

A MILITARIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO BRASIL: PASSOS RUMO AO RETROCESSO EM PLENA PANDEMIA

La militarización del Ministerio de Salud en Brasil: pasos hacia el retroceso en medio de una pandemia

The militarization of the Ministry of Health in Brazil: steps backwards during the pandemic

Diego de Oliveira Souza

Facultad de Servicio Social

Universidad Federal de Alagoas (UFAL)

enf_ufal_diego@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1103-5474>

Recibido: 24/6/2020

Aceptado: 23/8/2020

Resumo: Em meio a pandemia de Covid-19, o Brasil passa por uma série de mudanças no Ministério da Saúde, gerando reações da sociedade, inclusive porque vieram acompanhadas de decisões sem base científica. Diante disso, esse ensaio apresenta uma reflexão sobre as implicações da militarização para a saúde pública. Primeiro, recupera-se as raízes da militarização, com ênfase para a história brasileira e o seu papel na dinâmica econômica. Resgata-se os recentes acontecimentos, com destaque para a nomeação de 25 militares. Por fim, argumenta-se que o processo de militarização viola a história e os princípios do Sistema Único de Saúde. Aponta-se um horizonte que demanda a articulação entre lutas por saúde e as lutas gerais dos trabalhadores, contra a ameaça da militarização.

Palavras-chave: Brasil; militarização; pandemias; saúde pública.

Resumen: Durante la pandemia de la covid-19, Brasil está transitando por cambios en el Ministerio de Salud que generan reacciones de la sociedad, pues estos cambios llegaron acompañados de decisiones sin base científica. En vista de ello, este ensayo presenta una reflexión sobre la implicancia de la militari-

zación para la salud. En primer lugar, se recuperan las raíces de la militarización, con énfasis en la historia de Brasil y su papel en la dinámica económica. Se destacan los acontecimientos recientes, con énfasis en el nombramiento de 25 militares. Se argumenta que el proceso de militarización viola los principios del Sistema Único de Salud. Se señala un horizonte que exige la articulación entre las luchas de la salud y las luchas generales de los trabajadores, contra la militarización.

Palabras clave: Brasil; militarización; pandemias; salud pública.

Abstract: During the Covid-19 pandemic, Brazil is going through a series of changes in the Ministry of Health, generating reactions from society, even because they came accompanied by decisions without scientific basis. In view of this, this essay presents a reflection on the implications of militarization for public health. First, it recovers the roots of militarization, with emphasis on Brazil's history and its role in economic dynamics. Subsequently, it rescues recent events, with emphasis on the appointment of 25 military personnel. Finally, it is argued that the process of militarization violates the history and principles of the Unified Health System. It points out a horizon that demands the articulation between health struggles and general workers' struggles against the threat of militarization.

Keywords: Brazil; militarization; pandemics; public health.

1. Introdução

Em meio ao maior desafio da saúde global do século XXI —a pandemia de Covid-19— o Brasil vive uma crise interna no seu Ministério da Saúde, cuja uma das faces consiste na sua ocupação por indivíduos sem expertise em saúde pública, notadamente militares. O momento é delicado, porquanto o país tenha se tornado, desde meados de maio de 2020, um dos epicentros da doença, tendo registrado 1.344.143 casos e 57.622 óbitos, até 30 de junho, o que lhe confere, até então, a posição de segundo país com mais casos e mortes no mundo. Paralelo a isso, houve duas trocas de ministros, sendo que o terceiro a assumir a pasta, o general do exército brasileiro Eduardo Pazuello, não possui trajetória na área da saúde.

Convém destacar que o Ministério da Saúde é a instância máxima de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por articular as ações entre os entes federativos (estados e municípios), formular as diretrizes e viabilizar as ações e serviços de saúde, de modo a respeitar a Constituição Federal (C.F.) do país de 1988 e o arcabouço jurídico que orienta o sistema. Portanto, espera-se que assuma a dianteira ante as crises sanitárias, conduzindo a tomada de decisão, de forma pactuada, sustentada na ciência e com conhecimento da realidade social das diferentes regiões do país.¹

As sucessivas trocas no comando e outros cargos do Ministério da Saúde e as condutas polêmicas (trataremos disso adiante), geram enorme insegurança e atrapalham o enfrentamento da crise. O que é pior, a sua ocupação por agentes alheios ao universo da saúde agride a natureza da instituição e coloca em risco a população que depende do SUS, o que tem gerado, obviamente, reações da sociedade civil organizada. Algumas manifestações foram realizadas, a exemplo da nota de repúdio conjunta emitida por entidades de vanguarda na defesa da saúde pública:

Nós do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMMMP), da Rede Unida e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) – entidades da Saúde Coletiva -, vimos publicamente denunciar a ocupação militar do Ministério da Saúde sem precedentes em nossa história. Uma ocupação por pessoas sem nenhuma experiência na saúde pública, exonerando profissionais de carreira do Ministério da Saúde num momento crucial da pandemia da Covid-19 que exige a liderança insubstituível do Ministério da Saúde para articulação com estados e municípios de respostas emergenciais com o objetivo de proteger e salvar vidas de nossa população (CEBES, Rede Unida, RNMMMP e ABEN, 2020, p. 1).

1 Para o detalhamento das atribuições do Ministério da Saúde face à descentralização, recomendamos a leitura da Norma Operacional Básica do SUS (Diário Oficial da União, 1996).

A nosso ver, trata-se de um processo social perigoso no que diz respeito às (frágeis) estruturas democráticas brasileiras, carregado de uma memória que remete a ocupação do Estado por militares, de um período histórico de coação, violência e falta de liberdade para as diversas formas de a sociedade (e seus indivíduos) se expressar. Além disso, o processo de militarização não sucumbiu com o fim da Ditadura Militar brasileira (1964-1985), ao contrário, perpetuou-se como fenômeno ideológico, político e cultural que atravessa os vários complexos sociais.

O fortalecimento dessa memória e suas graves implicações para a saúde pública devem ser, portanto, objeto de análise científico-filosófica, tendo em vista os elementos balizadores do seu enfrentamento. Diante disso, essa investigação se pauta pelo seguinte questionamento: quais as implicações da militarização do Ministério da Saúde do Brasil para o SUS? Com o objetivo de responder a esse questionamento, esse ensaio traz uma reflexão teórica sobre o referido processo, considerando, especificamente, as bases históricas, os princípios e a efetivação da gestão participativa e descentralizada do SUS.

Procedemos com quatro etapas: 1. realizamos uma digressão às raízes do processo de militarização do Estado brasileiro. Para tanto, consultamos bibliografia sobre a militarização (com ênfase para a Ditadura Militar brasileira) em seus aspectos sociais, políticos e econômicos; 2. resgatamos a história da Reforma Sanitária da qual se originou o SUS, com textos de autores especialistas no processo; 3. descrevemos os acontecimentos recentes que envolvem o referido Ministério, com intuito de caracterizar a esfera mais imediata (fenomênica) do processo investigado. Para tal, consultamos literatura pertinente assim como notícias veiculadas sobre o assunto; 4. seguimos com a análise das principais implicações da militarização para o SUS, com ênfase para seus mecanismos de gestão participativa e descentralizada construídos desde a Reforma Sanitária.

A perspectiva teórica que sustenta nossa análise advém da Saúde Coletiva de viés crítico, consubstanciada na Reforma Sanitária brasileira a partir de um diálogo entre Ciências da Saúde e o materialismo histórico-dialético. Nessa perspectiva, os fenômenos de saúde, inclusive no âmbito político, devem ser vistos como síntese dialética de múltiplas determinações, sobretudo em face dos conflitos sociais que impulsionam a história.

2. As raízes da militarização no Brasil

Aqui abordaremos a militarização para além do fenômeno da ocupação do Estado por militares, pensando-a como «legado» ideológico que, no caso brasileiro, enraíza-se durante a Ditadura Militar. Antes disso, reconhecemos que existiram militares chefiando o Estado brasileiro em outros momentos, como na Primeira República (1889 - 1930), mas em contextos que não produziram os efeitos da Ditadura Militar instaurada a partir de 1964, no que diz respeito ao ideário social, à cultura, enfim, a diversos elementos incrustados no cotidiano brasileiro.

A presença militar na vida brasileira não se extingue com o fim da Ditadura, até mesmo porque não houve uma ruptura abrupta com ela, mas um processo de esgotamento que foi permitindo a construção de uma outra alternativa, viável até mesmo para os militares. A permanência da Política Militar (que ganhou a função de ir às ruas durante o período ditatorial, com práticas de guerra) como equipamento prioritário de segurança, assim como os estereótipos de ordem e disciplina militar se perpetuaram em diversos setores sociais (Cruz, Minchoni, Matsumoto e Andrade, 2017).

Silva Filho (2008) trata da perpetuação dessa memória colocando a questão das ditaduras na América-Latina pelo viés do aparato tecnológico e da sistematização de ações que, à época, estiveram por trás dos assassinatos em massa e da produção de uma cultura pró-ditadura, escondendo sua face vil e propagando a ideia de ordem. Para o autor, diferentemente de outros países latino-americanos, o Brasil demorou a recuperar uma memória mais fiel ao que ocorreu à época, inclusive no âmbito jurídico, com muitos envolvidos nas torturas e crimes cometidos ficando impunes. Com a Comissão de Anistia, em 2007, inicia um movimento de recuperação dessa memória (Silva Filho, 2008). Porém, precisamos destacar que esse movimento é freado ou, ao menos, contraposto pela ascensão do projeto da extrema direita instaurado no Brasil em 2019, inclusive com a defesa direta do retorno da Ditadura Militar e com homenagens a torturadores.²

Durante a pandemia, várias manifestações ocorreram a favor do atual presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro, e com a defesa de intervenção militar para o fechamento do Congresso e do Supremo Tribunal Federal (STF). Essas aglomerações ocorreram mesmo com o risco de transmissão do novo coronavírus, inclusive com participação do presidente em várias delas, sem máscara, apertando mãos e distribuindo abraços.

2 O próprio presidente Jair Bolsonaro, quando deputado, exaltou publicamente o torturador Coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra, na ocasião da votação do impeachment da presidenta, à época, Dilma Rousseff, na Câmara de Deputados. Veja o fato em <<https://www.youtube.com/watch?v=xiAZn7bUC8A>>.

Trata-se da revitalização da ideia de governo pela militarização, trazendo consigo a defesa diuturna de interesses privados em detrimento da vida e da liberdade. Convém destacar que esse ideário nunca deixou de pairar entre os brasileiros, a exemplo do estereótipo de que a boa educação é aquela que preza pela disciplina e rigidez, conferindo certo *status* para as escolas militares e com projetos de expansão desse modelo por toda educação pública (Lima, Brzezinski e Menezes Júnior, 2020). Outra situação pode ser observada no tratamento dado à questão social pelo Estado, com forte atuação da Polícia Militar nas comunidades pobres, em ações truculentas que provocam o genocídio de pobres, negros e negras através da pecha de combate ao crime e tráfico de drogas (Cruz *et al.*, 2017). Ao que parece, o universo militar, mesmo que sob autoritarismo e violência, reflete prestígio na sociedade brasileira. Essa memória não só ajudou a eleger o Bolsonaro (que, inclusive, é militar), como contribuiu com a atual militarização do Ministério da Saúde, espaço até então pouco frequentado por esses agentes e suas ideias.

Além dessas raízes particulares na história brasileira, devemos considerar que o complexo militar possui posição decisiva na dinâmica do sistema do capital. Sobre isso, Meszáros (2009) esclarece que a indústria bélica cumpre uma função material decisiva ante as crises de superacumulação ou superprodução. Até a primeira metade do século xx, a indústria bélica funcionou, sobretudo, como principal mecanismo da «destruição produtiva», oferecendo o suporte estrutural necessário às guerras (lembramos, especialmente, que a primeira metade do século xx assistiu às duas grandes Guerras Mundiais). A indústria bélica, então, tanto proporciona a acumulação de capital na sua dinâmica interna, quanto atua de forma funcional aos ciclos do capital de abundância e pletora, seguidas de destruição e reinício do ciclo produtivo, reconstruindo o que a própria dinâmica capitalista precisou destruir.

A partir da segunda metade do século xx, notadamente em meados dos anos 1970, o sistema do capital altera sua estratégia, forçado pela crise estrutural. A partir daí, acentua-se a taxa decrescente do valor de uso das mercadorias, caracterizando o que Meszáros (2009) chama de «produção destrutiva». Esse mecanismo passa a determinar a produção de mercadorias programadas para serem rapidamente consumidas, praticamente descartáveis, o que força o consumidor a substituí-las rapidamente. Com isso, há a aceleração de todas as fases do ciclo do capital, da produção ao consumo, com vistas a contenção da queda da taxa de lucros. A indústria bélica também serve a esse propósito, basta lembrar o papel da Guerra Fria ou das políticas de segurança militaristas/armamentistas contemporâneas. Para Polese (2016, pp. 54-55),

A questão é tão grave que, no plano da mercadoria bélica e de todo o complexo industrial-militar, a taxa de uso decresce tanto que chega a apresentar a tendên-

cia a girar muito próxima à taxa zero. Em outras palavras, montantes gigantescos de recursos naturais e humanos são orientados à produção de uma mercadoria inerentemente ligada à irracionalidade de guerras etc., que, do ponto de vista do capital, são bastante racionais. Como se não bastasse isso, são orientados à produção dessa mercadoria já com a intenção prévia de que ela nunca seja consumida e, muitas vezes, sequer complete sua própria produção! Nesse caso, como era bastante comum na época da Guerra Fria, parafernálias bélicas monstruosas consumiam milhões de dólares e, antes de o produto completar o ciclo e tornar-se uma mercadoria a ser vendida e talvez consumida, já tinha sua tecnologia superada. Seu projeto era, então, abandonado. Claro, nesses casos, quem arcava com a conta final era o poderoso aparato estatal russo e norte-americano. A taxa decrescente de uso ganha ainda mais importância enquanto lei tendencial chave no dinamismo do capital em crise estrutural quando observamos o peso que o complexo industrial militar (a área onde essa taxa possui mais força) tem na principal economia do mundo contemporâneo, a estadunidense.

Diante disso, a ideia de militarização também se articula às demandas econômicas do sistema do capital, sofrendo mutações de acordo com o movimento histórico. A partir da crise estrutural, ganha destaque a conformação dos monopólios, especialmente pela liderança econômico-política cada vez mais consistentes dos Estados Unidos da América (EUA). Não por acaso, como mostrou Polese (2016), esse país assume a dianteira do processo de produção destrutiva pelo complexo industrial-militar, seja na Guerra Fria, seja nas invasões e intervenções em conflitos de outras nações, provocando guerras ou apenas as ameaçando, em nome da democracia.

A participação estadunidense foi sentida, inclusive, na América Latina, quando do fomento às ditaduras militares que se instalaram em alguns países, a exemplo do Golpe Militar brasileiro em 1964. Nessas ocasiões, havia a preocupação com a ascensão de alternativas de desenvolvimento que não confluissem com o padrão internacional monopolista, para o que o Estado autocrático se mostrou a saída para a consolidação do capitalismo monopolista nas nações dependentes. Consoante Netto (2010, pp. 27-28),

O Estado que se estrutura depois do golpe de abril de 1964 expressa o rearranjo político das forças socioeconômicas a que interessam a manutenção e a continuidade daquele padrão [de desenvolvimento dependente e associado], aprofundadas a heteronomia e a exclusão [...] readequando-o às novas condições internas e externas que emolduravam, de uma parte, o próprio patamar a que ele chegara e, de outra, o contexto internacional do sistema capitalista, que se modificava acentuadamente no curso da transição dos anos cinquenta aos sessenta. Readequado, aquele esquema é definido em proveito do grande capital, fundamentalmente dos monopólios imperialistas. O Estado erguido no pós-64 tem por funcionalidade assegurar a reprodução do desenvolvimento dependente

e associado, assumindo, quando intervém diretamente na economia, o papel de repassador de renda para os monopólios, e politicamente mediando os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transacionais na medida em que o capital nativo ou está coordenado com elas ou com elas pode competir (e não é infrequente que a coordenação se dê também por incapacidade para competir).

De acordo com Ianni (1981), a Ditadura Militar é uma particularidade de uma ditadura mais ampla, a «ditadura do grande capital», levando às últimas consequências a aliança entre o universo militar e a burguesia, ainda que de forma heterônima do ponto de vista nacional. Essa aliança consolida a «autocracia burguesa» —categoria aprofundada por Netto (2010) a partir de Florestan Fernandes— o que expressa o caráter do autoritarismo da burguesia (pelo seu braço militar) conduzindo o «desenvolvimento» capitalista brasileiro, mas de acordo com os parâmetros imperialistas.

Essas raízes econômicas e seus reflexos nas alianças políticas, de diferentes formas, também se perpetuam aos dias de hoje, a exemplo do teor das alianças constituídas para a ascensão do projeto bolsonarista, consoante abordamos mais à frente.

3. A Reforma Sanitária brasileira e o nascimento do SUS: um processo particular no bojo da redemocratização

O SUS não é resultado de um processo burocrático linear na história do Estado brasileiro. Trata-se de um sistema soerguido a partir de pilares científico-filosóficos e movimentos ideopolíticos que propuseram um redirecionamento da saúde pública brasileira, conforme estruturada durante a Ditadura de Militar.

Obviamente, a saúde pública no período ditatorial refletia o autoritarismo e a centralização presentes, em geral, naquele governo (Medeiros, 2008). Do ponto de vista científico-filosófico, predominava uma perspectiva muito simplista da saúde, uma vez que ela era vista apenas em seus aspectos biológicos, centrada na ação curativa de profissionais médicos (Campos, 1988). Com isso, as esferas da promoção da saúde e prevenção de agravos eram colocadas em segundo plano, assim como a atuação das demais profissões, ciências e disciplinas da saúde (Souza, 2009). Portanto, o sistema vigente no governo ditatorial brasileiro era curativista, hospitalocêntrico e, por essa razão, estava absolutamente subordinado ao complexo médico-industrial.

Do ponto de vista da gestão, seu caráter centralizado se desdobrava na incapacidade de perceber as diferenças regionais de saúde, até porque a perspectiva

limitada de saúde como mero processo biológico, por concepção, deixa escapar as nuances sociais consubstanciadas nos diferentes territórios e que, por conta disso, traduzem-se em diferentes processos saúde-doença (Campos, 1988; Souza, 2009). Além disso, organiza-se, majoritariamente, a partir de serviços oferecidos apenas àqueles trabalhadores com carteira de trabalho assinada e suas famílias, o que conferia um caráter excludente a esse sistema de saúde (Medeiros, 2008).³

Contra esse modelo simplista, limitado e excludente, eclodiu o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, desde o final da década de 1970, ganhando fôlego ao longo da década seguinte. É nesse movimento que vão se encontrar anseios populares por um outro sistema de saúde com as iniciativas acadêmicas que já buscavam reconstruir a ideia de saúde (e, portanto, de prática de saúde).

Registre-se que, desse movimento, surge o entendimento de que a saúde é um processo social, embora se expresse biologicamente. Como tal, enraíza-se, em última instância, na forma como os seres humanos constroem o mundo, o que para o marxismo (perspectiva de forte influência no movimento) implica a prioridade ontológica da categoria trabalho. Sendo assim, os serviços de saúde não podem se estruturar apenas como um conjunto de ações técnicas, pautadas nas Ciências da Saúde, mas devem entender como as relações sociais produzem mais ou menos saúde, propor intervenções de nível coletivo, o que demanda, portanto, ações que superem o paradigma biomédico centrado, apenas, no tratamento de doenças (Souza, 2020).

O ponto alto dessa confluência foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual diversos atores (com destaque para profissionais já inseridos nos serviços de saúde) deliberaram a favor de um novo sistema, formulando a proposta preliminar do SUS, sobretudo privilegiando a gestão participativa (com participação popular/controlado social), universalidade de acesso, integralidade e equidade da atenção à saúde (Campos, 1988; Lacaz, 1994; Medeiros, 2008).

Essa proposta foi ganhando espaço na medida em que a Ditadura Militar se desgastava e dava sinais de ocaso. Com efeito, o SUS nasce junto ao processo de redemocratização do Brasil, a partir de ideias que, certamente, não teriam se efetivado via Ditadura Militar. No bojo das lutas contra a Ditadura, inscreveu-se a luta por uma nova perspectiva de saúde, sobretudo orientada por premissas teóricas advindas de um movimento acadêmico contra-hegemônico no campo da saúde pública (Medeiros, 2008).

3 Aqui nos referimos, sobretudo, aos serviços organizados no bojo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Porém, convém esclarecer que o governo militar instituiu algumas ações (de cunho assistencialista) para o setor informal, desempregados e população rural, mas com alcance ainda mais limitado, instável e subordinado à iniciativa privada (Falletti, 2009).

Uma ressalva importante consiste na questão de que a aproximação inicial do movimento acadêmico com o movimento operário tenha se desdobrado, mais à frente, em um divórcio, sobretudo em relação aos movimentos que militavam pela saúde no âmbito do trabalho. Para Lacaz (1994, pp. 51-52),

Percebe-se, pois, que existe um divórcio entre o caminhar do Movimento e da Reforma Sanitária e o Movimento dos trabalhadores pela saúde no trabalho. Não se pode afirmar que a teoria da Reforma Sanitária nega o papel do movimento sindical na luta pela saúde no trabalho, mas a pouca ênfase temática dada a ela nos estudos mais importantes já referidos, coloca este desafio à nossa frente.

O referido divórcio possui papel eminente nos caminhos reformistas pelos quais a Reforma Sanitária passou a trilhar, uma vez que o ímpeto revolucionário voltado à ruptura radical com o sistema (e com a sociedade vigente) persistiu muito mais no plano acadêmico que prático, na medida que em que os sindicatos e trabalhadores em geral se distanciavam da base do movimento. A atuação de médicos integrantes do movimento em cargos estatais passou a ser a pedra de toque da Reforma, fazendo com que as mudanças ocorressem na seara institucional sem tanta articulação com a base social presente nos estágios iniciais (Campos, 1988). Para Falletti (2009), esse movimento, inclusive, demonstra como o SUS é, em alguma medida, resultado da infiltração de agentes da Reforma Sanitária em estruturas de saúde distribuídas por várias regiões do Brasil pelo próprio governo militar (ainda que sob outra lógica).⁴ Todavia, note-se que mesmo se distanciando da base social operária, os agentes da Reforma Sanitária conseguem redirecionar à dinâmica desses serviços de saúde. Se esse redirecionamento não pode ser considerado como um processo de ruptura radical ao que estava posto, tampouco pouco pode ser visto como uma mera continuidade ou um transformismo natural do processo.

A proposta que se desenhou, oficializada com a C.F. de 1988, intenta romper com a centralização da gestão da saúde e o caráter hospitalocêntrico e biomédico do sistema anterior, na Ditadura Militar. Coloca o horizonte de uma perspectiva progressista, com destaque, inclusive, para grupos que enxergaram a Reforma Sanitária (mesmo com o cunho mais burocrático que assumiu) como um passo para a superação do capitalismo, no Brasil (Medeiros, 2008). Em pese os limites dessa perspectiva reformista, o nascimento do SUS, indubitavelmente, representa

4 Sobre isso, cabe ter o cuidado de salientar que a proposta militar de aumento da rede de saúde em algumas regiões do país, a exemplo de Norte e Nordeste, segue uma lógica populista que visava muito mais conter alguns descontentamentos populares, assim como cooptar lideranças. Os serviços estavam, na maioria das vezes, sob gestão privada e reproduziam uma lógica assistencialista e biomédica (Falletti, 2009). Contudo, para a autora, paradoxalmente, essa rede criada para outros fins, permitiu a infiltração do movimento da Reforma Sanitária em regiões distintas do país.

um corte histórico emblemático na saúde pública brasileira, inclusive por fazer parte de uma fase que vislumbra a superação da memória de violência e coação do Estado ditatorial.

4. Militarização durante a pandemia de Covid-19: (des) governando a saúde pública

Cumprido destacar, inicialmente, que o Brasil passa por uma conjuntura política peculiar. O atual presidente, Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018 e em exercício desde 2019, emerge como representante de um projeto político da extrema direita que ascende em meio a uma crise político-institucional, com alguns componentes marcantes:

1. uma convergência (aliança) entre a moral religiosa (representada por segmentos evangélicos neopentecostais), os interesses de grandes empresários/rentistas e a atuação de agentes dentro do Poder Judiciário a serviço dessa convergência, cujo objetivo foi construir os «degraus» necessários à ascensão de um projeto político de direita (Carvalho e Palma, 2020);
2. o fracasso do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), de 2003 a 2016, em representar, de fato, um projeto para a classe trabalhadora, uma vez que atuou, muitas vezes, pela negociação e aliança com grupos políticos contrários às ideias, que, historicamente, defendia. Consoante Boito Junior (2006, p. 237), «as mudanças introduzidas no interior do bloco no poder, pelo Governo Lula, também reforçam a hegemonia do capitalismo neoliberal no Brasil». Com diferenças, essas alianças se estenderam ao governo Dilma, mas sem a mesma eficiência e com um claro desgaste do modelo, o que está ligado, de alguma maneira, à construção do Golpe político que ela sofreu, travestido de impeachment.
3. uma série de escândalos de corrupção que, pela correlação de forças e aliança já citada, foi equalizada ideologicamente, conseguindo vincular a corrupção unilateralmente aos partidos de esquerda e o seu combate à «nova direita», moralista, conservadora e que, além de tudo, teria se «modernizado» a partir do ideário neoliberal, o que os credenciaria a salvar o país, também, da crise econômica (Pereira e Coutinho, 2019);
4. A ascensão do modelo de militância política e social em redes sociais, com suporte tecnológico de robôs. Esse modelo foi ampla-

mente utilizado na campanha eleitoral de 2018, com uma intensa militância a favor de Bolsonaro calcada em *Fake News* e ataques aos adversários (Almeida, 2019; Pereira e Coutinho, 2019). Esse modelo de militância, junto à aliança religiosa-empresarial-judiciária ajudou a tirar o Bolsonaro da posição de um parlamentar de atuação incipiente no Congresso e construir a imagem de um político antisistêmico, supostamente capaz de moralizar o país.

5. Com a vitória de Bolsonaro nas eleições e do projeto que ele representa, uma série de medidas foram tomadas, misturando o conservadorismo cultural (com ataques aos professores, mecanismos velados de censura cultural, decisões baseadas em princípios religiosos e ataques aos movimentos sociais), a postura econômica neoliberal (com asfixia financeira da saúde e educação públicas, reforma previdenciária e outras medidas que desmontam a seguridade social) e o autoritarismo político (em especial, com manifestações do presidente e de pessoas a ele ligadas contra os Poderes Judiciário e Legislativo, falta de diálogo com os entes federativos e a implantação de um clima de pânico e de eterna campanha eleitoral) (Pereira e Coutinho, 2019; Almeida, 2019; Carvalho e Palma, 2020).

A síntese desses componentes resulta no abalo das instituições nacionais, assim como em retrocessos na plataforma democrática brasileira, que, historicamente, já se constituiu debilmente. Para Carvalho e Palma (2020, p. 98):

[...] regimes políticos, como os brasileiros no período pós-2014, podem não advogar a promulgação de uma nova constituição, mas sim adotar decisões e normas contrárias às bases do constitucionalismo democrático e dos direitos humanos, as quais, ainda assim, são apresentadas como sendo conformes à constituição. [...] a constituição não opera como estrutura normativa, mas apenas como fachada útil à governança anticonstitucional.

Esse modelo governamental, porém, tem deixado transparecer a fragilidade de suas alianças e a base inconsistente dos ideais que defende, por vezes totalmente descolados da realidade. Um «sintoma» dessa condição se traduz na ausência de planejamento nas diversas pastas governamentais, assim como as sucessivas trocas de seus titulares. Aqui, nos deteremos a pasta da saúde, mas é importante destacar que, também durante a pandemia, houve troca em outras importantes pastas, a exemplo do ministro da justiça (após polêmica envolvendo uma possível intenção de interferência na Polícia Federal por parte do presidente) e do ministro da educação, por duas vezes, sendo que um deles foi nomeado e sequer tomou posse, depois de ser acusado de inserir informações falsas em seu currículo. Ao todo, contando o ministro da educação não empossado, já foram 12

trocas de ministros no Governo Bolsonaro, sendo 8 delas no primeiro semestre de 2020, com a pandemia em curso⁵.

No Ministério da Saúde, o médico Luiz Henrique Mandetta foi o primeiro titular, sendo exonerado em 16 de abril, em meio a divergências com o presidente sobre o rigor na adoção das medidas de distanciamento social. No lugar, assumiu o também médico Nelson Teich, mas que não chegou a ficar um mês completo no cargo, saindo, ao que tudo indica, por não aceitar que o Ministério adotasse a cloroquina como tratamento oficial contra a Covid-19, como queria o presidente. Então, em seu lugar, interinamente, assumiu o militar Pazuello, quando rapidamente foi implantado um protocolo de tratamento com a cloroquina, ainda que sem comprovações de sua eficácia.

Parece-nos apropriado o termo «(des)governo» (e seus derivados), no sentido de ausência de gestão/direção ou, ao menos, ausência de fundamentos técnico-científicos, planejamento estratégico e critérios de avaliação para a condução do Ministério. Prevalece a vontade pessoal, baseada em «achismos» por parte do chefe do Poder Executivo, o que se reflete na forma caótica pela qual a Covid-19 tem sido enfrentada no Brasil.

O (des)governo se expressa, também, no negacionismo à gravidade da pandemia, a exemplo das vezes em que o presidente Bolsonaro veio a público criticar o distanciamento social⁶. Obviamente, a realidade objetiva revela um resultado inverso, tanto que o número de casos e óbitos rapidamente cresceu. O presidente e seu Ministério, para dirimir a repercussão negativa da postura contra o distanciamento social, direcionam suas energias à defesa da cloroquina, demonstrando desprezo à ciência e sendo uma clara tentativa de equalizar a opinião pública a seu favor, a partir da ideia de que estariam combatendo a pandemia e, ao mesmo tempo, protegendo a economia (deixando os serviços e as indústrias funcionarem) (Silva e Gonçalves, 2020).

É claro que um Ministério (des)governado, submetido aos desígnios pessoais do presidente, precisaria afastar, cada vez mais, aqueles que possuem o conhecimento técnico-científico dos cargos a partir dos quais se tomam as decisões cotidianas, colocando, no lugar deles, agentes capazes de cumprir esse projeto de (des)governo, sem o pudor de ignorar a ciência e revestidos da «áurea» do autoritarismo. Até o final do primeiro semestre de 2020, eram 25 cargos do Ministério ocupados por militares, conforme o Quadro 1.

5 Confira as trocas em <<https://www.poder360.com.br/infograficos/governo-bolsonaro-ja-teve-11-trocas-de-ministros/>>.

6 Ver pronunciamento de Jair Bolsonaro em <https://www.youtube.com/watch?v=VI_DYb-XaAE>.

Quadro 1: Militares em cargos do Ministério da Saúde do Brasil, junho de 2020

Nome	Cargo
Eduardo Pazuello	Ministro interino
Antônio Élcio Franco Filho ⁷	Secretário-executivo interino
Reginaldo Machado Ramos	Diretor de Gestão Interfederativa e Participativa
Jorge Luiz Kormann	Diretor de Programa
Marcelo Blanco Duarte	Assessor no Departamento de Logística
Paulo Guilherme Ribeiro Fernandes	Coordenador-geral de Planejamento
Alexandre Magno Asteggiano	Assessor
Luiz Otávio Franco Duarte	Assessor especial do ministro
André Cabral Botelho	Coordenador de contabilidade
Giovani Cruz Camarão	Coordenador de Finanças do Fundo Nacional de Saúde (FNS)
Vagner Luiz da Silva Rangel	Coordenador de execução orçamentária
Ramon da Silva Oliveira	Coordenador geral de Inovação de Processos e de Estruturas Organizacionais
Marcelo Sampaio Pereira	Diretor de programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Angelo Martins Denicoli	Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
Mario Luiz Ricette Costa ⁸	Assessor técnico da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Alexandre Martinelli Cerqueira	Subsecretário de Assuntos Administrativos
Laura Triba Appi ⁹	Diretora de Programa da Secretaria de Atenção Primária
Celso Coelho Fernandes Júnior	Coordenador-Geral de Acompanhamento e Execução de Contratos Administrativos
Paulo César Ferreira Júnior	Diretor de Programa da Secretaria-Executiva
Giovanne Gomes da Silva	Presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)
Vilson Roberto Ortiz Grzechoczinski	Coordenador-geral da Secretaria Especial de Saúde Indígena
Robson Santos da Silva	Secretário especial de Saúde Indígena
Mareio Vieira da Silva	Coordenador-geral de Orçamento e Finanças
Nivaldo Alves de Moura Filho	Diretor de Programa da Secretaria-Executiva
Roberto Bentes Batista ¹⁰	Departamento de Engenharia de Saúde Pública da Fundação Nacional de Saúde

Fontes: Ver: <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/05/23/interna-brasil,857604/quantidade-de-militares-no-ministerio-da-saude-aumenta-veja-a-lista.shtml>>; <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeados-no-ministerio-da-saude.shtml>

7 Possui atuação anterior na saúde, quando ficou um semestre na Secretaria de Estado de Saúde, no estado de Roraima, Brasil.

8 Possui atuação anterior na saúde, quando foi diretor de saúde no Ministério da Defesa.

9 Possui atuação na saúde, uma vez que, além de militar, é médica.

10 Possui atuação na saúde, uma vez que, além de militar, é médico.

Entre os 25 militares, 21 não têm experiência na saúde, mesmo estando em cargos que exigem conhecimento especializado, a exemplo da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Essa ocupação do Ministério da Saúde por militares configura um processo com sérias implicações para o SUS, conforme discutido a seguir.

5. As principais implicações da militarização do Ministério da Saúde para o SUS

Com base no apresentado até aqui, consideramos que o processo em curso traz implicações para o SUS consubstanciadas na descaracterização da gestão do sistema, com violação de seus princípios e bases históricas e, conseqüentemente, dificuldades para a efetivação dos serviços de acordo com a perspectiva defendida desde a Reforma Sanitária.

Conforme já assinalado, o SUS é produto do processo de redemocratização em substituição ao regime ditatorial. Ele não só nasce de experiências de gestão participativa/controlado social (vide 8ª CNS), como incorpora essa questão como um dos seus princípios organizativos (Diário Oficial da União, 1990). A partir disso, o SUS se organiza com participação de conselhos de saúde instituídos formalmente (em todas as esferas de governo), com representação de vários segmentos da sociedade civil, a fim de deliberar sobre as ações e serviços públicos de saúde, inclusive envolvendo orçamento e prestação de contas. Para Bravo e Correia (2012, p. 131),

[...] a participação social no SUS foi concebida na perspectiva do controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações —planos, programas e projetos—, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Em que pese os limites desses conselhos, sobretudo mediante o distanciamento que se estabeleceu entre as bases intelectual e militante do SUS (Lacaz, 1994), eles constituem esfera importante para a história do sistema, inclusive para aquela que está em curso.

No caso da pandemia de Covid-19, o Conselho Nacional de Saúde, a maior instância de controle social do SUS, tem atuado a partir de recomendações formais, a exemplo da Recomendação nº 042, de 22 de maio de 2020, em reação ao protocolo de cloroquina para tratamento da doença.¹¹ A recomendação pede a

11 Ver orientações do Ministério da Saúde a favor da cloroquina em <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46919-ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-tratamento-medicamentoso-de-pacientes>>.

suspensão imediata do uso da cloroquina ou de qualquer outro medicamento sem eficácia comprovada cientificamente (Conselho Nacional de Saúde, 2020), o que foi absolutamente ignorado pelo alto escalão do Ministério da Saúde.

É preciso esclarecer que o devido protocolo também foi implantando a despeito das recomendações de órgãos técnicos e científicos, de modo unilateral e centralizado, sem a devida articulação com estados e municípios, o que fere outro princípio organizativo do SUS, o da gestão descentralizada e pactuada (Diário Oficial da União, 1990).¹² Como se sabe, a gestão do SUS deve acontecer de modo compartilhado entre as esferas municipal, estadual/distrital e federal, com decisões pactuadas que permitam dar conta das diferenças regionais sem descaracterizar a unicidade do sistema. Porém, o que se vê, desde o início da pandemia no Brasil, são ações desencontradas entre as esferas governamentais, sobretudo pela postura unilateral do governo federal. Os dois pontos cruciais das divergências se situam na questão da rigidez do distanciamento social e na adoção do protocolo da cloroquina, mas se estendeu a outras questões, a exemplo da forma de divulgação do número de casos e óbitos.

Nessa questão, constatamos a confluência da violação da gestão participativa e descentralizada com o desprezo à ciência e informação epidemiológica. Com isso, outra diretriz do SUS é infringida, porquanto a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 define, como diretriz do sistema: «VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática» (Diário Oficial da União, 1990, s/p). Ao contrário disso, o Brasil passou a assistir uma relativização, cada vez maior, do distanciamento social, mesmo com a ascensão da curva epidemiológica dos casos e mortes.

O princípio da integralidade da assistência de saúde (o que pressupõe, entre outras coisas, a integração de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde) também é gravemente violado, porquanto o Ministério defenda um falso tratamento em detrimento das medidas protetivas. Com efeito, não se trata apenas de um retrocesso rumo ao modelo biomédico, mas quiçá uma viagem medieval na qual a vontade de líderes de Estado prevalece sobre o conhecimento.

Esse tipo de prática se apresenta como uma tendência perigosa, ainda mais considerando que os dirigentes de setores importantes do Ministério não possuem a expertise necessária para a condução do sistema. É mister considerar que:

A dimensão técnico-sanitária relaciona-se ao objetivo de conduzir a organização de acordo com os preceitos técnicos da Saúde Coletiva. Na prática, refere-se às

12 Ver recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o uso da cloroquina em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#cloroquina-hidroxicloroquina>.

ações de identificação e priorização de problemas de saúde e de proposição e aplicação de soluções. Trata-se da dimensão que confere especificidade à gestão da saúde. O setor da saúde apresenta particularidades que tornam complexa a tarefa de administrá-lo (Souza, 2019, p. 914).

Questões centrais para a gestão do SUS, como planejamento estratégico fundamentado em indicadores de saúde, mecanismos de avaliação pactuados com as esferas governamentais e a sociedade, entendimento de especificidades sociais e regionais que repercutem na saúde e conhecimento da rede de serviços distribuída nacionalmente (nível de complexidade dos serviços executados, fluxos de referência e contrarreferência, dificuldades existentes etc.), se ignoradas, podem provocar o fenecimento do sistema, ao menos da forma como o conhecemos.

A mera medicalização já se mostrou, historicamente, um caminho inócuo para a saúde pública. Adotar caminhos que privilegiam o uso de medicamentos e outras medidas curativas vai na contramão da perspectiva de saúde construída desde a Reforma Sanitária e institucionalizada (embora com tensões e problemas) no SUS. Não estamos querendo dizer, com isso, que a esfera curativa não seja da mais alta importância, mas, por si só, ela reduz o horizonte de possibilidades da saúde, impelindo todo o sistema a girar em torno da doença. Ignorar o processo de determinação social da saúde e, assim, minar as possibilidades de prevenir agravos, promover saúde e transformar a relação saúde-sociedade implica absoluta incongruência ao projeto defendido pelo SUS, representando um retorno aos pilares de saúde do modelo vigente à época da Ditadura Militar brasileira. A situação se torna ainda mais grave quando se nega, até mesmo, as evidências biomédicas.

É importante frisar que o processo de descaracterização do SUS (de sua perspectiva e de seus princípios) não é novidade, tendo se estabelecido desde seus primeiros anos, sobretudo pelos ataques neoliberais consubstanciados nos acordos internacionais assumidos pelo Brasil.¹³ Nessa trajetória, questões como o subfinanciamento do sistema, o fortalecimento do complexo médico-industrial/financeiro a partir da dinâmica pública, a fragilização crescente da gestão participativa e a perpetuação das velhas ideias biomédicas atravessaram os 32 anos do SUS, em todos os governos (Souza, 2019).

Apesar disso, ainda se mantinha algum diálogo entre os entes federativos, com respeito à ciência e conservando um corpo técnico (servidores de carreira) em alguns cargos importantes. O que constatamos, agora, é um processo violento, que

¹³ Podemos citar o Consenso de Washington, acordo no qual os países de economia dependente signatários assumiram o compromisso com uma agenda de ações neoliberais, em troca dos empréstimos do Fundo Monetário Internacional (FMI) para o seu suposto desenvolvimento econômico (Bravo e Correia, 2012; Souza, 2019).

leva, às últimas consequências o projeto da extrema direita contra a saúde pública, justamente quando mais se precisa dela.

Esse processo ganha contornos drásticos em face do maior desafio da saúde global em décadas. A pandemia tem proporcionado maiores repercussões às dificuldades do SUS e diríamos que, ao mesmo tempo, ratifica, de modo contundente, a importância de um sistema universal, equânime e integral para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo em países dependentes e periféricos como o Brasil (Souza, 2020). O paradoxo se constitui no fato de que, ao ratificar a importância do SUS, a pandemia amplifica as dificuldades dos serviços de saúde, até porque a forma como a saúde pública está sendo gerida, especificamente nesse momento histórico, faz com as reverberações sociais da Covid-19 se transformem em novos problemas de saúde, com o agravante de estarem sob ações autoritárias, conduzidas sem conhecimento de causa e incapazes de ações coletivamente planejadas.

O (des)governo da saúde, desprovido de conhecimento e expertise em saúde pública, deixa o Brasil cada vez mais suscetível aos ataques de agentes alheios, haja vista as propostas de contrarreforma que apregoam formas veladas de privatização. Agentes externos, a exemplo do Banco Mundial, com apoios de grupos internos, tem conduzido alterações substanciais no curso do sistema, desde a década de 1990 e acentuando-se recentemente.¹⁴ Em síntese, essas interferências externas têm desvirtuado a perspectiva de universalidade plena, substituindo-a pela ideia de cobertura universal, o que não implica, necessariamente, serviços estruturados a partir das demandas sociais, de modo integral e equânime. Na maioria das vezes, a cobertura universal se restringe a um pacote básico de serviços focado em determinadas doenças, que pode se efetivar mediante parcerias com demasiado espaço para a esfera privada e sob a tutela do modelo biomédico (Souza, 2019).

A ausência de liderança substancial e conhecimento histórico, científico, filosófico e técnico sobre a saúde pública brasileira abre uma alameda para essas contrarreformas, atendendo muito mais aos interesses do capital internacional do

14 Foram três documentos principais do Banco Mundial que visaram interferir no SUS na década de 1990, sobretudo ao demarcar o espaço do setor privado como uma suposta via de complementação dos serviços públicos, mas que se revelou, ao longo da história, um mecanismo de redirecionamento dos recursos público à esfera privada, fragilizando a lógica de universalidade e limitando o alcance do controle social. Em 2017, o Banco Mundial publica estudo argumentando que o SUS precisa melhorar sua eficiência, mas ignorando o processo de subfinanciamento corolário à política financeira internacional. Em 2019, envia documento ao parlamento brasileiro propondo uma reforma, a fim de torná-lo mais eficiente. Contudo, essa proposta esconde o interesse de reproduzir o mecanismo da dívida pública que sucateia, há décadas, a seguridade social brasileira, assim como avança nos processos de descaracterização da universalidade, equidade e integralidade da saúde pública (Bravo e Correia, 2012; Souza, 2019).

que as necessidades de saúde da população brasileira. A contrarreforma do SUS trilha um caminho favorável ao grande capital, encontrando na militarização uma via que pode lhe favorecer, tendo em vista as raízes econômicas desse processo alhures abordadas. A ruptura dos mecanismos de gestão participativa e descentralizada aumenta essa ameaça, até porque a gestão centralizada e autoritária pode estabelecer seus próprios mecanismos de implantar as mudanças que se afinam aos interesses outros que não os da população usuária do SUS.

Diante disso, portanto, o fortalecimento da memória de tempos nos quais houve a simbiose entre o Estado brasileiro e o universo militar, ora efetivado pela militarização do Ministério da Saúde, é um «assalto» às origens históricas do SUS, representa o desprezo pelas suas bases ideopolíticas e a violação de seu arcabouço jurídico, consubstanciando-se em um catalisador de processos já em curso, justamente quando passamos por um grande desafio de saúde pública. Portanto, defender o SUS e resistir às iniciativas que agridem seus mecanismos de gestão se coloca, com prioridade, na pauta de lutas sociais pela saúde pública.

5. Considerações finais

Considerando as ameaças ao SUS, a resistência à militarização perpassa o reencontro entre as lutas por saúde e as lutas gerais dos trabalhadores, recuperando o movimento que em algum momento se rompeu, conforme apontam Campos (1988) e Lacaz (1994). Considerando que a militarização traz consigo uma memória que ameaça à liberdade, assim como se articula às bases econômicas de um sistema que gera desigualdades, que é heterônimo e excludente, deve-se se recuperar uma articulação ampla, capaz de fazer frente ao projeto da extrema direita, em curso no Brasil.

Com efeito, o primeiro passo para enfrentar qualquer ameaça, é entendê-la. Isto é, apreender suas mediações e fundamentos. A condução de uma política social da mais alta importância, como a de saúde, não pode ficar nas mãos de indivíduos sem expertise sanitária e que ignoram os mecanismos de gestão historicamente construídos. O caráter descomprometido com a vida e saúde do (des) governo implantado no Ministério da Saúde não pode prevalecer sobre a história e as conquistas do SUS que foram possíveis mesmo com o processo de desmonte que ele sofre desde suas origens. Esse projeto de contrarreforma, que, por ocasião da pandemia, assume sua face mais abjeta, deve ser desmistificado e combatido, tarefa para qual a ciência deve contribuir, até porque ela mesma passa a estar em xeque diante dessa perspectiva retrógada. Esperamos que as reflexões desse ensaio possam contribuir para tal, particularmente no que tange a saúde.

Referências

- ALMEIDA, R. (2019). Bolsonaro presidente: conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira. *Novos estudos CEBRAP*, 38(1), 185-213. <https://doi.org/10.25091/s01013300201900010010>.
- BOITO JÚNIOR, A. (2006). A burguesia no Governo Lula. En E. Basualdo, y E. Arceo. *Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales* (pp. 237-263). Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- BRAVO, M. I. S. e CORREIA, M. V. C. (2012). Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, 109, 126-150. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>.
- CAMPOS, G. W. S. (1988). A reforma sanitária necessária. En Berlinguer, G., Teixeira, S. F. e Campos, G. W. S. (Eds.). *Reforma sanitária: Itália e Brasil* (pp. 179-194). São Paulo, Brasil: Editora Cebes; Hucitec.
- CARVALHO, A. D. Z. e PALMA, M. (2020). Juristas contra a democracia: usos do direito e desintegração democrática no Brasil pós-2014. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. 29(1), 80-108. <https://dx.doi.org/10.26851/rucp.29.1.4>.
- CEBES, REDE UNIDA, RNMP e ABEN. (2020). Nota de repúdio à Ocupação militar do Ministério da Saúde! Recuperado de <<http://cebes.org.br/2020/05/nota-de-repudio-a-ocupacao-militar-do-ministerio-da-saude/>>.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2020). *Recomendação nº 042, de 22 de maio de 2020*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-maio-de-2020>>.
- CRUZ, A. V. H., MINCHONI, T., MATSUMOTO, A. E. e ANDRADE, S. S. (2017). A Ditadura que se Perpetua: Direitos Humanos e a Militarização da Questão Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(spe), 239-252 <https://doi.org/10.1590/1982-3703180002017>.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. (1990). *Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. (1996). *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União. Recuperado de <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.

- FALLETI, T. (2009). Infiltrating the State. The evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988. En Mahoney, J. e Thelen, K. (Eds.). *Explaining institutional change* (pp. 38-62). Cambridge: Cambridge University Press.
- IANNI, O. (1981). *A ditadura do grande capital*. Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira.
- LACAZ, F. A. C. (1994). Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, 3(1), 41-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000100005>.
- LIMA, M. E., BRZEZINSKI, I. e MENEZES Junior, A. S. (2020). Militarizar para educar? Educar para a cidadania? *Educação & Sociedade*, 41, e228256. <https://doi.org/10.1590/es.228256>.
- MEDEIROS, S. M. A. (2008). *Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
- MÉSZÁROS, I. (2009). *Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo, Brasil: Boitempo Editorial.
- NETTO, J. P. (2010). *Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil ós-64*. São Paulo, Brasil: Cortez.
- PEREIRA, C. e COUTINHO, C. (2019). A Extrema Direita Adiciona o Neoliberalismo: O papel das mídias sociais no atual cenário político. *Cadernos de Relações Internacionais*, 2, 4-24. Recuperado de <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/45949/45949.PDFXXvmi=>>>.
- POLESE, P. (2016). Que tipo de crise? István Mészáros e a crise estrutural do sistema do capital. *Em pauta*, 37(14): 40-60. Recuperado de <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25393>>.
- SILVA FILHO, J. C. M. (2008). O anjo da história e a memória das vítimas: o caso da ditadura militar no Brasil. *Veritas (Porto Alegre)*, 53(2). <https://doi.org/10.15448/1984-6746.2008.2.4466>.
- SILVA, R. e GONÇALVES, L. (2020). As pílulas do Messias: salvação, negação e política de morte em tempos de pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), e300208. Recuperado de <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/04/physis30_2_a08.pdf>.
- SOUZA, D. O. (2019). Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. *Saúde em debate*, 43(spe. 5), 71-81. <<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/download/30/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%205>>.

SOUZA, D. O. (2020). O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serviço Social & Sociedade*, 137, 174-191. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>.

SOUZA, L. E. P. F. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & saúde coletiva*, 14(3), 911-918. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>.

El autor es el único responsable del artículo.