

Lições do Brasil sobre saúde global em tempos de covid-19¹

Francisco Ortega²

“Preparatividade”

Dois meses antes de o primeiro caso de covid-19 ser reportado em Wuhan, na província de Hubei, China, em 10 de dezembro de 2019, o *Global Health Security Index*, compilado pela *Nuclear Threat Initiative* e pela Escola de Saúde Pública da *Johns Hopkins University*, publicava um informe que ranqueava 195 países em função de sua “preparatividade” (*preparedness*)³ para enfrentar uma pandemia, como a da Covid-19. Nesse *ranking*, os Estados Unidos ocupavam o primeiro lugar, e o Reino Unido, o segundo. Coreia do Sul ocupava o 9º, o Brasil o 22º, Singapura o 24º e a China o 51º (GHSI, 2019; DALGLISH, 2020).

Quando olhamos esse *ranking* seis meses após sua publicação, as predições não poderiam ser mais equivocadas. Estados Unidos e Reino Unido têm produzido respostas desastrosas à epidemia, envolvendo omissões criminosas, difusão de *fake-news*, confusões e adiamentos das medidas necessárias quase criminosos. Nenhum dos dois países parece ter o equipamento necessário de proteção de profissionais, nem número suficiente de leitos hospitalares e de UTI.

Hoje, 22 de maio de 2020, o primeiro contabiliza 1.626.311 casos e 96.574 mortes, e o segundo, 254.195 casos e 36.393 mortes⁴. Diante desses resultados, não surpreende que a revista *Foreign Policy* tenha definido a covid-19 como a “pior falha de inteligência da história dos Estados Unidos” (ZENKO, 2020). Por outro lado, nações asiáticas como Coreia do Sul, Singapura, Taiwan e China têm desenvolvido as respostas mais rápidas e eficazes para conter o avanço da pandemia (DALGLISH, 2020).

A nova forma de racionalidade que encarna a “preparatividade” tem contribuído para redefinir a saúde global como campo biopolítico (LYNTERIS, 2018). “Preparatividade” é um conceito-chave na Antropologia médica e nas humanidades médicas que remete à análise crítica de novas abordagens epidemiológicas e de saúde pública para antecipar e se preparar diante de epidemias de doenças infecciosas (LAKOFF, 2007; 2017). Todavia, a pandemia de covid-19 tem revelado uma grave falha na “preparatividade” desses países. As consequências para a saúde global são importantes: um artigo recente da *Lancet* revela que 85 % de todas as organizações de saúde têm suas sedes em países do Norte Global e a metade dos líderes de saúde global são cidadãos dos Estados Unidos e do Reino Unido. E, ainda, o que é mais sério, modelos de saúde global baseiam-se em assistência técnica e capacitação realizada por esses países, cuja resposta à pandemia tem sido “esclerótica e atrasada, na melhor das hipóteses” (DALGLISH, 2020). Os motivos das falhas na “preparatividade” para a pandemia são de natureza diversa e não são objeto deste texto. Instituições de saúde pública concebem “preparatividade” a partir de métricas para mitigar a mortalidade.

Em contraste com uma compreensão tecnocrática e gerencial da saúde pública global, sugerimos aqui algumas maneiras pelas quais o campo da Medicina Social, especificamente na América Latina, pode fortalecer o impacto do papel da Medicina e da Saúde Pública na pandemia (BIRN; MUNTANER, 2019; BREILH, 2019; MENDES et al., 2017). Quando falamos do campo da Medicina Social latino-americana, estamos

nos referindo, no caso do Brasil, ao campo da Saúde Coletiva (OSMO; SCHRAIBER, 2017; VIEIRA DA SILVA; PINELL, 2014). Acreditamos que essa perspectiva mais abrangente englobaria, por um lado, a análise das condições sociais que impedem ou aumentam as iniciativas de mitigação da mortalidade e que passariam pelo fortalecimento dos sistemas de saúde com foco na Atenção Primária, claras diretrizes para triagem de casos e até intervenções socioeconômicas e de saúde pública que diminuam as disparidades de classe e de raça e seus impactos na saúde. Por outro lado, os debates gerados atualmente sugerem a necessidade de avançar muito mais nessa agenda “social”, repensar lógicas, valores e mercados neoliberais, e seu impacto prejudicial sobre os sistemas de saúde e, mais amplamente, sobre a geopolítica da elaboração de políticas globais (ALAMES, 2020).

Achatar a curva

As medidas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para “achatar a curva” e controlar a expansão da Covid-19, enquanto não há disponibilidade de tratamento ou vacina, incluem distanciamento social (chegando ao *lockdown* em alguns países e regiões), ampliação de testagem e seguimento de casos positivos, medidas higiênicas, proteção de profissionais de saúde e aprimoramento e aumento de leitos hospitalares e de UTI. A maioria dessas medidas não é viável para grande parte da população do Sul Global. Além do mais, mesmo sendo necessárias, essas medidas provocarão uma crise econômica e sociopolítica enorme, levando à pobreza extrema e a um elevado número de mortes.

O caso extremo é a Índia, onde o ministério da Saúde declarava, em meados de março, que a crise da Covid-19 não representava uma “emergência de saúde” (BUKHARI, 2020), e no dia 24 do mesmo mês, sem aviso nem preparação, o premiê Narendra Modi ordenou um confinamento repentino, que provocou enormes fluxos populacionais de migração reversa de centenas de milhares de trabalhadores e suas famílias, que tiveram que caminhar centenas de quilômetros a pé para voltar a seus povoados. A maioria desses trabalhadores são de castas inferiores e minorias étnicas. O *lockdown* indiano tem sido definido como “a maior migração humana a pé desde a partição” do país em 1947, resultando em caos, desabastecimento, fome e muitas mortes, especialmente nas comunidades mais marginalizadas, além de aprofundamento de políticas islamofóbicas do atual governo (DANIYAL, 2020; HRW, 2020). Especialistas em saúde pública temem que o *lockdown* da Índia possa custar mais vidas do que aquelas que salvará: “O *lockdown* nacional atrasará as coisas, mas não reduzirá muito os números de casos a longo prazo. (...) isso causará sérios danos econômicos, aumentará a fome e reduzirá a resiliência da população para lidar com o pico de infecção” (*Center for Disease Dynamics, Economics & Policy India*, citado em ECKS, 2020a).

Um artigo recente da *Lancet* perguntou provocativamente: “A covid-19 subverteu a saúde global?” (*Has COVID-19 subverted global health?*), já que, diferentemente das epidemias anteriores, 90% das mortes relatadas por coronavírus são relatadas em países do Norte Global. Apesar dessa reversão, argumentam os autores, os países ricos definiram um tamanho único para todas as estratégias, centradas em grande parte em *lockdowns* maciços e em atendimento hospitalar terciário e tecnologias sofisticadas. Como resultado, dois princípios fundamentais da saúde global podem ter sido desrespeitados: atenção ao contexto, justiça social e equidade (CASH; PATEL, 2020). *Lockdowns*, testes ativos e ênfase em terapia intensiva não são viáveis em muitas

configurações com poucos recursos. A atenção ao contexto é, portanto, primordial. Intervenções de cima para baixo e de tamanho único, como bloqueios indiscriminados, têm um impacto desigual e podem exacerbar as disparidades existentes na saúde e, portanto, desafiam o princípio da justiça social e da equidade. Nesse sentido, recente editorial de *Lancet* recomenda que cada sociedade identifique e dê suporte aos grupos considerados mais vulneráveis. Se esses grupos não são devidamente identificados e assistidos, as consequências da pandemia serão mais devastadoras, levando ao aprofundamento das desigualdades em saúde (EDITORIAL, 2020).

No Brasil, pessoas em situação de rua, com sofrimento ou transtorno mental, com deficiência, vivendo com HIV/aids, LGBTI+, população indígena, negra e ribeirinha, trabalhadores do mercado informal, como catadores de lixo, artesãos, camelôs, prostitutas, travestis e população carcerária se encontram em situação de extrema vulnerabilidade frente à covid-19. Essa situação afeta particularmente os moderadores das favelas nas grandes cidades. Como diz um líder comunitário de Paraisópolis, uma das maiores favelas da cidade de São Paulo, “esse isolamento é um isolamento para ‘gringo ver’, para rico. O pobre não tem condição de fazer” (GUIMARÃES, 2020).

Além de Global e Local

No campo da saúde global, críticas às iniciativas de cima para baixo e apelos a “generalizar” (*scaling up*) e replicar intervenções em contextos diferentes têm sido frequentes (ADAMS; BURKE; WHITMARSH, 2014). No campo da saúde mental global, por exemplo, o argumento da natureza neurobiológica dos transtornos psiquiátricos, que afetaria igualmente todos os indivíduos em todas as culturas, tem sido invocado para justificar a escalonabilidade e generalização do uso de psicoestimulantes, bem como a exportação de conhecimentos psiquiátricos ocidentais e pacotes de cuidados padronizados para o Sul Global. Os críticos argumentam que tais abordagens promovem intervenções de “tamanho único” (*one-size-fits-all*) que pressupõem sua aplicabilidade global e, portanto, diminuem os marcadores de diferença como classe, gênero, raça, etnia ou cultura, resultando na rápida expansão do diagnóstico e das soluções farmacêuticas (MILLS, 2014). Iniciativas desse tipo contribuem para exportar modelos ocidentais de doença e tratamento, subestimam o papel dos praticantes da medicina tradicional, ignoram a variabilidade cultural na avaliação e resposta ao sofrimento mental, que é medicalizado, e negligenciam suas causas sociais e econômicas em países de baixa e média renda (ORTEGA; WENCESLAU, 2020). Neste e em outros exemplos, o “global” efetivamente se equipara ao domínio da formulação de políticas lideradas pelos ideais e expertise em países do Norte Global, frequentemente endossados de maneira oficial pela OMS, e o “local” se identifica com as experiências de base no Sul Global, que geralmente não cumprem os objetivos e padrões da política global (ADAMS et al., 2019; BÉHAGUE; STORENG, 2013).

O modelo de “tamanho único” ecoa em iniciativas de achatamento da curva que replicam as mesmas medidas sanitárias e modelos epidemiológicos com pouca ou nenhuma consideração dos diferentes contextos locais. No caso de países como Índia ou Brasil, as medidas de tamanho único e de cima para baixo não levam em consideração as condições de vida e outras características das comunidades para as quais se destinam, e por isso dificilmente conseguem conter a propagação do vírus em países com níveis tão elevados de pobreza e desigualdade. É necessário mobilizar autoridades de saúde pública e a sociedade civil, para que as diferentes comunidades desenvolvam suas próprias

estratégias de autoproteção. Só com o envolvimento desses grupos no desenho e implementação, medidas de saúde pública poderão funcionar em contextos de extrema pobreza e vulnerabilidade (JANA, 2020).

No entanto, intervenções que são efetivas em determinado local não são necessariamente traduzíveis para outros locais; mas quando o são, são necessários um conhecimento íntimo e uma resposta sensível às diferenças entre os contextos, o que é muito diferente de apelos que generalizam modelos de “tamanho único” (ADAMS; BURKE; WHITMARSH, 2014). Examinar as especificidades locais e históricas dos diferentes contextos, assim como organizar os sistemas de saúde e práticas dos profissionais tornam as políticas de saúde global e os modelos epidemiológicos significativos em contextos particulares. Essa análise exige ir além da mera adaptação de práticas baseadas em evidências a diferentes realidades locais; requer a produção de “evidências localmente relevantes” para promover as “melhores práticas e estratégias de intervenção”, levando sempre em consideração a experiência situada contextualmente (KIENZLER; LOCKE, 2017, p. 293).

Apesar de local e global serem frequentemente conceitualizados como esferas distintas, é necessário ir além dessa polarização global/local, como ilustra a frutífera teorização em antropologia, por exemplo, nas noções de “glocalidade” (ESCOBAR, 2001), “fricção” (TSING, 2005) ou “montagens globais” (*global assemblages*, COLLIER; ONG, 2005). Essas noções evidenciam que discriminar local e global é menos importante do que atentar para o fato de que as forças que se combinam e conspiram para produzir desigualdades são complexas e específicas às histórias, geografias e práticas sociais particulares. Estas são, ao mesmo tempo, locais e globais (ADAMS et al., 2009).

Voltando ao caso da Covid-19, suposições de longa data sobre o que é global e local, e onde estão situados, estão sendo viradas de cabeça para baixo. Com vários países asiáticos assumindo a liderança na demonstração do que é uma política eficaz de contenção da pandemia, estamos testemunhando um destronamento do papel central que os especialistas da Europa Ocidental e da América do Norte desempenham há muito tempo junto à OMS. A sede do “global” está potencialmente em processo de des-ocidentalização. Simultaneamente, os EUA estão no epicentro da pandemia, lutando para implementar medidas básicas de contenção (com estados e municípios competindo encarniçadamente por recursos escassos), apesar de serem tecnológica e economicamente “avançados”. Lança-se assim mais luz do que nunca sobre a necessidade de ir além dos pressupostos desenvolvimentistas das relações entre economia e saúde (ESCOBAR, 2018). As interdependências de diferentes “locais” e a necessidade de maior colaboração dentro e fora das fronteiras nacionais estão reformulando o “local” de novas maneiras.

Um tamanho não serve para todos

No combate à pandemia, “um tamanho não serve para todos” (*one size does not fit all*), o que exige alternativas realistas e viáveis de enfrentamento da Covid-19 no Sul Global. Glassman, Chalkidou e Sullivan propõem começar com água e saneamento; proteger outros serviços essenciais de saúde (por exemplo: vacinação, controle da malária) e fornecer transferências de renda que permitam o distanciamento social. Existem também outras recomendações consistentes com as orientações da OMS, mas com prioridades diferentes para esses países, tais como a proteção da força de trabalho

em saúde, testagem dirigida a grupos específicos e uso de dados nacionais e subnacionais reais para informar modelos epidemiológicos (GLASSMAN; CHALKIDOU; SULLIVAN, 2020). Richard Cash e Vikram Patel propõem para Índia e outros países de baixa renda uma série de medidas baseadas em abordagens comunitárias que focalizem na procura ativa de casos (por meio de diagnóstico sintomático, onde o diagnóstico confirmado por laboratório não está disponível), realizada por agentes comunitários de saúde e prestadores de cuidados primários, com rastreamento de contatos e quarentena domiciliar, especialmente no início de uma epidemia, e incluindo capacitação de recursos da comunidade com a devida atenção para evitar a estigmatização e proibir aglomerações. Ao mesmo tempo é necessário desenvolver instalações de saúde no nível distrital para apoio respiratório adequado como ativos de longo prazo para o sistema de saúde, que possam ser gerenciadas por recursos humanos disponíveis localmente, equipadas com proteção pessoal adequada. Os *lockdowns*, se humanamente planejados e com a participação da comunidade afetada, poderiam ser usados com moderação para conter grupos de casos (CASH; PATEL, 2020).

Apesar dos recursos limitados, alguns países africanos adotaram medidas interessantes e encontraram soluções criativas para limitar a propagação do vírus, incluindo estratégias simplificadas de triagem e rastreamento proativo em Uganda, estações de lavagem de mãos nas rodoviárias em Ruanda, *chatbots* de *WhatsApp* que fornecem informações confiáveis e rápidos resultados de testes diagnósticos no Senegal (DALGLISH, 2020). Frente aos testes de PCR que custam centos de dólares, Senegal desenvolveu um kit de testagem ao preço de 1 US\$ por paciente para detectar uma infecção atual ou anterior por antígenos na saliva ou anticorpos de covid-19. Esse país africano fechou suas fronteiras em janeiro e desenvolveu um plano abrangente de rastreamento de casos positivos, alocados em leitos hospitalares ou em unidade de saúde. Como resultado, a nação de 16 milhões de habitantes teve apenas 30 mortes (21 de maio). Gana, com uma população de 30 milhões de habitantes, tem um número de mortes semelhante, em parte por causa de um extenso sistema de rastreamento de contatos, utilizando um grande número de agentes comunitários de saúde e voluntários, além de outras técnicas inovadoras, como “testes de grupo” (*pool testing*), nos quais múltiplas amostras de sangue são testadas e seguidas como testes individuais somente se um resultado positivo for encontrado (HIRSCH, 2020).

Diferentemente da situação de muitos países do Sul Global, o Brasil tem um Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso quase universal aos serviços de saúde. Trinta anos após sua implementação, o SUS sofre permanentes desigualdades geográficas, financiamento insuficiente e colaboração precária entre os setores público e privado (CASTRO et al., 2019). O SUS enfrenta uma política de demolição e desmantelamento nos últimos anos, principalmente após a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016) durante o governo de Michel Temer, que congelou os investimentos em diversas áreas, incluindo saúde. Durante seu governo, houve uma aceleração dos processos de desmantelamento e privatização do sistema de saúde através do congelamento do orçamento e cortes e expansão do mercado de planos e seguros de saúde privados. Os ataques ao SUS intensificaram-se sob o governo de Jair Bolsonaro, com ameaças de privatização e falta de políticas públicas, incluindo importantes retrocessos na atenção primária à saúde, com a introdução de elementos privatizantes na assistência e gestão, apagamento da participação social participação, racionalização da administração pública e flexibilização das leis trabalhistas (GUIMARÃES; SANTOS, 2019; SANTOS, 2020).

À semelhança de muitos países de renda baixa e média, 13,5 milhões de brasileiros se encontram em situação de extrema pobreza. Nas favelas das grandes cidades vivem 13,6 milhões de pessoas espremidas em casas e barracos ligados por vielas, sem saneamento e acesso a água limpa. Somente no Nordeste do Brasil, 12 milhões de moradores não tiveram acesso diário à água encanada em 2018; 72% das famílias nessas comunidades não têm economias nem para resistir uma semana. O país tem 38,3 milhões de brasileiros com empregos precários, e o auxílio emergencial de R\$ 600 a trabalhadores informais, autônomos e em contrato intermitente, a ser pago por três meses durante a pandemia do novo coronavírus, é insuficiente. Além disso, milhares de brasileiros não conseguem ter acesso ao auxílio por não ter o CPF regularizado ou não possuir certidão de nascimento. Em tais circunstâncias de precariedade e vulnerabilidade, análogas às de muitos países do Sul Global, distanciamento social, lavagem das mãos e outras medidas de saúde pública não são viáveis e podem até ser prejudiciais, ao aumentar as desigualdades sociais em saúde (GUIMARÃES, 2020).

No entanto, uma dificuldade com a crítica “um tamanho não serve para todos” é que ela situa, principalmente, as políticas desenvolvidas por instituições, atores e governos do Norte Global como o ideal com o qual as “necessidades” infraestruturais de outros países são identificadas. A urgência da situação reforça compreensivelmente essa suposição, mas também é importante reconhecer que a crítica “um tamanho não serve para todos” exclui reflexões mais profundas e colaborações não apenas internacionais, mas colaborações inter-regionais entre estados e municípios, que atravessam as fronteiras nacionais e que são necessárias (ALAMES, 2020).

Governo da COVID-19 no Brasil

Comparando o coronavírus com uma “gripezinha”, incentivando a suspensão das medidas de isolamento e a volta da população às ruas, promovendo o que denomina de “isolamento vertical”, restrito às populações de maior risco (NYT, 2020), o líder brasileiro expôs, mais uma vez, seu estilo de governar o país através de uma mistura nociva de desconfiança populista em relação à ciência, capacitismo e uma dose de masculinidade tóxica, insuflada por um fervor nacionalista (ORTEGA; ORSINI, 2020).

Bolsonaro relutou em usar o punho de ferro do Estado para impor *lockdowns* a fim de impedir a disseminação da covid-19, como fizeram líderes como o primeiro-ministro húngaro Orbán, que declarou o estado de emergência que lhe permite se consolidar e governar por decreto, o presidente das Filipinas, Rodrigo Duterte, que se concedeu poderes de emergência com a desculpa de silenciar disseminadores de *fake-news*. Outros governos, como os da Argélia e da Índia, contam com a ameaça de uma pandemia para reprimir manifestações políticas. E outros como China, Coreia do Sul e Rússia usaram a pandemia da covid-19 para fortalecer a vigilância digital (ROTH, 2020). Todos eles compartilham um estilo de politização pandêmica que não nega a ciência; ao contrário, mobiliza evidências científicas para justificar e aplicar abordagens punitivas para o policiamento da pandemia.

A politização da pandemia de Bolsonaro, em contrapartida, é curiosamente diferente. Ele exerce um tipo de autoritarismo relutante. É óbvio que gostaria de ser um ditador; no entanto, ele não pode usar o medo pandêmico como seus ‘amigos’ autoritários têm feito em outros países porque teme as consequências políticas da crise econômica. O presidente brasileiro não usou o coronavírus para tomar o poder e reprimir a sociedade e seus críticos.

Para não ser confundido com líderes que representam uma ameaça às liberdades civis ao imporem o distanciamento social, Bolsonaro riu da necessidade de medidas extremas, argumentando que o “isolamento vertical” de idosos ou outras pessoas vulneráveis é suficiente. Obcecado com sua própria sobrevivência política, Bolsonaro forjou uma falsa dicotomia entre quarentena e economia. Nisso, ele segue uma certa lógica: o possível colapso da economia após o distanciamento social minaria seu futuro político e sua reeleição em 2022.

Igual ao Brasil, os EUA e o Reino Unido são governados por partidos de direita, e como o Brasil, eles hesitaram e atrasaram suas respostas à covid-19. Donald Trump e Boris Johnson só se voltaram para a biopolítica radical quando a disseminação exponencial da infecção se tornou um ‘tsunami’ que ameaçava colapsar os sistemas de saúde dos dois países. No neoliberalismo, os governos não pretendem perturbar o mercado em prol da saúde. Deixar o vírus ‘seguir seu curso’ enquanto se protege a economia é uma resposta neoliberal. A biopolítica moderada não ameaça a riqueza. A livre circulação e o livre mercado são mais importantes do que salvar vidas. Se existe algo como “eugenia neoliberal” (COMFORT, 2018), seu objetivo não é “fazer viver”, mas “deixar morrer” (ECKS, 2020b).

A disseminação global da covid-19 introduziu uma importante mudança na posição do poder legislativo em relação ao discurso autoritário de Bolsonaro, que era tolerado enquanto as políticas econômicas neoliberais permaneciam em vigor. Mesmo se o ministério da Economia insistir no fato de que o caminho da reabilitação passa por privatizações, a pressão da Casa Civil comandada pelo general Braga Netto junto a outros ministros militares é cada vez mais consciente da necessidade de traçar um plano de retomada econômica que passa por investimentos públicos em infraestrutura, uma espécie de Plano Marshall tupiniquim, para enfrentar o desastre econômico que sucederá à pandemia (QUINTINO, 2020). Agora Bolsonaro está isolado em sua defesa do isolamento vertical e em sua disseminação de mentiras sobre a pandemia, tais como o uso da cloroquina como tratamento para a doença. Suas tentativas de concentrar o poder no governo federal e usá-lo para combater o distanciamento social e outras políticas para controlar a disseminação da covid-19 até agora não tiveram êxito. As políticas para limitar a circulação de pessoas foram promulgadas pelas autoridades estaduais e municipais e foram endossadas pela Câmara dos Deputados e pelo Senado. Até alguns membros do gabinete de Bolsonaro manifestaram preocupação com sua oposição às políticas de distanciamento social, incluindo Henrique Mandetta, seu ministro da Saúde, que foi demitido abruptamente em 16 de abril pelo presidente, o seu sucessor Nelson Teich que se demitiu em 15 de maio.

O cenário caótico atual é intencional para alguém que confia no ‘caos como método’, como escreve o filósofo Marcos Nobre (2019), para manter a lealdade de seus seguidores e espalhar desinformação (MEYER; BUSTAMANTE, 2020). É difícil ignorar as características necropolíticas desse exercício grotesco de poder. Como explica o filósofo Achille Mbembe (2003, 40) em sua crítica à noção de biopoder e elaboração da noção de necropolítica e necropoder, “em nosso mundo contemporâneo, armas são empregadas no interesse da máxima destruição de pessoas e da criação de mundos-morte - novas e únicas formas de existência social nas quais vastas populações estão sujeitas a condições de vida que lhes conferem o status de mortos-vivos.” Os países que ignoraram ou atrasaram os pedidos de isolamento social agora devem enfrentar o empilhamento dos cadáveres. Como escreve um jornalista de *The Intercept Brasil*, “É assim que agem os adeptos da necropolítica: negociando em cima do número de cadáveres para sustentar uma narrativa política fabricada ao arripio da ciência” (FILHO, 2020).

Bolsonaro deu um passo além da exploração de uma profunda desconfiança em relação à ciência, que tem sido explorada por líderes como Donald Trump. Embora não seja surpreendente que Bolsonaro questione a legitimidade de conselhos de especialistas para manter um bloqueio e um distanciamento social, ele se cercou de uma série de personagens cujas opiniões são extremas - o equivalente a criacionistas e terraplanistas. Seu próprio cálculo político pode ser astuciosamente racional: focado diretamente em sua própria sobrevivência política, Bolsonaro pode estar justificadamente preocupado com a forma pela qual um *lockdown*, a suspensão total das atividades, pode acelerar o colapso econômico do país, algo de que ele quer se distanciar (política e socialmente). Manter uma forma de “ignorância estratégica” (McGOEY 2012) sobre o desastre da saúde pública que se desenrola no país pode ser politicamente conveniente, embora moralmente repreensível. Ou seja, como Linsey McGoey observa (2012, 3), “a negação de fatos perturbadores, a percepção de que saber o mínimo possível é frequentemente a ferramenta mais indispensável para gerenciar riscos e exonerar-se da culpa após os eventos catastróficos”.

O negacionismo (*denialism*) tem sido definido como “emprego de argumentos retóricos para dar a aparência de debate legítimo onde nenhum existe, uma abordagem que tem como objetivo último rejeitar uma proposição sobre a qual existe consenso científico” (DIETHELM; MCKEE, 2009). Ainda segundo estes últimos autores, os processos de negacionismo apresentam cinco características, todas observadas ao longo dos últimos meses nas discussões públicas sobre a pandemia: 1) identificação de conspirações; 2) uso de falsos experts; 3) seletividade, focalizando em artigos isolados que contrariam o consenso científico; 4) criação de expectativas impossíveis para a pesquisa; e 5) uso de deturpações ou falácias lógicas (CAMARGO E COELI, 2020).

O discurso político de Bolsonaro foi descrito como uma ‘guerra à verdade’ total pela cineasta brasileira indicada ao Oscar Petra Costa, que foi chamada de ‘canalha’ por Eduardo Bolsonaro. A negação das mudanças climáticas subjacente à sua política ambiental, sua visão revisionista da história que exalta a ditadura brasileira, uma política cultural baseada em valores conservadores, religiosos e familiares e a oposição à igualdade de gênero são alguns dos elementos dessa visão pós-verdade. Como se isso não bastasse, os principais membros de seu círculo interno se identificam com o terraplanismo, que renuncia a grande parte do consenso científico em que nosso mundo se baseia. Os terraplanistas são reforçados em suas crenças pelos grupos evangélicos que apoiam o governo. O guarda-chuva ideológico do terraplanismo acomoda uma verdadeira sacola de lixo que inclui conspirações comunistas, movimentos de antivacinação, ideologia de gênero, “kit gay” e “mamadeiras de pirocas”, entre outros.

A postura anticientífica de Bolsonaro não deve ser confundida com uma postura crítica em relação à ciência, que é uma característica necessária da governança democrática. Ele e membros de seu governo disseminaram deliberadamente *fake-news* sobre a covid-19, como a promoção da hidroxicloroquina como um possível tratamento ou a ideia de isolamento vertical para promover a imunidade do rebanho em oposição ao distanciamento social. A defesa da cloroquina e do isolamento vertical levou à demissão de dois ministros de saúde em menos de um mês, Henrique Mandetta e Nelson Teich, ambos médicos, substituídos interinamente por um general sem formação médica, Eduardo Pazuello, que militarizou a cúpula do ministério da Saúde, e que imediatamente criou um protocolo para tratamento com cloroquina no SUS, incluindo casos leves de covid-19. Inclusive, o ex-ministro Mandetta tem denunciado que Bolsonaro pensou em alterar a bula do medicamento na Anvisa por meio de um decreto presidencial, colocando na bula indicação para covid-19 (ISTOÉ, 2020). O isolamento vertical, por sua vez, tem

sido recorrentemente criticado como “fraude pseudocientífica” (ALMEIDA FILHO, 2020) e “invenção política, sem nenhum fundamento científico” (RAMOS, 2020).

Ajuda mútua e transformação estrutural

Em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, em que o sistema mostra sua fraqueza, traficantes e milicianos em diversas regiões do país se apresentam como provedores da lei e da ordem, aplicando medidas de distanciamento social, incluindo toques de recolher rigorosos para controlar a propagação do coronavírus (SCHIPANI; HARRIS, 2020). O Governo Federal prepara uma estratégia de combate ao novo coronavírus nas favelas brasileiras, que buscará amparo de lideranças ligadas ao tráfico de drogas e à milícia. Nessas áreas, onde “o Estado está ausente” nas palavras do ex-ministro de Saúde Henrique Mandetta, “a Saúde dialoga, sim, com o tráfico, com a milícia, porque também são seres humanos e precisam colaborar, ajudar, participar” (GLOBO, 2020).

O antropólogo Wenzel Geissler cunhou o termo “para-Estado” (para-state) em relação aos contextos de ausência ou presença limitada do Estado, em que este permanece presente e potente, “se não sempre no controle ou cumprindo expectativas legítimas de controle” (GEISSLER, 2015, p. 2). Nesses contextos paraestatais, vêm surgindo novas formas de ativismo, solidariedade e “ajuda mútua” para mobilização e sobrevivência (SPADE, 2020), algumas através de estruturas de ONGs preexistentes, e outras criando do zero novas relações e redes sociais. Em contextos paraestatais o governo é exercido por exceção: uma forma de governabilidade sem Estado (NGUYEN, 2009)

Moradores de diversas favelas brasileiras que se manifestaram através do *#COVID19NasFavelas* relataram acesso desigual aos direitos básicos em cidades como o Rio de Janeiro, e como a pandemia “acelerou ainda mais o estado de exceção nas favelas como política de morte gestada pelo Estado” (LIMA, 2020). Com base nas postagens nas redes sócias de moradores de favela, o programa *RioOnWatch*, promovido pela organização sem fins lucrativos “Comunidades Catalisadoras” e lançado em 2010 para

trazer visibilidade às vozes das favelas na prévia dos Jogos Olímpicos do Rio, destacou 12 evidências de necropolítica relacionadas ao aumento de vítimas fatais de covid-19 nas favelas. A necropolítica não apenas está relacionada com as vítimas da violência armada, mas com a morte e precarização nas favelas ao suprimir o acesso aos serviços de saúde no meio da pandemia. As evidências incluem falta de leitos hospitalares e de UTI, falta de acesso a testes de covid-19 e subnotificação de casos positivos; falta de acesso a sepultamentos gratuitos; dificuldades para manter as medidas de distanciamento social e a continuidade das operações policiais que já interromperam a distribuição de cestas básicas organizadas por lideranças e comunicadores comunitários (LIMA, 2020).

No Complexo do Alemão, bairro que abriga um dos maiores conjuntos de favelas da Zona Norte do município do Rio de Janeiro, diversos coletivos se reúnem desde 2013 para monitorar e denunciar problemas do território. Os coletivos “Juntos pelo Complexo do Alemão” se uniram com outras comunidades para combater a expansão da covid-19 nas favelas brasileiras. Entre as medidas propostas, encontram-se o apoio para pressionar o poder público para promover maior quantidade de testes nas favelas e os encaminhamentos devidos dos casos confirmados; apoio material para criação de estratégias de comunicação direta, feita por comunicadores locais com linguagens próprias para grupos específicos: cartazes informativos, lambe-lambe, carros de som e material para circular nas redes internas de *Whatsapp*; procura de caminhos de

atendimentos psicológicos para o tratamento da população favelada; medidas para evitar o aumento da repressão das forças policiais e a estigmatização e culpabilização dos moradores das favelas pela expansão da pandemia (ALEMÃO, 2020).

Em sintonia com diversas medidas propostas pelo coletivo do Alemão, a Central Única de Favelas (CUFA), ONG fundada no Rio de Janeiro em 1999, apresentou 14 recomendações para limitar o impacto da pandemia nas favelas brasileiras. As recomendações englobam a distribuição gratuita de água, sabão, álcool 70° em gel e água sanitária; organização em mutirões das centrais de abastecimento para a distribuição de alimentos durante a quarentena; aluguel de pousadas ou hotéis para idosos e grupos vulneráveis; instituição de Programa de Renda Mínima para as famílias já inscritas no Cadastro Único e adicional de renda para os cadastrados no Bolsa Família; incentivo para que a população compre dos pequenos comerciantes; liberação de pontos de internet junto às empresas de fibra ótica; criação de rede de comunicação com apoio técnico do ministério da Saúde para filtrar e verificar em tempo real as informações compartilhadas em redes sociais para as favelas; ampliação das equipes de Saúde da Família (CUFA, 2020).

Grupos de ajuda mútua são um potencial aliado da medicina social, porque muitas vezes são capazes de permitir o engajamento político de base (eles explicitamente promovem a educação política), além de cobrir o básico da organização da circulação de bens e serviços para o bem de todos. Ao contrário dos grupos de caridade, eles também parecem ler a teoria social, o que é bem diferente.

Conclusão

Quando examinamos as diferentes respostas populares que vêm se desenrolando no Brasil, em particular nas favelas do Rio de Janeiro, constatamos que algumas dessas iniciativas fazem mais do que fornecer ajuda como um ato de caridade e não estão simplesmente preenchendo lacunas onde o Estado falha. As iniciativas de ajuda mútua constroem capacidade de auto-organização e autodeterminação e mantêm o potencial de gerar novas infraestruturas, mobilizando um grande número de pessoas para não apenas exigir reformas ou igualdade de direitos, mas para desestabilizar as relações paternalistas com o Estado e transformar desigualdades institucionalizadas e suas causas históricas.

Pensar políticas e intervenções de saúde global para enfrentar a pandemia de covid-19 em contextos de extrema vulnerabilidade exige ir além de medidas de “tamanho único” e de cima para baixo que desconsideram as condições de vida dos indivíduos para os quais essas medidas são destinadas, e envolver esses grupos em seu desenho e implementação para garantir sua efetividade nesses locais. Para tanto, é imperativo a análise cuidadosa das especificidades históricas e culturais desses contextos e as experiências situadas dos indivíduos para produzir evidências relevantes e intervenções adequadas para esses grupos.

Com a geopolítica da saúde global mudando a cada dia, a saúde pública está em uma posição única para elucidar a crítica do capitalismo que há muito se desenvolve na medicina social latino-americana e na Saúde Coletiva brasileira. Existem fortes evidências dos pontos fortes e resultados satisfatórios de melhoria da saúde da população quando a medicina social, e não o desenvolvimento econômico, governam em nível local, com mecanismos que garantem inclusão, responsabilidade democrática e orçamento participativo (LAURELL, 2003). Como os autores associados à *Asociación Latinoamericana de Medicina Social* (ALAMES) argumentaram, muitos estão culpando

o vírus pela crise econômica, mas isso é parcialmente impreciso, pois nunca nos recuperamos da crise de 2008 e alguns países do Norte Global – principalmente os EUA – são particularmente hábeis em ocultar as desigualdades de renda e saúde, as quais continuam aumentando. A medicina social latino-americana tem o potencial para deslocar a conversa para além de uma abordagem clássica de “determinantes sociais da saúde”, na medida em que assumiu uma posição vigorosa em relação à imposição global, via política de desenvolvimento ditada no Norte, de modelos capitalistas desenfreios de desenvolvimento para os países do Sul Global.

Bibliografia

ADAMS, V.; BURKE, N. J.; WHITMARSH, I. Slow Research: Thoughts for a Movement in Global Health. *Medical Anthropology*, v. 33, n. 3, p. 179-197, 2014.

ADAMS, V.; BEHAGUE, D.; CADUFF, C.; LÖWY, I.; ORTEGA, F. Re-imagining global health through social medicine. *Global Public Health*, v. 14, n. 10, p. 1383-1400, 2019.

ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva. Alames against the pandemic covid 19. 1 ab. 2020. Disponível em: <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2020/04/ENG-ALAMES-AGAINST-THE-PANDEMIC-COVID-19.pdf> . Acesso em 16 ab. 2020.

ALEMÃO. *Juntos pelo Complexo do Alemão. Carta aberta sobre o coronavírus nas favelas.* 26 mar. 2020. Disponível em https://docs.google.com/document/d/1GNBBigO2ewVxRuLNJM17Wkxodh0_BsFRB4398bufbgE/edit?fbclid=IwAR1oFMIGPl0KxRop70sHf9B60cQtGg1FMVbU0N6NfeFn0CsHTSRhXT3aC4I . Acesso em 14 ab. 2020.

ALMEIDA FILHO, N. O isolamento vertical defendido por Bolsonaro é uma fraude pseudocientífica. *El País Brasil*. 20 mai. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opinion/2020-05-20/o-isolamento-vertical-defendido-por-bolsonaro-e-uma-fraude-pseudocientifica.html> . Acesso 21 mai. 2020

BÉHAGUE, D. P.; STORENG, K. T. Pragmatic politics and epistemological diversity: the contested and authoritative uses of historical evidence in the Safe Motherhood Initiative. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, v. 9, n. 1, p. 65-85, 2013.

BIRN, A. E.; MUNTANER, C. Latin American social medicine across borders: South–South cooperation and the making of health solidarity. *Global public health*, v. 14, n. .6-7, p. 817-834, 2019.

BREILH, J. Critical Epidemiology in Latin America: Roots, Philosophical and Methodological Ruptures. In: VALLVERDÚ J.; PUYOL, A.; ESTANY, A. (org.) *Philosophical and Methodological Debates in Public Health*. Cham: Springer, 2019. p. 21-45.

BUKHARI, A. A Índia está à beira de uma catástrofe – e o governo de extrema-direita será o responsável. *Jacobin Brasil*. 9 ab. 2020. Disponível em: <https://jacobin.com.br/2020/04/a-india-esta-a-beira-de-uma-catastrofe-e-o-governo-de-extrema-direita-sera-o-responsavel/>? Acesso em 12 ab. 2020.

CAMARGO, K. R.; COELI, C. M. A difícil tarefa de informar. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, p. 1–5, 2020, 2020.0000000317573.

CASH, R.; PATEL, V. Has COVID-19 subverted global health? *Lancet*, 5 maio 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 45-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

COLLIER, S.; ONG, A. Global Assemblages, Anthropological Problems. In: COLLIER, S.; ONG, A. (org.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2005. p. 3-21.

COMFORT, N. Can We Cure Genetic Diseases without Slipping into Eugenics? In: O. K. OBASOGIE & M. DARNOVSKY. (org.) *Beyond Bioethics: Toward a New Biopolitics*. Berkeley: University of California Press, 2018, p. 177-185.

CUFA (2020). 14 propostas para reduzir o impacto do Corona Virus nas Favelas. 20 mar. 2020. Disponível em <https://ciclovivo.com.br/vida-sustentavel/bem-estar/14-propostas-coronavirus-favelas/> Acesso em 12 ab. 2020.

DALGLISH, S. L. COVID-19 gives the lie to global health expertise. *Lancet*. 26 mar. 2020. pii: S0140-6736(20)30739-X. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30739-X.

DANIYAL, S. Not China, not Italy: India's coronavirus lockdown is the harshest in the world. *Schroll.in*. 3 ab. 2020. Disponível em: <https://scroll.in/article/957564/not-china-not-italy-indias-coronavirus-lockdown-is-the-harshest-in-the-world>. Acesso em 16 ab. 2020.

DIETHELM, P.; MCKEE, M. Denialism: what is it and how should scientists respond? *Eur J Public Health*. 2009;19(1):2-4. doi:10.1093/eurpub/ckn139

ECKS, S. Lockdowns save, lockdowns kill: Valuing life after coronashock. *Somatosphere. Series: Dispatches from the pandemic*. 24 ab. 2020a. Disponível em <http://somatosphere.net/2020/lockdowns-save-lockdowns-kill-valuing-life-after-coronashock.html/> Acesso em 1 de maio 2020.

ECKS, S. Coronashock capitalism: The unintended consequences of radical biopolitics. *Medical Anthropology Quarterly* blog, 6 ab. 2020b. Disponível em <http://medanthroquarterly.org/2020/04/06/coronashock-capitalism-the-unintended-consequences-of-radical-biopolitics/> Acesso em 1 de maio 2020.

EDITORIAL. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet*, 395, n. 10230, P1089, 4 ab. 2020. April, 4. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)

ESCOBAR, A. *Designs for the pluriverse: Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Durham: Duke University Press, 2018. 312 p.

FILHO, J. Coronavírus: mentiras fabricadas pelo 'gabinete do ódio' ditam ações do presidente no combate à pandemia. *The Intercept Brasil*. 12 ab. 2020. Disponível em <https://theintercept.com/2020/04/12/gabinete-odio-coronavirus-bolsonaro/> Acesso 25 ab. 2020.

GHSI. (2019). Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability. Outubro. *Nuclear Threat Initiative and Center for Health Security. Bloomberg School of Public Health. Johns Hopkins University*. Disponível em <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>. Acesso em 15 ab. 2020.

GLASSMAN, A.; CHALKIDOU, K.; SULLIVAN, R. Does One Size Fit All? Realistic Alternatives for COVID-19 Response in Low-Income Countries. *Center for Global Development*. 2 ab. 2020. Disponível em <https://www.cgdev.org/blog/does-one-size-fit-all-realistic-alternatives-covid-19-response-low-income-countries>. Acesso em 12 ab. 2020.

GLOBO. 'Saúde dialoga com tráfico e milícia', diz Mandetta. *O Globo*. 8 ab. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/saude-dialoga-com-trafico-milicia-diz-mandetta-24361014> . Acesso em 14 ab. 2020.

GEISSLER, P. W. Introduction: A Life Science in Its African Para-State. In: GEISSLER P. W. (org.) *Para-States and Medical Science: Making African Global Health*. Durham (NC): Duke University Press, 2015. p. 1-46.

GUIMARÃES, L. Favelas serão as grandes vítimas do coronavírus no Brasil, diz líder de Paraisópolis. *BBC News Brasil*. 18 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/03/18/favelas-serao-grandes-vitimas-do-coronavirus-no-brasil-diz-lider-de-paraisopolis.htm??cmpid=copiaecola> Acesso em 15 ab. 2020.

GUIMARÃES, J. R.; SANTOS, R. T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde em Debate*, n. 43, p. 219-233, 2019.

HIRSCH, A. Why are Africa's coronavirus successes being overlooked? *The Guardian*, 21 mai 2020. Disponível em <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/may/21/africa-coronavirus-successes-innovation-europe-us>. Acesso em 22 maio 2020.

HRW. Índia: COVID-19 Lockdown Puts Poor at Risk. *Human Rights Watch*, 27 mar. 2020. Disponível em <https://www.hrw.org/news/2020/03/27/india-covid-19-lockdown-puts-poor-risk> . Acesso em 14 ab. 2020

ISTO É. Bolsonaro tentou alterar bula da cloroquina por decreto, diz Mandetta. ISTOÉ. 21 mai 2020. <https://istoe.com.br/bolsonaro-tentou-alterar-bula-da-cloroquina-por-decreto-diz-mandetta/> acesso em 22 mai 2020.

JANA, S. Can India Contain the Pandemic? *Scientific American*. 4 ab. 2020. Disponível em: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/can-india-contain-the-pandemic/> Acesso em 16 ab. 2020.

KIENZLER, H.; LOCKE, P. The Effects of Societal Violence in War and Post-War Contexts. In: WHITE, R. G. et al. (org.) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, 2017. p. 285-305.

LAKOFF, A. Preparing for the Next Emergency. *Public Culture*, v. 19, n. 2, p. 247-271, 2007.

LAKOFF, A. *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*. Berkeley: University of California Press, 2017. 240 p.

LAURELL, A. C. What does Latin American social medicine do when it governs? The case of the Mexico City government. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 12, p. 2028-2031, 2003.

LIMA, T. (2020) “Doze Evidências da Necropolítica Frente à Covid-19 nas Favelas #OQueDizemAsRedes”. *RioOnWatch*. #Covid19NasFavelas, 12 mai 2020. Disponível em <https://rioonwatch.org.br/?p=47191>. Acesso em 13 mai 2020.

LYNTERIS, C. *Andrew Lakoff's Unprepared: Global Health in a Time of Emergency*. *Somatosphere*. 24 ab. 2018. Disponível em: <http://somatosphere.net/2018/andrew-lakoffs-unprepared.html/>. Acesso em: 17 ab. 2020.

MBEMBE, A. Necropolitics. *Public Culture*, vol. 15, n. 1, p. 11-40, 2003.

MCGOEY, L. (2012), “Strategic unknowns: towards a sociology of ignorance”, *Economy and Society*, vol. 41, n. 1, p. 1-16, 2012.

MENDES, A. et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 841-860, 2017.

MEYER, E. P. N. ; BUSTAMANTE, T. Authoritarianism Without Emergency Powers: Brazil Under COVID-19. *VerfBlog*, 8 Ab. 2020. <https://verfassungsblog.de/authoritarianism-without-emergency-powers-brazil-under-covid-19/>. Acesso em 20 ab. 2020

MILLS, C. Psychotropic Childhoods: Global Mental Health and Pharmaceutical Children. *Children & Society*, v. 28, n. 3, p. 194–204, 2014.

NGUYEN, V. K. Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa. *Social Theory & Health*, vol. 7, n. 3, p. 196–217, 2009.

NOBRE, M. O caos como método. *Piauí*, 151, 15 ab 2019. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-caos-como-metodo/>. Acesso em 25 ab 2020.

NYT. Bolsonaro Urges Brazilians Back to Work, Dismisses Coronavirus 'Hysteria'. *The New York Times*, 24 mar. 2020. Disponível em <https://www.nytimes.com/reuters/2020/03/24/world/americas/24reuters-health-coronavirus-brazil.html?> Acesso em 13 ab. 2020.

ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The "silencing" of culture. *Transcultural Psychiatry*, v. 57, n. 1, p. 57-70, 2020.

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID in Brazil: Dissecting the Ableist and Reluctant Authoritarian. *Somatosphere*. Series: Dispatches from the Pandemic. 17 ab. 2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/2020/governing-covid-in-brazil-dissecting-the-ableist-and-reluctant-authoritarian.html/>. Acesso em 18 ab. 2020.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, v. 24 (Suppl. 1), p. 205-218, 2015.

QUINTINO, L. Guedes aposta em privatizações contra o 'Plano Marshall' da Casa Civil. *Veja*, 22 ab. 2020. Disponível em <https://veja.abril.com.br/economia/guedes-aposta-em-privatizacoes-contr-o-plano-marshall-da-casa-civil/> Acesso 30 ab. 2020

RAMOS, C. "Isolamento vertical é uma invenção política sem fundamento científico", diz médica e pesquisadora da UFRJ. *Estadão*, 6 ab. 2020. Disponível em <https://cultura.estadao.com.br/blogs/direto-da-fonte/isolamento-vertical-e-uma-invencao-politica-sem-fundamento-cientifico-diz-medica-e-pesquisadora-da-ufrj/> Acesso 18 ab. 2020.

ROTH, K. How Authoritarians Are Exploiting the Covid-19 Crisis to Grab Power. *The New York Review of Books*, 31 mar. 2020. Disponível em <https://www.nybooks.com/daily/2020/03/31/how-authoritarians-are-exploiting-the-covid-19-crisis-to-grab-power/>. Acesso 3 ab. 2020.

SANTOS, R. T. O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a Saúde Coletiva e a resposta aos impactos sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, e300211, 2020.

SCHIPANI, A.; HARRIS, B. Drug gangs in Brazil's favelas enforce coronavirus lockdown. *Financial Times*. 27 mar. 2020. Disponível em <https://www.ft.com/content/aaef1591-2fc5-4e6f-ab84-0e83b5a146ca>. Acesso em 12 ab. 2020.

SPADE, D. (2020). Solidarity Not Charity: *Mutual Aid* for Mobilization and Survival. *Social Text*, v. 38, n. 1(142), p. 131–151, 2020.

TSING, A. L. *Friction: An ethnography of global connection*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005. 344 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, v. 36, n. 3, p. 432–446, 2014.

ZENCO, M. The Coronavirus Is the Worst Intelligence Failure in U.S. History. *Foreign Policy*, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://foreignpolicy.com/2020/03/25/coronavirus-worst-intelligence-failure-us-history-covid-19/>. Acesso em 13 ab. 2020.

¹ Esta comunicação foi apresentada no webinar inaugural do ciclo de debates *O Futuro em Tempos de Pandemia: vida, sociedade e ciência*, promovido pela Universidade de Brasília no dia 21 de maio de 2020. O texto se baseia numa reelaboração dos seguintes artigos: ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID in Brazil: Dissecting the Ableist and Reluctant Authoritarian. *Somatosphere. Series: Dispatches from the Pandemic*. 17 ab. 2020. Disponível em <http://somatosphere.net/2020/governing-covid-in-brazil-dissecting-the-ableist-and-reluctant-authoritarian.html/> (tradução brasileira: Dissecando o autoritarismo relutante e capacitista frente ao coronavírus no Brasil. *n-1 edições TEXTOS*. Disponível em <https://n-1edicoes.org/031>). ORTEGA, F. BEHAGUE, D. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, e300205, 2020

² Francisco Ortega é professor titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, diretor do Centro Brasil de Saúde Global e professor visitante do Departamento de Saúde Global e Medicina Social do King's College de Londres. Ele também é membro do comitê diretivo da Global Social Medicine Network e do Conselho Consultivo do Movement for Global Mental Health. Seus livros incluem *Corporeality, Medical Technologies and Contemporary Culture* (Routledge, 2014), e com Fernando Vidal, *Being Brains: Making the Cerebral Subject* (Fordham University Press, 2017; tradução brasileira: *Somos nosso cérebro?* n-1 edições) e *Neurocultures: Glimpses Into an Expanding Universe* (Peter Lang, 2011). Correio eletrônico: fjortega2@gmail.com.

³ *Preparadness* remete ao “estado de preparação”, ao “estar preparado”. “Preparação” não chega a captar o significado pleno. Daí, a opção pelo neologismo “preparatividade”.

⁴ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>