

SAÚDE DAS MULHERES E POLÍTICAS NO CONTEXTO DA COVID-19: A INFORMAÇÃO DIGITAL ENTRE ZOE E LETHE

WOMEN'S HEALTH AND POLICIES IN THE CONTEXT OF COVID-19: DIGITAL INFORMATION BETWEEN ZOE AND LETHE

Patrícia Estela Giovannini¹

<http://orcid.org/0000-0002-7489-3257>

Pablo Diego Santos Avelino²

<http://orcid.org/0000-0001-8759-1541>

Carlos Botazzo³

<http://orcid.org/0000-0002-8646-1769>

RESUMO

O presente estudo tenciona evidenciar as tendências e a visão da mídia informativa digital sobre a saúde das mulheres no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil, considerando as políticas públicas e o panorama de saúde. As questões norteadoras foram: 1) qual a visão sobre a saúde das mulheres proporcionada pelas matérias noticiosas veiculadas por meio da internet, no contexto da pandemia de covid-19?; 2) a informação corrobora a agenda de saúde das mulheres nesse contexto? A fim de responder a essas questões, no quesito metodológico, foram empregadas a hermenêutica, complementada pelo uso do *software* livre Iramuteq, quando da análise de 55 manchetes e *leads* de matérias noticiosas captadas pela internet, considerando o panorama das políticas públicas e o quadro de saúde vigentes, com base em pesquisa documental. As bases referenciais foram de Agamben (2010), Butler (2015), Foucault (2008), Mbembe (2018) e seus comentadores. O conteúdo das matérias atendeu parcialmente à agenda de saúde das mulheres no contexto da

¹ Docente do Departamento de Ciências Biomédicas da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Bióloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP) e aluna especial pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: patriciagiovannini@uern.br

² Cientista Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: pabloavelino@ufrn.edu.br

³ Professor Associado Sênior. Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. E-mail: botazzo@usp.br

pandemia de covid-19. Por sua vez, a visão proporcionada pelas matérias sugere a persistência de um discurso secular estereotipado sobre a saúde da mulher. Assim, perante um problema emergente para as Ciências Sociais, a Saúde e a Comunicação envolvendo o grupo vulnerável de maior expressividade quantitativa da população brasileira, faz-se necessário o direcionamento da pesquisa sobre esse escopo ainda pouco explorado, com vista ao desenvolvimento de abordagem interdisciplinar, focalizando a redução de riscos e danos, bem como a ampliação da promoção e proteção à saúde.

Palavras-chave: problemas sociais; covid-19; saúde das mulheres; informação e comunicação em saúde.

ABSTRACT

The present study aims to highlight the trends and vision of digital information media on women's health in the context of the Covid-19 pandemic in Brazil, considering public policies and the health panorama. The guiding questions were: 1) What is the view on women's health provided by news articles broadcast over the internet, in the context of the Covid-19 pandemic? 2) Does the information support the women's health agenda in this context? In order to answer these questions, in the methodological aspect, hermeneutics were employed, complemented by the use of the free software Iramuteq, when analyzing 55 headlines and leads of news articles captured via the internet, considering the panorama of public policies and the framework current health standards, based on documentary research. The referential bases were Agamben (2010), Butler (2015), Foucault (2008), Mbembe (2018) and their commentators. The content of the articles partially met the women's health agenda in the context of the Covid-19 pandemic. In turn, the vision provided by them suggests the persistence of a stereotypical secular discourse about women's health. Thus, faced with an emerging problem for Social Sciences, Health and Communication, involving the vulnerable group with the greatest quantitative expressiveness of the Brazilian population, it is necessary to direct research on this still little explored scope, with a view to developing an approach interdisciplinary, focusing on reducing risks and damages, as well as expanding health promotion and protection.

Keywords: Social Problems. COVID-19. Women's Health. Health Communication.

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, abordamos as tendências da mídia digital informativa e a visão sobre a saúde das mulheres no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil, considerando as políticas públicas vigentes e o panorama de saúde. A pandemia reconhecida no dia 11 de março

de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) teve impactos negativos de grandes proporções em todos os setores e dimensões da sociedade brasileira, com sérias consequências para a população, especialmente para os grupos vulneráveis.

Sobre um pano de fundo de desinformação, agravamento da crise sanitária proporcionado pela pressão sobre os serviços de saúde e a depleção das políticas públicas e dos recursos, a escalada do coronavírus evidenciou o grupo das mulheres como o de maior interesse, em face do aprofundamento das vulnerabilidades e do aumento dos riscos à saúde no grupo quantitativamente mais expressivo da população brasileira e que, desde o passado até os dias de hoje, tem sido sistematicamente submetido a mecanismos de controle reforçados pelas desigualdades. Por sua vez, a utilização massiva das tecnologias digitais, como um desdobramento das disposições sanitárias implementadas no intuito de diminuir a velocidade de transmissão viral (Brasil, 2020) descortinou um novo panorama do cotidiano da sociedade brasileira. Em contrapartida, a disseminação de notícias falsas, cujos efeitos nocivos na saúde e na política já eram notados antes da pandemia, tornou-se um aspecto tanto mais preocupante na vigência de um evento epidemiológico mundial como a covid-19.

Os perigos do coronavírus, a violência, os desdobramentos do distanciamento social no cotidiano das brasileiras realçam a relevância desse tema, ainda muito pouco explorado pela pesquisa, como um problema emergente no campo interseccional entre as Ciências Sociais, a Saúde e a Comunicação. Nesse sentido, amplia o escopo da Comunicação e Saúde, campo do conhecimento consolidado na década de 1980 e que tem como pressupostos fundamentais que

[...] o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde; a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base de sua reconfiguração (Araújo; Cardoso, 2007, p. 59-60).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi evidenciar as tendências e a visão da mídia informativa digital sobre a saúde das mulheres no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil, proporcionadas por matérias noticiosas sobre o tema, veiculadas pela internet por meio de jornais digitais e portais de notícias, considerando a agenda de saúde das mulheres, incorporada nas políticas vigentes, e a pauta que se coloca em face do quadro de saúde, nesse contexto, tecendo uma crítica com base nos referenciais de Agamben (2010), Butler (2015), Foucault (2008) e Mbembe (2018).

O processo de pesquisa foi balizado por três questões norteadoras: 1) qual a visão sobre a saúde das mulheres proporcionada pelas matérias noticiosas veiculadas pela internet?; 2) a informação veiculada pela internet corrobora as políticas de saúde para as mulheres e a situação configurada na pandemia?; 3) o que pode melhorar e o que pode ser feito? Para responder essas questões, foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e métodos mistos, incluindo revisão bibliográfica e pesquisa

documental na primeira etapa; construção de um *corpus* textual composto de manchetes e *leads* captados pela internet e análise com o auxílio do *software* livre *Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* (Iramuteq) (Ratinaud, 2008) na segunda etapa; e enfoque hermenêutico dos resultados, na terceira e última etapa, com base no referencial teórico previamente definido, conforme detalhamento descrito na próxima seção.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O roteiro composto de três etapas foi desenvolvido de acordo com o seguinte percurso:

2.1 SÍNTESE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DO PANORAMA DE SAÚDE DAS MULHERES, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

A síntese que proporcionou a base de análise dos resultados da pesquisa foi elaborada mediante revisão bibliográfica e pesquisa documental consultando portais institucionais digitais e a base bibliográfica digital SciELO. Aspectos históricos também foram contemplados com a finalidade de promover adequada contextualização.

2.2 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DE UM *CORPUS* TEXTUAL COMPOSTO DE MANCHETES E *LEADS* SOBRE O TEMA DA PESQUISA

O *corpus* foi construído a partir da busca, extração, triagem e seleção de manchetes e *leads* de matérias noticiosas veiculadas em *sites* e portais de acesso livre na internet. Conforme descrição de Travassos, Schmitt e Fialho (2005, p. 4), “[...] a manchete e o *lead*: expressam diretamente as macroproposições de nível mais alto do discurso noticioso. A manchete é a primeira categoria, a que abre o discurso. Ambas funcionam como um sumário e são as categorias mais óbvias do discurso da notícia”. Por sua vez, a análise de construções narrativas e discursivas utilizando manchetes de jornais é uma abordagem consolidada, que vem sendo aplicada na investigação em questões relevantes como a epidemia de AIDS (Soares, 1998) e feminicídio (Rosa; Flores, 2020) entre outras, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de comunicação, didáticas e pedagógicas.

A busca foi realizada com o auxílio da ferramenta Google Notícias, que dá acesso a matérias noticiosas veiculadas em sites, portais e blogs, organizadas em fluxo contínuo e que permite o ajuste de configurações para sistematizar conteúdos de maneira personalizada. Utilizando o termo “Saúde da Mulher” e correlatos, foram incluídos manchetes e *leads* de notícias veiculadas no Brasil, em português, em um período de 24 horas, compreendido entre os dias 2 e 3 de outubro de 2020. Foram excluídos aqueles duplicados, os que

apresentaram inconsistências ou erros de página, e os que não atenderam às questões norteadoras. Dessa forma, foram selecionadas 55 manchetes e os correspondentes *leads*, e excluídos quatro. Os textos foram tabulados no MS Excel e salvos em arquivo de texto para a organização do *corpus* compatível com a análise com auxílio do Iramuteq. Levando em conta as características de tamanho do *corpus* do texto construído neste estudo e a fácil interpretação dos resultados da análise, que é proporcionada pela visualização no formato de figuras, selecionamos para esta pesquisa a nuvem de palavras e a análise de similitude. Descrevendo as características do Iramuteq, Souza *et al.* (2018) destacam o vasto potencial de aplicações para as diversas áreas do conhecimento, com vantagens como versatilidade, economia e qualidade, e que, por tratar-se de um recurso relativamente recente no Brasil, disponível desde 2013, o *software* oferece amplo leque de possibilidades a ser explorado no processamento de dados. Entretanto, as autoras também consideraram que o Iramuteq é uma ferramenta de processamento de dados, não um método de pesquisa e, assim sendo, os seus resultados representam um ponto de partida, cabendo ao pesquisador, pautado no referencial teórico, interpretar os dados organizados nas unidades de contexto elementar (UCE) agrupadas nas classes identificadas com auxílio do *software*.

2.3 ENFOQUE HERMENÊUTICO

Nesta seção, foram considerados os resultados da pesquisa bibliográfica e documental cotejando-os com os resultados da análise do *corpus* texto, discutindo com os autores evocados no referencial teórico-metodológico.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E PANORAMA DE SAÚDE DAS MULHERES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

As mulheres são uma maioria de voz atenuada, sub-representada. O percentual de mulheres na população brasileira é de 51,8%, que equivale a um quantitativo superior a sete milhões em comparação ao número de homens (IBGE, 2020). A maior parcela do eleitorado também é formada por mulheres, representando 52,5% do total (Agência Senado, 2018). Todavia, a maioria dos cargos de chefia e liderança é ocupada por homens e, apesar da legislação de cotas de gênero na política, ainda estamos longe de alcançar a equiparação. Em 2017, as mulheres ocupavam 7,1% dos cargos ministeriais, 10,5% das cadeiras na câmara de deputados e 16,0% no senado, apenas, além de 39,1% dos cargos gerenciais, observando-se entre estes últimos, presença mais acentuada de mulheres brancas (39,7%) em relação às mulheres negras (32,7%) (IBGE, 2018). A baixa representação feminina na política institucional se traduz em investimentos tímidos e entraves no avanço das políticas públicas para as mulheres. No campo da saúde, somem-se os desafios postos no

cenário nacional e internacional em face da crise dos sistemas de saúde, que, em diferentes graus de intensidade, afeta países e populações no mundo todo, em decorrência “[...] da incongruência entre uma situação de saúde no século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX” (Mendes, 2010, p. 2.299). Essa defasagem é maior para as mulheres, levando em conta o atravessamento do modelo de atenção por resquícios do discurso científico intelectual sobre o corpo feminino, construído historicamente e que norteou o projeto tradicional focalizado no segmento materno-infantil.

De acordo com Martins (2004), o discurso formado entre finais do século XVIII e a metade do século XIX foi moldado sob as lentes masculinas, de cientistas, médicos, escritores, artistas plásticos e moralistas da época. Tal discurso normativo ampliou os mecanismos de controle sobre os corpos femininos e concebeu a mulher como uma criatura totalizante e fragmentada, esfacelada em personagens fictícias: a mulher frágil, a esposa devotada, a mãe perfeita, a “*femme fatale*”, a mulher diabólica, entre outros estereótipos, levando à desconsideração da pluralidade das mulheres, suas diversidades, realidades, subjetividades, reforçando a restrição do lugar da mulher ao espaço doméstico privado.

Essa configuração permaneceu praticamente inabalável durante longas décadas, apesar das transformações econômicas e sociais que ocorreram na transição para o mundo contemporâneo e que influenciaram o modo de andar a vida das mulheres. No espaço público, elas encontraram um ambiente inóspito, de trilhas estreitas e entornos áridos, onde penosamente alcançaram acesso aos caminhos. Com pouco poder de barganha, as mulheres acumularam tripla jornada. A grande maioria ocupou os postos menos relevantes e recebeu menores salários do que os homens pelo mesmo trabalho, continuando, no entanto, como trabalhadoras domésticas e cuidadoras não remuneradas. Se, de um lado, avanços acenavam aumento da expectativa de vida; de outro, o envelhecimento, o trabalho, a evolução da composição familiar, trouxeram novos desafios para a saúde, muitos deles, além do escopo materno-infantil.

A década de 1980 trouxe bons ventos e avanços no horizonte das políticas públicas de saúde para as mulheres, proporcionados por um movimento que surgiu em oficinas pedagógicas de unidades de saúde no Rio de Janeiro frequentadas por grupos de mulheres feministas e não feministas, trabalhadoras de saúde, intelectuais, e que se disseminou pelo Brasil, ampliando a roda com movimentos e coletivos, lado a lado com o movimento de reforma sanitária até chegar nas instituições, desaguando na construção de um novo projeto de atenção à saúde para as brasileiras (Silva, 2015). Criado em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1984) foi amadurecido nos anos seguintes, no compasso dos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e da criação do SUS, entrelaçada com a Constituição de 1988, culminando com a formulação e a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004).

A PNAISM propunha contemplar as questões da saúde das mulheres em todos os ciclos de vida, incorporando o enfoque de gênero com base nos princípios de humanização e qualidade do atendimento e na organização da rede de atenção integrada. Além

disso, define uma agenda pautada na situação epidemiológica brasileira, que inclui as infecções, a nutrição, a saúde reprodutiva e o planejamento para mulheres e homens em idade reprodutiva. Outrossim, aborda as doenças crônicas e a saúde mental, além do envelhecimento, das violências, e dos objetivos específicos atinentes à promoção da saúde dos grupos de mulheres, negras, indígenas, com deficiências, rurais, lésbicas e presidiárias, bem como as trabalhadoras do campo e da cidade, além das intersecções entre a saúde da mulher e a saúde ambiental.

Em contrapartida, em 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, cujos objetivos realçam o ciclo gravídico-puerperal, além da redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal e a organização da rede para garantir acesso, acolhimento e resolutividade (Brasil, 2011). Vista por perspectivas distintas, a medida suscitou intenso debate entre militantes do movimento feminista e representantes das instituições. Os argumentos das primeiras consideravam que o fim da PNAISM implicaria um possível retrocesso ao modelo de atenção tradicional e um risco de impasse em discussões em pauta de primeira grandeza, como o aborto inseguro; enquanto os segundos defendiam a implantação da Rede Cegonha, porque ela resolveria sérios problemas do segmento materno-infantil e facilitaria o cumprimento de compromissos nacionais e internacionais, reforçando as ações da PNAISM (Fiocruz, 2011).

Na atualidade, o Brasil conta com a PNAISM e com o Programa Rede Cegonha, além do Programa de Humanização do Parto (Brasil, 2002), que prevê a humanização no pré-natal e no nascimento, e a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, ação estratégica para a qualificação da rede multiprofissional e intersetorial de atenção às vítimas de violência sexual e assegurar o acesso ao atendimento especializado, humanizado e diferenciado (Brasil, 2012).

Um retrospecto da implementação das ações com base em estatísticas elaboradas pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde, respectivamente (Brasil, 2017, 2021), descortina um panorama nacional de avanços relativamente lentos e a persistência de assimetrias regionais e entre grupos populacionais. Dados sobre adequação do pré-natal e indicações de cesárea (Brasil, 2017) apontam que, em 2015, a parcela de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal adequado ou mais que adequado no Brasil foi de 70,2%, com valores maiores para as regiões Sul e Sudeste, entre gestantes brancas/amarelas, as de maior idade, com níveis de escolaridade mais elevados; menores para as regiões Norte e Nordeste; e inferiores a 50% nos estados do Acre, Amapá, Amazônia e Roraima. No tocante às cesáreas, após aumentos consecutivos no período entre 2000 e 2014, atingindo 57%, em 2015, o percentual caiu para 55,5%, ainda distante do limite de 25% estabelecido no Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, e do máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quanto à evolução da mortalidade materna, dados nacionais divulgados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2021, p. 13-22) indicam que, entre 2009 e 2019, a razão de mortalidade materna (RMM) caiu de 72,4 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos para 57,9 (20%). O decréscimo foi mais acentuado para as regiões Sul (37%),

Nordeste (23%) e Centro-Oeste (22%), menor no Sudeste (17%) e de apenas 2% na região Norte. Por sua vez, em 2019, as RMM mais elevadas concentraram-se nas regiões Norte (82,5), Nordeste (63,6) e Centro-Oeste (59), e as menores, nas regiões Sudeste (53,5) e Sul (38,3), permanecendo o mesmo ranking observado em 2009 para as cinco regiões. Essa tendência denota a região Sul como a mais próxima da meta dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), de até 2030, reduzir a RMM para 30 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a posição mais distante da meta estabelecida se mantém na região Norte. A maior proporção de mortes por causas maternas no Brasil, em 2019, ocorreu em mulheres pretas e pardas (66%), com 11 anos ou menos de escolaridade (75%), e em mulheres solteiras (50%). O grupo etário entre 10 e 19 anos representou 13% do total de óbitos maternos, nesse mesmo período; percentual que é considerado elevado e que espelha um problema multifacetado, imbricado de vulnerabilidades: a gravidez em meninas e adolescentes.

Em contrapartida, no Brasil e em todas as suas cinco regiões, em 2010 e 2019, as duas principais causas de óbitos em mulheres, independentemente da idade, foram as doenças do aparelho cardiovascular, e as neoplasias/tumores, enquanto no grupo etário de 10 a 29 anos, foram os acidentes de trânsito e as agressões (Brasil, 2021, p. 3-4).

A violência foi incorporada à agenda de prioridades de saúde pública pela 49ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS (WHO, 1996), que considerou o aumento da incidência de lesões intencionais, especialmente em mulheres e crianças, e reconheceu as consequências físicas, psicológicas e sociais da violência, em curto e longo prazo, para as pessoas, comunidades e países no mundo todo, recomendando aos países membros a otimização das estratégias preventivas e informacionais. Nessa direção, o Brasil promoveu adequações do marco legal, com destaque para a promulgação da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (Brasil, 2003), que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher; e, seguidamente, da Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006 (Brasil, 2006), que promoveu mudanças na legislação em favor de um maior rigor na punição das agressões contra a mulher, quando ocorridas no ambiente familiar e doméstico; e da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (Brasil, 2009), que trata sobre crimes hediondos e adicionou modificações que ampliaram a definição de estupro, além de incluir a definição de estupro de vulnerável e de estupro presumido de vulnerável; e, mais recentemente, a Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015 (Brasil, 2015), que incluiu o feminicídio como qualificadora do homicídio no Código Penal, e alterou a Lei nº 8.072/90, classificando o feminicídio como crime hediondo.

Todavia, a determinação da magnitude da violência contra a mulher é tarefa imbricada por múltiplos fatores – técnicos, estruturais, culturais, afetivos, subjetivos –, que tanto podem influenciar a autopercepção da violência e a busca por cuidado e proteção quanto o atendimento, partindo da identificação da vítima, seguindo para a implementação de procedimentos e do aborto nos casos previstos na legislação, medidas profiláticas, notificação e acompanhamento multiprofissional longitudinal e continuado. A “complexidade” faz com que a figura da ponta do iceberg se torne assaz recorrente para representar os casos

notificados, enquanto a massa oculta, bem pontuado por Garcia, Freitas e Höfelmann (2013, p. 392), “[...] esconde um mundo de violências não declaradas, especialmente a violência rotineira contra mulheres no espaço do lar”, uma das formas mais naturalizadas, invisibilizadas de violência. Nessa pesquisa, as autoras avaliaram o impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no país, de 2001 a 2011, apontando que a invisibilidade pode comprometer e até frustrar expectativas de instrumentos caríssimos à salvaguarda da vida. Em números, de um total de 54.107 óbitos de mulheres por agressões, a taxa de mortalidade corrigida foi de 5,28/100.000 mulheres para os cinco anos que precederam à lei, enquanto nos cinco anos seguintes, na vigência da legislação, a taxa de mortalidade corrigida foi de 5,22/100.000 mulheres, uma diferença não significativa comprovada com valor de $p=0,846$. Números que, em palavras, dizem sobre muitos anos de vida perdidos e sobre muitas vidas marcadas para morrer.

O desenvolvimento das políticas públicas cria tensões na arena do poder que acionam mecanismos e dispositivos com potencial para atravessar o processo e fragilizar as ações e é possível que isso tenha acontecido para as políticas de saúde para as mulheres. Nessa linha de raciocínio, Pires (2019) considera que a compreensão dos riscos de reprodução das desigualdades pode somar efetividade no processo de construção das políticas públicas, e aponta alternativas para remover entraves. De acordo com o autor:

[...] esse tipo de empreendimento pode ser facilitado pela articulação de dois campos de conhecimento. O primeiro envolvendo o desenvolvimento de uma perspectiva multidimensional e interseccional da desigualdade social e o segundo referente ao olhar detido aos processos e atores envolvidos na implementação de políticas públicas. Ambas as correntes têm observado amplo desenvolvimento no cenário global nos anos recentes, porém esforços de aproximação ainda têm sido escassos (Pires, 2019, p. 15).

Nessa esteira, a pandemia de covid-19 ingressou no Brasil por caminhos pavimentados por uma crise sanitária instalada e atalhos proporcionados por tensões e disputas de poder no debate entre abordagens baseadas em evidências e abordagens político-econômicas na gestão de um evento epidemiológico global. As orientações da OMS (2020), implementadas a duras penas, a liderança e as gestões frustrantes geraram demoras na resposta, no preparo da rede hospitalar e na disposição das ações de vigilância sanitária, como testagem e rastreamento do vírus. A abordagem social foi tardia e com inconsistências, sistemas fora do ar, longas filas pelo país em plena pandemia, recebimento indevido do auxílio emergencial para algumas pessoas e, entre os beneficiários, diversos problemas. Dessa forma, o objetivo das orientações, que era evitar que países com baixo número de casos evoluíssem para formação de *clusters* e transmissão comunitária, ficou cada vez mais distante, e dez meses após a primeira notificação de um caso confirmado de covid-19 no Brasil, no dia 26 de dezembro de 2020 o país contabilizava 7.465.806 casos confirmados e 190.795 óbitos por covid-19 (Brasil, 2020).

Na disputa pelo poder, o negacionismo entrou em cena apresentando o coronavírus como um vírus muito pouco conhecido e que possivelmente não conseguiria se disseminar

facilmente em países de clima cálido, como o Brasil. Diferentemente disso, os coronavírus são didaticamente descritos por Murray, Rosenthal e Pfaller (2016, p. 469-474) como um dos principais patógenos virais, compostos de material genético potencialmente instável e propenso a mutações, com temperatura de crescimento ótimo entre 33 e 35 °C. Em 2002, uma variante do coronavírus classificada no mais alto nível de risco biológico (N3) provocou um surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS), começando em Guandong, na China, e se disseminando pelo mundo. O SARS-CoV pode ter evoluído, rompendo barreiras de transmissão entre determinadas espécies de animais criados para o consumo alimentar e os seres humanos. Os mesmos autores chamam a atenção sobre a necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle dos coronavírus, frisando que, em um contexto sem as vacinas ou terapêutica específica, a epidemia de SARS-CoV teve enormes impactos sociais e econômicos.

A estratégia de enfrentamento do novo coronavírus adotada pelo Governo Federal determinava o isolamento social, a quarentena, a realização compulsória de exames médicos, de vacinação e outras medidas profiláticas, assim como exumação, necrópsia, cremação e manejo de cadáver, entre outras medidas, sob o amparo da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020). No entanto, as desigualdades colocaram barreiras à prevenção e ao cuidado. O lugar da pobreza usualmente é um ambiente de risco, degradado, insalubre, que pode dificultar e até impossibilitar a adesão ao isolamento. Além disso, condições de pobreza podem limitar e até impedir o desenvolvimento de atividades relacionadas a diversos cuidados.

Isso posto, em menos de um mês, o coronavírus migrou dos bairros de classe média, onde ocorreram os primeiros casos, avançando com facilidade sobre territórios periféricos e grupos vulneráveis. Um vírus, duas histórias contrastantes: a primeira é sobre o primeiro caso registrado no Brasil e na América Latina. Tratava-se de um homem de 61 anos, morador da cidade de São Paulo, que tinha retornado de viagem da Itália e não apresentava sintomas quando os testes moleculares realizados pelo Hospital Albert Einstein e o Instituto Adolfo Lutz confirmaram o diagnóstico laboratorial, em menos de 48 horas, no dia 26 de fevereiro de 2020, fato divulgado horas depois pelo então ministro da Saúde, Luiz H. Mandetta, em entrevista coletiva (Rodrigues, 2020). A segunda é sobre a morte de Rosana Aparecida Urbano, a primeira causada por covid-19 no país, que aconteceu no dia 11 de março desse mesmo ano, e que durante mais de três meses foi mascarada sob um manto de equívocos, desfeito a duras penas pela correção encaminhada pelo Ministério da Saúde, porque “até então acreditava-se que a primeira morte havia sido no dia 16 de março” (Verdêlio, 2020).

Rosana tinha 57 anos e, segundo depoimento da filha Thaís, deu entrada no dia 11 de março em um hospital municipal na Zona Leste de São Paulo, com diabetes, falecendo no dia seguinte (Vieira; Marques, 2020). Vários meses após o falecimento, a família da Dona Rosana foi surpreendida ao tomar conhecimento do resultado positivo do teste de covid-19, feito durante o internamento, apesar de que a causa de morte declarada no atestado de óbito era insuficiência respiratória e diabetes. Ainda de acordo com o relato dos familiares,

o diagnóstico tardio resultou em prejuízo incalculável para a família, pois além da perda da pessoa querida, eles acreditavam que a ausência do diagnóstico de covid-19, possivelmente tinha contribuído não apenas para o agravamento da condição da Dona Rosana e para o óbito, mas também para a transmissão do vírus para outros quatro membros da família, os quais conviviam com ela e que, posteriormente, também adoeceram e faleceram por causa da covid-19.

Dessa forma, a evolução da covid-19 no Brasil se deu *pari passu* com as desigualdades que atravessam nosso cotidiano e orientam nosso modo de viver, adoecer e morrer. Toda *vida* importa. As *vidas* dos cinco familiares de Thaís, perdidas para a pandemia em menos de dois meses, importam. Importa a *vida*. Em agosto de 2020, milhares de vozes se levantaram no Brasil pelo resgate do primordial que foi posto de lado. Entre tantas vozes, a de Thaís: “[...] *não são cem mil mortos, são irmãs, pais, tios, mães* [...] temos que agir, temos que falar, temos que gritar, fazer o que for possível [...]”.

Na linha do tempo da pandemia de covid-19, as vulnerabilidades entre as mulheres foram amplificadas de diversos modos em todas as dimensões – física, psicológica, social, econômica – e em todos os níveis (individual, familiar). As redes de apoio foram fragilizadas e as condições de vida e de trabalho pioraram; as oportunidades educacionais diminuíram, especialmente entre as que não tinham acesso a equipamentos digitais e conexão de internet de alta velocidade, em um contexto de educação por meios remotos. Com isso, a pauta da saúde das mulheres foi reforçada e incorporou novos itens.

O aprofundamento das vulnerabilidades entre as mulheres, a instabilidade e a incerteza crescentes evidenciaram a saúde mental como uma prioridade que atingiu posições ainda mais elevadas no período pandêmico, em comparação com o período anterior à entrada do coronavírus no Brasil. Somado a isso, a implementação das medidas sanitárias preventivas teve reflexos imediatos no cotidiano e nos hábitos e criou um viés no acesso aos serviços decorrente das restrições à circulação de pessoas em todos os níveis da atenção.

Entre os possíveis fatores de risco para o comprometimento psíquico durante o distanciamento social, Souza, Souza e Praciano (2020, p. 663) destacam características individuais, como “ser adulta jovem, residir em regiões com elevados índices de casos e mortalidade da COVID-19, possuir antecedentes de ansiedade e depressão, fazer uso de medicamentos, atividade física e lazer reduzidos ou ausentes e encontrar-se desempregadas”, além de fatores externos e internos, decorrentes da limitação do convívio social durante o distanciamento. Entre os primeiros, eles citam sentimentos de angústia e medo em relação à pandemia que, somados à ansiedade pela possibilidade de adquirir a infecção, podem contribuir para o surgimento de distúrbios psíquicos e para o agravamento de outros, previamente existentes, podendo levar ao desenvolvimento de transtornos mentais e, em alguns casos, ao suicídio. Entre os fatores externos, os autores chamam a atenção para o aumento da violência doméstica “[...] em decorrência da maior permanência do homem no lar, o que contribui para a significativa prevalência de quadros clínicos psíquicos nas mulheres durante esse período” (Souza; Souza; Praciano, 2020, p. 663).

Há consenso entre autores de diversas áreas do conhecimento de que a violência doméstica aumentou durante a pandemia. O problema é tanto mais preocupante devido ao silenciamento e à banalização que reveste muitos desses casos. Analisando essa tendência, Moreira *et al.* (2020) argumentam que a crise pandêmica colocou a casa sob holofotes, mostrando às claras que o espaço privado e a vida familiar são atravessados por relações de poder e por desigualdades que acionam dispositivos que asseguram um ambiente saudável para algumas mulheres, conduzindo outras a um lugar cercado de horrores. Nessa linha de pensamento, as autoras analisam que o trabalho reprodutivo e o ofício doméstico

[...] também aciona a figura da casa enquanto ambiente seguro e confortável para algumas, mediante a colocação de outras mulheres em risco [...] Inclusive, podemos conceber maternidades desigualmente seguras, na medida em que os atravessamentos de classe, raça e territorialidade criam contextos, ou mais protetivos, ou mais vulnerabilizantes (Moreira *et al.*, 2020, p. 5-6).

Sob essa ótica, podemos considerar que, para muitas mulheres, o isolamento antecedeu à pandemia, devido à violência, ao abuso, à exploração. Nesse contexto, o isolamento por prevenção ao coronavírus ocorreu para o homem, que passou a permanecer mais tempo em casa, e para vizinhos e familiares, antes do que para si, o que as tornou mais vulneráveis às agressões e possivelmente impedidas de pedir auxílio por quaisquer meios.

Nota técnica do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), emitida no mês de julho, descortina esse panorama, traçado com a redução dos índices de notificação de diversos tipos de violências contra as mulheres, mês a mês, durante a pandemia: lesão corporal dolosa decorrente de violência doméstica, estupro e estupro de vulnerável, feminicídio, observando-se a mesma tendência de retração para as medidas protetivas. Diferentemente disso, os homicídios dolosos com vítimas do sexo feminino “[...] aumentaram 7,1% no mês de maio, passando de 127 em 2019 para 136 em 2020. Os aumentos mais expressivos foram o do Ceará (208,3%), do Acre (100%) e do Rio Grande do Norte (75%)” (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020, p. 5).

Além dos atravessamentos de gênero, classe e raça, os impactos da pandemia também sinalizaram atravessamentos políticos, econômicos e desdobramentos bioéticos da maior relevância no cenário hospitalar, decorrentes da crise sanitária atrelada ao desmonte de políticas públicas estratégicas como o SUS. No Brasil, as mulheres compõem 79% da força de trabalho na área de saúde, bem como proveem 85% dos serviços de enfermagem, conforme dados de uma pesquisa realizada por Hernandez e Vieira (2020). Em contrapartida, a feminização do trabalho em saúde anda de mãos dadas com a precarização do trabalho e a desvalorização das trabalhadoras, porque, como explicam essas autoras, além da disparidade remuneratória, em comparação aos seus colegas homens, as mulheres também se tornam mais suscetíveis a diversos riscos ocupacionais, biológicos, físicos, psíquicos, como um desdobramento do quantitativo maior e de dinâmicas de gênero e familiares. No contexto pandêmico, trabalhadoras de saúde que são mães e

chefes de família passaram a despender muito mais tempo do que o habitual, com o trabalho e também com as tarefas domésticas. O necessário fechamento de creches e escolas e o distanciamento social, especialmente recomendado para as pessoas de grupos de risco, reduziram as redes de apoio, ao passo que a demanda relacionada ao cuidado dos filhos e da casa aumentou, o que, por sua vez, sinaliza risco aumentado para “Burnout”, síndrome caracterizada pelo esgotamento. Em contrapartida, as que mantiveram o distanciamento, por opção ou necessidade, para reduzir o risco de disseminação viral, vivenciaram um déficit relacional e na vida pessoal e profissional ao subtrair o convívio de familiares e amigos, alterar profundamente a rotina e suspender projetos. Somado a isso, sob forte estresse e alta contínua do número de casos graves pressionando os sistemas de saúde ao colapso, observou-se uma tendência crescente de estigmatização, assédio e violência contra as trabalhadoras de saúde.

O risco de contaminação no atendimento de covid-19 pode ser maior para as trabalhadoras da saúde do que para os seus colegas homens, como sugerem os dados de um alerta emitido pela Organização Panamericana de Saúde (Opas)/OMS (2020). No Brasil, conforme a nota, entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 e 34 de 2020, foram notificados 1.738 casos de infecção respiratória aguda grave (IRAG) em profissionais de saúde, os quais foram hospitalizados. Do total de casos, 1.093 (63%) foram confirmados com covid-19, e 395 (23%) permaneciam sob investigação. Por sua vez, do total dos casos de IRAG em profissionais de saúde que foram hospitalizados, 62% eram mulheres, e as maiores porcentagens desses casos foram observadas em técnicas e auxiliares de enfermagem (33%), médicas (20%) e enfermeiras (20%). Dos 1.738 casos de IRAG hospitalizados notificados em profissionais de saúde até a SE 34 de 2020, 289 (17%) faleceram, a maioria por covid-19 (83%). Já entre os/as profissionais de saúde que morreram de IRAG, 50% eram mulheres, e o maior número de óbitos ocorreu em técnicos(as) e auxiliares de enfermagem (94 óbitos), médicos(as) (52 óbitos) e enfermeiros(as) (41 óbitos) (OMS, 2020, p. 3-4).

A presença mais expressiva das mulheres na área da saúde também permite pressupor que, em comparação aos seus colegas homens, elas podem ser mais afetadas por experiências traumáticas vivenciadas na tomada de decisões difíceis, em uma situação de colapso da rede hospitalar, em que a alta sustentada do número de casos graves de covid-19 e a exaustão de recursos e equipamentos podem colocar um dos maiores desafios éticos e psicológicos para as profissionais no atendimento aos casos mais graves de coronavírus: o de escolher quem poderá sobreviver e quem poderá morrer. A respeito desse viés perturbador, Torres, Félix e Oliveira (2020) consideram que a situação de calamidade evidenciada com a pandemia levou os recursos a um patamar discrepante das necessidades de saúde da população, que vai de encontro aos princípios caros aos SUS, inscritos na Constituição brasileira, de universalidade, equidade e integralidade. Ademais, Torres, Félix e Oliveira (2020) destacam que, em um cenário de rápida progressão da covid-19, as diretrizes para nortear decisões difíceis como essa eram incipientes, havendo incerteza e angústia em face da possibilidade tanto de esgotamento de recursos vitais quanto, subseqüentemente, de dirimir a alocação. Isso pode aflorar sentimentos de medo, insegurança e trazer

consequências psicológicas, em curto e longo prazo, decorrentes de experiências extremamente desafiadoras, especialmente para um quantitativo de profissionais com menor tempo de prática em contextos emergenciais como o que ficou configurado.

O trabalho e as condições econômicas constituem determinantes de saúde com influência no processo saúde-doença, em inter-relação com as condições de moradia e o acesso a serviços. Nessa esteira, a evolução do mercado de trabalho acompanhou a tendência mórbida da pandemia e precocemente mostrou sinais de uma desumanização diferenciada que se abateu sobre os mais vulneráveis. Segundo Barbosa, Costa e Hecksher (2020), a deterioração provocada pelos efeitos imediatos da crise foi maior, em primeiro lugar, para as mulheres, e em segundo, para os mais jovens, assim como entre pretos, pardos e trabalhadores com menor escolaridade.

Ainda sobre o mês de março de 2020, esses mesmos autores analisaram que os trabalhadores do setor informal e os que não tinham possibilidades de realizar seu trabalho por meios remotos eram os que apresentavam maior risco de perder a ocupação. Essa tendência foi confirmada por dados apurados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020) para o terceiro trimestre do ano, apontando um índice de desocupação de 12,8% para os homens, e de 16,8% para as mulheres. O maior índice do período foi verificado para o estado da Bahia (20,7%) e o menor para o de Santa Catarina (6,6%). Na mesma direção, uma matéria veiculada pela Central Única dos Trabalhadores (Aragão, 2020) acena para um panorama nebuloso, plasmado em índices de demissão crescentes entre as mulheres, principalmente as que têm filhos, além de redução de renda, demissões intempestivas, especialmente dispensa de trabalhadoras autônomas desamparadas, sem renda nem direitos, além da frustração e a angústia entre as que foram impelidas a abandonar os postos de trabalho para cuidar dos filhos ou de familiares com comorbidades diante da ausência de políticas públicas para a salvaguarda da vida e da saúde nos grupos vulneráveis em uma situação de emergência em saúde pública de importância internacional.

Já mulheres que trabalham por meios remotos, em um cenário de crise, como o que ficou caracterizado, têm sido consideradas “privilegiadas”. Elas vivenciam um cotidiano de desafios, começando pela adaptação às novas tecnologias e ao “novo” espaço, que trouxe uma dimensão do espaço público para dentro de casa em decorrência da situação epidemiológica e dos avanços tecnológicos. As professoras compõem um grupo expressivo nesse contexto que, da noite para o dia, foram desafiadas a incorporar novas competências e habilidades de ensinagem apoiadas em tecnologias digitais, além da adequação didática e da avaliação, de materiais e instrumentos.

Tudo isso implica dedicação e uma rotina de uso intensivo dos dispositivos, que pode favorecer o aparecimento de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). A transição rápida para o formato não presencial, a angústia motivada por uma situação desconhecida que representava uma quebra de paradigmas, longas horas diante do computador, reduzindo a atividade física e o lazer e aumentando o sedentarismo, tudo isso pode levar ao estresse, à insônia, à ansiedade, à depressão, contribuir para a obesidade e interferir na saúde visual e circulatória.

Importante parcela de trabalhadoras do setor público e privado também fazem parte desse grupo de mulheres, que atualmente se submete ao *continuum* de trabalho – o doméstico invisibilizado e o remunerado –, posto pelo surgimento de um viés no tecido social propiciado pelas novas tecnologias. Faz-se necessário acompanhar a evolução dessa tendência e avaliar os impactos do “novo normal” na saúde das trabalhadoras e no quadro epidemiológico, no Brasil e no mundo.

Por sua vez, as trabalhadoras que atuam nos serviços essenciais ou no mercado informal e continuaram realizando seu trabalho presencialmente acrescentaram à rotina do cotidiano de trabalho os cuidados redobrados para evitar o contato com o vírus, que não afasta o receio pela possibilidade de contrair a infecção. Apesar de ser precarizado, o trabalho das mulheres é a força motriz da sociedade. Na pandemia, não foi diferente, porque as mulheres continuaram realizando o trabalho produtivo e reprodutivo, que gera sobrecarga para si e riqueza para a sociedade, pois, como afirma Aragão (2020), “o trabalho de reprodução humana e de manutenção da vida é responsável por 10% do PIB [...]”. Em contrapartida, durante a pandemia, as mulheres vivenciaram o aumento das vulnerabilidades e da carga de trabalho que trazem riscos à saúde, sendo assim “[...] penalizadas pelo capital e pela sociedade, a medida em que são as primeiras a perder o emprego e estão nos trabalhos mais mal remunerados e precários” (Aragão, 2020).

4 ANÁLISE DO CORPUS TEXTUAL

A análise com auxílio do Iramuteq, representada na Figura 1 e na Figura 2, evidenciou que a informação contida no *corpus* textual atendeu parcialmente à agenda de saúde das mulheres, o mesmo procedimento foi verificado em relação ao quadro de saúde. No tocante à visão analisada, os achados são sugestivos de óticas focalizadas e da persistência do discurso histórico. Essa ideia parece ser reforçada pelo termo “Mulher”, em destaque e no singular, acompanhado dos termos “vítima” e “funcionária”, reproduzindo o discurso do totalizante e fragmentário.

Considerando o material processado pelo Iramuteq, temos como primeira consideração os destaques do termo “mulher” seguido de “homem”, “polícia”, “vítima”, “morrer”, “violência”, “saúde”, “casa” e “sexo”. Portanto, no concernente ao que é veiculado na mídia, a agenda da saúde das mulheres, conforme pesquisado, foi apresentada de forma parcial. Por exemplo, em plena pandemia, termos relacionados à questão tiveram baixa ocorrência e apenas o termo “covid” emergiu em menor escala, sendo este definidor da doença e não de aspectos da promoção da saúde. Ademais, em nossa análise, ele apareceu associado à morte, unicamente. Salientamos que outras questões foram obliteradas, visto que questões como saúde das trabalhadoras, adolescência e envelhecimento são exemplos dessa situação, pois fazem parte do escopo temático, porém, não apareceram.

Esses achados evidenciam uma visão midiática, que vai de encontro ao princípio da informação como determinante social de saúde. Em contrapartida, é importante salientar a crescente mobilização observada, entre os(as) profissionais de comunicação, em especial, entre os(as) jornalistas de Saúde, no sentido da implementação de práticas humanizadas, em convergência com os princípios do SUS, sendo reconhecidos os aportes teóricos e a práxis do movimento Comunicação e Saúde, nesse campo (Araújo; Cardoso, 2007).

5 ENFOQUE HERMENÊUTICO E SOCIOLOGIA

Aprofundando a compreensão dos achados, a fim de entender a dinâmica e o cerne dos fenômenos, convocamos Foucault e suas noções de biopoder e biopolítica; Butler e os enquadramentos; Mbembe e as categorias de necropoder e de necropolítica; bem como Agamben com o *homo sacer*, *zoé* e *lethe*.

Michel Foucault (1926-1984), entre outras temáticas, abordou em suas obras as questões relacionadas ao poder. Nesse sentido, faz-se mister entender que compreensão o referido autor tinha sobre tal conceito, assim

[...] o poder encontra-se sempre associado a alguma forma de saber. Exercer o poder torna-se possível mediante conhecimentos que lhe servem de instrumento e justificação. Em nome da verdade legitimam-se e viabilizam-se práticas autoritárias de segregação, monitoramento, gestão dos corpos e do desejo. Inversamente, é no centro de aparatos sofisticados de poder que sujeitos podem ser observados, esquadrihados, de maneira que deles sejam extraídos saberes produtores de subjetividade (Furtado; Camilo, 2016, p. 35).

Partindo da ideia supracitada, podemos afirmar que essa noção de poder envolve aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, uma vez que seu alcance atinge os pontos centrais da sociedade. Isso posto, vejamos o que o próprio Foucault entendia por biopoder:

[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana (Foucault, 2008, p. 3).

De acordo com Furtado e Camilo (2016, p. 35), Foucault lança mão do conceito de biopoder como instrumento de entendimento das “práticas, surgidas no ocidente moderno, voltadas à gestão e regulação dos processos vitais humanos”. O poder sobre a vida instala-se como modo de administrar populações, levando em conta sua realidade biológica fundamental.

A conceituação dada por Foucault abre espaço para as contribuições de Butler, enviesadas pela obra *Quadros de guerra*, sobretudo no concernente aos enquadramentos. O referido conceito passou a ser empregado na contemporaneidade em razão de sua relevância perante os conflitos sociais. Assim, “Butler tem evidenciado que o estatuto ontológico de uma vida, seu grau de inteligibilidade, não é dado aprioristicamente, mas produzido no interior de relações de poder, práticas discursivas, normas, organizações sociais e políticas” (Silva, 2017, p. 299).

Conforme Butler (2015, p. 47-48), sua obra *Quadros de guerra* trata dos

[...] enquadramentos da guerra, isto é, as diferentes maneiras de esculpir seletivamente a experiência, como algo essencial à condução da guerra. Esses enquadramentos não apenas refletem as condições materiais da guerra, como são também essenciais para o *atimus* perpetuamente produzido dessa realidade material. Há diversos enquadramentos em questão aqui: o enquadramento da fotografia, o enquadramento da decisão de ir para a guerra, o enquadramento das questões da imigração como uma “guerra dentro de casa” e o enquadramento da política sexual e feminista a serviço do esforço de guerra. Eu argumento que, assim como a guerra é enquadrada de determinadas maneiras a fim de controlar e potencializar a comoção em relação à condição diferenciada de uma vida passível de luto, a guerra também enquadra formas de pensar o multiculturalismo e certos debates sobre a liberdade sexual, temas considerados, em grande medida, separadamente das “relações exteriores”.

Embora a tanatopolítica seja uma demonstração da relação entre poder e morte, mais especificamente, o cálculo do poder sobre a morte, Mbembe (2018), ao cunhar o termo necropolítica, extrapola essa discussão, uma vez que insere no centro das reflexões sociopolíticas modos e formas pelos quais o poder político se apropria da morte como objeto de gestão. Em outras palavras, o poder – além de exercer apropriação sobre a vida, sobretudo no tocante ao controle desta – é responsável pela decisão de quem deve morrer e de que forma isso deve acontecer. Nesse sentido, se entendido como conceito político, o necropoder fornece subsídios para compreensão da realidade contemporânea no tocante às relações entre poder, sociedade e economia. Nas palavras de Mbembe (2018, p. 5), temos necropolítica como “o poder e a capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer”.

Por ter essa visão do poder, Mbembe e Foucault se aproximam, pois o biopoder e o necropoder mostram as vertentes políticas que definem aqueles que têm direito à vida e aos que não têm. Todavia, ao adicionar Butler nessa discussão, atingimos outro patamar, visto que seu conceito de enquadramento nos auxilia a alargar essas questões sociopolíticas, principalmente as hodiernas. A título de exemplo, no contexto Brasil, há os conflitos relacionados à exploração ilegal de recursos naturais em terras indígenas e que se alastram ao longo de décadas, e os altíssimos números de mortes violentas de jovens negros e negras,

ano após ano. São exemplos como esses que reforçam a importância de refletir sobre a biopolítica e a necropolítica, sempre considerando o enquadramento postulado por Butler.

Ampliando a discussão, emerge Agamben (2010) e suas reflexões acerca da distinção entre o cidadão e o homem, pois, no contexto da biopolítica, esses entes são distintos no que diz respeito à reclamação e ao atendimento de seus direitos. Para o referido autor

Fascismo e nazismo são, antes de tudo, uma redefinição das relações entre o homem e o cidadão e, por mais que isto possa parecer paradoxal, eles se tornam plenamente inteligíveis somente se situados sobre o pano de fundo biopolítico inaugurado pela soberania nacional e pelas declarações dos direitos (Agamben, 2010, p. 126-127).

Complementando essa consideração, Souza (2017, p. 73-74) argumenta que

O fato de ser homem não significa ser portador de direitos, significa apenas ser portador da vida nua, uma vida abandonada, despida de sua personalidade jurídica e exposta à violência e à morte. Nesse sentido, os homens, em oposição aos cidadãos, são os que habitam as prisões, os campos de refugiados, os moradores das favelas, todos aqueles que possuem sua condição de vivente diminuída, são expressões da vida nua, dessa vida que pode ser retirada sem que se cometa homicídio. A era moderna nos revelou que o homo sacer ainda continua existindo mesmo após vários séculos de sua aparição, e além disso, a sua vida nua corresponde ao objeto a ser gerenciado pelos governos ditos democráticos de direito.

A partir dessas reflexões, portanto, temos não apenas a transição de uma *zoé* para a *politikôn zôon*, pelo contrário, encontramos no *lethe* os argumentos para discutir a questão do apagamento. Em outras palavras, baseados nos estudos de Agamben, há uma complexa disputa entre os elementos supracitados, pois essa contenda é elemento primordial no debate sobre o biopoder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar questões relacionadas à informação sobre a saúde das mulheres veiculada na internet em tempos de covid-19, os resultados do presente estudo sinalizaram uma tendência de parcialidade com relação à agenda de saúde, proporcionada pela focalização das matérias noticiosas sobre pouquíssimos temas, especialmente a violência letal, enquanto outros destacados pelas políticas públicas e o quadro de saúde vigentes, como a saúde mental, a saúde das trabalhadoras, das adolescentes e das populações vulneráveis estiveram ausentes ou foram fracamente notados. Entre estes últimos estão os da covid-19, relativamente pouco destacados e que foram abordados na perspectiva do seu pior desfecho, a morte, omitindo os aspectos preventivos que são cruciais, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, que também são os que possuem menores níveis de escolaridade e menor acesso à informação científica.

Por sua vez, a análise do material processado sugere a persistência do discurso histórico construído desde o século XVIII que, ao desconsiderar a pluralidade das mulheres, também ignora a diversidade das suas realidades de vida e de saúde, acionando um mecanismo normalizador mediante a redução a uma figura única e, ao mesmo tempo, fragmentária, a mulher, esfacelada em estereótipos como os que foram encontrados neste estudo: a vítima, a mulher demônio, a funcionária. Esses sujeitos estão cercados por figuras masculinas detentoras de poder e controle: o agressor, o policial, o ex.

Também foi mostrado que a pandemia de covid-19 descortinou um panorama de problemas sociais e de saúde em face da crise econômica e sanitária, colocando importantes desafios no campo interseccional entre as Ciências Sociais, a Saúde e a Comunicação. O surgimento de dilemas bioéticos em um cenário de recursos vitais limitados; a interiorização das dimensões do trabalho, da comunicação, da saúde, no espaço doméstico proporcionada pelo aumento da utilização das tecnologias digitais; a demanda crescente de informações na população com vista ao esclarecimento para a proteção da saúde foram algumas questões cruciais verificadas nesta pesquisa. O “novo normal” traz consigo um aceno para o desenvolvimento de estratégias interdisciplinares entre a Ciências Sociais, a Saúde e a Comunicação a fim de promover ações nessa configuração, como a construção de abordagens de comunicação e saúde que contribuam para a redução de riscos e prejuízos e que reforcem a promoção e a proteção à saúde, que são prementes, levando em conta, principalmente, as vulnerabilidades.

Limitações relacionadas ao tempo para a produção da pesquisa – que foi relativamente curto e que refletiu na janela temporal de coleta dos dados, de espaço, que traz o comprometimento com as prioridades sinalizadas no processo de pesquisa e que pode restringir o aprofundamento de tópicos tratados – e os limites atinentes às pesquisas qualitativas representam desafios que emergiram no decorrer do estudo. Entretanto, a utilização de métodos mistos somada à incorporação das novas tecnologias aplicadas à pesquisa em Ciências Sociais, tanto contribui para a validação dos resultados quanto realça a aplicabilidade das tecnologias digitais na pesquisa em Humanidades. Nesse sentido, a complexificação dos recursos metodológicos também poderá contribuir para o desvelamento das novas questões que foram apresentadas no decorrer do estudo e a resolução dos problemas emergentes no mundo posto na pandemia de covid-19, que nas palavras de Ailton Krenak (2020, p. 8): “É como um anzol nos puxando para a consciência. Um tranco para olharmos o que realmente importa”.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Enrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGÊNCIA SENADO. Maioria de mulheres e baixa escolaridade marcam o perfil do eleitorado em 2018. **Senado**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/09/27/maioria-de-mulheres-e-baixa-escolaridade-marcam-o-perfil-do-eleitorado-em-2018>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ARAGÃO, E. Mulheres são as mais afetadas pelos impactos da pandemia no mercado de trabalho. **CUT**, [s. l.], 18 ago. 2020. Notícias. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/mulheres-sao-as-mais-afetadas-com-os-impactos-da-pandemia-no-mercado-de-trabalho-7aaa>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Coleção Temas em Saúde).

BARBOSA, A. L.; COSTA, J. S.; HECKSHER, M. D. Mercado de trabalho e pandemia de Covid-19: uma ampliação de desigualdades já existentes? **Boletim de Mercado de Trabalho**. Nota Técnica IPEA, [s. l.], n. 69, 2020.

BRASIL. Doença pelo Coronavírus COVID-19: semana epidemiológica 52 (20 a 26 dez. 2020). **Boletim epidemiológico especial** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 43, 29 dez. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=11&data=25/11/2003>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/08/2006&totalArquivos=56>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/08/2009&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=96>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015.** Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=10/03/2015>. 2023. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/02/2020&jornal=515&pagina=1&totalArquivos=77>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.** Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.072%2C%20DE%2025%20DE%20JULHO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20crimes%20hediondos,Federal%2C%20e%20determina%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do parto:** Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (C. Projetos, Programas e Relatórios, 42).

BRASIL. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil 2010 e 2019. **Boletim epidemiológico** [recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 52, n. 29, ago. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf/view. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde sus a rede cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6).

BRASIL. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf. Acesso em: 6 nov. 2023.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

FIOCRUZ. Rede Cegonha. Programa exibido em 30 set. 2011. **Canal Saúde**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/rede-cegonha>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. Nota técnica. 3. ed. Rio de Janeiro: FBSP, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v2.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2023.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção tópicos).

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HÖFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], [s. l.], v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental ANESP** [online], [s. l.], 17 abr. 2020. Disponível em: <https://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 4 jan. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KRENAK, A. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. (Edição Kindle).

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (História e Saúde Collection).

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.297-2.305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2020.

MOREIRA, L. E. *et al.* Mulheres em tempo de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 32, p. e020014, 2020.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. Coronaviruses and Noroviruses. *In*: Murray, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Medical Microbiology**. 8. ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 469-474.

OMS. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde Escritório Regional para as Américas. **Alerta epidemiológico COVID-19 entre os profissionais de saúde**. Washington: OPAS; OMS, 31 ago. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53041>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PIRES, R. R. C. (org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

RATINAUD, P. **Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires** (Iramuteq). Version 0.7 alpha 2. [S. l.]: LERASS, 2008. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 11 nov.2020.

RODRIGUES, A. Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil: Ministro concede entrevista coletiva sobre assunto. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 26 fev. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/ministerio-da-saude-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-no-brasil>. Acesso em: 30 dez. 2020.

ROSA, M.; FLORES, I. G. Um corpo duplamente esfacelado: (in)visibilidade das vítimas de feminicídio em manchetes de jornal. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 147-168, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-5844202028>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SILVA, E. F. Metodologia feminista e Direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. 106, p. 893-903, 2015.

SILVA, J. P. L. Judith Butler e os enquadramentos do poder: uma análise dos discursos que circunscrevem os limites das vidas passíveis de luto. **Sapere aude**, Belo Horizonte, v. 8, n. 15, p. 299-305, jan./jun. 2017.

SOARES, R. L. Aids e imprensa: escritos do jornal Folha de S. Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 47-76, fev. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100004. Acesso em: 29 dez. 2020.

SOUZA, A. S. R.; SOUZA, G. F. A.; PRACIANO, G. A. F. Women's mental health in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 659-661, jul. 2020.

SOUZA, D. R. M. **A biopolítica em Giorgio Agamben**: estado de exceção, poder soberano, vida nua e campo. 2017. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. N.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M. V.; PERES, A. O uso do software Iramuteq na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, Epub 04 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 11 nov. 2020.

TORRES, A.; FÉLIX, A. A. A.; OLIVEIRA, P. I. S. Escolhas de Sofia e a pandemia de COVID-19 no Brasil: reflexões bioéticas. **Revista Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 50, p. 333-352, 2020.

TRAVASSOS, L. P.; SCHMITT, V.; FIALHO, F. A. P. News structure in the press: a study of the applicability according to the analysis proposed by Van Dijk. *In: INTERNATIONAL CYBERSPACE CONFERENCE ON ERGONOMICS*, 4., 2005, Johannesburg. **Anais** [...]. Johannesburg: [s. n.], 2005.

VERDÉLIO, A. Primeira morte por covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março: até este fim de semana, acreditava-se que havia sido em 16 de março. **Agência Brasil**. Brasília, DF, 28 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-por-covid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>. Acesso em: 30 dez. 2020.

VIEIRA, B.; MARQUES, P. Filha da primeira vítima de covid no Brasil perdeu os avós e dois tios com a doença após a morte da mãe. **Jornal Hoje**. São Paulo, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/19/filha-da-primeira-vitima-de-covid-no-brasil-perdeu-os-avos-e-dois-tios-com-a-doenca-apos-a-morte-da-mae.ghtml>. Acesso em: 30 dez. 2020.

WHO. World Health Organization. Forty-ninth World Health Assembly: WHA49.25 Prevention of violence: public health problem. **WHO**, Genebra, 25 maio 1996. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 11 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. **WHO**, Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 4 jan. 2021.