

Em que mundo estamos? Para onde vamos? O impacto do negacionismo diante da pandemia do coronavírus no Brasil

What world are we in? Where are we going? The impact of denialism in the face of the coronavirus pandemic in Brazil

NEIVA VIEIRA DA CUNHA

RESUMO

O artigo aqui apresentado tem por objetivo analisar o negacionismo da ciência e dos avanços da medicina, no que concerne às formas de tratamento e controle de transmissão das doenças infectocontagiosas, e seu impacto no enfrentamento da crise provocada pela pandemia de Covid-19 no Brasil, buscando evidenciar a instabilidade social por ele provocada. Buscarei demonstrar como esse negacionismo se expressa através da negligência e desorganização administrativa do governo federal, que acabou por transformar o Brasil em um dos epicentros mundiais da

pandemia. A partir de uma etnografia retrospectiva, apresentarei inicialmente a reconstituição do contexto de surgimento da pandemia e de sua chegada ao Brasil. Essa reconstituição será orientada pelas notícias divulgadas pela mídia e coletadas pela internet. Em seguida buscarei reconstruir a memória do desenvolvimento da ciência e das políticas de saúde pública no Brasil e as formas de desprezo e negação dessa longa e importante experiência histórica, através das tentativas de desmonte e privatização do sistema de saúde pública no Brasil, colocando em questão o valor atribuído à vida humana nesses tempos turbulentos que vivemos.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19; Negacionismo; Políticas de saúde pública.

ABSTRACT

The article presented here aims to analyze the denialism of science and medical advances, with regard to the forms of treatment and transmission control of infectious diseases, and their impact in coping with the crisis caused by the pandemic of Covid-19 in Brazil, seeking to highlight the social instability caused by it. I will try to demonstrate how this denialism is expressed through the negligence and administrative disorganization of the Federal Government, which ended up transforming Brazil into one of the global epicenters of the Covid-19 pandemic. From a retrospective ethnography, I will initially present the reconstitution of the context of the emergence of the pandemic and its arrival in Brazil. This reconstitution will be guided by the news released by the media and collected over the internet. Then I will seek to reconstruct the memory of the development of science and public health policies in Brazil and the forms of contempt and denial of this long and important historical experience, through attempts to dismantle and privatize the public health system in Brazil, putting into question the value attributed to human life in these turbulent times that we live.

Key words: Covid-19 Pandemic; Scientific negationism; Public health policies.

INTRODUÇÃO

A crise pandêmica provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov2) tem impactado de forma brutal todo o planeta e a humanidade, afetando de maneira incontornável as formas de vida e interação social. Nesse sentido, ela nos confronta a um horizonte de muitas incertezas e imprevisibilidade. Na medida em que se trata de uma crise desencadeada pela transmissão e propagação de uma doença infecciosa, ela tem provocado sérias consequências sobre a concepção da vida humana e sobre o conhecimento científico produzido e acumulado ao longo da história da humanidade relativo às questões sanitárias, epidemiológicas e à saúde pública. Nesse sentido, para além das consequências já evidentes por toda parte no que concerne às experiências humanas vividas coletivamente, ou seja, à vida em sociedade, ela afeta diretamente o *espaço íntimo e familiar* que caracteriza nosso lugar no mundo (VERNANT, 2009), produzindo uma grande instabilidade. Essa instabilidade nos

tem colocado diante de uma *travessia de fronteiras* (idem), que nos leva a um mundo obscuro e indefinido.

Nesse sentido, o artigo aqui apresentado buscará descrever o cenário que vivemos nesse momento, no ano 2020. Ele tem por objetivo analisar a conjuntura atual provocada pela pandemia da Covid-19 no Brasil, chamando a atenção para o negacionismo da ciência e dos avanços da medicina, sobretudo no que concerne às formas de tratamento e controle de transmissão das doenças infectocontagiosas. A análise do impacto dessa atitude negacionista no enfrentamento da crise provocada pela pandemia busca evidenciar a instabilidade social por ela provocada. A partir de uma etnografia retrospectiva (CUNHA, 2005), apresentarei inicialmente a reconstituição do contexto de surgimento da pandemia e de sua chegada ao Brasil, assim como da conjuntura que vivemos nesse momento. Essa reconstituição será orientada pelas notícias divulgadas pela mídia e coletadas pela internet. A partir da análise dos acontecimentos atuais, buscarei demonstrar como esse negacionismo se expressa através da negligência e desorganização administrativa do governo federal, que acabou por transformar o Brasil em um dos epicentros mundiais da pandemia da Covid-19. Em seguida buscarei reconstruir a memória social (HALBWACHS, 1950) da experiência de desenvolvimento da ciência e das políticas de saúde pública no Brasil visando evidenciar o impacto das formas de desprezo e não reconhecimento dessa longa e importante experiência histórica. Essa atitude negacionista se expressa através das tentativas de desmonte e privatização do sistema de saúde pública no Brasil, colocando em questão o valor atribuído à vida humana nesses tempos turbulentos que vivemos. Entendendo a etnografia como uma construção textual complexa, a perspectiva metodológica aqui adotada busca restaurar o diálogo entre a Antropologia e a História, inscrevendo a diacronia e a sincronia como dimensões complementares da análise socioantropológica (CUNHA, 2005).

A CRISE PANDÊMICA

A pandemia de Covid-19 teve início ainda no final de 2019, a partir dos primeiros casos confirmados na cidade de Wuhan, na China. Wuhan, que possui 11 milhões de habitantes, foi considerada o lugar de origem da pandemia, que rapidamente se espalhou, atingindo mais de 200 países e provocando efeitos gravíssimos pelo mundo afora. Após o anúncio do surgimento da Covid-19 na China, os surtos da doença surgiram em países como Coreia do Sul, Japão, Irã, Itália, Espanha, França e Alemanha, entre outros países, que ainda no início do mês de março de 2020 já anunciavam um expressivo aumento do número de

casos confirmados. Logo em seguida, o número de contaminações e mortes pela doença na Itália e na Espanha teve um aumento significativo, disparando o alarme na Europa. Foi diante desse cenário que a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou, ainda em março de 2020, o estado de pandemia global, que rapidamente atingiu outros continentes, como a África, a América do Norte e a América do Sul, atingindo particularmente países como EUA, Brasil, Peru e Chile (PIRES *et al*, 2020). É importante destacar que o reconhecimento da pandemia e a estimativa dos números de casos da Covid-19 estavam diretamente relacionados às formas como esses dados foram coletados e ao ambiente político dos diferentes países atingidos pelo novo coronavírus. Tais formas revelavam, sobretudo, a atitude dos governos e as ações das autoridades sanitárias diante da pandemia.

A partir do anúncio da pandemia do novo coronavírus pela OMS, as medidas sanitárias anunciadas como necessárias ao controle da transmissão do vírus foram sendo adotadas de diferentes maneiras nos países por ela atingidos. Entre essas medidas, destacam-se o isolamento social e a restrição à circulação de pessoas, a interrupção de algumas atividades de trabalho, o fechamento temporário de empresas e instituições públicas e privadas, como escolas e universidades, além da aplicação da quarentena, do fechamento de fronteiras, da restrição de viagens nacionais e internacionais, do encerramento das atividades culturais e fechamento de serviços considerados não essenciais como bares, restaurantes e salões de beleza (DRG BRASIL, 2020). Embora tais medidas tenham tido impacto na economia global, além de graves efeitos psicossociais, elas foram consideradas pela OMS como fundamentais para tentar controlar a pandemia e a disseminação da Covid-19. Mas a negligência e desorganização administrativa de determinados governos com relação à aplicação dessas medidas provocaram a explosão do número de mortos pela doença em alguns países, entre eles o Brasil e os Estados Unidos, cujos presidentes, no caso Bolsonaro e Trump, se recusaram a reconhecer a dimensão catastrófica da crise pandêmica que estamos vivendo (LUCAS, 2020). Tal atitude coloca em questão o valor atribuído à vida humana por esses governos, sobretudo no que concerne às classes populares e às populações autóctones, que têm sido os grupos sociais mais afetados por essa situação. E a desconsideração dessas medidas sanitárias se baseia no negacionismo da ciência e dos avanços da medicina, no que concerne ao tratamento e controle da transmissão das doenças infectocontagiosas (SCHWARCZ; STARLING, 2020).

A CHEGADA DA PANDEMIA AO BRASIL

No caso do Brasil, segundo os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o primeiro caso da doença foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020, quando um paciente de 61 anos e morador de São Paulo foi testado positivo para Covid-19. Ele acabara de chegar ao Brasil no dia 21 de fevereiro, vindo da região da Lombardia, uma das mais atingidas na Itália. Apesar de sua idade, que o incluía entre as pessoas classificadas como grupo de risco, ele não chegou a desenvolver um quadro mais grave da doença. Esse foi o primeiro caso confirmado no Brasil e na América Latina. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a primeira morte pelo coronavírus ocorreu também na cidade de São Paulo, no dia 12 de março, atingindo uma paciente de 57 anos, internada em um Hospital Municipal na Zona Leste da cidade (OLIVEIRA; ORTIZ, 2020).

No Rio de Janeiro, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde, a primeira morte causada pela pandemia ocorreu no dia 17 de março de 2020. A vítima foi uma mulher de 63 anos, moradora do município de Miguel Pereira, que era portadora de diabetes e hipertensão e trabalhava como empregada doméstica no Leblon, Zona Sul do Rio de Janeiro. Sua “patroa” também havia acabado de chegar da Itália e já tinha sido testada positiva para Covid-19 (G1 RIO, 2020). Esses casos acionaram o alarme em relação à pandemia no Brasil, que rapidamente se alastrou por todo o território nacional, provocando a explosão do número de contaminados e mortos, transformando o país em um dos epicentros mundiais da pandemia¹ (OLIVEIRA *et al*, 2020). Porém, em função da atitude irresponsável adotada pelo governo federal diante da crise sanitária estabelecida, é difícil saber quando exatamente a pandemia do novo coronavírus atingiu o país, assim como o número exato de infectados e de mortos pela Covid-19.

Não obstante ao fato de a pandemia ter atingido todo o país, os estados que apresentaram o maior número de pessoas infectadas foram, e continuam sendo no momento em que escrevemos esse artigo, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais, o que levou à adoção por parte dos governos estaduais, ainda no mês de março, das medidas sanitárias indicadas pela OMS, como a quarentena, a restrição da circulação da população e o

¹ Em termos absolutos, o Brasil é habitualmente apontado como um dos dois ou três países mais atingidos por mortes causadas por Covid-19. Em proporção à população (número de mortes por milhão de habitantes), o Brasil ocupava, em 1º de dezembro de 2020, conforme Homero (2020), a décima posição no *ranking*, que assim se apresentava: 1º: Bélgica (1.425 mortes por milhão); 2º: Peru (1.085); 3º: Espanha (964); 4º: Itália (920); 5º: Reino Unido (859); 6º: Argentina (854); 7º: Macedônia (846); 8º: Estados Unidos (827); 9º: Bósnia (819); 10º: Brasil (818).

fechamento de áreas comerciais, das escolas e das universidades. A adoção de tais medidas por esses estados provocou um conflito com o presidente da República, Jair Bolsonaro, que se manifestou publicamente contra essas medidas, que já haviam sido adotadas em vários outros países e resultado na diminuição do número de casos confirmados. Como a decisão adotada pelos governos estaduais foi tomada com o apoio do Ministério da Saúde, o desacordo entre Bolsonaro e o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, também se tornou evidente. Assim, ainda no final do mês de março de 2020, apelando à mentira pura e simples e à tergiversação em seus pronunciamentos públicos sobre a pandemia feitos em cadeia obrigatória de rádio e TV, Bolsonaro criticava e menosprezava essas medidas de isolamento, afirmando que a Covid-19 não passava de uma “gripezinha” e de uma “histeria” mundial, ainda que a pandemia já tivesse ultrapassado o número de 17 mil mortes no mundo e 46 mortos no Brasil naquele momento (OLIVEIRA *et al*, 2020). Tais pronunciamentos expressavam fortemente seu negacionismo diante das previsões feitas por médicos e especialistas em saúde pública, sustentadas por uma vasta e longa experiência de pesquisas científicas, tanto no Brasil quanto em vários outros países.

O conflito entre Bolsonaro e seu ministro da Saúde teve sérias consequências. Enquanto Bolsonaro criticava as medidas de isolamento social e defendia o uso da cloroquina² no tratamento da Covid-19, contrariamente aos principais países atingidos pela pandemia que questionavam essa forma de tratamento, o ministro manteve sua conduta na tentativa de controle da transmissão do coronavírus, seguindo as orientações da OMS, afirmando que essas medidas deveriam ser mantidas para evitar o colapso dos hospitais e do sistema de saúde. Esse enfrentamento com o presidente da República acabou provocando a sua demissão, anunciada no dia 16 de abril de 2020, em plena crise pandêmica (BENITES *et al*, 2020). Para substituí-lo, Bolsonaro escolheu o médico oncologista Nelson Teich, que, antes mesmo de completar um mês no cargo, também foi exonerado em função dos mesmos conflitos e discordâncias com Bolsonaro em relação às medidas de isolamento e uso da cloroquina. Após a exoneração de Teich, o Ministério da Saúde foi assumido pelo general Eduardo Pazuello, um militar que admitiu publicamente ser “leigo” com relação à área da saúde. Embora tenha sido anunciado que ele assumiria o Ministério da Saúde interinamente

² Trata-se, assim como a hidroxicloroquina, de medicamento indicado originariamente para tratamento de malária. Estudos conduzidos em mais de 30 países pela Organização Mundial da Saúde com pacientes hospitalizados indicaram que esses e outros medicamentos considerados têm pouca ou nenhuma eficácia comprovada contra Covid-19. Outros usos das drogas, como aqueles voltados para prevenção, teriam de ser examinados por meio de diferentes ensaios (OMS, 2020). Por ocasião da publicação, esse estudo estava disponível em versão preliminar, sujeito a revisão, para publicação em periódico da área.

(SHALDERS, 2020), ele permanece nessa posição até o momento em que escrevo esse artigo. Ou seja, o Brasil vive a crise pandêmica considerada uma das mais graves na história da humanidade sem ter um profissional especialista na área da saúde no controle das decisões necessárias ao enfrentamento da crise.

No dia 5 de junho de 2020 Bolsonaro impôs ao Ministério da Saúde a exclusão do número total de pessoas infectadas e mortas pela Covid-19 do seu boletim epidemiológico diário e decidiu apagar do portal oficial do governo federal todas as tabelas que indicavam a curva de evolução da doença desde a confirmação do primeiro caso ocorrido no país. Essas ações tinham como objetivo fazer desaparecer a real amplitude da crise sanitária no Brasil que, naquele momento, era o segundo país em termos de número de pessoas infectadas e o terceiro com relação ao número de mortes pela pandemia, só ficando atrás dos EUA e da Inglaterra (OLIVEIRA *et al*, 2020). No entanto, essa decisão foi anulada por uma liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), que obrigou o governo a reinserir os dados oficiais nas plataformas governamentais, que até 31 de outubro de 2020 já apontavam 5.535.605 casos confirmados e 159.884 óbitos registrados (CORONAVÍRUS BRASIL, 2020), revelando as consequências desastrosas do governo de Bolsonaro diante dessa grave crise pandêmica que vivemos, produzindo um ambiente totalmente desestabilizante. Para além das consequências desastrosas imediatas de suas atitudes negligentes e perversas, o negacionismo de Bolsonaro também revela que ele ignora e despreza a longa e importante história da saúde pública no Brasil, cujos traços mais relevante para esse artigo sumarizamos a seguir.

A MEMÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

As primeiras grandes transformações na área da saúde pública no Brasil ocorreram entre 1902 e 1904. No dia 15 de novembro de 1902, toma posse na Presidência da República Rodrigues Alves, dando início a um vasto programa de obras públicas que se concentraram na remodelação urbanística e no saneamento da cidade do Rio de Janeiro, então capital da República do Brasil. Para executar a reforma urbana, o governo nomeou como prefeito o engenheiro Pereira Passos, formado na *Ecole de Mines de Paris*, que, a partir desse período, implementou um vasto programa de obras públicas de renovação da cidade, ficando conhecido como o "*Hausmann tropical*" (BENCHIMOL,1990a)³. E, para implementar a

³ Hausmann, nomeado Prefeito por Napoleão III em 1853, foi o responsável pela grande reforma urbana da cidade de Paris, que se tornou uma referência histórica em termos de modelo urbanístico.

reforma sanitária, o governo convidou o médico Oswaldo Cruz, que também acabara de regressar de Paris, onde havia realizado formação e treinamento em microbiologia, soroterapia e imunologia no Institut Pasteur. (STEPAN,1976; SINGER,1988; BENCHIMOL,1990; CUNHA, 2005). Nesse contexto, o reconhecimento de que a ciência poderia proporcionar mecanismos eficazes para o controle das doenças infectocontagiosas foi fator determinante no enfrentamento das epidemias que assolavam o país naquela época.

Em 23 de março de 1903, Oswaldo Cruz assumiu o cargo de diretor geral da Saúde Pública, se comprometendo a erradicar prioritariamente as três principais doenças infectocontagiosas que ocorriam no Rio de Janeiro: a febre amarela, a varíola e a peste. De acordo com seu plano de ação, a febre amarela seria combatida através de uma campanha organizada em moldes análogos às do médico Emílio Ribas, em São Paulo, e do médico William Gorgas, em Cuba. A varíola seria enfrentada através da vacinação compulsória da população, e a peste bubônica, pelo extermínio de seu principal vetor, o rato, e pelo uso de vacinas e soro antipestoso (STEPAN,1976, p. 86; SINGER,1988, p. 108; BENCHIMOL,1990, p. 23). A campanha para o enfrentamento dessas epidemias foi estruturada a partir da divisão da cidade em dez distritos sanitários, coordenados cada qual por um médico contando com uma equipe de auxiliares. Essas equipes percorriam diariamente as ruas da cidade lavando caixas-d'água, colocando produtos profiláticos nos ralos e bueiros, limpando telhados e calhas e eliminando depósitos de larvas de mosquitos, com o objetivo de evitar e controlar o contágio e a transmissão das doenças infectocontagiosas. Foi montado também um eficiente sistema de defesa sanitária marítima, para evitar que tanto a febre amarela quanto outras doenças infecciosas fossem trazidas por viajantes contaminados em outros portos (FRANCO,1973, p. 382-383; STEPAN,1976, p. 87-88; BENCHIMOL, 1990, p. 24). A campanha contra a febre amarela foi oficialmente desencadeada em abril de 1903, com a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela. Como resultado da adoção e da prática cotidiana dessas medidas sanitárias, a febre amarela foi declarada oficialmente extinta no Rio de Janeiro em 1906 (STEPAN,1976, p. 83; BENCHIMOL,1990, p. 24; HOCHMAN,1998, p. 97).

Ainda em 1906, foram realizadas ações profiláticas de combate à peste bubônica em São Luís do Maranhão, sob a responsabilidade de Antônio Cardoso Fontes. No mesmo ano, Carlos Chagas executou a primeira campanha contra a malária no Brasil, em Itatinga, interior de São Paulo. Em seguida, realizou essa mesma campanha em Xerém, na Baixada

Fluminense, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, desta vez com o auxílio de Artur Neiva e Rocha Faria. Essas primeiras ações sanitárias incidiram sobre áreas urbanas ou próximas a elas, mas se estenderam logo em seguida a todo o interior do país. Essas campanhas destinaram-se a desenvolver ações profiláticas em projetos visando ao saneamento de portos, à construção de ferrovias e ao combate à seca no Nordeste (ALBUQUERQUE *et alli*,1991). Em 1907, Carlos Chagas foi mais uma vez solicitado no combate à malária, partindo desta vez para Lassance, no norte de Minas Gerais, na companhia de Belisário Pena. Nessa ocasião, o cientista realizou uma série de investigações sobre o barbeiro, inseto hematófago bastante comum na região, constatando ser ele o vetor de uma doença até então desconhecida, classificada cientificamente como tripanossomíase americana, posteriormente denominada Doença de Chagas. Ainda em 1907, Artur Neiva parte para o estado de São Paulo para combater a malária.

Em 1908, Oswaldo Cruz obteve uma importante premiação na Exposição de Demografia e Higiene de Berlim, na Alemanha, e voltou ao Brasil saudado como herói nacional. Nesse mesmo ano, o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos ganhou oficialmente o nome de Instituto Oswaldo Cruz, em sua homenagem. Em 1909, ele deixa a chefia da Diretoria Geral de Saúde Pública e passa então a dedicar-se integralmente ao Instituto Oswaldo Cruz. A contrapartida de seu afastamento do cargo de diretor geral de Saúde Pública foi a intensificação das ações sanitárias fora da capital, através da prestação de serviços profiláticos e científicos ao governo federal e aos governos estaduais, como também a empresas que executavam obras de grande porte no interior do país (BENCHIMOL,1990, p. 51; SINGER,1988, p. 110; LIMA,1999, p.105). Em 1910, também com o objetivo de realizar a profilaxia da malária, Oswaldo Cruz e Belisário Pena realizam viagem à Amazônia, por solicitação da empresa que construía a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (ALBUQUERQUE *et alli*,1991, p.7).

A partir desse período, as expedições médico-científicas realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz pelo interior do país se ampliam e se intensificam, desempenhando papel fundamental para a difusão e formulação de prospectos políticos relativos ao saneamento e às medidas sanitárias em todo o território nacional. Entre setembro de 1911 e fevereiro de 1912, o pesquisador Astrogildo Machado e o farmacêutico Antônio Martins, acompanhando os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil com vistas ao prolongamento de sua linha da cidade de Pirapora a Belém do Pará, realizaram viagens pelas regiões dos vales do Rio São Francisco e do Rio Tocantins, fazendo um extenso levantamento das condições

epidemiológicas e socioeconômicas da região. Entre março e outubro de 1912, três importantes expedições percorreram o Nordeste e o Centro-Oeste do país, a serviço da Inspetoria das Obras Contra as Secas. De 17 de abril a 17 de julho, Adolfo Lutz e Astrogildo Machado desceram o rio São Francisco, visitando as populações ribeirinhas de Pirapora (MG) a Juazeiro (BA). No mesmo período, João Pedro de Albuquerque e José Gomes de Faria percorreram os estados do Ceará e Piauí.

Dentre essas expedições realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz, uma, em particular, desempenhou papel fundamental para a difusão e formulação de prospectos políticos relativos ao saneamento. A *Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás*, empreendida em 1912 pelos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna, é paradigmática em todos os sentidos. A publicação de seus resultados no Tomo VIII, fascículo 3, das Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, em 1916, produziu um grande impacto no pensamento social e político da época (ALBUQUERQUE *et alli*,1991; LIMA,1999; MELLO, 2004).

Assim, quando Oswaldo Cruz morre, em 1917, além de uma sólida instituição de pesquisa, reconhecida pela excelência de suas pesquisas e produção científica, ele deixa também o caminho aberto para a primeira geração de sanitaristas, formada nos laboratórios e nos cursos do Instituto Oswaldo Cruz, a partir da experiência advinda das campanhas sanitárias e das expedições científicas por ele organizadas. A política implementada pelo Departamento Geral de Saúde Pública, a partir de 1918, visava estender seus serviços, até então limitados ao Distrito Federal, a todo o território brasileiro. Com esse objetivo, em 1920 o Departamento Geral de Saúde Pública é transformado em Departamento Nacional de Saúde Pública, que, com sua reforma sanitária, levará a todo o interior do país os recursos da moderna medicina experimental. O novo Departamento criado por Carlos Chagas incorporou, em seu conjunto de atividades, além dos serviços de saúde pública do Distrito Federal e da defesa sanitária dos portos, a colaboração com os estados na profilaxia das endemias rurais, o que significou uma forma de ampliação do campo de ação da saúde pública. Além disso, passou a cuidar da educação sanitária, da higiene infantil, da higiene do trabalho e da fiscalização de gêneros alimentícios, criando órgãos especiais para cada uma dessas atividades (BENCHIMOL,1990, p. 54-55; LIMA,1999; LABRA,1985; CUNHA, 2005).

Carlos Chagas considerava que a implantação de um novo modelo sanitário no Brasil exigia a formação altamente qualificada para desempenhar as atividades de Saúde Pública. Inicia-se, assim, uma nova fase na preparação de profissionais com vistas a atuarem na área

específica das políticas sanitárias. Em 1922 é criada a Escola de Enfermagem Ana Nery, e em 1925, o primeiro curso de especialização em saúde pública na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública. Esse curso tinha duração de um ano, exigindo como pré-requisito o Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, cujo programa abrangia as seguintes disciplinas: Patologia Experimental, Bacteriologia, Epidemiologia Clínica, Imunologia e Parasitologia, disciplinas fundamentais na formação de médicos sanitaristas (SOBRINHO,1981; LABRA,1985; CUNHA, 2005). Assim, a modernização administrativa dos serviços de saúde, levada a cabo pela Reforma Sanitária de 1920, lançou as bases para um novo modelo institucional em termos de saúde pública no Brasil, influenciando de forma decisiva a elevação da qualidade de vida e saúde da população brasileira. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública — DNSP, em janeiro de 1920, sob a direção de Carlos Chagas, foi consequência direta da necessidade de modernizar e racionalizar a organização dos serviços de saúde pública. O novo Departamento passou, então, a assumir, no nível do aparelho de Estado, o papel de organismo formulador da política oficial de saúde pública (SOBRINHO,1981; LABRA,1985; CUNHA, 2005).

No início da década de 1930, a grande reivindicação dos sanitaristas brasileiros, já colocada desde o final da década de 1910, finalmente se concretiza. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, através do Decreto 19.402 de janeiro de 1930 (BRASIL, 1930), o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), até então subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, fica submetido ao novo órgão. De acordo com Sobrinho (1981) e Labra (1985), em 14 de julho de 1934, através do Decreto 24.840, houve uma primeira reformulação no Ministério, que alterou significativamente a estrutura de organização de seus serviços de saúde. Essa reforma foi impulsionada pela necessidade de melhorar e ampliar alguns desses serviços, mas pretendia, principalmente, tornar mais eficiente sua extensão aos estados. Em 1937, houve nova reforma no Ministério, com a finalidade de aprimorar e consolidar as mudanças iniciadas em 1934. Nessa reforma, foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão técnico de direção que passou a centralizar os vários serviços do setor saúde dentro do novo Ministério. O novo departamento substituiu a antiga Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e constituiu-se no órgão de coordenação e execução das ações sanitárias em todo o território nacional, oferecendo e ampliando os serviços na área de saúde pública, de assistência hospitalar, de assistência a psicopatas e de amparo à maternidade e à infância (BARRETO,1945; SOBRINHO,1981; CUNHA, 2005).

A partir desse período, o processo de interiorização dos serviços de saúde pública, iniciado ainda na década de 1920, começa a se aprofundar radicalmente. Em 1941, realizou-se nova reestruturação do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Nessa época, o DNS era dirigido pelo médico sanitário João de Barros Barreto, grande incentivador das reformas que foram então empreendidas. Tal reestruturação foi orientada por dois princípios: o de maior coordenação das múltiplas atividades de saúde desenvolvidas pelo governo federal, pelos estados e municípios e o de maior atuação, visando estender a assistência do Departamento Nacional de Saúde a todo o território nacional. Tinha também como objetivo incentivar a solução de determinados problemas nos estados, através do amparo técnico às instituições locais. Além dessas tarefas de execução e coordenação, o Departamento passou a atuar na área de estudos e pesquisas sobre as condições de saúde, tanto no setor de saúde pública quanto de assistência médica (SOBRINHO, 1981, p. 35). Assim, ao longo dos anos, o campo da saúde pública no Brasil foi se configurando em sua dupla dimensão: saúde e salubridade. E não foram apenas os médicos sanitários que participaram dessa rica experiência. Engenheiros politécnicos e uma geração de jovens enfermeiras também desempenharam papel fundamental na definição do perfil institucional que marcaria a formulação, a organização e a execução das políticas de saúde pública em todo o país.

Foi a partir dessa importante e longa experiência histórica e científica na área da saúde pública no Brasil — dotada de continuidade nas décadas seguintes — que se chegou a formular a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Criado oficialmente em 1988 pela Constituição da República Federativa do Brasil, o projeto que deu origem ao SUS desenvolveu-se durante as décadas de 1970 e 1980, quando diversos grupos se engajaram na luta do Movimento Sanitarista, que defendia a saúde como direito universal e tinha como objetivo propor um sistema público visando solucionar os problemas enfrentados pela população brasileira com relação ao acesso aos serviços de saúde. Essa iniciativa foi consolidada pela Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), aprovada em 19 de setembro de 1990, e que em seu 2º artigo definia a saúde como sendo um direito humano e dever do Estado, garantindo assim, no plano legal, a aquisição da saúde a todos os cidadãos brasileiros de forma igualitária (BRASIL, 2015).

O ATAQUE AO SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA

Assim, ao se consolidar como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, garantindo assistência integral e gratuita a todas as pessoas, o SUS se tornou um dos principais

alvos de ataque no Brasil contemporâneo. Na realidade, as tentativas de desmonte do sistema de saúde pública tiveram início antes mesmo da chegada da pandemia de Covid-19 no Brasil. Essas tentativas se inscrevem no processo de desenvolvimento e reestruturação do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, que visa à redução do papel do Estado na sociedade, através da estratégia de privatização dos serviços públicos e da precarização das políticas sociais, buscando a mercantilização de todos os domínios da vida social (FILGUEIRAS, 2006; PORTO, 2009).

Embora essas estratégias já viessem sendo implantadas ao longo das últimas décadas, elas se aceleraram e se intensificam significativamente a partir do golpe de Estado ocorrido em 2016⁴, quando houve o impeachment da presidente Dilma Rousseff, e Michel Temer tomou o poder. Nesse sentido, podemos considerar que governo do presidente Temer constituiu-se como a versão mais radical e evidente do neoliberalismo no Brasil, na medida em que as ações por ele propostas caracterizavam-se pela priorização do mercado financeiro, sem levar em consideração os direitos sociais e humanos (KOVALESKI, 2018). As propostas iniciais a serem adotadas pelo seu governo foram anunciadas através do documento denominado “Uma ponte para o futuro”, divulgado em outubro de 2015 (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES & PMDB 2015), que enfatizava a necessidade de ajuste fiscal e de flexibilização do Orçamento do Estado. Em seguida, em abril de 2016, foi lançado um segundo documento do governo, intitulado “Travessia social” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES & PMDB, 2017), que criticava e colocava em questão as ações propostas pelo governo da presidente Dilma Rousseff e priorizava as parcerias entre os setores público e privado. Tendo como um dos princípios fundamentais o argumento de que o Estado “deve transferir para o setor privado tudo o que for possível em matéria de infraestrutura”, o programa do governo Temer atingiria diretamente os serviços de saúde pública (BRANCO, 2016).

Assim, diante da “ponte para o futuro” proposta pelo governo federal naquele momento, o Brasil iniciou uma “travessia social” que levou o país a uma grave instabilidade política e econômica, que acentuou de forma expressiva as desigualdades sociais e que teve consequências imediatas sobre a saúde pública. Em dezembro de 2016 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), proposta pelo presidente

⁴ Apesar do cumprimento de certos ritos legais, incluindo a anuência do Supremo Tribunal Federal (STF), não apenas políticos e militantes, mas também vários analistas (MIGUEL, 2019) classificam o impeachment da presidente como golpe de Estado.

Temer. Tal emenda previa o congelamento do orçamento previsto para as áreas da saúde e educação durante 20 anos, a partir de 2018, autorizando apenas o reajuste em função da taxa anual de inflação. De acordo com Kovalesski (2018), esse congelamento retiraria cerca de R\$ 415 bilhões dos recursos do SUS ao longo desses 20 anos. Mas seus efeitos se deram de forma imediata pela precarização das condições de trabalho e redução do número de profissionais da área da saúde pública, atraso no pagamento dos servidores, fechamento de hospitais e unidades de saúde, além do impacto sobre a qualidade de vida e a saúde das pessoas diretamente atingidas pelo cenário de imprevisibilidade com relação ao futuro que se apresentava (KOVALESKI, 2018).

Dando continuidade ao ataque que já havia sido desencadeado desde que Temer tomou posse como presidente, o desmonte do SUS se intensificou significativamente com a chegada de Jair Bolsonaro ao poder. Ainda em 2019, o ministro da Saúde anunciou a Nota Técnica Nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019), que reorientava radicalmente as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, prevendo a reabertura dos manicômios e a compra de aparelhos de eletrochoques para o SUS, além da internação de crianças em hospitais psiquiátricos e o fim do tratamento para pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Essa alteração contradizia totalmente a política de redução de danos com relação à saúde mental, que havia sido adotada há cerca de 30 anos no Brasil, depois de uma grande campanha do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (ENSP, 2019), cuja ação levou à Reforma Psiquiátrica, estabelecida em 2001 pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001). Essa reforma tinha por objetivo garantir os direitos humanos e civis aos portadores de doenças mentais e psíquicas, eliminando o tratamento desumano e cruel que caracterizava os manicômios. Portanto, a alteração realizada pelo governo Bolsonaro com o lançamento dessa Nota Técnica representou um grave e assustador retrocesso das políticas nacionais de saúde mental no Brasil.

O ataque ao SUS se agravou e se revelou ainda mais aterrorizante quando, em plena crise pandêmica, Bolsonaro propõe a privatização do SUS, ao publicar, no dia 27 de outubro de 2020, o Decreto 10.530/2020 (BRASIL, 2020a), que transferia a gestão das políticas de atenção primária à saúde do Ministério da Saúde ao Ministério da Economia, autorizando a participação da iniciativa privada na administração das Unidades Básicas de Saúde-UBS em todo o Brasil. Esse decreto anularia o direito constitucional de acesso da população brasileira aos serviços de saúde, direito esse que fundamentou a criação do SUS. Entretanto, a resistência e a oposição crítica do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020b) e de alguns parlamentares e, sobretudo, a reação da população fizeram com que Bolsonaro recuasse e

revogasse o decreto no dia seguinte à sua publicação no Diário Oficial (BRASIL, 2020c). Nesse mesmo dia, ocorreu um incêndio no já sucateado Hospital Federal de Bonsucesso, bairro periférico da cidade do Rio de Janeiro, obrigando à remoção urgente de mais de 160 pacientes e vitimando de forma fatal três pessoas. Como nos chama a atenção Sakamoto (2020), essa trágica ocorrência revelava que a precarização dos serviços de saúde pública estava sendo utilizada como estratégia para justificar a sua privatização. Desse modo, a tentativa de privatização do sistema de saúde pública em plena pandemia intensificou ainda mais a instabilidade do momento que vivemos ao evidenciar o objetivo do governo atual de implementar políticas visando precarizar as condições de vida e saúde da população, determinando quem deve morrer, ou seja, pondo em prática a *necropolítica* (MBEMBE, 2018).

A tentativa de desmonte do SUS com o objetivo de privatizar os serviços de saúde pública pelo atual governo se expressou também pela tentativa de “tomar posse” da direção da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que é diretamente vinculada ao SUS e sempre lutou pelo acesso aos serviços de saúde de forma igualitária. Considerada uma instituição de excelência na área da saúde pública, tanto no que concerne à realização de pesquisas e produção de vacinas e outros medicamentos, quanto à formação dos especialistas na área, a Fiocruz tem enfrentado sérios conflitos com o atual governo federal. A tentativa de “tomar posse” da direção da instituição ocorreu durante o processo eleitoral para sua presidência, em 2020, referente à gestão do período 2021/2024, quando alguns de seus funcionários se mobilizaram na tentativa de “colocar a esquerda para fora da direção da Fiocruz” (THUSWOHL, 2020). Com esse objetivo, esses funcionários apoiaram a candidatura, apresentada no último momento do processo das eleições internas para a lista tríplice, de um servidor do setor financeiro da Fiocruz, com formação em Ciências Contábeis. Ou seja, mais uma vez a lógica financeira queria se apoderar da gestão da saúde pública. Sua candidatura surpreendeu a todos pelo fato de que ele não tinha nenhuma formação na área da saúde e aterrorizou a todos quando ele anunciou ser o representante “dos bolsonaristas e conservadores da Fiocruz” (THUSWOHL, 2020).

Naquele momento, a atual presidente da Fiocruz, a socióloga Nísia Trindade de Lima, primeira mulher eleita presidente da instituição, já ocupava esse cargo. Ela havia sido eleita em novembro de 2016 e assumido o cargo em janeiro de 2017, em um contexto político pós-golpe de Estado, que já ameaçava o processo democrático que sustentou a sua eleição. Mas a pressão da oposição ao governo Temer garantiu que ela assumisse o cargo e passasse por dois governos de direita e cinco ministros da Saúde (PINA, 2017). E sua gestão, sobretudo

durante a pandemia da Covid-19, foi fundamental para o enfrentamento e controle da crise pandêmica que vivemos. Como presidente da Fiocruz, ela defendeu o isolamento social e as medidas sanitárias indicadas pela OMS, como também os pesquisadores e cientistas que alertaram sobre os riscos do uso da cloroquina. E justamente por sua importante atuação e resistência a atitudes negacionistas do atual governo federal diante da pandemia, ela se reapresentou como candidata à presidência no processo eleitoral de 2020 e foi reeleita para a gestão de 2021/2024.

CONCLUSÃO

Assim, esse cenário tão instável e imprevisível que vivemos nesse momento em nosso país se deve não somente à crise pandêmica que atinge todo o planeta, mas, sobretudo, às atitudes negacionistas do atual governo com relação ao conhecimento científico do qual dispomos para enfrentar essa crise. Essas atitudes se evidenciam através das ações e omissões do Executivo federal, que agravaram ainda mais a pandemia da Covid-19 no Brasil, expressando o seu desrespeito à vida humana. As consequências desse negacionismo afetam não somente a saúde, mas os direitos civis da população brasileira, em particular dos grupos sociais mais vulneráveis.

Diante da omissão do Estado, a pandemia afetou imensamente os povos indígenas no Brasil, apesar de os dados oficiais relativos ao número de indígenas infectados e mortos pelo coronavírus continuarem sendo subnotificados, visando dar invisibilidade a esse grave problema (COVID-19 E OS POVOS INDÍGENAS, 2020). Outro grupo social extremamente atingido pela Covid-19 foram os moradores das favelas e periferias. Além das condições de precariedade em termos de infraestrutura e serviços urbanos que já caracterizam esses territórios, a baixa renda dessa população dificultou imensamente o cumprimento das medidas sanitárias necessárias visando controlar a disseminação do novo coronavírus, como a higienização, o uso de gel e de máscara e, sobretudo, a prática do isolamento social (SUMMIT SAUDE BRASIL, 2020). Verifica-se, portanto, que o impacto da pandemia de Covid-19 acentuou ainda mais as desigualdades sociais que marcam profundamente a história do Brasil e que estão sendo totalmente negligenciadas pelo atual governo, que não reconhece a longa e importante experiência científica desenvolvida no Brasil no campo da saúde pública.

Essa negligência com relação ao aumento das desigualdades sociais revela as *hierarquias morais* na consideração do valor da vida humana, que implica a valorização da vida

de determinadas pessoas em detrimento de outras (FASSIN, 2018). E assim, a *necropolítica* (MBEMBE, 2018), praticada por esse governo têm produzido uma forma de genocídio dos grupos sociais mais vulneráveis, revelando que, para o presidente Jair Bolsonaro, essas vidas não têm nenhum valor. Nesse sentido, a vulnerabilidade e o alto índice de subnotificações têm intensificado ainda mais o ambiente de incerteza e imprevisibilidade que vivemos nesse momento. E a violação ética das ações políticas do atual governo deixa o horizonte ainda mais instável e obscuro com relação ao futuro que nos espera. Afinal, em que mundo estamos? Para onde vamos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Marli *et alii* (1991). *A Ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 154 pp.

BARRETO, João de Barros (1945). *O Departamento Nacional de Saúde em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 551 p.

BENCHIMOL, Jaime L. (1990a). *Pereira Passos: um Haussmann Tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Coleção Biblioteca Carioca, 324 p.

BENCHIMOL, Jaime L. (coord.) (1990). *Manguinhos: do sonho à vida - A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 247 p.

BENITES, Afonso; JUCA, Beatriz; BORGES, Rodolfo. (2020). **Mandetta é demitido por Bolsonaro**. Decisão de presidente foi anunciada no Twitter pelo agora ex-ministro. Nelson Teich comandará Ministério da Saúde. Mandatário diz que exoneração acontecerá “nas próximas horas”. El País, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-16/mandetta-e-demitido-por-bolsonaro.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRANCO, Mariana (2016). Ações do governo Temer estarão baseadas no documento Uma Ponte para o Futuro. Brasília: Agência Brasil, 14 mai 2016. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2016-05/acoes-do-governo-temer-estarao-baseadas-no-documento-uma-ponte-para-o> . Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (1930). Decreto n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre

[e%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias](#). Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/L10216.htm . Consulta em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (2015). SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Blog da Saúde, 23 jun. 2015. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (2016). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/Dapes/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> . Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL (2020a). Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Diário Oficial da União, edição 206, Seção 1, página 3, 27 out. 2020. Brasília: Imprensa Nacional. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.530-de-26-de-outubro-de-2020-284999568>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (2020b). CNS critica decreto de privatização do SUS durante debate sobre cooperação internacional na Saúde Pública. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 out. 2020. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1434-cns-critica-decreto-de-privatizacao-do-sus-durante-debate-sobre-cooperacao-internacional-na-saude-publica>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. (2020c). Decreto nº 10.533, de 28 de outubro de 2020. Revoga o Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020, que dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República. Brasília: Presidência da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/decreto/D10533.htm . Acesso em: 20 nov. 2020.

CORONAVÍRUS BRASIL. (2020). Covid19: Painel Coronavirus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> . Acesso em: 20 nov. 2020.

COVID-19 E OS POVOS INDÍGENAS (2020). Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/> . Acesso em: 20 nov. 2020.

CUNHA, Neiva Vieira. (2005). *Viagem, Experiência e Memória. Narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. São Paulo: EDUSC-ANPOCS, 330 p.

DRG BRASIL (2020). Impactos do coronavírus no sistema de saúde: veja como todos os envolvidos são afetados. Blog do Valor em Saúde, 03 jun. 2020. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/impactos-do-coronavirus/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ENSP. (2019). Saúde mental em discussão: a luta antimanicomial no Brasil. Informe da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 28 mai. 2019. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/46239>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FASSIN, Didier. (2018). *La vie. Mode d'emploi critique*. Condé-sur-Noireau : Seuil, 192 p.

FILGUEIRAS, Luiz Antonio Mattos (2006). "O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste de modelo econômico". In *Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales*. Eduardo M. ; Arceo, Enrique. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, p.179-206.

FRANCO, Afonso Arinos de Mello. (1973). *Rodrigues Alves: apogeu e declínio da democracia*. Rio de Janeiro: J.Olympio

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PMDB. (2015). Uma ponte para o futuro. Brasília, 29 out. 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf> . Acesso em: 20 nov. 2020.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PMDB. (2017). A travessia social. Brasília. Disponível em: https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/TRAVESSIA-SOCIAL-PMDB_LIVRETO_PNTE_PARA_O_FUTURO.pdf . Acesso em: 20 nov. 2020.

G1 RIO (2020). Governo do RJ confirma a primeira morte por coronavírus. Vítima é uma mulher de 63 anos que tinha diabetes e hipertensão. Ela trabalhava como empregada doméstica de uma mulher que testou positivo para a doença. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 20 nov. 2020.

HALBWACHS, Maurice (1950). *La Memoire Collective*. Paris: PUF.

HOCHMAN, Gilberto (1998). "*A era do saneamento*": as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 261 p.

HOMERO, Valquiria. (2020). Covid-19: Brasil, que já foi 4º, agora é 10º em ranking de mortes por milhão. Está empatado com México. Taxa de ambos é 818. Poder 360, 01 dez. 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/covid-19-brasil-que-ja-foi-4o- agora-e-10o-em-ranking-de-mortes-por-milhao/> . Acesso em: 01 dez. 2020.

KOVALESKI, Douglas. (2018). Sobre a saúde pública na era Temer: os ataques à classe trabalhadora. Desacato. Disponível em: <http://desacato.info/sobre-a-saude-publica-na-era-temer-os-ataques-a-classe-trabalhadora/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LABRA, Maria Eliana. (1985). O movimento Sanitarista nos anos 20. Da conexão sanitária internacional à especialização em Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Ebap/FGV, 410 pp.

LIMA, Nísia Trindade (1999). *Um sertão chamado Brasil*. IUPERJ/UCAM, 222 pp.

LUCAS, Ángeles. (2020). A triste sorte dos presidentes negacionistas da covid-19. Líderes relutantes em adotar medidas para controlar a pandemia como Trump e Bolsonaro

enfrentam agora um número recorde de afetados pelo coronavírus. El País, 07 jul. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-07-07/a-triste-sorte-dos-negacionistas-da-covid-19.html> . Acesso em: 20 nov. 2020.

MBEMBE, Achille, (2018). *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições, 2018, 80p.

MELLO, Marco Antônio da Silva; VOGEL, Arno (2004). *Gente das Areias: história, meio ambiente e sociedade no litoral brasileiro*. Marica/RJ - 1975 a 1995. Niterói: EDUFF, 419 p.

MIGUEL, L. F.. (2019). O colapso da democracia no Brasil: da Constituição ao golpe de 2016. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Rosa Luxemburgo, v. 1. 216 p.

OLIVEIRA, Elida; ORTIZ, Brenda. (2020). Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil. Homem de 61 anos, que mora em São Paulo, fez viagem para a Itália entre 9 e 21 de fevereiro. Dois testes deram positivo para infecção. Família está em observação. Portal de Notícias G1 e G1 Distrito Federal. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/02/26/ministerio-da-saude-fala-sobre-caso-possivel-paciente-com-coronavirus.ghtml> . Acesso em: 20 nov. 2020.

OLIVEIRA, Regiane; BORGES, Rodolfo; BEDINELLI, Talita. (2020). **Evolução dos casos de coronavírus no Brasil**. Dados mais recentes de infecções e mortes pela covid-19 nos Estados brasileiros e comparação com os principais epicentros da epidemia no mundo. El País, 19 out. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-07-23/evolucao-dos-casos-de-coronavirus-no-brasil.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

OMS. *Solidarity Therapeutics Trial produces conclusive evidence on the effectiveness of repurposed drugs for COVID-19 in record time*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 15 out. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-10-2020-solidarity-therapeutics-trial-produces-conclusive-evidence-on-the-effectiveness-of-repurposed-drugs-for-covid-19-in-record-time>. Acesso em: 16 out.2020.

PINA, Rute. (2017). Após pressão, Nísia Trindade assume presidência da Fiocruz. Ministério da Saúde anunciou, na tarde desta terça (3), que a primeira colocada nas eleições ocupará o cargo na fundação. São Paulo: Brasil de Fato, 03 jan. 2017. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/01/03/apos-pressao-nisia-trindade-assume-presidencia-da-fiocruz>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PIRES, Luis Sevillano; BORJA, Andriano; LLANERAS, Kiko; GRASSO, Daniele. (2020). O mapa do coronavírus: como aumentam os casos dia a dia no Brasil e no mundo. Mais de seis meses depois da covid-19 chegar ao Brasil, os números de casos e mortes em todo o planeta são contados na casa dos milhões. Confira a evolução da pandemia. El País, 20 nov. 2020. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2020/03/12/ciencia/1584026924_318538.html?rel=friso-portada?rel=listapoyo . Acesso em: 20 nov. 2020.

PORTO, Maria Célia da Silva. (2009). Estado e Neoliberalismo no Brasil Contemporâneo: implicações para as políticas sociais. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf . Acesso em: 20 nov. 2020

SAKAMOTO, Leonardo. (2020). Privatização do SUS e incêndio em hospital são fruto de um projeto de país. UOL, 28 out. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/10/28/privatizacao-do-sus-e-incendio-em-hospital-sao-fruto-de-um-projeto-de->

- pais.htm?fbclid=IwAR38ld9V7XUroHNMfE-m5bcJXhjnQ5YJrV4GpDomhN5G_cWUXZx3Yp6HFE. Acesso em: 20 nov. 2020.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. (2020). *A bailarina da morte. A gripe espanhola no Brasil*. São Paulo: Companhia da Letras, 368 p.
- SHALDERS, André. (2020). **Quem é Eduardo Pazuello, o general que assume interinamente o Ministério da Saúde**. Militar se define como 'um executante' e admite que é 'leigo' em questões técnicas da área de saúde. General assume o Ministério da Saúde, a princípio de forma interina, após a demissão de Nelson Teich. BBC News Brasil, 16 mai 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/05/16/quem-e-eduardo-pazuello-o-general-que-assumira-por-enquanto-o-ministerio-da-saude.htm>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- SINGER, Paul *et alli* (1988). *Prevenir e Curar - O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 166 p.
- SOBRINHO, Vivaldo Lima. (1981). *A política de Saúde Pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ, 75 p.
- STEPAN, N. (1976). *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Artenova, 188 p.
- SUMMIT SAUDE BRASIL (2020). Os legados da pandemia. Evento on-line organizado pelo Estadão. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/coronavirus-como-a-pandemia-tem-afetado-favelas-e-comunidades/>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- THUSWOHL, Mauricio. (2020). Eleição na Fiocruz acontece sob a ameaça de interferência de Bolsonaro. Servidores temem que presidente não respeite a lista tríplice dos mais votados. São Paulo: Carta Capital, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/eleicao-na-fiocruz-acontece-sob-a-ameaca-de-interferencia-de-bolsonaro/>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- VERNANT, Jean-Pierre, 2009. *A travessia das fronteiras*. São Paulo: EDUSP, 224 p.

Neiva Vieira da Cunha

Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Uerj, pesquisadora do Laboratório de Etnografia Metropolitana/LeMetro/IFCS-UFRJ, coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Periferias/NEsPE/FEBF-Uerj, pesquisadora associada ao *Centre d'Études des Mouvements Sociaux/CEMS-EHESS*