



## CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

**COVID-19 e necropolítica no Distrito Federal no período de fevereiro de 2020 a junho de 2021:****quem morre quando um governo decide que a liberdade é mais importante que a vida?*****COVID-19 and necropolitics in the Federal District from february 2020 to june 2021: who dies when a government decides that freedom is more important than life?***Viviane Xavier de Araujo Cruz<sup>1</sup>, Marcelo Leandro Eichler<sup>2</sup>

## RESUMO

Aborda-se, neste trabalho, um momento crítico da pandemia de COVID-19, em que milhões de pessoas morriam e ainda não havia vacinação ou, em seguida, havia poucas pessoas vacinadas. Ademais, meio à preocupação mundial com a propagação do vírus, o Brasil tornava-se em 2020 e 2021 o epicentro da pandemia. No entanto, apesar de especialistas do mundo inteiro recomendarem, entre outras medidas, o isolamento social para conter o avanço do vírus enquanto não havia uma vacinação em massa, o Presidente Bolsonaro declarou-se, desde o início, contrário ao modelo de distanciamento, com o argumento de que, sem trabalhar, muitas pessoas morreriam de fome. Ante o exposto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar a possível contradição entre o Estado enquanto garantidor do direito à vida e à saúde (conforme a Constituição Federal de 1988) e o modelo de governo neoliberal que resultou em uma diferença na dinâmica de propagação do vírus entre ricos e pobres, estudando o caso específico do Distrito Federal. A partir da análise de dados epidemiológicos, relacionando-os com aspectos socioeconômicos, observou-se um neoliberalismo necropolítico, em que a classe C é a que mais morre da doença, e pobres, negros e moradores de periferia são os que, se infectados, têm mais chances de morrer.

**Palavras-chave:** COVID-19; neoliberalismo; necropolítica.

## ABSTRACT

*This paper addresses a critical moment of the COVID-19 pandemic, in which millions of people were dying and there was no vaccination or, later, there were few vaccinated people. Furthermore, amidst global concerns about the worldwide spread of the virus, Brazil was at the epicenter of the pandemic in 2020 and 2021. Despite specialists from around the world have recommended, among other measures, social isolation to restrain the spread of the virus meanwhile there was no mass vaccination, President Bolsonaro declared himself opposed to the distancing model since the beginning on the grounds that, without work, many people would starve to death. In view of the above, the general objective of this study was to analyze the possible contradiction between the State as guarantor of the right to life and health (according to the Federal Constitution of 1988) and the neoliberal government model that resulted in a difference in the dynamics of the virus propagation between the rich and the poor, studying the specific case of the Federal*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre/RS – Brasil. E-mail: [viviane.xavier@gmail.com](mailto:viviane.xavier@gmail.com)

<sup>2</sup> Idem. E-mail: [exlerbr@gmail.com](mailto:exlerbr@gmail.com)



*District. From the analysis of epidemiological data, related to socioeconomic aspects, a necropolitical neoliberalism was observed, in which people from class C are the ones who most die from the disease, and the poor, black people and residents of peripheral neighborhoods are the ones who, if infected, are more likely to die.*

**Keywords:** COVID-19; neoliberalism; necropolitics.

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar da melhora geral no quadro após a vacinação, a pandemia de COVID-19 ainda é considerada pela Organização Mundial da Saúde – OMS uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Mas o cenário já foi ainda mais crítico. Desde os primeiros casos, registrados em dezembro 2019, em Wuhan, na China, até 30 de abril de 2021, mais de 150 milhões de pessoas foram infectadas em todo o mundo e mais de 3 milhões de pessoas já haviam morrido vítimas da doença, apontando as fragilidades dos sistemas de saúde, que muitas vezes sequer conseguiam prestar assistência aos doentes. (CANDIDO *et al.*, 2020).

Dado o trágico cenário, com o objetivo de tentar frear a transmissão do coronavírus, de modo que o número de infectados não fosse superior à capacidade dos hospitais de atendê-los, governos de todo o mundo passaram a adotar medidas para evitar o encontro e a aglomeração de pessoas, determinando o uso de máscaras e o distanciamento social. (WIERSINGA *et al.*, 2020). Essas medidas foram consideradas necessárias ao menos até que houvesse uma vacinação em massa, e continuam sendo adotadas pontualmente mesmo após o acesso à vacinação.

No Brasil, o primeiro caso só foi confirmado em 25 de fevereiro de 2020, apesar de algumas suspeitas no mês anterior. Em 17 de março, foi registrada a primeira morte no Brasil pelo novo coronavírus, em São Paulo. No mesmo dia, uma mulher, empregada doméstica, morreu no Rio de Janeiro, após contrair o vírus da sua patroa, moradora do Leblon que havia recém chegado de viagem à Itália. (UOL, 2020a). Já era uma alerta: a população mais pobre iria morrer mais.

Em 20 de março, o Congresso Nacional aprovou o Decreto Legislativo nº 6/2020, que reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República. Nesse momento, vários estados e o Distrito Federal já haviam editado normas visando ao isolamento social.

No entanto, no dia 24 de março, o presidente fez um pronunciamento oficial no rádio e na TV, pedindo a “volta à normalidade” e o fim do “confinamento em massa”, gerando muitas críticas por parte de políticos e autoridades, por estar na contramão das ações adotadas em outros países e sugeridas pela OMS. Ao encontro do pronunciamento, no dia 27 de março, o governo federal propôs a campanha #OBrasilNaoPodeParar, a qual ensejou uma ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal. A justiça decidiu no dia seguinte que a União deveria se abster de veicular as peças publicitárias da campanha. No entanto, com o agravamento da crise econômica, diversos estados começaram a flexibilizar o isolamento mesmo com a curva da COVID-19 ainda ascendente.

Em todo o mundo, a influência da orientação ideológica dos governos na resposta à pandemia tornou-se uma preocupação crescente. (XAVIER *et al.*, 2022). No Brasil especificamente, diante do dilema entre isolamento ou flexibilização, saúde pública e economia, foi avigorado o debate acerca



dos limites da atuação do Estado, especialmente quanto à garantia e promoção dos direitos à saúde e à vida – no contexto de uma orientação econômica neoliberal, que voltou a ganhar força no Brasil a partir de 2015 com a crise econômica e política que culminou no *impeachment* da Presidente Dilma. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2020).

A doutrina liberal baseia-se na defesa das iniciativas individuais e no incentivo ao empreendedorismo e procura limitar a intervenção do Estado na vida econômica, social e cultural, colocando o sucesso como resultado do esforço individual e, conseqüentemente, de uma responsabilidade individual. Ao mesmo tempo, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o Estado como ente garantidor de direitos e garantias fundamentais e promotor de políticas públicas de desenvolvimento e inclusão social. Dessa forma, o Estado deixa de ser um mero garantidor de direitos mínimos (liberdade negativa), abandonando o caráter não intervencionista, e passa a se tornar promotor de políticas sociais de desenvolvimento, inclusão e redução das desigualdades.

Esse fato levou a grande pressão para que o governo oferecesse uma ajuda de custo, tanto para empresas quanto para as pessoas menos favorecidas, que corriam o risco de passar fome. Além da baixa no consumo e na produção, um grave problema social que o Brasil tem enfrentado diz respeito à alta taxa de trabalho informal.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar a possível contradição entre o Estado enquanto garantidor do direito à vida e à saúde e o modelo de governo neoliberal que resultou em uma dinâmica de propagação do vírus entre ricos e pobres, estudando o caso específico do Distrito Federal - DF.

Para isso, foi feita uma revisão de literatura sobre liberalismo, neoliberalismo e direito à saúde, e, em uma perspectiva empírica, foram analisados os dados publicados pela Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal - GDF sobre os contaminados e mortos pela doença.

O DF foi escolhido por ter sido, em meados de 2020, o epicentro da COVID-19 no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 10 de julho de 2020, Brasília era a grande cidade com mais casos confirmados *per capita* do país, mais que o dobro da região metropolitana de São Paulo ou do Rio de Janeiro. (BRASIL, 2020).

Além disso, o DF é o ente da Federação com maior desigualdade social do país: o índice de Gini (que varia de 0 a 1, sendo 0 o ideal de igualdade e 1 o pior grau de desigualdade) foi de 0,602 em 2017, maior que o do Brasil (0,549). (INESC; NOSSA BRASÍLIA; OXFAM BRASIL, 2019). Ademais, no DF, o Presidente Bolsonaro obteve 69,99% dos votos válidos no segundo turno, mostrando uma clara tendência liberal da população, em todas as zonas eleitorais.

## **2. DIREITO À SAÚDE E O SUPOSTO TENSIONAMENTO COM A LIBERDADE E A ECONOMIA**

O direito à saúde no texto da Constituição de 1988 como um direito fundamental social que deve ser implementado pelo Estado foi resultado de forte influência do Movimento pela Reforma Sanitária, movimento que surgiu em defesa de uma saúde pública e universal, e contrapondo-se a um histórico de políticas públicas de saúde que durante anos no Brasil tiveram como principal objetivo:



propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital (...) marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com ínfima prioridade para as políticas de promoção e proteção da saúde. (CUNHA, 2011).

A intervenção do Estado na política de saúde brasileira teve início nos anos 1920, atrelada à política da previdência social. (SANTOS, 2013). Entre as décadas de 1930 e 1950, o avanço da industrialização nacional gerou uma grande massa operária que precisava ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993), exigindo uma rápida expansão dos serviços de saúde, abrindo-se espaço, dada a impossibilidade de o Estado suprir toda a demanda, para os convênios-empresas. Isso encareceu a assistência e tornou o hospital o principal ponto de referência para a busca de atendimento em saúde, um modelo hospitalocêntrico. (BAPTISTA, 2007).

Com o Golpe Militar de 1964, houve uma piora sensível na saúde pública, sentida principalmente pela classe mais pobre. (COSTA E SILVA *et al.*, 2010). Nessa ocasião, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados. (VASCONCELOS, 1999).

Foi na década de 1970 que se intensificaram as pressões, principalmente por movimentos de reivindicações e de lutas urbanas, por uma reforma na política de saúde, clamando-se, também, para que a saúde passasse a assumir um sentido mais amplo, que englobasse condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade etc. Tratavam-se de movimentos sociais e formas de resistência e luta diante da ofensiva neoliberal que ficaram conhecidos como "movimento sanitário". (SANTOS, 2013).

Com a crise econômica da década de 1980, o quadro da saúde só se agravava. Destaca-se, nesse contexto, o movimento pelas eleições diretas para presidente, em 1983, que teve grande adesão da sociedade. Diante desse quadro de tensão, a luta pela saúde foi se ampliando e houve a articulação com outras entidades e movimentos populares, sobressaindo-se as lutas pelo saneamento, água, luz e postos de saúde. (SANTOS, 2013).

Finalmente, em 1986, o Ministério da Saúde convocou, pela primeira vez, gestores de saúde, técnicos e usuários para a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco histórico da política de saúde brasileira onde foram construídos os princípios norteadores para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde a partir de estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde. (BAPTISTA, 2007). As conclusões advindas dessa conferência, com destaque para o conceito ampliado de saúde, como direito de todos e dever do Estado, foram assumidas na proposta da Constituição Federal de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde – SUS. (COSTA E SILVA *et al.*, 2010). Assim, pode-se dizer que:

o SUS foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta-se diretamente com os princípios da reforma sanitária (...) O projeto privatista da saúde pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis. São condições que desafiam a consolidação do SUS. (SANTOS, 2013, p.237)



O direito à saúde está disposto na Seção II da Constituição Federal, em especial nos artigos 196, 197 e 198. Entre eles cabe destacar:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que **visem à redução do risco de doença** e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988) (grifo nosso).

Embora não tenha sido a primeira tentativa de se instaurar no Brasil o paradigma do bem-estar social, o advento da Constituição de 1988 trouxe um projeto inédito no país ao se preocupar em fortalecer um constitucionalismo social pautado na valorização dos direitos fundamentais e ao colocar o Estado de fato como um ator a buscar as garantias sociais. É nesse momento que se começa a construir efetivamente um Estado de Bem-Estar Social no Brasil (SANTIAGO; SANTOS, 2017), conferindo novos direitos e liberdades que acrescentaram à ideia de cidadania política a ideia de cidadania social. (SUPIOT, 2007).

Assim, a partir da Constituição de 1988, os fundamentos, objetos e princípios do Estado de Bem-Estar Social são resgatados e agregam ao Estado Democrático de Direito as condições de possibilidade para o suprimento das insuficiências das etapas constitucionais anteriores. O Estado Democrático de Direito é, portanto, uma organização política de poder em que os direitos fundamentais se consolidam e se ampliam, horizontal e verticalmente, quantitativa e qualitativamente, resgatando ideais não efetivados do constitucionalismo social. (STRECK, 2004).

Ao mesmo tempo em que havia esse processo de consolidação da democracia ampliada no país, da busca pela efetividade de direitos fundamentais e redução da desigualdade social, ganhavam força no Brasil na década de 1990 ideias econômicas liberais. Bento (2003) explica que houve, então, um diagnóstico neoliberal da crise do Estado de Bem-Estar Social decorrente da crise fiscal e financeira, gerada supostamente devido a políticas sociais levadas a cabo desmesuradamente, necessitando de mais receita e elevação da carga tributária, o que geraria menos poupança do setor privado e aumento de contribuições e descontos na folha de pagamento.

Como resposta, o neoliberalismo propõe o retorno às leis do mercado, à ortodoxia econômica e à austeridade do orçamento público: "o Estado, antes visto como agente redentor das classes desfavorecidas e racionalizador da economia passa a ser associado no imaginário social à ineficiência, à burocracia excessiva, ao desperdício." (SARMENTO, 2006, p.324).

No ideal neoliberal, deveria se desvencilhar do Estado determinadas tarefas, fazendo com que deixasse de ser o "responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar seu promotor e regulador." (COSTA, 2008, p.863).

### **3. BREVES REFLEXÕES ACERCA DO (NEO)LIBERALISMO**

Apesar de a Constituição Federal e o SUS serem resultado de muita luta social e serem bastante avançados na promoção dos direitos sociais, em especial ao direito à saúde, tem-se observado, no enfrentamento à pandemia de COVID-19, um tensionamento entre tais garantias constitucionais e um modelo de estado neoliberal que tem se preocupado sobremaneira com a economia em detrimento de outras temáticas.



Em entrevista ao Fantástico, em 12 de abril de 2020, o então ministro da saúde Henrique Mandetta afirmou que o desafio no enfrentamento da pandemia depende do comportamento da sociedade, em especial com relação ao grau de isolamento social. O discurso de que o enfrentamento depende de cada um de nós vai ao encontro da política neoliberal adotada pelo atual governo. Para entender essa ideia, cabe revisitar alguns autores que trataram do tema.

De fato, o liberalismo tem um alcance variado de autores que se debruçaram sobre o tema, desde John Locke [1632-1704], Montesquieu [1689-1755], Adam Smith [1723-1790] e David Ricardo [1772-1823], passando por Alexis de Tocqueville [1805-1859], John Stuart Mill [1806-1873] e John Maynard Keynes [1883-1946], até autores mais contemporâneos como Friedrich Hayek [1899-1992] e John Rawls [1921-2002]. Este trabalho não tem a pretensão de exaurir as ideias desse conjunto de autores, mas trazer alguns pontos de reflexão sobre essa filosofia política e econômica. Para isso, é importante ter em mente a diferenciação entre o liberalismo antigo e o moderno, como bem explica Merquior (2014).

Cientes da importância dos clássicos, cabe destacar que, segundo Thérét, a teoria neoliberal, que ganhou força a partir da década de 1970, desenvolve-se a partir de três princípios básicos “a liberdade até o limite do seu abuso, a desigualdade até o limite do tolerável, a flexibilidade até os limites da insegurança.” (THÉRET, 1994, p.56).

Surge, então, a linguagem dos direitos e do contrato social. Nesse contexto, Rawls (1971/2002) apresentava a ideia de um contrato social muito diferente do contrato social da tradição moderna, uma vez que não buscava estabelecer autoridade e obrigação legítimas, como em Hobbes, Locke e Rousseau, mas firmar regras de justiça social, oferecendo uma alternativa para o utilitarismo. Para isso, seria necessário garantir justiça como equidade, enquanto expressão do procedimento técnico-normativo de toda a institucionalidade. O objetivo era buscar conciliar liberdade e igualdade de tal forma que se pudesse garantir uma paz duradoura.

Rawls constrói sua teoria a partir da inviolabilidade dos *droits naturels*, que seriam liberdades individuais. Só garantindo essa inviolabilidade seria possível atingir formas de organização político-sociais desejáveis, baseadas não no bem-estar social, mas no procedimento técnico-racional normativo contratualista, que tem como princípio fundante o *justice as fairness*. Dessa forma, não haveria relações éticas entre indivíduos, apenas consigo mesmo.

Para Rawls, considerando o respeito mútuo que os cidadãos devem ter pelas formas de vida e pelas concepções do bem uns dos outros, uma sociedade liberal-democrática só pode ser justa quando possui os seguintes princípios de justiça:

1. Cada pessoa tem o mesmo direito a um esquema plenamente apropriado de liberdades básicas iguais, desde que seja compatível com a garantia de um esquema idêntico para todos; e,
2. As desigualdades sociais e econômicas somente se justificam se duas condições forem satisfeitas: (a) se estiverem vinculadas a posições e cargos abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidade; e, (b) se forem estabelecidas para o máximo benefício possível dos membros da sociedade que se encontrarem na posição mais desfavorável. (VITA, 1999).

Rawls (2002) acreditava ser razoável que os mais privilegiados abram mão de parte dos benefícios que obteriam explorando as contingências naturais e sociais que os favorecem, demonstrando,



assim, respeito pelos menos favorecidos. E só assim é possível esperar a cooperação voluntária dos mais destituídos.

Entretanto, o antikeynesianismo e a viragem direitista deram nova cara ao neoliberalismo. (MERQUIOR, 1981). Seu maior defensor, o austro-inglês Friedrich August von Hayek, propõe um verdadeiro desmantelamento do social-liberalismo, um retorno à ideia do Estado mínimo e de que o progresso é resultado automático de uma soma não planejada de iniciativas individuais:

Os neoliberais "hayekianos" tendem a desconfiar da liberdade positiva como uma permissão para o "construtivismo", julgam a justiça social um conceito desprovido de significado, defendem um retorno ao liberismo e recomendam um papel mínimo para o Estado. (MERQUIOR, 2014, p.192).

Exposto esse brevíssimo repertório, nota-se que há um vasto leque de vertentes de liberalismo, desde as mais preocupadas com justiça social até as que defendem que o mercado deve ter ampla liberdade para se autorregular, com intervenção mínima do Estado, inclusive em questões sociais. Assim, a ideia de Estado mínimo levanta questões referentes ao individualismo nas correntes liberais. No contexto da pandemia de COVID-19, questiona-se: os rumos da pandemia dependem de cada um de nós e/ou de políticas sanitárias estatais? Vencer a pandemia e a crise econômica é problema individual? E mais importante que a vida é a liberdade, como disse o presidente Jair Bolsonaro?

O ponto crucial da discussão parece ser, portanto, o embate entre o papel do Estado e o papel do indivíduo: seria uma questão de soma de responsabilidades individuais o sucesso do controle da pandemia ou responsabilidade do Estado? Falando de um contexto em que ainda não havia vacinação, deveria o Estado preocupar-se mais em manter o lucro das empresas do que garantir a vida dos trabalhadores? Deveria o Estado tomar para si a responsabilidade de prover os trabalhadores para permitir que se isolem em prol de um bem maior? A seguir, discutiremos essas e outras questões a partir dos dados coletados no DF.

#### **4. O QUADRO DE COVID-19 NO BRASIL: O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DEPENDE DE CADA UM DE NÓS?**

Durante a fase inicial da pandemia, o SARS-CoV-2 espalhou-se no Brasil, principalmente, de maneira local, dentro de cada estado. Depois, apesar das viagens aéreas terem sido bastante reduzidas, foram observadas múltiplas exportações do vírus a partir dos grandes centros urbanos. (CANDIDO *et al.*, 2020).

Em linhas gerais, no início da pandemia, os mais ricos foram os mais afetados, que traziam o vírus de viagens internacionais. Essas pessoas, em geral, possuíam planos de saúde e melhores condições de tratamento médico, além de maior capital econômico e cultural para aderir ao isolamento social. No entanto, com o passar das semanas, esse perfil mudou, e a pandemia avançou para as periferias. (GAIA, 2020). E foi justamente nessa época que o governo federal começou a chamar as pessoas de volta à "normalidade".

O argumento frisado pelo presidente Jair Bolsonaro foi o de que "Mais importante que a vida é a liberdade", frase similar ao do vice-governador do Texas Dan Patrick, em 20 de abril de 2020, ao também defender retomada econômica: "Estamos trancados, esmagando o trabalhador médio,



pequenas empresas, os mercados. Estamos esmagando este país. (...) há coisas mais importantes do que viver.”

Tais afirmações dão uma noção da escala de valores, flexível e relativizada. Um governo como o do presidente Bolsonaro, que se diz pró-vida, afirmar que a liberdade é mais importante que a vida soa no mínimo contraditório. De toda sorte, cabe buscar compreender de que vida ele está falando.

Segundo dados coletados do Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe), do OpenDataSUS, mantido pelo SUS, a vítima-padrão da COVID-19 no Brasil até julho de 2020 era homem, pobre e negro, condição agravada pela idade e pela presença de ao menos uma comorbidade. (ÉPOCA, 2020b).

Nesse contexto, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luiz Roberto Barroso afirmou em abril de 2020 que “voltar à atividade econômica normal agora é achar que, como pobre consome pouco, tem que morrer. É genocídio.” (UOL, 2020b).

O assunto parece se tratar de um caso de necropolítica, termo cunhado por Achille Mbembe - professor, negro e camaronense - para questionar os limites da soberania do Estado ao escolher quem deve viver e quem deve morrer. Em teoria, o Estado não deveria matar ninguém, pelo contrário, ele deveria cuidar das pessoas. No entanto, Mbembe (2016) destaca que a soberania estatal é expressa predominantemente como o direito de matar e observa que, para manter o controle do campo biológico, pressupõe-se a distribuição da espécie humana em grupos e o estabelecimento de uma censura biológica entre uns e outros, marcada principalmente pelo racismo.

Mbembe (2016) relembra que Hannah Arendt [1906-1975] já relacionava a política da raça com a política da morte. Em termos foucaultianos, o racismo seria uma forma de permitir o exercício do biopoder, de regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado de forma a garantir a aceitabilidade do fazer morrer. O Estado nazista foi o exemplo mais completo disso.

Sobre o assunto, o ex-ministro da Saúde Henrique Mandetta, em entrevista à Folha de São Paulo em abril de 2020, relacionou a escravidão do passado brasileiro com as atuais críticas ao isolamento social, citando o clássico Casa Grande e Senzala, de Gilberto Freire:

Só quem está gritando é a Casa Grande, que está vendo o dinheiro do engenho cair. A Casa Grande arrumou o quarto dela, a despensa está cheia. Tem o seu próprio hospital. Ela lamenta muito o que está acontecendo, mas quer saber quando o engenho vai voltar a funcionar (...) A nossa herança negra, africana, era obrigada a trabalhar, mesmo doente. (ESTADO DE MINAS, 2020).

A situação se coloca em um país em que o racismo é estruturante: são os negros os que mais atuam no trabalho informal, enquanto os brancos apresentam o maior rendimento médio domiciliar *per capita* (R\$ 1.846,00), quase duas vezes maior que o da população negra (R\$ 934,00). (IBGE, 2019).

Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que a população negra apresenta mais casos de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparada à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). O mesmo acontece com obesidade, doenças



cardíacas, asma e tuberculose. Ademais, historicamente, os locais onde reside a maior parte da população negra em geral são precários, com moradias inadequadas, sem acesso a serviços básicos de saneamento, água potável, além dos elevados índices de violência. (BRASIL, 2017).

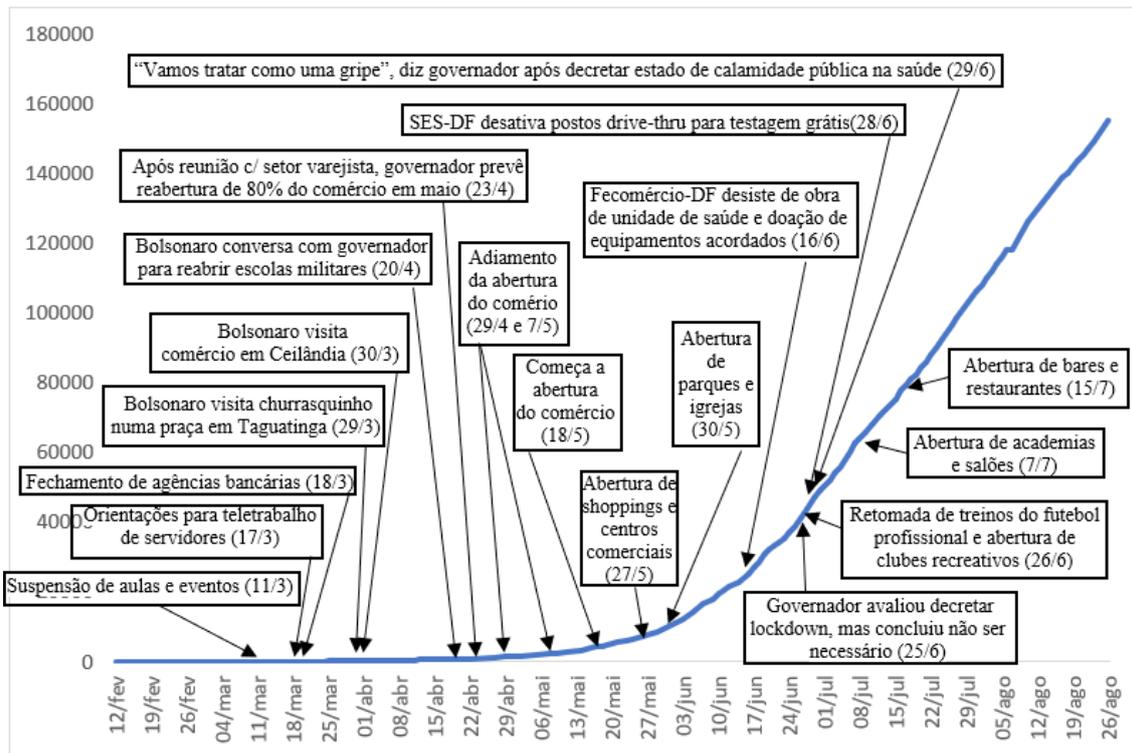
### 5. COMO A COVID-19 FOI TRATADA NO DF

Este estudo procurou analisar o progresso da COVID-19 no Distrito Federal, buscando relacionar os dados epidemiológicos com o discurso neoliberal propagandeado pelo governo federal e por outros estados, no sentido de evidenciar se ações e discursos se afastam das formas de democracias liberais que defendem justiça social e se aproximam de um liberalismo necropolítico.

Em relação aos dados iniciais da COVID-19, do que se chama de primeira onda, em linhas gerais, o gráfico da Figura 1 ilustra como o DF adotou medidas precoces para a contenção da pandemia. Tendo sido o primeiro governo do país a adotar medidas para restringir a circulação de pessoas. Na ocasião, o DF foi citado pelo secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde como exemplo de boa estratégia.

O primeiro caso na capital foi confirmado no dia 5 de março de 2020, mas no dia 28 de fevereiro já havia sido declarada situação de emergência no âmbito da saúde pública no Distrito Federal, em razão do risco de pandemia do novo coronavírus (Decreto nº 40.475/2020). Ainda em março, uma série de medidas foram adotadas para promover o isolamento social, como a suspensão de aulas e eventos. Além disso, uma série de providências foram tomadas para garantir o atendimento hospitalar aos doentes pela pandemia, como a assinatura de um termo de cooperação para a construção de um hospital de campanha no estádio Mané Garrincha com cerca de 200 leitos.

**Figura 1** – Curva no número total de casos de COVID-19 no DF.



Fonte: Elaborada pelos autores.

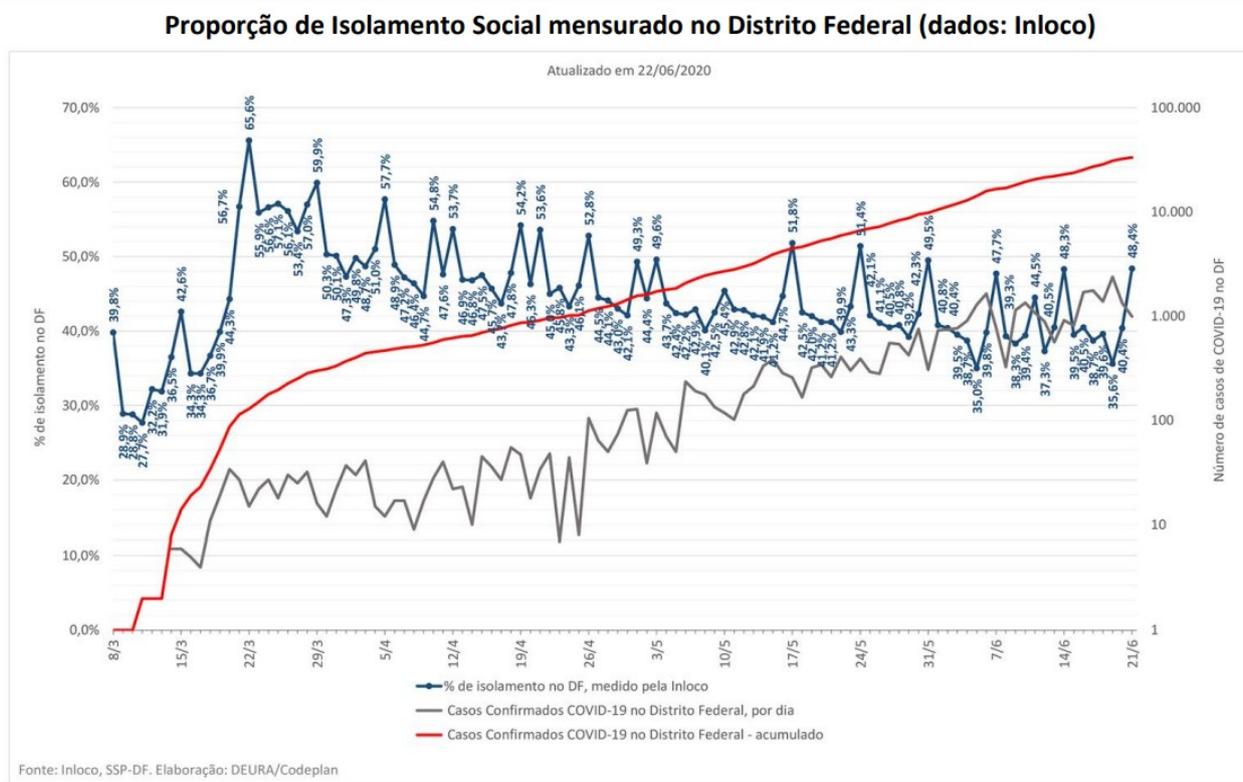


Mesmo com tais medidas, o sistema de saúde foi se sobrecarregando, e, no dia 4 de abril, a diretoria do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) encaminhou aos profissionais do hospital um protocolo de atendimento orientando que pacientes idosos em estado grave não fossem encaminhados para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). (CORREIO BRAZILIENSE, 2020).

No dia 31 de março, o então o ministro da Justiça e Segurança Pública, Sergio Moro, afirmou que não havia "motivos para temor" com relação à disseminação da doença no sistema prisional brasileiro. (AGÊNCIA BRASIL, 2020). No entanto, em 22 de abril, a situação carcerária do DF já era preocupante, sendo o sistema prisional mais infectado pelo coronavírus em todo o país, com 33 policiais penais e 96 presos infectados. (SSP-DF, 2020).

No final de abril, o governador liberou, por meio de decreto, o funcionamento de escritórios de advocacia, contabilidade, engenharia e arquitetura e imobiliárias. E no dia 23 de abril, a Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Distrito Federal (Fecomércio-DF) apresentou um plano com protocolos de segurança que deveriam ser adotados pelas empresas, caso fossem liberadas para reabrir. A Fecomércio-DF também se comprometia, entre outras ações, a realizar testes de COVID-19 nos seus filiados. Após a reunião, o governador declarou que previa reabertura de 80% do comércio ainda em maio. Porém, estudos já apontavam a primeira maior queda de adesão às medidas de isolamento social da capital no ranking nacional. O distrito, que ocupava a primeira posição do ranking no início do mês de abril, caía para a 8ª posição (INLOCO, 2020). No gráfico da Figura 2, pode-se ver a queda no isolamento inversamente proporcional ao aumento de casos e mortes.

**Figura 2 – Curva de Isolamento Social no DF.**



Fonte: CODEPLAN-DF, 2020.



No dia 22 de maio, o hospital de campanha do Mané Garrincha, recém-inaugurado, começou a receber os primeiros pacientes com COVID-19, e a reabertura do comércio prosseguiu com a liberação de shoppings e centros comerciais e parques e igrejas.

No dia 3 de junho, as UTIs da rede privada atingiram quase 80% de ocupação. O percentual de ocupação informado na rede pública, no entanto, permanecia bem abaixo. Em 10 de junho, o Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT) expediu recomendação para que fossem corrigidas as informações sobre os leitos reservados na rede pública para pacientes de COVID-19 no site da Secretaria de Saúde. Segundo o documento, leitos sem condições de receber pacientes estavam sendo contabilizados nos dados divulgados. (MPDFT, 2020a).

No dia seguinte, a Fecomércio-DF anunciou que não cumpriria com a promessa, feita um mês antes, de construir um hospital de campanha de 400 leitos. A entidade sindical também já havia desistido de doar equipamentos e utensílios de saúde acordados com o governo local como compensação à reabertura do comércio. Sobre o assunto, o governador declarou “Eles simplesmente não cumpriram nada, parece que queriam enganar o governo para que eu reabrisse o comércio.” (JORNAL DE BRASÍLIA, 2020).

Ainda no início de junho, deputados distritais enviaram pedido ao governo para decretar *lockdown* na Ceilândia, região mais afetada até então, sem sucesso.

Em 29 de junho, o MPDFT iniciou ação civil pública para que o governo do DF divulgasse os dados epidemiológicos em tempo real, “sem omissões e sem distorções da realidade da ocupação dos leitos de UTI no DF”. Segundo o MPDFT (2020b), em 26 de junho, o sistema de regulação apontava para 93% de ocupação, enquanto o site da Sala de Situação registrava 59,84%.

No mesmo dia, o governador decretou estado de calamidade pública na capital e declarou ao jornal O Estado de S. Paulo:

Vai lotar nada. Vamos tratar [a COVID-19] como uma gripe, como isso deveria ter sido tratado desde o início (...) Largaram a doença por aí como se não fosse responsabilidade de ninguém. Então começou tudo errado. Não adianta querer colocar nas minhas costas o sofrimento dos outros. (G1, 2020).

A comparação é feita com a gripe, doença que matou 37 pessoas no DF em 2019, 16 pessoas em 2018 e 8 pessoas em 2017 (SES-SF, 2020). Até a data da declaração, três meses e meio após o primeiro caso confirmado, já haviam morrido 578 pessoas de COVID-19 no DF.

Na madrugada de 30 de junho, um relatório do sistema de regulação de vagas em UTIs da Secretaria de Saúde mostrou que a ocupação em UTIs da rede pública do DF chegou a 100% por volta de 1 hora da manhã. Pela manhã, o painel registrava 63% de ocupação, enquanto o relatório interno apontava 96%. (SES-DF, 2021).

Com o agravamento da demanda por hospitalização, a Defensoria Pública passou a receber pedidos de pacientes para conseguir um leito na rede pública: em maio foram 15, em junho, 61, e em julho, 85. A despeito dos números crescentes, a flexibilização do isolamento seguiu com a abertura de academias e salões em 7 de julho, e de bares e restaurantes, em 15 de julho.

Em 19 de agosto, o então secretário de Saúde do DF anunciou mudança na metodologia de divulgação de mortes por COVID-19, pois a anterior estaria “desassossegando a população” por divulgar o número de mortes confirmadas no dia, o que incluía falecimentos que ocorreram dias



antes. A mudança preocupou os especialistas, que temiam gerar uma falsa sensação de segurança. (SINDMÉDICO-DF, 2020). No dia 25 de agosto, o mesmo secretário foi preso preventivamente por suspeita de irregularidade na compra de testes de COVID-19.

Os dados anedóticos descritos até aqui referem-se aos seis primeiros meses da epidemia, no contexto do que se chama de primeira onda da COVID-19. Esses dados parecem suficientes para contextualizar nossa argumentação, já que descrever o conjunto de fatos e eventos do desenvolvimento da COVID-19 durante a segunda onda pode estender de forma demasiada este texto. Como fato posterior, destacamos apenas o fechamento do hospital de campanha do Mané Garrincha em outubro de 2020, após anúncio, pelo secretário de Saúde, do Plano de Desmobilização de Leitos da COVID-19, fato bastante repercutido em 2021 quando a doença se agravou e faltaram muitos leitos de UTI na rede pública.

### 5.1. DADOS DOS PACIENTES DE COVID-19 NO DF

Para estudo dos casos de COVID-19 no DF, as regiões administrativas (RA) foram separadas em três grupos conforme a renda domiciliar média de 2019.

Para tanto, utilizou-se o critério de divisão de classes do IBGE, segundo o qual a classe A é aquela cuja renda familiar mensal é maior que 20 salários mínimos (SM); classe B, 10 a 20 SM; classe C, 4 a 10 SM, classe D, 2 a 4 SM; e classe E, menos de 2 SM. Seguindo esse critério, considerando o valor do SM de 2019 e desconsiderando a RA SIA por se tratar de área comercial, encontrou-se uma RA na classe A (Lago Sul), 6 na classe B, 9 na C, 13 na D e uma na E (Estrutural). Dessa forma, as classes A e B foram agrupadas, bem como a D e E.

Essa divisão pode ser vista na Tabela 1, onde as RA foram listadas em ordem decrescente de renda.

**Tabela 1** – Divisão das regiões administrativas do DF por renda.

	<b>Grupo 1 (classes A e B)</b>	<b>Grupo 2 (classe C)</b>	<b>Grupo 3 (classes D e E)</b>
RA	Lago Sul, Park Way, Sudoeste/Octogonal, Plano Piloto, Lago Norte, Águas Claras/Arniquireiras, Jardim Botânico	Guará, Cruzeiro, Vicente Pires, Sobradinho, Núcleo Bandeirante, Taguatinga, Sobradinho II, Gama, Candangolândia	Riacho Fundo, Ceilândia/ Por do Sol, Brazlândia, Planaltina, Santa Maria, São Sebastião, Itapoã, Fercal, Samambaia, Recanto das Emas, Paranoá, Riacho Fundo II, Varjão, SCIA/Estrutural
% de negros	32,14%	53,78%	69,20%
% de idosos	21,5%	18,38%	9,88%

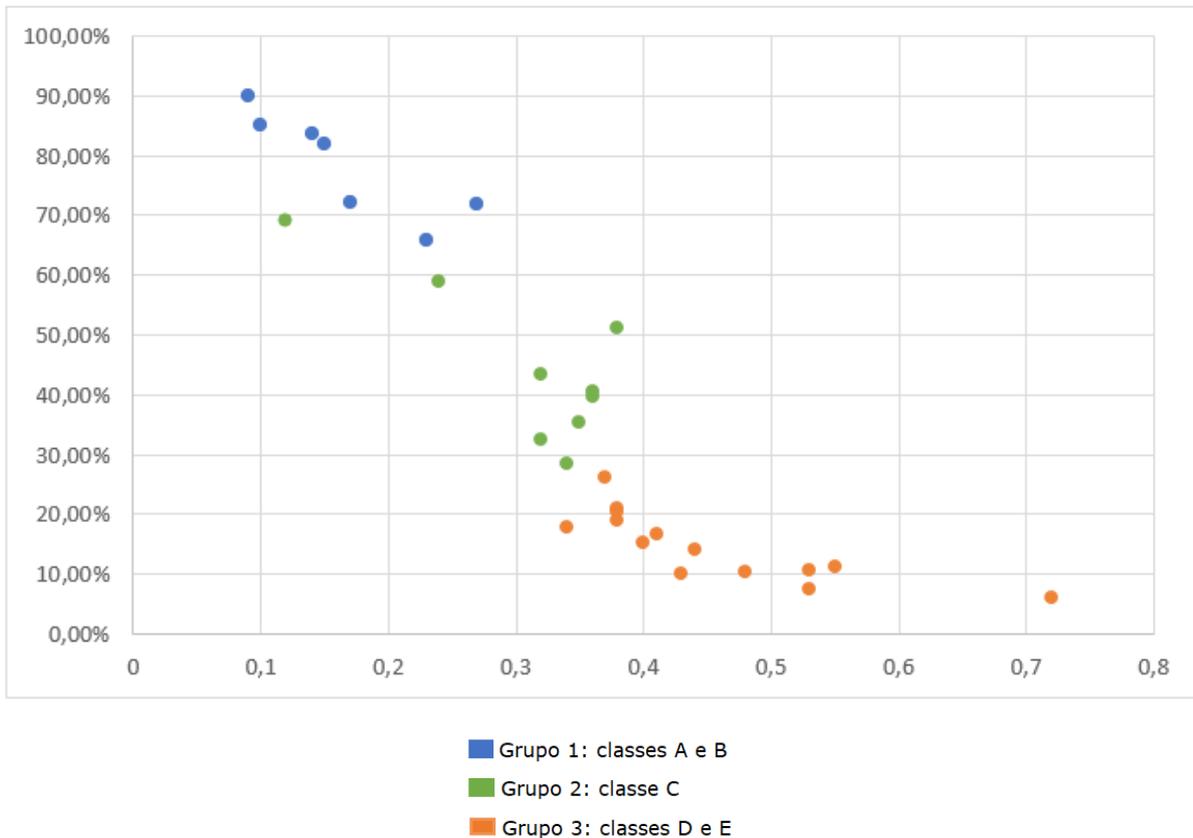
Fonte: Elaborada pelos autores com dados de 2018 de CODEPLAN-DF (2021).

O gráfico da Figura 3 aponta a distribuição das RA com relação ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)<sup>3</sup> 2018, no eixo x, e ao percentual de pessoas que possuem plano de saúde, no eixo y. O Grupo 1 está em azul, o 2 em verde e o 3 em laranja. A RA classe A está à extrema esquerda e a classe E à extrema direita do gráfico.

<sup>3</sup> Indicador que varia de 0 a 1, sendo que quanto maior o índice maior a vulnerabilidade.



**Figura 3** – Distribuição das RA conforme IVS e utilização da saúde privada.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados de 2018 constantes em CODEPLAN-DF (2021).

Vejamos como as RA, divididas por classes sociais, se comportaram com relação ao número de casos para cada 100 mil habitantes em relação à média geral do DF. Os dados dos gráficos das Figuras 4 e 5 são de 8 de abril a 20 de julho de 2020, e os eixos verticais estão em escala logarítmica devido à amplitude dos números.

Optou-se por realizar o corte nesse período porque, no dia 15 de julho de 2021, a justiça interrompeu a compra de 1 milhão de testes rápidos de COVID-19 pelo governo distrital devido à investigação acerca do valor superfaturado da compra dos exames. A falta de teste agravou o problema da subnotificação, especialmente entre a população que necessita realizar o exame na rede pública distrital.

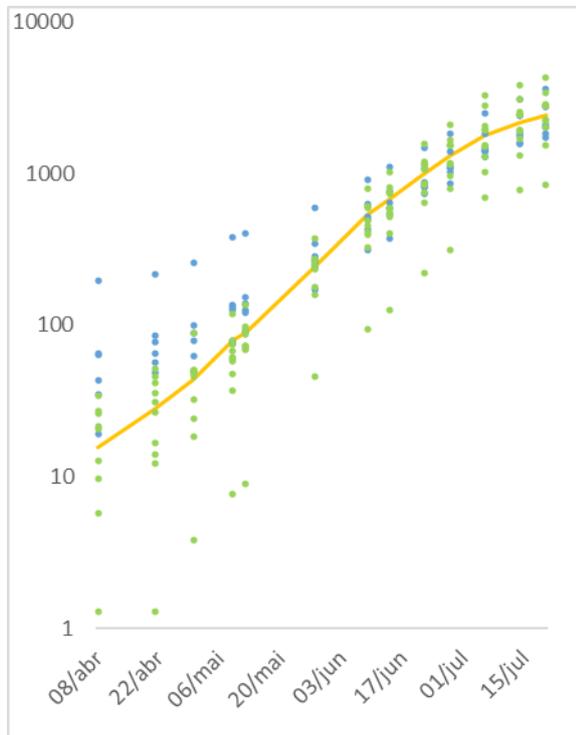
Na Figura 4, observamos que os bairros de classe alta (marcadores em azul) tinham a maior relação de casos por 100 mil habitantes, bem acima da média do DF (na linha em amarelo). No entanto, essa diferença vai progressivamente diminuindo, até que praticamente todos os bairros de classe alta passam para baixo da curva média do DF, enquanto que a classe média-alta mantém-se em parte acima, sendo que os bairros que estão abaixo da curva vão dela se aproximando cada vez mais.

Percebemos, na Figura 5, que as regiões administrativas de classes média-baixa e baixa possuíam pequena quantidade de casos por 100 mil habitantes no início da pandemia, quando o contágio pelo vírus, em geral, acontecia em viagens ao exterior. O número de casos vai aumentando e se aproximando da curva, até que, em 28 de maio (10 dias após o início da reabertura oficial do

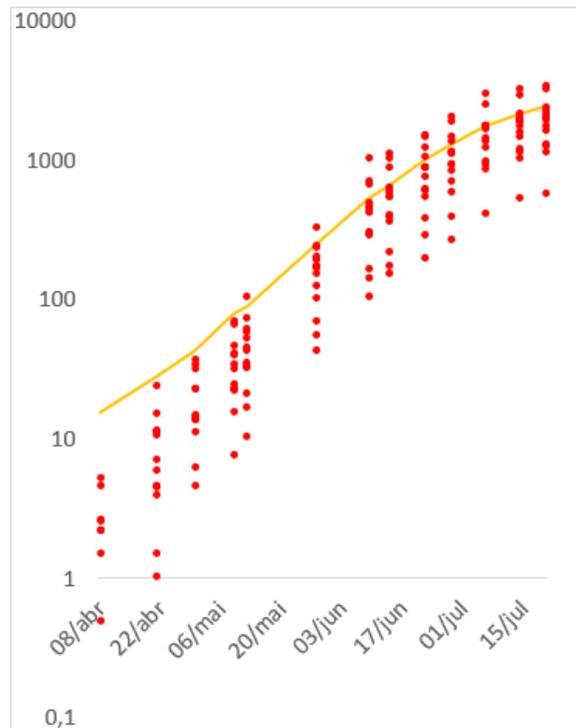


comércio), algumas RA rompem a curva média do DF e continuam se elevando, ao mesmo tempo em que as RA abaixo da curva se aproximam dela.

**Figura 4** – Número de casos, nos Grupos 1 e 2, por 100 mil habitantes.



**Figura 5** – Número de casos do Grupo 3 por 100 mil habitantes.



- Grupo 1: classes A e B
- Grupo 2: classe C
- Grupo 3: classes D e E

Fonte: Elaboradas pelos autores com dados de SES-DF (2021).

Segundo o boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde de julho de 2020, os negros eram maioria entre as pessoas mortas pelo novo coronavírus no Distrito Federal: 53,9% das vítimas contabilizadas até 29 de junho, e a maioria de infectados e mortos no DF era da periferia (SES-DF, 2020).

O mesmo tipo de representação gráfica foi feito com os dados de 12 de maio de 2020 a 30 de abril de 2021 (gráficos das Figuras 6 e 7), mostrando nova tendência de alta em relação à média do DF para as classes mais altas (a exceção de Sobradinho II, Jardim Botânico e Vicente Pires) e tendência de baixa em relação à média do DF para as classes mais baixas, com exceção de Riacho Fundo I.

Deve-se destacar, todavia, que, em geral, as RA de classes mais baixas são mais populosas, então grande número de casos representa não tão alta relação casos por cada 100 mil habitantes. Além disso, as pessoas dessas regiões tendem a ser menos testadas com relação à doença.

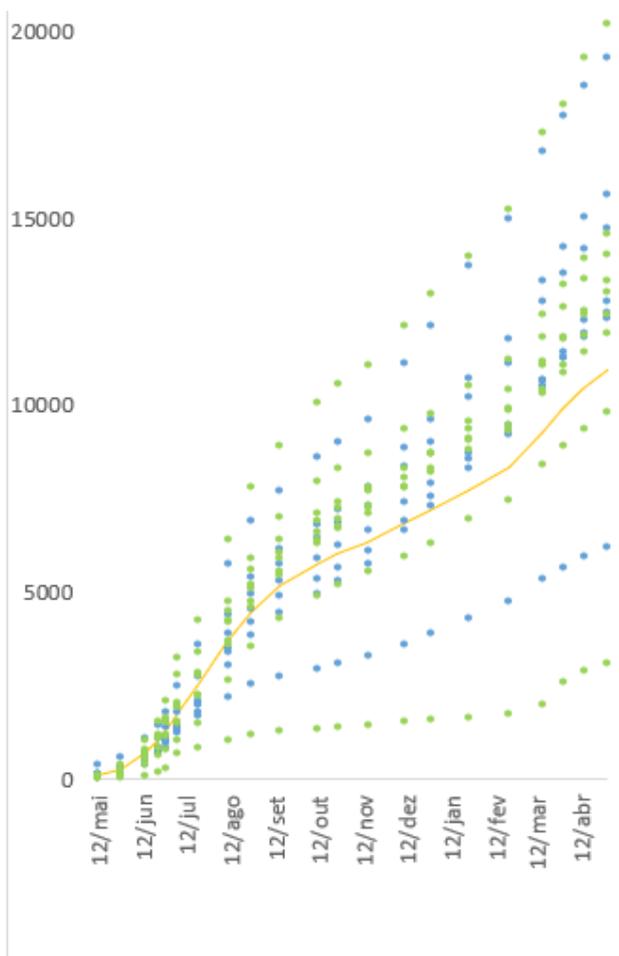
Ademais, tais números não são totalmente fidedignos, haja vista o problema da subnotificação, tanto do número de casos, quanto do número de mortes, devido à testagem e à inconclusão da causalidade de doenças relacionadas, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). No caso



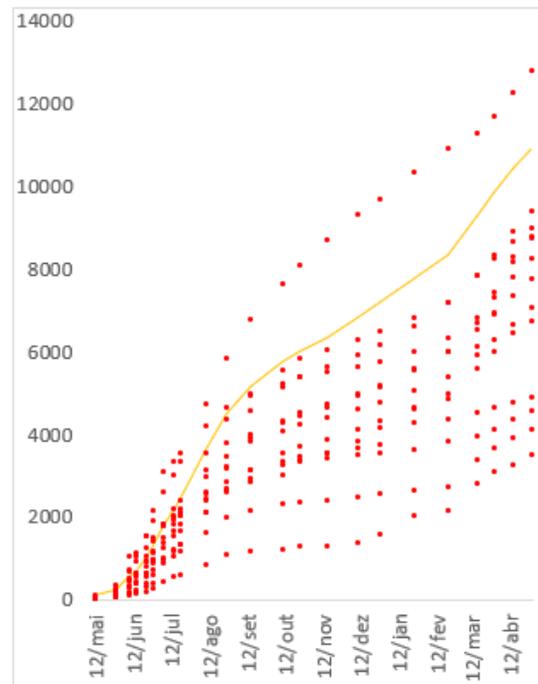
da SRAG, o número de mortes decorrentes da doença cresceu 1.611% no DF durante pandemia do coronavírus. (SES-DF, 2021). Além disso, o número de casos divulgado pela Secretaria de Saúde, por exemplo, tem sido sempre inferior ao publicizado pelos cartórios no Portal da Transparência dos registros civis.

Outra possível explicação para esse movimento de alta atinente às classes mais abastadas pode estar no bolsonarismo é baseado no apoio das camadas intermediárias, sendo os pequenos burgueses os mais mobilizados. (CALIL, 2020). Um exemplo disso é o fato de as carreatas contra o isolamento social terem sido convocadas essencialmente por pequenos comerciantes contra as restrições impostas.

**Figuras 6** – Número de casos nos Grupos 1 e 2 por 100mil habitantes



**Figura 7** - Número de casos no Grupo 3 por 100mil habitantes



- Grupo 1: classes A e B
- Grupo 2: classe C
- Grupo 3: classes D e E

Fonte: Elaboradas pelos autores com dados de SES-DF (2021).

Ainda antes da pandemia, Bolsonaro já reproduzia o negacionismo científico, por exemplo recusando-se a reconhecer o aquecimento global, suas causas e desdobramentos. Com a



propagação do coronavírus, ele optou pela minimização da pandemia, defendendo de forma sistemática e reiterada o não isolamento e a eficácia contra COVID-19 de medicamentos sem comprovação científica, coincidindo com os interesses imediatos da burguesia e da pequena burguesia. (CALIL, 2020).

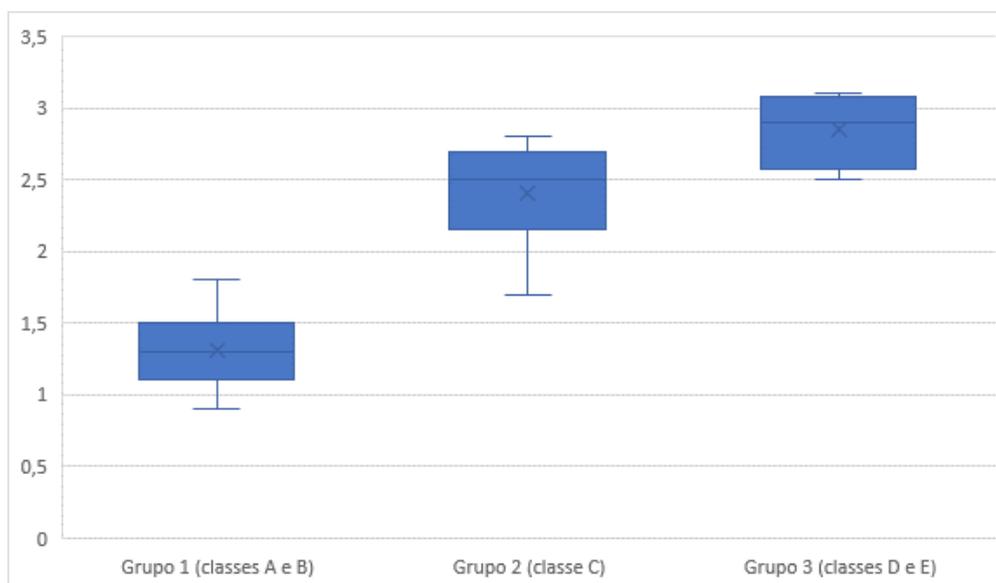
O exemplo clássico disso foi o pronunciamento em rede nacional feito pelo presidente, no dia 24 de março de 2020, em que qualificou a COVID-19 como “gripezinha”, afirmou que a doença estava sendo superdimensionada e que não se deveria disseminar pânico. Para ele, se deveria “abandonar o conceito de terra arrasada, como proibição de transporte, fechamento de comércio e confinamento em massa”, era preciso “voltar à normalidade”, “nossa vida tem que continuar” já que a pandemia “brevemente passará”. (BOLSONARO, 2020). Começou, então, a ser disseminada a ideia de que “isolamento social é coisa de comunista”. (ÉPOCA, 2020a).

Uma Nota Técnica do Monitor do Debate Político no Meio Digital, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, indicou que “o relaxamento do distanciamento social posterior ao pronunciamento foi mais forte entre apoiadores do presidente.” (MONITOR DO DEBATE POLÍTICO NO MEIO DIGITAL, 2020).

Outra possível explicação para a menor contaminação das classes mais baixas pode se dar ao maior percentual de desocupação, que faz com que as pessoas saiam menos de casa, usem menos o transporte público e tenham menos momentos de lazer.

Por outro lado, embora se observe nos dados que as classes D e E se contaminaram menos no período e possuem população mais jovem, nas RAs de classe A e B a taxa de mortalidade concentrou-se abaixo da média do DF (o que pode significar maior testagem e/ou menor letalidade), de forma que se nota uma crescente da taxa para cima da curva média conforme diminui o poder aquisitivo da classe social, culminando nas classes de baixa renda, cujas curvas estão bem acima da média, ou seja, quando o pobre adoecer, a chance de ele morrer é maior (SES-DF, 2020), como se vê no gráfico da Figura 8.

**Figura 8** – Percentual de mortes em relação aos infectados.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados de SES-DF (2021).



Uma das explicações para isso pode estar na constatação do Mapa das Desigualdades do DF 2019, que diz:

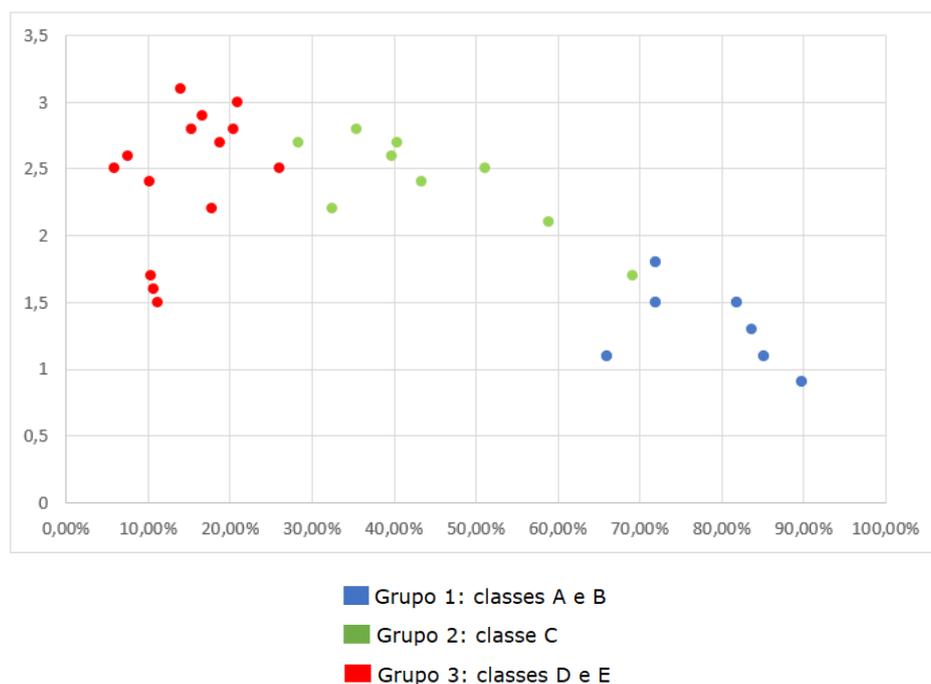
É explícito, também, como o Estado vai ficando ausente na medida que afastamos dos centros onde residem as populações mais abastadas (...) Os equipamentos e serviços públicos vão reduzindo e se precarizando, não há isonomia no tratamento.

Essa precarização pode ser vista, por exemplo, quando se trata de leitos do UTI. Apesar de o levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontar o Distrito Federal como a unidade da federação com maior número para cada 100 mil habitantes de leitos de UTI (30 a cada 100 mil habitantes), respiradores (63), médicos (338) e enfermeiros (198), essa distribuição é desigual, com concentração de leitos de UTI na região central e mais rica do DF.

Além disso, segundo dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, pacientes internados em UTI por COVID-19 no Brasil tiveram o dobro da taxa de mortalidade em hospitais públicos em comparação com os privados. Ademais, a população mais pobre tem mais dificuldade no acesso ao hospital e costuma chegar bem mais grave, o que faz com que a quantidade de doentes que necessitam de ventilação mecânica na UTI seja muito maior na rede pública do que na privada. (AMIB, 2021).

No gráfico da Figura 9, vemos a relação entre o percentual de mortes em relação aos infectados (dados de 30/04/2021) no eixo y e o percentual de pessoas que possuem plano de saúde (2018) no eixo x. O Grupo 1 de RA está em azul, o 2 em verde e o 3 em vermelho. Há claramente uma divisão entre as RA com mais de 60% que utilizam serviço privado de saúde e as RA com menos de 60%, tendo estas percentual de mortes menor que 2 e aquelas, maior que 2, a exceção de três pontos.

**Figura 9** – Relação entre o percentual de mortes em relação aos infectados e o percentual de pessoas que possuem plano de saúde por RA.

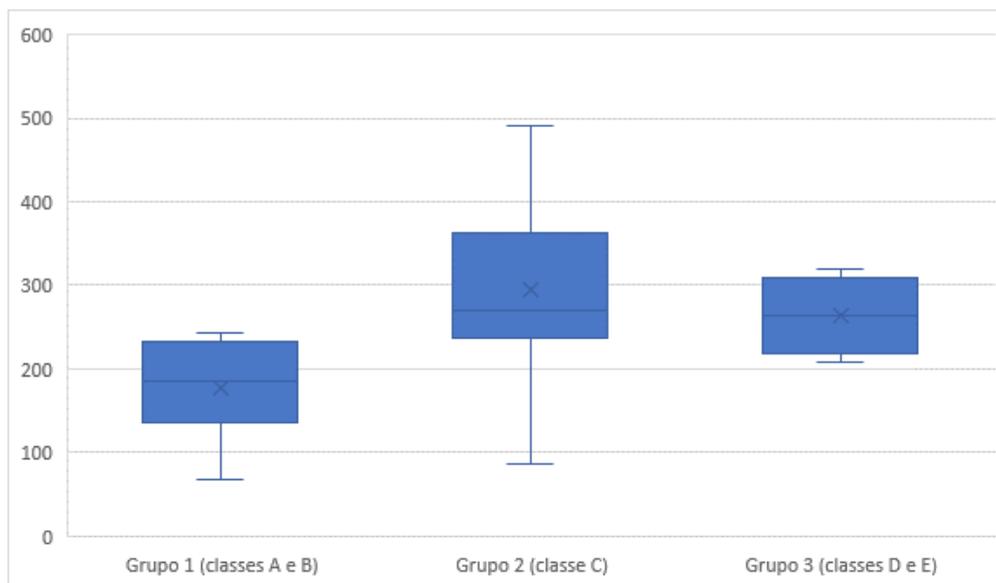


Fonte: Elaborada pelos autores com dados de SES-DF (2021) e CODEPLAN-DF (2021).



Quando analisamos a mortalidade para cada 100 mil habitantes, no gráfico da Figura 10, observamos que as classes A e B, embora possuam percentual bem superior de idosos, considerados grupo de risco, possuem uma mortalidade proporcional à população muito mais baixa que as demais. As classes D e E, que se contaminaram menos, tiveram uma mortalidade para cada 100 mil habitantes pouco inferior à da classe C e bem superior à das classes A e B, ainda que as duas classes mais baixas tenham se exposto menos ao vírus e tenham uma população muito mais jovem, a maioria com menos de 10% da população de idosos.

**Figura 10** – Taxa de mortalidade para cada 100 mil habitantes.



Fonte: Elaborada pelos autores com dados de SES-DF (2021).

Além da maior exposição ao vírus, um motivo que pode explicar a maior mortalidade da classe C proporcionalmente à sua população é a obesidade. Segundo pesquisa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica de 2015, a obesidade tem crescido especialmente nas mais classes baixas: C, D e E aumentaram, cada uma, 5% no nível de obesidade, enquanto a classe A apenas 2%. À época, a Classe C já era a com maior parcela da população obesa, com 23%, sendo a cor preta um dos fatores de risco à obesidade.

Além da obesidade em si ser um fator de risco para COVID-19, pessoas obesas têm mais chances de ter o diagnóstico de hipertensão, diabetes ou alguma outra doença crônica não transmissível (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019), comorbidades que também agarravam os casos.

## 6. À GUIA DE CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe muita discussão acerca da tese do Estado mínimo, já que o papel central do Estado voltou ao debate com força. Em março de 2020, 30 países em todo o mundo já haviam criado ou fortalecido os já existentes programas de transferência de renda para tentar evitar tragédias sociais decorrentes do efeito do isolamento social sobre a economia. Líderes de Estados europeus afirmaram estar dispostos a investir o que preciso fosse para salvar as economias de uma grande catástrofe, evitando a falência das empresas e a demissão dos trabalhadores.



Muitos economistas resgataram os princípios keynesianos para enfrentar a crise. O governo dos Estados Unidos, por exemplo, anunciou em junho de 2020, ainda no governo Trump, um pacote de US\$ 1 trilhão para a economia, a maior parte em obras de infraestrutura e, em segundo plano, na infraestrutura 5G, ação semelhante à tomada na depressão de 1929, baseada em políticas fiscais anticíclicas, que quebram o ciclo de desemprego e de diminuição dos salários.

No Brasil, depois de uma primeira proposta de R\$ 200 feita pelo governo federal, o congresso aprovou um auxílio emergencial de R\$ 600 mensais para os trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados. Houve também medidas de ajuda econômica às empresas.

Desde o início da pandemia, houve uma preocupação grande com a economia, e o Presidente Bolsonaro repetiu insistentemente que a economia não podia parar” e que “o remédio para a doença não pode causar mais problemas do que a própria doença”. Um dos argumentos do Presidente foi o de que seria inevitável que o vírus se propagasse para cerca de 70% da população, chegando à “imunidade de rebanho”, quando não havia vacinas para conter o número de mortes.

Sobre o assunto, o diretor do programa de emergência da OMS Michael Ryan disse:

a “imunidade do rebanho” é um termo adotado da epidemiologia veterinária, em que as pessoas estão preocupadas com a saúde geral do rebanho, e um único animal não importa dentro da perspectiva geral. Seres humanos não são rebanho. (...) Acho que precisamos ser muito cuidadosos quando usamos termos assim (...) porque implica em um cálculo que não coloca a vida e o sofrimento das pessoas na equação. (OMS, 2020).

No entanto, depois da confirmação de casos de reinfecção e da descoberta do surgimento de novas cepas, os cientistas se questionaram se chegaríamos a essa imunização sem ações externas, já que quanto mais pessoas se infectam, mais forte e transmissível se torna o vírus, gerando novas cepas e novas ondas de contágio e mortes.

Por isso, as organizações de saúde de todo o mundo reforçaram que a solução para reduzir o número catastrófico de mortes por COVID-19 é a vacinação em massa. Antes da vacinação, era ainda mais essencial que se tomassem os cuidados de prevenção, como uso de máscara, higienização das mãos e monitoramento dos casos. Em situações extremas, em que os casos eram muitos e a pandemia estava totalmente fora de controle, os cientistas recomendavam ações de *lockdown* para conter a disseminação, possibilidade que ainda não está totalmente descartada. No entanto, no caso do DF, as ações foram no sentido contrário.

Nesse contexto, defensores da flexibilização ao isolamento passaram a evocar princípios ditos neoliberais - certamente com algum descaso epistêmico, nos termos propostos por Cassam (2018) -, como a liberdade e o sucesso como resultado do esforço individual, às custas das mortes dos teoricamente “mais fracos”, idosos e doentes que “já iriam morrer mesmo”, que representam custo pro Estado, como se suas mortes fossem suportáveis e até desejáveis, como se fossem menos cidadãos, como se o conceito de cidadania ampliada, trazida pela Constituição de 1988 (BELLO, 2007), sofresse um grande retrocesso.

Essa ideia demonstra a teoria da necropolítica de Mbembe (2016, p.135), segundo o qual “a soberania é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e



quem não é". No Brasil, desigualdades socioeconômicas históricas e o desinteresse do Governo Federal em implementar um programa coordenado de combate à COVID-19, incluindo o atraso na vacinação, contribuíram diretamente para a desproporcionalidade de efeitos da doença entre ricos e pobres (XAVIER *et al.*, 2022), o que foi corroborado por este estudo no caso do DF.

Como demonstrado, foram as pessoas mais pobres as que mais morreram no período ao seguir a máxima de que a liberdade seria mais importante que a vida. Temendo a redução do lucro das camadas mais abastadas, os mais pobres foram chamados para o retorno ao trabalho – e, conseqüentemente, à maior exposição ao vírus), enquanto os mais ricos, em geral, tinham a opção de se isolar, e, caso contraíssem a doença e apresentassem sintomas mais graves, mais condições de se tratar. Ônibus lotados, trabalho em ambientes fechados e cheios, pouco recurso para adquirir máscaras de qualidade, tudo isso fez com que a população com menos recurso se tornasse mais vulnerável ao vírus e mais propensa à morte, demonstrando um claro contexto de necropolítica.

O retorno presencial direcionado principalmente à população mais pobre andou lado a lado à política de desinformação acerca da doença. Informações desencontradas vindas do governo, da comunidade científica, dos médicos e dos jornais acerca da gravidade da doença, da eficácia de medicamentos e das vacinas, aliada ao descaso epistêmico – marcado pela aceitação de desinformações e pela falta de preocupação em verificar se crenças pessoais estão ou não conectadas com a realidade e com a verdade - fizeram com que as pessoas ficassem confusas sobre como se portar diante da pandemia, especialmente a população com menos educação, que ficou à margem da informação científica e, por isso, ainda mais exposta e vulnerável. (ARAUJO; EICHLER, 2022).

Em que pese o discurso neoliberal ter sido usado de forma instrumental como mais um argumento para controlar a classe trabalhadora, é imperioso, num Estado de Direito, resgatar os princípios da Constituição Federal de 1988, especialmente os referentes à redução das desigualdades e ao direito à vida e à saúde em sentido lato. Retomar a vida "normal" em prol da economia em um momento em que não havia ou havia poucos vacinados mostrou-se incompatível com a manutenção dessas garantias constitucionais.

John Rawls (2002) é um dos autores que se destaca pela defesa de uma democracia liberal que garanta direitos aos mais pobres e dê a todos condições básicas de autonomia. Mesmo Hayek também defendeu um sistema de proteção social que garantisse a sobrevivência dos menos afortunados. (MERQUIOR, 2014).

Na construção do ideário de senso de justiça, Rawls explica que ele se desenvolve na capacidade moral que cada indivíduo possui. Isso porque inconscientemente as pessoas saberiam o que é justo e o que é moral, conceitos aplicados intuitivamente ou por hábito e não por meio de um processo racional consciente. Assim, essa "gramática moral" seria a responsável por dar uma resposta para a discussão acerca da hierarquia de valores: quando em conflito, qual dimensão tem maior valor: a vida ou a liberdade? O direito coletivo à vida pode/deve limitar o direito às liberdades individuais? Como as concepções de Estado ou governo em seus arranjos sociopolíticos econômicos modificam essa hierarquia? A gramática moral sugere a hierarquia de valores, com a maior ou menor valoração de um atributo ou componente social em relação aos outros, no caso, (minha) liberdade *versus* vida (do outro).



Vimos, então, surgir o populismo de ultradireita e movimentos antissistema como o *Alt-Right* (*alternative right*), que ajudaram a provocar uma mudança da gramática moral, que teria levado a naturalização de ideias como as relacionadas ao darwinismo social e a de que a liberdade e bens materiais teriam mais valor que a própria vida. Casara (2017) chamou esse momento de Estado Pós-Democrático: forma jurídica que resulta da racionalidade neoliberal onde o mercado, a circulação do dinheiro e dos bens ganham mais relevância que os direitos fundamentais, os quais passam a representar um obstáculo à mercantilização acentuada e passam a ser tratados como mercadoria.

Seguindo a teoria de Foucault (1997), como o Estado deveria servir para cuidar das pessoas e não para matar seus cidadãos, adotar tal política significa demonstrar que o Estado falhou em sua função. Quando as curvas de mortes disparam enquanto o Estado dá declarações de que não é preciso fazer testagens ou quando o Presidente da República diz "morreram sim, e daí?", a política da morte materializa-se e escancara-se a ineficácia do Estado em garantir os direitos à saúde, à vida, em promover justiça, em ser um Estado que protege seus cidadãos e que não os coloca em risco.

Mais do que a preocupação com o tempo presente, qual será o futuro do Brasil pós-pandemia? Será possível retomar os valores que levaram à elaboração da Constituição Cidadã dentro da lógica neoliberal que se roborou? Ou iremos sucumbir definitivamente a reorientação conservadora na gramática moral, que valoriza mais a economia do que a vida (dos comuns)? Afinal o que é e para que serve o Estado? Para quem serve o Estado? Ou melhor: Estado mínimo para quem?

## 7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. "**Não há motivo para temor**", diz Moro sobre novo coronavírus em prisões: Ministro diz que ainda não há registros da infecção entre detentos. 31/03/2020. Disponível em: <https://cutt.ly/IbIsEZA>. Acesso em: 20 ago. 2020.

ARAUJO, L. G. L.; EICHLER, M. L. O descaso epistêmico diante da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Thema**, v.21, n.1, p.174-189, 2022.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA [AMIB]. **UTIs brasileiras**: Registro Nacional de Terapia Intensiva. Disponível em: [www.utisbrasileiras.com.br](http://www.utisbrasileiras.com.br). Acesso em: 21 mai. 2021.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BENTO, L. V. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole, 2003.

BOLSONARO, J. **Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão**. Portal Planalto. Brasília, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-em-cadeia-de-radio-e-televisao-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro>. Acesso em: 20 ago. 2020.



- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 ago. 2020.
- BRASIL. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, Ministério da Saúde, v.48, n.4, p.1-35, 2017.
- BRASIL. **COVID-19**: Painel Coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- CALIL, G. Brasil: o negacionismo da pandemia como estratégia de fascistização. **Materialismo Storico**, v.IX, n.2, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/fbXJNcE>. Acesso em: 20 abr 2021.
- CANDIDO, D. *et al.* Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**, v.369, n.6508, p.1255-1260, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/HbXKshb>. Acesso em: 30 set. 2020.
- CASARA, R. **Estado pós-democrático**: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.
- CASSAM, Q. Descaso epistêmico. **Crítica**. Tradução de Desidério Murcho, 2018.
- CODEPLAN-DF. **Boletim COVID-19 n° 10, 23 de junho de 2020**. Disponível em: <https://cutt.ly/BbIsUnV>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- CODEPLAN-DF. **Portal de Informações Estatísticas do DF**. Disponível em: <http://infodf.codeplan.df.gov.br>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- CORREIO BRAZILIENSE. **Covid-19**: protocolo limita acesso de idosos à UTI do Hran. 20/05/2020. Disponível em: <https://cutt.ly/1bIsOZd>. Acesso em: 20 ago. 2020.
- COSTA, F. L. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, v.42, n.5, p.829-874, 2008.
- COSTA E SILVA, C. M. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2539-2550, 2010.
- CUNHA, J. R. A. O princípio da proibição do retrocesso social como norte para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 2011. **Anais...** 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/CbIsDNz>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- ÉPOCA. **Isolamento é coisa de comunista**: os zaps bolsonaristas durante a pandemia. 03/04/2020a. Disponível em: <https://tinyurl.com/99y65bwm>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- ÉPOCA. **Dados do Sus revelam vítima-padrão de Covid-19 no Brasil**: homem, pobre e negro. 03/07/2020b. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrão-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>. Acesso em: 3 jul. 2020.
- ESTADO DE MINAS. **Mandetta usa escravidão para explicar críticas ao isolamento**: 'Só quem está gritando é a Casa Grande'. 21/04/2020.



FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.22, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/tbIsJII>. Acesso em: 10 mai. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Gaal, 1997.

G1. **'Vamos tratar como uma gripe', diz Ibaneis sobre Covid-19 no DF**. 30/06/2020. Disponível em: <https://glo.bo/33cTmPb>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GAIA, R. S. P. Subcidadania, raça e isolamento social nas periferias brasileiras: reflexões em tempos de COVID-19. **Revista Thema**, v.18, p.92-110, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/hbXZpRF>. Acesso em: 20 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/39Ma212>. Acesso em: 22 jul. 2020.

INESC; NOSSA BRASÍLIA; OXFAM BRASIL. **Mapa das Desigualdades 2019**. Disponível em: <https://cutt.ly/jbIsZZH>. Acesso em: 20 ago. 2020.

INLOCO. **Controle à COVID-19 respeitando a privacidade individual**. Disponível em: <https://www.inloco.com.br/covid-19>. Acesso em: 20 jul. 2020.

JORNAL DE BRASÍLIA. CIDADES. **"Parece que querem enganar o governo", diz Ibaneis sobre a Fecomércio**. 16/06/2020. Disponível em: <https://bit.ly/2D7Odgz>. Acesso em: 15 jul. 2020

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n.32, p.123-151, 2016.

MERQUIOR, J. G. O Argumento Liberal. **Revista Tempo Brasileiro**, n.65/66, p.17-24, 1981.

MERQUIOR, J. G. **O Liberalismo**: Antigo e Moderno. São Paulo: É Realizações, 2014.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **ENSAIO Saúde debate**, v.43, 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS [MPDFT]. Força-Tarefa para Acompanhamento às Ações de Combate e Prevenção do Novo Coronavírus (COVID-19) no Distrito Federal. **RECOMENDAÇÃO Nº 17/2020**. Disponível em: <https://cutt.ly/QbXZ6PV>. Acesso em: 20 ago. 2020a.

MPDFT. **Requerimento**. 28/06/2020. PJe nº 0703196-13.2020.8.07.0018. Disponível em: <https://cutt.ly/QbXZ6PV>. Acesso em: 20 ago. 2020b.

MONITOR DO DEBATE POLÍTICO NO MEIO DIGITAL. **Nota Técnica #09: Eleitores e apoiadores de Bolsonaro respeitam menos a quarentena**. 6.5.2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/58w6uakr>. Acesso em: 20 ago. 2020.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Conferência de imprensa diária do programa de emergências de saúde da OMS**. 11/05/2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 30 ago. 2020.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SANTIAGO, M. F.; SANTOS, R. A Construção à Iminente Desconstrução do Estado de Bem-Estar Social. Uma Análise da Realidade Constitucional Brasileira Nascida em 1988. **Revista Paradigma**, v.26, n.2, p.115-136, 2017.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v.16, n.2, p.233-240, 2013.

SARMENTO, D. Interesses públicos vs. Interesses privados na perspectiva da teoria e da filosofia constitucional. In: SAMPAIO, José Adércio Leite. **Constituição e crise política**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL [SES-DF]. **Informativos Epidemiológicos – Gripe**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/gripe>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SES-DF. **Painel COVID-19 no DF**. Disponível em: <https://covid19.ssp.df.gov.br>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO DF [SSP-DF]. **Balço sobre a Covid-19 no sistema penitenciário de 22/04/2020**. Disponível em: <https://cutt.ly/MbIs0tL>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO DF [SINDIMÉDICO-DF]. **Governo do Distrito Federal muda método de divulgação das mortes por covid-19 e causa preocupação nos especialistas em saúde**. 25/08/2020. Disponível em: <https://cutt.ly/LbIs21L>. Acesso em: 10 mai. 2021.

STRECK, L. L. A permanência do caráter compromissório (e dirigente) da constituição brasileira e o papel da jurisdição constitucional: uma abordagem à luz da hermenêutica filosófica. **Revista do Instituto de Pesquisa e Estudos**, n.39, p.75-119, 2004.

SUPIOT, A. **Homo Juridicus**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

THÉRET, B. O neoliberalismo como retórica econômica e modo de ação política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, a.IX, n.24, p.49-65, 1994.

UOL. **Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon**. 19/03/2020a. Disponível em <https://bit.ly/3jX6YnC>. Acesso em: 30 jun. 2020.

UOL. **Barroso: retomar economia agora é achar que pobre não tem de viver**. 06/04/2020b. Disponível em: <https://bit.ly/3hZ29bL>. Acesso em: 3 jul. 2020.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção a saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VITA, Á. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.14, n.39, p.41-59, 1999. Disponível em: <https://cutt.ly/fbXXBzd>. Acesso em: 10 ago. 2020.



XAVIER *et al.* Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: A population-based study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v.00, 2022.

WIERSINGA *et al.* Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. **JAMA**, v.8, n.324, p.782-793, 2020.

Submetido em: **21/05/2021**

Aceito em: **14/06/2022**