

O NEOFASCISMO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE BOLSONARO EM TEMPOS PERIGOSOS DA PANDEMIA DA COVID-19

EL NEOFASCISMO DE LA POLÍTICA DE SALUD DE BOLSONARO EN TIEMPOS PELIGROSOS DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Maurílio Castro de Matos 1

Resumo: O artigo desenvolve uma análise crítica sobre as insuficientes ações do governo brasileiro no enfrentamento a pandemia da Covid-19. Identifica que tais questões têm ligação com o histórico desmonte enfrentado pelo Sistema Único de Saúde, vide as sucessivas exigências do Banco Mundial, mas que se acirram, brutalmente, no governo de Bolsonaro. Tal acirramento tem ligação com o projeto de ultradireita desse governo, que lança mão de estratégias que podem ser identificadas como neofascistas, a exemplo das ações em curso na política de saúde, com destaque para o (não) enfrentamento da Covid-19. Desde o início da pandemia o governo vem relativizando os riscos da Covid-19, desenvolvendo ações que vão na direção contrária das orientações dos órgãos da saúde pública. Apesar desse quadro desolador, o artigo também ressalta a importância de trabalhadores/as de saúde e grupos de defesa da saúde pública e estatal nas ações de resistência durante a pandemia.

Palavras-chave: Política de saúde. Brasil. Covid-19. Democracia.

Resumen: El artículo desarrolla un análisis crítico de las insuficientes acciones del gobierno brasileño para enfrentar la pandemia Covid-19. Identifica que estos temas están vinculados al desmantelamiento histórico que enfrenta el Sistema Único de Salud, para esto basta ver las demandas históricas del Banco Mundial, pero que son brutalmente agravados por el gobierno de Bolsonaro. Este aumento está vinculado al proyecto de ultraderecha del gobierno, que utiliza estrategias que pueden identificarse como neofascistas. Esto se puede ver en las acciones en curso en política de salud, con énfasis en el (no) enfrentamiento del Covid-19. Desde el inicio de la pandemia, el gobierno no ha ido poniendo en perspectiva los riesgos del Covid-19, desarrollando acciones que van en sentido contrario a los lineamientos de las agencias de salud pública. A pesar de este panorama desolador, el artículo también destaca la importancia de los trabajadores/as de la salud y los grupos de defensa de la salud pública y estatal en las acciones de resistencia durante la pandemia.

Palabras-claves: Política de Salud. Brasil. COVID-19. Democracia.

Introdução

A pandemia provocada pelo novo coronavírus chegou oficialmente ao Brasil no pós-carnaval de 2020. Toda pessoa que conhece realmente o país, ainda que não goste de carnaval, sabe da importância dessa data para a cultura e para a nossa saúde mental. É o momento de folia ou do descanso. Sendo um ou outro é um período para estar juntos/as. Brasileiros/as, e os/as da latinidade em geral, gostam de abraçar e se expressar por mãos que voam e atravessam corpos. Assim, foi o carnaval. Difícil prever o pequeno número de brasileiros/as que não sabiam da pandemia iniciada na China e que acreditavam que não chegaria a terras tupiniquins.

Em março de 2020, começou a preocupação com o novo coronavírus, Sars-Cov-2, que pode gerar a doença nomeada Covid-19. O Rio de Janeiro, por exemplo, começou sua política de isolamento social no domingo, dia 15 de março, e já na segunda, dia 16, as aulas não foram retomadas. A pandemia alterou o país, justamente quando o ano estava engrenando, talvez quem não seja daqui não saiba, mas é comum dizer que o ano começa quando acaba o carnaval, o que se trata mais de uma anedota (cuja dimensão de realidade diz respeito apenas às camadas médias), pois para a maioria da população, especialmente para aquela que trabalha na informalidade, o país e suas explorações não param nunca, apenas se disfarçam, a exemplo da alegria carnavalesca.

O Sars-Cov-2 é um vírus, que pode evoluir para uma infecção respiratória grave e tem uma rápida propagação entre as pessoas. A tão esperada vacina começou a ser aplicada em alguns países no final de 2020, ainda que nos primeiros dias de 2021 não seja uma realidade no Brasil. As orientações de distanciamento social e o recurso a uma intensa higienização dos ambientes e das pessoas foram dadas desde o início. E, logo depois, se agregou a essas orientações o uso de máscaras para toda a população.

No Brasil, os primeiros casos de pessoas com o vírus não se deram entre as massas da classe trabalhadora. Notícias informavam de contágio em festas e casamentos badalados, bem como em pessoas que regressaram de férias na Europa. Mas, as duas primeiras mortes foram de trabalhadores/as: uma trabalhadora doméstica, no Rio de Janeiro, e um porteiro, em São Paulo. Também houve, no período inicial, vítimas fatais nas camadas mais privilegiadas, como a de uma dona de galerias de arte, uma *socialite*, e o filho do dono de uma afiliada da Rede Globo.

Por onde o vírus anteriormente tinha passado, chegou-se a um consenso que um grupo particular de pessoas corria mais riscos: os idosos/as e pessoas com comorbidades. Aqui, no Brasil, temos notícias desde o início de que jovens também têm sido vítimas. Além disso, em abril de 2020 o boletim epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo informava que a população negra era menos atingida pelo vírus, no entanto a que mais morria. Será que aqui, no Sul do mundo, haveria uma mudança no ataque do vírus? Alguma mutação? Para buscar a resposta se há alguma especificidade da pandemia por terras tupiniquins, precisaremos refletir sobre a política de saúde brasileira.

Breves comentários das rotas da política de saúde no Brasil

Na etapa final da transição pelo alto dirigida pela cúpula da Ditadura Empresarial-Militar brasileira – quando se verificam a falência da sua promessa de reativação da economia, a perda de sua base de sustentação de segmentos da sociedade civil, divergências internas nas forças militares e a impossibilidade de controle das amplas manifestações populares descontentes com o governo – foi possível a emergência do movimento sanitário brasileiro e a sua crítica à política de saúde do regime, há qual anos depois será consubstanciada, em parte, na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (NETTO, 1996; BRAVO, 1996).

Durante a Ditadura empresarial-Militar, a política de saúde viveu uma inversão com maior investimento na assistência médica em detrimento da saúde pública. A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) em torno do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) gerou uma centralização sem precedentes, orquestrando uma burocracia sem controle da população, e um residual crescimento dos equipamentos públicos, uma vez que a

Ditadura estimulou a prestação de serviços de saúde por meio da contratação do setor privado, que se capitalizou via esse investimento do fundo público (BRAVO, 1996).

Para tratar das duas perguntas formalizadas no final do item anterior, gostaríamos de destacar uma das contribuições fundamentais do movimento sanitário, que foi a ampliação da concepção de saúde, já que nesta, agora, o adoecimento não significaria somente um problema biológico de uma pessoa em particular. Ao contrário, o movimento sanitário vai afirmar, desde as suas origens, a determinação social do processo saúde-doença, onde as condições de vida e de trabalho impactam a saúde das populações em geral. Na sociedade de classes, com a exploração da força de trabalho, o capital, por si só, nos termos de Berlinguer (1987), é um fator patógeno.

Como sabemos, o capitalismo é um sistema planetário, mas que se desenvolve diferenciadamente em cada região. No Brasil, as particularidades mostram uma enorme desigualdade entre as classes fundamentais. Os estratos com rendimentos mais baixos da classe trabalhadora são submetidos ao trabalho informal, intermitente, acessando pendularmente ou não a política de assistência social e morando em condições marcadas pela insalubridade. Enfim, uma grande massa de trabalhadores/as que busca trabalho no hoje para matar a fome de ontem. Esse segmento, junto com os trabalhadores/as formais de baixa renda, é, na sua maioria, composto por mulheres, jovens e negros/as, que pelas características de sua inserção no mercado de trabalho não estão podendo realizar o seu trabalho remotamente. Falamos aqui de faxineiras, trabalhadoras domésticas, auxiliares de serviço geral, caixas de supermercado, guardadores de automóveis, ambulantes, porteiros, atendentes, motoristas de aplicativos, entregadores, além de outras ocupações.

Assim, grande parte da classe trabalhadora no Brasil trabalha sem direitos e exposta a uma superexploração de sua força de trabalho. Mesmo aqueles/as que possuem contrato formal de trabalho também vêm vivendo essa pressão, em virtude da contrarreforma trabalhista que acelera os processos de assédio moral no trabalho. Estes/as, desde o início da pandemia, estão com medo do desemprego, se agarrando ao seu “auto-desejo” de que haja um bom caráter do empregador e atentos/as às iniciativas governamentais de redução dos salários.

No Brasil, desde a criação do SUS, tem havido também o crescimento do setor privado na saúde, com a venda de seguros e planos de saúde. No entanto, mesmo com todos os dados de crescimento desse subsetor e do investimento na criação de versões populares de clínicas e laboratórios de exame, os segmentos da classe trabalhadora acima citados dependem diretamente do SUS para a atenção a sua saúde.

Na realidade, um dos maiores enganos da atualidade é a crença de que um país possa viver sem um sistema público, estatal e universal de saúde. A pandemia atual expressa isso. É necessário, sim, um Estado interventor que garanta políticas sociais. Uma pandemia como essa, que também atinge a classe dominante e os estratos com a maior remuneração da classe trabalhadora, mostra o clamor destes por uma resposta estatal de controle da Covid-19.

Assim, respondendo àquela nossa pergunta: a população negra, nesse país, está morrendo mais porque é, na sua maioria, a que tem trabalhos e, consequentemente, condições de vida mais precarizados, fazendo com que tenha já desenvolvido mais comorbidades e enfrente a exposição à Covid-19 com dificuldades de cumprir as orientações de higienização, isolamento e quarentena, pois isso custa dinheiro. Além disso, a tendência é que isto aumente por motivos simples: o sistema de saúde brasileiro não está devidamente preparado, com anos de sucateamento do SUS que piora exponencialmente com o desgoverno atual, e porque é a ele que recorre a maioria da população brasileira, que é negra (considerando o somatório das informações autodeclaradas das cores preta e parda).

Portanto, é necessário, nesse momento de dor e medo, que não fiquemos parados/as. Faz-se necessário reconstruir o SUS. Mas, que SUS tem o Brasil hoje? Estamos falando de uma estratégia do movimento sanitário que, como já citamos, emerge na crise da Ditadura Empresarial-Militar e tem uma concepção ampliada de saúde. Essa concepção está inscrita na legislação que regulamenta o SUS, quando afirma que a saúde é o acesso a diferentes bens e serviços, como lazer, educação e trabalho.

Quanto à legislação do SUS, gostaríamos também de destacar: a *universalidade* do aces-

so, sendo seu financiamento garantido indiretamente pelos impostos e arrecadações das três esferas de governo; a *descentralização* da gestão com estratégia da municipalização e comando único em cada esfera de governo; a *participação popular*, por meio do controle social democrático, com a instituição de dois espaços estratégicos que são os conselhos e as conferências de saúde; a *hierarquização dos serviços* com ênfase na prevenção e a prioridade do serviço estatal, devendo o setor privado ser contratado no SUS apenas de forma complementar e não suplementar.

Entretanto, o SUS sofre boicotes que geraram desvirtuamentos de sua concepção original. A essência disso se dá no embate das forças privatizantes que, para manterem seus superlucros, precisam apequenar o SUS (propiciando sua incapacidade de responder a todos/as e gerando a ilusão de que isso pode ser resolvido mediante contratação de seguros ou planos privados de saúde) e disputar os seus recursos (por meio da privatização da gestão desse sistema). Por isso, a história do SUS – não obstante experiências exitosas, e localizadas, que afirmam a sua dimensão pública e estatal – tem sido de expansão do mercado privado de saúde e de vários modelos de gestão privatizantes.

Além dos traços históricos que marcam a trajetória do SUS, que ilustramos acima impressionisticamente, não se pode analisá-lo sem referência às medidas particulares realizadas após o golpe de 2016, que retirou do poder a presidenta Dilma Rousseff (PT) e alçou à presidência o vice Michel Temer (MDB). As medidas do curto e tenebroso período de Temer no poder pavimentaram o caminho por onde o governo de Jair Bolsonaro (quando eleito pertencia ao PSL, atualmente encontra-se sem partido) vem atuando, inclusive na saúde; ainda que concordemos com análises de que não era Bolsonaro o candidato dos que lideram o golpe, a exemplo de Temer. Mais à frente, destacaremos o fio condutor-destruidor entre Temer e Bolsonaro para o SUS.

Não restam dúvidas de que o golpe de 2016 expressou o descontentamento da classe dominante com o projeto de conciliação de classes dos governos petistas, mas que o resultado das eleições fugiu das intenções das lideranças golpistas (DEMIER, 2019). Com a eleição de Bolsonaro, que se intitula de direita e conservador, iniciou-se um debate de que se trataria de um governo, sim, de extrema direita. Mas, mais que isso, essa concepção política se apresenta nas falas do presidenciável, hoje presidente, de crítica aos direitos humanos, à ancestralidade (indígena e africana) da população brasileira, à livre orientação e expressão de gênero e sexual etc., enfim, uma crítica à diversidade humana no seu conjunto, explicitando um conteúdo neofascista. Algumas análises emergiram sobre o assunto e informam, sim, que se trata de um governo com ideias e ações neofascistas, ainda que não haja, até o momento pelo menos, um regime fascista.

Pensamos que a resposta do governo à pandemiada Covid-19, em especial as intervenções do presidente Bolsonaro, explicitam características de um governo com ideais nitidamente fascistas. Para tanto, vamos analisar as ações do atual do governo, não sem antes refletir, brevemente, sobre o fascismo histórico e sua relação com a saúde.

Notas sobre fascismo (e o neofascismo no Brasil)

O fascismo emerge na Europa entre 1920-30 em vários países e foi alçado ao poder primeiramente na Itália. O nascente Partido Comunista Italiano ignorou a potencialidade do movimento fascista, algo que só foi tratado na sua profundidade no texto apresentado por Clara Zetkin (2019), no III Pleno ampliado do Comitê Executivo da Internacional Comunista em junho de 1923, quando apresentou um informe e uma resolução onde propunha um combate ao fascismo com a constituição de uma frente única dos trabalhadores. Zetkin quando escreveu o informe tinha proximidade com Gramsci (que nesse período morou na União Soviética) e com Trotsky. Segundo algumas análises, o relatório então apresentado conforma uma elaboração coletiva. Daí se compreende os escritos de Gramsci, sempre atentando para a importância de um amplo combate ao fascismo e também os de Trotsky (2018), quando do seu exílio. De acordo com Mattos, o próprio Trotsky, em 1931, escreveu que Gramsci foi o único do partido comunista italiano a “prever a possibilidade de ditadura fascista” (2019, p. 28). O posicionamento da

internacional comunista foi alterado a partir de 1924. Com a morte de Lênin, a Internacional Comunista passou a ser cada vez mais controlada pelo triunvirato encabeçado por Stalin e, a partir de seu VI Congresso, em 1928, suas posições sobre o tema do combate ao fascismo foram alteradas. Sob a linha do chamado “terceiro período”, o combate à social democracia, descrita nas palavras de Stálin como “a irmã gêmea do fascismo”, foi tomado como tão necessário quanto o combate ao próprio fascismo, erodindo, assim, a possibilidade da construção de uma frente única entre as organizações e partidos da classe trabalhadora.

No informe de Zetkin (2019), aprovado pelo Pleno em 1923, estava a crítica de que o fascismo não se tratava apenas de um movimento militar e sim de um fenômeno com pretensões internacionais, extremamente funcional à crise do capitalismo no pós primeira guerra mundial, que tinha como alvo a classe trabalhadora.

Tendo como centro o ataque a classe trabalhadora, o fascismo ganha espaço devido à incapacidade da classe trabalhadora organizada em enfrentar a crise e tomar o poder. Tem um caráter de massas com apelo à pequena burguesia e sua ideologia coloca a nação acima dos interesses e contradições das classes, com recurso ao racismo, contrário a qualquer expressão da diversidade humana que caminhe em direção contrária ao padrão dominante definido, onde a repressão não é suficiente, sendo necessário a eliminação desse diferente. Na defesa desse nacionalismo, recorre às forças armadas, formais ou milicianas, com uso da violência. Afinal, uma vez no poder o fascismo defende um regime totalitário, sem liberdades democráticas. Para isso, é importante o apoio das classes dominantes, que veem no fascismo a possibilidade de frear a organização da classe trabalhadora. Portanto, ainda que vindo à tona pelos braços da pequena burguesia, quando no poder, o fascismo é funcional aos interesses do grande capital (ARCARY, 2019; CALIL, 2019; POGGI, 2019; TABER; RIDELL, 2019).

Não se trata de buscar na atualidade a remissão de todas essas características na análise de governos potencialmente fascistas. Na história, Zetkin (2019) e Trotsky (2018) já chamaram a atenção para as particularidades regionais. Há de ter atenção também para o momento histórico. Afinal, como lembra Poggi (2019), o presente não é uma reencarnação do passado.

Arcary (2019) indaga: “Bolsonaro é ou não um neofascista?” Para a sua resposta constrói um roteiro de análise: “a origem social de seus líderes; o que fez ou trajetória; quem apoia ou qual é a base social, e a dimensão eleitoral de sua audiência; o que defende: sua ideologia ou programa; qual o seu projeto político; que relação manteve com as instituições, com o Congresso ou com as Forças Armadas, portanto, sua posição diante do regime político democrático-liberal; que relação manteve, respectivamente, com a classe dominante e com a classe trabalhadora; que tipo de partido ou movimento é o seu instrumento de luta; quais são as suas relações e apoios internacionais; de onde vem o dinheiro ou quais são suas fontes de financiamento” (ARCARY, 2019, p. 103) e chega à conclusão que sim. Aliás, tal conclusão tem chegado, infelizmente, mas a nosso ver certamente, diferentes analistas, a exemplo dos artigos coligidos em Cislighi e Demier (2019).

A introdução do prefixo *neo* não visa a relativizar ou dizer que se trata de um fascismo brando, mas sim precisar que não é o mesmo fascismo do século passado, mas que se reatualiza (donde a identificação de suas principais características é fundamental) num contexto de avanço do neoliberalismo. Na atualidade, a propositura de um projeto fascista se dá num contexto ultraneoliberal (que, naturalmente, se alimenta e aprofunda o neoliberalismo).

Conforme tratado, o fascismo tem um componente racista. No Brasil, remetemos o racismo à discriminação vivida pela população negra. Tal discriminação é inegável, visto diversos dados das condições de vida e trabalho de negros e negras no nosso país. Mas, o racismo fascista é mais que isso. Ao eleger um único padrão normativo (o homem branco europeu, heterossexual, de determinada religião), o nazismo, a versão mais extremada do fascismo, excluiu amplos segmentos. No passado, foram judeus, judias, negros/as, ciganos/as, eslavos/as, loucos/as, mulheres, velhos/as, gays, lésbicas etc. No neofascismo, essa vergonhosa lista se amplia, a exemplo da islamofobia. A ideia da raça, no nazismo, é a chamada raça pura, ariana, contrária a qualquer expressão da diversidade humana, e busca também normatizar modos de viver e pensar, incluindo aí a sexualidade. Por isso, a proposta de um projeto neofascista é expressão tanto de um projeto ultraneoliberal, como também ultraneoliberal (BORGES E MATOS, 2020).

Fascismo, neofascismo e política de saúde

Berlinguer (1987), em uma palestra proferida em 1972, referente ao cinquentenário do Instituto Italiano de Medicina Social, realiza um resgate do instituto nas diferentes conjunturas e por isso faz uma remissão ao fascismo italiano. Ainda que o instituto tenha sido criado no fascismo, é fruto dos anteriores esforços da medicina social no país. Mas, o instituto e a saúde pública não passam incólumes ao regime de Mussolini. A partir de janeiro de 1923, sua revista, intitulada *Difesa Sociale*, passa a veicular artigos que favorecem o fascismo, ao mesmo tempo em que caem o número de edições e sua qualidade. Por outro lado, o instituto passa a receber maiores aportes financeiros do governo.

No período do fascismo na Itália, foi publicado, em 1938, um documento intitulado *Tratado di medicina Sociale*, com dois volumes, aos cuidados de G. Tropeano, que teve ampla repercussão e indica os “grandes problemas sociais” a serem encarados: a *eugeniae a política demográfica*, na defesa de famílias numerosas, audaciosas e preparadas para a pobreza, uma vez que se defendia que somente a necessidade educaria para a ordem; a *política rural*, reconhecendo a pobreza do campo e a defesa de um deslocamento do eixo produtivo da cidade para o campo; o combate a o *alcoolismo* por meio de uma campanha contrária a ingestão de bebidas alcoólicas e não ao seu consumo exacerbado; a *prostituição* é primeiramente criticada, depois tratada como uma “praga necessária”; as *perversões sexuais* são identificadas como taras, da qual a profilaxia seria o isolamento dos ditos anormais; e para enfrentar o *suicídio* são propostas medidas, como: colocação de crucifixos em salas de aula, assistência moral às mulheres desamparadas, a luta contra o ócio e o tédio e a supressão de lugares noturnos, a exemplos de cabarés etc (BERLINGUER, 1987).

Como se pode observar, as medidas profiláticas propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde pública identificados passavam menos pelo recurso à ciência e mais pela moralização, com controle dos modos de viver e pensar de estratos da classe trabalhadora, ao passo que buscava naturalizar a desigualdade social com recurso à ideologia da pobreza como um valor.

Portugal, por sua vez, viveu uma longa ditadura, iniciada em 1926 até 1974. Existem nas elaborações da tradição marxista divergências se teria sido uma experiência fascista, uma vez que algumas características típicas do fascismo não ocorreram, como a sustentação de amplo apoio das massas permanentemente mobilizadas. Netto (1986) e Arcary (2019) entendem que foi fascismo. Se atentarmos para a dimensão da moralidade, eixo a partir do qual foram tratadas as questões da saúde pública na Itália, encontraremos em Portugal todos os elementos acima citados: o recurso da legitimidade da pobreza, a negação da ciência e o apelo à religiosidade, o controle dos corpos e da sexualidade e a eliminação do diferente.

No Brasil do século XXI, o governo Bolsonaro também tem uma agenda fascista para a saúde, que se aproveita do caminho aberto pelo governo de Temer. Aqui traremos *algumas ilustrações* das ações em saúde, em geral, e posteriormente nos deteremos na análise do não enfrentamento à Covid-19.

1.

Os *traços gerais* da política de saúde esquartejada por Temer se expressam na nefasta Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação, junto com isso cabe lembrar os cortes na saúde e a proposta de planos populares de saúde. Afinal, o ministro da saúde, à época da aprovação dessa EC, afirmou que o país não conseguiria manter os custos (leia-se direitos sociais e trabalhistas) previstos na Constituição Federal de 1988 (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

O governo Bolsonaro aprofunda o desmonte em curso do Sistema Único de Saúde, dando continuidade ao desfinanciamento, as parcerias público-privadas e, ainda, extinguiu o Programa Mais Médicos, com a suspensão da contratação de profissionais cubanos/as, o que propiciou que diversas regiões - seja do interior como da periferia das grandes cidades - ficassem sem atendimento para a sua população.

O Ministério da Saúde - em que pese o acúmulo de conhecimentos existentes no Brasil,

com profissionais de saúde extremamente qualificados e a existência de um sistema público de saúde, o SUS - encontra-se a deriva. Até o momento foram três ministros da saúde. Luiz Henrique Mandetta, gestor entre janeiro de 2019 e abril de 2020, médico e vinculado ao setor de seguradoras de saúde; Nelson Teich, médico e empresário do setor, ministro entre abril e maio de 2020; e Eduardo Pazuello, que não tem formação na área da saúde, mas gerencia o Ministério desde maio de 2020. A substituição dos dois primeiros se deu devido à divergências no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Ainda que vinculados ao setor privado e, portanto, com uma atuação distante do projeto da reforma sanitária, por serem profissionais de saúde, não puderam concordar com as interferências do presidente no não enfrentamento da pandemia.

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da população brasileira, mas desde a sua criação vem enfrentando diversos boicotes. O Banco Mundial, em diversos documentos, critica a universalização do acesso do SUS, chegando a afirmar que em virtude da desigualdade social é um problema, que se deveria priorizar no SUS o atendimento à população, na linguagem desse órgão, mais vulnerável. Assim, indica a focalização, a quebra de universalidade e ampliação da privatização como alternativa. Naturalmente, sabemos que isso se trata de um engodo, pois na realidade, o Banco Mundial, articulado com as necessidades do capital, não pode conceber que a saúde, enquanto um nicho de mercado altamente lucrativo, seja um direito social para toda a população (SANTOS E SILVA, 2020).

Nessa perspectiva, que podemos observar que o Brasil vem historicamente cumprindo as orientações do Banco Mundial para a saúde. Tal realidade, constata a disputa pelo fundo público, na saúde, por parte dos setores privatizantes, favorecedores do grande capital (CORREIA E SANTOS, 2015).

2.

O governo de Temer, sem nenhuma discussão com as representações de usuários/as e profissionais de saúde, publicou a Portaria GM/MS nº 3.588/17, Portaria CONAD nº 01/2018, Resolução CIT nº 32/2017, que possibilitou que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) fizesse um ato de lançamento (com divulgação de documento) de uma Frente Parlamentar no Congresso Nacional da “nova política de saúde mental”, em 27 de novembro de 2018. Dando continuidade a essas ações, o governo Bolsonaro emitiu a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 11/2019. Esses documentos laceraram a reforma psiquiátrica brasileira ao promover as seguintes ações: anexação da Comunidade Terapêutica e dos Hospitais Psiquiátricos como serviços oficiais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a utilização da abstinência como mecanismo de enfrentamento ao uso abusivo de drogas/produtos psicoativos, inclusive tendo o presidente da República assinado, em abril de 2019, decreto extinguindo a política de redução de danos; retomou a eletroconvulsoterapia como procedimento de tratamento; acabou com a ideia de serviços substitutivos. Cabe, ainda ressaltar, que ao se posicionar contrário à legalização das drogas/produtos psicoativos, o governo atual reitera uma prática punitivista e que reforça a violência (FARIAS, 2019).

As Comunidades Terapêuticas atuam em três pilares: disciplina, espiritualidade e labor-terapia (trabalho braçal), com afastamento das pessoas de seu meio e sem recurso privilegiado à técnica ou à ciência no tratamento. Os hospitais psiquiátricos são espaços de internação, de afastamento também do sujeito da sociedade, expressando, assim, uma concepção superada de tratamento. A inclusão, privilegiada, de ambos na política de saúde mental expressa: a negação dos avanços do conhecimento científico e a política de eliminação, na convivência em sociedade, de seres considerados/as indesejáveis. Exatamente o contrário do que propõe a reforma psiquiátrica, que não por acaso teve e tem como meta a construção do movimento de luta antimanicomial.

3.

O Brasil construiu uma política de enfrentamento à epidemia de HIV-Aids, que envolve estratégias de prevenção, busca do diagnóstico precoce e tratamento com dispensação gra-

tuita de medicação, que se transformou em uma referência internacional. Nos últimos anos, buscou construir uma estratégia de prevenção combinada, além do recurso ao preservativo, com disponibilização das profilaxias pós e pré exposição sexual. No entanto, conforme indaga Vieira (2019), como garantir as estratégias previstas com os cortes orçamentários em vista?

O desmanche do Departamento de IST [Infecções Sexualmente Transmissíveis], Aids e Hepatites Virais e sua junção com outros, no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST não foi uma questão meramente administrativa, pois, junto com essa ação, veio a público fala do presidente da República de que não deveria o governo arcar com custos de tratamento de pessoas que se infectaram por sua responsabilidade. Despotencializar a política de enfrentamento ao HIV-Aids, associando o direito ao tratamento à promiscuidade, especialmente por parte da população LGBTQIA+, e “dialogar” com o público de que se deveria investir recurso em outros setores que atuassem para “todos/as” (enquanto que na verdade é o desfinanciamento dos direitos sociais no seu conjunto) é naturalizar a exclusão, por parte do Estado, de sua responsabilidade com segmentos da sociedade. Mais uma vez aqui está explícita a política de eliminação.

4.

Desde o início da pandemia da Covid-19 o país encontra-se sem uma política de seu enfrentamento. Mais, do que isso, ainda que o número de pessoas infectadas e de mortes sejam altíssimos, o presidente da república em janeiro de 2021 repete as mesmas falas inconsequentes quando do início da pandemia. Acusa a mídia de ter superdimensionado a Covid-19; relativiza sua letalidade; não efetivou uma política de distanciamento social (ao contrário, promove aglomerações); não usa máscaras e vetou seu uso obrigatório nas repartições públicas; defende uso de medicação que já teve sua ineficácia atestada internacionalmente; não incentivou estudos sobre a vacina e, agora, que existem algumas, não há no país um plano real de vacinação. Enfim, de forma assustadora, todas as orientações das autoridades da saúde pública foram e são negadas pela presidência da república.

Sobre o distanciamento social, desde o início, Bolsonaro se posicionou contrariamente, dizendo que não era para toda a população e sim para um público, que as pesquisas internacionais indicavam - ao contrário da realidade no Brasil - como mais vulnerável, que eram idosos/as e pessoas com comorbidades. Ao mesmo tempo em que relativizava o risco, disse que pessoas com perfil de atletas, como ele, não seriam acometidas pela doença. Não por acaso, também se posicionou nos meios de comunicação de que a economia não poderia parar por causa de alguns, tidos na retórica governamental, mesmo que não expressamente, como “débeis”, “fracos”, “incapazes”, enfim, gente que poderia ser descartada pela economia do capital e por uma sociedade “ideal”, tal qual nos antigos sonhos hitleristas.

A realidade é que mesmo com toda a negação do presidente da república- e, em verdade, como efeito dessa negação, que se expressa na ausência de uma política de enfrentamento - a pandemia da Covid-19 no Brasil tem sido devastadora.

No entanto, mesmo num governo em que o Ministro da economia, Paulo Guedes, sempre que pode, fala mal do serviço público, é esse e seus trabalhadores/as que têm enfrentado a pandemia, vide os trabalhos desenvolvidos - seja remotamente ou presencialmente - nos serviços públicos de saúde, de assistência social, educação, previdência social etc.

A saúde é, sem dúvida, o setor mais atingido pela pandemia, os/as seus/as trabalhadores/as estão exaustos/as, frente ao volume de atendimentos, à intensificação da força de trabalho devido ao insuficiente número de trabalhadores/as da saúde; à precarização das instituições e de seus recursos; à baixa remuneração que implica na necessidade do pluriemprego e à contratação por regimes de trabalho precários que favorecem o assédio moral.

É ainda no serviço público que vamos encontrar outro exemplo de trabalho incansável no enfrentamento da pandemia, como a de instituições de pesquisa, a exemplo da Fiocruz e do Instituto Butantã, que mesmo com todas as dificuldades para se produzir conhecimento nesse país, criaram as vacinas para a Covid-19, que fazem com que em janeiro de 2020 a população brasileira se animasse, ainda que o governo não tenha um plano formulado de imunização.

No Brasil, com sua histórica desigualdade social, os dados tem mostrado que os estra-

tos sociais com menor poder aquisitivo têm sido mais atingidos pela Covid-19. Reafirmando que a economia é mais importante que a vida, o governo federal fez o possível para impedir a criação do benefício emergencial de R\$600,00 reais. Todas as vezes quando indagado pela mídia sobre o aumento das taxas de adoecimento e morte, o presidente da república ironizou tal fenômeno. Enfim, desde o início da pandemia vem promovendo uma série de barbaridades que expressam a naturalidade da morte (do qual o próprio presidente já disse que não atingirá a todos/as), ou mesmo a *limpeza* necessária que a pandemia pode fazer. Isso é o neofascismo.

Considerações Finais

Enquanto milhares de brasileiros/as estão preocupados/as com a humanidade, Bolsonaro continua preocupado consigo e com o avanço do seu projeto neofascista. Exemplos não faltaram em 2020. Na televisão, correu a briga do fim da relação com o ministro da justiça Sergio Moro, expressando que a defesa da família que ele defende é a da *sua* família; cedeu amplas terras de Alcântara/MA para a base aérea norte americana, colocando em ameaça a população quilombola local, uma das maiores do país; enviou uma série de medidas provisórias que cortam direitos da classe trabalhadora, utilizando, inacreditavelmente, a própria pandemia como motivo.

No mesmo momento histórico existiam, e persistem bravamente, vários exemplos de solidariedade entre a classe trabalhadora. Uma dessas expressões, certamente, se dá na lida cotidiana em cada hospital desse enorme país. Trabalhadores/as de saúde, ainda que sob intenso estresse advindo da intensificação da força de trabalho e do efeito da Covid-19 na saúde das pessoas que atendem, tem dado sinais dessa solidariedade. Na mídia existem relatos desses/as profissionais, falando dos seus medos e do cansaço, mas da alegria de trabalhar para o restabelecimento da saúde daquelas pessoas que atendem.

Resistências e mobilizações também não faltam. Ainda que sem poder se reunir presencialmente como de costume, movimentos de esquerda vêm, em várias *lives* e em atos realizados com os cuidados de distanciamento social, denunciando o governo. Também têm circulado textos nas mídias sociais, que auxiliam na interpretação crítica desta conjuntura. Na saúde, a Frente Nacional Contra a Privatização e seus fóruns regionais/estaduais têm cumprido um importante papel crítico – desde bem antes da pandemia, vale ressaltar.

Enfim, chegamos em 2021 lutando pela vida. Bolsonaro, seu governo e apoiadores/as, contra a nossa vida. O ano já é outro, a pandemia é a mesma e a peleja continua.

Referências

ARCARY, Valério. Bolsonaro é ou não um fascista? In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. (Orgs.) **O neofascismo no poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

BANCO MUNDIAL. **Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Washington, EUA: BM, 2018. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3ª edição. Tradução de Bruno Giuliani. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_

DE_14_DE_DEZEMBRO.aspx. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11, de 04 de fevereiro de 2019**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

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

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BORGES, Maria Elizabeth S; MATOS, Maurílio Castro. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro; FREIRE, Silene de Moraes (Org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. p. 71-87. Disponibilidade em: https://56e818b2-2c0c-44d1-8359-cc162f8a5934.filesusr.com/ugd/35e7c6_2da984d26e504f26bff6b82e138a90ac.pdf. Acesso em: 08 jan. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46. Brasília: UnB, 2020. Disponibilidade em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em 25 abr. 2020.

CALIL, Gilberto. Gramsci e o fascismo. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019. p. 47-67.

CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. (Orgs.) **O neofascismo no poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

DEMIER, Felipe. Democracia e bonapartismo no Brasil pós-golpe. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza;

DEMIER, Felipe. (Orgs.) **O neofascismo no poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019. p. 117-133.

FARIAS, Lara Lisboa. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, vol. 11, n. 03. Vitória: UFES, 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727/20192>. Acesso em 25 abr. 2020.

MATTOS, Marcelo Badaró. Mais que uma analogia: análises clássicas sobre o fascismo histórico e o Brasil de Bolsonaro. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. (Orgs.) **O neofascismo no**

poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019. p. 17-45.

NETTO, José Paulo. **Portugal: do fascismo à revolução.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 1986.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

POGGI, Tatiana. Fascismo à brasileira, In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro.** Rio de Janeiro: Consequência, 2019. p. 69-99.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Covid-19, Boletim quinzenal.** n. 3. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PMSP_SMS_COVID19_Boletim%20Quinzenal_20200430.pdf. Acesso em: 08 jan. 2021.

SANTOS, Girlan Guedes; SILVA, Alessandra Ximenes. Intelectuais coletivos e o processo da contrarreforma na política de saúde brasileira. **Ser Social**, v. 22, n. 46. Brasília: UnB, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25495/25137. Acesso em 25 abr. 2020.

TABER, Myke; RIDELL, John. Introdução. In: ZETKIN, Clara. **Como nasce e morre o fascismo.** Tradução de Eli Moraes. São Paulo: Autonomia Literária, 2019. p. 13-31.

TROTSKY, Leon. **Como esmagar o fascismo.** Tradução de Aldo Suda e Mario Pedrosa. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Argumentum**, Vitória, vol. 10, n. 01, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18622/13182>. Acesso em: 25 abr. 2020.

ZETKIN, Clara. **Como nasce e morre o fascismo.** Tradução de Eli Moraes. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

Recebido em: 15 de fevereiro de 2021

Aceito em: 22 de fevereiro 2021