

A PERSPECTIVA BIOPOLÍTICA DA MEDICINA SOCIAL: SUS, PSF, NEOLIBERALISMO E PANDEMIA

THE BIOPOLITICAL PROSPECT OF THE SOCIAL MEDICINE: UHS, FHP, NEOLIBERALISM AND PANDEMIC

Felipe Sampaio de Freitas¹

Resumo: A medicina é um dos vários temas presentes ao largo da obra de Michel Foucault e possui diversas incursões em seus estudos. Neste artigo, daremos destaque à duas conferências muito conhecidas: *Crise da medicina ou crise da antimedicina* e a famosa *O nascimento da medicina social*. O intuito é o de mostrar em que medida a medicina social se configura como um primeiro ponto daquilo que Foucault mais tarde trabalhou, de forma mais incisiva, em seus cursos (de 76 a 79), isto é, a *biopolítica*. Além disso, buscaremos esclarecer o leitor para a análise da medicina social, no Brasil, por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Sistema único de Saúde (SUS) do Governo Federal, problematizando-os como seguimentos biopolíticos e averiguando como os mesmos se encontram meio à crise pandêmica ocasionada pela *Covid-19*.

Palavras-chave: Medicina Social. Biopolítica. Neoliberalismo. PSF. SUS.

Abstract: The medicine is one of several themes present throughout the work of Michel Foucault and has much incursions in his studies. In this paper, we will highlight two well-known conferences: *Crisis of medicine or crisis of antimedicine* and the famous *The birth of social medicine*. The purpose is to show the extent to which social medicine is configured as a first point of what which Foucault later worked, more incisively, in his courses (from 76 to 79), that is, the biopolitics. In addition, we'll seek to clarify the reader for the analysis of social medicine, in Brazil, through the *Programa Saúde da Família* ("Family Health Program", PSF) and the Federal Government's *Sistema Único de Saúde* ("Unified Health System", SUS), problematizing them as biopolitical follow-ups and investigating how they are, currently, in the front of the pandemic's crisis of *Covid-19*.

Keywords: Social Medicine. Biopolitics. Neoliberalism. FHP. UHS.

* * *

¹ Licenciado em Filosofia pela Universidade Federal do Pará; Mestre em Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal do Pará; Doutorando em Psicologia Social no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA. E-mail: felipesampaiodefreitas@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9071-0652>

Introdução

*“A medicina define não somente o que é anormal e o que não é, mas, por fim, o que é lícito ou ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou prática maligna.”
(Foucault. *As grandes funções da medicina em nossa sociedade*, 1972)*

A temática da vida, dentre tantos outros temas presentes na obra de Michel Foucault, possui um profundo destaque. Ela emerge através de suas análises históricas em torno da interpretação dos mais variados momentos da humanidade. É factual que a partir da década de setenta Foucault tenha nutrido profundo interesse no entrelaçamento entre a análise do discurso – ou seja, estruturas de formações discursivas, de formação de enunciados – com as questões relativas ao poder e à verdade, primeiramente no âmbito institucional, e, mais tarde, no macro aspecto da população. Isto deu espaço, assim, para a análise da vida sob os termos conhecidos por *biopoder* e *biopolítica*. Apesar destes termos serem desenvolvidos com mais frequência em obras como *Histoire de la Sexualité I: la volonté de savoir* (1976); ou nos cursos *Il faut défendre la société* (1975/76); *Sécurité, Territoire, Population* (1977/78); *Naissance de la biopolitique* (1978/79), Foucault já os tinha tratado anteriormente, em 1974, quando de sua passagem pelo Brasil para divulgar uma série de estudos acerca da história da medicina, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Esta ocasião nos é muito cara, pois marca a primeira aparição do termo *biopolítica* no léxico do filósofo francês, além de permitir o *link* desta para com a situação de nossa própria medicina social, no Brasil.

Ressaltamos que Foucault dedicou muito tempo de sua vida ao estudo da psicologia, da psiquiatria, entre tantos outros domínios da área da saúde, problematizando suas imbricações por meio das relações entre poder, verdade e produção de subjetividade. É válido lembrar que o filósofo esteve ativamente envolvido, desde o início dos anos 70, em projetos e ações como: o Grupo de Informação sobre a Saúde (GIS) – que o impulsionou a escrever o “Manifesto sobre a medicina” –; o Grupo de Informação sobre o Asilo (GIA); e também, o Grupo de

Informação e Sustentação dos Trabalhadores Imigrados (GISTI). Estas empreitadas seguiam a metodologia de atuação do Grupo de Informação sobre as Prisões (GIP).²

Em 74 não seria diferente: o resultado de suas pesquisas apontava para o questionamento do *locus* e da função da medicina na sociedade. Resgatou-se, então, uma velha dicotomia: de um lado, uma medicina individual-reacionária-capitalista, voltada para o indivíduo e o tratamento de sua doença específica; e, de outro lado, uma medicina social-libertária-socialista, que visava a prevenção, não da doença individual, mas da gestão do conjunto dos indivíduos: a população. A pergunta basilar de Foucault seria, então: a medicina seria individual ou coletiva?³

A medicina é sempre social

Aprofundando mais estes termos, o tema discutido trata da divisão entre a medicina capitalista (pensada ao redor do lucro) em antítese à medicina institucionalizada e estatal (que tem por finalidade pensar o tratamento das enfermidades pelo viés da socialização do corpo e da doença, através do “todo” populacional). Ambos os modelos, todavia, são invadidos por nuances problemáticas. No primeiro caso, obviamente, falar-se-á, por exemplo, de “empresas médicas” voltadas ao arrendamento e ao lucro, as quais utilizarão de mão-de-obra explicitamente médica, e, de certo modo, retomando a medicina que era praticada anteriormente ao século XVIII, entretanto, agora circunscrita no registro do capital. No segundo caso, apesar de ser pensada pela via da socialização, tanto dos indivíduos, como do próprio corpo e da doença, o que sempre está no “background” destes modos de ação é a manutenção e a redistribuição de poder político, pois seu principal meio de agir (e que antepara a medicina socializada), é praticado, ainda, pelas vias do Estado. Este último que, no caso, força uma tensão “entre a esfera médica e política”.⁴ Acima de tudo, o envolvimento da medicina moderna, além de sua imersão no âmbito social, foi propiciado, ou, reconfigurado, por meio de fatores econômicos que tem sua emergência principalmente com o advento do capitalismo:

² cf. RODRIGUES, Heliana de B. Conde. *Ensaio sobre Michel Foucault no Brasil: presença, efeitos, ressonâncias*. Rio de Janeiro : Lamparina, 2016: p. 78.

³ cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994: p. 209.

⁴ cf. PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica da medicina social*. São Paulo: Editora UNESP. 2005: p. 183; 190.

Sempre terá o médico de se voltar, no modo de produção capitalista, para a necessidade de atender às suas próprias necessidades de ordem econômica, por meio de um ganho obtido no mercado. Mesmo que parte de seu tempo seja dispensado à assistência médica caritativa, o sentido dessa sua ação poderá não ser estritamente médico [...].⁵

Com o avanço do modelo econômico (neo)liberal, os médicos tendem a focalizar seus esforços muito mais na relação deles mesmos com seus pacientes, visando a cura ou tratamento de forma específica, e, claro, sua remuneração, assim, distanciando-se da medicina preventiva. Entretanto, como veremos, Foucault nos mostra que a medicina acaba por ser sempre *social*. Isto é, mesmo que o sistema (neo)liberal tenha acompanhado os diversos momentos de expansão do capitalismo, o médico torna-se paulatinamente um indivíduo “coletivo”, isto é, “o médico, como profissional autônomo [...] está tendendo a desaparecer. Cada vez mais ele é substituído pelo médico coletivo”.⁶

Dado o envolvimento da medicina em assuntos político-sociais, não seria prudente deixarmos de lado a primeira parte da série de conferências proferidas na UERJ. O texto intitulado “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine?” (“Crise da medicina ou crise da antimedicina?”) nos chama atenção para questões primordiais acerca desta dicotomia, qual seja, a dualidade social/individual. Na década de setenta, diversos acadêmicos refletiram sobre este *locus* moderno da medicina. O ponto de partida e análise de Foucault é o plano *Beveridge* (1942), criado pelo economista e reformador social William Beveridge (1879-1963).

Durante o período em que ocorrera a Segunda Guerra Mundial, o inglês desenvolve o chamado *Report on Social Insurance and Allied Services* (“Boletim sobre Seguro Social e Serviços Aliados”), um sinônimo para o já mencionado plano, o qual fora uma estratégia para salvaguardar a população afetada pelos horrores da guerra, ainda, algo que aliviasse a população de suas necessidades mais básicas – como alimentação e saúde –, estipulando que todo cidadão apto ao trabalho pagasse uma contribuição semanal ao Estado. Esta contribuição assegurava uma qualidade mínima de vida às pessoas mais afetadas pelas catástrofes da guerra, logo, não sendo permitido que estas vivessem abaixo de certo limite pré-estipulado. Os subsídios eram, então, um *direito* do cidadão e não necessariamente pensões dadas pelo Estado; atendendo viúvas,

⁵ cf. *Ibidem*. p. 180.

⁶ cf. PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica da medicina social*. São Paulo: Editora UNESP. 2005: p. 184.

desempregados, reformados, doentes, etc. Algo muito válido, como comenta Foucault, “no momento onde a guerra causava grandes destruições, uma sociedade se encarregava da tarefa explícita de garantir aos seus membros não apenas a vida, mas a vida com a boa saúde”.⁷ Era, assim, não unicamente um direito à vida, mas acima de tudo à saúde.

O plano reveste-se também de outras características e pontos cruciais, como nos mostra Foucault: ele transformou a saúde em um objetivo e preocupação do Estado, muito embora, desde o século XVIII, a função do mesmo já ter sido esta: assegurar a saúde física dos cidadãos. No entanto, tal premissa não ocupava lugar de destaque, não era ainda algo prioritário. Houvera, então, uma inversão do direito para uma “moral do corpo”. Moral, pois com a entrada da medicina nas finanças estatais ocorrera a inserção da saúde, da doença e do corpo, em um novo arremate de “socialização”: a mesma seria “um instrumento de socialização dos indivíduos”⁸ (falava-se, por exemplo, no século XIX, em hábitos de higiene individual e também familiar, sendo um dever cuidar da saúde e da higiene). Na metade do século XX isto entra em xeque com um questionamento problemático: a saber, o do direito de se poder “ficar doente quando se quiser e quando for preciso”, não falando-se mais, então, da obrigatoriedade da higiene visando a boa saúde. A saúde, com a criação do plano, entra na macroeconomia do Estado deixando de ser simplesmente um problema que deveria ser sanado com pensões, mas fazendo parte do cálculo das despesas estatais, tornando-se uma *finalidade*. Desta forma, deu-se o pontapé inicial para a socialização da saúde, da doença e do corpo, na mesma medida em que estes firmam a socialização dos indivíduos. A saúde entra, então – principalmente com o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, e, com a eleição dos trabalhadores ingleses –, nas malhas do poder e nas lutas políticas.⁹

É basicamente neste decênio, de 1940 a 1950, que Foucault menciona a entrada do corpo dos indivíduos nos objetivos principais de intervenção por parte do Estado. Por ter nascido, então, um novo direito e uma nova moral dessa “nova política e dessa nova economia do corpo”: “[...] o corpo do indivíduo tornou-se um dos objetivos

⁷ cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine ?” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris : Gallimard, 1994 : p. 40.

⁸ cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine ?” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994: p. 41, 42.

⁹ cf. *Ibidem*. loc. cit.

principais de intervenção estatal, um dos grandes objetos que o próprio Estado deve tomar ao seu encargo”.¹⁰

É certo que, no meio e no período em que vivemos, esta afirmativa seja precisa: nunca o corpo fora tão valorizado. No mundo contemporâneo, é muito comum vermos o desenvolvimento de novas técnicas para o cuidado do corpo. Seja para fins estéticos, ou, para se obter saúde, o corpo entrou no alvo biopolítico: os indivíduos saudáveis e que “cuidam de si” acabam “aparentando” esta saúde, e isto é algo que, na sociedade atual, é muito valorizado por ser associado a uma melhor capacidade de produção e melhor desempenho no trabalho, bem como, melhor proatividade (mesmo que isso nem sempre seja uma regra). Uma digressão: chega a ser “narcísico” tal culto. Ora, o ato de cuidar da saúde deveria convergir para o conhecimento das potências “desconhecidas” do ser humano, como no caso do corpo do bailarino que, após o esforço ininterrupto, incansável ensaio dos movimentos, torna-se rijo e flexível. Entretanto, o que vemos é justamente o contrário: um corpo “belo”, hoje, seria aquele que acompanha a lógica dos *spinnings* e supinos. É o resultado de uma mecânica que salvaguarda primeiramente a beleza estética para fins mercadológicos e alienados, pois o marketing do capital prioriza tais características; enquanto que no exemplo do balé há muito mais presença de um “corpo liberado” e autorrealizado, proveniente de uma “ética da existência” que é “libertadora”, que nos rememora à “estética da existência”, à qual Foucault comenta em seus escritos finais.¹¹

Foucault nomeia este evento através da “somatocracia”: neologismo significativo à importância dada ao corpo, por parte do Estado, na medida de seu apoio e atenção prioritário à saúde: isto acontecera, segundo ele, desde o século XVIII. Devemos lembrar, também, que diante da modernização das técnicas hospitalares, bem como, das ciências da saúde, houve a criação e manipulação de substâncias que potencializaram a eficácia do tratamento de certas enfermidades, como, por exemplo, o antibiótico, que possui forte ação antibacteriana, antifúngica e antituberculosa. Não por acaso, este aparecimento convergiu também com os grandes sistemas de seguridade social. Ou seja, pela primeira vez o homem poderia lutar de maneira eficaz contra doenças infecciosas.¹²

¹⁰ cf. *Ibidem*. p. 43.

¹¹ cf. BOSCO, Francisco. “Variações sobre o narcisismo” in *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, SP: Editora Bregantini, nº 225, Ano 20, Julho/2017: p. 9.

¹² cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine ?” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994: 43.

Neste momento, redirecionamo-nos, novamente, à questão que dá luz à conferência de Foucault: à qual “crise” médica Foucault se refere? Ou, melhor dizendo, à qual crise os críticos da medicina se referiram? Primeiramente, este problema é apresentado sob dois aspectos: o primeiro condiz com o que já vimos: ora, a medicina ganhou uma nova forma, um novo caráter (científico), principalmente com a potencialização das técnicas científicas, no século XVIII em diante. Secundariamente, apesar de toda esta potência entregue à ciência, e com a saúde entrando em um novo registro econômico e político, mesmo assim, não se produziu “a melhoria do bem-estar sanitário” que se esperava. No entanto, só e somente gerou-se uma “estagnação das benfeitorias”. Um terceiro aspecto é aquele que diz respeito à capacidade da medicina para finalidades “sombrias”, como a morte (muito embora, durante um longo período da história da medicina, isto ter sido atribuído ao erro/ignorância do médico, ou, à própria medicina).¹³ Um exemplo: muito se sabe sobre a medicina dos campos de concentração, das experiências com seres humanos, câmaras de gás, bem como, técnicas médico/químicas para criação de armas usadas nos *fronts* de batalha, onde, talvez, um dos casos mais famosos fora o do “Agente Laranja”, usado pelos americanos na Guerra do Vietnã, de 1961 a 1971. A humanidade entrou em contato com uma medicina que não era apenas “prol vida”, mas capaz de dizimar populações inteiras. Temos, a partir disto, a face obscura da medicina, aquela que é voltada para a execução e o extermínio.

Apesar de todos esses levantes críticos, dentre os quais Foucault aponta principalmente o caso do pensador e polímata austríaco Ivan Illich (1926-2002), em *Medical Nemesis: the expropriation of health* (1975), o francês nos mostra, desde esta primeira conferência na UERJ, que aquilo que se pensava sobre a medicina – a respeito de figurar como um contrato entre médico e paciente para fins específicos, ou, possuidora de uma face obscura –, ainda assim, não seria a característica predominante da mesma:

Na realidade, não se deve pensar que a medicina permaneceu até os nossos dias como uma atividade do tipo individual ou contratual entre o doente e o seu médico, apoiando apenas recentemente tarefas sociais. Ao contrário, gostaria de mostrar que a medicina, pelo menos depois do século XVIII, constitui uma atividade social. Em um sentido, a medicina social não existe, já que toda medicina é social. Ela sempre foi uma prática social. O que não existe é a medicina não social, a medicina individualista, clínica, a da relação singular, que

¹³ cf. *Ibidem*. p. 43-45.

foi mais um mito com o qual se justificou e defendeu certa forma de prática da medicina: o exercício privado da profissão.¹⁴

Então, fica claro que mesmo com o plano *Beveridge* não houve a ascensão de uma medicina de tipo social em detrimento a uma de caráter individual. O que há, na realidade, é uma reafirmação daquele caráter que sempre esteve presente nas relações entre médico e paciente, isto é, o de uma medicina preventiva, atuante em torno da preservação da população. É claro, Foucault administra sua atenção principalmente no período que vai do século XVIII até seu tempo. Com isto, fica a grande questão, a saber: debruçar-se sobre a maneira do desenvolvimento desta medicina que, no decorrer dos séculos, acompanhou a grande abertura do mercantilismo e da chamada Revolução Industrial, esta última que modificou profundamente a maneira de se “fazer medicina”, já que o capital exige mão-de-obra saudável e apta ao trabalho. Como Foucault nos mostra¹⁵, houvera um grande arremate epistêmico da medicina, ou, um tratamento da mesma sob o caráter de ciência e sua “decolagem” no âmbito sanitário. Além do mais, tendo em os avanços científicos voltados à saúde (na genética principalmente), a medicina possibilitou um “alongamento da vida” e a modificação, não apenas do indivíduo e da estrutura de suas células, mas, sobretudo, da espécie. Lembremos do preceito fundamental da biopolítica, qual seja, a entrada da vida (e da morte) nos cálculos políticos.

[...] é o conjunto do fenômeno da vida que se encontra situado no campo da ação de intervenção médica. [...] O médico e o biólogo não trabalham mais, agora, no nível do indivíduo e de sua descendência, mas começam a fazê-lo no nível da própria vida e de seus acontecimentos fundamentais.¹⁶

¹⁴ “En réalité, il ne faut pas penser que la médecine est demeurée jusqu'à nos jours une activité de type individuel ou contractuel entre le malade et son médecin, pour ne prendre en charge que récemment des tâches sociales. Au contraire, je voudrais montrer que la médecine, au moins depuis le XVIII^e siècle, constitue une activité sociale. En un sens, la médecine sociale n'existe pas, puisque toute la médecine est sociale. La médecine a toujours été une pratique sociale. Ce qui n'existe pas, c'est la médecine non sociale, la médecine individualiste, clinique, celle du rapport singulier, qui fut plutôt un mythe avec lequel on a justifié et défendu une certaine forme de pratique sociale de la médecine, à savoir l'exercice privé de la profession.” (cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard. 1994: p. 43-44, *tradução nossa*)

¹⁵ cf. Ibidem. p. 44.

¹⁶ “[...] c'est l'ensemble du phénomène de la vie qui si trouve désormais placé dans le champ d'action de l'intervention médicale. [...] Le médecin et le biologiste ne travaillent plus dorénavant au niveau de l'individu et sa descendance, mais commencent à le faire au niveau de la vie elle-même et ses événements fondamentaux.” (cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?” in FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard. 1994: p. 47, 48, *tradução nossa*)

A saúde é alvo de intervenção médica. Tudo, passando pelo saneamento básico, o tratamento da água, o cuidado com o corpo e indo até ao ar que se respira, deve ser tratado com assídua atenção. A medicina não deve e nem pode mais somente atentar apenas à relação médico/paciente/doença. Deve também visar a “qualidade de vida” da população. Por meio de análises histórico-genealógicas da medicina moderna (aquela de pouco menos de duzentos anos), Foucault nos mostra o caráter sanitarista, social e biopolítico da mesma. No entanto, há de se atentar que esta face social não ocorre só e somente devido a uma “humanização”: isto seria ingênuo. Quando Foucault constata esta necessidade, é para reiterar que o capitalismo *precisa* da socialização da saúde do corpo, pois sem pensá-la por este âmbito, fica evidente uma possível deficiência do capital em seu *modus* de atuação, já que, em tempos de produção constante, não seria interessante os indivíduos estivessem adoecidos.

Não obstante, Foucault atribui que, além de uma “somatocracia”, estamos no período em que a autoridade médica nos é imposta. Ela perpassa os mais diversos domínios de saber e estaria presente nos mais variados meandros: a medicina e os saberes médicos nos *normalizaram*. Sendo assim, viveríamos não apenas em um tempo regido por códigos de leis consolidados pelo Estado, mas em tempos os quais as ciências humanas e médicas designam com perspicácia as diferenças entre normal e anormal, saudável e patológico, visando “restituir o sistema de normalidade”, ou seja: somos *medicalizados*. Foucault critica a proposição de Illich, a “arte desmedicalizada” da saúde, à qual imperariam a higiene, a boa alimentação, boas condições de trabalho, etc. Segundo o francês, mesmo por essas veredas, a ideia de uma antimedicina teria que buscar razões dentro da própria medicina para seu desenvolvimento, um “conjunto de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico”.¹⁷

Este regime de normalização médica tem características muito bem estipuladas, que descendem da nova guinada médico-científica do século XVIII. Algumas delas são: 1- o aparecimento de uma autoridade médica que não é apenas aquela que é erudita, mas que é social, a qual toma decisões que abrangem a população (uma vila, um quarteirão, uma instituição), aquilo que na Alemanha se designou por *Staatsmedizin* (medicina de Estado); 2- como já visto, o aparecimento de uma medicina que não é centrada apenas na doença, mas no ar, água, construções, terrenos, esgotos e diversos outros fatores, que a partir do século XVIII, entram nos domínios médicos; 3- a

¹⁷ cf. FOUCAULT, Michel. “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine ?” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris : Gallimard, 1994 : p. p. 50-52.

criação/introdução de um aparelho de “medicalização coletiva”, ou seja, o hospital: Foucault nos lembra que o hospital era muito mais um local onde se morria e para onde os indivíduos eram internados com este destino. Entretanto, após o século XVIII esta situação muda: o hospital então se torna um dispositivo voltado ao cuidado das enfermidades, isto é, onde as pessoas seriam tratadas; 4- e neste rumo, por fim, o uso de mecanismos como registros de entrada, comparação de estatísticas médicas, entre tantos outros instrumentos técnico-administrativos.¹⁸

Foucault caminha para a apresentação de tais características em sua segunda conferência – “La naissance de la médecine sociale” –, estudando três eventos específicos do desenvolvimento desses aspectos sociais da medicina: os casos da Alemanha, França e Inglaterra, no início e decorrer do século XVIII. A intenção é mostrar como a medicina é, e sempre foi, uma prática social que tem por *background*¹⁹ uma tecnologia do corpo social, e somente em um de seus aspectos prioriza as relações entre médico e paciente. Indo mais além, neste texto dá-se o aparecimento da famosa afirmação de Foucault, a qual basicamente simboliza a emergência do termo *biopolítica* em seu léxico – mesmo que esses traços já tenham sido apresentados na conferência anterior, todavia, sem serem denominados conceitualmente. A frase fica exposta logo no começo de seu texto:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, é o biopolítico que importa acima de tudo, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica.²⁰

A medicina de estado, ou, como outrora citada, a *Staatsmedizin*, teve origem inicialmente na Alemanha ainda não unificada, pobre e mais frágil economicamente,

¹⁸ cf. Ibidem. p. 50, 51.

¹⁹ Este termo está presente na tradução feita por Roberto Machado para a coletânea de textos intitulada “Microfísica do Poder”. Existe atualmente outra tradução feita por Vera Lucia Avellar Ribeiro – que o expõe como *fundamento* –, uma tradução ao pé da letra de como encontramos no francês: *La médecine moderne est une médecine sociale dont le fondement est une certaine technologie du corps social*. (cf. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Roberto Machado [Org.], RJ: Paz & Terra, 2015: p. 144; FOUCAULT, Michel. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Manoel B. da Motta [Org.], Trad.: Vera L. A. Ribeiro. RJ: Forense Universitária, 2016: p. 404).

²⁰ “Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste, c'est le bio-politique qui importait avant tout, la biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique.” (cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale” in FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris : Gallimard, 1994: p. 210, *tradução nossa*)

no início do século XVIII. A *Staatsmedizin* deriva, também, de outra noção: a *Staatswissenschaft*, ou, “ciência de Estado” que, por sua vez, designa o funcionamento geral deste aparelho político, por meio de um tipo de conhecimento que terá por objeto o próprio Estado: “a expressão significa também o conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento”. A Alemanha foi a precursora desta prática. Tal razão para isto se deu pelo fato de a mesma ter estado fragmentada até o século XIX. Antes disso, os diversos “pseudoestados”, dispersos entre si, em uma conflituosa rede de disputas, foram “obrigados” a tornarem-se equitativos, ou, como fala-nos Foucault, forçados a “se ponderar uns aos outros, se comparar, imitar seus métodos e tentar mudar a força por outros tipos de relações”, em detrimento da França e da Inglaterra que já dispunham de “máquinas” como a polícia ou o exército e, por isso, não tiveram essa preocupação inicial. Outro problema político preponderante fora o fato de a mesma ter se estagnado economicamente após a Guerra dos Trinta Anos²¹, fator este que bloqueou o desenvolvimento de sua classe burguesa, nos limiares do século XVII. Esta burguesia, sendo freada de seu desenvolvimento, buscou alianças com a soberania, cedendo seus recursos, força, etc., à organização do Estado. O Estado moderno, no sentido que conhecemos hoje, segundo Foucault, nasce desta estratificação que impulsionou sua própria organização, anteriormente aos países financeiramente estáveis e mais poderosos politicamente, como França e Inglaterra. É válido tomarmos nota de que, com o advento do mercantilismo, os países mais ativos economicamente (como os já citados), seguidos da Áustria, rapidamente investiram no aumento de sua população trabalhadora ativa sem, no entanto, efetivamente, atentarem para políticas de saúde efetivas. Isto se deu prioritariamente na Prússia.²²

Ora, se a biopolítica pode ser definida, entre outros termos, como a entrada da vida nos cálculos da organização estatal, ou, governamental (como já vimos), não seria incomum pensar que o início de tudo começaria pelo campo da saúde, por meio de uma forte organização das técnicas usadas, bem como, da administração de sua execução nas cidades. É claro que esta prerrogativa se amplia, como veremos no decorrer deste texto. Lembremos que parte da origem destas técnicas de biopoder e biopolítica

²¹ A saber, série de conflitos entre diversas nações europeias no período de 1618 a 1648. Os motivos eram vários: iam de rivalidades dinásticas, passando por divergências religiosas, territoriais ou relativas ao comércio.

²² cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale” in FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994: 210-212.

descendem de uma noção muito esmiuçada na obra de Foucault: a disciplina. E, não obstante, o modelo disciplinar esquadrihava a vida dos indivíduos com vistas a organizar seu tempo, trabalho, e, também, sua saúde.

Na Alemanha, em 1764, com W.T Rau, emerge a noção médica de *Medizinischepolizei* (polícia médica). Esta é uma noção que não lida apenas com taxas de natalidade e mortalidade da população, diferentemente do que já se fazia na França e Inglaterra. Ela vai além desse sistema de contagem, averiguando-o em diversos níveis, partindo do micro aspecto do hospital, passando por cidades e regiões, e, indo ao macro aspecto do próprio Estado. Normalizou o ensino médico, na medida em que organizava a execução e entrega de diplomas; organizou administrativamente suas atividades, submetendo-as às instâncias superiores de controle; e normatizou também o funcionalismo médico perante o Estado, com a criação de cargos médico-administrativos que tinham por função resguardar regiões. Isso tudo acontecera de forma intensa, antes mesmo da criação da medicina científica, ou, da criação de uma força de trabalho saudável para o labor do maquinário industrial. Observa-se, na Alemanha, o “máximo de estatização” e controle da prática médica, desde sua origem; não uma passagem gradual da medicina individual para a medicina clínica, e, logo após isso, para uma medicina pouco a pouco socializada.²³ Desta maneira,

A organização de um saber médico de Estado, a normalização da profissão médica, a subordinação de médicos a uma administração geral e, por fim, com a integração de diferentes médicos em uma organização médica de Estado, ocorre uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam isto que poderíamos chamar de uma medicina de Estado.²⁴

Assim como na Alemanha, a França já expressava, em seus liames históricos, de 1750 até 1780, o início de uma configuração médica que não necessariamente seria a de uma medicina de Estado, mas a de uma medicina urbana (*médecine urbaine*). É claro que isto se deu, assim como no caso germânico, também por fatores históricos de crise, que Foucault buscou remontar: o território francês também era disperso e comandado por diversos tipos físicos (leigos, igrejas, comunidades, corporações), não

²³ cf. Ibidem. p. 213, 214.

²⁴ “L’organisation d’un savoir médical d’État, la normalisation de la profession médicale, la subordination des médecins à une administration générale et, pour finir, l’intégration des différents médecins dans une organisation médicale d’État produisent une série de phénomènes entièrement nouveaux qui caractérisent ce que l’on pourrait appeler une médecine d’État.” (cf. Ibidem. p. 214, tradução nossa)

sendo uma unidade, mas um emaranhado de territórios heterogêneos e rivais. Com a passagem dos anos, por volta da metade do século XVIII, a unificação territorial teve início. Houvera a necessidade de uma homogeneização e coerência do mesmo. Algumas das razões para tal foram econômicas, como menciona o filósofo: o mercado pouco a pouco fora obtendo cada vez mais abertura (este é um tema que Foucault oferece profícuo destaque nos cursos *Segurança, território, população*; e, *Nascimento da Biopolítica*), sendo cada vez mais presente nas relações de poder e troca, atingindo não só comunidades, cidades ou territórios, mas nações inteiras, ao nível global. Não só econômicas, essas razões também foram políticas, devido ao aparecimento de uma classe proletária no seio das grandes cidades francesas, por volta do século XIX, advindas de diversas “revoltas de subsistência” que já vinham ocorrendo desde o século XVIII, e, que consecutivamente potencializam “grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa”.²⁵

Essas diversas revoltas camponesas regridem durante o século XVIII. O cenário desta vez recai ao urbano: as diversas modificações que ocorreram, na medida do cenário capitalista, nas cidades, geraram tensão; esta última advinda do medo das fábricas, “do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; [...] das epidemias urbanas”.²⁶

A necessidade de um poder que regularizasse este cenário tornou-se ávida, fez-se uso do modelo médico-político chamado de “quarentena”. Este último, se lembrarmos bem, aparece citado em *Histoire de la folie à l'Âge Classique* e *Surveiller et Punir*, com o nome de “modelo da peste”, o qual Foucault contrasta e exemplifica pondo ao lado de outro modelo, pautado na mudança de um poder disperso, de controle e organização da população; que agia por meio do exílio de leprosos, assim, consecutivamente, promovendo a purificação do todo, era o “modelo da lepra”, da exclusão.²⁷ Todavia, para auxílio da urbanização das cidades, tem-se em mãos a utilização de outro modelo, desta vez, que será oriundo da disciplina militar, também existente desde o final da Idade Média: o esquadrinhamento da população por meio do “modelo da quarentena”. Este modelo funcionava diferentemente da simples exclusão: em momentos de desespero, crise e insegurança, devido alguma epidemia, ou,

²⁵ cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale” in FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris : Gallimard. 1994 : p. 215, 216.

²⁶ cf. Ibidem. loc. cit.

²⁷ cf. Idem. *História da Loucura na Idade Clássica*. Trad. José T. C. Neto. SP: Perspectiva. 2013: p. 3-17; *Surveiller et Punir: naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard. 1975: p. 100.

problema sanitário, fazia-se com que a população ficasse em suas casas: ninguém poderia transitar em vias públicas; a cidade era dividida, limitada e repartida, entre chefes de distrito os quais deveriam efetuar o controle e vigilância da mesma (similarmente ao que enfrentamos, em 2020, com a *Covid019*). Era necessário o relatório de cada pessoa que possuía a enfermidade em questão, para que se efetuasse o devido tratamento. Como Foucault nos fala, era “uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos”. Isolamento, individualização, vigilância, controle, constatação da saúde individual, tudo isto seguido do internamento nos hospitais os quais não mais eram locais de morte, mas espaços de tratamento.²⁸

A medicina urbana caracteriza-se, no seu mais alto grau, como uma medicina de vigilância e de higiene pública, aperfeiçoada pelo que já havia sendo feito nos séculos anteriores, dado o modelo da quarentena. Na origem desta forma de agir médico, estão diversas características que ainda são atuais: a medicina urbana previa a análise e controle de todos os lugares onde haviam emaranhados, amontoados e de tudo que poderia ocasionar doenças, epidemias – é neste período, por exemplo, que nasce o cemitério como conhecemos hoje, para que não fossem mais amontoadas ossadas e restos mortais que pudessem transmitir ou gerar doenças; essas medidas, então, são muito mais prol vida e “político-sanitárias” do que relativas à teologia cristã, como nos diz Foucault; essa, dentre outras características essenciais da medicina, como a melhoria da circulação de água e ar, na cidade; o implante correto de esgotos; a elaboração de planos hidrográficos; etc., caracterizaram a medicina urbana que emergira na França.²⁹

O que tanto se pensou sobre a medicina social ser, em primeira mão, relativa ao cidadão, ao pobre, ao operário, e, entre outras linhas, à força de trabalho, desmistificasse. Percebe-se que a medicina social transitou entre o Estado e a cidade e, por fim, foi aos pobres, aos trabalhadores, incisivamente, em um terceiro momento, como menciona Foucault. No exemplo francês, o pobre ainda não se encontrava em uma situação de extremo amontoamento. Muito pelo contrário, eles tinham funções instrumentais dentro das cidades: faziam parte de um *modus operandi* das mesmas, na medida em que exerciam certas funções que iam da simples entrega de cartas, ou, despejo do lixo, até o comércio de objetos já sem uso, etc. Não eram necessariamente

²⁸ cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale.” In FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard. 1994: p. 217, 218.

²⁹ cf. *Ibidem*. p. 219-221.

vistos como pessoas perigosas à “saúde Estatal”, e, assim, não eram alvo de investidas biopolíticas de saúde coletiva. Os pobres só começaram a ser vistos com outros olhos a partir da segunda metade do século XIX, por diversas razões. Uma delas fora política, devido a eminência da inserção dos mesmos em revoltas: a saber, temos o caso da Revolução Francesa e de outros eventos que aconteceram, por exemplo, na Inglaterra, no percurso daquele século, como a retirada desses pequenos e variados serviços informais das ruas, devido ao implante de sistemas estatais que substituíssem tais ações (serviços postais, etc.). Outra razão atenuante fora a cólera, em 1832, que teve início em Paris e se propagou por toda a Europa. Como a população pobre sempre fora a mais necessitada de assistência e era frágil socialmente, a proliferação de doenças era comum neste meio. Daí a necessidade de uma estratificação do espaço urbano, uma cisão entre espaços para ricos e pobres. Na Inglaterra, isto se tornou tão intenso – e, consecutivamente, também deu viés a uma nova experiência de medicina social – a ponto de haver a criação da *Lei dos Pobres (Poor Law)*³⁰, que data de 1601, mas que já era codificada por volta de 1587-1598, nas bases das leis da Dinastia Tudor. Esse código auxiliava a vida dos mais pobres, por meio do sistema social. Ele se estendeu até ser sucedido pelo *Welfare State* do pós Segunda Guerra. Os ganhos eram dobrados: na medida em que auxiliava os pobres, entregando-lhes dignidade e condições mínimas de vida, mantinha-se a saúde das classes mais ricas, por meio de certo controle, intervenção médica e assistência às classes menos assistidas. O filósofo de Poitiers destaca que tal Lei não fora apenas um serviço de assistência médica, mas “de controle médico da população”.³¹

Como podemos cotejar durante a argumentação aqui exposta, a *biopolítica* esteve presente primeiramente, na obra de Foucault, no registro relativo à medicina. Não estranhamente esta noção se coaduna com as subseqüentes, pois devemos lembrar que as estratégias biopolíticas atuam sobre a população, sua saúde e vitalidade. Aqui podemos notar um aspecto, ou, de certa forma, um instrumento/dispositivo biopolítico – a medicina –, atuando incisivamente na organização de espaços, para que seja

³⁰ Carlos Montaña comenta mais a fundo que: “Na Inglaterra, promulga-se a Lei dos Pobres (Poor Law), em 1601, que ‘instituiu um aparato oficial, centrado nas paróquias, destinado a amparar trabalhadores pobres, sob o auspício da taxa dos pobres’ [...]. Isto é, ‘durante os dois séculos de vigência dessa legislação, a Inglaterra cuidou do pauperismo através da *beneficência* pelo caminho burocrático’.” (cf. MONTAÑO, Carlos. “Pobreza, ‘questão social’ e seu enfrentamento”. in *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012: p. 273, Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/nR33120487j7O65JW81e.pdf>)

³¹ cf. FOUCAULT, Michel. “La naissance de la médecine sociale” in FOUCAULT, Michel. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994: p. 224-228.

salvaguardada a vida com qualidade, e, também, para que seja exercido o controle social. São aspectos disciplinares e de biopoder que, às vezes, se confundem durante esta fase inicial do desenvolvimento do pensamento de Foucault, mas, que se analisados com calma, demonstram mútuas intersecções.

A medicina social no Brasil: os casos do SUS e do PSF

Nesta seção, gostaríamos de continuar este texto observando e fazendo uma pequena análise de um programa de medicina social que existe no Brasil há algum tempo: o Programa Saúde da Família (PSF), criado e concebido em 1993, em um momento onde também fora recentemente idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com a redemocratização. A razão para esta rápida discussão se dá com o intuito de mostrarmos como a medicina continua sendo, em diversos aspectos, social. Muito embora sabermos que, hoje, as tomadas neoliberais, de cume empresarial, de ultra concorrência e de promoção do chamado “capital humano” sejam latentes e, de certo modo, bastante presentes no nosso dia-a-dia. Mesmo nos tempos em que a medicina é, cada vez mais, vendida como um produto que vai a diversos âmbitos, partindo da própria saúde, indo até fins estéticos; este “modelo de atenção” – isto é, entre outras palavras, aquilo que estabelece “intermediações entre o técnico e o político” – fora estabelecido para sanar as dificuldades que o modelo antigo – privado, que privilegiava uma medicina “curativa”, ou seja, focada no indivíduo e em sua enfermidade – tinha. Durante a década de 70, no Brasil, foram feitas apostas incisivas sobre este modelo capitalista que derrocou na mudança do sistema previdenciário “separando o benefício da assistência médica”, chegando a ser financiado em 80% dos Estados, no território nacional. Mesmo com esta tentativa de fomentar o sistema privado-médico, o modelo entra em crise no período que versa de 1980 a 1983, sendo comum nomeá-lo, no âmbito das políticas sociais, de “crise da previdência social”. Houve, então, a criação do SINPAS, “Sistema Nacional de Previdência Social”, adjunto à organização dos institutos: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS); além da reorganização dos órgãos

de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV).³²

Com a promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, de fato, temos a saúde sendo tratada como um princípio universal de equidade e de integralidade, já que, anteriormente, a população, em grande parte, não tinha acesso (cerca de metade, onde, desta parte, uma pequena parcela contava com o apoio das *Santas Casas de Misericórdia*).³³ O lema da mesma era: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Doravante, na medida em que todos os cidadãos são responsáveis por deveres e, consecutivamente, possuidores de direitos – *homo legalis* ou *homo juridicus* (no palavreado jurídico e econômico político) – a intervenção biopolítica incide nos meandros desses dispositivos normativos. Lembremos do exemplo germânico em que o próprio Estado interviu para a melhoria da qualidade de vida da população. Além do mais, em 1990, foram criadas diversas leis que regulamentavam os cuidados para com a saúde, como a “Lei Orgânica da Saúde”, 8.080/90, a qual estipula a questão crucial a ser abordada, não devendo ser somente a da “ausência de doenças”, mas um conjunto de fatores, como: a boa alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, lazer, etc.; e, também, a Lei 8.142/90, que regula a participação da comunidade na gerência do SUS, por meio de reuniões em conferências dos Conselhos de Saúde.³⁴ Vê-se aí que a noção de biopoder não está aquém da noção de soberania. Melhor dizendo: a malha que compõe, inscreve e denota o biopoder e a biopolítica, age dentro do próprio poder soberano, por meio de seus mecanismos legais, políticos e jurídico-discursivos.

Basicamente, o PSF atua como uma medida preventiva. Delimitando-o precisamente: “para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde”, isso se dá por meio da visita pessoal do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social, às residências de pessoas que geralmente estão em situação de risco, ou seja, indivíduos que de alguma forma estão

³² cf. ROSA, Walisete de A. Godinho. & LABATE, Renata Curi. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência” in *Rev Latino-Am Enfermagem*, nov/dez, 2005; 13(6):1027-34, p. 1029. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

³³ cf. MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS; Ademar A. Chioro. "O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade". In. *Saúde Debate*, RJ, v. 43, nº Especial 5, p. 58-70, dez/2019: p. 59. DOI: 10.1590/0103-11042019S505

³⁴ cf. ROSA, Walisete de A. Godinho. & LABATE, Renata Curi. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência” in *Rev Latino-Am Enfermagem*, nov/dez, 2005; 13(6):1027-34, p. 1030. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

às margens da sociedade, e estão incapazes de se locomover até postos de saúde para a avaliação e cuidados médicos básicos.³⁵

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.³⁶

Sugerido o destaque ao caráter preventivo do Programa, lembremo-nos do modelo inglês, em que o pobre era atendido e assistido de maneira a ter sua saúde e vida sob cuidados médicos, de saneamento básico e de salubridade. A estratégia biopolítica consiste justamente nessa insidiosa relação com a vida dos indivíduos, tratando-os, fazendo-os serem saudáveis, deixando-os aptos para o trabalho, ou, em última instância, reduzindo gastos para a macroeconomia estatal, na medida em que dinamiza a relação paciente-médico-população. No âmbito internacional, acontece no ano de 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, a “Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nela se propôs a prioridade da saúde como atendimento em todos os diversos segmentos da sociedade mundial, tendo como objetivo, também, o alto envolvimento de agentes, não só das áreas de saúde, mas epidemiológicas e de percepção social, a fim de sanar estas necessidades humanas básicas. Ela não chega neste mesmo ano a ser posta em prática no Brasil. No entanto, por volta do período de crise previdenciária, cria-se e discute-se uma estratégia similar àquela da Conferência, o Prev-Saúde e, em uma conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/UNICEF, define-se a saúde como “não apenas ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social”. Ou seja, a saúde faz parte de um jogo biopolítico que não só tem a ver com o indivíduo e sua enfermidade, mas com um conjunto de aspectos que transitam do estado psicológico e mental, da estabilidade interna e subjetiva; a fatores externos, alheios ao indivíduo, que partem das zonas mais capilares da sociedade: a água que se consome em casa, o saneamento básico, a criação

³⁵ cf. *Ibidem*. p. 1029.

³⁶ cf. ROSA, Walisete de A. Godinho. & LABATE, Renata Curi. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência” in *Rev Latino-Am Enfermagem*, nov/dez, 2005; 13(6):1027-34, p. 1028. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

de esgotos, etc. *Grosso modo*, analogamente aos moldes de como já acontecia na Europa, há cerca de três séculos atrás.³⁷

Com isto, percebemos o quão presente e atual ainda é esta questão, qual seja, a biopolítica. Mesmo após a morte de Foucault, sua análise abriu portas para a percepção que assinala e ratifica a presença de sua estratégia no mundo contemporâneo. Assim, entrega-se devido valor à presença do tema da medicina social, na obra de Foucault – que não só se desenvolveu através de um papel arqueológico (a tirar pela forma como ela foi tratada nos anos 60) em seus escritos iniciais. A medicina é o ponto de partida para análise da biopolítica por, literalmente, atingir o indivíduo em um de seus âmbitos mais íntimos: a constituição física e a saúde, tanto corporal-social como mental-subjetiva.

Sob a sombra neoliberal: um desmonte *necropolítico* do SUS?

Não obstante, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado, dentre as políticas públicas existentes no Brasil, uma das mais inclusivas já criadas. Aliás, sendo reconhecido internacionalmente. Sob um âmbito pragmático e analítico, em se tratando de investidas de acesso inclusivo, diríamos que se deve levar em conta a situação política do Brasil, ou seja, suas controvérsias, contradições e problemáticas, principalmente quando o assunto esbarra nos níveis exacerbados da corrupção política brasileira; todavia esta tarefa nos remanejaria para outro patamar de discussão, exaustiva, logo, não a abordaremos neste desfecho. Aqui, faremos uma pequena análise – em caráter de ensaio e a título de complementação/adaptação da temática aqui trabalhada – do atual período em que vivemos, qual seja, da crise pandêmica que atinge a saúde pública e privada à nível mundial. Durante o percurso, arremataremos criticamente, também, a atual realidade em que o SUS se encontra, principalmente após a EC 95 (Emenda Constitucional nº 95/2016), criada e executada durante o governo interino de Michel Temer, a qual segue estritamente o Novo Regime Fiscal (NRF). Esta Emenda ficou conhecida, publica e midiaticamente, pelo nome de “Teto de Gastos”; e, atingiu, obliterantemente, não somente a saúde, mas a educação, o saneamento, a segurança, e diversos outros setores públicos específicos do Brasil. Foi muito criticada, é claro, já que representa, em grande medida, um retrocesso social inimaginável à

³⁷ cf. *Ibidem*. p. 1029.

população brasileira, justamente no momento em que se precisa, mais do que tudo, de reajustes administrativos que prezem por uma gestão “humana”, muito mais do que só e somente “econômica”. Isto é, se acompanharmos o sistema econômico que, pouco a pouco, se estabeleceu no Brasil, desde 1990, logo denotamos o peso das medidas neoliberais de “austeridade”, à revelia da socialização e distribuição equitativa da saúde pública. Ainda assim, somadas estas questões à crise causada pela Covid-19, podemos ver que o SUS, mesmo com tantos ataques, obteve, operacionalizou e ainda operacionaliza, um *locus* de destaque no atendimento à população, principalmente àquela parcela mais desassistida pelo Estado.

Em outro âmbito, o Programa do atual governo, de Jair Bolsonaro (empossado em 2019), agindo de forma contrária a tudo o que fora sugerido pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), no que tange à prevenção do vírus; sem contar as diversas de suas declarações pessoais à grande mídia brasileira (elas claramente escancararam sua perspectiva política coadunada a uma agenda “negacionista”, principalmente em relação à comunidade científica, nacional e internacional); tornaram preocupante a situação do controle da pandemia no Brasil (basta lembrarmos das inúmeras trocas de ministros da saúde durante a “primeira onda” pandêmica)³⁸. Muitos acadêmicos e estudiosos associam a ideia de *necropolítica* (neologismo advindo da obra do filósofo camaronês Achille Mbembe) e seus desdobramentos (como a ideia de *necrogovernamentalidade*, ou, até mesmo, *necroliberalismo*) à agenda política do atual governo. Ou seja, de forma literal, querem dizer que se trata da aplicação da “política

³⁸ cf. MARIZ, Renata. "Troca de ministros na saúde atrasou a operação de novas UTIS pelo Brasil". In. *Época*. 22/05/2020. Acessado em 22/05/2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/brasil/troca-de-ministros-na-saude-atrasou-operacao-de-novas-utis-pelo-brasil-24440313>

de morte”³⁹; e, em consequência, não securitária, tampouco preventiva, mesmo quando os números de falecimentos causados pelo vírus atingem proporções alarmantes.⁴⁰

Retomando a temática desta sessão: é importante lembrar que, nem em seu princípio, o SUS não foi logo posto na prática em sua exatidão necessária para cumprir o que a Constituição assegura: isto é, o dever de que uma parcela do orçamento da seguridade social, da União, do Distrito Federal e dos municípios (entre outras entidades e instituições), seja destinada ao Programa.⁴¹ Sendo-nos mais específicos, uma série de incursões aconteceram, desde 1988, e seu posterior planejamento. O desafio era sempre o mesmo: “prover financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde”⁴². Então, uma série de estratégias e EC’s foram sendo desenvolvidas, das quais, precisamente, apenas em 2000, com a EC 29, fora assegurada a execução do plano orçamentário nacional a partir das três esferas: “assim, os estados ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 12% de sua receita de impostos, os municípios, no mínimo, 15% da receita de impostos, e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)”⁴³. Mesmo assim e pesarosamente, como já apontado, o SUS nunca contou

³⁹ Lembrando que a própria noção de *biopoder*, presente nas obras e cursos de Michel Foucault (como *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*; e o curso de 76, dado ao *Collège de France*, sob o título *Il faut défendre la société*), mostram esta faceta, voltada ao extermínio do que é socialmente diferente, ao racismo de Estado e à questão, pouco trabalhada, mas já sugestionada e presente no pensamento de Foucault, em sua última aula, a respeito da temática da colonização. Todos estes são temas que Mbembe aborda com precisão retomando Foucault. Todavia, focando seu projeto na situação das diásporas do povo africano, decorrentes dos diversos problemas políticos e sociais que assolaram e ainda assolam o continente. Mbembe realoca sua percepção para uma política suicidária do corpo negro. Isto, no Brasil, vem sendo muito discutido devido nossas próprias raízes históricas terem consigo resquícios do *sistema de plantation* do período colonial. Na verdade, muitos pesquisadores de renome, como Silvio Almeida, apontam estas raízes como ainda presentes de forma “metamorfoseada” ou “camuflada”, no âmbito público e institucional brasileiro. (cf. e.g. FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. SP: Paz e Terra. 2015 ; *Em defesa da Sociedade: curso dado ao Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2010 ; MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. Trad.: Renata Santini. SP: n-1 Edições. 2018 ; ALMEIDA, Silvio Luiz de A. *Racismo Estrutural*. SP: Sueli Carneiro. Polén: 2019)

⁴⁰ Na data em que redigimos as partes finais de texto, o Brasil encontrava-se em segundo lugar no ranking mundial de número de mortes causadas pela *Covid-19* (mais de 60 mil mortes), perdendo apenas para os Estados Unidos da América. (cf. SIMON, Alan. "Covid: Brasil soma 1.312 mortes em 24h, 47% no Sudeste; total é de 66.868". In. Uol. 07/07/2020. Acessado em: 07/07/2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/07/coronavirus-covid-19-casos-mortos-7-julho.htm> ; KELLY, Bruno. "Coronavírus: mundo tem 11,3 milhões de casos; Brasil lidera mortes em 24h, diz OMS". In. Uol. 06/07/2020. Acessado em: 06/07/2020. Acessível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/2020/07/06/coronavirus-oms-registra-11327790-casos-e-532340-mortes-no-mundo.htm>)

⁴¹ cf. MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS; Ademar A. Chioro. "O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade". In. *Saúde Debate*, RJ, v. 43, n° Especial 5, p. 58-70, dez/2019: p. 59. DOI: 10.1590/0103-11042019S505

⁴² cf. Ibidem. loc. cit.

⁴³ cf. Ibidem. loc. cit.

com os investimentos necessários para que sua ampla execução fosse realizada. Na realidade, apenas 8% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil é destinado à saúde, e desta percentagem, mais da metade está ligada às redes privadas.⁴⁴

Em 2016, no período em que Michel Temer esteve à frente da nação, foi posto em prática o plano de “contenção de gastos públicos”. Nele, os preceitos neoliberais estão claramente expostos: firmar a chamada “austeridade fiscal” em detrimento das políticas sociais. Obviamente, os gastos com saúde pública entraram no prelo da NRF, que instituiu a EC 95 e está prevista para durar até 2036 (fato este inédito e debatido por economistas do mundo todo); como Menezes *et. al.* (2019) muito bem assinalam: “Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988”⁴⁵, e continuam apontando, de forma muito sensata, que o ajuste fiscal não deveria, necessariamente, ser algo tratado por meio de criações de tetos de gastos constitucionais (principalmente no tocante à políticas públicas);⁴⁶ fatores estes os quais, ao nosso ver, significam a obliteração de direitos socialmente garantidos e conquistados desde 1988.

À guisa do que Foucault apresenta a respeito deste tema (o neoliberalismo), não poderiam ficar de fora deste argumento certas análises que o francês nos oferece em alguns de seus cursos, dentre eles, o famoso *Naissance de la biopolitique*, ou, o “curso de 79”. A primeira delas é que a *arte de governar*⁴⁷ “neoliberal” constitui-se como uma “prática” que “conduz condutas”, de forma individual (totalmente de acordo com a própria noção [neo]liberal de reafirmação das chamadas liberdades individuais). Por condução de condutas, entendemos as diversas formas de se governar os indivíduos; mesmo ainda levando certas circunstâncias presentes, tanto no liberalismo, como no neoliberalismo, tais como: os direitos civis e individuais. Ora, se investigarmos bem esta assertiva, tanto para os leitores assíduos de Foucault, como para seus diletantes (e mesmo ainda para aqueles que estudam somente o fenômeno neoliberal), restaria, então, um paradoxo: como um sistema econômico, que preza e expõe como alvo principal a liberdade de ações e escolhas, ao mesmo tempo, necessita da presença do Estado para que este lhe dê as peças do jogo, o *laissez-faire* (no sistema clássico), ou,

⁴⁴ cf. *Ibidem.* p. 60.

⁴⁵ cf. *Ibidem.* p. 61.

⁴⁶ cf. *Ibidem.* p. loc. cit.

⁴⁷ Isto é, “precisamente, a arte de exercer o poder na forma e segundo o *modelo da economia*”. (FOUCAULT, Michel. *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris : Seuil/Gallimard. 2004 : p. 99)

inverta a lógica, indo da troca “justa”, para o mercado e à concorrência, este último como único pilar que dita as regras da sociedade (o caso do neoliberalismo)? Lícito ainda complementar, então, seguindo o caminho já traçado nesta seção, seria que o neoliberalismo preserva a “valorização da concorrência e da empresa como forma geral da sociedade”⁴⁸. Assim, sendo um novo tipo de governamentalidade e possuindo um novo tipo de racionalidade. Do indivíduo à população, a principal tática neoliberal, i.e, sua *prática* ou *arte de governar*, se dá pelo estímulo à concorrência, pois, por meio dela (argumentam seus defensores) se contemplaria o máximo do exercício dos direitos civis, como os da própria escolha pautada no interesse íntimo de cada sujeito; o poder de compras; a redução fiscal; etc. E, à revelia disto, as chamadas “políticas públicas” forçariam, então, o Estado a dar um retorno financeiro necessário para mantê-las, algo visto com maus olhos pelos neoliberais (Foucault circunscreve esta ideia ao redor do chamado “Estado frugal”⁴⁹, ou “cupim”, ainda no eixo do liberalismo clássico).

Logo, retomando nosso contexto político, em resumo, e, de acordo com o cabedal teórico que Foucault nos oferece para mobilizar análises políticas, coadunamos com a afirmativa de Menezes *et. al.*, quando estes mencionam que “diante do congelamento de despesas, a EC 95 cria um tecido sensível em que toda expansão de despesa é experimentada como pressão exercida sobre o teto de gastos, convertendo as políticas sociais em mero objeto de controle”⁵⁰. Ora, um vetor de análise para averiguar analiticamente os efeitos do desmonte de políticas públicas, no Brasil, a respeito da saúde em tempos de pandemia, pode ser averiguado, por exemplo, quando da análise da cidade de Belém do Pará (nossa cidade natal).

No *database* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – tomando-se como referência o período que compreende o último decênio –, o Estado

⁴⁸ Estas questões são destacadas de forma intensa no curso de 79. Indicaríamos a análise de suas duas primeiras aulas (10 e 17 de janeiro de 1979) para um preâmbulo do que será exposto a respeito, e as quatro últimas (14, 21, 28 de março e 4 de abril) para verificarmos a questão do “interesse” dentro da perspectiva biopolítica da figura do *homo oeconomicus* (homem econômico), isto é, aquele que age visando ser como uma empresa, com isto, sendo um contínuo “empreendedor de si”. (cf. e.g. FOUCAULT, Michel. *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: Gallimard/Seuil. 2004; LAVAL, Christian, & DARDOT, Pierre. *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Trad.: Mariana Echalar. SP: Boitempo. 2016: p. 197, 198 [Kindle Edition]).

⁴⁹ cf. FOUCAULT, Michel. *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: Gallimard/Seuil. 2004: p. 38-43.

⁵⁰ MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS; Ademar A. Chioro. "O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade". In. *Saúde Debate*, RJ, v. 43, n° Especial 5, p. 58-70, dez/2019: p. 63. DOI: 10.1590/0103-11042019S505

do Pará, ao lado de seis outros Estados da região norte/nordeste (Acre, Bahia, Maranhão, Alagoas, Piauí e Paraíba), encontrava-se entre os piores do Brasil, no quesito IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). O rendimento mensal *per capita*, ou seja, a renda aproximada de uma pessoa, no Estado, achava-se quase em último (ocupando a 25ª posição, cerca de 807 reais) em relação aos outros Estados do Brasil, perdendo apenas para Alagoas (731 reais) e o Maranhão (636 reais). Fora isto, apenas 32,5% da população – isto é, cerca de 2,7 milhões de pessoas – encontrava-se formalmente empregada na semana de referência da pesquisa (no ano de 2016). Em 2010, tomando-se por base os domicílios particulares, o número de pessoas sem rendimento algum era de 123.000; além disso, menos de 80 mil pessoas, dentre a população geral, recebiam valores estimativos acima de 10 e 20 salários mínimos. No quesito saúde, segundo os dados, o Estado possuía 13.720 leitos disponíveis para internação, e, destes, mais da metade, 7.890, encontravam-se alocados na esfera privada. O Pará é um Estado que, embora seja conhecido por ser forte em reservas minerais, exportação de gado e soja, ainda tinha por volta de 43% a 45% da população no chamado “Índice de Pobreza Subjetiva”, em 2003. O que significava dizer que quase metade da população do Estado, de alguma forma, sobrevivia com cerca de 103 reais ao mês por pessoa, assim, encontrando-se em 11º no ranking nacional (no topo estava Alagoas, com quase 60% da população nesta situação).⁵¹

O que estes dados tem a dizer quando enquadrados junto à atual crise pandêmica do novo coronavírus? Em primeiro lugar, a crise pandêmica no Estado foi tão impactante que gerou a necessidade do decreto de *lockdown*, isto é, o arrefecimento de todo o comércio ou disposição de serviços considerados “não essenciais”, bem como, o controle do ir e vir,

⁵¹ Fonte: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama> ; Acessado em: 10/07/2020.

[...] a evolução epidemiológica do COVID-19 nas cidades de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Castanhal, Santa Isabel do Pará, Santa Bárbara do Pará, Breves, Vigia e Santo Antônio do Tauá; Considerando a taxa de ocupação dos leitos de hospital, públicos e privados, incluindo UTI's; Considerando que o Boletim do Ministério da Saúde preconiza, segundo as regras da OMS, que para conter o avanço descontrolado da doença e para recuperação do sistema de saúde, quando não eficientes as medidas de distanciamento social, a suspensão total de atividades não essenciais (lockdown).⁵²

E, de maneira geral, o sistema público de saúde dependeu desta medida tomada pelo governo do Estado (já que poderia colapsar), pois, como explorado na exposição de dados supracitadas, o belenense de médias condições socioeconômicas não teria à sua disposição recursos para financiar seus gastos com saúde. Por exemplo: o tratamento mais comum e que está sendo administrado para acometidos pela *Covid-19* tem por base a azitromicina, um antibiótico que é distribuído, por sinal, pelo Sistema Único de Saúde desde 2013.⁵³ No período de pico da doença, em Belém (que ocorreu entre abril e o início de junho), somou-se um alto fluxo de pessoas à procura de tratamento e orientações médicas, e, consecutivamente, culminando em um progressivo aumento de filas de espera nos postos de saúde e hospitais de referência. Cuidar da própria saúde, neste momento da crise pandêmica, possui um custo elevado para boa parte da população brasileira, e, mais ainda, no caso da população da cidade de Belém.

Os testes para detecção do vírus (PT-PCR; Sorologia; Testes Rápidos)⁵⁴ chegam a custar por volta de 450 reais. Duas semanas de tratamento com a azitromicina podem custar cerca de 120 reais (60 reais por caixa). Se houver a necessidade do uso de antivirais, tais quais a nitazoxanida, ou, a ivermectina, o valor aumenta: uma caixa do primeiro chega a custar até 86 reais. Para o tratamento da anostomia (perda de olfato e paladar, um dos principais sintomas da covid-19), faz-se uso da prednisona, que custa um pouco menos, cerca de 12 reais. Os médicos sempre indicam uma boa alimentação,

⁵² cf. Decreto nº 729, de 5 de maio de 2020. In. *Diário Oficial do Pará*. Imprensa Oficial do Estado (IOEPA); Ano: CXXX, nº 34.209. 2020: p. 4. Site: <https://drive.google.com/file/d/1rW20B7tm8E3vfCBRu2hJzxSEzSLc4iSE/view> ; Acessado em: 11/05/2020.

⁵³ cf.: Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. Nota Técnica Nº 243/2013. Brasília, abril de 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/13/Azitromicina.pdf>

⁵⁴ Para entender um pouco mais sobre estes testes, acesse a matéria "Conheça os diferentes tipos de testes para Covid-19"; Disponível em: <https://www.fleury.com.br/noticias/conheca-os-diferentes-tipos-de-teste-para-covid-19> ; Acessado em: 12/05/2020.

bem como, o uso de algumas vitaminas específicas para o reforçamento do sistema imunológico. Se houver a necessidade de isolamento social, pelo menos uma parte da residência, ou, um cômodo, tem que ser destinado à esta etapa. Todos estes fatores listados são parte do tratamento básico para aqueles os quais o vírus não incidiu de maneira tão cruel, ou, de forma moderada. Contudo, o quebra-cabeças muda, caso seja necessária a intubação, isto é, o uso de respiradores: os valores podem ser inalcançáveis para muitos paraenses, ou mesmo, boa parte dos brasileiros.

Diante deste quadro, imaginemos as pessoas em situação de risco, as quais residem nas diversas periferias, em Belém e no Brasil, que não dispõem de estrutura para se isolar, tampouco, de situação financeira que as permita adquirir os remédios básicos citados acima. O que acontece à essas pessoas? Diríamos, basicamente, que estão entregues à própria sorte, se o já precário sistema de saúde pública não lhes acolher. Suas vidas, então, entram para a dimensão econômica/estatística “nua e crua”. Não há um arrefecimento de suas necessidades, pois nosso sistema, exaustivamente utilitário e ao mesmo tempo neoliberal, obriga que as subjetividades sejam sempre produtivas, para angariarem sua liberdade e autonomia econômica. A questão se reconduz a um outro nível: quem realmente está de posse e em condições para crescer na lógica produtiva e ultra-concorrencial do capital na contemporaneidade? Em tempos de pandemia, logo, o que assistimos é a lacerante exposição das vidas em risco, submergidas no mar da precariedade, presas ao jugo do sofrimento e da morte. Diríamos, para encerrar, concordando assiduamente com Achille Mbembe, que esta seria, então, uma cruel lógica, a de um *necroliberalismo*:

Essa é a lógica do sacrifício que sempre esteve no coração do neoliberalismo, que deveríamos chamar de necroliberalismo. Esse sistema sempre operou com um aparato de cálculo: a ideia de que alguém vale mais do que os outros. Quem não tem valor poder ser descartado. A questão é o que fazer com aquelas pessoas que decidimos não ter valor. Essa pergunta, é claro, sempre afeta as mesmas raças, as mesmas classes sociais e os mesmos gêneros.⁵⁵

A dinâmica neoliberal possui, muito precisamente, vieses e pontos de fuga, onde, manobra-os quem possuir maior tensão, influência e habilidade, para mobilizar as regras do jogo econômico. As práticas de subjetivação do neoliberalismo firmaram-

⁵⁵ cf. MBEMBE, Achille. “Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da 'necropolítica’”. In: *Folha de São Paulo*. Postado em: 30/03/2020. Disponível em: <https://folha.com/gc5ose8y>

se em nosso *ethos*, de forma sútil; mas isso não quer dizer que devamos sempre aceitar suas desigualdades e seus amálgamas de maneira passiva: lutar e resistir aos poderes estrategicamente é, mais do que nunca, uma obrigação contemporânea.

Referências

- “Conheça os diferentes tipos de testes para Covid-19”; Disponível em: <https://www.fleury.com.br/noticias/conheca-os-diferentes-tipos-de-teste-para-covid-19> ; Acessado em: 10/07/2020.
- ALMEIDA, S. L.A. *Racismo Estrutural*. SP: Sueli Carneiro. Polén: 2019.
- BOSCO, Francisco. “Variações sobre o narcisismo” in *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, SP: Editora Bregantini, nº 225, Ano 20, Julho/2017.
- DECRETO Nº 729, de 5 de maio de 2020. In. *Diário Oficial do Pará*. Imprensa Oficial do Estado (IOEPA); Ano: CXXX, nº 34.209. 2020: p. 4. Site: <https://drive.google.com/file/d/1rW20B7tm8E3vfCBRu2hJzxSEzsLc4iSE/view> ; Acessado em: 10/07/2020.
- FOUCAULT, M. “La naissance de la médecine sociale”. In. *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994.
- _____. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Manoel B. da Motta [Org.], Trad.: Vera L. A. Ribeiro. RJ: Forense Universitária, 2016.
- _____. *História da Loucura na Idade Clássica*. Trad. José T. C. Neto. SP: Perspectiva. 2013.
- _____. *Microfísica do Poder*. Roberto Machado [Org.], RJ: Paz & Terra, 2015.
- _____. *Surveiller et Punir : naissance de la prison*. Paris : Éditions Gallimard. 1975.
- _____. “Crise de la médecine ou crise de l’antimédecine ?” In *Dits et Écrits*. t. III. Paris: Gallimard, 1994.
- _____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. SP: Paz e Terra. 2015.
- _____. *Em defesa da Sociedade: curso dado ao Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2010.
- _____. *Sécurité, territoire, population*. Paris: Seuil/Gallimard. 2004: p. 99.
- Site do IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama> ; Acessado em: 10/07/2020
- KELLY, B. "Coronavírus: mundo tem 11,3 milhões de casos; Brasil lidera mortes em 24h, diz OMS". In. Uol. 06/07/2020. Acessado em: 06/07/2020. Acessível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/2020/07/06/coronavirus-oms-registra-11327790-casos-e-532340-mortes-no-mundo.htm>
- MARIZ, R. "Troca de ministros na saúde atrasou a operação de novas UTIS pelo Brasil". In. Época. 22/05/2020. Acessado em 22/05/2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/brasil/troca-de-ministros-na-saude-atrasou-operacao-de-novas-utis-pelo-brasil-24440313>
- MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. Trad.: Renata Santini. SP: n-1 Edições. 2018.
- _____. “Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da ‘necropolítica’”. In: *Folha de São Paulo*. Postado em: 30/03/2020. Disponível em: <https://folha.com/gc5ose8y>
- MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. "O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade". In. *Saúde*

Debate, RJ, v. 43, nº Especial 5, p. 58-70, dez/2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s505>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União. Nota Técnica Nº 243/2013. Brasília, abril de 2013. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/13/Azitromicina.pdf>

MONTAÑO, C. “Pobreza, ‘questão social’ e seu enfrentamento”. in *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012. Disponível em:

<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/nR33120487j7O65JW81e.pdf>

PEREIRA, J. C. M. *A explicação sociológica da medicina social*. São Paulo: Editora UNESP. 2005.

RODRIGUES, H. B. C. *Ensaio sobre Michel Foucault no Brasil: presença, efeitos, ressonâncias*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência” in *Rev Latino-Am Enfermagem*, nov/dez, 2005;

13(6):1027-34. Acessível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

SIMON, A. "Covid: Brasil soma 1.312 mortes em 24h, 47% no Sudeste; total é de 66.868". In. Uol. 07/07/2020. Acessado em: 07/07/2020. Disponível em:

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/07/07/coronavirus-covid-19-casos-mortos-7-julho.htm>

Recebido em: 22/03/2020

Aprovado em: 13/06/2020