

## O PARADOXO DO BIPODER E A PANDEMIA DA COVID-19 NA AMAZÔNIA: O CASO DE MANAUS

**Vlamir Seabra<sup>1</sup>**

vlamir@ifam.edu.br

Universidade de Santa Cruz – UNISC, Brasil

**Erica Karnopp<sup>2</sup>**

erica@unisc.br

Universidade de Santa Cruz – UNISC, Brasil

**María Raquel Steyer<sup>3</sup>**

raquel.steyer@gmail.com

Universidade de Santa Cruz – UNISC, Brasil

O artigo discute os efeitos do modelo de desenvolvimento econômico industrialista que concentrou investimentos na capital do Estado, atraindo parte da população para Manaus, gerando indicadores de desenvolvimento humano baixíssimos, contribuindo para que a pandemia do Covid-19 se alastrasse no município. Mediante a teoria de Biopoder de Foucault, o estudo foi realizado através de revisão bibliográfica e pesquisa documental em sites do Ministério da Saúde e veículos de comunicação. Os resultados apontaram que, o governo do Estado do Amazonas apresenta certa proatividade no enfrentamento da pandemia, e o agravamento dos casos de contaminação e de óbitos foram alto, deixando transparecer que o mesmo não se aproximou das instituições de pesquisa para elaborar um plano de emergência baseado em evidências científicas.

**Palavras-chave:** *Pandemia, Covid-19, Políticas Públicas, Biopoder, Manaus*

---

<sup>1</sup> Doutorando em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz – UNISC. Docente do Instituto Federal do Amazonas.

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz – UNISC.

<sup>3</sup> Doutorando em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz – UNISC

## *THE PARADOX OF BIOPOWER AND THE COVID-19 PANDEMIC IN THE AMAZON: THE CASE OF MANAUS*

The article discusses the effects of the industrialist economic development model that concentrated investments in the state capital, attracting part of the population to Manaus, generating very low human development indicators, contributing to the spread of the Covid-19 pandemic in the city. Using Foucault's theory of Biopower, the study was carried out through a literature review and documental research on Ministry of Health websites and media outlets. The results showed that the government of the State of Amazonas is somewhat proactive in fighting the pandemic, and the worsening of cases of contamination and deaths was high, showing that it did not approach research institutions to prepare an emergency plan based on scientific evidence.

**Keywords:** *Pandemic, Covid-19, Public Policy, Biopower, Manaus*

## *LA PARADOJA DE LA BIOPODER Y LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA AMAZONIA: EL CASO DE MANAUS*

El artículo analiza los efectos del modelo de desarrollo económico industrial que concentró las inversiones en la capital del estado, atrayendo parte de la población a Manaus, generando indicadores de desarrollo humano muy bajos, contribuyendo a la propagación de la pandemia Covid-19 en la ciudad. Utilizando la teoría del biopoder de Foucault, el estudio se llevó a cabo mediante una revisión de la literatura y una investigación documental en los sitios web y los medios de comunicación del Ministerio de Salud. Los resultados arrojaron que el gobierno del Estado de Amazonas es algo proactivo en el combate a la pandemia, y el agravamiento de los casos de contaminación y muertes fue alto, evidenciando que no se acercó a las instituciones de investigación para elaborar un plan de emergencia con base en evidencia científica.

**Palabras clave:** *pandemia, Covid-19, políticas públicas, bioenergía, Manaus*

## Introdução

Este artigo propõe uma reflexão sobre o modelo de desenvolvimento regional que foi adotado nos últimos quarenta anos no Estado do Amazonas-Brasil, relacionando-o aos impactos que a pandemia da COVID-19 vem produzindo em Manaus, capital do Estado. Inicialmente, apresenta as políticas públicas empregadas a partir do modelo modernizador liberal industrialista, amparado pela teoria do biopoder de Michel Foucault, assim como analisa o crescimento urbano concentrado numa única cidade, que é Manaus. Nesse sentido, lança mão dos indicadores de desenvolvimento humano do PNUD, demonstrando que o caos produzido pelos impactos da COVID-19 é reflexo do abandono da rede hospitalar e da ausência de investimentos públicos em infraestrutura urbana, constituindo portanto, um paradoxo na implantação do liberalismo econômico na Amazônia.

O novo coronavírus, classificado por (SARS-CoV-2), foi identificado em fins de 2019 na cidade de Wuhan, na China, de onde alastrou-se rapidamente para os países da Europa e das Américas, chegando ao Brasil no final de fevereiro de 2020. Em 11 de março a OMS caracterizou a COVID-19, doença provocada pelo vírus, como uma pandemia.

Desde o momento em que a COVID-19 se instalou oficialmente em solo brasileiro, e até mesmo antes de ser notificado qualquer caso, já havia no país uma disputa de narrativas em torno da gravidade da doença e das medidas necessárias para conter a sua propagação. No entanto, não há informações concretas sobre a história original nem medidas de efetividade para o manejo clínico dos casos de infecção humana pelo novo coronavírus. Sabe-se que ele tem alta e rápida transmissibilidade, provocando uma síndrome respiratória aguda, variando de casos leves a muito graves, com insuficiência respiratória.

Diante dessa situação, com a rápida e ampla transmissão do vírus para vários países do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a COVID-19 como uma pandemia mundial. Já no mesmo dia, em todo o Brasil, foi ativado o Centro de Operações de Emergências (COE) em Saúde Pública para o novo coronavírus. No Brasil, foram criados vários protocolos e procedimentos para identificação, monitoramento e respostas às emergências por síndromes respiratórias desde o aparecimento de sintomas até os casos de confirmação laboratorial conclusiva, independente de sinais e sintomas, além dos casos descartados, excluídos e as formas de transmissão.

No Estado do Amazonas não foi diferente. A partir do dia 23 de março de 2020, o governo do Estado seguindo orientações do Ministério da Saúde, suspendeu os atendimentos cotidianos para as Policlínicas e os Centros de Saúde especializados e deslocou a mão de obra para conter a disseminação do novo coronavírus (COVID-19) e servir de apoio as ações dos serviços de urgências. Definiu-se ainda que o Hospital Delphina Aziz iria atuar exclusivamente como unidade hospitalar de

retaguarda para os casos graves suspeitos e confirmados do coronavírus (COVID19). Deslocou-se para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Campos Sales a porta de entrada para casos de urgência e emergência que eram atendidos no Delphina Aziz, assim como as demais unidades de urgência e emergência da Zona Norte e vários hospitais de campanha foram criados.

O presente artigo divide-se além desta introdução em quatro seções, conforme a descrição a seguir: na primeira seção, apresenta-se uma reflexão sobre o modelo de desenvolvimento regional implantado no Estado do Amazonas, com sua economia concentrada na capital. Na segunda seção, descreve-se a análise dos indicadores humanos e sociodemográfico em que dados estatísticos apontam a ausência de investimentos em infraestrutura no município. A terceira seção, discorre sobre o biopoder e a pandemia do coronavírus em Manaus. E por fim, a quarta seção apresenta a rede de atendimento para o enfrentamento da COVID-19 em Manaus, as ações de enfrentamento e os impactos que a pandemia tem gerado no município. O estudo foi realizado através de revisão bibliográfica e pesquisa documental em sites do Ministério da Saúde e de veículos de comunicação local e regional. Os resultados apontaram que, na medida em que o governo do Estado do Amazonas apresenta certa proatividade no enfrentamento da pandemia, o agravamento dos casos de contaminação e de óbitos foram alto, deixando transparecer que o mesmo (governo) não se aproximou das instituições de pesquisa para elaborar um plano de emergência baseado em evidências científicas.

## **1. Desenvolvimento na Amazônia: alguns conceitos**

O modelo colonizador português percebeu a Amazônia, por longos séculos, como uma região fornecedora de produtos extrativistas, com forte escravidão indígena e sem investimentos para acessar novos conhecimentos científicos e tecnológicos que pudessem superar a imagem de paraíso verde e vazio demográfico que supostamente estava no imaginário da maioria dos planejadores de desenvolvimento para a região.

Pode-se dizer que um país pobre tem em essência seis características econômicas básicas: (1) predomina a produção primária, (2) enfrenta pressão populacional, (3) possui recursos naturais subdesenvolvidos, (4) possui população economicamente atrasada; (5) apresenta deficiência de capitais e (6) é orientado para o comércio exterior (Singer, 1976: 22).

Desta forma, segundo Singer, estas características demonstram que a maioria dos analistas não apresentam uma visão integrada sobre a economia subdesenvolvida da Amazônia. Na Amazônia, o sistema econômico capitalista foi sendo implantado com maior descompasso em relação ao restante do Brasil. Nos primeiros séculos de exploração colonial, o único interesse eram as chamadas “drogas do sertão”, como única alternativa de exploração econômica na região, como podemos notar em Gadelha (2002).

Da parte da documentação portuguesa, um dos primeiros documentos conhecidos sobre o vale amazônico é a Carta de Diogo Nuñez (1553), dirigida ao rei de Portugal, D. João III (Cortesão, 1956: I, 5-8, docs. 58:258-63). Afirma esse português haver em 1538 descido o Amazonas desde o Peru, acompanhando a expedição de um mercador espanhol. Pede autorização a D. João III para empreender nova expedição à região, com a finalidade de conquistar e colonizar aquelas terras de Espanha, em troca das mesmas concessões que recebiam os espanhóis do seu rei. Na Carta, Diogo Nuñez relata trechos da viagem, afirmando haver encontrado, na província de Maquipáro, uma tribo de índios denominados chachapoas, que fabricavam armas e braceletes de ouro. Refere-se à facilidade de se passar do Amazonas ao Prata, conforme informações que recolhera de tribos. Um dos caminhos, escreve, partia de São Vicente por terra, atravessando as cabeceiras dos rios do Brasil (Gadelha, 2002:68).

Em virtude da imensidão territorial, sua diversidade de flora e fauna, a Amazônia foi vista por longos anos, pelos diversos governos nacionais como subdesenvolvida, lugar onde não aconteceu o progresso da civilização, sendo necessária a implantação de uma proposta de desenvolvimento regional.

No processo de mundialização industrialista do capital do início do século XIX, a Amazônia participou fornecendo matéria-prima –borracha natural– para o setor pneumático da indústria automobilística. Dessa forma, a Amazônia começa a ser vista na agenda do capitalismo mundial como uma região a ser analisada a partir da ideia de vazio populacional e ausência de um sistema de desenvolvimento econômico que explore comercialmente as potencialidades da região. Essa visão de reserva de recursos naturais é observada desde os primeiros anos da colonização portuguesa, como podemos observar no livro “Amazônia: as vozes do rio: imaginário e modernização”, da pesquisadora chilena Ana Pizarro (2012).

Muitos textos, como diários de viajantes e obras literárias, dão conta da difusão dessa imagem da Amazônia como Eldorado. A viagem de Gonzalo Pizarro e Francisco de Orellana, ainda no século XVI, exemplifica isso. Esses exploradores percorreram a vasta região em busca de um mítico lugar chamado “País da Canela”. Posteriormente, “a procura do País da Canela [...] se transformou na busca do Eldorado” (Pizarro, 2012:43).

A colonização portuguesa ocorreu de forma bastante similar em muitas cidades da Amazônia Ocidental, com forte influência da catequização católica, a princípio os jesuítas ligados à Coroa Espanhola e depois, já no século XVIII, os Carmelitas que defendiam os interesses da Coroa Portuguesa. As duas ordens tinham os mesmos objetivos: catequizar, eliminar elementos da tradição indígena e implantar um sistema político e cultural europeu.

Segundo Pontes Filho (2000), os primeiros movimentos dos colonizadores portugueses voltados para a ocupação da Amazônia se deram por volta de 1615, com

a chegada dos primeiros jesuítas. Em 1686 já havia presença de jesuítas espanhóis ao longo do Rio Solimões, realizando trabalhos de cristianização. Os primeiros colonizadores do século XVIII tinham interesse pelas chamadas “drogas do sertão” (ervas aromáticas, plantas medicinais, cacau, guaraná, urucum, castanha do Pará, pau-cravo e outras). Portanto, o modelo colonial de exploração portuguesa inicia com o extrativismo vegetal, diferente do restante do Brasil, que passou por ciclos econômicos da agricultura de monocultura ou de extrativismo mineral.

A Amazônia Legal Brasileira tem 59% do território nacional, aproximadamente 12,8% da população do país e 7,8% do PIB (IBGE, 2010). A região tem crescido mais rapidamente que o resto do Brasil e sua participação no PIB nacional subiu de 6,43% em 1995 para 7,86% em 2010 e para 8,32% em 2015 (IBGE, 2010). Não existe uma unidade nos modelos de desenvolvimento regional na Amazônia, onde predomina uma heterogeneidade de propostas que se manifestam nas dinâmicas econômicas dos maiores estados da região amazônica: o Estado do Mato Grosso que está ligado às *commodities* agrícolas, o Amazonas que tem como principal fonte de valor econômico a produção industrial da Zona Franca de Manaus, o Pará que é o estado em que a economia extrativa tem um peso enorme, gerado especificamente por minérios e madeira (Castro et al, 2018).

A partir da década de 1950, inicia-se no Brasil a implantação do modelo de desenvolvimento regional industrialista, em que a ideologia do progresso está intimamente ligada ao desenvolvimento industrial. Nessa visão (de desenvolvimento regional), o homem Amazônico extrativista é visto como um obstáculo para o avanço do processo civilizatório. O moderno e o industrial devem se sobrepor ao modelo extrativista dos ribeirinhos, caboclos e índios, que são seres genéricos e ignorantes, sem essência e individualidade. Esse desprezo ao local favorece a submissão, a qual se sustenta pela ideologia do progresso e da modernidade.

Quanto à Amazônia, ela é representada como uma terra virgem, inacessível, uma selva impenetrável e misteriosa, imagens que se prolongariam na representação de um deserto: um espaço vazio de civilização, associado à suposta ausência de cultura dos povos indígenas, o que, afinal de contas, vai materializando o descentramento geográfico que acaba por criar o mito de uma marginalidade histórica (Thierion, 2014:47).

Essa ideia de vazio demográfico, de região necessitada de um modelo de desenvolvimento capaz de implantar um processo produtivo capitalista, se fortalece a partir da década de 1960. Para os planejadores governamentais, a Amazônia precisava ser integrada ao capitalismo nacional. Dessa forma, iniciam-se a partir desse período, diversos projetos de construção de infraestrutura (estradas, portos e aeroportos) e projetos voltados para o setor agropecuário, ao mesmo tempo em que madeireiros e garimpeiros cobiçavam e exploravam diversas terras indígenas gerando conflitos entre agricultores e indígenas, madeireiros e indígenas, garimpeiros e indígenas.

No Estado do Amazonas, a proposta governamental foi adequar a região à política industrial brasileira conhecida como de “substituição de importações”. Assim, a Zona Franca de Manaus (ZFM) é um enclave dentro do território nacional, onde se pratica o “livre” comércio importador direcionado para alguns bens de consumo duráveis, sem similar nacional. A ZFM passa a ter um regime aduaneiro especial, escapando à regra geral de importação, constituindo uma área de livre comércio, com a entrada de mercadorias estrangeiras isentas do Imposto de Importação (II) e do Imposto sobre os Produtos Industrializados (IPI). Somente excluindo destes benefícios as seguintes mercadorias: armas e munições, fumo, bebidas alcoólicas, automóveis de passageiros, produtos de perfumaria ou de toucador, preparados e preparações cosméticas, salvo quanto a estes, se destinados exclusivamente ao consumo interno na região beneficiada, ou quando produzidos com utilização de matérias-primas da fauna e flora regionais, em conformidade com o processo produtivo básico. Além desses incentivos fiscais, as empresas sediadas na Zona Franca recebem, a preços simbólicos, os terrenos para suas instalações.

Segundo Almeida (2011:1), a ZFM passou por diversas fases, tais como: 1) a fase de importações de produtos acabados, de 1967 a 1976; 2) a fase de montagem dos produtos em Manaus, a partir de 1976, com a importação das peças e partes; 3) a fase de verticalização, com a produção local de peças e partes do produto; 4) a fase de competição com os produtos importados por outros estados brasileiros, que até então não podiam fazê-lo em razão da política até aí adotada pelo país e que se exauriu em 1990; 5) a fase atual, de esforço de exportação de parte de sua produção, já contando com um produto capaz de competir com o chamado “produto mundial” (Almeida, 2011:1).

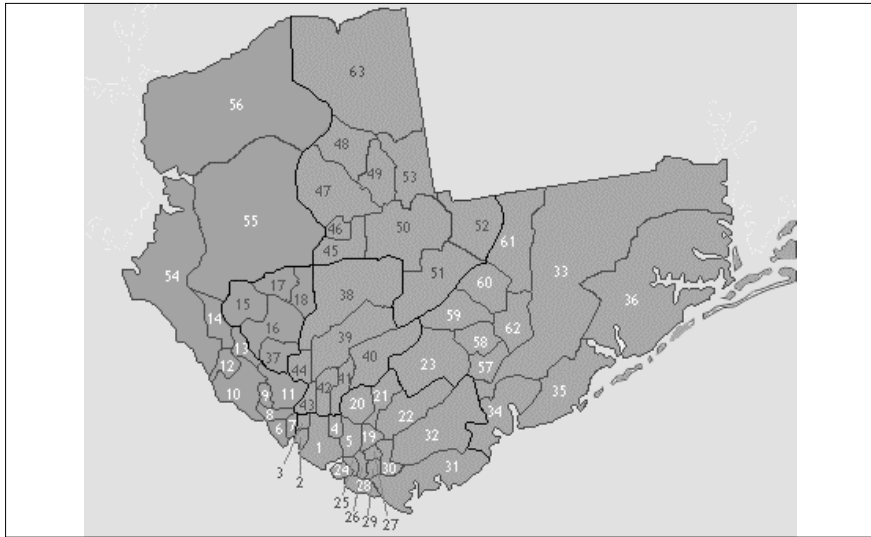
O desenvolvimento incentivado pelo governo brasileiro para o Estado do Amazonas, através da isenção fiscal e do processo de substituição de importações para a produção de bens de consumo duráveis, é um viés bastante concentrador em termos de renda, pois a maior parte dos investimentos econômicos se concentram na capital do Estado de Amazonas gerando nas cidades do interior, uma total dependência de recursos oriundos dos repasses financeiros dos fundos de participação dos municípios, já que as cidades não têm propostas de desenvolvimento econômico que gerem renda para a manutenção e o suporte da infraestrutura básica dos municípios.

## **2. Análise dos indicadores humanos e sociodemográficos**

Um dos fatores que geraram consequências expressivas para os municípios do interior do Estado do Amazonas foi o grande êxodo rural, decorrente da falta de incentivo à agricultura, à pesca, ao manejo florestal, aos produtos oriundos da floresta, aos fitofármacos e aos cosméticos, tudo isso associado a uma estrutura fundiária desorganizada e desestruturada, que não gerou empregos suficientes no setor rural. Além disso, a legislação trabalhista restrita ao trabalhador urbano constituiu um forte estímulo ao êxodo do interior para a cidade.

As Zonas Leste e Norte, campeãs da alta fecundidade de Manaus, são as que possuem os piores indicadores sociodemográfico como: os mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDHM) da cidade, o menor percentual de domicílios com água encanada e instalações sanitárias, a maior incidência de pessoas com mais de 15 anos analfabetas, o maior número de chefes de família sem rendimento e a menor incidência de chefes de família com mais de dez salários mínimos (IBGE, 2010).

Figura 1  
Mapa dos Bairros de Manaus



**Fonte:** SEMAD- Manaus AM



Tabela 1  
Zonas Urbanas de Manaus com identificação conforme o mapa

<b>Zonas/Cor</b>	<b>Bairros Zona Norte (amarelo)</b>	<b>Bairros Zona Leste (azul)</b>
Norte – amarelo	45 - Colônia Santo Antônio	23 - Coroado
	46 - Novo Israel	33 - Distrito Industrial II
	47 - Colônia Terra Nova	34 - Mauazinho
	48 - Santa Etelvina	35 - Colônia Antônio Aleixo
	49 - Monte das Oliveiras	36 - Puraquequara
	50 - Cidade Nova	57 - Armando Mendes
	51 - Novo Aleixo	58 - Zumbi dos Palmares
	52 - Cidade de Deus	59 - São José Operário
	53 - Nova Cidade	60 - Tancredo Neves
	63 - Lago Azul	61 - Jorge Teixeira
		62 - Gilberto Mestrinho

*Fonte: SEMAD- Manaus AM*

Conforme os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), entre as 20 áreas analisadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a região metropolitana (RM) de Manaus ficou em 19º lugar no *ranking*, com 0,720. A escala vai de 0 a 1, quanto mais perto de 1, melhor o desempenho. Para elaborar o índice, foram considerados indicadores de renda *per capita*, educação e expectativa de vida. Os dados referem ao Censo do IBGE de 2010, mas foram compilados em 2014 e 2015. Com índices medianos de educação, a média geral da região a coloca na penúltima colocação do *ranking*.

Tabela 2  
Zonas Urbanas de Manaus, indicadores sociodemográficos diversos (1991-2000)

Zonas Urbanas	IDH-M		Piped Water %		Instalação Sanitária %		Pessoas com mais de 15 analfabetas%		Chefes de família sem rendimento %		Chefes de família com 10 SM %	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
Centro Sul	0,83	0,87	96,1	87,7	98,1	97,2	4,7	3,1	4,9	10,9	32	30,2
Centro Oeste	0,76	0,81	95,9	92,8	95,8	98,8	8,1	4,8	8,3	11,6	11,9	14,4
Sul	0,76	0,79	92,4	93,3	95,5	97,8	7,4	4,9	8,1	13,2	9,1	10,2
Oeste	0,73	0,77	92,2	92,94	95,4	98,4	9,9	6,6	10,4	15,2	5,6	7
Norte	0,71	0,74	57,5	55,5	88,6	91,5	9,3	6,1	8,9	16,8	4,7	4,1
Leste	0,66	0,72	49,5	58,2	88,3	91,4	14,1	8,6	12,6	18,5	3,2	2,3

Fonte: IBGE – 2010

Importante ressaltar o avanço de 2000 a 2010, pois o IDHM da região metropolitana passou de 0,585 (2000) para 0,720 em 2010, enquanto o IDHM do Brasil passou de 0,612 para 0,727 respectivamente. Isso implica uma taxa de crescimento de 23,08% para a RM de Manaus e de 18% para o país, e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 67,47% para a RM de Manaus e de 70,36% para o Brasil. Na RM de Manaus, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi a Educação com um crescimento de 0,222, seguida por Longevidade e por Renda. No Brasil, da mesma forma, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com um crescimento de 0,181), seguida também por Longevidade e por Renda.

Entre 2000 e 2010, a população de Manaus cresceu a uma taxa média anual de 2,50%. No Brasil, essa taxa foi de 1,17% no mesmo período. Nessa década, a taxa de urbanização da RM de Manaus passou de 92,55% para 93,81%. No Brasil, a taxa passou de 81,25% para 84,36% no mesmo período. Em 2010 viviam 2.106.322 pessoas na RM de Manaus.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência na RM de Manaus passou de 60,27% para 49,94% e a taxa de envelhecimento, de 3,20% para 4,00%. Já no Brasil, a razão de dependência passou de 65,43%, em 1991, para 54,94% em 2000 e para 45,92% em 2010, enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83% para 5,83% e para 7,36% respectivamente.

Com relação a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) na RM de Manaus, passou de 34,2 por mil nascidos vivos, em 2000 para 17,4 por mil nascidos vivos em 2010. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deveria estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Na RM de Manaus, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,9 anos na última década passando de 68,8 anos em 2000 para 73,7 anos em 2010. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 68,6 anos em 2000 e de 73,9 anos em 2010.

As proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indicam a situação da educação entre a população em idade escolar da RM de Manaus e compõem o IDHM Educação. Na RM de Manaus, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 83,92% em 2010. No mesmo ano a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 82,30% a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 49,38% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 36,40%. Entre 2000 e 2010, essas proporções aumentaram respectivamente em 24,67 pontos percentuais, 35,97 pontos percentuais, 20,16 pontos percentuais e 17,78 pontos percentuais.

Em 2010, 82,13% da população de 6 a 17 anos da RM de Manaus estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 69,30%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 14,20% estavam cursando o ensino superior em 2010, enquanto que em 2000, eram 4,85%. O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo de uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, a expectativa de anos de estudo passou de 7,99 anos para 9,57 anos na RM de Manaus, enquanto que no Brasil passou de 8,76 anos para 9,54 anos.

Esses dados estatísticos apontam a ausência de investimentos em infraestrutura no município, persistindo a carência de saneamento básico, água encanada e jovens fora da escola muito mais agora, neste momento de transmissão do coronavírus considerando a dificuldade de isolamento em casa e a carência de equipamentos básicos para evitar propagação do vírus. O próximo capítulo apresenta uma análise a partir da perspectiva teórica do biopoder de Foucault.

### **3. Biopoder e a pandemia do coronavírus em Manaus-AM**

Entre os anos de 1974 e 1979, Michel Foucault traz à tona o conceito de biopoder em suas análises. Ou seja, os aspectos da biopolítica dos corpos e uma biopolítica da população. O biopoder refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis para a implantação do liberalismo econômico.

Esse biopoder é uma forma de governar a vida das pessoas e que passa a ser posta em prática no Ocidente a partir do século XVII tendo como eixos o domínio do mercado através da disciplina, o governo dos corpos dos indivíduos e a biopolítica, o governo da população em geral. Segundo Foucault (2002), antes da implantação do biopoder, o que predominava na política do mundo europeu ocidental era o poder que os soberanos dispunham sobre o direito de vida e de morte de seus súditos. Com o biopoder, o poder de morte converteu-se na possibilidade de manter a vida que deve ser uma das funções principais do Estado Moderno e que para isso, deve interferir em sua gestão, no seu vigor e em sua multiplicação.

O biopoder deve criar dispositivos disciplinares para extrair do corpo humano sua força produtiva, mediante o controle do tempo e do espaço no interior de instituições como a escola, o hospital, a fábrica e a prisão. Enquanto isso, a biopolítica da população deveria regular as massas, utilizando-se de saberes e práticas que permitam gerenciar as taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias e aumento da longevidade. Foucault (2002) relaciona a política da vida ao surgimento do liberalismo, que extrapola a lógica econômica para todas as relações sociais, submetendo a relação dos sujeitos entre si e consigo mesmos a valores como eficiência, competitividade e rendimento. A liberdade, no contexto dessa nova racionalidade, transforma-se em estratégia de comando e controle das condutas.

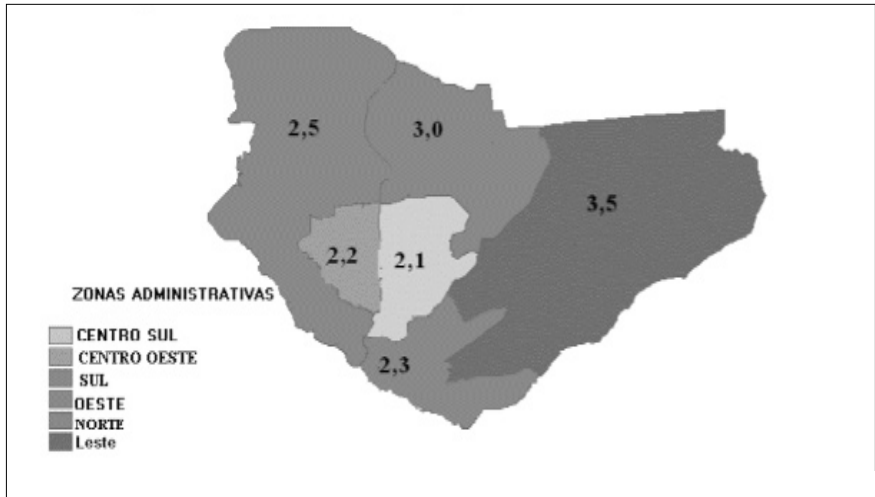
Foucault (2002) observa que existe uma passagem da sociedade do sangue (ligada ao soberano) à sociedade do sexo (ligada à norma). “Não é difícil ver que, se há algo que se encontra do lado da lei, da morte, da transgressão e da soberania, é o sangue; a sexualidade está do lado da norma, do saber, da vida, do sentido, das disciplinas e regulamentações” (Foucault, 2002:161).

Quando se refere à sexualidade como fator simbólico e de suma importância, Foucault (2012) defende que, em certos momentos na formação do Estado Moderno, ela encontra justaposição com o regime do sangue. Essas interações e ecos podem ser identificados no racismo. Citando o caso brasileiro como exemplo, existiu toda uma política do povoamento, família, casamento, educação, hierarquização social, propriedade, e uma longa série de intervenções permanentes no nível do corpo, das condutas, para o embranquecimento da nação a fim de proteger a pureza do sangue e fazer triunfar a raça branca.

Essa análise foucaultiana do controle sobre a vida e sua reprodução encontrou um paradoxo frente a pandemia da COVID-19 na Amazônia, principalmente em Manaus. O município, que nos últimos anos constatou-se um aumento da população passou a constituir-se por bairros superpovoados com altas taxas de natalidade. A área urbana de Manaus ultrapassou uma população de 314.197 pessoas em 1970 para 2.182.763 habitantes em 2019, um fenômeno urbano de explosão demográfica (IBGE, 2010). A cidade está dividida em seis zonas administrativas, a saber: Sul, Centro-Sul, Oeste, Centro-Oeste, Norte e Leste (Figura 1). As zonas Norte e Leste, que apresentam as piores condições socioeconômicas do município são as que

despontam com as maiores taxas de fecundidade, em torno de 4 filhos, conforme a Figura abaixo.

Figura 2  
Taxa de fecundidade total por zona administrativa de Manaus (2000)



Fonte: Santiago; Nazareth; Teixeira, 2011.

Dados apresentados anteriormente demonstram que as zonas Leste e Norte, campeãs da alta fecundidade do município são as que têm os piores indicadores sociodemográficos, os mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDHM) da cidade, o menor percentual de domicílios com água encanada e instalações sanitárias, a maior incidência de pessoas com mais de 15 anos analfabetas, o maior número de chefes de família sem rendimento e a menor incidência de chefes de família com mais de dez salários mínimos. Esse fenômeno pode ser verificado tanto para o ano de 1991 quanto para 2000. Portanto, a concepção de racismo e a efetivação do Estado Moderno no Amazonas através da ideia do biopoder de Foucault, se efetiva e se contradiz ao mesmo tempo, à medida que a cidade se transformou economicamente com a implantação da Zona Franca, mas o Estado Moderno de proteção social não se efetivou e alargou a distância entre os mais ricos e os mais pobres, como podemos notar na Figura 2. O Estado Moderno que deveria controlar o acesso à saúde perdeu o controle. A ideologia do modelo colonial português que se implantou na Amazônia, que enxerga a região e as pessoas como meros objetos de exploração mercantil, ainda permanece viva.

A narrativa de Michel Foucault é entender a força e o poder do Estado Moderno junto com as instituições disciplinares e os mecanismos disciplinares de dominação do indivíduo. Esses mecanismos, Foucault denomina como biopoder, que cuidam

do bem-estar da sociedade, a fim de controle invisível sobre e a morte das pessoas. No caso do COVID o descaso do governo sobre a população mais vulnerável, se apresenta com uma forma de garantir morte em virtude da ineficiência dos órgãos estatais.

Nesse sentido, as estruturas econômicas e sociais do Estado foram incapazes de oferecer soluções adequadas diante do surgimento do novo coronavírus – COVID-19. Esta incapacidade já havia despontado em 2018 com a saída dos médicos cubanos do Amazonas, um vazio na saúde pública provocado pelo fim do convênio Cuba–Opas–Brasil, que afetou aproximadamente um milhão de pessoas à margem do sistema, vítimas da falta de diplomacia.

Importante destacar que o programa Mais Médicos, criado em 2013, pela então presidenta Dilma Rousseff tinha como objetivo o envio de profissionais da saúde para as regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. Segundo a Opas, em cinco anos, cerca de 20 mil médicos cubanos atenderam mais de 100 milhões de pacientes em aproximadamente 3.600 municípios no País. Após o golpe de estado em 2016, o número de médicos foi gradualmente reduzido, contando no momento final com 8,3 mil profissionais cubanos (bbc, 2018).

Em novembro de 2018, o governo cubano anunciou sua retirada do Programa Mais Médicos e a ruptura do convênio com o governo brasileiro. A decisão ocorreu após declarações “ameaçadoras e depreciativas” do então presidente eleito Jair Bolsonaro. Diante dessa realidade lamentável, o Ministério de Saúde Pública de Cuba decidiu por romper com a participação no programa, o que foi comunicado à diretoria da Organização Panamericana de Saúde e aos líderes brasileiros que fundaram e defenderam essa iniciativa (bbc, 2018).

A saída dos médicos cubanos do estado do Amazonas retirou de imediato 322 médicos, que trabalhavam quase que exclusivamente em 60 municípios no interior do estado, deixando desassistidos as regiões com maior volume de população indígena e regiões mais distantes do Estado do Amazonas, bem como de Manaus, sua capital. Em função disso, torna-se fundamental analisar como o governo tem atuado para enfrentar esta nova realidade.

#### **4. Rede de atendimento para o enfrentamento da covid-19 em Manaus**

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) começou a ser propagado no final de 2019 cujo vírus produz a doença classificada como COVID-19, responsável por uma série de casos de pneumonia em Wuhan (China). Não há informações concretas sobre a história original nem medidas de efetividade para o manejo clínico dos casos de infecção humana pelo novo coronavírus. Entretanto, sabe-se que ele tem alta e rápida transmissibilidade, provocando uma síndrome respiratória aguda, variando de casos leves a muito graves, com insuficiência respiratória.

Diante dessa situação, com a rápida e ampla transmissão do vírus para vários países do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a COVID-19 como uma pandemia mundial. Já no dia 11 de março de 2020, em todo o Brasil, foi ativado o Centro de Operações de Emergências (COE) em Saúde Pública para o novo coronavírus. No Brasil, foram criados protocolos, procedimentos e guias para identificação, monitoramento e respostas às emergências por síndromes respiratórias. Iniciou-se, então, uma corrida nacional para organizar planos de preparação para a pandemia, desde o aparecimento de sintomas até os casos de confirmação laboratorial conclusiva, independente de sinais e sintomas, além dos casos descartados, excluídos e as formas de transmissão.

Após a classificação da OMS como uma pandemia mundial, Gastão Wagner (2020)<sup>4</sup> diz: “Ainda bem que temos o SUS, pois os sistemas nacionais e universais compreendem de maneira mais completa os fenômenos em saúde” (Wagner, 2020:5). Entretanto, este Sistema Público no Brasil é recente.

A saúde como um direito universal e um dever de Estado somente foi institucionalizado no Brasil através da Constituição Federal de 1988, precedendo a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) que afirmou algumas configurações de gestão das políticas públicas, como a tomada de decisão descentralizada, maior interação entre governo e sociedade civil, reconhecimento de direitos sociais, e abertura de espaços públicos para a participação da sociedade. As políticas públicas foram as mediações nas ações da administração pública, com a utilização de métodos e normas para estabelecer relações estratégicas entre administração pública e sociedade, e entre Estado e atores sociais (Escorel, 2008).

Após a promulgação da Constituição Federal, a descentralização se constituiu num instrumento de expansão da lógica democrática, possibilitando a criação de novas instâncias de negociação, determinando um novo formato organizacional. Organização esta que considerou novas relações entre instituições nacionais, regionais e municipais, públicas ou privadas, para resolver os problemas da população brasileira, num processo instaurado em vários setores públicos centrado na descentralização. Sendo uma das condições da mudança em que buscou implementar um novo modelo de política pública, em oposição ao modelo até então dominante, centralizado, burocratizado e excludente (Escorel, 2008).

A partir de então, o maior desafio passou a ser a regulamentação desses processos, para efetivar a articulação da sociedade civil, estabelecer os mecanismos jurídicos legais necessários à descentralização das políticas públicas e garantir a efetividade da participação social.

---

<sup>4</sup> Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em entrevista ao site Abrasco, em 12/03/2020.

Destaque-se, portanto, que a partir da década de 1990 o Brasil tem uma política de estado na área de saúde que consagrou alguns princípios fundamentais e estratégicos à natureza das políticas de saúde no País. Enquanto princípios fundamentais, o SUS consagrou os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. Como princípios estratégicos, o SUS afirmou os princípios da participação social, da hierarquização e da regionalização, da resolubilidade, da descentralização, e da complementariedade do setor privado (Brasil, 1990).

Durante as décadas seguintes, o SUS passou por avanços através dos empreendimentos da descentralização de atribuições e de recursos, ampliando a oferta e o acesso aos serviços e ações, com impacto nos níveis de saúde em todas as esferas de governo. Entretanto, apesar da proclamação da saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Devido a forças políticas, o SUS deixou de ser prioridade com o surgimento de dificuldades de gestão, falta de profissionalização, uso clientelista e partidário dos órgãos públicos, burocratização das decisões e rupturas administrativa, e desvalorização dos profissionais de saúde, através de terceirizações e fragilização do trabalho (Paim, 2018).

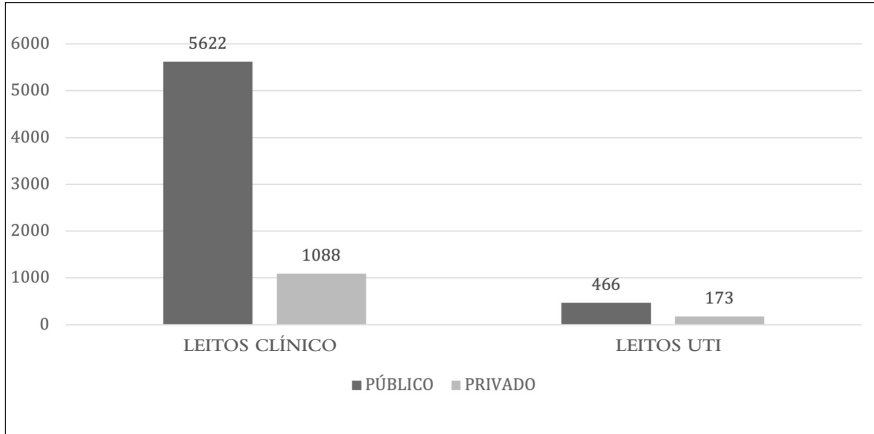
Para o desenvolvimento da cobertura universal, o Sistema Único de Saúde tem enfrentado um grave obstáculo em relação aos fortes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, empresas de publicidade de indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, fragilizando assim, os seus valores civilizatórios.

Os constantes ataques ao seu desmonte foram reforçados pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que instituiu o congelamento do orçamento público ao SUS durante vinte anos. Se os recursos já eram insuficientes, o SUS enfrenta problemas ainda maiores para a manutenção da rede de serviços e na remuneração de profissionais, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública a todos os Estados e municípios brasileiros.

Em Manaus, o sistema de saúde já apresentava insuficiência da capacidade de leitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) antes da pandemia da COVID-19, conforme os dados seguintes revelam.



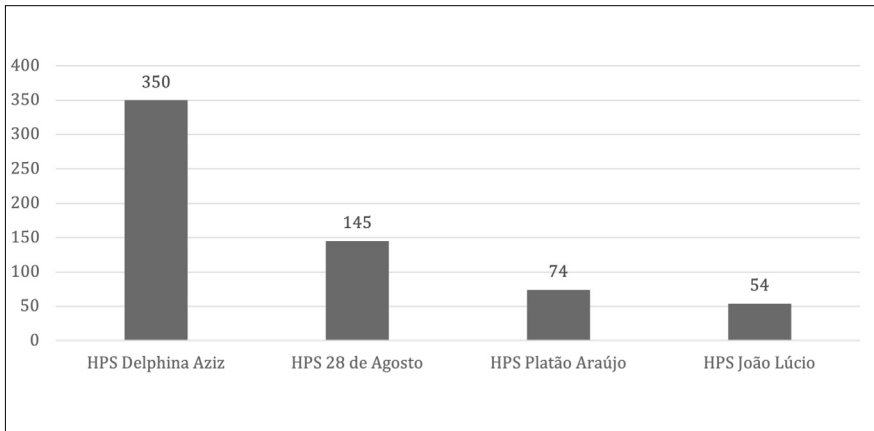
Gráfico 1  
Número de leitos dos hospitais de Manaus-AM antes da pandemia



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde - DataSUS, 2020.

A insuficiência de leitos clínicos e de UTI na rede pública, com a pandemia, fez com que as unidades hospitalares ficassem superlotadas, pois somente quatro hospitais da rede pública dispunham de leitos para atendimento de COVID-19, não sendo contabilizados os leitos da rede privada.

Gráfico 2  
Número de leitos em hospitais públicos de Manaus-AM com atendimento à COVID-19



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde - DataSUS, 2020.

Além do baixo número de leitos disponíveis, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município contava com 682 respiradores, sendo que apenas 232 estavam disponíveis ao atendimento de pacientes com COVID-19. Com o avanço da pandemia do novo coronavírus, as autoridades governamentais foram obrigadas a reorganizar e ampliar os leitos para atendimento de pacientes com COVID-19, especificamente com aluguéis em hospitais privados, a fim de não interromper os atendimentos com internação e ocupação de UTIs por demais problemas de saúde.

De acordo com o primeiro Boletim Especial COVID-19, apresentado pelo Atlas ODS, sob a coordenação do Prof. Dr. Henrique dos Santos Pereira (PPGCASA), Dr. Danilo Egle Santos Barbosa (PPGCASA), Prof. Ms. Pedro Henrique Mariosa (INC Benjamin Constant) e Bruno Cordeiro Lorenzi (Mestrando PPGCASA):

É possível avaliar que existem grandes diferenças entre os municípios do Estado do Amazonas, como a carência de recursos humanos e de infraestrutura hospitalar. No período em análise, não havia um só leito de UTI ou centros para o diagnóstico de COVID-19 fora da capital Manaus. As estruturas de vigilância sanitária e/ou epidemiológica ou de oferta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), cruciais para o enfrentamento dos diferentes padrões epidêmicos em cada um dos 61 municípios do AM eram bastante deficitárias (Entrevista do Pesquisador Jesem Orellana da Fundação da Fundação Oswaldo Cruz, para o site <https://atlasodsamazonas.ufam.edu.br/> 30/04/2020).

As estruturas de saúde nas comunidades ribeirinhas e indígenas estão sucateadas há muitos anos, e há municípios que possuem no máximo dois profissionais de saúde. O acesso a uma rede de informações de saúde é bastante deficitário, impedindo o entendimento da dinâmica da epidemia, em virtude da imprecisão das informações e incapacidade de gestão.

Assim, como em outros setores da economia e da política do Estado, Manaus é a única cidade do Amazonas com estrutura de serviços de saúde capaz de interconectar quase que em tempo real agentes da vigilância epidemiológica/sanitária com a rede hospitalar de média e alta complexidade, a rede diagnóstica-laboratorial, agentes de registro civil e de outras autarquias da administração pública, como serviços de saneamento ou de assistência social.

Dessa forma, existe um índice muito grande de subnotificação, pois somente são testados pacientes com quadros de COVID-19 considerados mais graves, na rede pública, ou pacientes de maior poder aquisitivo, na rede privada. Além disso, os resultados diários não apresentam efetivamente os casos atualizados de COVID-19, mas representam, muito provavelmente, o dia do seu lançamento no sistema, e não necessariamente o dia em que a amostra foi coletada e, menos ainda, a data de início dos primeiros sintomas ou de exposição à possível fonte de infecção. Limita-se, dessa forma, a construção de uma estratégia efetiva de acompanhamento da

dinâmica da doença, do seu espalhamento, bem como a implementação de ações de enfrentamento. Isso torna o trabalho da construção de ações de controle e enfrentamento um movimento às cegas, pois o rastreamento diário é um elemento-chave para se entender a dinâmica dessa doença infecciosa com alto potencial de dispersão e com crescimento claramente exponencial.

Segundo o pesquisador Jesem Orellana, da Fundação Oswaldo Cruz, em entrevista para o Atlas ODS, o Estado do Amazonas tem uma situação caótica.

Mesmo com todas as limitações dos dados, o colapso da rede hospitalar e da estrutura funerária de Manaus não deixam dúvidas de que a situação é caótica, em especial em Manaus, onde já morreram quase 300 vítimas de COVID-19 (há estudos em outras cidades do Brasil sugerindo que o número de mortes seria três vezes maior, por exemplo). Enquanto em países como Colômbia, Chile e Argentina, com populações muito maiores do que a de Manaus, o total de mortes é equivalente ou inferior. Em comparação a países como Cuba e Bolívia, com menos de 60 mortes por COVID-19, a diferença é ainda mais gritante, ratificando a gravidade do problema localmente (Entrevista do Pesquisador Jesem Orellana da Fundação da Fundação Oswaldo Cruz, para o site <https://atlasodsamazonas.ufam.edu.br/> 30/04/2020).

A partir do dia 23 de março de 2020, o governo do Estado do Amazonas, seguindo orientações do Ministério da Saúde, suspendeu o atendimento cotidiano para as Policlínicas e os Centros de Saúde especializados e deslocou a mão de obra para conter a disseminação do novo coronavírus (COVID-19) e apoiar as ações de vacinação dos idosos em ambiente domiciliar. Definiu-se ainda que o Hospital Delphina Aziz iria atuar exclusivamente como unidade hospitalar de retaguarda para os casos graves suspeitos/confirmados do coronavírus (COVID-19). Deslocou-se para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Campos Sales a porta de entrada para casos de urgência e emergência que eram atendidos no Delphina Aziz, assim como as demais unidades de urgência e emergência da Zona Norte. O Hospital Delphina Aziz conta atualmente com 50 leitos de UTI habilitados para o atendimento a casos de COVID-19, sendo 30 adultos e 20 pediátricos. Conforme a necessidade, essa capacidade pode ser ampliada.

O Delphina pode ser adaptado para até 350 leitos, ou seja, nós já temos 50 leitos e vamos abrir outros mais até que chegue ao número de 300. Esses processos de aquisição de respiradores já estão acontecendo. Então, nós já estamos adquirindo os leitos completos de alta complexidade para que possamos adaptar o Hospital nesse quantitativo de 350 de unidade de terapia intensiva ( <http://www.saude.am.gov.br/noticias.php> 23/03/2020).

Foram criados vários hospitais de campanha: em Itacoatiara, o Hospital de Campanha de Retaguarda José Resk; em Manacapuru (a 68 quilômetros de Manaus), o Hospital de Campanha de Manacapuru; e em Presidente Figueiredo (a 117 quilômetros de Manaus), o Hospital de Campanha Eraldo Neves Falcão. Já em Manaus, há o Hospital

de Campanha da Nilton Lins e o Hospital de Campanha Gilberto Novaes, no bairro Lago Azul, Zona Norte de Manaus, administrado pela Prefeitura de Manaus em parceria com o grupo Samel e o Instituto Transire.

Em 18 de junho 2020, após um debate sobre a pandemia do coronavírus, ficou acordado que será criado em Manaus um núcleo do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). E a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas lançou um edital com o objetivo de realizar pesquisas na área genômica no contexto da COVID-19.

## **Considerações finais**

O objetivo deste artigo foi trazer uma reflexão sobre o modelo de desenvolvimento regional implantado no Estado do Amazonas, com sua economia concentrada na capital, e os impactos que a pandemia de COVID-19 gerou numa cidade com carência de infraestrutura urbana.

Um dos críticos da sociedade liberal moderna, Michel Foucault, apresenta a teoria do biopoder, segundo a qual o Estado gerencia e coordena a vida das pessoas. No caso do Amazonas, historicamente, Manaus tem uma vocação para modernidade, a qual se apresentou para a Amazônia a partir do auge da exportação da borracha, o chamado ciclo da borracha, que, segundo a historiadora Edineia Mascarenhas Dias (1999), sofreu um processo de reconstrução baseado nas ideias de Haussmann, arquiteto que modernizou Paris. Apesar do conceito de “uma urbe moderna no meio da floresta”, este projeto de modernização foi alicerçado em estratégias de exclusão social e de pobreza urbana. Em 1890, em pleno apogeu da exploração da goma, de cada 10 moradores de Manaus, 8 eram analfabetos.

A modernização de Manaus, no início do século XX, deixou em evidência o famoso teatro Amazonas, seu porto flutuante, o elegante prédio da alfândega, o palácio da justiça e tantos outros. Por outro lado, deixou ocultas as imensas levas de imigrantes que vinham de toda parte em busca das riquezas do látex e um legado de uma imensa população nos subúrbios de Manaus, sem acesso aos equipamentos urbanos necessários a uma cidadania digna, como saneamento básico, transporte, saúde e educação.

Essa moderna infraestrutura urbana aparente do início do século, faliu a partir da decadência do modelo extrativista que sempre foi excludente. Na atualidade, Manaus tem um grande parque industrial, que produz eletroeletrônico para o Brasil e América Latina, e no entanto, continua a conviver com bairros sem estrutura sanitária, moradias de baixa qualidade, indicadores educacionais e de saúde que deixam muito a desejar em relação a outros centros urbanos, ou seja, é a modernidade incompleta.

Apesar de o governo do Estado do Amazonas apresentar certa proatividade no enfrentamento da pandemia, a morbidade foi altíssima, deixando transparecer que ainda estamos longe das condições necessárias para ter uma cidadania que inclua os excluídos. Indo na contramão de vários governos Estaduais, o governo do Amazonas não se aproximou das instituições de pesquisa para elaborar um plano de emergência baseado em evidências científicas, as decisões foram tomadas a partir de uma empiria, com pouca ou quase nenhuma conectividade com a ciência.

O presente artigo busca analisar o conceito de biopoder, tal como elaborado por Michel Foucault, entre os anos de 1974 e 1979. O biopoder é definido como assumindo duas formas: uma anátomo-política do corpo e, por outro, em uma biopolítica da população, encarregados de extrair do corpo humano sua força produtiva, mediante o controle do tempo e do espaço, no interior de instituições, como a escola, o hospital, a fábrica e a prisão, que observamos claramente nas indústrias da Zona Franca de Manaus e essa mesma biopolítica da população, regula as massas, utilizando-se de saberes e práticas que permitam gerir taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, aumento da longevidade. Dessa forma notamos claramente a atuação governamental como uma forma de ausência de controle sobre as massas na pandemia.

A lógica do liberalismo e do Estado moderno de Foucault, evidenciou-se em Manaus somente com a questão econômica, pois as indústrias não pararam. Apesar da sociedade moderna ter desenvolvido tecnologias da vida que procuram controlar e fortalecer o conceito de biopoder sobre as populações, as condutas sobre o controle da pandemia não se consumaram em Manaus.

## Referências

- Almeida, R. N. P. A. (2011). “Zona Franca de Manaus no contexto da política industrial brasileira” In: XXXV Encontro do ANPAD, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: ANPAD.
- Brasil (2000). *Atlas de Desenvolvimento Humano em Manaus, 1991-2000*.
- Brasil (1990). “Lei Orgânica da Saúde, Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”. Brasília-DF.
- Brasil 2020. Ministério da Saúde. DataSUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- Brasil 2020. Ministério da Saúde. DataSUS - Portal da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Protocolos e Orientações aos Profissionais e Serviços de Saúde sobre atendimentos – COVID-19. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor> acesso. 24 de jun de 2020.
- Ramos de Castro, E.M.; Figueiredo, S. L.; Rivero, S.; Almeida, O. (2018). “Pensamento crítico sobre a Amazônia e o debate sobre desenvolvimento”. (Paper do NAEA 379). Belém: UFPA.
- Dias, E. M. (1999). *A ilusão do fausto*. Manaus, 1890-1920. Manaus:Valer
- Escorel, S. (2008). “História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária”. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 323-364.
- Foucault, M. (2002). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes (originalmente publicado em 1975).
- Gadella, R. M. (2020). “Conquista e ocupação da Amazônia”: a fronteira Norte do Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.16, n. 45, maio/ago. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142002000200005>>. Acesso em: 19 jun. 2020.
- IBGE. “Censo Demográfico - Resultados do universo”. 2010 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jun.
- Paim, J. (2018). “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos”. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.23, n.6, pp.1723-1728.
- Pizarro, A. (2012). *“Amazônia”: as vozes do rio: imaginário e modernização*. Trad. Rômulo Monte Alto. Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Pontes F, R. (2000). “Estudos de História do Amazonas”. Manaus:Valer.

Santiago, D.; Nazareth, T.; Teixeira, P. (2011). “Desigualdades socioeconômicas e espaciais da fecundidade”: o caso da cidade de Manaus nas últimas décadas do século XX. In: XIX Encontro Nacional da ANPUR, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPUR, 2011.

Singer, P. (1976). *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Thierion, B. (2014). “Olhares sobre a terra e o homem da Amazônia”: um imaginário em construção. In: Simpósio Amazônia: Travelers, Writers, and Its people. Anais... University of California, Davis-USA, p.43-65, maio.

Wagner, G. (2020). “Saúde à Bordo”. *RADIS* n° 211, abr. 2020 Rio de Janeiro, p. 5.

<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-46210587>, 2020

<https://atlasodsamazonas.ufam.edu.br/>, 2020

**Enviado:** 22 de marzo de 2021

**Aceptado:** 18 de junio de 2021

