desigualdades-o-que-ha-de-democratico-na-covid-19/> acesso em 15 de set de 2020.
- JESUS, J.G. **Homofobia**: identificar e prevenir. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.
- MARQUES, R.M. Aula do dia 26 de março de 2022 ministrada para o Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- MARQUES, R.M. et al. **Economia, que bicho é esse?**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.
- MARQUES, R.M. et al. **Pandemias, Crises e Capitalismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2021.
- MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.
- OLIVEIRA, M. R. G. **O diabo em forma de gente**: (R)existências de gays afeinados, viados e bichas pretas na educação. Salvador: Editora Devires, 2020.
- ROCON, P.C. **Clínica (Trans)sexualiza(dor)a**. Processos formativos de trabalhadores da saúde. 1. ed. Salvador: Devires, 2021.
- ROCON, P. C.; BARROS, M. E. B. DE; RODRIGUES, A. . (2021). A busca pelo reconhecimento como uma vida: notas sobre um serviço de saúde. **Argumentum**, v. 13, n. 1, p. 213–227.
- STANTON R., et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, p. 4065, 2020.
- VICARIO-MERINO, A.; MUÑOZ-AGUSTIN, N. Analysis of the Stress, Anxiety and Healthy Habits in the Spanish COVID-19 Confinement. **Health Science Journal**, v. 14, n. 2, p. 707, 2020.

Covid 19, Neoliberal Policies and Public Health in Brazil: intersectional impacts on race, gender and sexuality

Abstract: : In this essay, we problematized the inequalities with which the Covid-19 pandemic affected Brazilian women, blacks and LGBT people amid the neoliberal onslaught on the Unified Health System and the dismantling of the Brazilian State. We question that thinking about the covid-19 as a democratic virus, would reveal a supposed idea of equality among the Brazilian population may be the effect of the non-perception, of those who think so, of the privileged condition experienced in a society organized by European and cisheteropatriarcal oppression.

Keywords: Neoliberalism, Covid-19, women, blacks, LGBT.

Recebido: 01/06/2021

Aceito: 20/12/2021