

## Parte I — Ciências sociais, humanidades e a pandemia de Covid-19

### 4. Bioética e Covid-19: vulnerabilidades e saúde pública

Sergio Rego  
Marisa Palácios  
Luciana Brito  
Roberta Lemos dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

REGO, S., PALÁCIOS, M., BRITO, L., and SANTOS, R.L. Bioética e Covid-19: vulnerabilidades e saúde pública. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 61-71. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0005>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Bioética e Covid-19 vulnerabilidades e saúde pública

*Sergio Rego, Marisa Palácios, Luciana Brito e Roberta Lemos dos Santos*

**A**presentaremos aqui, de forma sumária, alguns apontamentos éticos que já podem ser registrados como fruto da reflexão sobre o enfrentamento da pandemia da Covid-19. No foco de nosso interesse estão as respostas relacionadas ao setor Saúde e a preocupação com as populações vulnerabilizadas. Antes, porém, cabe uma breve apresentação dos pressupostos com os quais pretendemos examinar as respostas à pandemia no Brasil.

Vivemos um período da história da humanidade no qual é recorrente a afirmação de que o individualismo prevalece e as relações entre humanos são pouco duráveis – líquidas, na expressão consagrada nas análises de Bauman (2007). O sucesso individual é a meta, explícita ou não, nas peças de propaganda ou em análises de inúmeros “formadores de opinião”, sejam estes vinculados a organizações de comunicação social ou não. Mais do que nunca a solidariedade é valorizada apenas como estratégia de caridade, seja em razão de expectativas religiosas ou laicas.

### CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO E ÉTICO

Durante o século XX foi possível verificar a expansão no reconhecimento dos direitos fundamentais: os de primeira geração, individuais, vinculados ao valor liberdade (direitos civis e políticos), aqueles que impõem ao Estado um compromisso de não intervenção; os de segunda geração (coletivos), sociais, econômicos e culturais, que impõem a necessidade de que o Estado garanta direitos; os de terceira geração, voltados para a preservação ambiental e a proteção do gênero humano; os de quarta geração, ligados à evolução da engenharia genética, e os de quinta geração, ligados à evolução cibernética. Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) seja um marco incontestado

da inclusão do humano no centro da preocupação moral, a forma como tais direitos são considerados e respeitados mundo afora varia intensamente.

Ao reconhecimento formal dessa diversidade de direitos soma-se o fato de que as sociedades não são estáticas, suas estruturas e relações estão em permanente transformação. Tais transformações não podem ser consideradas lineares, como se houvesse um fim ao qual todos almejamos chegar. As transformações podem se dar em todos os sentidos, mas nunca se darão apenas nas relações interpessoais, como se dependessem de ações individuais, e não das amplas relações sociais.

São todos movidos, ao mesmo tempo, pelo desejo de mudança – de autotransformação e de transformação do mundo em redor – e pelo terror da desorientação e da desintegração, o terror da vida que se desfaz em pedaços. Todos conhecem a vertigem e o terror de um mundo no qual “tudo o que é sólido desmancha no ar”.

Ser moderno é viver uma vida de paradoxo e contradição. É sentir-se fortalecido pelas imensas organizações burocráticas que detêm o poder de controlar e frequentemente destruir comunidades, valores, vidas; e ainda sentir-se compelido a enfrentar essas forças, a lutar para mudar o *seu* mundo transformando-o em *nosso* mundo. (Berman, 1986: 13, destaques do original)

Pensar nas relações internacionais no contexto de uma pandemia tendo como referência um país como o Brasil, com desenvolvimento econômico periférico e forte dependência dos países do Norte Global (*grosso modo*, os sucessores das relações coloniais), parece um desafio que é necessário enfrentar. Com Quijano (2000) podemos pensar na história da constituição de nossa nação, história de certo modo compartilhada com nossos irmãos da América Latina, que impôs pela força a dominação dos povos originários e dos povos do continente africano escravizados. Além da morte e subjugação dessas populações, esse processo tornou hegemônica uma concepção de evolução segundo a qual os humanos passam do estado de natureza à civilização moderna. Esse é o eixo de uma concepção eurocêntrica da humanidade que marca o racismo como a forma de dominação de todas as populações não europeias. Todos os não europeus seriam bárbaros, não civilizados, viveriam em estado de natureza. Essa diferença entre civilizado e não civilizado está na pele, o que faz perpetuar a ideia de superioridade, inclusive de nossas elites, que procuram se aproximar da ideia de povo civilizado como o europeu ou assemelhado.

Nossas elites, econômica e política, subordinam seus interesses aos dos países centrais e estimulam também uma subordinação cultural, o chamado “complexo de vira-latas”, ou colonialidade. As desigualdades que observamos entre as nações do Hemisfério Norte e as do Hemisfério Sul observamos também no interior de cada país,

como expressão do modelo econômico predominante. O *slogan* recorrente do Fórum Social Mundial, “um novo mundo é possível” e necessário, traz a ideia de que a luta contra as desigualdades mobiliza desiguais em todo o mundo.

A luta pela redução das desigualdades dentro das sociedades e também entre nações não é, como alguns atores tentam caracterizar, uma questão apenas ideológica, mas também ética, uma vez que o mundo estabeleceu em 1948, com a DUDH, que todos os humanos têm direito a uma vida digna. Para que possamos proceder a uma análise ética dos impactos da pandemia em nosso país, é útil entendermos que tipo de problema demanda tal análise. A princípio, é um problema ético tudo aquilo que afeta o bem-estar ou provoca o sofrimento não apenas de humanos, mas de todos os seres sencientes.

Cabe considerar que a forma como a saúde e o bem-estar de um humano são afetados por um agente etiológico de uma enfermidade, como o Sars-CoV-2, não é igual para todos. A Organização Mundial da Saúde reconhece essas diferenças e as associa às condições em que uma pessoa vive e trabalha, bem como a outros fatores sociais, econômicos, culturais e étnicos/raciais, a condições de moradia, alimentação, escolarização, renda etc. Whitehead (1982) enfatizava que todas as diferenças de saúde entre o melhor e o pior desempenho nos indicadores dos diferentes grupos socioeconômicos constituem iniquidades em saúde, ressaltando, entretanto, que nem todas as diferenças são de fato injustas. As diferenças na saúde são injustas quando são fruto da falta de possibilidade de ter boa alimentação, água e saneamento básico, de acesso a adequados serviços de saúde e do trabalho insalubre e estressante.

Da mesma maneira que é possível reconhecer as diferenças em saúde socialmente determinadas em certa comunidade, ou sociedade, também é possível entendê-las dessa forma na comparação entre os dados de saúde de nações diferentes. Embora alguns estudiosos da genética das populações o defendam, com base em uma análise eurocêntrica, mas não nos parece adequado atribuir a eventuais cargas genéticas uma suposta maior suscetibilidade a enfermidades diversas. Como Whitehead (1982) sinalizou, hoje não podemos deixar de considerar que tais diferenças podem e devem ser analisadas não só do ponto de vista socioeconômico mas também de acordo com a raça, a identidade sexual, a escolha dos parceiros sexuais, ao fato de a pessoa ter deficiência, enfim, com o pertencimento a grupos sociais submetidos a condições de vida e trabalho injustas que determinam formas de adoecer e morrer evitáveis e indignas.

## A COVID-19 ATINGE DIFERENTEMENTE POPULAÇÕES

Durante emergências em saúde pública, como é o caso da pandemia de Covid-19, importa colocar as necessidades dos indivíduos no centro das respostas para proteção das populações. Na maioria das vezes, as respostas para a proteção durante a pandemia consideram populações em abstrato. Mas não há um humano universal. Recomenda-se, por exemplo, o distanciamento social, ficar em casa, lavar as mãos, usar máscaras. Mas nem todas as pessoas vivem o privilégio do distanciamento social durante uma pandemia. Um jargão comum das campanhas de conscientização no país se resume à frase “Fique em casa”; no entanto, nem todos experimentam a oportunidade do trabalho remoto, tampouco têm a casa como um espaço de proteção e cuidado. Para os que vivem escassez de água não há nem mesmo a possibilidade de lavar as mãos. Por isso, as políticas devem incorporar a realidade das desigualdades: os recursos públicos para manutenção da vida são distribuídos desigualmente a depender do gênero, raça, classe, deficiência e geografias.

As regras abstratas para a prevenção de uma epidemia abandonam as populações que vivem mais camadas de vulnerabilidade (Luna, 2009) – especialmente mulheres e meninas, pois são elas que enfrentam maiores riscos de viver as consequências negativas da pandemia, sejam estas adoecimento, desemprego, pobreza e morte (Al-Ali, 2020). A metáfora das camadas de vulnerabilidade permite compreender vulnerabilidade mediante uma análise relacional e dinâmica. Em outras palavras, tal análise deve incluir o contexto social, mas também as vulnerabilidades impostas de acordo com as características previamente identificadas na vida das diferentes populações numa perspectiva ampliada e interseccional. É nesse sentido que essa metáfora nos permite visualizar a existência de múltiplas vulnerabilidades: uma pessoa pode ser vulnerável pelas circunstâncias de sua vida diária, mas também em razão das desigualdades históricas, entre outras. Assim, as vulnerabilidades como camadas que se superpõem aos grupos populacionais potencializam outras vulnerabilidades e violações de direitos humanos (Luna, 2019). Desigualdades sociais, econômicas e de gênero colocam as pessoas em situações que vão se superpondo em camadas de vulnerabilidade, especialmente quando vivem em locais que foram historicamente governados por sistemas patriarcais, opressores e repletos de iniquidades.

Assim, lançamos a pergunta: diante de uma emergência em saúde pública, que vidas importam e devem receber cuidados e proteção? Não é uma pergunta retórica, pois deve ser respondida. O discurso hegemônico da saúde pública reitera que todas as vidas importam – inclusive mediante oferta gratuita e universal do cuidado em saúde. No entanto, apesar de a vida biológica ser um problema ontológico, o valor da vida se constitui

por mecanismos específicos de poder pelos quais algumas vidas são priorizadas (Butler, 2004). No Brasil, as centenas de mortes diárias em razão da Covid-19 foram tornadas números sem rostos ou biografias. O luto dos milhares de brasileiros que perderam seus entes queridos é ignorado por parcelas das autoridades públicas. Apreender uma vida biológica como passível de morte ou de adoecimento não significa que ela tenha sido reconhecida como digna de proteção (Butler, 2004). A pergunta no início do parágrafo não é, como já dito, retórica, mas um questionamento sobre como se movimentam as decisões políticas durante uma emergência de saúde pública na qual estruturas de poder racistas, capacitistas e patriarcais determinam gradações em seu direcionamento de recursos e tecnologias para proteção de determinadas vidas em detrimento de outras.

A criação de políticas públicas e de legislações que possam garantir e produzir esquemas de inteligibilidade para a produção de reconhecimento das vidas como dignas de proteção é fundamental nas emergências sanitárias. Essa medida se torna ainda mais urgente quando nos deparamos com a normalização dos anúncios dos milhares de mortos. Ou quando pouco se discute na esfera pública o fato de o Brasil ser o país do mundo com maior índice de mortalidade materna associada à Covid-19 (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020). Fatores como o acesso à saúde e as desigualdades sociais atingem de forma particular esse segmento populacional e parecem contribuir para as disparidades nas taxas de mortalidade quando comparados às dos países mais ricos (Roberton *et al.*, 2020). Embora não tenhamos ainda dados comprobatórios das diferenças de impacto da Covid-19 na população de pretos e pardos, não é difícil pensar que as iniquidades são maiores em função mesmo das camadas de vulnerabilidade que se acumulam e se potencializam – ser pobre, moradora de favela, negra, mulher, transexual e lésbica. A violência estrutural da sociedade decorrente da formação econômica e cultural dominada por ideais europeus confere a essa população alto grau de exclusão da proteção do Estado, de invisibilidade. Diante da pergunta sobre quais vidas importam, quais vidas são dignas da proteção do Estado, precisamos olhar para as que mais estão afastadas dessa proteção, ou mais discriminadas pela sociedade, ou seja, aqueles grupos populacionais que estão expostos a mais camadas de vulnerabilidade.

Examinemos alguns aspectos da assistência à saúde no Brasil, ou como as mais diversas discriminações aparecem nessa assistência.

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ESTAMOS PROMOVENDO A MISTANÁSIA?

A Constituição Federal brasileira informa que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir a universalidade e integralidade no acesso à saúde de brasileiras e brasileiros, sem distinções nem restrições, em todos

os cantos do país. É responsabilidade do Estado brasileiro atender a esses preceitos. Todavia, em 2016 uma emenda constitucional, a EC 95/2016, conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, com a justificativa de conter o desequilíbrio fiscal, congelou, por vinte anos, os gastos sociais do governo federal. Em um cenário de gigantescas desigualdades sociais, a limitação nesses gastos aprofundará as iniquidades históricas.

Os custos com saúde crescem seja pelo surgimento de novas (e caras) tecnologias médicas e novos medicamentos, seja pelo envelhecimento e crescimento da população. A parcela da população mais afetada com a aprovação da EC 95/2016 foi a mais vulnerabilizada e a que se utiliza exclusivamente do SUS, fazendo com que essa política de austeridade na saúde pública sirva para aumentar ainda mais o fosso que distancia socialmente o pobre do mais abastado.

Se permanecer a tendência atual, com a EC 95/2016 e o encolhimento do financiamento da saúde pública, teremos um SUS cada vez menor e precário. Restará aos mais pobres, aos desempregados ou sem trabalho formal depender da caridade para atendimentos de saúde, como acontecia no Brasil até os anos 1980. É possível vislumbrar o retorno a um momento em que grande parte da população sequer tinha acesso aos serviços de saúde. Assim, a manutenção das desigualdades brasileiras também é não um acaso, mas parte de um projeto.

Há um momento da nossa história em que o direito à saúde e a dura realidade de uma pandemia como a da Covid-19 entram em choque, o que se torna visível tanto na macroalocação de recursos – em políticas públicas, no financiamento para as ações de saúde – como na microalocação de recursos na saúde. Na microalocação de recursos na saúde o que vemos é uma seleção de beneficiários dos recursos disponíveis, que serão aqueles que mais recursos possuem, seja por meio da conquista de uma vaga via judicial ou mesmo via contatos, aqueles que têm contato com as redes de atenção à saúde. A imensa maioria da população não consegue chegar ao atendimento. Em termos de macroalocação de recursos, a falta de investimento no setor se reflete diretamente em redução de leitos, falta de equipamentos, redução de serviços e fechamento de unidades, o que cerceia o acesso da população à saúde.

Observamos esse cenário durante a pandemia de Covid-19. A Defensoria Pública do Rio de Janeiro (DPRJ) apresentou um relatório, relativo ao período de abril a agosto de 2020, com os dados de 111 unidades de saúde, entre postos de Saúde e unidades de Pronto Atendimento ([Rio de Janeiro, 2020](#)). A DPRJ analisou aproximadamente 550 mil atendimentos e mostrou o problema do subfinanciamento do SUS: por falta de leitos na rede pública, no estado do Rio de Janeiro morreram por Covid-19 muitas pessoas, algumas das quais antes mesmo de seus nomes serem inseridos no sistema

estadual de regulação de vagas. Foram identificados problemas de macroalocação – falta de leitos, de respiradores artificiais e de equipamentos de proteção individual – e de microalocação – pessoas que não conseguiram sequer constar na lista do sistema de regulação ou ter acesso a um respirador ou a medicamentos indispensáveis.

Além de vivermos um momento sem precedentes em nossa era, em que os leitos e insumos são escassos durante uma pandemia ou situação de emergência sanitária, esbarramos em mais um entrave: nossa incapacidade de gerar uma resposta nacional, somada à falta de investimentos e equipamentos decorrente da EC 95/2016. A limitação das despesas públicas em saúde e a falta de política nacional unificada de resposta à crise resultaram na incapacidade do Estado para responder mais apropriadamente à emergência sanitária. As respostas não foram federalizadas, mas descentralizadas em níveis estadual e municipal, o que gerou ações descoordenadas, desencontradas e quiçá catastróficas. Como resultado dessa equação, nos deparamos com a mistanásia.

Santos (1989) cunhou o termo que designa morte fora do tempo, miserável e totalmente evitável: mistanásia. O acesso restrito à saúde com a exposição maior da população vulnerabilizada acentuada pela pandemia causada pelo coronavírus deságua no quadro relatado pela DPRJ, cujas características permitem extrapolá-lo para a realidade em boa parte do território nacional, pois temos acompanhado na mídia diversos casos similares de descaso e abandono que se acumulam às centenas no contexto da Covid-19. Sobre esse pano de fundo se desenrola como cena principal a morte precoce, previsível, evitável, causada por abandono, gerada tanto pela negligência quanto pela falta de interesse do Estado. Na mistanásia, a administração dos recursos econômicos que atingem diretamente a população mais pobre é realizada com base em avaliação de custo-benefício, provocando a prematuridade de sua morte por falta de condições mínimas de vida e atendimento inadequado sanitário.

Mistanásia, algo pouco discutido na saúde, reaparece sob alguns holofotes durante a pandemia da Covid-19. Pode ser considerada como uma das piores formas de morte, pois envolve abandono e descaso. Nessa morte desprovida de cuidados básicos de saúde é negado o direito a uma morte digna, violando, em última instância, o princípio da dignidade da pessoa humana. Aqui, a omissão do poder público se revela quando não há garantias de acesso a água potável e saneamento básico ou há iniquidades na distribuição dos serviços de saúde pública. Quando se trata de um período de pandemia como o que estamos vivenciando, a esses fatores que contribuem para a manutenção da desigualdade social que leva à morte de brasileiras e brasileiros se acrescentam, potencialmente, outros. O fato de as vidas da população brasileira não serem reconhecidas como dignas de cuidado e proteção torna-se fator condicionante do ato de deixar morrer, principalmente aqueles mais vulnerabilizados.



## BARREIRAS IMPOSTAS PELA PANDEMIA: INTRANSPONÍVEIS OU SUPERÁVEIS?

No contexto de uma emergência sanitária como a que estamos vivendo, é também relevante distinguir, rigorosamente, as ações de cuidado, de vigilância e de pesquisa. Embora a resposta dada pelo Sistema Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) esteja sendo diferenciada das ações rotineiras, ainda nos faltam regras específicas para situações como a atual, e não apenas no Brasil. A proteção aos participantes de pesquisa e à população em geral não deve admitir subterfúgios retóricos que a relativizem.

O contexto de uma pandemia, ou de qualquer outra emergência sanitária, demanda que a população seja adequadamente informada. Em nosso caso, apesar de em um primeiro momento a resposta federal ter incluído conferências de imprensa diárias com as autoridades sanitárias, a politização da resposta à pandemia nos levou a uma situação de desinformação. Nem mesmo o esforço realizado por alguns órgãos da imprensa foi suficiente para compensar a falta de uma comunicação transparente, objetiva e crível, deixando-nos ao sabor dos interesses editoriais, que podem não coincidir com os da sociedade como um todo.

De maneira geral, as respostas às emergências sanitárias devem ser progressivas e cumulativas, da mera informação adequada até as medidas mais severas que podem restringir o direito de ir e vir e as liberdades individuais em geral. No início da pandemia a orientação desestimulava o uso de máscaras e a busca rápida por serviços de saúde. Sabemos hoje que essa orientação não era a mais apropriada, embora entendamos que a escassez de recursos de proteção individual e o receio de uma sobrecarga no sistema foram, provavelmente, a justificativa. E a sugestão de que a população evitasse, se pudesse, sair de casa mostrou-se discriminatória quando não foi ofertada qualquer alternativa para que trabalhadores de serviços não essenciais ou pessoas com amplas camadas de vulnerabilidade pudessem enfrentar a pandemia em segurança.

O que seria um certo padrão-ouro de vigilância em uma pandemia, a testagem massiva de pessoas sintomáticas e de seus contatos, também não foi uma constante no país. Testamos pouco e muitas vezes com o teste errado, usando o teste rápido quando se desejaria fazer diagnóstico da presença do vírus, como relatado em ações de algumas organizações privadas. É preciso que o país se prepare seriamente para os picos das taxas de contágio, para realizarmos uma vigilância eficaz em todos os rincões nacionais e implementarmos a vigilância efetiva nos portos, aeroportos e fronteiras, como já se ensaiou em outras pandemias.

Autoridades públicas lançam polêmica sobre se a vacinação deveria ou não ser obrigatória, quando esta eventualmente estiver disponível e for de eficácia comprovada.

A vacinação para a prevenção de enfermidades para as quais elas estão disponíveis é obrigatória desde 1975. Tanto a Constituição brasileira de 1988 como o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1989, preveem a obrigatoriedade da vacinação segundo orientação do Ministério da Saúde. Sabe-se, todavia, que há famílias que desacreditam da eficácia de vacinas e se consideram no direito de não vacinar nem mesmo os seus filhos. Também esse tema demanda medidas progressivas como resposta a mais esse desafio, sendo o debate público amplo indispensável, até que se chegue a medidas que limitem liberdades individuais para proteger as coletividades.

## PARA APRENDER COM A HISTÓRIA

Em janeiro de 2020, dois bioeticistas chineses escreveram para o Hasting Center um artigo no qual citam uma frase atribuída a Hegel: “*We learn from history that we do not learn from history*” (Lei & Qiu, 2020). Esta frase não deve ser um vaticínio para nós. Não estávamos preparados para o enfrentamento da pandemia quando ela surgiu, mas devemos olhar para o que está acontecendo na Europa com a chamada “segunda onda” e nos prepararmos. Lembremos que a pandemia de 1918 só se encerrou em 1920 e é de se esperar que a atual também recrudesça, antes de atingirmos um real controle.

Assim, no plano das relações internacionais durante a pandemia é preciso que a ajuda internacional, oferecida pelos países do Norte Global àqueles com menor capacidade de responder às exigências emergenciais, não se resuma às ações que auxiliem apenas a contenção da emergência. A ajuda internacional deve ter sempre em conta a perspectiva de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de resposta local, com investimento em infraestrutura que não seja em instalações temporárias que, passada a crise, são desmontadas e levadas para os países de origem. Assim como no Brasil o investimento deveria ter sido feito não em estruturas temporárias que logo foram descartadas, mas no fortalecimento de nossa capacidade instalada, visto que a insuficiência de vagas em UTI não é circunstancial.

É preciso desmontar o projeto de desigualdade em curso no setor Saúde. É necessário tornar visível o processo de morrer que tem incluído a mistanásia. Qualificar a informação governamental para a população, enfrentando o negacionismo científico. São urgentes, também, investimentos suficientes e gestão de qualidade para que um sistema de saúde pública como o nosso SUS esteja pronto para servir seus usuários dentro de padrões de qualidades mínimos. É necessário que, com acesso universal, gratuito e integral, se cumpra a função de prover atendimento básico e emergencial mesmo durante uma pandemia.

Se o legado da pandemia será de longo prazo, as ações devem ser coletivas e capazes de construir estratégias para a proteção das populações hoje, mas também no futuro pós-pandemia. E a transformação do futuro será baseada nas respostas que oferecermos no presente. O trabalho de cuidado, que é especialmente exercido pelas mulheres, evidencia que sem cuidado e solidariedade nenhum de nós sobreviveria. Por isso, aqui entendemos o cuidado como interdependência. Os valores liberais da individualidade e autossuficiência não nos protegem, mas nos desamparam, nos abandonam – especialmente durante crises sanitárias.

## REFERÊNCIAS

- AL-ALI, N. Covid-19 and feminism in the Global South: challenges, initiatives and dilemmas. *European Journal of Women's Studies*, 27(4), 2020. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506820943617>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- BAUMAN, Z. *Tempos Líquidos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BERMAN M. *Tudo que é Sólido Desmancha no Ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- BUTLER, J. *Precarious Life: the powers of mourning and violence*. London: Verso, 2004.
- LEI, R. & QIU, R. Report from China: ethical questions on the response to the coronavirus. *The Hastings Center*, 31 Jan. 2020. Disponível em: <[www.thehastingscenter.org/report-from-china-ethical-questions-on-the-response-to-the-coronavirus/](http://www.thehastingscenter.org/report-from-china-ethical-questions-on-the-response-to-the-coronavirus/)>. Acesso em: 3 de nov. 2020.
- LUNA, F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1): 121-139, 2009. Disponível em: <<https://utpjournals.press/doi/10.3138/ijfab.2.1.121>>. Acesso em: 3 de nov. 2020.
- LUNA, F. Identifying and evaluating layers of vulnerability: a way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2): 86-95, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dewb.12206>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Worldwide maternal deaths due to Covid-19: a brief review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1): 148-150, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13328>>. Acesso em: 3 nov. 2020.
- QUIJANO, A. Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America. *International Sociology*, 15(2): 215-232, 2000.
- RIO DE JANEIRO. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Relatório desenvolvido pela Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, 9 out. 2020. Disponível em: <[http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio\\_respostas\\_unidades\\_de\\_sa%C3%BAde\\_Covid\\_09.10.20\\_\(3\)\\_1\).pdf](http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio_respostas_unidades_de_sa%C3%BAde_Covid_09.10.20_(3)_1).pdf)>. Acesso em: 3 de nov. 2020.

ROBERTON, T. *et al.* Early estimates of the indirect effects of the Covid-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7): E901-E908, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)>. Acesso em: 3 de nov. 2020.

SANTOS, M. F. Eutanásia em chave de libertação. *Boletim Icaps - Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde*, São Paulo, jun. 1989, p. 6.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 1992. Disponível em: <<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>>. Acesso em: 3 de nov. 2020.