

# Do governo Bolsonaro ao SUS “da ponta”: política de morte, pandemia e usuários<sup>1</sup>

Otávio Fabrício Lemos Corrêa Maia (USP/Brasil)

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Governo Bolsonaro; Pandemia.

## Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar, em linhas antropológicas, as decorrências do modo de gestão do governo Bolsonaro sobre o serviço de Atenção Primária à Saúde, do bairro Parque das Torres, localizado no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Na primeira parte do texto, lanço mão da experiência como agente comunitário de saúde, numa tentativa de melhor descrever o SUS “da ponta”<sup>2</sup>. Na descrição, faço um trabalho de aproximação entre duas temporalidades, ora falando do lugar de pesquisador, ora recorrendo a memórias do trabalho de agente comunitário de saúde, para, então, discorrer sobre o SUS vivido e os efeitos da gestão em saúde do governo central. Neste trecho do texto, procuro refazer as linhas que ligam uma ponta a outra do SUS. O meu interesse está em compreender como as partes e as extensões do sistema público de saúde, do Ministério ao postinho, e de um governo ao médico de família, combinam-se na constituição do SUS vivido.

No segundo momento do texto, intitulado *O governo e a pandemia*, elenco algumas das medidas tomadas pelo governo Bolsonaro em sua gestão do sistema público de saúde, como, por exemplo, o atraso na compra de vacinas e a recente tentativa de lançar uma cartilha contra o aborto. Assim, de que forma as posturas políticas deste governo interferem no cotidiano de cuidado dos moradores do Parque das Torres? Qual repercussão narrativas negacionistas, vindas de dentro do Estado, têm sobre a gestão da pandemia? Quem é o governo Bolsonaro?

Os dados apresentados, neste trabalho, foram coletados em duas ocasiões. No primeiro momento, escrevo a partir de memórias e da releitura das anotações feitas, entre os anos de 2003 e 2009, na condição de agente comunitário de saúde. Nas anotações aparecem copiadas as minhas impressões a respeito do cotidiano de trabalho em uma

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto e 03 de setembro de 2022.

<sup>2</sup> O SUS “da ponta” é o agente comunitário de saúde, encamado de Estado, zanzando na comunidade. Noutras vezes, é o médico fazendo visita domiciliar. O SUS “da ponta” é o posto de saúde. O termo constitui-se como elemento de análise que auxilia a investigação da relação entre as partes do sistema público de saúde, as continuidades, as invenções e as contradições – o SUS vivido.

Unidade de Atenção Primária à Saúde – as visitas feitas com os médicos, a pesagem de crianças, a vacinação, o convívio com os usuários e as amigadas. Na época, como estudante de Ciências Sociais, soube aproveitar esse lugar de escuta. Memórias e sentimentos compõem o processo de organização dos dados.

Revisitar as anotações colocou-me diante de um SUS em movimento, a ser apreendido. O antropólogo ao rememorar acontecimentos vividos e caminhos de pesquisa, e, colocando-se em cena, insere-se nas imagens produzidas por suas etnografias, enredando-se nas tramas de suas descrições com corpos, sentidos, objetos e afetos. Logo, é preciso atenção sobre os efeitos subjetivos acarretados ao etnógrafo na situação de campo (MARQUES; VILLELA, 2005; MELO, 2020).

A outra amostra de dados foi obtida, mais recentemente, durante o trabalho de campo desenvolvido na pesquisa do curso de doutorado<sup>3</sup>. As informações foram coletadas a partir da realização de observação participante, na Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. Este processo de coleta de dados coincide com o início da pandemia de Covid-19 no país, no primeiro trimestre de 2020.

Foram muitos os desafios trazidos ao longo do trabalho de campo. Cito alguns: o medo de contágio; a falta de tempo dos interlocutores, diante de uma carga de trabalho aumentada com a pandemia; e as incertezas e os movimentos de uma realidade afoita em rasurar as proposições de estudo. Em outros momentos, visitei uma Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Jóquei Clube II, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Esse posto de saúde seria responsável pelo atendimento dos usuários do Parque das Torres, local também visitado na pesquisa. Realizei entrevistas com gestores, sanitaristas, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e usuários do SUS. Por conta do isolamento social, em vários casos, as entrevistas foram feitas com o auxílio de aplicativos. Conduzir conversações etnográficas fazendo o uso de máscaras, também, tornar-se-ia um dado.

---

<sup>3</sup> Pesquisa do curso de doutorado, realizado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Claudia Duarte Rocha Marques. A pesquisa analisa a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Secretaria de Saúde (SS) de Juiz de Fora, Minas Gerais. Meu trabalho focaliza especialmente a área de tensão entre o SUS oficial, com a sua base legal, versado em leis e princípios, e o SUS vivido e interpretado pelos atores sociais que o elaboram em meio às necessidades de saúde da população.

## 1. O agente comunitário de saúde e o antropólogo, no SUS “da ponta”

Foto 1 – Agente Comunitário de Saúde, em 2006



Eu não me lembrava desta foto. Noutro dia, isso em fevereiro de 2021, voltei ao posto de saúde, onde trabalhei como agente comunitário de saúde, para entrevistar a supervisora do posto. Eu havia ido até lá em busca de informação para a pesquisa de doutorado. Depois da entrevista, a interlocutora me encaminhou a fotografia – tentei lembrar-me do dia em que a foto teria sido tirada, numa tentativa de alcançar outras imagens daquele tempo.

Sempre havia muitas crianças. Recordo-me de que a pesagem era antecedida por um ou dois dias de trabalho no bairro, devendo as mães serem avisadas sobre o evento. Em muitos casos, o baixo peso da criança era consequência da falta de ter o que comer em casa – disso eu não me esqueci. No final da pesagem, distribuíamos leite em pó para aquelas mães que haviam comparecido. Geralmente, nenhuma mãe faltava. Quis saber o destino da garotinha que aparece na foto. Tentei recordar o seu nome. Como agente comunitário de saúde, eu a visitava mensalmente.

Vendo a fotografia, fiquei por um tempo imerso em lembranças. Recordações e sentimentos. Como lidar com essas e outras lembranças de quando fui agente comunitário de saúde? Como fazer disso um dado? E, depois de tanto tempo, o SUS vivido no Parque

das Torres, em 2003, poderia emprestar algum sentido à compreensão do SUS que veio a público em meio à Covid-19? Nesse caso, a fotografia da garotinha tirada durante a pesagem, momento fugaz em uma atuação interminável, deve ser lida para frente, num mundo onde as coisas se movem e crescem porque elas estão vivas (INGOLD, 2012, 2015).

Logo que comecei o trabalho de agente comunitário de saúde, fui destinado para uma localidade de extrema pobreza, onde as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que lá atuavam, quase sempre, estavam incompletas, principalmente pela falta de médicos. Assim, o bairro Parque das Torres tornou-se o meu local de trabalho. E, mais à frente, em 2006, ao iniciar o curso de Ciências Sociais, essa localidade seria também o meu lugar de observação, onde desenvolvi as minhas primeiras investidas antropológicas. Devo confessar que em muitos momentos, aos meus olhos, parecia a mesma coisa, ser agente comunitário de saúde e fazer antropologia. Eu me confundia. Embora, ao redigir esta parte do texto, procure fazer com que apareça quem é esse antropólogo. Ser agente comunitário de saúde me dava o privilégio de ser antropólogo, de observar de perto o jeito como o usuário pensa a hipertensão, a forma como ele tece o seu conhecimento em saúde, ao mesmo tempo em que fala de política; eu ficava a reparar a combinação entre a epistemologia médica e a experiência de vida do usuário, as maneiras de persuasão, as resistências, o aproveitamento de partes da fala do outro, como remendos que trazem sentido ao corpo, ao adoecer, à vida local. E isso é antropologia.

Resolvi retornar ao Parque das Torres, em janeiro de 2022.

Conforme coloca João Biehl (2020), o regresso ao campo permite a emergência de uma perspectiva longitudinal que nos oferece uma visão não só de como o tempo atua sobre nossa razão e sensibilidade, mas também de como o próprio mundo se move, de um horizonte a outro. A ida ao Parque das Torres me colocou diante de um SUS a ser relido. E essa releitura ocasionou outras percepções sobre o SUS vivido na ponta.

A verdade de uma situação não se encontra necessariamente em sua observação cotidiana, mas em sua destilação paciente e fragmentada. Possivelmente, menos do que um percurso, a exploração é uma escavação: só uma cena fugaz, um canto de paisagem, talvez como a foto da garotinha, feita durante a pesagem, ajuda compreender e interpretar horizontes que de outro modo seriam estéreis. É esse âmbito que nos dá uma folga, às vezes dolorosa e angustiante, às vezes prazerosa e apaziguadora, do aqui e agora em toda sua viscosa imediação. Permite-nos, então, escapar da insistente atração da realidade (LÉVI-STRAUSS, 1996; CRAPANZANO, 2005).

Nesse sentido, as imagens deslocadas do tempo em que fui agente comunitário de saúde auxiliam a análise sobre um SUS em movimento. A possibilidade do conhecimento intersubjetivo, peça antropológica, requer que deixemos nossas experiências voltarem para nós<sup>4</sup>. Tal reflexividade se baseia na memória, ou seja, no fato de que a localização da experiência em nosso passado não é irreversível (FABIAN, 2018).

Chegando ao Parque das Torres, em 2022, comentei com os usuários a respeito da minha condição de antropólogo e falei um pouco sobre o andamento da pesquisa, e em diferentes momentos me reconheci sendo agente comunitário de saúde – escorado no portão, escutando histórias de vida e vendo do outro lado da rua crianças correndo descalças. Olhando, assim, a paisagem parece a mesma. Nessa minha volta havia o interesse em compreender as moralidades gestonárias do governo Bolsonaro sobre o SUS “da ponta”. Para isso, considero que a etnografia de uma política pública, como é o caso do SUS, não pode ignorar as evoluções do clima ideológico que figura no país, as mudanças de maioria parlamentar, nem, evidentemente, a singularidade de um governo (FASSIN et al., 2013).

---

<sup>4</sup> Seguindo Kleinman e Fitz-Henry (2007), vou considerar que a experiência é intersubjetiva na medida em que envolve práticas, negociações e contestações com outros com quem estamos envolvidos. É também o meio no qual os processos coletivos e subjetivos se fundem, entram em relações dialéticas e se condicionam mutuamente. Nascemos no fluxo da experiência palpável, onde o nosso sentido é primeiro modelado pelos símbolos e interações sociais dos nossos mundos locais. Mas nossas subjetividades emergentes também retornam a esses símbolos e interações, reconfigurando, repadronizando e, às vezes, até mesmo reinterpretando-os completamente. A experiência, então, tem tanto a ver com realidades coletivas quanto com traduções individuais e transformações dessas realidades. É sempre simultaneamente social e subjetivo, coletivo e individual. Assim, podemos falar da experiência moral como a fusão dos significados afetivos e morais no âmbito interpessoal.

Foto 2 - A arquitetura do Parque das Torres



Rascunhei algumas falas dos usuários a respeito do SUS. Eles acham que piorou no governo Bolsonaro, embora elogiem a médica do posto. Costumeiramente, existe uma má impressão do usuário em relação ao sistema público de saúde. Outrora, chamei-a de mágoa coletiva<sup>5</sup>. Neste caso, o que é feito de bom costuma não se entrelaçar à subjetividade social do usuário do SUS. Porém, de perto, em muitos momentos, observei a rasura desta obrigatoriedade moral de falar mal do SUS, que, então, aparece repensada nas falas individuais a partir do agir criativo de profissionais de saúde e usuários (MAIA, 2012).

O SUS “da ponta” não é o SUS que veio a público em meio à Covid-19. Isso me foi dito pelos usuários do Parque das Torres. O usuário que vivencia o SUS “da ponta”, no contexto de pandemia, teve que lidar com a suspensão de atendimentos básicos da rotina de funcionamento do serviço de Atenção Primária à Saúde. Nos períodos de aumento das taxas de transmissão e mortes por Covid-19, as visitas domiciliares foram interrompidas. Assim, médicos e agentes comunitários de saúde passaram a prestar

---

<sup>5</sup> Em minha pesquisa do curso de mestrado (MAIA, 2012), discuti a experiência de ser cuidado pelo SUS: [...] por poucas vezes, ouvi alguém que estivesse à espera de atendimento se queixando de dor física, o que não venha a significar que não a estivesse sentindo. Entretanto, sempre falam da raiva, do medo, da angústia e da frustração, que a experiência de ser cuidado pelo SUS pode ocasionar. É como se houvesse uma mágoa coletiva quanto ao sistema público de saúde. Algo que, conforme nos fala Mauss (1979), seja “mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros” (p. 153).

assistência pelo telefone e através de aplicativos. Os grupos educativos deixaram de acontecer, mas a maior queixa apontada pelos usuários foi sobre a suspensão das consultas com especialistas. Normalmente, o usuário espera um longo tempo para conseguir agendar essas consultas. Com a pandemia, isso se agravou.

Para o morador do Parque das Torres, portanto, não fazia muito sentido se encantar com o SUS de imagens<sup>6</sup> que veio a público no contexto da Covid-19. O usuário de comunidades desfavorecidas economicamente não frequentaria o SUS apenas em dias de vacinação, carregando, dessa forma, outras impressões a respeito do Sistema Único de Saúde. E, nessas localidades, às vezes, a única imagem que a população tem da presença do Estado é a figura de um profissional de saúde usando jaleco. Então, acaba que o usuário está sempre no posto de saúde, levando não somente suas queixas quanto à hipertensão, em busca de remédio controlado, mas também procurando informações sobre como se aposentar, comentando sobre a conta de luz a ser paga e pedindo ajuda para o filho que está preso – feridas sociais que costumam escapar à ausculta biomédica. Ali, no fazer cotidiano do serviço de Atenção Primária à Saúde, lugar de tensões, não se aclamava o SUS – o SUS vivido é outro.

Nesse sentido, cabe uma breve digressão. O contexto de pandemia reorientou as percepções políticas e sociais a respeito do SUS – isso é inegável, sem, contudo, ocasionar certezas sobre as mudanças necessárias ao financiamento da política pública em questão. A empolgação de ser vacinado, pelo que parece, de pouco serviu para organizar engajamentos políticos mais amplos na defesa do SUS, uma vez que provas existenciais dificilmente conseguem ser compartilhadas e transformadas em reivindicações. Isso significa também que pessoas comuns não perdem seu senso de justiça, nem a justeza das suas interpretações no que diz respeito ao que acontece na realidade ou, por assim dizer, a sua lucidez. Mas essa lucidez pessoal raramente leva a uma ação coletiva (BOLTANSKI, 2013). E assim, sem recursos, o SUS “da ponta” funciona em meio à escassez – este “SUS que não é só Covid” (Usuária do Parque das Torres, janeiro de 2022).

---

<sup>6</sup> O termo SUS de imagens se refere a imagens apresentadas cotidianamente no noticiário da grande mídia e nas redes sociais, e que realçam a ideia de mau, ou bom funcionamento – estereótipos institucionalizados, em que a imputabilidade semântica separa a forma expressiva do SUS de seu sentido prático, digo, o SUS vivido (HERZFELD, 2016). No contexto de pandemia, houve um deslizamento semântico da imagem do SUS, principalmente por causa da vacinação contra a Covid-19, ofertada pelo sistema público de saúde e que traria esperança para milhares de brasileiros. Nesse sentido, o SUS que veio a público em meio à Covid-19 é um SUS com a imagem melhorada, elogiado e defendido em muitos momentos.

Por outro lado, o SUS de imagens, neste caso, e que apareceria como um SUS aclamado, acabou constringendo moralmente as proposições políticas que vinham sendo ensaiadas antes da pandemia no governo Bolsonaro, e que pregava o desmonte da Saúde Pública – o contexto de pandemia não acomodaria narrativas contrárias ao SUS. Gestores com os quais conversei, na Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, diziam que o SUS foi salvo pela Covid.

### **1.1 A pandemia no bairro, o Previne Brasil e o usuário cartorial**

Nos dias em que estive no Parque das Torres, nesse meu retorno, reparei que a maioria dos moradores não fazia uso de máscaras para se proteger da Covid-19. Os estabelecimentos do local também parecem não seguir os protocolos sanitários de prevenção à Covid. A cena me chamou a atenção. Uma senhora acamada que visitei comentou que já havia tido a doença: “não vou pegar de novo”. Eu tentei convencê-la quanto à importância de continuar se cuidando e falei, ainda, sobre a possibilidade de reinfecção, enquanto ela preferia falar a respeito do neto ameaçado de morte por causa do envolvimento com drogas. Fazia pouco tempo que havia perdido o bisneto, assassinado no bairro. Fiquei por um tempo ouvindo Dona Luiza – preocupações que a adoeciam.

Diante de um viver tão cheio de dilemas, como essas pessoas estariam lidando com a Covid-19? A vida ali, certamente, tinha ficado mais dura com a pandemia. A falta das coisas se tornou mais evidente. Culpam o governo. Então vejamos: que sentido faz preocupar-se com o uso de máscara quando não se tem o que comer? Como falar sobre isolamento social para uma família em que todos dormem juntos, num cômodo, dividindo o mesmo colchão? Ao que parece, no Parque das Torres, as questões são outras.

Orientações sanitárias costumam ser rasuradas pelos usuários, principalmente por conta de aspectos materiais que restringem o alcance das prescrições médicas. Neste ponto, faz-se necessário reconhecer a dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde quanto à apresentação de medidas de cuidado em contextos de extrema pobreza. “Saúde não é só médico” – dizia-me uma conselheira local que reencontrei no bairro. Como, de fato, Rosemeire tem razão.

O agente comunitário de saúde é muito próximo da comunidade. É comum referir-se a este profissional como o elo, ou a ponte, entre o serviço de saúde e o usuário. Particularmente, nunca gostei dessas comparações que no final serviam apenas para aumentar a nossa carga de trabalho. Em sua rotina, além das visitas domiciliares, o agente



comunitário de saúde tinha muito papel para preencher – sistemas de informação usados para medir as condições de saúde da população local dependem da coleta de dados que, no caso, é feita pelos agentes comunitários de saúde. Na prática, algumas coisas acabam sendo feitas de qualquer jeito – desatualizações de dados são comuns. Falta gente para trabalhar. Nesse sentido, a gestão de informações em saúde precisa estar atenta a processos de coleta de dados que ocorrem lá na ponta: por de trás de planilhas e gráficos de saúde, elementos fundamentais para a obtenção de recursos, e que fundamentam análises diagnósticas de políticas públicas, implicam contextos a serem apreendidos e mais bem geridos – a falta de recursos humanos<sup>7</sup> costuma levar a improvisos, nem sempre à vista de gestores.

Atualmente, agentes comunitários de saúde são levados a dedicar um tempo ainda maior de seu trabalho no cadastramento de famílias. “Estão levando isso mais a sério” – disse-me uma amiga, agente comunitária de saúde. Muito por conta da implantação, em novembro de 2019, do Previne Brasil, novo modelo de financiamento para Atenção Primária à Saúde que estabelece, portanto, novas regras para o repasse das transferências aos municípios. O município passaria a receber recursos do Ministério da Saúde, conforme a população cadastrada na condição de usuário do SUS. Antes, o repasse, fundado no princípio da equidade, um tipo de valor moral, aparecia vinculado ao número populacional do município. Por isso, a arrecadação era maior, beneficiando aqueles que dependem estritamente do SUS. Iniciativas políticas correntes, como as que constituem o governo Bolsonaro, alegando melhoria de gestão, têm servido para rasurar princípios caros à garantia do direito à saúde.

Uma profissional de saúde, conhecida do tempo em que fui agente comunitário de saúde, comentou a respeito do crescente desvio de função desses profissionais. A iniciativa da Secretaria de Saúde e da própria supervisão do posto, ao colocar agentes comunitários de saúde atuando em serviços burocráticos – tal iniciativa tem sido tomada em razão da falta de recursos humanos – compromete os propósitos iniciais que orientaram a elaboração da Estratégia Saúde da Família<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Atualmente, o posto de saúde do Jóquei Clube II conta com um número insuficiente de agentes comunitários de saúde. Segundo a supervisora do posto, haveria uma defasagem de ao menos dez profissionais. A falta de recursos humanos também foi verificada na parte burocrática do SUS, segundo me relataram gestores entrevistados neste estudo, e que atuam na Secretaria de Saúde.

<sup>8</sup> Fazzioni (2018), descreve uma situação semelhante, ao analisar o trabalho de agentes comunitários de saúde no Complexo do Alemão (RJ). Segundo relatos obtidos pela autora, na época de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), na localidade, em 2004, os agentes comunitários de saúde quase não ficavam dentro da Unidade Básica de Saúde, do mesmo modo, médicos e enfermeiros faziam constante

O trabalho de agente comunitário de saúde implica a proximidade com a sua microárea de atuação e, para isso, é indispensável que o profissional de saúde esteja cotidianamente atuando na comunidade, fazendo visitas domiciliares, bem como observando problemas de ordem sanitária que possam estar ocorrendo no território. O seu conhecimento sobre o modo de vida do usuário, parte estratégica numa abordagem integral do cuidado em saúde, costuma ser apreendido naquele tempo demorado no portão; noutras vezes, sentado em um sofá improvisado com as sobras de madeira, vendo as crianças brincarem de montar nas costas de um cachorro magro e ouvindo o som alto de Racionais MC's, que o vizinho do lado colocava, enquanto amassava latinhas para a reciclagem. E eu ficava ali, decorando narrativas trazidas pelo usuário quanto ao corpo adoecido, para, mais tarde, ao chegar ao posto de saúde, contextualizar ao médico ou à enfermeira a dor que me fora contada<sup>9</sup> (Agente Comunitário de Saúde, Parque das Torres, 2003).

Uma vez que esse profissional passaria a ficar mais tempo no posto de saúde, tendo que fazer, por exemplo, o serviço de digitação, as proposições da Estratégia Saúde da Família ficariam sujeitas a improvisos. Nessa reorganização da estrutura funcional, necessária para a captação de recursos junto ao Ministério da Saúde, toda a pedagogia de promoção da saúde, feita através do trabalho do agente comunitário de saúde, dá lugar à figura do usuário cartorial.

A noção de usuário cartorial foi descrita em uma das primeiras entrevistas que realizei com um gestor de saúde, em 2020; a sua fala tinha a ver com o Previne Brasil. Aqui, abro espaço para uma análise – a continuidade discursiva entre as partes do SUS me chamou a atenção – gestor e agente comunitário de saúde assumem o mesmo tom de crítica quanto ao Previne Brasil – *remendo neoliberal* sobreposto à constitucionalidade do SUS. Por diversas vezes observei as pontas do SUS se entrelaçando a partir de um contínuo entre Secretaria de Saúde, profissionais de saúde e usuários do Parque das Torres. Falas que, em muitos momentos, complementavam-se e, em outros, contradiziam-se, e que traziam à etnografia uma linha de entendimento sobre o SUS vivido – um SUS inventado, inacabado e que passa pelas mãos de muitos intérpretes.

---

visitas à comunidade. O excesso de demandas burocráticas dentro da unidade constituía, de acordo com os profissionais de saúde, a principal razão do afastamento do território e das visitas domiciliares.

<sup>9</sup> Octávio Bonet (2014) lança mão do termo *continuidade* para pensar a prática do cuidado integral no contexto da Estratégia Saúde da Família. Por meio da *continuidade* ganham espaço os indícios, o pormenor, o particular de cada caso adquire fundamental importância para a explicação da enfermidade; cada sintoma vai ganhar sentido ao ser colocado no contexto em que se produz, na particularidade do contexto familiar e comunitário e, também, na particularidade da relação terapêutica onde é decodificado (p. 179).

O usuário enquanto número é então retirado do seu contexto, e pouco adianta o conhecimento a seu respeito trazido pelo agente comunitário de saúde, pois, ao ser visto a partir de uma planilha orçamentária proposta pela política governamental de redução dos gastos públicos, a lógica que passa a controlar os processos decisórios, quanto ao serviço de Atenção Primária à Saúde, deixa, assim, de reconhecer os mais fundamentais princípios e diretrizes que constituem o SUS. Os estilhaços do poder são sentidos sobre os corpos, em sua maioria pretos e pardos, dos usuários do Parque das Torres. Hipertensos, diabéticos e puérperas têm ficado sem o acompanhamento devido, uma vez que é o agente comunitário de saúde, agora mais voltado para serviços burocráticos, quem inicia no bairro o trabalho educativo com esses usuários.

À época, o Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, em sua defesa do Previnde Brasil, usou argumentos pautados na noção de concorrência. No caso, aquelas localidades que conseguissem maior sucesso no cadastramento de usuários, receberiam mais recursos. O Ministro acreditava, assim, na ideia de um Estado enxugado e eficiente, com gastos reduzidos, e que preza pela austeridade fiscal<sup>10</sup>.

Em 2020, enquanto fazia a etnografia da Secretaria de Saúde (SS) de Juiz de fora, Minas Gerais, nas conversas que tive com técnicos e gestores, sobre a gestão do governo central, percebi a inquietude dos interlocutores no que dizia respeito a moralidades gestonárias que estavam sendo postas em prática – o Previnde Brasil é um exemplo. Sempre que ocorre mudança de governo, há uma expectativa quanto à maneira como o sistema público de saúde será “pensado”. Este é o termo. Como se sabe, a falta de recursos sempre foi um problema enfrentado na gestão do SUS. Acontece que, com o início do governo Bolsonaro, sanitaristas logo perceberam que os desafios seriam outros, e maiores. O SUS torna-se um desconhecido, pessoas pouco entendidas passariam a responder pela sua gestão. O Ministro Pazuello deixou isso bem claro em sua nomeação – ele não conhecia o SUS. Faltava-lhe, e aos outros empossados, o entendimento inerente à ideia de saúde como direito.

A retórica vinda do paço previa a redução de gastos públicos – falava-se em desestatização. Uma velha cantiga na qual a iniciativa privada é apresentada como solução para os problemas de saúde, enquanto se criminaliza o Estado. Em plena pandemia, o governo Bolsonaro promulgou o decreto 10. 530, de 26 de outubro de 2020,

---

<sup>10</sup> A política de austeridade é um instrumento do ideário neoliberal, que vem sendo disseminado no mundo desde o século passado, resultando em enfraquecimento das políticas sociais de caráter universal e em graves efeitos para a sociedade (SANTOS; VIEIRA, 2018).

que dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. Na prática, a proposta consistia em passar parte da Atenção Primária à Saúde para a iniciativa privada. À época, o decreto acabou sendo revogado pelo governo depois da repercussão negativa da medida.

Que política é essa? O que estaria por trás dessa recusa à constitucionalidade do SUS? Aliás, quais seriam os limites históricos de noções e conceitos que fundamentam uma política pública? Quais sentidos, princípios econômicos têm comunicado à organização do sistema público de saúde brasileiro, historicamente falando? Mais do que eleger um governo incapaz como o maior responsável por toda esta história – não precisaríamos da Ciência para tal constatação – devemos ir atrás de contextos de significação que lidam com o entendimento sobre o direito à saúde.

O contraste entre rigidez orçamentária e necessidades de saúde, inscrito nas noções, respectivamente, de desumano e de humanidade, fez-me lembrar do comentário da ouvidora de saúde sobre os posicionamentos de um determinado secretário: “Eu não o chamei de desumano, desumano é a gestão dele; são coisas diferentes”. Uma gestão desumana não acomoda pessoas, pouco sabe lidar com as moralidades que perpassam o imaginário de sanitaristas.

Por outro lado, o cálculo, o teto de gastos e mais outros itens da política de austeridade fiscal, distantes que são da nossa compreensão, trazem sentido à noção, dita moderna, de gerir a coisa pública, à vista do mercado. Foi nesse sentido que eu perguntei, algumas linhas acima, sobre os limites históricos de conceitos e noções que perpassam uma política pública. O SUS, que passa a ser um desconhecido no governo Bolsonaro, desconcilia-se de um projeto de nação que se ensaia evoluído. Eu explico.

É como se a lógica capitalista da economia de mercado, fundamentada em um sistema de princípios, obrigações e expectativas que regulam a vida social e econômica, não acomodasse uma política de saúde com as motivações, princípios e conceitos do SUS. Tal política econômica é uma máquina de morte, escondida por detrás da fachada de um Estado anunciado como democrático, mas cuja soberania se manifesta no poder de matar, deixar viver ou expor à morte (FOUCAULT, 2010; MBEMBE, 2018).

Na luta pelo direito à saúde, sanitaristas e gestores se veem diante de retóricas e abstrações economicistas, postas por um modelo de gerência de recursos públicos incapaz de reconhecer as diretrizes que organizam o SUS em sua base legal – os ditames morais

e políticos. Este é o ponto. Assim, a inconformidade diante do governo Bolsonaro, nesse caso, manifestada por aqueles que vivenciam o SUS “da ponta”, não seria motivada necessariamente pela falta de recursos materiais e até mesmo humanos, mas, sim, pela ruptura de um contrato moral que diz respeito à garantia do direito à saúde (THOMPSON, 1998; FASSIN; LÉZÉ, 2018).

## **2. O governo e a pandemia**

A Saúde Pública é o produto da estrutura social na qual ela se desenvolve e, mais particularmente, é o resultado da configuração do campo político em que se inscreve. Nesse sentido, cada governo imprime a sua marca sobre as modalidades de gestão da saúde. As pandemias que atravessam o mundo colocam à prova o poder político, produzem consequências demográficas importantes, mobilizam os medos mais incontrolláveis e, assim, pressupõem a aplicação de medidas coletivas e urgentes. O governo se vê obrigado a tomar decisões, mas, ao mesmo tempo, é ameaçado de forma direta com acusações de incompetência que alimentam regularmente os rumores na população. A instabilidade política, portanto, é inerente a contextos de pandemia (FASSIN, 1996, 2017).

Na pandemia, o governo Bolsonaro foi marcado pelo desprestígio da Ciência, em favor do negacionismo que constantemente compunha os discursos presidenciais. É essencial para o meu argumento compreender a repercussão destas falas, em que se negam os riscos da doença, sobre a elaboração dos sentidos da Covid-19. A significação da pandemia, a maneira como a população viria a pensá-la, acomodou sentidos sobrepostos a partir de narrativas vindas de dentro do Estado. E é inegável que essa confusão discursiva teceria entendimentos sobre a Covid-19 – enquanto uma doença desconhecida, os seus sentidos estavam por fazer.

Comumente, a Ciência tem lugar de prestígio na legitimação desse processo. Contudo, a autoridade política também exerce influência na interpretação causal sobre a doença, uma vez que também compete ao Estado, digo, ao poder político, regulamentar fenômenos biológicos. Ora, num contexto de viés autoritário e de negação da Ciência, no qual o governo não reconhece a gravidade de uma pandemia, inauguram-se campos de batalhas interpretativas na luta entre forças científicas e negacionistas (FASSIN, 1996; CSORDAS, 2008; BIEHL, 2020).

Quanto ao Sistema Único de Saúde, foram muitas as medidas tomadas pelo governo central que descumpriram o direito à saúde, cerceando a constitucionalidade do SUS. Nesta gestão, as Secretarias de Saúde tiveram que lidar com a falta de caderneta da gestante – no SUS “da ponta”, certamente, o acompanhamento desse grupo foi comprometido. Numa forma de improviso, foram feitas cópias de cartões em folha A4.

Do tempo em que era agente comunitário de saúde, bem como durante outras pesquisas que realizei no sistema público de saúde, não me recordo de ter encontrado situação semelhante. E pensar que a ineficiência na hora de coordenar a confecção de cartões de papel ocasionaria quadros de agravamento das condições de saúde – a linha que liga uma ponta a outra do SUS perpassa corpos.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde ensaiou o lançamento de uma cartilha contra o aborto, em que o próprio Ministério da Saúde parece desconhecer, ou ignorar, a legislação em vigor que versa sobre o tema. Esse tipo de postura governamental fundamenta práticas de morte. Ao que consta, a motivação para a confecção da cartilha seria de cunho religioso, uma vez que a defesa do direito ao aborto, como uma questão de Saúde Pública, romperia com a forma de fé ligada à base política do governo.

O Estado, agenciado pelo governo Bolsonaro, assume uma face e aparece ligado a moralidades religiosas, insinuando, assim, uma maneira de pensar. É ocupado por agentes que compartilham afinidades ideológicas; ganha um nome, recebe uma crença e tem gestos próprios. O poder e os símbolos que lhe estão ligados sugerem à sociedade formas comportamentais em relação ao aborto. Contrário à Ciência, tal quadro interpretativo usa o nome do Estado enquanto legitima uma política aos avessos (BALANDIER, 1969).

Devo, ainda, citar a gestão Pazuello à frente do Ministério da Saúde – a demora na compra de vacinas e a crise do oxigênio no Amazonas são algumas marcas de sua gestão. No momento mais crítico da pandemia de Covid-19 no país, a figura de um despreparado para o cargo de Ministro da Saúde talvez sirva para formalizar um modo de governar. Tal decisão, possivelmente, foi orientada por motivações desconciliadas do conhecimento técnico. Aqui, mais uma vez, aparece o conflito entre Ciência e negacionismo – tal batalha de ideias ao ser desequilibrada pelo autoritarismo de um governo, fundamentaria práticas de morte. A insistência no uso de medicação inadequada para o tratamento da Covi-19, refiro-me à panfletagem sobre a Cloroquina, é uma ilustração da repercussão que esquemas ideológicos, ao serem acomodados próximos da legitimidade do Estado, teriam no sentenciamento de vidas. Outros gestores, outras

formas de pensar, outras moralidades gestonárias haveriam dado ao país outros destinos – o sofrimento deve ser compreendido no contexto de realidades políticas (CSORDAS, 2008).

Do governo Bolsonaro ao SUS “da ponta”, figura a trajetória dos estilhaços do poder – a significação de decisões políticas que aparecem inscritas sobre corpos adoecidos, aguardando em filas, tendo que lidar com a falta de remédios e vivenciar ansiedades cotidianas na busca pelo cuidado com a saúde. Mas o SUS vivido acomoda rasuras, tomou fôlego com a pandemia, e vai resistindo.

No SUS vivido, cabem outras imagens: a imagem de um SUS que funciona, e que vai a lugares remotos para levar o serviço de Atenção Primária à Saúde à população indígena, e o mesmo SUS que faz cirurgias de alta complexidade e é referência no transplante de órgãos. Um SUS, enfim, que coloca rico e pobre juntos na fila de vacina contra a Covid-19, o SUS que é universal.

## Referências bibliográficas

- BALANDIER, Georges. **Antropologia política**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1969.
- BIEHL, João. Do incerto ao inacabado: uma aproximação com a criação etnográfica. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 26 (3), pp. 1-33, 2020.
- BOLTANSKI, Luc. Sociologia da crítica, instituições e o novo modo de dominação gestonária. **Sociologia&Antropologia**. Rio de Janeiro, v. 03.06, pp. 441-463, 2013.
- BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
- CRAPANZANO, Vicent. Horizontes imaginativos e o aquém e além. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 48, n. 1, pp. 363-384, 2005.
- CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- FABIAN, Johannes. **O Tempo e o Outro: como a antropologia estabelece o seu objeto**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2018.
- FASSIN, Didier. **L'espace politique de la santé: essai de généalogie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- FASSIN, Didier et al. **Juger, réprimer, accompagner: essai sur la morale de l'État**. Paris: Editions du Seuil, 2013.
- FASSIN, Didier. **Faire de la santé publique**. Paris: Éditions EHESP, 2017.
- FASSIN, Didier; SAMUEL, Lézé. **A questão moral: uma antologia crítica**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2018.
- FAZZIONI, Natália Helou. **Nascer e morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado**. 2018. 212f. Tese (Programa de pós-graduação em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- HERZFELD, Michael. **A produção social da indiferença: explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 18, n. 37, pp. 25-44, 2012.
- INGOLD, Tim. **Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- KLEINMAN, Arthur; FITZ-HENRY, Erin. The Experiential Basis of Subjectivity: How Individuals Change in the Context of Societal Transformation. In: João Biehl, Byron Good, Arthur Kleinman (Org.). **Subjectivity: ethnographic investigations**. Berkeley: University of California Press, 2007.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **Tristes trópicos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.



MAIA, O. F. L. C. **Sob os cuidados do SUS. A experiência do cuidado vivenciada por usuários hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.** 2012.112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MARQUES, A. C. D. R.; VILLELA, J. L. M. O que se diz, o que se escreve. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 48, n. 1, pp. 37-74, 2005.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória de sentimentos. In: Roberto Cardoso de Oliveira. (Org.). **Marcel Mauss**. São Paulo: Editora Ática, 1979.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** São Paulo: n-1edições, 2018.

MELO DA CUNHA, Flávia. **Cadastrar, incluir e proteger. As malhas da assistência social na fronteira Amazônia.** 2020. 300 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7): 2003-2014, 2018.

THOMPSON, E.P. **Costumes em comum.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998.