

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, DEZ 2020
ISSN 0103-1104

**Covid-19:
conhecer para
enfrentar os desafios
futuros**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Livia Angeli Silva
Diretor Administrativo:	Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Helena Rodrigues Corrêa Filho Maria Lucia Freitas Santos Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Josué Laguardia - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Regina Fernandes Flauzino - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovannella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 4
RIO DE JANEIRO, DEZ 2020

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **O que será do amanhã?**
What will become of tomorrow?
Ana Maria Costa, Josué Laguardia, Regina Fernandes Flauzino

ENSAIO | ESSAY

- 13 **Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS**
Multilateralism, world order and Covid-19: current issues and future challenges for the WHO
Celia Almeida, Rodrigo Pires de Campos

- 40 **BRICS: potencialidades de cooperação e papel na governança global de saúde no contexto da pandemia**
BRICS: potential for cooperation and role in global health governance in the pandemic frame
Raphael Padula, Felipe de Carvalho Borges da Fonseca

- 62 **A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional**
The political management of Covid-19 in Portugal: analytical insights for the international debate
Tiago Correia

- 73 **Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19**
Democracy without a sense of republic: the SUS in the times of Covid-19
Ronaldo Teodoro Santos, Juarez Rocha Guimarães

- 88 **Proteção social em tempos de Covid-19**
Social protection in times of Covid-19
Jorge Abrahão de Castro

- 100 **Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia**
Covid-19 and federative coordination in Brazil: consequences of federal dissonance for the pandemic response
Fabiola Sulpino Vieira, Luciana Mendes Santos Servo

- 114 **Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia**
SUS financing and Covid-19: history, federative participation, and responses to the pandemic
Luciana Mendes Santos Servo, Maria Angelica Borges dos Santos, Fabiola Sulpino Vieira, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

- 130 **Vigilância Epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes**
Epidemiological Surveillance and the Covid-19 pandemic in Brazil: elements to understand the Brazilian response and the explosion of cases and deaths
Eduardo Mota, Maria Glória Teixeira

- 146 **O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia**
Brazil in the ICU: hospital care in times of pandemic
Francisco Carlos Cardoso de Campos, Claudia Marques Canabrava

- 161** **A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19**
The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19
 Ligia Giovanella, Valentina Martufi, Diana Carolina Ruiz Mendoza, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Aylene Bousquat, Rosana Aquino, Maria Guadalupe Medina
- ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE
- 177** **Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19**
Social distancing, feeling of sadness and lifestyles of the Brazilian population during the Covid-19 pandemic
 Deborah Carvalho Malta, Crizian Saar Gomes, Célia Landmann Szwarcwald, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Alanna Gomes da Silva, Elton Junio Sady Prates, Ísis Eloah Machado, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Dália Elena Romero, Margareth Guimaraes Lima, Giseli Nogueira Damacena, Luiz Otávio Azevedo, Maria de Fátima Pina, André Oliveira Werneck, Danilo Rodrigues Pereira da Silva
- 191** **Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos**
Covid-19 morbimortality by race/skin color/ethnicity: the Brazilian and the North American experiences
 Edna Maria de Araújo, Kia Lilly Caldwell, Márcia Pereira Alves dos Santos, Ionara Magalhães de Souza, Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, Andreia Beatriz Silva dos Santos, Luís Eduardo Batista
- 206** **How limitations in data of health surveillance impact decision making in the Covid-19 pandemic**
As limitações nos dados de notificação de Covid-19 e implicações para avaliações baseadas em critérios
 Daniel Antunes Maciel Villela
- 219** **Covid-19 em uma Região Metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades**
Covid-19 in a Metropolitan Region: public policies and social vulnerability within a context of inequality
 Arthur Chioro, Karina Calife, Cláudia Renata dos Santos Barros, Lourdes Conceição Martins, Marcos Calvo, Evaldo Stanislaw, Luiz Amador Pereira, Marcos Caseiro
- 232** **Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil**
Public and private supply of beds and access to health care in the Covid-19 pandemic in Brazil
 Danielle Conte Alves Riani Costa, Ligia Bahia, Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho, Artur Monte Cardoso, Paulo Marcos Senra Souza
- 248** **Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19**
Use of private hospital beds by public health systems in response to Covid-19
 Adriano Massuda, Renato Tasca, Ana Maria Malik

	ARTIGO DE OPINIÃO OPINION ARTICLE	306	Caminhos metodológicos de pesquisa participativa que analisa vivências na pandemia de Covid-19 em populações vulneráveis <i>Participative research methodology: paths to analyse the experiences of vulnerable populations during the Covid-19 pandemic</i> Lumena Almeida Castro Furtado, Claudia Fegadolli, Arthur Chioro, Anderson Kazuo Nakano, Cristiane Gonçalves da Silva, Liana de Paula, Luciana Rosa de Souza, Mariana Arantes Nasser
261	O SUS sobreviverá aos tempos de pandemia? <i>Will SUS survive pandemic times?</i> Carlos Octavio Ocké-Reis		
267	Pandemia nas favelas: entre carências e potências <i>Pandemics in the favelas: between needs and potentialities</i> Sonia Fleury, Palloma Menezes		
	RELATO DE EXPERIÊNCIA CASE STUDY		REVISÃO REVIEW
281	Covid-19 – um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói <i>Covid-19 – an effective municipal coordination and articulation exercise: the Niterói experience</i> Mirian Ribeiro Conceição, Renata Pascoal Freire, Filipe Côrtes Macario, Rodrigo Alves Torres Oliveira, Camilla Maia Franco	319	O isolamento social durante a pandemia do SARS-CoV-2 aumenta ou diminui a poluição sonora no ambiente urbano? <i>Does social isolation during the SARS-CoV-2 pandemic increase or decrease noise pollution in urban environment?</i> Guilherme de Matos Abe, Laís Reis Santos, Ricardo Vieira Teles Filho
293	Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência <i>National emergency training in Mental Health and Psychosocial Care on Covid-19: an experience report</i> Débora da Silva Noal, Carlos Machado de Freitas, Maria Fabiana Damásio Passos, Fernanda Serpeloni, Bernardo Dolabella Melo, Michele Rocha de Araújo El Kadri, Daphne Rodrigues Pereira, Michele Souza e Souza, Nicolly Papacidero Magrin, Juliana Fernandes Kabad, Sara da Silva Menezes, Carolyne Cesar Lima, Maria de Jesus Rezende	324	Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil <i>Gender and race inequalities in the Covid-19 pandemic: implications for control in Brazil</i> Ana Paula dos Reis, Emanuelle Freitas Góes, Flávia Bulegon Pilecco, Maria da Conceição Chagas de Almeida, Luisa Maria Diele-Viega, Greice Maria de Souza Menezes, Estela M. L. Aquino

O que será do amanhã?

Ana Maria Costa^{1,2}, Josué Laguardia³ e Regina Fernandes Flauzino⁴

DOI: 10.1590/0103-11042020E400

DESDE 25 DE FEVEREIRO, QUANDO FOI CONFIRMADO NO BRASIL o primeiro caso de Covid-19, acumulamos, lamentavelmente, 175 mil mortos, e mais de 6,5 milhões de infectados até a primeira semana de dezembro de 2020. Declarada pela Organização Mundial da Saúde como pandemia em 11 de março, a doença se move dos bairros mais ricos para as periferias; e dos grandes centros urbanos para as cidades do interior, alastrando-se pelo País ao longo desses meses, desenhando uma curva alargada na qual se destacam os níveis mais elevados de incidência, taxa de transmissão e óbitos nos meses de junho, julho e agosto. Sem o controle da doença e ainda com significativa taxa de transmissão, a Covid-19 volta a crescer no País, agora, tendo como epicentro todo o território nacional. Atualmente, o Brasil ocupa a sétima e a nona posição entre os países com as maiores taxas de mortalidade e letalidade, mas essa situação pode mudar perante o aumento do número de casos da doença, a extinção da renda emergencial e a retomada da lei do teto de gastos com o risco de uma perda em torno de R\$ 40 bilhões para o orçamento da saúde a partir de 2021. Ao acentuar as injustas desigualdades sociais persistentes no País, a Covid-19 revela seu caráter discriminatório ao acometer os mais pobres e vulneráveis, sacrificando populações subalternizadas invisíveis – indígenas, negros, povo cigano, quilombolas, população de rua, refugiados.

O que vem ocorrendo no enfrentamento da pandemia no Brasil está no foco das análises de diversos estudiosos, que ressaltam o descaso e a inoperância na adoção de medidas e iniciativas reconhecidas como adequadas e eficientes para conter a doença. Muitos atribuem a condução caótica e omissa do governo federal ao despreparo e à incompetência, mas as evidências sugerem uma desconcertante ação deliberada de economia necropolítica associada ao darwinismo social¹. Entretanto, já não se trata mais do necroestado ou da necropolítica em que o Estado é o gestor da morte. Aqui o governo vem se esmerando na implementação do Estado suicidário, ou seja, um novo e perverso estágio dos modelos de gestão imanentes ao neoliberalismo em que o Estado passa a ser ator contínuo de sua própria catástrofe. Trata-se de uma condição espelhada no fascismo de Hitler na qual o Estado cuida diretamente da administração da morte de setores de sua própria população, que se aproxima perigosamente de sua própria destruição².

As trocas e desautorizações de ministros da saúde e a omissão do governo federal no exercício de seu papel mobilizaram os gestores municipais e estaduais a assumirem o processo de controle da pandemia. Sem apoio na aquisição de insumos e recebimento de recursos e desprovidos da coordenação federal, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm sendo não apenas desamparados, mas boicotados pelo governo federal. O distanciamento social e o uso da máscara, medidas eficazes para contenção da disseminação da pandemia, são desestimuladas

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde da Comunidade (ISC), Departamento de Epidemiologia e Bioestatística (DEB) – Niterói (RJ), Brasil.



e ridicularizados por integrantes do governo federal. A despeito das advertências de pesquisadores e instituições acadêmicas de todo o mundo sobre a importância dos testes populacionais, o governo brasileiro não estabeleceu uma estratégia de testagem para identificação de infectados que permitisse o isolamento e o controle dos focos da doença para reduzir a transmissão do novo coronavírus. Na mesma direção, ainda que o Congresso Nacional tenha aprovado e destinado recursos extras para o enfrentamento da Covid-19 pelo SUS, o governo não usou os recursos existentes para proteger a população e controlar o avanço da doença.

O protagonismo do SUS, ainda que sua atuação ocorra sob condições precárias que colocaram em risco de adoecimento e morte centenas de seus profissionais, impactou de maneira positiva milhares de vidas. Essa condição paradoxal deixa claro que não há possibilidade de construir estratégias para cumprimento do mandamento constitucional da Saúde com Direito de Todos e Dever do Estado sem uma avaliação profunda acerca dos desafios e impactos provocados pela pandemia da Covid-19.

O SUS mostrou-se fundamental para salvar vidas, para a saúde e o bem-estar da população brasileira. O acesso universal propiciado pelo SUS entre nós contrasta com o que vemos na experiência de outros países, particularmente nos Estados Unidos, em que, sem sistema público, muitos cidadãos com sintomas da Covid-19 fogem do tratamento, morrem em casa e nas ruas por medo dos gastos exorbitantes para custeio do próprio bolso do seu cuidado em saúde. É o SUS que sustenta a saúde como um direito de todos.

A saúde de uma população é produto de sua acumulação política e resulta da determinação social, econômica e cultural; e, sob essa perspectiva, a efetivação do direito universal à saúde, como conquistado na Constituição Federal, depende, centralmente, da democracia social direcionada à redução dessas desigualdades. O SUS, enquanto um sistema público e universal, é parte dessa complexa condição requerida ao direito à saúde. Entretanto, cabe assinalar que os objetivos da saúde universal e de qualidade essenciais na consolidação do SUS se deparam com barreiras, interesses e contradições no interior do próprio modelo de Estado, na sociedade, na democracia e de projeto de desenvolvimento do País. A saúde está sob a mira do setor privado, que pretende transformar atenção, cuidado e assistência médica em mercadoria – e, mais uma vez, uma situação de emergência sanitária nos demonstrou que a saúde não pode ser uma mercadoria, em que só quem tem riqueza pode ter acesso. De outro modo, o resultado é a barbárie.

As medidas para enfraquecer e até mesmo inviabilizar o SUS são variadas, mas os golpes sobre o seu financiamento, que comprometem a capacidade do SUS de prover atendimento adequado e oportuno às necessidades de saúde, são a sentença de morte para centenas de milhares de brasileiros nos próximos anos, com ou sem pandemia.

E o que será do amanhã?

O capitalismo do consumo excessivo das classes abastadas tem consequências sérias à sobrevivência da própria humanidade ao transformar o Estado em empresa a serviço dos interesses do mercado e dos donos do capital. A degradação ambiental desenfreada e protegida pelo Estado é produto da inconsequência da corrida pelo lucro e, incidindo sobre as mentalidades das pessoas, desmantela os valores civilizatórios de solidariedade e coletivismo que estão na gênese da produção dessa crise sanitária que resguarda todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça³.

A conjunção dessa tempestade de crises – sanitária, ambiental, econômica e social – acentua os efeitos de um país que vinha sendo devastado pelo neoliberalismo nas últimas décadas e

agora, sob um governo de ultradireita, é conduzido a um Estado suicidário autoritário em movimento em torno do nada. Trata-se de uma realidade perturbadora que muitas vezes imobiliza a própria resistência. De certa forma, observa-se uma acomodação da sociedade – particularmente das populações pobres –, que sempre viveu uma guerra civil não declarada com uma naturalização dos genocídios e dos massacres e em que a acumulação de capital é garantida pela bala e o medo².

Cabe então interrogar sobre o futuro, mediante o desconcerto de um governo regido por um delírio de entrega ao sacrifício, que incita o aplauso do povo aos seus algozes e que não se importa com a morte dos outros. Nesta realidade, entretanto, é possível identificar emoções ou afetos capazes de mobilizar mudanças de fortalecimento de uma solidariedade nas periferias e favelas.

O Estado Social que emprestou potência aos direitos humanos, particularmente os direitos sociais, como estratégia no combate às desigualdades sociais, já não encontra ressonância nessa realidade perturbada. Qualquer retomada da centralidade dos direitos humanos na luta dos excluídos, explorados e discriminados requer ressignificá-los, começando por reafirmar que os direitos são fruto da conquista histórica dos oprimidos. A captura desses direitos pela hegemonia, que, mais uma vez, aplicou neles uma maquiagem institucionalizada, naturalizou e banalizou o sofrimento humano, resultando no esgarçamento da tessitura da solidariedade social. A essa hegemonia, definitivamente, não interessa e não serve a luta contra as desigualdades sociais e econômicas enraizadas tanto no Brasil quanto nos países latino-americanos⁴.

O panorama atual é que a maioria da população, inspiração e objeto do discurso e da luta por justiça e direitos humanos, não alcançou ser sujeito deles. No Brasil, os insurgentes que ocuparam as ruas foram jovens da periferia, trabalhadores informais de serviços essenciais, incluído o transporte por aplicativo. Convivendo diariamente com o risco, a doença e a morte, impedidos do distanciamento social, eles protestaram e ingressaram na prática da política. São jovens que enfrentam, há tempos e cotidianamente, a violência policial, o tráfico, o desemprego e a exclusão; que trazem uma experiência de vida desde que nasceram com a exclusão e a violência institucional. O Brasil real assumiu sua voz e, na escassez, mostra a nova solidariedade entre os que dividem o que pouco têm.

O aprendizado se apresenta aos que querem ou darão conta de aprender. O fato é que as novas realidades e narrativas desafiam a humanidade, e esses desafios continuarão impondo ao futuro novas respostas políticas, econômicas e sociais. A escuta e a leitura da complexidade e crueza da realidade desafiam partidos políticos democráticos, não apenas aos do campo da esquerda, a um novo compromisso com uma democracia aliada ao combate das desigualdades e da discriminação.

Esses novos atores políticos, agora presentes e atuantes, que redefinem e ressignificam os direitos humanos e as políticas sociais, serão a base do Estado fundado na solidariedade social. No entanto, serão essenciais mudanças mais profundas. Os mais ricos terão que perder privilégios, acumular menos e dividir mais. A taxação das grandes fortunas não pode mais ser um tabu. Está prevista na nossa Constituição, e o assunto segue debaixo do tapete.

A ciência também foi surpreendida pela intensidade e magnitude da pandemia se a comparamos às experiências anteriores das últimas duas décadas. O grau de desconhecimento acerca do novo vírus, aliado à descrença, por parte de alguns segmentos da sociedade, do papel da ciência na resolução de problemas de saúde, criou a tempestade perfeita para disseminação de *fake news* e seu uso para o fortalecimento de grupos políticos da extrema-direita. A despeito do conhecimento acumulado e rapidamente disseminado desde o início da pandemia e da rapidez no desenvolvimento de novas vacinas para conter a transmissão da Covid-19, resta o desafio posto às empresas farmacêuticas de convencer a população sobre a eficácia e a segurança desses produtos. Para tal, não basta alegar que os estudos foram realizados dentro

dos melhores padrões científicos requeridos pelas agências reguladoras. É preciso transparência, garantir o acesso público aos dados anônimos dos participantes dos estudos que dão sustentação científica às afirmações de que as vacinas são seguras e eficazes.

Mesmo antes da sua aprovação, já circulam rumores sobre pretensos riscos à saúde devido ao uso dessas vacinas. A sociedade terá como desafio lidar com as situações de alardes, material frequentemente usado pelos grupos antivacinas para disseminar suas teorias conspiratórias e o descrédito aos argumentos científicos. Nas sociedades em que governos e segmentos populacionais apoiam tais teorias, as repercussões negativas desta pandemia de desinformação podem comprometer os esforços para alcançar níveis de cobertura vacinal necessários para reverter o quadro epidemiológico atual da Covid-19.

Neste cenário de devastação, morte e desinformação, não é mais tolerável aceitar a manutenção de modelos de fazer ciência e de sistemas de saúde atrelados aos interesses de corporações cujo objetivo principal seja a boa saúde financeira dos seus acionistas. Tampouco a academia e os seus pesquisadores devem seguir pautando suas ações em modelos neoliberais de desempenho que favorecem os grandes grupos editoriais em detrimento de uma ciência cidadã.

Do mesmo modo, o cenário político tem que garantir que esses novos atores do Brasil real possam vocalizar suas aspirações por democracia, direitos, igualdade, equidade, não discriminação de raça, orientação sexual e gênero, justiça e inclusão social. São persistentes, mas renovadas demandas que, daqui para a frente, pautarão os nossos desafios e, também, a política.

Colaboradores

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Laguardia J (0000-0003-1456-5590)*, Flauzino RF (0000-0001-7952-9238)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Silva EA, Silva MM. O Brasil Frente à Pandemia de COVID-19: da bio à necropolítica. *Confluências*. 2020; 22(2):361-383.
2. Safatle V. Bem Vindo ao Estado Suicidário [internet]. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://www.n-1edicoes.org/textos/23>.
3. Harvey D. Política Anticapitalista em tempos de coronavírus [internet]. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>.
4. Santos BS, Chaui M. Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento. São Paulo: Cortez; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

What will become of tomorrow?

Ana Maria Costa^{1,2}, Josué Laguardia³ e Regina Fernandes Flauzino⁴

DOI: 10.1590/0103-11042020E4001

SINCE FEBRUARY 25, WHEN THE FIRST CASE OF COVID-19 was confirmed in Brazil, we have sadly accumulated 175 thousand deaths and over 6.5 million infected people until the first week of December 2020. Declared by the World Health Organization as a pandemic on March 11, the disease moves from the wealthiest neighborhoods to the peripheries; and from large urban centers to cities in the countryside, spreading throughout the country during these months, drawing a wide curve in which the highest levels of incidence, transmission rate and deaths stand out in the months of June, July and August. Without the control of the disease and still with a significant transmission rate, Covid-19 is growing again in the country, this time having the entire national territory as its epicenter. Brazil currently ranks seventh and ninth among the countries with the highest mortality and lethality rates, but this situation may change in view of the increase in the number of cases of the disease, the extinction of the emergency income and the resumption of the expenditure ceiling law with the risk of a loss of around R\$ 40 billion for the Health budget as of 2021. In accentuating the unjust social inequalities that persist in the country, Covid-19 reveals its discriminatory nature in affecting the poorest and most vulnerable, sacrificing invisible subalternized populations – indigenous, black, gypsy, *quilombolas*, homeless, refugees.

What has been happening in facing the pandemic in Brazil is the focus of the analysis of several scholars, who emphasize the neglect and ineffectiveness in adopting measures and initiatives recognized as adequate and efficient to contain the disease. Many attribute the chaotic and silent conduct of the Federal Government to unpreparedness and incompetence, but the evidence suggests a disconcerting deliberate action of necropolitical economics associated with social Darwinism¹. However, it is no longer a question of the necro-state or the necropolitics in which the State is the manager of death. Here, the government has been taking pains to implement the suicidal State, that is, a new and perverse stage of management models immanent to neoliberalism in which the State becomes a continuous actor in its own catastrophe. It is a condition mirrored in Hitler's fascism in which the State takes care directly of the death management of sectors of its own population, which is dangerously close to its own destruction².

The substitutions and disallowances of Ministers of Health and the failure of the Federal Government to exercise its role has mobilized municipal and state managers to take over the process of controlling the pandemic. Without support in the acquisition of inputs and receipt of resources and without federal coordination, managers of the Unified Health System (SUS) have been not only destitute, but boycotted by the Federal Government. Social distancing and the use of masks, effective measures to contain the spread of the pandemic, are discouraged and ridiculed by members of the Federal Government. Despite warnings from researchers

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde da Comunidade (ISC), Departamento de Epidemiologia e Bioestatística (DEB) – Niterói (RJ), Brasil.



and academic institutions around the world about the importance of population testing, the Brazilian government has not established a testing strategy for identifying infected individuals that would allow isolation and control of disease outbreaks to reduce transmission of the new coronavirus. In the same direction, even though the National Congress has approved and allocated extra resources to face Covid-19 with the SUS, the government has not used existing resources to protect the population and control the progress of the disease.

The leading role of the SUS, even though its performance takes place under precarious conditions that put hundreds of its professionals at risk of illness and death, has positively impacted thousands of lives. This paradoxical condition makes it clear that there is no possibility to build strategies to comply with the constitutional mandate of Health with the Right of All and State Duty without a thorough assessment of the challenges and impacts caused by the Covid-19 pandemic.

The Unified Health System proved to be fundamental for saving lives, for the health and well-being of the Brazilian population. The universal access provided by the SUS among us contrasts with what we see in the experience of other countries, particularly in the United States, where, without a public system, many citizens with symptoms of Covid-19 escape treatment, die at home and on the streets for fear of exorbitant expenses to pay for their health care from their own pockets. It is the SUS that sustains health as a right for all.

A population's health is the product of its political accumulation and results from social, economic and cultural determination; and, from that perspective, the realization of the universal right to health, as achieved in the Federal Constitution, depends, centrally, on social democracy aimed at reducing those inequalities. The SUS, as a public and universal system, is part of this complex condition required for the right to health. However, it is worth noting that the universal and quality health objectives that are essential for the consolidation of the SUS face barriers, interests and contradictions within the very model of the State, in society, in democracy and in the country's development project. Health is under the eyes of the private sector, which intends to transform health care, attention and assistance into merchandise – and, once again, a health emergency situation has shown us that health cannot be a commodity, in which only those who are wealthy can have access. Otherwise, the result is barbarism.

The measures to weaken and even make the SUS unviable are varied, but the blows on its funding, which compromise the SUS's ability to provide adequate and timely care to health needs, are the death sentence for hundreds of thousands of Brazilians over the next years, with or without a pandemic.

And what will become of tomorrow?

Capitalism of overconsumption of the wealthy classes has serious consequences for the survival of humanity itself, by transforming the State into a company serving the interests of the market and capital owners. The unrestrained and State-protected environmental degradation is the product of the inconsequence of the race for profit and, affecting people's mentalities, dismantles the civilizing values of solidarity and collectivism that are at the origin of the production of this health crisis that entails all the characteristics of a pandemic of class, of gender and of race³.

The conjunction of this storm of crises – sanitary, environmental, economic and social – accentuates the effects of a country that had been devastated by neoliberalism in the last decades and is now, under a far-right government, led to an authoritarian suicidal state moving around nothing. It is a disturbing reality that often immobilizes resistance itself. In a way, there is an

accommodation of society – particularly of the poor populations –, which has always lived an undeclared civil war with the naturalization of genocides and massacres and in which capital accumulation is guaranteed by bullets and by fear².

It is then necessary to inquire about the future, through the bafflement of a government ruled by a delusion of surrender to sacrifice, which incites the applause of the people to their executioners and which does not care about the death of others. In this reality, however, it is possible to identify emotions or affections capable of mobilizing changes to strengthen solidarity in the peripheries and slums.

The Social State that has given power to human rights, particularly social rights, as a strategy to combat social inequalities, no longer finds resonance in this disturbed reality. Any resumption of the centrality of human rights in the struggle of the excluded, exploited and discriminated against requires reframing them, starting by reaffirming that rights are the result of the historical conquest of the oppressed. The capture of those rights by hegemony, which, once again, applied an institutionalized makeup to them, naturalized and trivialized human suffering, resulting in the fraying of the fabric of social solidarity. This hegemony is definitely of no interest and does not serve the fight against social and economic inequalities rooted both in Brazil and in Latin American countries⁴.

The current scenario is that the majority of the population, inspiration and object of the discourse and the fight for justice and human rights, has not managed to be their subject. In Brazil, the insurgents who occupied the streets were young people from the periphery, informal workers of essential services, including transportation by apps. Living daily with risk, illness and death, prevented from social distancing, they protested and entered the practice of politics. They are young people who face police violence, drug trafficking, unemployment and exclusion for a long time and on a daily basis; who bring a life experience of exclusion and institutional violence from the day they were born. The real Brazil owned up to its voice and, in scarcity, shows the new solidarity among those who share what they little have.

Learning is presented to those who want or will manage to learn. The fact is that new realities and narratives challenge humanity, and these challenges will continue to impose new political, economic and social responses on the future. Listening to and reading the complexity and rawness of reality challenges democratic political parties, not just those in the field of the left, to a new commitment to democracy combined with the fight against inequality and discrimination.

These new political actors, now present and active, who redefine and resignify human rights and social policies, will be the basis of the State founded on social solidarity. However, more profound changes will be essential. The richest will have to lose privileges, accumulate less and share more. Taxing large fortunes can no longer be taboo. It is addressed in our Constitution, and the matter continues under the carpet.

Science was also surprised by the intensity and magnitude of the pandemic if we compare it to previous experiences in the past two decades. The degree of ignorance about the new virus, coupled with the disbelief, on the part of some segments of society, of the role of science in solving health problems, created the perfect storm for the spread of fake news and its use to strengthen far-right political groups. Despite the accumulated and rapidly disseminated knowledge since the beginning of the pandemic and the speed in the development of new vaccines to contain the transmission of Covid-19, there remains the challenge posed to pharmaceutical companies to convince the population about the efficacy and safety of these products. To this end, it is not enough to claim that the studies were carried out within the best scientific standards required by regulatory agencies. Transparency is needed, ensuring public access to the anonymous data of study participants that provide scientific support for claims

that vaccines are safe and effective.

Even before its approval, there are already rumors about alleged health risks due to the use of these vaccines. The challenge for society will be to deal with blatant situations, material often used by anti-vaccine groups to disseminate their conspiracy theories and discredit scientific arguments. In societies where governments and population segments support such theories, the negative repercussions of this disinformation pandemic may undermine efforts to achieve the levels of vaccine coverage necessary to reverse Covid-19's current epidemiological picture.

In this scenario of devastation, death and disinformation, it is no longer tolerable to accept the maintenance of models of doing science and of health systems attached to the interests of corporations whose main objective is the good financial health of their shareholders. Nor should the academy and its researchers continue to base their actions on neoliberal performance models that favor large publishing groups at the expense of a citizen science.

Likewise, the political scenario has to ensure that these new actors from real Brazil can voice their aspirations for democracy, rights, equality, equity, non-discrimination of race, sexual orientation and gender, justice and social inclusion. There are persistent but renewed demands that, from now on, will guide our challenges, as well as our politics.

Collaborators

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Laguardia J (0000-0003-1456-5590)*, Flauzino RF (0000-0001-7952-9238)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

- 1- Silva E. A, Silva MM. O Brasil Frente à Pandemia de COVID-19: da bio à necropolítica. *Confluências*. 2020; 22(2):361-383.
- 2- Safatle V. Bem Vindo ao Estado Suicidário [internet]. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://www.n-1edicoes.org/textos/23>.
- 3- Harvey D. Política Anticapitalista em tempos de Coronavírus [internet]. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>.
- 4- Santos BS, Chaui M. Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento São Paulo: Cortez; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS

Multilateralism, world order and Covid-19: current issues and future challenges for the WHO

Celia Almeida¹, Rodrigo Pires de Campos²

DOI: 10.1590/0103-11042020E401

RESUMO Este ensaio discute a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) à luz dos debates sobre a ordem mundial capitalista e o multilateralismo, analisando o enfrentamento de pandemias (incluindo a Covid-19) na dinâmica de um sistema interestatal heterogêneo, com assimetrias de riqueza e poder, e conduzido por potências hegemônicas. Assume-se como hipótese de trabalho que as mudanças na credibilidade da OMS e as reivindicações de reforma têm antecedentes que remontam à última década do século XX e estão relacionadas com a governança global, geral e de saúde, que se vincula às transformações do multilateralismo e da ordem mundial capitalista ao longo do pós-guerra e do pós-guerra fria. Utiliza-se uma abordagem histórica crítica e o conceito de sistema-mundo; analisam-se dados de revisão de literatura e de documentos oficiais. Conclui-se que a fragilização da organização e o constante escrutínio a que está submetida há décadas, para além das controvérsias que lhe são inerentes, de possíveis falhas ou de ‘falta de capacidade’, resultam de uma dupla dinâmica, interna e externa, e podem ser mais bem compreendidas no contexto de desafios impostos tanto pelas opções políticas institucionais da Organização das Nações Unidas e da OMS quanto pelas transformações da ‘nova ordem mundial liberal’ associada à globalização contemporânea e ao crescimento dos nacionalismos.

PALAVRAS-CHAVE Pandemias. OMS. Ordem mundial. Multilateralismo. Covid-19.

ABSTRACT *This essay discusses the work of the World Health Organization (WHO) in the light of debates about the capitalist world order and multilateralism, and examines how pandemics (including Covid-19) are addressed in the dynamics of a heterogeneous inter-State system with wealth and power asymmetries and led by hegemonic powers. The working hypothesis is that the WHO's changing credibility and the demands for its reform date from the late 20th century and are related to global (general and health sector) governance, linked also to the transformations of multilateralism and the capitalist world order during the post-war and post-Cold War periods. Data from a literature review and documents were analysed on a critical approach to History and using the ‘world system’ concept. The undermining of the WHO and the scrutiny to which it has been subjected for decades were found to have resulted less from the controversies inherent to the organisation or any failings or ‘lack of capacity’ than from a dual, internal and external, dynamic. This process can be better understood in view of challenges posed both by the United Nations’ and the WHO’s institutional political options and by changes in the ‘new liberal world order’ associated with contemporary globalisation and the spread of nationalisms.*

KEYWORDS *Pandemics. WHO. World order. Multilateralism. Covid-19.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro, Brasil.
celia.almeida09@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Instituto de Relações Internacionais (Irel) e Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Muito se tem escrito sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil e no mundo ante as enormes incertezas, medo, insegurança e perplexidade que afligem a humanidade nestes ‘novos tempos’ de pandemia. Os temas são variados e tentam abranger uma ou várias de suas dimensões, que se entrelaçam em complexos processos em diferentes realidades. Vão desde os assuntos relativos à dimensão biológica e fisiopatológica da enfermidade e às medidas de prevenção e preparação dos sistemas de saúde para enfrentá-la; até às questões bioéticas e de direitos humanos envolvidas nos mecanismos de controle da pandemia, à maior visibilidade das desigualdades seculares que assolam as populações mundiais e à importância (e papel) dos sistemas de informação e comunicação, político e governamental dos diferentes países nesse processo, assim como à atuação dos organismos internacionais, principalmente a Organização Mundial da Saúde (OMS). As possíveis ‘causas’ desse ‘desastre’ global e a catastrófica crise econômica, anunciada previamente e em curso antes da chegada do vírus, mas exacerbada pela pandemia, também têm sido objeto de muito debate.

A princípio, pareceria ocioso escrever sobre esses temas sem cair na reiteração compulsiva do que já se sabe, e está publicado em diferentes meios, e do muito que falta conhecer sobre esse novo/velho vírus, suas ‘intenções’ e caminhos futuros para o planeta. Entretanto, aparentemente, as especulações (e achados provisórios) dominam o debate; e os esforços analíticos para explicar toda essa complexa dinâmica e ajudar a entender de onde viemos, como chegamos até aqui e para onde vamos não são abundantes.

Neste ensaio, abordaremos alguns aspectos menos estudados, a nosso ver, que se referem ao multilateralismo e suas transformações ante as mudanças da ordem mundial ao longo do tempo. A proposta é discutir a pandemia de Covid-19 e a atuação da OMS à luz dos debates sobre o multilateralismo e do enfoque de

sistema mundial (segundo a conceituação de Wallerstein¹), ou seja, analisar o enfrentamento da pandemia em nível global como resultado da dinâmica do sistema interestatal (composto pelos Estados-Nação) em um mundo caracterizado por grandes assimetrias de poder (centro, periferia e semiperiferia, segundo a tipologia elaborada por aquele autor) e conduzido por potências hegemônicas, que mudam ao longo dos séculos, sem que se alterem, porém, os mecanismos de fortalecimento e acréscimo desse poder, próprios do capitalismo – competição econômica, acumulação de riqueza e disputas territoriais. Assumimos, concordando com Fiori²⁻⁴, que as guerras (e, em consequência, a prioridade do aparato militar) foram o motor propulsor de uma dinâmica interestatal permeada por constantes conflitos, de maior ou menor dimensão, e pela necessidade perpétua de acúmulo de poder e riqueza pelos grandes impérios. O conjunto de instituições e organizações multilaterais – a Organização das Nações Unidas (ONU) e o sistema de Bretton Woods –, criados no pós-guerra para conduzir uma determinada ordem mundial, econômica e setorial, integram essa dinâmica. A ordem mundial pode ser definida, portanto, a partir das “características institucionais e normativas incontestes em circunstâncias de cooperação, concorrência e conflito em larga escala”⁵⁽⁶²⁾ no sistema interestatal.

Alguns esclarecimentos teóricos e conceituais são necessários. Segundo Ruggie⁶⁽¹¹⁾, ‘multilateralismo’, na perspectiva liberal clássica, pode ser entendido como a articulação de três ou mais países em torno de algum objetivo de interesse comum, o que pressupõe mecanismos institucionais de coordenação e interação estabelecidos segundo certos princípios e normas de conduta, independentemente da pluralidade de interesses das partes envolvidas ou das exigências estratégicas, que podem ou não resultar em políticas internacionais a serem seguidas por todos. Porém, para Cox⁷⁽¹⁶¹⁻¹⁶²⁾, multilateralismo e ordem mundial são conceitos inter-relacionados, sendo que o primeiro não pode ser desvinculado do

contexto histórico em que ocorre, isto é, o contexto que molda a estrutura da ordem mundial, no qual o multilateralismo é uma força ativa. Assim, para entender o potencial de mudança do multilateralismo, é necessário analisá-lo na perspectiva das relações de poder que movem o sistema mundial. Para esse autor, o termo ‘multilateral’ incorpora pelo menos dois significados – um referente às relações interestatais e outro às relações entre variados atores públicos, privados e da sociedade civil, mediadas pelos Estados e pelas organizações internacionais.

O contexto específico do surgimento do conceito de multilateralismo remonta às negociações do pós-guerra. Assim, a ‘dimensão econômica’ do multilateralismo consiste na estruturação das bases para impulsionar a expansão da economia capitalista mundial, com a consequente mudança na condução hegemônica, que passou então para os Estados Unidos da América (EUA), deslocando a Inglaterra que ocupou essa posição por alguns séculos. Outrossim, a ‘dimensão política’ se refere à institucionalização dos arranjos, criados naquele momento, para proporcionar a cooperação interestatal na solução de problemas comuns, ainda que com a participação de outros atores, privados e da sociedade civil, articulados nessa rede de relações. Nessa perspectiva, o multilateralismo deve ser analisado considerando também a dinâmica potencial e efetiva de mudanças nesse conjunto que atua tanto em nível local quanto global⁷.

Ambos os termos – multilateralismo e ordem mundial – integram campos multidisciplinares e transdisciplinares de análise, seja das relações internacionais, da ciência política ou da economia política internacional.

No âmbito da saúde, trabalhamos com o conceito de ‘saúde coletiva’, elaborado nos anos 1970-1980 com o objetivo de “institucionalizar um campo de conhecimento específico e uma nova vertente analítica”, fundada na “negação da prática médica hegemônica”, operadora de um modelo de cuidados à saúde excludente e inadequado, assim como “em oposição

à prática tradicional da saúde pública e da medicina preventiva, por suas insuficiências e subordinação à perspectiva médica”⁸⁽⁹⁷⁴⁾. O adjetivo ‘coletivo’ especificava a preocupação pela dimensão histórica e social das doenças, representando uma inflexão decisiva no conceito de ‘saúde’, assim como promovia a reestruturação do próprio campo da saúde pública, ao enfatizar a prática política como transformadora do social. Ao mesmo tempo, atribui novo significado ao termo ‘público’, não mais visto como oposto ao privado, mas como espaço de expressão, enfrentamentos e negociação de demandas, sejam elas coletivas ou individuais⁹. “O eixo conceitual da saúde coletiva se situa em um domínio onde confluem várias áreas do conhecimento”⁹⁽⁹⁷⁵⁾. Portanto, trata-se também de um campo trans e interdisciplinar.

Para a análise que se pretende neste ensaio, esses conceitos, sumariamente descritos, articulam-se para explicar a atuação da OMS na atual pandemia de Covid-19. Ocupando o centro dos debates, a organização tem sido muito criticada e questionada, seja por questões pertinentes – como certa hesitação no anúncio de medidas de prevenção e contenção, ou declarações controversas –, seja por notícias falsas que inundam as redes sociais, ou o não seguimento de suas orientações por parte de seus Países-Membros; ou ainda por retaliação político-ideológica dos EUA (e eventualmente de outros países) na sua luta pelo controle de territórios que ameaçam sua hegemonia mundial. Muitos alardeiam a fragilidade e o enfraquecimento institucional da organização, assim como sua incapacidade para lidar com os problemas de saúde que afligem as populações mundiais, principalmente em caso de pandemias, como a Covid-19. Ademais, é quase unânime o pleito por ‘reforma’, como voltou a ser objeto de discussão na 73^a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) (maio, 2020), apesar de que, desde 1997, está em curso um processo de reforma da ONU, iniciado pelo então Secretário-Geral Kofi Annan, ao qual a OMS aderiu, com avanços e recuos, sem mudanças significativas.

A maioria das críticas e a reiteração de reforma da OMS ao final da segunda década do século XXI em plena pandemia de Covid-19, sem sombra de dúvida a maior já enfrentada pela humanidade, replicam a mesma ladainha há décadas – falta de transparência, inoperância, ineficiência etc. Os fatores que desembocam na atual situação de crise institucional, para além dos amplamente abordados – composição de seu orçamento, do cumprimento estrito das normas da instituição (por exemplo, o Regulamento Internacional da Saúde – RSI, revisto em 2005, vigente desde 2007) e dos limites estruturais (supostamente crônicos) de sua atuação –, são atribuídos à OMS desde seu estabelecimento em 1948. As recomendações de ‘preparação’ ou ‘prontidão’ para enfrentamento dos riscos e ameaças ‘normais e esperadas’ no mundo globalizado e destruidor de hoje também são frequentes. Não são muitos, porém, os analistas que se dedicaram a discutir os elementos históricos, estruturais e conjunturais que desembocam na atual realidade e que, talvez, ajudariam a entender melhor os limites reais que entravam o agir da organização.

Neste estudo, assumimos a OMS não como mera organização formal e estática composta por Estados-Membros organizados em torno de um corpo de normas, regras e procedimentos decisórios, mas como um espaço sociopolítico de embates, negociações e enfrentamentos que refletem a dinâmica mais ampla do multilateralismo e da ordem mundial.

A discussão está organizada em quatro partes. Na primeira, analisamos o significado do sistema multilateral no âmbito da ordem mundial liberal do pós-guerra, capitaneada pelos EUA, seus reflexos na criação da OMS e definição de seu papel estratégico no setor, assim como na estruturação dos sistemas de saúde. A seguir, discutimos o contexto de mudanças no pós-guerra fria, com foco na condução ‘unilateral’ da ‘nova ordem liberal’ e seus conflitos no sistema interestatal, que repercutem na dinâmica setorial. Na terceira parte, alinhavamos algumas ideias a respeito

dos ‘riscos’ e ‘ameaças’ na ‘sociedade de risco’ contemporânea e o papel que as epidemias e pandemias jogam nessas dinâmicas. Por fim, tecemos algumas conclusões que remetem à necessidade de aprimoramento de nossa reflexão sobre esse tema.

A hipótese de trabalho deste ensaio é que as mudanças na credibilidade da OMS, assim como da ONU, e as reivindicações de reformas têm antecedentes que remontam à última década do século XX e estão intimamente relacionadas com a governança global, geral e do setor saúde, que, por sua vez, vinculam-se às transformações do multilateralismo e da ordem mundial capitalista ao longo do pós-guerra, em dois períodos cruciais: o pós-guerra fria (anos 1990) e a segunda década do século XXI. Argumentamos ainda que a perspectiva de ‘risco’ e ‘ameaças’, que pretende substituir a ideia de ‘segurança em saúde’ (*health security*), nesse último período, fortalece a perspectiva da saúde pública tradicional, centrada em mecanismos e instrumentos científicos e metodológicos supostamente imunes às distorções da ‘política’ (*politics*).

Multilateralismo, ordem mundial e saúde no pós-guerra

O desenvolvimento histórico do sistema mundial moderno pode ser estudado a partir das mudanças nas suas instituições-chave – produção de mercadorias, tecnologias e relações de poder –, “conformadas por lutas entre poderes rivais e entre centro e periferia ao longo dos últimos seis séculos”⁵⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. A ordem mundial foi reestruturada em diferentes momentos históricos, consolidando a acumulação capitalista a partir de distintas ‘ondas de globalização’. Contudo, por sua própria natureza, o sistema mundial é regido por “duas forças político-econômicas contraditórias”¹⁰⁽⁶⁸⁾: 1) a tendência na direção de constituir um império ou Estado universal, que, geralmente, não tem

interesse colaborativo e se impõe aos demais Estados nacionais; e 2) a resistência, ou recusa dos demais Estados, em aceitar imposições que ameacem sua soberania. Sendo assim, esse longo processo histórico foi marcado por guerras, mudanças na condução hegemônica mundial, revoluções e movimentos antissistêmicos, crescentemente transnacionais.

Historicamente, a dinâmica do sistema mundial avança liderada por alguma potência/estado nacional (*o hegemon*), que conseguiu garantir o controle de territórios políticos e econômicos mantidos na forma de colônias, domínios ou periferias (in)dependentes^{2,5}. Em outras palavras, a posição hegemônica é uma conquista, um lugar de poder disputado mesmo nos períodos de paz, e transitória, que só pode ser mantida com a expansão e a acumulação contínua do poder do *hegemon*, razão de existência do próprio sistema interestatal^{11,3}. Apenas duas grandes potências conseguiram, em momentos históricos distintos e de forma específica,

impor o seu poder e expandir as fronteiras de suas economias nacionais até quase o limite da constituição de um império mundial: a Inglaterra [1870 e 1900] e os Estados Unidos [1945 e 1973]¹⁰⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

Neste trabalho priorizamos dois períodos do século XX, especialmente relevantes para o que nos interessa discutir: o pós-guerra mundial (1945-1960) e o pós-guerra fria (de 1990 em diante).

Ordem mundial pós-guerra e a estruturação dos sistemas de saúde

É bem conhecido que a segunda guerra mundial teve impacto devastador em vários continentes (exceto América Latina e Sul da África), remodelou a ordem mundial e teve como consequência a transformação radical do poder global, sob o comando dos EUA. O sistema de organismos multilaterais (operacionais e financeiros), criado no imediato pós-guerra sob a

batuta norte-americana, tinha como principal objetivo a abertura das fronteiras ao comércio exterior e foi central para a chamada globalização econômica pós-guerra. A “estabilidade geopolítica” (bipolar) foi uma “pré-condição para a globalização econômica”¹²⁽⁶²⁾; e a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) assim como a “ajuda externa”, também geradas nos EUA nesse período, cresceram de forma importante nesse processo¹³.

Surgiram, então, várias organizações multilaterais e agências transnacionais; formularam-se novas política globais, envolvendo Estados, organizações intergovernamentais e Organizações Não Governamentais (ONG), além de inúmeros grupos de pressão, sendo a ONU o centro de um novo sistema, que, ao mesmo tempo que alterou o arcabouço legal no qual os Estados operavam, alavancou uma rápida transformação econômica nos primeiros 30 anos (1945-1975).

Essa teia de relações facilitou a interlocução direta entre os poderes mundiais e possibilitou a inclusão da periferia capitalista nos processos decisórios multilaterais, mas incorporou no seu *modus operandi* a posição privilegiada dos atores mais poderosos de 1945. Em outras palavras, as novas relações de poder reproduziram a assimetria histórica tanto entre Estados quanto entre atores diversificados.

O elenco de mecanismos pelos quais a condução mundial contemporânea é exercida supera as relações formais interestatais, pela proliferação de atores que atuam nas arenas nacional e internacional. Embora os Estados nacionais continuem sendo peça crucial no sistema multilateral, ganham protagonismo as inter-relações entre distintos atores, e os mecanismos que utilizam em todos os níveis, e entre os processos de decisão em nível global e sua implementação nacional ou local (e vice-versa, isto é, os efeitos de ações locais em âmbito global). Os novos arranjos institucionais, e redes transgovernamentais, atuam paralelamente aos órgãos multilaterais; e atores puramente privados criam suas próprias instituições, abrangendo desde regulações voluntárias até tribunais arbitrais.

Alguns desses mecanismos têm mais influência que os Estados nacionais: por exemplo, os mercados financeiros; o crescente uso de padrões do setor privado como princípios para várias áreas^{14,15}; e os *lobbies*, menos visíveis, em torno de interesses comerciais, como as redes sociais e as grandes mídias¹⁶.

Há consenso, porém, na constatação de que a globalização econômica contemporânea criou problemas para os quais essa estrutura de governança global (denominação adotada na década de 1990) parece inefetiva. Nesses problemas incluem-se as epidemias, as pandemias e outros riscos transfronteiriços.

As configurações de poder e as políticas mudam em cada setor/área/tema e não são controláveis por um único ator. Isso não significa, porém, que todos os atores tenham igual poder de voz e voto ou influência na formulação da agenda ou das políticas, pois o *bias* está sempre a favor das grandes potências e seus interesses. Nessa complexa interdependência, a noção de ‘problemas globais compartilhados’ assegura que o multilateralismo pode moderar (mas não eliminar) as assimetrias de poder¹². Weiss e Wilkinson¹⁶ alertam que é importante explorar essa dinâmica em distintas áreas, mas sem perder de vista toda a paisagem, ou seja, o contexto mais amplo em que ocorrem.

No que concerne ao setor saúde, muito sinteticamente, a consolidação da hegemonia norte-americana trouxe mudanças significativas no campo médico-científico, pois, durante a segunda guerra, os EUA deram um salto qualitativo importante na área de ciência e tecnologia, que foi utilizado a seu favor no período seguinte. Não se trata de detalhar aqui essa dinâmica, analisada em outros trabalhos¹⁷⁻¹⁹, mas de recuperar elementos que apoiam esta reflexão.

De acordo com Starr¹⁹⁽¹⁸⁸⁾,

depois da Segunda Guerra Mundial, a medicina nos Estados Unidos havia se convertido em metáfora do progresso, transformando-se, pouco a pouco, na maior referência de competência setorial para o mundo ocidental.

A estratégia foi vincular a luta contra as doenças ao modelo de desenvolvimento: “pesquisa básica é ‘capital científico’; mais e melhor pesquisa é um dos elementos essenciais para alcançar nossa meta de pleno emprego”²⁰⁽³⁹⁸⁾. Assim, os EUA institucionalizaram a pesquisa médica, que foi incluída na formação profissional, ampliaram e equiparam seu parque hospitalar, que se tornou referência como “um dos mais adiantados do mundo”²⁰⁽¹⁸⁷⁾. Esse avanço considerável foi facilitado pela emigração de cientistas europeus, refugiados no País, e pelo aporte financeiro e operacional do setor privado.

A indústria de fármacos e equipamentos norte-americana tornou-se uma das mais dinâmicas do mundo e, durante a Guerra Fria, a ciência assumiu função tanto simbólica quanto prática na manutenção da posição do País como “líder de um mundo livre”¹⁹⁽³⁹²⁾.

Esse processo repercutiu na estruturação mundial dos sistemas de saúde no pós-guerra, difundindo uma determinada ‘modernização’ da atenção à saúde. A ênfase estava

em um modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e na prática especializada, altamente inflacionária, além da grande prioridade à formação desse tipo de profissional²⁰⁽¹⁸⁵⁾.

Dessa forma, “como parte desse processo, a assistência técnica em saúde passou a integrar formalmente a política externa norte-americana”²⁰⁽¹⁸⁷⁾, com o desenvolvimento de programas de cooperação e ajuda externa voltados para a melhoria das áreas menos desenvolvidas e em reconstrução, difundindo-se internacionalmente os inegáveis avanços científicos conquistados pelo País e seu progresso industrial.

No final da década de 1960, o crescente gasto público com os sistemas de saúde (centrado na assistência médico-hospitalar) começou a alertar para possíveis problemas futuros com os custos em todos os sistemas de saúde. Da mesma forma, a intensa mobilização política e social dos anos 1960 e 1970 estimulou,

também no campo da saúde, um grande debate ideológico, político e acadêmico que questionou os fundamentos básicos dos sistemas de saúde, propondo modelos alternativos de atenção à saúde (medicina preventiva, medicina comunitária, medicina social, médico de família, planejamento em saúde – sobretudo na América Latina e Caribe – e saúde coletiva, principalmente no Brasil)^{17,18}. Tratava-se de uma ‘crise na saúde’ ou de uma ‘crise nos custos dos serviços de saúde’, centrada em um desenvolvimento tecnológico frenético e descontrolado, que privilegiava ‘o doente’ e não ‘a saúde’?

As críticas e a politização amplas da saúde, de diversos matizes, e os modelos reformadores preconizados como solução, confluíram num ponto central: a oposição ao excessivo privilégio dado à assistência médica nos serviços de saúde e à centralidade do médico na organização dos serviços. E, aliadas às mudanças nos financiamentos externos, repercutiram também na arena internacional da saúde²⁰⁽¹⁹⁷⁷⁾.

Inicialmente centrada em uma perspectiva racionalizadora, essa crítica contundente confluuiu, na década seguinte (1980), para a formulação do diagnóstico e das prescrições neoconservadoras, configurando uma ‘agenda pós-welfare’ também na saúde, focada nos custos do setor e que preconizava a implantação de medidas de contenção do crescimento do gasto sanitário. Nesse contexto, dois fatores foram cruciais: os custos médicos haviam subido muito mais do que em décadas anteriores (cerca de três pontos acima da inflação média da economia); e a parte governamental no financiamento havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado^{17,18}.

[...] a crise fiscal do Estado a partir de meados dos anos 1970 havia direcionado os refletores especificamente para dois problemas dos sistemas de saúde: a eficiência no uso dos recursos

e a efetividade nos resultados alcançados. Por trás desses debates, já se evidenciava o esgotamento da hipótese que havia orientado o grande investimento estatal em saúde no pós-guerra: a suposição de que, uma vez superadas as deficiências devidas à inadequada capacidade produtiva e tecnológica dos serviços de assistência médica e aos efeitos de barreira dos altos custos da formação, as forças de mercado produziriam uma redistribuição de serviços e de profissionais (sobretudo médicos) das áreas e especialidades mais bem servidas, nas quais havia uma concentração de oferta (*oversupply*), para aquelas mais necessitadas de profissionais e assistência²⁰⁽¹⁹⁷⁷⁾.

Certamente, os avanços na ciência e na tecnologia haviam criado demandas de investimento, além de estimularem as reivindicações por melhores salários dos trabalhadores dos sistemas de saúde, em sintonia com o clima político da época. Porém, o ponto crítico se deslocara para a estrutura de financiamento dos sistemas e para a estratégia de seu desenvolvimento implantada até então.

Com o declínio do rápido e breve crescimento econômico e social do pós-guerra, eclodiu uma série de crises (simultâneas e sucessivas), exacerbadas pelas crises econômicas dos anos 1973 e 1978 (as ‘crises do petróleo’) e pelos resultados desastrosos dos ajustes macroeconômicos dos anos 1980 em diante, condicionados pelos empréstimos do Banco Mundial, que marcaram o renascimento do fundamentalismo neoliberal. Esses empréstimos foram condicionados a reformas também da área social (incluindo a saúde), de acordo com determinados modelos de organização de serviços elaborados nos EUA, reformulados no Reino Unido e implementados mundo afora, com o apoio do Banco Mundial^{17,20}. O presidente Reagan, nos EUA, e Margareth Thatcher, no Reino Unido, foram protagonistas relevantes nesse processo.

Foi o fim da guerra fria (1989) que descortinou a complexidade dessa ordem mundial, evidenciada tanto pelas mudanças que impulsionaram (tecnológicas, econômicas,

sociais, políticas, culturais e éticas) quanto pelo aumento e maior visibilidade do elenco de atores transfronteiriços que atuavam na arena internacional¹⁶. Também, no setor social iniciou-se a era de desconstrução de direitos, das reformas sociais contemporâneas, que pregavam a diminuição do papel do Estado na provisão de serviços e benefícios. Essas reformas fragilizaram e espoliaram os sistemas de proteção social em geral, e de saúde em particular, em todo o mundo. O sacrifício maior recaiu sobre as populações mais vulneráveis, com o aumento exponencial das desigualdades em praticamente todos os países, extremamente mais dramático nos países em desenvolvimento. Essa dinâmica, caracterizada por uma transição na ordem mundial, invadiu o século XXI com mais crises, radicalização econômica e político-ideológica, fortalecendo a ultradireita. Os resultados de décadas desse processo destruidor estamos vivendo agora.

A OMS nesse contexto

Desde o início do século XX, houve várias tentativas de criar uma instituição internacional permanente na área de saúde com atuação em nível global, com sede tanto nas Américas como na Europa, com maior predominância das primeiras na cena internacional, sob os auspícios dos EUA²¹, seja em termos financeiros, seja em termos de poder de enforcement em âmbito internacional. Havia divergências nas perspectivas norte-americanas e europeias em relação à saúde, sendo as primeiras mais centradas na ‘medicina social’ e que dispunham de orçamentos inexpressivos. Todas essas instituições constituem antecedentes da OMS e participaram dos debates de sua criação; logo após o final da guerra, suas atividades e funções foram absorvidas pela nova organização (*quadro 1*).

Quadro 1. Criação do sistema de organizações multilaterais

O sistema das Nações Unidas (ONU), assim como outras agências multilaterais (como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial), foi criado no imediato pós-guerra, reforçando e consolidando o poder dos EUA no mundo^{17,20}. O número de países no imediato pós-guerra, e que assinaram a Carta da ONU, era de 60; e, no início do século XXI, é de quase 200².

Em 1948, a I Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, formalizou a OMS como uma agência intergovernamental da ONU especializada em saúde e descentralizada regionalmente, o que se efetivou nos anos 1950^{21,22}. A Oficina Internacional Sanitária Pan-Americana (International Panamerican Sanitary Office), então órgão dos EUA, foi o primeiro escritório regional da OMS – a Organização Pan-americana da Saúde (Opas). “Porém, essa acomodação não foi fácil, e certa autonomia da Opas frente à OMS, com conflitos e tensões conjunturais, é uma constante”²²⁽²⁰⁰⁾. Registra-se também que os escritórios regionais da OMS têm autoridade discricionária em relação à sede em Genebra, trabalhando diretamente com os Ministérios de Saúde de cada país na região em que atuam, o que pode ser problemático em certas situações.

Fonte: Elaboração própria.

Vários autores analisaram em detalhe esse processo histórico, mas interessa lembrar algumas especificidades. Datam da criação da OMS as inúmeras controvérsias que pautaram seu desempenho.

[...] a construção de sua legitimidade mundial foi um processo lento e controverso, tendo como ‘moeda de troca’ a oferta de colaboração para a reconstrução dos sistemas de saúde europeus e sua intervenção em ‘problemas mundiais de

saúde’, isto é, epidemias e doenças infecciosas consideradas ameaças, seja para o comércio internacional seja para a influência geopolítica das potências hegemônicas²⁰⁽²⁰⁰⁻²⁰¹⁾.

A forma de constituição do orçamento da OMS – contribuições dos Países-Membros – viabilizou sua existência, ao mesmo tempo que submeteu a organização aos ditames das maiores potências: os EUA sempre foram um importante contribuinte da OMS, mas fizeram

valer, ao longo dos anos, seu poder de ‘autonomia’ em relação à organização em nome da ‘segurança nacional’, assim como seu poder de veto na defesa de seus interesses nacionais, segundo concordavam ou não com as decisões da AMS, órgão máximo de decisão da organização²⁰. Assim, a OMS era “percebida como estreitamente vinculada aos interesses dos Estados Unidos”²²⁽⁶²⁹⁾.

As tensões da guerra fria também repercutiram na OMS, seja pela entrada e saída dos países socialistas (como Rússia e China), em distintos momentos, seja pelas disputas políticas mais amplas – segurança nacional, armamento nuclear, retórica pacifista e capacidade científica e tecnológica –, traduzidas em disputas internas.

Destacam-se as diferentes visões sobre a abordagem dos problemas de saúde: social versus econômica e tecnológica centradas nas enfermidades; campanhas de erradicação de doenças – malária ou varíola; apoio técnico de caráter instrumental (desenvolvimento do ‘Terceiro Mundo’ e luta contra o comunismo) versus apoio ao desenvolvimento dos sistemas

de saúde²⁰. O modelo norte-americano de assistência ao desenvolvimento, entendido como promotor da “modernização com reformas sociais limitadas, administrada por um pequeno grupo de especialistas”²²⁽⁶³⁰⁾, foi a estratégia dominante da OMS nos “breves anos dourados”²⁰⁽²⁰¹⁾ (década de 1950). Essas tensões e controvérsias sempre acompanharam a organização ao longo dos anos, influenciando seu processo decisório, estimuladas também pela maior participação de países recém-libertados do jugo colonial, que entraram no fórum decisório da AMS. O contexto político mundial e as conjunturas críticas das décadas de 1960-1970 exacerbaram essa dinâmica.

Os debates sobre a melhoria da infraestrutura para a saúde, sobretudo nos países mais pobres, assim como de abordagens mais integradas para o desenvolvimento dos serviços de saúde culminaram na formulação da Atenção Primária à Saúde (APS) (1973), como parte da estratégia de Saúde para Todos nos anos 2000 (SPT), ambas aprovadas em 1978 (em Alma-Ata, no Cazaquistão) (*quadro 2*).

Quadro 2. Atenção Primária à Saúde e Saúde para Todos no ano 2000

Em 1973, a eleição de Halfdan Mahler (um dinamarquês dinâmico, hábil e carismático) para a Direção Geral (DG) da OMS impulsionou uma mudança significativa na forma como ela atuava e discutia a ‘saúde’, superando a perspectiva biomédica dominante e centrada nas doenças, ressaltando a multicausalidade do processo saúde-doença e propondo um conjunto de ações e serviços que extrapolavam o campo estrito da assistência médica. “Com um discurso crítico e explicitamente político, advogava pelo direito à saúde, participação social, equidade no acesso aos bens e serviços e pela adoção de políticas que visassem superar as desigualdades sociais”²⁷⁽²⁰²⁻²⁰³⁾. Mahler permaneceu 15 anos na organização (1973-1988).

Fonte: Elaboração própria.

Contudo, já em 1979, começou o desmanche simbólico e prático desse enfoque inovador na OMS e, conseqüentemente, de sua liderança setorial, *pari passu* à construção paulatina de ‘lideranças internacionais alternativas’ no setor, como o Banco Mundial. O enfoque da APS foi substituído pelo da ‘atenção primária seletiva’ que gerou um intenso (e virulento) debate nos anos 1980, difundido por revistas consagradas na área de saúde. Subjacente a essa dinâmica, estavam

a oposição da OMS às fórmulas industrializadas substitutivas do aleitamento materno, fabricadas pela Nestlé; e a oposição das principais multinacionais farmacêuticas norte-americanas ao Programa de Medicamentos Essenciais, lançado em 1978, que estimulava tanto a formulação de políticas de assistência farmacêutica, com base em uma lista de medicamentos a serem distribuídos, quanto a produção nacional desses medicamentos²⁴. Temos por hipótese que:

[...] Mahler aproveitou brilhantemente a ‘janela de oportunidade’ que a conjuntura política mundial lhe oferecia [...], mas, ao mesmo tempo, desafiou interesses poderosos, e o avanço das políticas estratégicas aprovadas foi bloqueado pela ação dos poderes hegemônicos no sistema mundial, que dominavam tanto a OMS quanto a arena internacional da saúde. Os Estados Unidos e o Banco Mundial foram atores importantes nesse processo²⁰⁽²⁰⁴⁾.

Concomitantemente, a discussão sobre as reformas setoriais neoliberais se acirrou nas décadas de 1980. Os opositores ao processo anterior defendiam o deslocamento das atividades de cooperação técnica do âmbito assistencial para o de gestão dos sistemas de serviços de saúde, a capacitação profissional para tal, a avaliação das políticas no contexto mais amplo da economia e, mais importante, a utilização do instrumental econômico como ferramenta privilegiada para tais atividades^{17,22,23}.

A fragmentação das atividades programáticas da OMS se ampliou paulatinamente, com o crescimento dos recursos não regulares ou extraorçamentários (de doadores voluntários), ‘carimbados’ para programas e atividades específicas, alterando o seu financiamento e fragilizando as atividades, os programas regulares e as diretrizes institucionais aprovadas pela AMS. Essa situação enfraqueceu o poder decisório e de condução institucional e minou a estrutura regional descentralizada da organização, uma vez que o seu financiamento foi deslocado da sua política estratégica para ‘prioridades’ e ‘políticas’ definidas fora dela. Dessa forma, o poder de decisão das AMS foi ‘controlado’, visto que sua autoridade decisória se restringe ao orçamento regular. Nesse período, os países em desenvolvimento eram majoritários na AMS.

Esse processo se agravou em 1982, quando a AMS votou pelo congelamento das contribuições dos países, e se agudizou em 1985, quando os EUA decidiram pagar apenas 20% de sua contribuição para as Nações Unidas e

suspender (transitoriamente) o pagamento de seu aporte à OMS^{23,24}. Na saída de Mahler em 1988, a ‘crise’ institucional já era uma realidade.

Criaram-se assim as condições para fragilizar a organização e neutralizar a influência dos países pobres ou em desenvolvimento nas decisões institucionais, ao mesmo tempo em que crescia na arena setorial a influência de novos atores (públicos e privados), sendo o Banco Mundial o mais importante deles, com o aumento da sua participação nos financiamentos do setor saúde. Toda essa dinâmica erodiu o papel da OMS de liderança internacional na área de saúde, produzindo indefinição sobre seu lugar e competência na arena internacional²⁰⁽²⁰⁶⁾.

Em 1988, o pesquisador Hiroshi Nakajima foi inesperadamente eleito o novo diretor da organização, primeiro cidadão japonês a assumir esse posto. Os critérios dessa eleição são ‘nebulosos’ na literatura, mas, aparentemente, articularam-se forças internas e externas que preferiam uma OMS menos combativa, mais inexpressiva e alinhada com os interesses dominantes. Nakajima foi o mais controverso diretor na história da OMS, contudo, permaneceu nesse posto por dez anos (1988-1998) e contribuiu enormemente para o desprestígio da organização e o início dos clamores por sua reforma²⁰.

As mudanças na ordem mundial no pós-guerra fria e a saúde

Os anos 1990 foram palco de significativas inflexões, seja na ordem mundial e na sua condução, seja nas arenas multilaterais. Evidenciavam-se mudanças no sistema mundial moderno instituído no pós-guerra, com “o giro dos Estados Unidos de um imperialismo informal para outro, [explícito] unilateral”²⁴⁽²⁷⁾. Essa virada tem especificidades: consolidação dos valores ocidentais

norte-americanos em um mundo agora unipolar, “um poder global quase absoluto, sem limites”⁴, comemorado como

a vitória definitiva da ‘democracia’, do ‘livre mercado’ [desregulado e sem fronteiras] e de uma nova ‘ordem ética internacional’, orientada pela tábua [rasa] dos ‘direitos humanos’⁴.

Paralelamente, (re)surgem Estados nacionais que, apesar da interdependência e interconectividade global e das diferenças em termos de poder, iniciaram trajetórias que poderiam alterar, de alguma forma, as relações interestatais no sistema mundial (como a Rússia, na área militar, e a China, na área econômica), utilizando as mesmas estratégias históricas dos EUA^{3,4,25}.

Ainda que as crises econômicas e o fim da bipolarização tenham suscitado inúmeras análises que declaravam o fim da hegemonia norte-americana no mundo, os EUA saíram fortalecidos desse processo e renovaram o seu ‘cosmopolitismo liberal’, ou seja, seu ‘projeto de reorganização do sistema mundial’, segundo a ‘nova ideologia da globalização liberal’, caracterizada por aumento significativo do poderio militar pelo mundo afora, intensificação de intervenções alhures, de diferentes ordens, em nome da ‘liberdade’ e ‘contra o autoritarismo’ que, geopoliticamente significa ampliação do poder (imperial) de controle de uma potência sobre outros territórios, submetendo-as aos seus desígnios.

Como é sabido, a implementação da “nova ordem liberal” dos 1990 em diante “provocou um aumento geométrico da desigualdade entre

os países, as classes e os indivíduos” e foi associada “a uma sucessão de crises econômicas localizadas que culminaram na grande crise financeira de 2008, que contagiou a economia mundial – a partir dos Estados Unidos – pelas veias abertas da desregulamentação dos mercados globalizados”⁴, com sérias consequências nos níveis nacional (aumento dos governos de ultradireita, implementação das políticas de austeridade) e global (conflitos, incremento da extrema pobreza, emigrações).

Na segunda década do século XXI, os EUA explicitaram claramente a mudança de sua forma de condução geopolítica, ao anunciar, no final de 2017, sua “nova estratégia de segurança nacional”³, abrindo mão do seu “messianismo moral” e trocando suas convicções liberais, e humanitárias, pela defesa pura e simples do seu próprio “interesse nacional”⁴.

Essa atitude seria produto de uma longa luta interna dentro da sociedade e do *establishment* americano que ainda está em pleno curso⁴, sendo impossível, por enquanto, prever uma trajetória clara para o sistema mundial.

Não é o caso de detalhar aqui essa dinâmica, bem trabalhada por outros autores, mas enfatizaremos sinteticamente algumas questões.

Dos anos 1990 em diante, o mundo viveu a proliferação e a disseminação de diversos riscos, que se expressam em problemas relacionados com a saúde, concentrados em curto espaço de tempo, que não têm precedentes na história da humanidade²⁶. Outros fatores não sanitários contribuíram para essa mudança (*quadro 3*).

Quadro 3. Dinâmicas globais que se entrelaçam

Dinâmica global em geral	Dinâmica global na saúde
<ul style="list-style-type: none"> — Aumento acelerado da interdependência econômica (paralelamente ao aumento de novos estados-nacionais), intensificação dos fluxos interfronteiriços (pessoas, produtos, doenças). — Pletora de novos atores (não estatais) atuando de forma paralela, descoordenada e não hierárquica, sem definição clara de papéis e responsabilidades. — Superposição de atividades, fragmentação de ações levando, geralmente, a certo caos operacional (nos níveis global e local). — Efeitos da poluição, destruição de áreas verdes e da biodiversidade, mudanças climáticas e ambientais. — Aumento exponencial das desigualdades e iniquidades em todos os âmbitos (econômica, social, cultural, étnica). — Crescimento brutal da violência em todos os níveis. 	<ul style="list-style-type: none"> — Aceleração da expansão e rapidez na difusão de doenças transmissíveis emergentes, reemergentes e novas, em escala global (epidemias e pandemias) (ex.: HIV/Aids, influenza, SARS, ebola, Zika, Chicungunha, entre outras) — Crescimento de patógenos resistentes à vários medicamentos (ex.: tuberculose multirresistente). — Aumento de doenças crônicas não transmissíveis, relacionado com produtos danosos à saúde (tabaco, álcool, alimentos industriais processados e ultraprocessados, agrotóxicos, drogas ilícitas). — Elaboração de mecanismos de preparação para o enfrentamento de epidemias e pandemias (<i>preparedness</i>). — Enorme enfraquecimento e sobrecarga dos sistemas de saúde, em todo o mundo

Fonte: Elaboração própria a partir de vários autores, analisados e citados em trabalhos anteriores^{19,29}.

O fim da bipolaridade reformulou também a agenda de segurança nacional, substituindo a percepção essencialmente militar por um discurso de ameaças originadas em outras áreas, incluída a saúde.

A agenda da segurança em saúde (*health security*) surgiu nos anos 1980, frequentemente associada às perspectivas tradicionais (e militarizadas) das ameaças à segurança nacional, mas se ampliou na segunda metade dos anos 1990, vinculada às doenças transmissíveis – epidemias e pandemias (especificamente a de HIV/Aids). Entretanto, foi radicalizada na primeira década dos 2000, após o ataque terrorista de 11 de setembro de 2001 nos EUA, quando a saúde passou a frequentar a agenda da política externa de diferentes países e a ser considerada tema de debates na arena internacional.

A inclusão das pandemias como risco ou ameaças à segurança nacional se converteu em uma constante nas doutrinas e estratégias de segurança na maior parte dos países avançados²⁷⁽³⁴⁾.

Sanahuja²⁷ considera positiva essa

ampliação do conceito de segurança, um

reconhecimento de seus vínculos transnacionais e sua dimensão não militar, aproximando-se da ideia de segurança humana²⁷⁽³⁴⁾.

Na nossa opinião, é preciso atentar para o contexto de emergência do termo e para as diversas narrativas que o sustentam^{28,29}.

A reestruturação da “nova ordem econômica neoliberal global”³⁰ não se restringiu à área econômica, pois promoveu a reforma do Estado e suas políticas, disseminou o individualismo como valor ético-moral, descharacterizou os bens públicos e desmontou o arcabouço de direitos sociais e humanos.

No final da década de 1990, o *World Report 1997* do Banco Mundial pregava a baixa efetividade dos Estados nacionais na promoção do desenvolvimento, pois a globalização econômica exigiria um Estado diferente daquele estruturado no pós-guerra. Identificando como principal problema a falta de efetividade da condução estatal, alegava que, diferente do período pós Segunda Guerra, o papel central do Estado não seria mais de alavancar o desenvolvimento econômico e social, ou de prover serviços diretamente, mas sim de catalizador e facilitador desse desenvolvimento¹⁵⁽³⁾.

Esse relatório do Banco, juntamente com outros documentos produzidos desde o início da década dos 1990, confirma a ascensão da nova liderança setorial, financeira e ideológica. A agenda explicita a privatização dos bens públicos, preconizando as Parcerias Público-Privadas (PPP) e Iniciativas Globais em Saúde (Global Health Initiatives – GHI), que proliferaram exponencialmente no setor a partir dos anos 2000¹⁵. Esses arranjos tornaram-se um mecanismo-chave para a implementação das políticas sociais, introduzindo “uma profunda mudança na forma como atores públicos interagem com o setor privado e na maneira como os atores privados atuam frente ao setor público”¹⁵⁽⁵⁾.

Historicamente, a ONU (incluindo a OMS) interagiu com o setor privado desde seus primórdios. Porém, a referência à ‘parceria’, com essa outra conotação, remonta ao início dos anos 1990 (até então se referia a mecanismos para impulsionar as metas de ‘Saúde para todos no ano 2000’ e de desenvolvimento sustentável)¹⁵. Concomitantemente, os relatórios da United Nations Inspection Joint Unit recomendavam estreitar a colaboração entre “os parceiros da CID, inclusive não-governamentais, para que a ONU pudesse colaborar mais efetivamente com as instituições financeiras multilaterais”¹⁵⁽⁵⁾, ou seja, preconizavam a ‘harmonização’ de interesses.

A eleição de Kofi Annan como Secretário-Geral da ONU, em dezembro de 1996, assumiu a institucionalização das ‘parcerias com a indústria’, como parte das reformas da organização, e pretendia, dessa forma, aumentar o seu orçamento, “não apenas com doações, mas com maior engajamento [do setor privado], inclusive financeiro, na sua missão institucional”¹⁵⁽⁵⁾. Na administração de Gro Brundtland na OMS (1998-2003), essa agenda orientou as políticas e as estratégias implementadas, explicitada como instrumento para recuperar a liderança e a legitimidade da OMS em nível global. Os trabalhos da Comissão de Macroeconomia e Saúde (2001), instalada pela nova Diretora-Geral no início de sua gestão, pautaram a agenda de intensificação das relações com o

setor privado na OMS e no setor saúde, reforçando a orientação de ‘harmonização’ entre os diferentes atores multilaterais. Ademais, o lançamento do Relatório Mundial da Saúde no ano 2000, avaliando desempenho dos sistemas de saúde e estabelecendo uma hierarquização entre os países, além de cunhar a expressão ‘novo universalismo’, causou enorme indignação nos Países-Membros da organização e foi mundialmente muito criticado^{20,31}, inclusive com a constituição de um grupo de especialistas de alto nível para avaliar a metodologia considerada equivocada e o procedimento anticonstitucional da OMS. Além disso, anos depois, a estratégia da Cobertura Universal em Saúde (CUS) colocou em prática o mesmo conceito de universalidade restrita, disfarçado na expressão, pois o alcance dessa cobertura envolve as PPP, em suas diversas modalidades. Enfim, pode-se dizer, resumidamente, que:

Os anos da administração de Brundtland foram marcados por tensões permanentes em torno de decisões polêmicas, principalmente em relação à articulação entre atores públicos e privados. Embora tenha exercido uma única gestão, o que não é comum na OMS, seu legado, construído em perfeita sintonia com as opções político-ideológicas da época, permanece vigente¹⁵⁽⁶⁻⁷⁾.

Ao mesmo tempo, a atenção, sem precedentes, às questões de saúde na agenda das políticas externas nacionais e a rápida expansão dos ‘problemas de saúde’ em nível global, simultaneamente à maior presença do tema nas arenas e debates internacionais, ocorreram *pari passu* à crescente atuação de doadores na área de saúde no Sul geopolítico, vinculando saúde e desenvolvimento – a assistência para o desenvolvimento em saúde (*development assistance for health*) –, conduzida por número reduzido de poderosos atores globais, como por exemplo as Global Health Initiatives, ancoradas em empresas farmacêuticas de determinados países³²⁻³⁴. Um ponto central dessa dinâmica é como uma questão de saúde é classificada como um problema global que requer

‘ação coletiva’^{33,34}. Além disso, o aumento de recursos e de políticas voltadas para a ‘saúde global’ está relacionado com o reconhecimento que as questões de saúde têm implicações que extrapolam a área social, incluindo segurança nacional e internacional, crescimento econômico, desenvolvimento nacional, direitos humanos, comércio global e mercado²⁸.

É preciso registrar que, apesar de tudo, os debates dos anos 1960-1970 e as controvérsias sobre qual o melhor enfoque para abordar a saúde – perspectiva biomédica/epidemiológica tradicional *versus* multideterminação do processo saúde-doença; programas verticais *versus* fortalecimento do sistemas de saúde – persistiram na OMS e nos debates nas arenas internacionais, influenciando outras estratégias da ONU – como as Metas de Desenvolvimento do Milênio e sua avaliação pós-2015, que resultaram na formulação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 2030. Tampouco foi banido o legado de Mahler com a APS resultando em iniciativas louváveis, como o trabalho da Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2005-2008), que se desdobrou na Declaração de Adelaide sobre ‘Saúde em Todas as Políticas’ (2010), a tentativa de retomar/repaginar a APS (Conferência de Astana, 2018) e a mais recente Sustainable Health Equity Movement (julho 2020). Em outras palavras, são essas ‘controvérsias’, e não as reivindicações por reforma, que constituem uma continuidade na organização e a mantêm ‘viva’, mesmo com o descrédito paulatino do multilateralismo do pós-guerra.

Ameaças, riscos e ‘preparação’ (‘prontidão’) mundial para enfrentá-los

Na segunda década do século XXI, observa-se a tentativa de mudança da perspectiva de segurança em saúde para a de ‘riscos’, que seriam inerentes à ‘sociedade de risco’ no mundo atual^{28,29}.

Muitos dos argumentos que explicam a sociedade de risco se constroem a partir da crítica do desenvolvimento capitalista, que alguns autores consideram uma ‘crise civilizatória’, caracterizada, entre outras coisas, pelas contradições entre o capitalismo e a revolução técnico-científica, ou seja,

a profunda incapacidade da globalização neoliberal e do modo de produção capitalista de assimilar o paradigma biotecnológico emergente e suas implicações sociais e ambientais²⁴⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Os volumes crescentes de circulação de mercadorias e pessoas, o aumento das escalas geoespaciais de produção e a elevação da desigualdade mundial, impulsionando o consumo supérfluo e mantendo altos níveis de escassez e pobreza, pressionam o equilíbrio dos ecossistemas, vulnerabilizam a saúde pública e se somam às limitações de gastos sociais impostas pelas políticas neoliberais²⁴⁽²⁷⁾.

A emergência de um microrganismo desconhecido, que pode ser transmitido rapidamente, causar sérios danos às pessoas e populações, provocando medo e pânico, suscita o acionamento das normativas legais do regime de segurança, focado na preparação (*preparedness*) para detecção e controle dessa ameaça infecciosa. Por outro lado, a narrativa da segurança e o tratamento do ‘risco’ ou ‘ameaça’ mudam segundo o patógeno, sua manifestação fisiopatológica, grupos humanos mais atingidos e a região/país onde aparece, evidenciando os diferentes objetivos dessas narrativas: os casos da pandemia de HIV/Aids (anos 1980 até hoje), de Zika vírus (2015-2016 em diante) e microcefalia (2017-2018 no Brasil) e dos surtos de ebola (2014-2016 e 2018 na África ocidental), entre outros, são paradigmáticos dessas distintas narrativas e respostas implementadas. De qualquer forma, há um discurso dominante que estrutura as doenças infecciosas transmissíveis como um ameaça, uma questão de segurança²⁹, amplamente originado na comunidade de saúde pública tradicional²⁸.

Grande parte dos estudos sobre securitização da saúde concentra-se no crescente nível de risco nos processos contemporâneos de globalização²⁷. Outros trabalhos no campo da saúde coletiva têm focado na mudança do significado dos riscos, avaliação de riscos, gerenciamento dos riscos^{36,37}. Para McInnes e Roemer-Mahler²⁸, o aumento do interesse nos riscos sanitários globais seria concomitante ao descontentamento com a perspectiva de segurança em saúde, pois pareceria um enfoque ‘menos político’, mais técnico-científico, um instrumento, e não um processo, um objetivo incontestável nas arenas da saúde pública tradicional, fundada no positivismo e na racionalidade científica.

Assim, os avanços nas metodologias epidemiológicas e nas técnicas de modelagens estatísticas permitiriam avaliar a possibilidade de disseminação de uma doença, epidemia ou pandemia, e apoiariam as decisões sobre o tema. Os riscos poderiam ser previstos cientificamente, a partir da observação rigorosa dos eventos, dados de boa qualidade e metodologias empíricas robustas, identificando a probabilidade desses eventos ocorrerem e a melhor resposta para enfrentá-los. Frequentemente, essa perspectiva impregna a política e a prática de saúde; e as possíveis ‘falhas’ na resolução desses problemas são atribuídas à má qualidade dos dados, a questões metodológicas e à ‘interferência política’. Não se trata aqui de desqualificar a contribuição da epidemiologia e da vigilância em saúde nesses processos, mas de analisar a importância que adquirem e como são utilizadas no mundo atual. McInnes e Roemer-Mahler²⁸ argumentam que:

[...] a estruturação/avaliação dos riscos não é um enfoque livre de valores e interesses, ao contrário, a maneira como o discurso do risco é construído é eminentemente política. Não obstante, a mudança da segurança em saúde para riscos em saúde pode ajudar a mobilizar a atenção pública e a ação política, porque coloca a saúde global na vasta percepção contemporânea de uma sociedade em risco²⁸⁽¹³¹⁵⁾.

Inúmeras reuniões e documentos de distintos órgãos da ONU, fóruns internacionais e instituições financeiras multilaterais, entre outras iniciativas, têm sido elaborados na tentativa de mitigar os impactos multidimensionais dos riscos, principalmente econômicos, refletindo a mudança de perspectiva – “da probabilidade para possibilidade”²⁸⁽¹³²³⁾ –, que se transformaria em ‘avisos’, considerados quase premonitórios, e na necessidade de ‘preparação’ ou ‘prontidão’ (*preparedness*) para enfrentá-los.

A Agenda da Segurança em Saúde Global (Global Health Security Agenda), conduzida pelos EUA e que congrega mais de 50 países, em seu relatório de 2014 ‘Advancing the Global Health Security Agenda: progress and early impact from US investment’³⁸ argumentava que “os enormes custos de pandemias poderiam ser evitados com investimentos estratégicos em *capacity building* e *preparedness*”²⁸⁽¹³²⁴⁾, considerados instrumentos e mecanismos efetivos para o controle e a contenção do evento catastrófico quando ocorresse. A *rationale* da *preparedness* articula vários elementos²⁸:

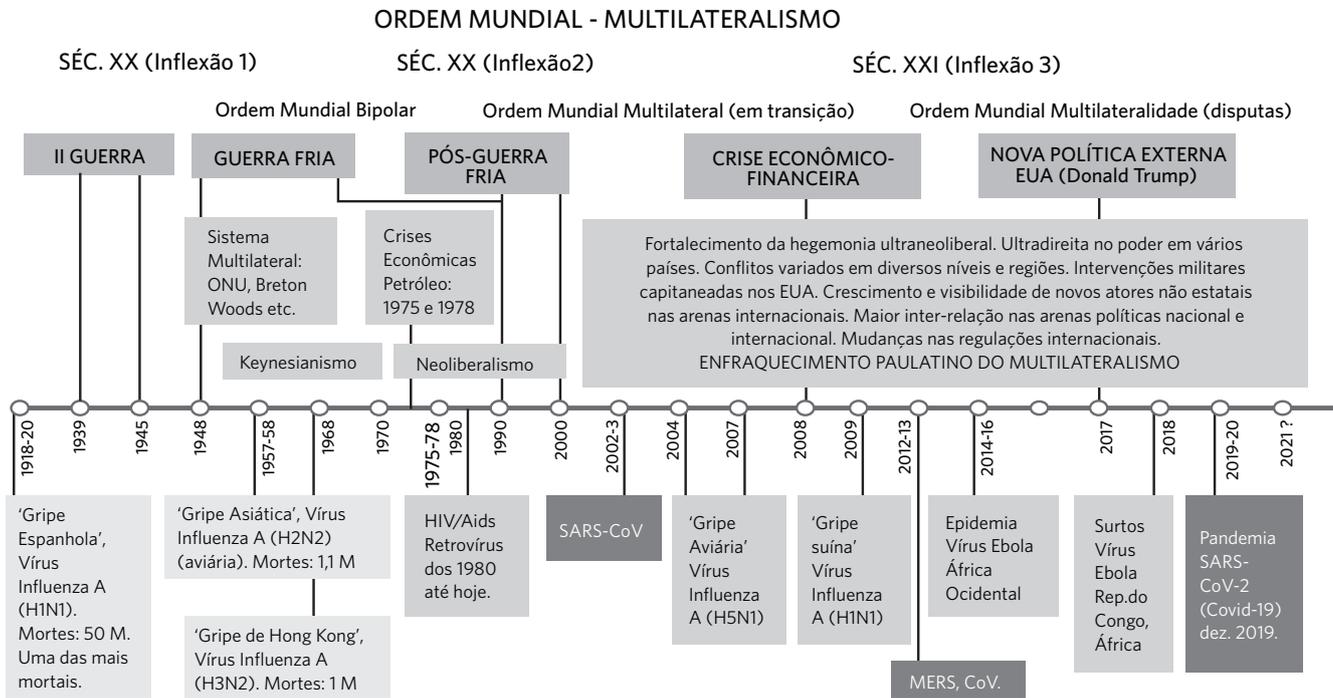
- 1) Revisão e fortalecimento dos mecanismos e sistemas de vigilância em saúde (Regulamento Internacional de Saúde, Comitês de Especialistas e Divisões de Emergência, sistema de alarme precoce, rede de laboratórios especializados etc.).
- 2) Armazenamento de medicamentos e vacinas.
- 3) Desenvolvimento de protocolos, legislação e mecanismos de financiamento que possam ser rapidamente mobilizados frente a uma emergência.
- 4) Estabelecimento de sistemas de informação em saúde estruturados e ágeis, capazes de fornecer dados passíveis de análise para o acompanhamento cotidiano do evento.

Em nível nacional, os EUA são o país onde esses mecanismos e legislações são mais avançados, entretanto, não parecem ter sido adequadamente valorizados nas estratégias de enfrentamento da atual pandemia de Covid-19.

As epidemias, as pandemias e as crises, mais ou menos amplas, que assolaram o mundo ao longo dos séculos e, especialmente, nos últimos

40 anos (figura 1), têm sido objeto de análise de vários especialistas de diferentes formações acadêmicas, entretanto, não serão comentadas neste ensaio. Chama a atenção a reincidência de epidemias de influenza A, desde o início do século passado; e a emergência, como epidemia ou pandemia, do coronavírus e do ebola no século XXI.

Figura 1. Linha do tempo: contexto de mudanças na ordem mundial e no multilateralismo – surtos, epidemias e pandemias



Esses eventos, mais especificamente a partir dos anos 1990, desdobraram-se em severas críticas à OMS e em reivindicações pela sua reforma (quadro 4). Seus esforços para seguir a rationale da preparação no enfrentamento

de epidemias/pandemias, depois de amargar relativos insucessos no controle de alguns eventos, que se aceleraram no século XXI, não pouparam a organização.

Quadro 4. Principais epidemias e pandemias, atuação da OMS, críticas e reivindicações (1980 a junho 2020)

EVENTO/PERÍODO*	
Década de 1980 em diante Pandemia HIV/Aids (até dias atuais)	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>Apoio restrito aos países para a identificação da doença e medidas de controle.</p> <p>Banco Mundial (BM) financiou estudos para implementação de programas nacionais específicos para atender os doentes e portadores da doença (ex.: Brasil).</p> <p>Resoluções da AMS possibilitaram difundir necessidade de tratamento precoce e produção e genéricos para esse fim.</p> <p>Início de resoluções sobre reforma da OMS.</p>	<p>Coalisões de países (sob a liderança do Brasil) promoveram mudanças na política mundial da ONU e do BM para o tratamento das doenças.</p> <p>Brasil foi pioneiro, nas discussões internacionais, na defesa do tratamento precoce dos infectados e do acesso aos medicamentos, com base na experiência brasileira</p> <p>Debates no campo dos direitos de propriedade intelectual enfrentaram as multinacionais farmacêuticas para a produção de genéricos, com relativo sucesso. Debates no campo dos direitos humanos e saúde.</p> <p>Propostas de reforma ampla não avançam, pequenas reorganizações internas e administrativas.</p>
2002-2003. Pandemia Síndrome Respiratória Aguda Severa (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS, SARS-CoV)	
<p>2002 - Primeiro caso conhecido de pneumonia atípica, na China. Disseminação rápida, 26 países atingidos (América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia), 8.096 casos, 774 mortes (9,6%).</p>	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>Reforço da abordagem de segurança em saúde (<i>health security</i>) e criação de condições políticas para o início da revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005, finalizada em 2007. RSI passou a denominar-se Regulamento Internacional da Saúde (RIS)⁴².</p> <p>Ativação da Rede Global de Laboratórios de Influenza e envio de peritos aos países.</p> <p>Declaração de estado de alerta e emissão de alertas globais em articulação com a rede Global Outbreak Alert and Response Network (GoARN).</p> <p>Definição de protocolos e recomendações de controle: hospitalares, viagens internacionais, portos e aeroportos (o mais rigoroso em seus 55 anos). Identificação de casos e isolamento precoce, rastreamento de contatos, publicação de informações e incentivos à notificação.</p> <p>Primeira consulta global sobre a epidemiologia da SARS, confirma o acerto das medidas de controle recomendadas, apoiadas pelas evidências científicas disponíveis^(a).</p>	<p>Questionamento da capacidade de liderança da OMS para garantir a segurança em saúde em nível global.</p> <p>Várias críticas: acusações sobre possíveis erros e falhas; falta de recursos e de capacidade instalada; enfraquecimento do poder decisório e de condução institucional da OMS e consequente maior 'autonomia' da estrutura regional descentralizada.</p> <p>Precipitação nas 'preparações', consideradas exageradas ou insuficientes.</p> <p>Aumento paulatino dos recursos extraorçamentários no orçamento da OMS.</p> <p>Projeção de lideranças internacionais alternativas na saúde, como, por exemplo, o Banco Mundial¹⁹.</p>
2004-2007- Pandemia Influenza A (H5N1) ou 'gripe aviária' (Highly Pathogenic Asian Avian Influenza A-H5N1)	
<p>Antecedentes: 1996 - Primeiro vírus altamente patogênico, H5N1 é isolado de um ganso de criação na província de Guangdong, China.</p> <p>1997 - Primeiros surtos de H5N1 em propriedades rurais e mercados de animais vivos de Hong Kong. Nov/2003 - Primeiro caso fatal humano de infecção por gripe aviária H5N1 ocorre na China. Primeiros meses de 2004: doença atinge 46 países (Ásia, Europa e África), 861 casos, 455 mortes (52,8%).</p>	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>OMS adota medidas preconizadas, como na 'pandemia' de 2003.</p> <p>Letalidade do vírus não definida. Altamente patogênico, mas baixa transmissibilidade entre humanos. Maior parte dos casos por contato com aves.</p> <p>Indonésia envia amostra do vírus para a OMS (2006), OMS envia as amostras de vírus compartilhadas para um laboratório privado.</p> <p>Constatação do desenvolvimento, por uma companhia farmacêutica australiana, de uma vacina derivada das amostras cedidas à OMS, sem que a Indonésia tenha sido informada ou participado desse processo.</p> <p>Realização de três avaliações independentes sobre essa atuação da OMS.</p> <p>OMS reconhece o problema e inicia negociações com a Indonésia, que levam à Resolução WHA 60/28, de 23 de maio de 2007, sobre compartilhamento de amostras de vírus^(b).</p>	<p>Indonésia denuncia a situação de compartilhamento indevido de vírus com o setor privado, aponta iniquidades no sistema global de vigilância da influenza e interrompe o compartilhamento⁴³.</p> <p>Muitas críticas e crescente apoio dos demais países em desenvolvimento sobre o incidente de compartilhamento de amostras de vírus.</p> <p>Críticas se estendem à ONU.</p> <p>Avançam propostas de reformas administrativas no que toca às relações com diferentes atores, públicos e privados.</p>

Quadro 4. (cont.)

EVENTO/PERÍODO*	
2009 - Pandemia Nova Influenza A (H1N1) ou 'gripe suína' (Novel Influenza A-H1N1)	
Considerada a primeira pandemia global de gripe ocorrida nos últimos 40 anos. Primeira aplicação das normas do novo RIS. Primeiro caso no México, logo América do Norte, Europa e América Latina e Caribe: 74% dos Países-Membros da OMS atingidos, cerca de 12.220 mortes contabilizadas até 27/12/2009. Pandemia foi controlada com medidas preventivas e vacinação, mas o vírus continua circulando.	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>Deteccção, identificação e caracterização do vírus (Rede de Vigilância Global de Influenza - GISN) em tempo hábil e monitoramento da pandemia.</p> <p>Primeira reunião do Comitê de Emergência de Especialistas da OMS (48 horas após a ativação das disposições previstas nos RIS): declaração de emergência de saúde pública de importância internacional.</p> <p>Declaração de pandemia baseada mais na disseminação do que na severidade da enfermidade e especificidade do vírus (baixa letalidade).</p> <p>Cerca de um mês depois, foram disponibilizadas as linhagens de cepas de vacinas, bem como os reagentes de controle.</p> <p>O Grupo de Aconselhamento Estratégico de Especialistas em imunização da OMS disponibilizou recomendações iniciais sobre grupos-alvo e doses das vacinas.</p> <p>Preservação da identidade dos especialistas que compuseram os grupo e comitês da OMS (privacidade e confidencialidade), para evitar assédios pelos laboratórios farmacêuticos.</p> <p>Diminuição da comunicação proativa da OMS com a mídia após a escalada para o nível 6 da pandemia (isto é, transmissão comunitária em pelo menos dois continentes), interrompendo a rotina de coletivas de imprensa.</p> <p>No início de julho de 2009, a OMS declara a pandemia sob controle.</p>	<p>OMS foi considerada 'mal preparada' para lidar com a pandemia de influenza A.</p> <p>A pandemia não se mostrou tão perigosa, como a preparação sugeria, e provocou críticas sobre 'a definição de pandemia' pela OMS.</p> <p>Identificação de problemas do novo RIS, como, por exemplo, em relação ao compartilhamento de amostras de vírus.</p> <p>Falta de capacidade de <i>enforcement</i> da OMS e impossibilidade de definir sanções⁴⁴.</p> <p>Sobrecarga dos países com envio de dados semanais e críticas à insuficiente distribuição de vacinas.</p> <p>Não explicitação dos nomes dos membros dos Comitês causou problemas, foram acusados de possíveis vinculações com multinacionais farmacêuticas (conflito de interesses).</p> <p>Excessiva produção descoordenada de documentos e recomendações oriundas de variadas unidades da OMS⁴⁴.</p> <p>Falta de orientação técnica consistente e oportuna e falha operacional na distribuição da vacina em tempo hábil⁴⁴.</p>
2012- 2013 (2014) Pandemia Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)	
O primeiro caso apareceu na Arábia Saudita, em junho de 2012, e o segundo, no Qatar, em setembro do mesmo ano. Síndrome respiratória aguda grave causada por uma variação do vírus Covid (encontrado em camelos). Maioria dos casos originários da Península Arábica, sendo cerca de 84% da Arábia Saudita ^(c) . Até janeiro de 2020, foram contabilizados 2.521 casos confirmados laboratorialmente, incluídos 919 mortes (36%) ^(d) .	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>Foi informada sobre os primeiros casos, convocou Comitê de Emergências, segundo o RSI, que acompanha os surtos desde então. A transmissão entre humanos não é evidente, exceto em serviços de saúde (principalmente hospitais), de pacientes infectados e internados para profissionais, devido a problemas com adequada proteção com Equipamento de Proteção Individual (EPI). Enfermidade com alta letalidade e taxa de mortalidade estimada em 30%-40%. Não há vacinas ou medicamentos específicos ainda.</p> <p>Desde então, a OMS vem trabalhando com países afetados e com vários especialistas no acompanhamento dos surtos, como também com a FAO e a OIE (World Organization for Animal Health).</p> <p>Não foi classificada como Emergência de Saúde Pública Internacional, mas a OMS recomendou que os países nos quais os casos apareçam mantenham medidas estritas de vigilância das infecções respiratórias agudas severas (Sari), revisando cuidadosamente os padrões pouco usuais de aparecimento de casos.</p> <p>Não foram tomadas medidas de restrição de viagens.</p>	<p>Após os primeiros casos em 2012, 27 países reportaram casos de MERS - Argélia, Áustria, Bahrain, China, Egito, França, Alemanha, Grécia, Irã, Itália, Jordânia, Kuwait, Líbano, Malásia, Holanda, Oman, Filipinas, Qatar, Coreia, Arábia Saudita, Tailândia, Tunísia, Turquia, Emirados Árabes, Estados Unidos, Reino Unido e poucos casos em países do norte da África. 80% dos casos no Oriente Médio.</p> <p>Houve receio de que a MERS se transformasse em uma pandemia mais grave, o que não se confirmou. Os casos que apareceram no ocidente e países mais desenvolvidos foram diagnosticados rapidamente, e as medidas de controle impediram a sua propagação.</p> <p>O mesmo não aconteceu com os países menos privilegiados, mas isso não alvoroçou o resto do mundo.</p>

Quadro 4. (cont.)

EVENTO/PERÍODO*	
2014-2016, Epidemia e, 2018, Surtos do Vírus Ebola – África Ocidental (Ebola Virus Disease – EVD)	
A epidemia entre 2014 e 2016, principalmente na Guiné, Libéria e Serra Leoa, constituiu a primeira vez, na história de acompanhamento da doença na África, que o vírus ebola saiu da zona rural e avançou sobre espaços urbanos(e). Foi o maior surto do vírus já registrado na África Ocidental e afetou 28.616 pessoas com 11.310 vítimas fatais (39,5%). Em 2018, novo surto foi registrado na República Democrática do Congo, que fica a milhares de quilômetros dos países da África Ocidental e já havia registrado outros surtos, assim como em outros países vizinhos africanos. Esse surto foi rapidamente contido, com a experiência adquirida na epidemia anterior.	
Atuação da OMS	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>O avanço da epidemia originada na Guiné não foi detectado de imediato pela OMS. No momento da declaração do surto, o vírus já estava em circulação há três meses. A Direção-Geral da OMS reconhece lentidão de sua resposta⁴².</p> <p>Extensão e gravidade da situação subestimadas pelos governos da Libéria, Serra Leoa e Guiné. Escritório Regional da OMS para a África (Afro/OMS) acata decisões oficiais dos países afetados e não comunica à OMS em Genebra⁴². Declarações do ministro da saúde da Guiné, durante a 67ª Assembleia Mundial da Saúde (2014), de que o surto já estava sob controle em seu país⁴².</p> <p>Mobilização tardia de equipes por meio da Goarn. Envio de mais de 100 peritos à África Ocidental⁴².</p> <p>Pedido do Afro/OMS à sede da OMS em Genebra, no mesmo ano, para declaração de emergência de saúde pública de importância internacional (conforme o novo RIS). Declaração feita em seguida à realização de duas reuniões de alto nível⁴².</p> <p>Criação de comitê de avaliação para rever a atuação da OMS.</p> <p>Criação do Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), copresidido pela ex-DG, Gro H. Brundtland, e por Elhadj As Sy, da Cruz Vermelha.</p> <p>Estocagem de 300 mil doses da vacina contra o ebola, a serem distribuídas aos governos africanos. Recomendação de que, caso ocorra um surto de ebola, a vacina deve ser dada a todos os pacientes suspeitos, pessoas que tiveram contato com eles e profissionais de saúde.</p>	<p>Realização de reuniões de alto nível sem o devido seguimento e acompanhamento. Morosidade na tomada de decisões.</p> <p>Demandas de criação de outras instituições globais de saúde para evitar a repetição de problemas similares.</p> <p>Novas propostas de reformas da OMS: fusão de departamentos e/ou criação de um único programa para tratar de emergências internacionais; estabelecimento de uma força de trabalho em saúde para lidar com ‘crises globais em saúde’.</p> <p>Criação de um fundo de contingência e expansão da capacidade da OMS na gestão e resposta a emergências.</p> <p>Solicitação de envolvimento do Conselho de Segurança da ONU. Resultou na primeira missão da ONU em saúde pública, especificamente para apoiar a resposta à emergência do Ebola (UN Mission to Liberia – UNMIL e UN Mission for Ebola Emergency Response – UNMEER)⁴².</p> <p>Outras organizações, como os Médicos sem Fronteiras, atuantes na epidemia, também fizeram críticas ao desempenho da OMS⁴².</p> <p>Uma vacina foi desenvolvida rapidamente durante a epidemia de 2014-16, financiada pelo Wellcome Trust, uma fundação não governamental, e os governos britânico e norueguês. Ficou pronta em 2016, fornece um alto grau de proteção e é segura para uso humano. Foi distribuída e utilizada no surto de 2018.</p>
Dezembro de 2019 em diante – Pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19)	
Surto do vírus detectado pela primeira vez na província de Guangdong, China. Em menos de um mês, disseminou-se pelo país e, pouco depois, pelo mundo, em todos os continentes. Em 21 de julho de 2020, registrava-se total de 14.774.887 casos e 611.599 (4,1%) de mortes no mundo ⁴³ .	
Atuação da OMS⁴⁴	Críticas/Reivindicações/Reformas
<p>31 de dezembro de 2019 – Comitê Municipal de Saúde de Wuhan alerta sobre um possível surto epidêmico. O escritório da OMS na China foi informado sobre esse surto.</p> <p>1º de janeiro de 2020 – OMS solicita informação sobre o conjunto de casos relatados de pneumonia atípica na cidade de Wuhan, China. Na sequência, aciona o grupo de apoio à gestão de incidentes (IMST).</p> <p>2 de janeiro de 2020 – informou sua rede Goarn sobre os eventos na China.</p> <p>12 de janeiro de 2020 – Estados-Membros da OMS recebem da China a divulgação da sequência genômica do patógeno.</p> <p>20 de janeiro de 2020 – Primeira missão da OMS a Wuhan, China.</p> <p>22-23 de janeiro de 2020 – O Diretor-Geral (DG) da OMS (Tedros Adhanom Ghebreyesus) convocou um Comitê de Emergência (CE) do RIS (composto por 15 especialistas de todo o mundo), para análise da situação da epidemia na China.</p> <p>25 de janeiro de 2020 – lançamento do primeiro curso on-line gratuito sobre o surto de um novo coronavírus.</p> <p>30 de janeiro de 2020 – declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).</p>	<p>Interações entre o DG da OMS e o presidente da China provocaram críticas sobre uma suposta falta de transparência e de responsabilidade por parte da OMS, acusando-o de estar defendendo/encobrendo as falhas da China na informação sobre a epidemia no país. Questionamentos sobre a credibilidade e a integridade da OMS⁴⁵.</p> <p>Ataques do presidente dos EUA, Donald Trump, acusando a OMS de ‘proteger’ a China, insinuando que o vírus teria sido ‘produzido em laboratório chinês como arma biológica’, e chamando o novo coronavírus de ‘vírus chinês’.</p> <p>Competição e disputas internacionais entre Estados por suprimentos e equipamentos médicos. Os EUA são acusados de desviar equipamentos médicos destinados à Alemanha, à França e ao Brasil²⁸ (‘nova pirataria’). Outros países europeus seguem a mesma estratégia norte-americana.</p> <p>Críticas à atuação da OMS, produto de mudanças estruturais que ocorrem com a crescente “falta de liderança na política global”⁴⁶.</p> <p>Ameaças dos EUA de suspensão do seu aporte financeiro e de outros apoios à OMS (o país é o maior contribuinte da organização), inclusive de saída da organização, o que se efetiva logo depois, mesmo antes do prazo estipulado por Trump.</p>

Quadro 4. (cont.)

EVENTO/PERÍODO*	
3 de fevereiro de 2020 – conclui o Plano Estratégico de Preparação e Resposta.	EUA apresentam reivindicação de investigação imediata da OMS na Cúpula Virtual do G7 em 16 de abril de 2020. Os demais países do G7 apoiaram a OMS, e a Cúpula foi concluída sem uma declaração conjunta ^{45,47,48} .
4 de fevereiro de 2020 – o DG solicita ao Secretário-Geral da ONU a ativação da política de gestão de crises, que realizou sua primeira reunião em 11 de fevereiro de 2020.	Pedidos de novas reformas na organização. Falta de consenso sobre o que deveria mudar. Reiteração dos mesmos problemas (falta de transparência, falta ou excesso de autonomia, baixa capacidade de monitoramento e adequação ao RIS) ⁴⁷ .
11 de fevereiro de 2020 – anuncia que a doença causada pelo novo coronavírus receberia o nome de Covid-19.	Falta de maior envolvimento das Nações Unidas – por meio do Conselho de Segurança ou outras instâncias – no processo da pandemia atual colocam em xeque a própria existência do sistema ONU ⁴⁵ .
12 de fevereiro de 2020 – publicou as Diretrizes de Planejamento Operacional para o apoio à elaboração dos Planos de Preparação e Resposta de Países.	Pressões sobre a OMS para que ela se torne uma organização mais orientada para resultados e responsiva, com uma autoridade técnica reconhecida por Estados-Membros e 'livre' de questões políticas ⁴⁸ .
13 de fevereiro de 2020 – o DG da OMS declarou que o presidente da China (Xi Jinping) havia demonstrado 'compromisso e liderança política', respeito ao multilateralismo e responsabilidade com a proteção do restante do mundo ²⁸ .	
11 de março de 2020 – Covid-19 é declarada pandemia.	
Entre inúmeras outras ações desenvolvidas pela OMS, a maior parte delas não listada aqui, destaca-se o combate à desinformação e às <i>fake news</i> sobre a pandemia.	

Fonte. Elaboração própria a partir de vários autores mencionados no quadro e citados na bibliografia.

(*) Definições: Surto – um aumento repentino do número de casos de determinada doença em uma região específica, ou em algumas cidades (ex.: dengue no Brasil, ebola na África). Epidemia – aumento do número de casos de determinada doença, muito acima do que se esperaria, em diferentes regiões, ou cidades de várias regiões (ex.: dengue, no Brasil, em determinados momentos). Pandemia – disseminação rápida de casos de determinada doença em diferentes países e mais de um continente, com transmissão sustentada entre pessoas.

(a) Organização Mundial da Saúde. Update 95 – SARS: Chronology of a serial killer [internet]. [Genebra]: OMS; [data desconhecida] [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: https://www.who.int/csr/don/2003_07_04/en/.

(b) Assembleia Mundial da Saúde. Resolução nº 60/28, de 23 de maio de 2007. Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHA60.28. Esta resolução da AMS reforçou a necessidade do compartilhamento de amostras de vírus em tempo hábil, de forma justa e equitativa; maior transparência nesse processo; e garantia de acesso à vacina para todos os países-membros. A estabeleceu também a criação de um grupo de trabalho para avançar nas mudanças e reformas em torno do processo de compartilhamento.

(c) Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [internet] [11 Mar 2019] [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)).

(d) European Center for Disease Prevention and Control [internet] [Stockholm] [Jan 2020] [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>.

(e) Organização Mundial da Saúde. Ebola Virus Disease: Key Facts [internet]. [Genebra]: OMS; [2020 Fev 10] [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>.

(f) Johns Hopkins University of Medicine. COVID-19: Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) [internet]. [Baltimore: Maryland]: JHUM; [acesso em 2020 jul 21]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

(g) Organização Mundial da Saúde. Timeline of WHO's response to COVID-19 [internet]. [Genebra]: OMS; [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.

Conclusões

Os relatos e análises sobre os 'riscos ou ameaças' que acometem as sociedades – em nível nacional, regional ou global – evidenciam que, historicamente, o contexto no qual esses eventos ocorrem é fundamental para entender sua dinâmica. Intensificam-se em períodos de transição ou de inflexão no *status quo* das sociedades, em seus territórios, e na ordem

mundial, em momentos específicos, impulsionando mudanças que nem sempre caminham na perspectiva almejada. Comumente, são disruptivos e destruidores, em maior ou menor proporção, configurando 'conjunturas críticas' (ou 'fato social total'), conceitos que remetem a abalos generalizados, a um conjunto de fatos que se relacionam de forma complexa, que repercutem em todos os âmbitos da sociedade, em que os problemas das estruturas

históricas (com seus fundamentos, normas e regras) são desnudados, apontando para mudanças (positivas ou negativas).

A estrutura da ordem mundial liberal foi moldada nas negociações do pós-guerra, sob o comando dos EUA, e incluía o multilateralismo como propulsor de uma dinâmica que, ao mesmo tempo, reconstruiria os países devastados pela guerra, promovendo o desenvolvimento à imagem e semelhança do seu condutor; e manteria um sistema interestatal dinâmico e cooperativo em torno de objetivos comuns. Na dimensão econômica, esse consenso provisório lançou as bases para a expansão do capitalismo mundial; e na dimensão política, institucionalizou os arranjos necessários para tal com o sistema de organizações multilaterais. O progresso seria alavancado sem necessidade de conflitos, congregando diferentes atores cujas relações seriam mediadas pelos Estados nacionais e as organizações internacionais.

O crescimento dos EUA (nos campos econômico, científico e tecnológico) financiou, paradoxalmente, a expansão do Estado de bem-estar social keynesiano na Europa⁴⁶, que emergiu nesse período e continuou a crescer durante os anos 1970, incluindo a ‘modernização’ dos sistemas de saúde à imagem norte-americana – centrada nos hospitais, difusão permanente de tecnologias de ponta, insumos farmacêuticos e laboratoriais –, até a explicitação da sua crise^{19,46}. Registra-se também, como parte desse processo, a concentração, cada vez maior, da produção desses insumos em empresas nacionais/multinacionais, em um primeiro momento, e transnacionais desterritorializadas, logo a seguir⁴⁷. Essa forma de organização dos serviços de saúde se difundiu mundo afora, estimulando as controvérsias e as reformas ‘pós-welfare’ – diminuição da provisão estatal de serviços, aumento da participação do setor privado, focalização nos mais pobres com pacotes básicos e valorização do ‘mercado’ para solução daqueles problemas.

As crises econômicas e o fim da bipolaridade alteraram a condução da ordem mundial liberal

no pós-guerra fria (1990) e evidenciaram as estratégias unilaterais do *hegemon*, extremamente bélicas e intervencionistas, ampliando de forma importante o poder ‘imperial’ norte-americano. Concomitantemente, o ideário econômico e político-ideológico neoliberal, descartado no imediato pós-guerra, retoma protagonismo em nível global, sob a liderança do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial. O conjunto de forças (compostas por distintos atores), mais ou menos institucionalizado, capaz de influenciar mudanças estruturais na ordem capitalista mundial, e que extrapola o poder estatal ainda que articulado com ele, havia crescido muito, interferindo de forma significativa na governança global e setorial no final do século XX. Consequentemente, essa mudança na condução da ordem mundial e nas relações de poder entre diferentes atores afetou também a dinâmica multilateral e do sistema interestatal, promovendo resistências e revides de outros Estados, cada vez mais frequentes. Em resumo, com o ‘desaparecimento do regime geopolítico bipolar’, as ‘bases éticas e ideológicas que sustentavam a cooperação entre as grandes potências capitalistas também desapareceram’, evidenciando que se tratava de um momento de transição para uma “ordem mundial incerta”¹⁰⁽⁷¹⁾.

Outra guinada importante na ordem mundial ocorreu na segunda década do século XXI, quando os EUA se desvinculam de qualquer compromisso de conduzir uma ordem mundial favorável à coesão do sistema interestatal e à promoção do desenvolvimento no mundo, explicitando a defesa de seus próprios interesses nacionais a qualquer custo.

A velha ‘geopolítica das nações’ voltou a ser a bússola do sistema mundial; o nacionalismo econômico voltou a ser praticado pelas grandes potências; e os grandes ‘objetivos humanitários’ dos anos 90 foram relegados a um segundo plano da agenda internacional⁴.

Assim, os EUA “desafiam e boicotam qualquer tipo de acordo multilateral ou regional,

qualquer bloco ou instituição que represente ou se apoie no multilateralismo”³⁽⁴⁴⁾. Com essa nova mudança “arriscam sacrificar o multilateralismo e aprofundam a crise de legitimidade e de eficácia das organizações multilaterais”²⁷⁽³⁷⁾.

No que concerne à OMS, aqui considerada como um espaço sociopolítico de embates, negociações e enfrentamentos, sua atuação também é afetada, pois, mantidos os princípios sobre os quais a ONU foi estabelecida, prevalece o propósito da cooperação internacional em estreita consonância com o estatuto da soberania e da autodeterminação dos seus Estados-Membros. Como prática do direito das organizações internacionais, vale lembrar o caráter não mandatário das resoluções, recomendações e políticas preconizadas pela organização, mesmo diante de emergências internacionais como pandemias, por mais aprimorados que sejam os procedimentos e os protocolos adotados. Portanto, a decisão de ‘delegação de autoridade’ e de atribuição de recursos à OMS, a partir de aportes financeiros voluntários dos Estados nacionais, tem como base o compromisso ético assumido no imediato pós-guerra em uma concepção tradicional (‘westfaliana’) de soberania^{11,27}.

Usualmente, porém, a soberania nacional é reivindicada toda vez que interesses nacionais são contrariados, o que significa que a OMS está submetida, permanentemente, às pressões geopolíticas e de distintos atores, públicos e privados; ao mesmo tempo que é fortemente cobrada pelos governos nacionais por qualquer ação que não atenda às demandas particulares que lhe são apresentadas constantemente. Com o aumento de epidemias e de pandemias nas últimas décadas, que requerem sua atuação imediata (ou mediadora), em um cenário mundial ‘sem ordem’, com grandes polarizações políticas, estressado por conflitos variados e sob forte escrutínio midiático, qual seria a atuação considerada ‘ideal’?

Uma análise rápida dos principais eventos epidêmicos ou pandêmicos das últimas décadas (*quadro 4*), e seus resultados em termos das

ações da OMS e as críticas/reivindicações recebidas, mostra claramente que uma atuação rápida e enérgica poderá ser considerada exagerada (como na pandemia de H1N1 em 2009); e uma ação mais cautelosa, e levando em conta as críticas anteriores (como na atual pandemia Covid-19), está sendo questionada como insuficiente, hesitante e particularista. Chama a atenção que alguns autores atribuem à pandemia de Covid-19 o desencadeamento de uma crise sanitária e política⁴⁴, como se essas crises já não estivessem em curso. Outros expressam a vontade de ver uma OMS com maior autoridade sobre os Estados e até mesmo com poder de aplicação de sanções⁴⁵, o que denota desconhecimento de seus preceitos fundacionais, além de advogarem que “a organização deveria ser primariamente focada no mandato de uma agência técnica em saúde, livre de considerações políticas, tal qual fundada em 1948”⁴²⁽¹⁸¹⁹⁾, como se essa dissociação fosse possível e ignorando as contínuas controvérsias que acompanham a sua história.

A inclusão da saúde na agenda de segurança nacional (*health security*) dominou o debate da saúde global na década de 2010, ainda que seus antecedentes contemporâneos remontem aos anos 1980-90. Embora essa perspectiva continue presente nas agendas de vários países, simultaneamente, surge o discurso dos ‘riscos’ e ‘ameaças permanentes’ no mundo de hoje, contra os quais seria preciso se precaver. Na realidade, essa racionalidade defensiva foi gerada no pós-guerra fria e se consolida paulatinamente no novo século, sob a perspectiva das possíveis ameaças de variados tipos⁴⁸, o que desemboca na ideia da ‘sociedade de risco’, conceito polêmico, mas muito citado, em que risco é entendido como “a previsão e controle das consequências futuras da ação humana”²⁷⁽²⁹⁾. A construção de cenários sobre os ‘riscos mundiais’ é resultado da necessidade de securitização dos riscos ‘não asseguráveis’, como, por exemplo, os riscos catastróficos, que ultrapassariam o Estado territorial e sua capacidade de gestão, ainda que os efeitos sejam locais, sem que surjam

mecanismos efetivos de governança global para gerenciá-los.

Contudo, o sentimento de vulnerabilidade aos riscos sanitários, sobretudo no caso de surtos, epidemias ou pandemias, não pode ser separado da sensação (política e cultural) de vulnerabilidade social, ou seja, “o risco não é independente, mas socialmente construído, e parte de um processo político no qual valores e interesses modelam os resultados”³²⁽¹³¹⁵⁾. Outrossim, a forma como se responde aos riscos é ‘socialmente mediada’, em que muitos fatores a eles subjacentes não são passíveis de controle, resultando em permanente incerteza e vulnerabilidade. Portanto, nas sociedades contemporâneas, extremamente interdependentes e interconectadas, “os riscos são imprevisíveis, inevitáveis e catastróficos”, praticamente incalculáveis e consistem sempre em “desafios disruptivos”²⁸⁽¹³²⁰⁾.

Mesmo assim, a visão ‘apocalíptica da história’ estimula a elaboração de preparações (*preparedness*) para o enfrentamento dos inúmeros riscos que ameaçam a humanidade, ou seja, a construção de capacidades de previsão e controle⁴⁸. Esse novo paradigma justifica a proliferação de afirmações de que as características inerentes aos processos pandêmicos seriam ‘esperadas’ ou, no mínimo, foram ‘advertidas’ por diferentes meios^{27,49}. Além disso, diante do imponderável, alega-se espanto com a quase total incapacidade da grande maioria dos Estados nacionais para enfrentar esses eventos. O problema é que os inúmeros ‘alertas’ de possibilidade de pandemias, feitos por distintos fóruns e organizações⁴⁹, não foram considerados prioridade, “ocupando um lugar secundário frente às ameaças tradicionais”²⁷⁽³⁵⁾ e, na maior parte dos casos, não se traduziram em decisões de reforço efetivo de capacidades, seja nas organizações multilaterais, seja nos Estados nacionais.

De fato, no atual cenário mundial, a produção de riscos imprevisíveis, não asseguráveis, concretiza-se na inter-relação entre a sociedade, o Estado e a globalização

contemporânea³⁰. De um lado, está a profunda interdependência e conectividade no sistema interestatal e suas pressões sobre: a) a economia (geradas principalmente pela financeirização e endividamentos); b) a sociedade e a política (desigualdades, precarização, destruição do tecido social e emergência de extremismos); e c) o meio ambiente (riscos tecnológicos, mudanças climáticas, deterioro de ecossistemas etc.). De outro lado, estão as crescentes limitações que as políticas de austeridade impuseram (e continuam impondo) aos Estados nacionais, seja no âmbito da economia, das políticas sociais ou da não distinção entre as éticas pública e privada. Sendo assim, as preparações para enfrentamento de riscos não encontram base material e social onde se ancorar e, portanto, não se concretizam.

Tampouco se efetiva a propalada cooperação no sistema interestatal, ao contrário, as disputas entre Estados por bens essenciais para a biossegurança na pandemia (a ‘nova pirataria’) proliferam sem controle e exacerbam-se a sinofobia. Da mesma maneira, a falta de coordenação de ações (entre países e em um mesmo país) e de credibilidade nas lideranças, globais e nacionais, foi generalizada, com louváveis exceções. As diferentes formas de enfrentamento da Covid-19 em distintos países são ‘evidências’ desse processo; assim como o são as resistências às medidas de prevenção (distanciamento físico e social, *lockdown*, uso de máscaras etc.), pois exigem lideranças confiáveis (produto raro no ‘mercado’ hoje em dia) e coesão social (solidariedade e empatia) desvalorizadas pelo individualismo consumista.

Essas constatações evidenciam que a fragilização da OMS resulta de uma dupla dinâmica: ao assumir e incorporar os preceitos da nova ordem mundial neoliberal, para garantir sua sobrevivência, distancia-se gradualmente de abordagens de saúde coletiva, mais holísticas, e com enfoque de bem público, comprometendo sua atuação diante dos desafios contemporâneos à saúde, pois interioriza os problemas oriundos dessa opção e fica refém de atores

poderosos focados em seus próprios interesses. Paralelamente, as pressões externas se intensificam, com as mudanças na ordem mundial e no multilateralismo *pari passu* ao/s enfrentamento/desdobramentos da mais devastadora pandemia de que se tem notícia na história da humanidade, não apenas pela especificidade do patógeno em questão (extremamente danoso), mas principalmente pela exacerbação de múltiplas crises simultâneas.

Os dilemas estão postos, e o desfecho de todo esse processo está em aberto.

Colaboradores

Almeida C (0000-0001-1758-1142)* e Campos RP (0000-0001-7480-4050)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Wallerstein I. The modern world system. Nova York: Academic Press; 1974.
2. Fiori JL. O poder global e a nova geopolítica das nações. Crit. Emancip. [internet]. 2009 [acesso em 2020 jul 6]; 1(2):157-183. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ojs/index.php/critica/article/view/186>.
3. Fiori JL. Babel Syndrome and the New Security Doctrine of the United States. J. Humanit. Aff. [internet]. 2019 [acesso em 2020 jun 15]; 1(1):42-45. Disponível em: <https://www.manchesteropenhive.com/view/journals/jha/1/1/article-p42.xml>.
4. Fiori JL. Réquiem por uma utopia defunta às vésperas da eleição americana. Portal América Latina. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 21]. Disponível em: <http://www.americalatina.net.br/requiem-por-uma-utopia-defunta-as-vesperas-da-eleicao-americana-por-jose-luis-fiori/>.
5. Chase-Dunn C, Lerro B. Democratização da governança global: perspectivas históricas mundiais. Sociologias. [internet]. 2013 [acesso em 2020 maio 12]; 15(32):52-93. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/38641>.
6. Ruggie JG. Multilateralism: the anatomy of an institution. Int. Organ. [internet]. 1992 [acesso em 2020 maio 10]; 46(3):561-598. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/multilateralism-the-anatomy-of-an-institution/AB34548F299B16FDF0263E621905E3B5>.
7. Cox RW. Multilateralism and World Order. Rev. Int. Stud. [internet]. 1992 [acesso em 2020 jul 8]; 18(2):161-180. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/20097291>.
8. Birman, J. A physis da saúde coletiva, PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. [internet]. 2005 [acesso em 2020 maio 5]; 15(supl):11-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>.
9. Pêgo RA, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad. Saúde Pública. [internet]. 2002 [acesso em 2020 maio 5]; 18(4):971-989. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10180.pdf>.
10. Fiori JL. Sobre o poder global. Novos Estud. CE-BRAP. [internet]. 2005 [acesso em 2020 mar 15];

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 73(3):61-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/nec/n73/a05n73.pdf>.
11. Fiori JL. Dialética da Guerra e da Paz. In: José Luís Fiori, organizador. *Sobre a Guerra*. Petrópolis: Vozes; 2018. p. 75-102.
 12. Held D. The diffusion of authority. In: Weiss T, Wilkinson R, editores. *International Organization and Global Governance*. London: Routledge; 2014. p. 60-72.
 13. Almeida C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: Buss P, Tobar S organizadores. *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. p. 4-38.
 14. Ruckert A, Labonté R. Public-private partnerships (PPPS) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Q*. [internet]. 2014 [acesso em 2020 jan 18]; 35(9):1598-1614. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01436597.2014.970870>.
 15. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: Processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública*. [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 2]; 33(14)(supl2):1-16. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-33-s2-e00197316.pdf>.
 16. Weiss T, Wilkinson R. *International organization and global governance: what matters and why*. New York: Routledge; 2014.
 17. Almeida C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde Soc*. [internet]. 1996 [acesso em 2020 jan 10]; 5(1):3-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n1/02.pdf>.
 18. Almeida C. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 1999. [acesso em 2020 abr 28]; 4(2):263-286. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7112.pdf>.
 19. Starr P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. 2. ed. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
 20. Almeida C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: Pereira JMM. *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014.
 21. Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: Finkelman J, organizadores. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Opas; 2002. p. 23-116.
 22. Brown T, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health*. [internet]. 2006 [acesso em 2020 abr 15]; 96(1):62-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470434/>.
 23. Walt G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
 24. Martins CE. O Brasil e a América Latina na geopolítica mundial da COVID-19 e do caos sistêmico. In: Augusto CB, Santos RD. *Pandemias e pandemônio no Brasil*. São Paulo: Tirant lo Blanch; 2020. p. 27-35.
 25. Carvalho EM. O uso político da pandemia e a crise diplomática com a China. In: Augusto CB, Santos RD, organizadores. *Pandemias e pandemônios no Brasil*. São Paulo: Tirant lo Blanch; 2020. p. 36-44.
 26. Almeida C. Global Health Diplomacy: a theoretical and analytical review. In: *Oxford Research Encyclopedia, Global Public Health*, Oxford. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-25>.
 27. Sanahuja JA. COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. 2020. Madrid: Anuario CEIPAZ; 2020.
 28. McInnes C, Roemer-Mahler A. From security to risk: reframing global health threats. *Int. Aff*. [inter-

- net]. 2017 [acesso em 2020 fev 27]; 93(6):1313-1337. Disponível em: <https://academic.oup.com/ia/article/93/6/1313/4568585>.
29. Wenham C. The oversecuritization of global health: changing the terms of debate. *Int. Aff.* [internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 25]; 95(5):1093-1110. Disponível em: <https://academic.oup.com/ia/article/95/5/1093/5556752>.
 30. Kamat S. The privatization of public interest: Theorizing NGO discourse in a neoliberal era. *Rev. Int. Polit. Econ.* [internet]. 2004 [acesso em 2020 jun 16]; 11(1):155-176. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0969229042000179794>.
 31. Almeida C, Braveman P, Gold MR, et al. Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet.* 2001; 376(9757):1.692-1.697.
 32. Roemer-Mahler A. The rise of companies from emerging markets in global health governance: Opportunities and challenges. *Review of International Studies* [internet] 2014 [acesso em 2018 mar 23], 40(5):897-918. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/review-of-international-studies/article/rise-of-companies-from-emerging-markets-in-global-health-governance-opportunities-and-challenges/D3E562B5E7196322AB329709499B3E56>.
 33. Lee K. Understanding of global health governance: the contested landscape. In: Adrian K, Williams D, editores. *Global Health Governance*. New York: Palgrave Macmillan; 2009.
 34. Lee K, Kamradt-Scott A. The multiple meanings of global health governance: A call for conceptual clarity. *Globalization and Health* [internet] 2014 [acesso em 2020 maio 25]; 10(1):28. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/28>.
 35. McInnes C. National security and global health governance. In: Kay A, Williams O, editors. *Global health governance: Crisis, institutions and political economy*. New York: Palgrave Macmillan; 2009. p. 42-58.
 36. Castiel LD. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos.* [internet]. 1996 [acesso em 2020 jun 6]; 3(2):237-264. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a03.pdf>.
 37. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad. Saúde Pública.* [internet]. 2006 [acesso em 2020 mar 1]; 22(11):2339-2348. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf>.
 38. United States State Department. *Global Health Security Agenda Annual Report. Advancing the Global Health Security Agenda: progress and early impact from US investment* [internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 1]. Disponível em: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/02/1-ghsa-annual-report-2016.pdf>.
 39. Kamradt-Scott A. WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. *Third World Quarterly* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jul 7]; 37(3):401-418. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01436597.2015.1112232>.
 40. Richter J. WHO Reform and Public Interest Safeguards: An Historical Perspective. *Social Medicine* [internet]. 2012 [acesso em 2020 jul 10]; 6(3):141-150. Disponível em: <https://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/viewFile/637/1198>.
 41. Fineberg HV. Pandemic Preparedness and Response – Lessons from the H1N1 Influenza of 2009. *The New England Journal of Medicine.* [internet]. 2014 [acesso em 2020 jul 16]; 370(14):1335-1342. Disponível em: <https://www.nejm.org/toc/nejm/370/14>.
 42. Oanh H. COVID-19 demands a stronger commitment to multilateralism. *East Asia Forum.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 7]. Disponível em: <https://www.eastasiaforum.org/2020/05/12/covid-19-demands-a-stronger-commitment-to-multilateralism/>.
 43. MacDonald AP. Power politics threatens global cooperation to combat COVID-19. *East Asia Forum.* [in-

- ternet]. 2020 [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://www.eastasiaforum.org/2020/04/16/power-politics-threatens-global-cooperation-to-combat-covid-19/>.
44. Fidler DP. The dangerous COVID-19 quest for WHO reform. East Asia Forum. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: <https://www.eastasiaforum.org/2020/05/10/the-dangerous-covid-19-quest-for-who-reform/>.
45. Nay O, Kieny MP, Marmora L, et al. Comment: The WHO we want. Lancet [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 11]; 395(10240):1818-1819. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31298-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31298-8.pdf).
46. Keohane RO. The World Political Economy and the Crisis of Embedded Liberalism. In: Goldthorpe JH, organizador. Order and Conflict in Contemporary Capitalism. Oxford: Clarendon Press; 1985. p. 22-26.
47. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2003 [acesso em 2020 maio 27]; 8(2):521-535. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>.
48. Zylberman P. Crises sanitaire, crise politiques. Les tribunes de la santé. [internet]. 2012 [acesso em 2020 jul 23]. (34):35-50. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-santel-2012-1-page-35.htm>.
49. Buss PM, Alcázar S, Galvão LA. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. Estud. Avanç. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 34(99):45-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-45.pdf>.

Recebido em 25/07/2020

Aprovado em 16/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

BRICS: potencialidades de cooperação e papel na governança global de saúde no contexto da pandemia

BRICS: potential for cooperation and role in global health governance in the pandemic frame

Raphael Padula¹, Felipe de Carvalho Borges da Fonseca¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E402

RESUMO O argumento central do artigo é de que os países do BRICS vinham consolidando e ampliando sua cooperação na área da saúde, na qual há importantes complementaridades, que, ao atuarem coordenadamente, contribuem para instalar novas dinâmicas de poder no campo da saúde internacional que desafiam interesses dos Estados e suas empresas transnacionais que concentram esse mercado, especialmente no cenário de pandemia global. O setor saúde é abordado de forma ampla, mas com foco especial na indústria farmacêutica, setor considerado político-estratégico por ser fundamental para a estabilidade política, desenvolvimento socioeconômico e segurança nacional. O artigo apresenta considerações sobre a estratégia estadunidense de segurança nacional no que se refere à saúde. Em seguida trata das vulnerabilidades e potencialidades de cooperação em saúde dos países do BRICS em termos de mercado e acesso universal à saúde, acesso a tecnologias e combate a doenças negligenciadas, relação do Bloco com a governança global em saúde, e finalmente do contexto pandêmico e da geopolítica da vacina. O texto se apoia em informações e dados de instituições especializadas em saúde, documentos de governos ou dos BRICS, e bibliografia de autores especialistas em saúde global.

PALAVRAS-CHAVE BRICS. Organização Mundial da Saúde. Cooperação internacional. Infecções por coronavírus. Tuberculose.

ABSTRACT *The main argument of the article is that the BRICS countries have been consolidating and expanding their cooperation in the area of health, in which they show important complementarities, and that, by acting in coordination, they contribute to establish a new power dynamic in the field of international health that challenge interests of the States and their Transnational Companies that concentrate this market, especially in the pandemic global frame. The health sector is widely approached, but with a special focus on the pharmaceutical industry, a sector considered as strategic because it is fundamental for political stability, socioeconomic development and national security. The article presents considerations on the American national security strategy regarding health. It then addresses the vulnerabilities and potential for health cooperation in the BRICS countries in terms of market and universal access to health, access to technologies and combating neglected diseases, the bloc's relationship with global governance in health, and finally concerning the pandemic scenario and the geopolitics of vaccines. It is based on information and data from specialized health institutions, government or BRICS documents, and in a bibliography of authors specialized in international health.*

KEYWORDS BRICS. World Health Organization. International cooperation. Coronavirus infections. Tuberculosis.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Economia, Pós-Graduação em Economia Política Internacional - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. padula.raaphael@gmail.com



Introdução

A pandemia de Covid-19 traz consigo dinâmicas de poder relevantes para a discussão de conceitos relativamente recentes no repertório político e na literatura, tais como ‘saúde global’, ‘bens públicos globais’, ‘governança global em saúde’ e ‘diplomacia da saúde’¹, que denotam uma crescente importância da saúde nas relações internacionais e a necessidade de maior coordenação entre governos e atores não-estatais na resposta a desafios comuns. Entretanto, revisões de literatura têm apontado que há pouca discussão dos fatores que impulsionaram essa mudança, bem como pouca compreensão sobre como as relações de poder presentes no sistema internacional interferem no alcance de determinados objetivos de saúde global².

Nesse sentido, este artigo aborda como a agenda de saúde estabelecida pela coalizão dos BRICS se insere em tais dinâmicas de poder. O BRICS é um Bloco de países formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, originado inicialmente como um conceito para se referir ao significativo crescimento dessas economias entre 2000 e 2010. A coordenação política entre Brasil, Rússia, Índia e China (BRIC) iniciou-se de maneira informal em 2006, por meio de reunião de trabalho entre os chanceleres dos quatro países à margem da Assembleia Geral das Nações Unidas. Em 2009, foi realizada a primeira cúpula de chefes de estado desses quatro países, que são realizadas anualmente desde então. Em 2011, a África do Sul foi integrada ao Bloco. Hoje, onze anos após a formalização do mecanismo, mais de trinta áreas de cooperação foram estabelecidas, sendo a da saúde uma das mais promissoras, conforme iremos argumentar. Cabe destacar ainda que a cooperação BRICS deu origem a duas instituições no campo financeiro: o Novo Banco de Desenvolvimento (NDB) e o Arranjo Contingente de Reservas (ACR).

Para caracterizar essa atuação conjunta dos BRICS no campo da saúde global, foram analisadas nove declarações das cúpulas

presidenciais, nove declarações das cúpulas ministeriais de saúde, seis comunicados ministeriais emitidos durante as assembleias mundiais de saúde e os resultados dos três editais do Programa Quadro de Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação dos BRICS lançados entre 2016 e 2019. Além disso, foram analisadas declarações e ações tomadas pelos BRICS no contexto da pandemia de Covid-19.

Individualmente, os países dos BRICS também possuem grande peso como mercados consumidores de produtos farmacêuticos e, de maneira crescente, como desenvolvedores e produtores desses mesmos mercados. Essa dupla característica é um fator que gera tensões em áreas como a de propriedade intelectual, onde, na condição de mercados emergentes, os países sofrem pressões de países desenvolvidos pela adoção de regras mais estritas de patenteamento e, na condição de exportadores de versões genéricas, necessitam de regras mais flexíveis. A capacidade de inovação e produção presente nos BRICS também pode desempenhar um papel relevante na resposta global à Covid-19.

Embora não seja uma tendência recente, a indústria farmacêutica global vem passando por um processo de crescente concentração favorável aos países desenvolvidos – Estados Unidos da América (EUA), Europa e Japão – e suas grandes empresas. Ao longo dos anos 2000, em um amplo processo de fusões e aquisições, as grandes empresas transnacionais do setor aprofundaram a convergência entre indústria farmacêutica e indústria biotecnológica voltada à saúde³.

O BRICS, por sua vez, vem desempenhando um papel de contraposição ao modelo de concentração do mercado farmacêutico global. Sob a ótica da Economia Política Internacional, tal cooperação em saúde pode ser compreendida por meio da possibilidade de alçar o BRICS a uma posição influente nas discussões sobre saúde global, com potenciais impactos econômicos e político-estratégicos, inclusive na redução de vulnerabilidades para os países membros.

A cooperação intra-BRICS em saúde se construiu com base no fato de que esses países:

enfrentam desafios similares de saúde pública, incluindo acesso universal a serviços de saúde, acesso a tecnologias de saúde, dentre as quais medicamentos, e o aumento de custos e da carga tanto de doenças infecciosas como crônicas⁴.

Além do combate às chamadas doenças negligenciadas. É nesse sentido que esse Bloco reúne forte potencial de influenciar um amplo conjunto de políticas de saúde, buscando resolver problemas comuns e liderando iniciativas em favor dos países do Sul Global – de renda média e baixa –, de maior vulnerabilidade externa nos campos político-militar e socioeconômico. Isso se torna ainda mais relevante no contexto atual de pandemia de Covid-19, no qual as vulnerabilidades dos países do Sul Global ficam mais explícitas, ao mesmo tempo em que a competição política em torno da saúde e da supremacia de poder global se acelera, até mesmo no caso das vacinas e seus arranjos de cooperação e acesso.

Este texto analisa aspectos da cooperação em saúde dos BRICS, destacando, em especial, suas implicações políticas. O argumento central é o de que os países do Bloco têm importantes complementaridades no campo da saúde e que, ao atuarem coordenadamente, contribuem para novas dinâmicas de poder no campo da saúde global, que desafiam os interesses dos Estados e suas empresas transnacionais que concentram este mercado, especialmente nos casos do acesso a tecnologias e de impactos na governança global em saúde, ficando ainda mais evidente no contexto da pandemia atual. Por ser hoje a maior potência global, sede de seis das dez maiores empresas farmacêuticas globais, o epicentro da inovação no setor farmacêutico e o maior promotor de regras internacionais de propriedade intelectual, os EUA constituem um elemento fundamental de análise para compreender esse setor, bem como as vulnerabilidades estratégicas projetadas sobre outros países⁵.

Gadelha e Silveira⁶ propõe o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), que considera a conexão entre os diferentes setores de saúde e de serviços de saúde, relevando as divergências de interesses entre atores públicos e privados, internos e externos, nos sistemas públicos de saúde nacionais. Aqui, o setor saúde é abordado de forma ampla, mas com foco na indústria farmacêutica, setor considerado político-estratégico por ser fundamental para a estabilidade política, desenvolvimento socioeconômico e segurança nacional de um Estado⁷. A competição interestatal, em um sistema internacional caracterizado por assimetrias de poder e riqueza e conflito de interesses, também reflete no campo da saúde. Padula⁷ afirma que a busca por uma economia nacional mais diversificada e menos dependente das relações exteriores, particularmente em bens industriais e estratégicos, é encarada como um fator que contribui para a independência política ou autonomia estratégica do Estado no sistema internacional por meio da redução de suas vulnerabilidades externas.

Nesse sentido, Padula apresenta o conceito de segurança de saúde como a capacidade de um Estado ter acesso garantido a recursos em bens, serviços e tecnologia, financiamento e mercados na área de saúde, necessários à sustentação de níveis aceitáveis de bem-estar social e poder estatal ou para sua autonomia política. Ainda, a segurança de saúde pode ser vista como a capacidade de uma economia nacional de produzir internamente os bens e serviços de saúde que atendam às necessidades de sua população, de forma a universalizar o acesso tanto em tempos de paz como de conflitos político-econômicos. Depende, assim, do domínio de tecnologias, da capacidade financeira e produtiva e de mobilização de recursos em tempo hábil.

Entretanto, a busca pela autonomia nacional envolve conflitos de interesses interestatais, com afirma Padula, pois Estados poderosos atuam de acordo com os interesses das suas empresas e da manutenção de assimetrias

estruturais no sistema internacional, promovendo acordos e utilizando sua influência em organizações internacionais como forma de legitimar seus interesses, construindo regras que lhes sejam favoráveis para acessar mercados e recursos estratégicos. Por outro lado, para alterar suas condições de vulnerabilidade, os países em desenvolvimento ou posição inferior precisam confrontar a distribuição assimétrica de poder no sistema interestatal, desafiando ou buscando mudar princípios, normas e regras que são de interesse das grandes potências e suas corporações. No contexto atual, no qual os EUA buscam manter sua posição de maior potência global, a China se destaca como seu principal desafiante, e a aliança sino-russa vem buscando uma distribuição de poder menos concentrada no sistema internacional. Tal conflito estrutural tende a ficar mais evidente nas instituições internacionais.

Para comprovar o argumento central e caracterizar esse conflito estrutural, o texto se divide em seis seções, além desta Introdução. Primeiro, são apresentadas considerações sobre a estratégia norte-americana de segurança nacional no que se refere à saúde. A segunda seção trata das vulnerabilidades em saúde nos BRICS, enquanto a terceira aborda seu potencial de articulação em torno de interesses sanitários, econômicos e políticos comuns. A quarta analisa a relação dos BRICS com a governança global em Saúde. A quinta aborda a atuação dos BRICS no contexto da pandemia de Covid-19. A última dedica-se a considerações finais e conclusões. O texto se apoia em informações e dados de instituições especializadas em saúde, em documentos de governos ou dos BRICS e em bibliografia de autores especialistas em saúde global.

Saúde na estratégia dos EUA

McInnes⁸ identifica, a partir dos anos 1990, a consolidação de um processo de ampliação da agenda de segurança, onde uma gama maior de

riscos é considerada, para além das ameaças eminentemente militares. Nessa conjuntura, a saúde passou a ser percebida como uma questão de segurança, levando-se em consideração especialmente as doenças infecciosas, as pandemias e o bioterrorismo.

Nos EUA, diversos documentos da área de inteligência classificam as doenças infecciosas como um grande risco para cidadãos americanos dentro e fora do País, para militares americanos em operação e como um fator gerador de instabilidade em países e regiões onde os EUA têm interesses. No documento do Conselho Nacional de Inteligência⁹ 'A Ameaça Global das Doenças Infecciosas e suas Implicações para os EUA', as doenças infecciosas consideradas mais ameaçadoras para os EUA no período de 2000 a 2020 são HIV/Aids, Tuberculose, Hepatite C, patógenos com alto nível de resistência à antibióticos, como o *Staphylococcus aureus*, e variedades novas e mais letais da Influenza.

Ao analisar outros países e regiões do mundo, os relatórios e estudos da inteligência estadunidense concluem que uma carga elevada e contínua de doenças infecciosas é associada com deterioração econômica, fragmentação social e desestabilização política, com impactos na produtividade, renda e investimentos¹⁰. Do mesmo modo, outros documentos estratégicos concluem que o aumento da carga de doenças crônicas impacta a economia, a legitimidade de governos e a capacidade militar de países e regiões geopoliticamente relevantes¹¹. Acesso limitado a cuidados de saúde para prevenir ou tratar tais doenças, bem como uma baixa qualidade dos serviços, tende a intensificar as divisões sociais, que são um fator relevante de instabilidade política. Do ponto de vista estratégico, o principal impacto de uma resposta de saúde insuficiente é o efeito nas gerações mais jovens, cuja debilitação tem impacto direto no efetivo militar e na capacidade de prontidão das tropas.

O Centro Nacional de Inteligência Médica (NCMI), vinculado à Agência de Inteligência da Defesa (DIA) do Departamento de Defesa

dos EUA, desenvolveu um *ranking* em 2000, e atualizado em 2008, de capacidades em cuidados de saúde, dividindo os países em categorias de 1 a 5, sendo 1 ‘Excelente’, 2 ‘Bom’, 3 ‘Regular’, 4 ‘Ruim’ e 5 ‘Inapropriado’. A análise leva em consideração a infraestrutura de saúde no País, a disponibilidade de produtos farmacêuticos e outros bens de saúde, os recursos orçamentários destinados à saúde e o nível de prioridade política dada ao tema. Nesse levantamento, Brasil, Índia e China aparecem como ‘ruins’, Rússia como ‘regular’ e África do Sul como ‘bom’¹⁰.

Essa análise tem duas funções. A primeira é identificar vulnerabilidades de saúde em países de importância estratégica, cuja superação possa ser explorada, dentre outras coisas, para ampliar a aceitação dos EUA em esforços de reconstrução e estabilização em contextos de conflito, como uma estratégia de ‘diplomacia pela porta dos fundos’ para reduzir tensões com adversários e para aumentar a cooperação e engajamento com poderes emergentes. A segunda é justificar um papel de intervenção passível de ser exercido pelos EUA a pretexto de ‘combater ameaças biológicas e pandemias’ em seu ponto de origem¹¹.

Na Estratégia de Segurança Nacional (NSS) em vigor nos EUA, a competição com outras potências é um tema central, sendo que a Rússia e a China vêm sendo colocadas como principais preocupações desde os documentos estratégicos do governo de Barack Obama¹². A Estratégia Nacional de Defesa de 2018¹³ assevera ainda que a proliferação do conhecimento está erodindo as vantagens históricas dos EUA e que esse processo precisa ser revertido em nome da segurança e da prosperidade estadunidense. Nesse sentido, a NSS de 2017¹⁴ prevê como ação prioritária, além de detectar e conter ameaças biológicas em sua origem e melhorar a resposta a emergências, apoiar a inovação biomédica.

Em relação à pesquisa biomédica em particular, enfatiza-se o fortalecimento do sistema de propriedade intelectual, considerado ‘a base da indústria biomédica’. A NSS fala ainda

em ‘promover e proteger a Base de Inovação em Segurança Nacional (NSIB)’, tendo como ação prioritária a proteção da propriedade intelectual. A estratégia promete combater a apropriação ilícita de conhecimento técnico e tecnológico do setor público e privado estadunidense por competidores externos e dedicar esforços de contra inteligência para acabar com ‘roubo de propriedade intelectual’. Nessa estratégia, os EUA evidenciam que, com o intuito de ‘liderar em pesquisa, tecnologia, invenção e inovação’, realizará esforços de monitoramento de pesquisas em curso em outros países, inclusive na área biomédica, de forma a proteger as vantagens dos EUA sobre seus competidores.

Vale destacar que o Defense Advanced Research Projects Agency (Darpa), subordinado ao Departamento de Defesa e cuja missão é a de liderar a criação de novas tecnologias para segurança nacional, historicamente, tem dado grande relevância a tecnologias da área de saúde. Em 2014, por exemplo, foi criado um escritório específico para dar ênfase à biologia – o Biological Technologies Office (BTO). Na visão estratégica do Darpa, para criar surpresa tecnológica e ‘vantagens de vanguarda’, são essenciais a superação das doenças infecciosas, a neurotecnologia e a biologia sintética. Dentre as vacinas mais avançadas para Covid-19, está a da empresa norte-americana Moderna, que usa o RNA mensageiro (mRNA), uma nova fronteira tecnológica nunca antes aplicada em vacinas. Desde 2013, a Moderna tem sido financiada pelo Darpa para construir sua plataforma de mRNA para desenvolver vacinas para infecções virais.

Nessa competição tecnológica, os EUA têm a China como principal oponente. O governo chinês designou a biotecnologia como indústria prioritária em seu 13º plano quinquenal e na iniciativa ‘Made in China 2025’, com amplo apoio estatal para as empresas domésticas. Além disso, de acordo com a Organização Mundial de Propriedade Intelectual (Ompi), em 2019, a China assumiu a liderança do ranking mundial de patenteamento, posição

detida pelos EUA desde 1978, quando o Tratado de Cooperação em Patentes (PCT) foi estabelecido. Como veremos adiante, o tema das patentes é um eixo crucial da disputa tecnológica entre China e EUA na área biofarmacêutica.

Vulnerabilidades em saúde nos BRICS

Em 2016, o BRICS concentrava 41,2% da população mundial e cerca de 30% do território

mundial em 2017, o BRICS respondia por 23,6% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial¹⁵. Entretanto, os países do BRICS possuem diferenças marcantes em seus indicadores socioeconômicos e estrutura de gastos públicos, conforme mostra a *tabela 1*, além de diferenças em projeção política e poderio militar. Rússia e China são potências milenares detentoras de arsenal nuclear, sendo a China a atual potência desafiante à supremacia global dos EUA, assim como foi a Rússia no período da Guerra Fria. A Índia também possui artefatos militares nucleares.

Tabela 1. Dados relevantes em saúde dos países do BRICS

Dado	Brasil	China	Índia	Rússia	África do Sul
População total (2018)	209.469.333	1.393.000.000	1.353.000.000	144.478.050	57.779.622
Expectativa de Vida ao nascer (2017)	75,72	76,41	68,80	72,11	63,40
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) (2017)	14,8	9,3	39,40	7,6	37,10
Gastos em saúde em % do PIB (2016)	11,77	4,98	3,65	5,27	8,11
Gasto doméstico em saúde como % dos gastos atuais em saúde (2016)	99,12	100	99,99	100	98,07
Gasto governamental em saúde como % dos gastos atuais em saúde	42,28	58,02	25,43	56,95	53,8
Proporção da população vinculada à serviços nacionais, sociais, privados ou esquemas de microcobertura de saúde (2017)	95% ou mais	10 a 40%	Menos de 10%	70 a 95%	95% ou mais

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial; Organização das Nações Unidas (Inter-agency Group for Child Mortality Estimation); Organização Mundial da Saúde.

Índia e África do Sul possuem as expectativas de vida mais baixas dentre os BRICS, bem como as maiores taxas de mortalidade infantil, com valores discrepantes em relação aos demais países. A Índia apresenta os menores gastos governamentais em saúde e o menor gasto proporcional ao PIB, enquanto Brasil e África do Sul são os que mais investem em saúde proporcionalmente ao PIB. Nesse indicador, os BRICS investem bem menos que a média das nações do G7¹⁶.

Em relação à proporção da população afiliada a serviços de saúde, a China e a Índia apresentam percentuais muito baixos. Esse dado

chama a atenção devido ao papel de destaque que ambos os países desempenham na produção e distribuição global de medicamentos genéricos, o que poderia favorecer a robustez de sistemas de saúde nesses dois países, com acesso garantido a medicamentos. A indústria farmacêutica indiana é a terceira maior do mundo em volume, com receitas anuais de US\$38 bilhões e com predomínio de empresas de produtos genéricos¹⁷. Em nível global, a Índia é o maior fornecedor de genéricos. Mesmo assim, a disponibilidade de medicamentos ainda é um desafio no País. Estima-se que 50 a 80% da população não consiga acessar

todos os medicamentos que precisa¹⁸. Esse é um fator relevante de vulnerabilidade, pois a

segurança sanitária está diretamente relacionada ao acesso universal à saúde.

Tabela 2. Impacto de doenças selecionadas (HIV/Aids, TB e câncer) em 2018

Dado	Brasil	China	Índia	Rússia	África do Sul
Pessoas vivendo com HIV/Aids*	860.000	501.000 (2014)	2.100.000	1.000.000	7.200.000
Mortes por HIV/Aids*	14.000	15.300	69.000	24.000	110.000
Novas infecções por HIV/Aids*	48.000	64.400	88.000	100.000	270.000
Incidência de Tuberculose (TB)	95.000	866.000	2.690.000	79.000	301.000
Taxa de mortalidade por TB	6.700	39.400	449.700	10.500	63.000
Número de novos casos de câncer	559.371	4.285.033	1.157.294	543.045	107.467
Número de mortes por câncer	243.588	2.865.174	784.821	314.611	57.373

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Unaid, OMS, Avert.

*Dados de 2017.

Entretanto, na busca por reduzir suas vulnerabilidades em saúde, os países do BRICS têm assumido compromissos com o acesso a tratamentos e com o enfrentamento de doenças de alto impacto epidemiológico e social¹⁹. A *tabela 2* mostra dados relevantes a respeito de doenças específicas, considerando que hoje os países BRICS, além de lidar com uma alta carga de doenças infecciosas, também observam o aumento da carga de doenças crônicas associadas ao envelhecimento da população e à crescente urbanização.

Para lidar com essas doenças, muitas vezes, os países BRICS não dispõem do controle dos bens estratégicos necessários à prevenção, diagnóstico e tratamento, comercializados por empresas estrangeiras. Também são observadas deficiências em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) para tais doenças, que causam uma carência de saberes estratégicos e um quadro de vulnerabilidade.

Em relação à Tuberculose (TB), cabe destacar que os países BRICS estão todos na lista dos 20 países de mais alta carga da doença e, somados, reúnem 50% dos casos no mundo²⁰. Além disso, China, Índia e Rússia são os países com o maior número de casos – 47% do total

de casos globais – de tuberculose resistente a medicamentos, condição considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma emergência de saúde global. Para a OMS, a tuberculose não é uma doença negligenciada e sim uma ‘doença infecciosa de alto impacto’, que está entre as ‘três grandes’ junto com HIV e Malária. Desde 2014, a tuberculose se tornou a mais mortal dentre as infecciosas²¹.

Em relação aos esforços de P&D, os BRICS ainda não apresentam investimentos à altura do impacto da doença em seus países. Essa lacuna se torna ainda mais expressiva perante os investimentos massivos dos EUA em P&D para tuberculose, cujo volume é maior que o de todos os outros países do mundo somados e chegou a US\$316 milhões em 2016. Na lista dos dez países que mais investiram em P&D para tuberculose em 2016, os únicos BRICS que aparecem são a Índia, na sexta posição (US\$14 milhões), e a África do Sul, na décima posição (US\$6 milhões)²².

Cabe notar que, mesmo com o grande investimento estadunidense, o investimento global em P&D para TB permanece abaixo das metas internacionais da OMS, que estipulou como ideal o investimento de US\$2 bilhões por ano.

Em 2017 foram investidos apenas US\$772 milhões. Os EUA foram responsáveis por 40% do total²³. Nota-se que os EUA possuem baixa carga e mortalidade de tuberculose. Ainda assim, do ponto de vista estratégico, é considerada uma doença prioritária, como mostrado na seção anterior. Para superar tais assimetrias, a atuação coordenada do BRICS em P&D em tuberculose constitui uma grande oportunidade.

Os países do BRICS são vistos como alvos prioritários das empresas farmacêuticas devido ao seu potencial de crescimento e consequente lucratividade. De acordo com o

Instituto IQVIA, a China constitui o mercado mais atrativo, com mais de US\$100 bilhões em vendas em 2014, seguida por Brasil, Índia e Rússia, que estão na faixa dos US\$15 bilhões. Por fim, a África do Sul, na lista dos países com até US\$1 bilhão em vendas²⁴. Na *tabela 3*, são reunidos alguns dados relevantes para caracterizar o tamanho dos mercados farmacêuticos dos BRICS, bem como o nível de dependência em relação a produtos farmacêuticos importados ou patenteados, o que revela um desafio, mas ao mesmo uma oportunidade para que encontrem conjuntamente menor vulnerabilidade em segurança de saúde.

Tabela 3. Mercado farmacêutico nos países BRICS em 2016

Dado	Brasil	China	Índia	Rússia	África do Sul
Vendas farmacêuticas (estimativa em bilhões de US\$) (a)	\$18.38	\$115.46	\$17.45	\$15.42	\$2.91
% de vendas de produtos farmacêuticos importados (b)	34.76	17.9	9.68	57.79	-----
% do gasto com medicamentos patenteados (c)	47.4	22.1	9.3	21.7	53.7

Fonte: Elaboração própria a partir de relatórios do US Department of Commerce¹ (a e c), e de Rodwin, Fabre, Ayoub (b)¹⁶.

A *tabela 3* demonstra que Índia, Rússia e China tem os três menores percentuais de compra de medicamentos patenteados. Essa dinâmica tem relação com o regime de propriedade intelectual adotado em cada país, na medida em que favorece em maior ou menor grau a concessão de patentes farmacêuticas. A Índia, por exemplo, que apresenta o menor percentual de gastos com medicamentos patenteados, possui diretrizes de exame que favorecem a rejeição da maior parte dos pedidos de patente solicitados por grandes empresas farmacêuticas transnacionais. Essa postura defensiva, no entanto, não passa despercebida.

Apesar de o Acordo Trips (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) e de a Declaração de Doha possibilitarem certas liberdades no estabelecimento das margens de aplicação dos direitos de propriedade

intelectual, os EUA utilizam instrumentos de sua política comercial para classificar determinados países como violadores desses direitos, questionando suas opções políticas e regulatórias. Entre 2011 e 2018, Índia, Rússia e China foram ininterruptamente colocadas na lista prioritária de observação 301 do Escritório de Representação Comercial dos EUA (USTR), criada para pressionar países que supostamente não respeitam direitos de propriedade intelectual.

O Brasil também aparece no mesmo período, mas na lista de observação e não na lista prioritária. A África do Sul, que tem mais da metade de seu gasto farmacêutico baseado em produtos patenteados, não é citada em nenhuma das duas listas nesse período. As considerações feitas pela seção 301 podem se desdobrar em investigações que aumentam a

pressão sobre os supostos infratores. Entre 1974 e 2018, os EUA iniciaram oito investigações contra o Brasil, seis contra a China, cinco contra a Índia e uma contra a Rússia, segundo dados da Organização Mundial do Comércio (OMC)²⁵.

A *tabela 3* evidencia também que a China é o mercado mais atrativo dentre os países do BRICS. Em 2018, o total de vendas farmacêuticas na China chegou a US\$219 bilhões, valor que levou a um aumento das vendas de produtos patenteados em comparação com 2016, chegando a US\$30 bilhões²⁶. No entanto, essa pode ser considerada uma proporção relativamente baixa. Esses dados podem servir de referência para a compreensão de ofensivas recentes dos EUA contra a China, à qual acusa de proteção insuficiente da propriedade intelectual, tais como: uma investigação iniciada em 2017, por meio da seção 301, a respeito do regime de propriedade intelectual da China sob alegação de ‘práticas econômicas injustas’ e a requisição, em 2018, pelo estabelecimento de um painel no Sistema de Solução de Controvérsias da OMC, acusando a China de violar o Acordo Trips²⁷.

Essas pressões sobre Pequim podem ter contribuído para as concessões que a China fez em propriedade intelectual na primeira etapa do Acordo Comercial entre EUA e China, firmada em janeiro de 2020. Algumas dessas concessões têm impacto direto na área biofarmacêutica, tais como medidas que estendem o prazo de patentes, medidas que aumentam proteções relacionadas à exclusividade de dados clínicos de medicamentos de marca, medidas de proteção a segredos industriais e medidas de *linkage*, que criam uma vinculação entre a patente e o registro sanitário. Todas elas dificultam o desenvolvimento e a comercialização de genéricos por empresas chinesas.

A intensificação dos regimes de propriedade intelectual nos BRICS, de maneira geral, não tem apresentado vantagens estratégicas consideráveis. Em levantamento realizado por Sampath e Park²⁸, reunindo dados de Brasil, China e Índia, concluiu-se que a ampliação da

proteção patentária nesses países está associada com o aumento da remessa de lucros das afiliadas de empresas americanas e com maior poder de mercado delas. Mas a contrapartida esperada, que seria o aumento de intensidade nas atividades de P&D dessas afiliadas, não foi observada, pois justamente o poder de mercado elevado desestimula um ambiente competitivo para a inovação. A pesquisa levou em conta os setores farmacêutico, químico e de tecnologia da informação.

Para reduzir o quadro de dependência de empresas biofarmacêuticas estrangeiras, todos os países BRICS têm adotado estratégias de produção local de medicamentos. Esses países possuem em geral a infraestrutura necessária e a capacidade de produzir genéricos de vários medicamentos essenciais, de modo a atender sua demanda interna e apoiar outros países em desenvolvimento²⁹. Brasil, Índia e China, por exemplo, vinham liderando a fabricação de princípios ativos, medicamentos e vacinas de baixo custo³⁰. O Brasil fabrica localmente a maior parte das vacinas usadas na elevada cobertura vacinal de seu sistema público de saúde. A Índia possui uma sólida indústria de genéricos e é considerada a ‘farmácia dos países em desenvolvimento’ devido à sua capacidade de exportar medicamentos a preços baixos. A China é o maior produtor global de Ingredientes Farmacêuticamente Ativos (IFAs), desempenhando, portanto, um papel estratégico na cadeia produtiva global de medicamentos genéricos e de marca.

A Rússia está expandindo a capacidade de suas empresas locais e garantir que a produção local seja responsável por 50% dos medicamentos em circulação no País, sendo que nos últimos anos cerca de 30 novas plantas farmacêuticas foram construídas e mais de 100 moléculas entraram em estudos clínicos³¹. A África do Sul ainda apresenta um quadro de dependência e possui poucas empresas com musculatura para competição internacional, mas tem investido para atender aos padrões internacionais de boas práticas de fabricação. Os BRICS, portanto, detêm expertise com estratégias para reduzir custos de produção de medicamentos essenciais com vistas

à ampliação e manutenção do acesso universal a tratamentos. No entanto, observa-se atualmente alguns casos de fusão e aquisição de empresas dos países BRICS por empresas transnacionais estadunidenses e europeias^{29,32}. A combinação desses processos de concentração global de mercados e tecnologias, com a desnacionalização de indústrias, tende a gerar vulnerabilidades de segurança de saúde dos países do BRICS³³.

Cabe notar que, apesar das fusões & aquisições e das pressões dos EUA em propriedade intelectual, a China ainda detém uma posição estratégica na área biofarmacêutica, por ser o maior produtor global de IFAs e um dos maiores produtores de genéricos. Cerca de 13,4% das importações dos EUA de medicamentos e produtos biológicos vem da China, sendo que em algumas áreas estratégicas, como antibióticos, cerca de 80% do abastecimento dos EUA vem da China. Essa ‘dependência’ dos EUA em relação à China tem sido apontada pelo congresso americano como uma grande ameaça de segurança nacional, tendo em vista o contexto de guerra comercial entre os dois países. Em relatório de uma comissão especial sobre as relações EUA-China, os parlamentares alertam para a possibilidade de Pequim “usar a dependência dos EUA em relação à China como uma arma econômica e cortar o abastecimento de medicamentos de alta importância”³⁴⁽²⁴⁸⁾. No contexto de pandemia de Covid-19, reveladas as dependências de importações de equipamentos de proteção individual e aparelhos respiradores, tal percepção de vulnerabilidade à segurança de saúde foi reforçada.

O potencial de superação das vulnerabilidades dos BRICS

Desde 2011, o BRICS realizou nove cúpulas ministeriais e seis reuniões de ministros da saúde, além de quatro eventos paralelos nas Assembleias Mundiais de Saúde (AMS). Além disso, apresentaram diversos posicionamentos conjuntos em saúde em ocasiões

como o Conselho Executivo da OMS, os debates das AMS e as reuniões de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre saúde. Vale destacar que, desde 2011, o tema da saúde esteve presente em oito das nove declarações de cúpulas presidenciais do Bloco e que, no campo da Ciência e Tecnologia, a saúde tem sido um dos eixos preferenciais de cooperação. O tema da saúde aparece ainda com destaque na ‘Estratégia de Longo Prazo para os BRICS’³⁵, publicada em 2017 pelo Conselho de *Think-Thanks* do BRICS. Esses dados revelam a busca por uma cooperação em saúde cada vez mais sólida que, na perspectiva do conflito estrutural, poderia se chocar contra os interesses das grandes empresas e Estados que dominam o setor.

Antes mesmo da conformação do BRICS como Bloco, alguns membros, como Brasil, Índia e África do Sul, tiveram papel-chave em contrabalancear uma agenda imposta por países desenvolvidos focada na maximização dos direitos de propriedade intelectual, em especial no setor farmacêutico. Esses países foram lideranças importantes na aprovação da Declaração de Doha, cunhada como instrumento de garantia de que não sofreriam penalidades da OMC relacionadas ao Acordo Trips por responder a crises de saúde³⁶. A partir dessa conquista, tais países, e posteriormente os BRICS como Bloco, realizaram esforços para ampliar a crítica à agenda maximalista de propriedade intelectual e impulsionar a agenda do uso de flexibilidades em defesa da saúde pública³⁷.

Na ‘Estratégia de Longo Prazo para os BRICS’³⁵, as propostas relacionadas à propriedade intelectual consistem em promover plena implantação das flexibilidades, tais como licença compulsória, importação paralela e produção local de medicamentos e vacinas. A Estratégia também propõe que o número de patentes concedidas na área farmacêutica deve ser limitado por meio de critérios mais rigorosos sobre o que pode ser considerado patenteável.

Em relação a P&D, os BRICS também possuem grandes potencialidades. Em números gerais, os BRICS concentram 17% dos investimentos globais em P&D e 27% dos artigos científicos publicados em revistas internacionais³⁵. No setor saúde, a performance em P&D dos BRICS pode ter um papel decisivo, por ser esse um setor de relevância estratégica e de interconexão com as esferas econômica e militar.

Todos os países BRICS estão qualificados no conceito de ‘País em Desenvolvimento Inovador’ (IDC), proposto por Morel e atualizado em 2018^{38,39}. Essa categoria é baseada num ranking de inovação que considera o número total de patentes solicitadas por país via PCT e índice GNI per capita daquele país. De acordo com Vasconcellos et al.³⁹⁽³⁾,

Os IDCs têm a capacidade de desenvolver, produzir, garantir a segurança e comercializar novos produtos de saúde e de desenvolver, testar e introduzir novas políticas e estratégias de saúde.

Segundo o ranking atualizado, os IDCs são: China, Índia, Rússia, Turquia, Brasil, África do Sul, México e Malásia.

De acordo com o relatório G-Finder⁴⁰, a grande maioria (95%) dos recursos públicos investidos em P&D para prioridades globais de saúde por países de baixa e média renda vieram de três IDCs: Índia (US\$76 milhões, 72%), África do Sul (US\$14 milhões, 13%) e Brasil (US\$9,2 milhões, 8,8%). O nível de investimentos públicos realizados pela Índia é notável, mesmo considerando-se países de todas as faixas de renda, o País alcançou a 4ª posição geral e foi responsável pelo maior investimento público já registrado dentre os países de renda média e baixa.

Já a África do Sul, se destaca por ser o país com maior investimento em P&D em proporção ao PIB. Não apenas isso, o investimento da África do Sul em 2017, que registrou crescimento de 24% em relação ao ano anterior, foi o maior já realizado por um país de renda média e baixa, considerando-se essa métrica específica. O Brasil apresentou queda de 42%

nos investimentos em P&D devido a políticas que limitaram os gastos públicos. Essa redução foi gerada especialmente pela redução de 72% em investimentos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e de 67% da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)⁴⁰.

No tema P&D, os BRICS também sinalizam ações conjuntas e cooperação científica, especialmente para doenças como HIV/Aids e Tuberculose. Certamente não é possível considerar intenções e compromissos assumidos em declarações dos BRICS como resultados efetivos. No entanto, análises independentes apontam que em relação a compromissos prioritários em saúde assumidos nas declarações presidenciais, existe uma alta taxa de efetivação de ações concretas pelo conjunto dos países. Em 2014, essa taxa foi de 80%; em 2015, ficou entre 60% e 70%; em 2016, foi de 70%; e, em 2017 e 2018, foi de 100%⁴¹.

Um caso exemplar é a tuberculose, que constitui um eixo prioritário de ação conjunta dos BRICS e está presente em diversas declarações. Nota-se que desde a cúpula ministerial de saúde de 2014, quando os BRICS adotaram um plano de cooperação em Tuberculose, incrementado nas cúpulas seguintes, com ênfase na cooperação em P&D, diversas iniciativas concretas foram anunciadas, em nível nacional e a nível do Bloco.

Em 2015, o Brasil estabeleceu uma ‘Estratégia nacional de pesquisa em TB’, com base na experiência de sua ‘Rede de Pesquisa em Tuberculose’ (Rede-TB), uma coalizão que reúne universidades, grupos de pesquisa, gestores e sociedade civil. Já a África do Sul, incluiu a Tuberculose como uma área prioritária de pesquisa dentro da iniciativa ‘Parcerias Estratégicas para Inovações em Saúde’, gerenciada pelo Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (SAMRC). Em 2016, o governo da Índia lançou um Consórcio de Pesquisa em TB, focado no desenvolvimento de novas ferramentas de combate à doença. A iniciativa canalizou investimentos expressivos, segundo o G-Finder⁴⁰. O Conselho Indiano

de Pesquisa Médica (ICMR) aumentou seu investimento em 47% em 2017, atingindo seu maior volume de financiamento já registrado.

A Rússia, por sua vez, em articulação com a OMS, sediou a primeira Conferência Ministerial pelo fim da tuberculose em novembro de 2017. Na ocasião, o presidente russo anunciou um investimento de US\$15 milhões até 2020 para a cooperação Rússia-OMS pela luta global contra a tuberculose⁴². A China estabeleceu um Consórcio de Pesquisas Clínicas em Tuberculose (CTCT) visando a liderar os esforços do País em pesquisa clínica de alta qualidade em diagnósticos, vacinas e tratamentos para tuberculose⁴³.

No âmbito do Bloco, foi anunciada em novembro de 2017, na cúpula presidencial, a decisão de criar oficialmente a Rede dos BRICS de Pesquisa em Tuberculose – uma proposta já previamente aprovada pelos ministros da saúde. A Rede dos BRICS possui um termo de referência, um secretariado, que já realizou seis reuniões presenciais entre 2018 e 2019, desenvolveu um Programa Colaborativo de Pesquisa, no qual o Brasil, inclusive, já lançou um edital no final de 2019, e tem sido frequentemente mencionada como uma referência para o avanço da P&D em tuberculose, inclusive em documentos oficiais da OMS, como o Relatório Global de Tuberculose de 2018²¹.

Além disso, uma análise da cooperação intra-BRICS em ciência, tecnologia e inovação revela que nos três editais lançados entre 2016 e 2019 para financiar pesquisas em diversas áreas, em média 26% dos projetos aprovados são na área de saúde. Esses editais exigem que cada projeto tenha pesquisadores de, no mínimo, três países diferentes do Bloco. Esses exemplos revelam que a cooperação em saúde não é meramente retórica e já envolve instrumentos de cooperação e investimentos financeiros. Nesse sentido, a declaração da cúpula ministerial de 2019 realizada no Brasil mencionou pela primeira vez a intenção de explorar a possibilidade do NDB financiar projetos em saúde que beneficiem a população dos BRICS.

Os BRICS e a governança global em saúde

Desde a I Reunião dos Ministros de Saúde dos BRICS, em julho de 2011, o Bloco discutiu e coordenou posições sobre questões de interesse comum. O documento dessa reunião já apontava para uma agenda que envolve: a contínua colaboração para promover sistemas universais de saúde, com acesso a medicamentos, bens e serviços públicos; a função do BRICS como fórum de cooperação e debate sobre questões internacionais na área da saúde; a pré-qualificação de medicamentos dos países BRICS, especialmente aqueles relacionados ao HIV/Aids, tuberculose e malária; o esforço para que acordos bilaterais e regionais não comprometam as flexibilidades do Trips; o compromisso com a Declaração de Doha. Assim, o BRICS trouxe uma visão política, econômica e social da saúde, e, em vez de moldar suas ações por meio da perspectiva de ‘ajuda’, como fazem os EUA e demais países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), trabalha com a ‘cooperação’ ou com a ‘assistência para o desenvolvimento’, uma postura diferenciada. Tal agenda seguiu e foi se ampliando, como vimos ao longo do artigo⁷.

Na declaração presidencial de 2017, os BRICS afirmaram que concordam em “impulsionar o papel dos BRICS na governança da saúde global, especialmente no contexto da OMS e agências da ONU”⁴⁽²⁾. Também se comprometem com a “Pesquisa e Desenvolvimento e o acesso a medicamentos, vacinas e diagnósticos de baixos preços, de qualidade, efetivos e seguros”⁴⁽²⁾. Esses compromissos, presentes desde suas primeiras reuniões, sintetizam as ambições dos BRICS e sua agenda central de conciliação de estratégias de inovação e acesso não só aos países do Bloco, mas a todos os países em desenvolvimento.

Historicamente, a agenda de defesa do acesso a medicamentos tem sido liderada por Índia, Brasil e África do Sul, que se firmaram como referências no campo da diplomacia em saúde, inclusive no âmbito do Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (Ibas).

Adicionalmente, China e Rússia, que têm maior peso político e militar no sistema interestatal, têm mostrado que também encaram a saúde como um fator de projeção internacional.

Muitos analistas apontam uma forte vinculação da Iniciativa Belt and Road (Obor) com um crescente papel da China na saúde global. Levando-se em conta a atuação da China na resposta a emergências e surtos, na construção de unidades médicas em outros países, na exportação de tecnologias e conhecimentos médicos e no engajamento em fóruns multilaterais que discutem saúde como o G20 e o BRICS, fica evidente que a saúde será um eixo importante na estratégia geopolítica que está por trás do Obor. Em discurso em Pequim, em novembro de 2016, a então Diretora-Geral da OMS, Margareth Chan, comentou que via grande potencial de a iniciativa se mover para cooperação no enfrentamento de doenças cardíacas, diabetes e câncer⁴⁴.

Já a Rússia, se tornou anfitriã frequente de encontros de alto nível em saúde, começando em 2011 com a Primeira Conferência Ministerial Global em Estilos de Vida Saudáveis e Controle das Doenças Crônicas. Em 2013, a Rússia também desempenhou papel-chave no estabelecimento da Força Tarefa Interagência, liderada pela OMS e voltada para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, inclusive provendo financiamento. Essa Força Tarefa já realizou missões em mais de 20 países.

Em suas cúpulas ministeriais, o Bloco tem reiteradamente se comprometido a fortalecer e legitimar a OMS como a autoridade central nos assuntos de saúde global. Na declaração da Cúpula Ministerial de Saúde de 2017, por exemplo, os BRICS afirmaram o compromisso com a natureza intergovernamental da OMS, mantendo a “integridade, objetividade, supremacia e liderança da OMS na arena da saúde global”⁴⁽²⁾. Esse tipo de declaração é uma resposta ao chamado processo de reforma da OMS, que inclui propostas que aumentam a influência de atores não governamentais na definição de prioridades e implantação de ações. Tal reforma se relaciona, em parte, com uma tendência de

redução de financiamento da OMS, que tem gerado uma dependência maior de fontes não-estatais. O BRICS tem enfatizado a necessidade de manter a supremacia dos Estados Membros nos processos decisórios e tem cobrado transparência em relação ao engajamento da OMS com atores não estatais¹⁹.

Também cabe notar que os BRICS têm um papel relevante no financiamento da OMS por meio de contribuições fixas, que são as quotas pagas pelos Estados Membros de maneira proporcional à sua população e riqueza⁴⁵. Em 2018, a China ocupou o primeiro lugar em valor de contribuições fixas, com US\$16 milhões, seguido do Brasil com US\$5,9 milhões, da Rússia com US\$4,4 milhões e da Índia com US\$0,67 milhão¹⁹. No contexto da pandemia, a China fez duas doações extras para a OMS, para apoiar os esforços de combate à doença, totalizando US\$50 milhões. O Brasil, por sua vez, tem uma dívida acumulada de cerca de US\$33 milhões por não ter pago suas contribuições de 2019 e 2020.

Para melhor caracterizar o alinhamento político dos BRICS, analisamos as nove declarações das cúpulas ministeriais de saúde, os seis comunicados de ministros da saúde emitidos nas assembleias mundiais de saúde e as nove declarações presidenciais emitidas entre 2011 e 2019 e identificamos temas que foram reiterados de forma consistente sob as distintas presidências do Bloco e sob distintos governos em cada país: 1) Uso de flexibilidades do regime de propriedade intelectual para assegurar acesso a medicamentos, 2) Esforços de inovação, especialmente buscando alternativas aos modelos de inovação que hoje favorecem as grandes empresas do norte global; 3) Tuberculose, considerado um desafio comum para todos os países devido à carga da doença e às lacunas que ainda persistem na resposta; 4) O papel da OMS na governança global de saúde e os debates sobre reformas que ampliam a influência de atores não-estatais, em especial do setor privado. Na *tabela 4*, são quantificadas as vezes em que cada um desses temas aparece em diferentes tipos de declarações emitidas pelos BRICS.

Tabela 4. Temas de destaque em declarações do BRICS (2011-2019)

Declarações	Total	Flexibilidades do			Reforma da OMS
		Trips e acesso a medicamentos	Novos regimes de inovação	Tuberculose	
Cúpulas Ministeriais de Saúde	9	9	8	9	6
Reuniões de Ministros nas Assembleias Mundiais de Saúde	6	6	6	4	6
Cúpulas presidenciais	9	3	5	5	0

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos das cúpulas e reuniões citadas.

No tema da inovação, além de propor ações conjuntas e cooperação em P&D para doenças como HIV/Aids e TB, os BRICS convergem com posicionamentos que apontam as limitações e falhas do sistema de patentes em relação à inovação e defendem novas abordagens e princípios, tais como: ‘promover transparência em relação a custos de P&D e estabelecimento de preços de medicamentos’, ‘priorizar necessidades específicas de P&D dos países em desenvolvimento’, adotar ‘abordagens inovadoras e aprimoradas em P&D’ e ‘aplicar o princípio norteador da desvinculação dos custos da P&D do preço dos produtos de saúde’⁴.

Cabe notar que o princípio da ‘desvinculação’ ganhou destaque a partir do relatório do Consultative Expert Working Group on Research and Development (CEWG) da OMS, lançado em 2012, mas sofreu forte oposição das grandes empresas farmacêuticas e seus Estados sedes, justamente por romper com a base do sistema de inovação baseado em patentes. Os BRICS afirmam que o princípio da desvinculação é uma estratégia para garantir “acesso equitativo e a preços baixos a medicamentos, vacinas, diagnósticos e outros produtos médicos seguros, efetivos e de qualidade, incluindo genéricos”⁴⁽²⁾.

Conforme já mencionamos, promover o acesso a medicamentos, vacinas, diagnósticos e outros produtos médicos é uma prioridade declarada do Bloco. Nesse sentido, os BRICS reiteradamente pautam a ‘aplicação plena’ das flexibilidades do Trips para proteger interesses

de saúde pública. Também é frequente a afirmação de que vão atuar conjuntamente para ‘proteger o espaço político contra medidas Trips-plus e outras medidas que impedem o acesso a medicamentos’. Sobre esse tema, é importante mencionar ainda que as declarações dos BRICS contêm referências a processos de negociação onde há uma oposição explícita entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos, como, por exemplo, a Estratégia Global e Plano de Ação em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (GSPOA), o Relatório do Grupo CEWG, da OMS, e o relatório e recomendações do Painel de Alto Nível da ONU sobre Acesso a Medicamentos⁴.

A GSPOA é considerada uma vitória da diplomacia em saúde de países dos BRICS, pois aponta falhas do sistema de propriedade intelectual e defende novas abordagens para inovação e o uso de flexibilidades do Trips. O CEWG veio na esteira da GSPOA e fez propostas concretas de princípios que deveriam nortear a inovação, como a desvinculação. Já o Painel de Alto Nível trouxe novamente à tona propostas que alteram as premissas básicas do sistema de patentes, capazes de modificar regras que garantem a concentração do mercado farmacêutico nas mãos de empresas estadunidenses e europeias. Essas negociações e relatórios sofreram forte oposição dos EUA e de países europeus, bem como de atores do setor privado. Os posicionamentos dos BRICS em relação à OMS e à flexibilização do Trips são totalmente contrários aos interesses e

ações dos EUA, que têm por objetivo fortalecer o Trips, inclusive por meio da lista prioritária de observações do USTR mencionada, ou ampliá-lo por meio de acordos bilaterais. Esse antagonismo pode ficar ainda mais explícito do âmbito da pandemia, com China e Rússia contrapondo-se aos EUA.

Os BRICS, a pandemia de Covid-19 e a geopolítica das vacinas

A pandemia do novo coronavírus, decretada em março de 2020, também pode ter efeitos significativos nas relações entre os países BRICS em busca de segurança sanitária, e no papel do Bloco na governança global. Em abril de 2020, o BRICS, sob presidência russa, declarou que o combate a Covid-19 está na agenda do Bloco. No final de abril, o BRICS realizou uma Conferência Extraordinária de Ministros das Relações Exteriores sobre Covid-19, na qual os países concordaram em intensificar compartilhamento de informações e colaboração em pesquisas de vacinas e medicamentos, e se comprometeram com o reforço do multilateralismo. Em setembro, os ministros se reuniram novamente e emitiram uma nova declaração onde encorajaram a operacionalização do Centro dos BRICS de Pesquisa e Desenvolvimento em Vacinas, proposta que havia sido elaborada na reunião ministerial de saúde de 2018, mas que nunca saiu do papel⁴.

Os países BRICS também possuem mecanismos de atuação coordenada. Desde 2016, por meio do programa de Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação, realizam editais conjuntos de financiamento de pesquisa em várias áreas. Em 2020, pela primeira vez, o BRICS lançou um edital com um tema único: Covid-19. Os projetos devem focar em diferentes tecnologias para o enfrentamento da pandemia, incluindo vacinas, e devem envolver ao menos três países do Bloco. Por meio dessa iniciativa,

é possível haver um impulso adicional para projetos que já estão em curso em cada um dos países e um estímulo para cooperação concreta entre eles.

Além disso, o NDB estabeleceu uma Unidade de Assistência Emergencial, que disponibilizou um montante de US\$10 bilhões de apoio aos BRICS na resposta à Covid-19. Já foram aprovados quatro empréstimos emergenciais, no total de US\$4 bilhões, sendo dois para a China, um para a Índia e um para a África do Sul. De acordo com comunicado do Conselho gestor do NDB, esses empréstimos podem ser usados tanto para gastos diretamente relacionados com o enfrentamento da pandemia como para apoiar medidas governamentais de recuperação econômica.

As relações intra-BRICS, no entanto, sofrem algumas conturbações importantes, com destaque para o notável alinhamento do Brasil com os EUA por força de mudanças recentes na política externa brasileira, intensificadas com o governo Bolsonaro. Observa-se a opção do governo brasileiro por um alinhamento automático com os EUA na disputa econômica e política entre EUA e China em áreas tecnológicas estratégicas, com claras implicações militares.

Exemplar nesse sentido é a tentativa do governo brasileiro de reproduzir a postura norte-americana de ataques à OMS. Desde março, o governo estadunidense tem criticado a atuação do órgão, e em julho notificou ao Sistema ONU sua intenção de retirar seu financiamento à OMS. O governo brasileiro, como já mencionado, não está honrando com seu compromisso financeiro com a OMS desde 2019, tem feito declarações que desqualificam as orientações científicas proferidas pelo órgão e cobrado uma investigação sobre as falhas na resposta à pandemia, em claro alinhamento com o governo Trump.

Por outro lado, o Brasil tem se colocado como colaborador da OMS em iniciativas que visam a fortalecer o acesso a medicamentos, diagnósticos e vacinas de forma equitativa em nível global, em alinhamento com as declarações do BRICS. Nesse sentido, o Brasil se

tornou membro do Conselho de Facilitação da Iniciativa ACT-A, articulada pela OMS com o objetivo de acelerar o desenvolvimento e a distribuição de tecnologias de saúde, e declarou a intenção de participar e investir na iniciativa Covax, que é parte da arquitetura desenvolvida em parceria com a OMS e tem foco na compra e distribuição de vacinas.

O alinhamento entre Brasil e EUA coloca em relevo as diferenças marcantes entre os BRICS, visto que a China é a maior desafiante da supremacia estadunidense, alçando tecnologia de ponta na área de saúde e biotecnológica, enquanto o Brasil possui uma indústria altamente dependente de insumos externos e atualmente busca uma política subalterna aos interesses estadunidenses.

No entanto, não há indícios significativos de isolamento do Brasil no BRICS por conta dessa postura. Em maio de 2020, por exemplo, o Conselho de Governadores do NDB elegeu por unanimidade o brasileiro Marcos Troyjo, então secretário especial de Comércio Exterior e Assuntos Internacionais do Ministério da Economia, como presidente do Banco pelos próximos cinco anos. Além disso, o governo Bolsonaro desenvolveu algumas cooperações bilaterais com membros do Bloco, como, por exemplo, a importação da China de equipamentos de proteção para profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); a articulação com o governo indiano para receber insumos farmacêuticos, a despeito do bloqueio de exportação que havia sido imposto pelo governo Modi; e uma reunião entre Bolsonaro e Vladimir Putin em junho para aprofundar a cooperação entre Brasil e Rússia no combate à pandemia.

Inegavelmente, o aumento da rivalidade entre China e EUA vai ser um fator decisivo para definir o quão insustentável a postura do Brasil pode se tornar para a coesão interna do BRICS. As polarizações entre EUA e China em relação às instituições multilaterais e à cooperação na distribuição de vacinas e outros bens de saúde estão dando o tom de uma nova ordem de saúde global, com novas distribuições de

poder que afetarão a capacidade dos espaços decisórios multilaterais de definir as regras e dará novos contornos ao papel que um Bloco como o BRICS pode desempenhar.

Na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 18 e 19 de maio de 2020 com foco na crise da Covid-19, China e EUA manifestaram posições absolutamente antagônicas em dois temas centrais: O papel da OMS e o regime de patentes. A resolução sobre combate à Covid-19, aprovada pelos 194 Estados membros, fez referência ao uso de flexibilidades do Acordo Trips para garantir ‘acesso universal, rápido e equitativo e distribuição justa’ de medicamentos, vacinas e outras tecnologias essenciais de saúde. No entanto, os EUA apresentaram uma declaração por escrito na qual se dissociaram dos parágrafos da resolução que tratam das flexibilidades do Trips, alegando que essa linguagem poderia afetar o incentivo para o desenvolvimento de novos produtos. Além disso, o presidente dos EUA, Donald Trump, enviou uma carta ao Diretor-Geral da OMS acusando a instituição de falhas graves.

Já a China, participou da AMS com um discurso oposto. Representada pelo Presidente Xi Jinping, enfatizou a liderança da OMS na resposta global à Covid-19 e convocou aumento do apoio político e financeiro para a instituição. Além disso, declarou que assim que uma vacina for desenvolvida no País, ela será tornada um ‘bem público global’, ou seja, não estará sob monopólio, de modo a favorecer o acesso em todos os países.

Inegavelmente, a vacina para Covid-19 configura um bem estratégico em torno do qual o tabuleiro geopolítico está se movimentando devido à sua capacidade de gerar prestígio, status e liderança para os países que a obtenham primeiro, além de possibilitar uma maior segurança sanitária e vantagens no processo de ‘reativação econômica’. Os esforços para o estabelecimento de uma cooperação internacional na compra e distribuição de vacinas são ainda limitados em termos de captação de recursos e coordenação política. Apesar de ter sido anunciado um consórcio internacional

de vacinas, o Covax, que teria como missão centralizar negociações com as empresas e distribuí-las de forma equitativa entre os países, inclusive os de mais baixa renda, prevalecem acordos bilaterais entre países e empresas, gerando incerteza sobre que estoques restarão para a cooperação internacional. Além disso, o papel da OMS nessa iniciativa é de parceira e não executora, o que revela o avanço de um processo de fragilidade da instituição como espaço de articulação multilateral.

Existem muitos projetos em curso para desenvolvimento de vacinas para Covid-19, mas já se evidencia uma corrida mais acirrada entre instituições e empresas dos EUA, China e Rússia, que se encontram em fase mais avançada de desenvolvimento, além do Reino Unido, que é sede de um dos projetos mais promissores e avançados. Com base em dados disponíveis em setembro de 2020, evidencia-se que tanto China como EUA possuem, cada um, quatro vacinas na etapa final de desenvolvimento clínico, enquanto a Rússia tem uma. Tanto China como Rússia implantaram processos de aprovação emergencial e limitada dessas vacinas, mesmo antes da obtenção de resultados preliminares dos estudos em clínicos definitivos. Os EUA, por sua vez, estabeleceram acordos de compra antecipada das quatro vacinas mais avançadas das empresas estadunidenses e de outras duas vacinas desenvolvidas por empresas europeias. A função desses acordos é garantir acesso prioritário dos EUA às primeiras doses produzidas.

No debate público, se convencionou chamar tal postura de ‘nacionalismo das vacinas’, onde se aplica uma lógica de supremacia da necessidade nacional frente à necessidade global, o que favorece os países com maior poder econômico ou que são sede das maiores empresas do setor farmacêutico. As posturas de China e Rússia também têm um forte caráter nacionalista e são marcadas por uma clara disputa com os EUA por liderança tecnológica, o que pode significar que decisões científicas e regulatórias venham a ser afetadas pelo ritmo da competição geopolítica. Porém, as estratégias

chinesa e russa diferem da norte-americana por incluírem uma agenda mais pronunciada de parcerias de pesquisa e produção com outros países, o que denota uma conexão com pautas da agenda BRICS que abordamos anteriormente, como a transferência de tecnologia, mas também uma estratégia de usar as vacinas como instrumento diplomático e como vetor de aumento do *soft power* na arena internacional.

No entanto, em relação aos mecanismos multilaterais criados para investir no desenvolvimento de vacinas para emergências globais de saúde, como é o caso da Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (Cepi), os investimentos se concentram principalmente nas vacinas com origem nos EUA e na Europa. Das nove vacinas de Covid-19 presentes no portfólio do Cepi, cinco têm envolvimento de empresas norte-americanas, duas de empresas europeias, e as outras se referem a projetos com origem no Japão e na Austrália. Portanto, há um desequilíbrio na inserção de vacinas de origem norte-americana nesses mecanismos em comparação com vacinas de origem chinesa e russa.

Apesar de a corrida das vacinas ter como eixo central essa dinâmica entre as três potências do sistema internacional, cabe lembrar que a Índia possui duas vacinas que estão em etapas relativamente avançadas de desenvolvimento e abriga o maior produtor de vacinas do mundo em volume, o Serum Institute of Índia, que já tem acordos para produzir a vacina da AstraZeneca (Reino Unido) e da Novavax (EUA), além de ter parcerias para reforçar a produção das vacinas que estão sendo desenvolvidas no País. Embora não exista nenhum projeto nacional de vacina em fase clínica, o Brasil firmou acordos relacionados a seis vacinas: AstraZeneca (Reino Unido), Sinovac (China), Sinopharm (China), Biontech/Pfizer (EUA), Johnson & Johnson (EUA) e Gamaleya (Rússia).

No caso da África do Sul, estão confirmados ensaios clínicos com três das vacinas mais avançadas: Moderna, Johnson & Johnson e AstraZeneca. Esses dados revelam que,

individualmente, os países do BRICS têm uma inserção relevante na dita ‘corrida das vacinas’ e dispõem de prévios arranjos diplomáticos, financeiros e institucionais para atuar de forma conjunta. Resta saber se os alinhamentos políticos, presentes nas declarações analisadas neste artigo, serão mais fortes do que as divisões e disputas internas.

Ao menos Brasil e África do Sul estão em algum nível, pautando, por exemplo, o tema das flexibilidades do Acordo Trips. No plano internacional, a África do Sul submeteu no final de julho um documento na OMC demandando uma abordagem mais ‘holística’ para o uso de flexibilidades do Trips no contexto da pandemia, na qual não apenas patentes, mas também segredos industriais, designs industriais e copyrights estejam sujeitos ao uso de medidas como licença compulsória. Em nível nacional, o Brasil está em um processo avançado de discussão do projeto 1462/20, que estabelece licença compulsória automática para todas as tecnologias comprovadamente eficazes para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 e futuras pandemias.

Declarações alinhadas com essa diretriz política também emergiram na Índia e na China. Considere-se, por exemplo, o anúncio feito pelo CEO do Serum Institute of India de que não vai patentear a vacina que está desenvolvendo e que 50% da produção será para atender à demanda indiana e os outros 50%, à demanda global. Ou, ainda, a declaração do Chanceler chinês em encontro com ministros latino-americanos em julho, quando afirmou que a vacina desenvolvida na China será um bem público de acesso universal, ecoando a declaração do presidente Xi Jinping na Assembleia da OMS.

A pandemia e a corrida pelas vacinas trazem para o primeiro plano uma geopolítica biofarmacêutica⁴⁶, onde está em jogo uma disputa de superioridade tecnológica, com EUA, China e Rússia como principais atores. Está em jogo também a busca por uma segurança sanitária privilegiada, que, no caso dos EUA, se afirma com base na projeção de suas empresas e seus monopólios, gerando uma

perspectiva de escassez global e, no caso do BRICS, caminha em paralelo a um discurso de aposta no multilateralismo e numa agenda de diplomacia em saúde, onde há mais espaço para cooperação com outros países, inclusive no abastecimento de vacinas.

Conclusões e considerações finais

As grandes empresas transnacionais dos países desenvolvidos concentram o mercado farmacêutico global e seus Estados atuam no sentido de promover a maximização dos direitos de propriedade intelectual. Paralelamente, a estratégia estadunidense de segurança nacional no que se refere à saúde aponta claramente que essa área é considerada estratégica. Nesse sentido, apoiar a inovação biomédica, manter a liderança tecnológica e usar o Trips diante da competição geopolítica interestatal, principalmente frente a países do BRICS identificados como rivais, a exemplo de Rússia e China, aparecem como elementos importantes.

Os países do BRICS possuem diferenças marcantes tanto em suas projeções e pretensões políticas internacionais como em seus indicadores socioeconômicos e estrutura de gastos públicos. Entretanto, na busca por reduzir suas vulnerabilidades em saúde, os BRICS têm encarado a atuação coordenada no combate a doenças de alto impacto, como a tuberculose, como uma grande oportunidade.

Conforme evidenciamos, em quase uma década de cooperação em saúde, os BRICS desenvolveram não apenas consistência em alguns posicionamentos sobre temas centrais de saúde global como também iniciaram ações concretas de cooperação que começam a gerar resultados. A estratégia dos BRICS, no entanto, se apoia no papel das instituições multilaterais, que estão num processo acentuado de crise, incorrendo em poder institucional e normativo cada vez mais reduzido da OMS em particular. Ao mesmo tempo, o avanço da cooperação dos BRICS esbarra em tensões internas dos

países a respeito da sua inserção nas cadeias de valor do mercado farmacêutico, especialmente com a China e a Índia tendendo a reformas de propriedade intelectual que fazem concessões aos interesses dos EUA, bem como em tensões internas entre os países membros, especialmente China e Índia, que disputam mercados farmacêuticos. Além disso, as mudanças na política externa brasileira também acenam como um risco para a coesão do Bloco.

É em meio a essa combinação de potencialidades e fragilidades que os BRICS tentam se articular na resposta à pandemia de Covid-19, aproveitando arranjos institucionais que já haviam sido estabelecidos, como o NDB e os editais de ciência e tecnologia, e reforçando politicamente o papel da OMS, com participação limitada do Brasil. Essas estratégias têm suas limitações e ainda representam uma pequena parcela do potencial de influência que os BRICS poderiam desempenhar na saúde global, levando-se em consideração a falta de ações mais efetivas para dar corpo aos posicionamentos do Bloco a respeito do sistema de patentes e das reformas para transformar o sistema de inovação mais transparente, sustentável e menos controlado por empresas do norte global. Ainda assim, o fato de os países membros do Bloco terem foco na agenda de acesso a medicamentos, produção local e transferência de tecnologia e estarem ativamente envolvidos no desenvolvimento das vacinas

para Covid-19, bem como medicamentos e diagnósticos, traz à tona novas oportunidades para o papel do Bloco na resposta a desafios comuns dos países em desenvolvimento.

Do ponto de vista da Economia Política Internacional, a pandemia de Covid-19 intensifica a disputa entre EUA, China e Rússia, tendo a corrida pelas vacinas como um dos vetores mais expressivos, assim como coloca em relevo a importância da segurança em saúde. De fato, a pandemia explicitou disputas que já vinham se desenvolvendo no século XXI, inclusive em relação ao papel da OMS, de um lado, e da OMC, de outro. A primazia de interesses nacionais é intensificada em todas as partes, mas ainda assim o BRICS tem buscado manter sua convergência e cooperação. Ao que tudo indica, esses esforços são insuficientes para reverter a tendência de derrocada do multilateralismo e de aumento das inequidades no acesso à saúde impulsionadas pela agenda estadunidense, embora, ao menos, sirvam para marcar um contraste que vai ser decisivo no longo processo de redefinição das bases do que se convém chamar de saúde global.

Colaboradores

Padula R (0000-0002-8703-5171)* e Fonseca FCB (0000-0002-1070-0049)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Almeida C. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; 2013. p. 233-327.
- Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, et al. Global health diplomacy: A critical review of the literature. *Soc. Scie. Med.* 2016; (155):61-72.
- Padula R. 'Economia Política Internacional da Saúde, autonomia estratégica e segurança nacional'. *Carta Inter.* 2017; 12(2):174-196.
- Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Declarações e Comunicados Setoriais. [internet]. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/tags/tag/brics>.
- Carvalho F. O complexo médico-tecnológico-financeiro norte-americano: uma investigação a partir do setor biofarmacêutico. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
- Gadelha C, Silveira L. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In: Noronha JC, Pereira TR, organizadores. A saúde no Brasil em 2030: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. v. 1. Rio de Janeiro: Saúde Brasil 2030; Fiocruz; 2013.
- Padula R. A cooperação em saúde no BRICS: uma perspectiva econômica e política brasileira. In: Costa D, Gonçalves W, organizadores. Brasil nos BRICS. Rio de Janeiro: Capax Dei; 2015.
- McInnes C. Health. In: Williams P, editor. *Security Studies, an introduction*. London: Routledge; 2008.
- National Intelligence Council. *The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States*; Washington, DC: Central Intelligence Agency; 2000.
- National Intelligence Council. *Strategic Implications of Global Health*. Washington, DC: Central Intelligence Agency; 2008.
- National Intelligence Council. *The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China*. Washington, DC: Central Intelligence Agency; 2002.
- Padula R. A geopolítica estadunidense e a Eurásia. In: Fiori JL, organizador. *Sobre a guerra. Petrópolis*: Vozes; 2018.
- Department of Defense. *National Defense Strategy of the United States of America 2018: Sharpening the American Military's Competitive Edge*. Washington, DC: DoD; 2018.
- The White House. *National Security Strategy of the United States of America*. Washington, DC: The White House; 2017.
- China. *Brics Joint Statistical Publication 2017* [internet]. 2017. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2017/JSP-2017.pdf.
- Rodwin VG, Fabre G, Ayoub RF. BRIC Health Systems and Big Pharma: A Challenge for Health Policy and Management. *Inter. J. Health Pol. Manag.* 2018; 7(3):201-206.
- Indian Pharmaceutical Alliance. *The Indian pharmaceutical industry – the way forward*. Mumbai: IPA; 2019.
- Maiti R, Bhatia V, Padhy B, et al. Essential Medicines: An Indian Perspective. *Indian J. commun. med.* 2015; 40(4):223-232.
- Reddy SK, Mazhar S, Lencucha R. The financial sustainability of the World Health Organization and the political economy of global health governance: a review of funding proposals. *Glob. Health.* 2018; 14(19):1-11.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF: MS; 2019.
21. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Genebra: WHO; 2019.
22. Low M. Which countries invest most in Tb research? [internet] 2017. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: <https://www.spotlightnsp.co.za/2017/12/06/countries-invest-tb-research/>.
23. Treatment Action Group. Tuberculosis Research Funding Trends 2015-2017. New York, TAG: 2018.
24. IQVIA Institute. Report 2018 and Beyond: Outlook and Turning Points. North Carolina: IQVIA; 2018.
25. US Trade Representative. Update concerning China's acts, policies and practices related to technology transfer, intellectual property, and innovation [internet]. 2018. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: <https://ustr.gov/sites/default/files/enforcement/301Investigations/301%20Report%20Update.pdf>.
26. US Department of Commerce. China Pharmaceuticals [internet]. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.export.gov/article?id=China-Pharmaceuticals>.
27. World Trade Organization. DS542: China – certain measures concerning the protection of intellectual property rights [internet]. 2018. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds542_e.htm.
28. Sampath PG, Park W. Do Patents Lead to Market Concentration and Excess Profits? GDAE Working Paper 19-02. Massachusetts; TUFTS University; 2019.
29. Ezziane Z. Essential drugs production in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS): opportunities and challenges. *Inter. J. Health Polic. Manag.* 2014; 3(7):365-370.
30. Acharya S, Barber S, Lopez-Acuna D, et al. BRICS and global Health. *Bulletin of the World Health Org.* 2014; 92(6):385-464.
31. Nova Medica. The “Pharma-2030” Strategy: Promoting Globalization [internet]. 2018. [acesso em 2020 mar 19]. Disponível em: <https://novamedica.com/media/smi/p/8691-the-pharma-2030-strategy-promoting-globalization>.
32. Gagnon M, Volesky KD. Merger mania: mergers and acquisitions in the generic drug sector from 1995 to 2016. *Global Health*; 2017; 13(62):1-7.
33. Padula R, Noronha G, Mitidieri T. “Complexo econômico-industrial de saúde, segurança e autonomia estratégica Para Pensar a Inserção do Brasil Frente ao Mundo”. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
34. US-China Economic and Security Review Commission (USCC). Report to Congress [internet]; 2019. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.uscc.gov/sites/default/files/2019-11/2019%20Annual%20Report%20to%20Congress.pdf>.
35. BRICS Think Tanks Council. Realizing the BRICS Long-Term Goals [internet]. 2017. [acesso em 2020 mar 19]. Disponível em: <https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/08/Brics.pdf>.
36. Odell J, Sell SK. Reframing the Issue: The Coalition on Intellectual Property and Public Health in the WTO, 2001. In: Odell J, editor. *Negotiating trade: developing countries in the WTO and NAFTA*. New York: Cambridge University Press; 2006.
37. Menezes HZ. South-South Collaboration for an Intellectual Property Rights Flexibilities Agenda. *Contexto inter.* 2018; 40(1):117-138.
38. Morel C, Broun D, Dangi A, et al. Health Innovation in Developing Countries to Address Diseases of the Poor. *Innovation Strat. Today.* 2005; (1):1-15.
39. Vasconcellos A, Fonseca B, Morel C. Revisiting the concept of Innovative Developing Countries (IDCs)

for its relevance to health innovation and neglected tropical diseases and for the prevention and control of epidemics. *PLoS Neglected Trop. Diseases*. 2018; 12(7):1-20.

40. Policy Cures Research. Neglected Disease Research and Development: Reaching new
41. Heights. Sydney: G-Finder Report; 2018.
42. BRICS Research Group. BRICS Johannesburg Summit Final Compliance Report 2018-2019 [internet]. 2020. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: <http://www.brics.utoronto.ca/compliance/2018-johannesburg-final-compliance.pdf>.
43. Center for Strategic and International Studies. Putin and global health: friend or foe? [internet]. 2019. [acesso em 2020 jan 3]. Disponível em: <https://www.csis.org/analysis/putin-and-global-health-friend-or-foe>.
44. China Tuberculosis Clinical Trial Consortium. 4th Annual RePORT International Meeting [internet]. 2018 [acesso em 2020]. Disponível em: <https://www.report-international.org/sites/default/files/resources/Introduction%20of%20China%20Tuberculosis%20Clinical%20Trial%20Consortium%20%28CTCTC%29.pdf>.
45. Nikogosian H. Global health disruptors: The Belt and Road initiative. *BMJ* 2018; 363(Special supplement on Global Health Disruptors):22.
46. World Health Organization. Contributors [internet]. 2017. [acesso em 2020 mar 19]. Disponível em: <http://open.who.int/2016-17/contributors/contributor>.
47. Carvalho F. State-company institutional complementarities on biomedical R&D in the US and its global consequences. *Inter. Relations a Diplo*. 2020; 8(4):155-172.

Recebido em 18/08/2020
Aprovado em 28/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A gestão política da Covid-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional

The political management of Covid-19 in Portugal: analytical insights for the international debate

Tiago Correia¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E403

RESUMO À medida que a pandemia por SARS-CoV-2 alcança a escala planetária, multiplicam-se as respostas políticas de combate à doença Covid-19. Contudo, não só persiste a falta de evidência sobre os processos de tomada de decisão e os resultados obtidos – incluindo os colaterais – como também a análise de políticas não tem sido capaz de ultrapassar reportes descritivos que pouco acrescentam à compreensão teórica da gestão política dessa doença. Partindo do caso português, este ensaio visa contribuir para corrigir essas lacunas, em concreto: colaborar para a melhoria das respostas políticas e para a consolidação do debate teórico a respeito da tomada de decisão política em contexto de crises sanitárias. A reflexão desenvolve-se em torno da necessidade de clarificar os objetivos de gestão dos contágios (se é erradicar, gerir, ignorar ou se há incapacidade na gestão das cadeias de transmissão), sobre a qualidade da monitorização e limites da comparação internacional (as diferenças de metodologias e a importância dos rastreios) e sobre aspectos de como viver com a Covid-19 e a procura de normalidade (desafios no acesso à vacinação e relações com desigualdades sociais). A reflexão termina com a indicação de como o caso português ilustra as principais teorias de análise dos ciclos das políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Doenças transmissíveis emergentes. Políticas. Epidemiologia.

ABSTRACT *As the SARS-CoV-2 pandemic reaches the entire planet, the political responses to dealing with the coronavirus disease Covid-19 have flourished. However, not only has the evidence on decision-making and outcomes – including the side effects – lacked, but also policy analysis has not been able to overcome an overly descriptive nature that brings too little to the theoretical understanding of the political management of Covid-19. Building on the Portuguese case, this essay aims to contribute to fill in such blanks, notably by contributing to the improvement of political responses and consolidation of the theoretical debate about political decision-making in the context of health crises. The reflection expands on the need to clarify the goal of the management of contagions (whether the aim is to eradicate, manage, ignore or if there is an inability to manage the transmission chains), on the quality of monitoring and limits of international comparisons (different methodologies and the importance of mass screening), and on aspects of living with Covid-19 and the pursuit for normality (challenges in the access to vaccination and connections with broader social inequalities). The reflection ends by showing how the Portuguese case resonates on some of the key theories of the analysis of public policies cycles.*

KEYWORDS *Coronavirus infections. Communicable diseases, emerging. Policy. Epidemiology.*

¹ Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal. tiago.correia@ihmt.unl.pt



Introdução

À entrada do segundo semestre de 2020, o vírus SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19, tornou-se uma realidade em praticamente todos os países, na maioria dos quais afetando as rotinas diárias há largos meses. Não obstante, o debate internacional continua envolto em controvérsia, desde logo a respeito da origem e *timing* da contaminação¹, passando pela genética do vírus e comorbidades associadas², já para não falar das muitas opções para mitigar as cadeias de transmissão^{3,4}. Em suma, à persistência de dúvidas na pesquisa fundamental, acresce a persistência de dúvidas nas abordagens epidemiológicas, o que tem alimentado importantes discussões entre a comunidade científica, mas também conduzido a decisões políticas nem sempre claras ou devidamente fundamentadas.

A essa dupla incerteza científica e política, acrescentam-se duas outras circunstâncias. Uma é a urgência de medidas sanitárias capazes de produzir efeitos imediatos, muitas vezes não sendo possível conferir à decisão política o tempo que esta requer. A outra é a necessidade de perceber até que ponto os processos políticos relacionados com o SARS-CoV-2 desafiam os habituais quadros teóricos de análise da emergência, agendamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

É perante esse cenário que trazemos o caso português para o holofote do debate internacional. Além do objetivo mais concreto de explicitar a gestão política do SARS-CoV-2 em Portugal, pretendemos refletir sobre o modo como várias vicissitudes e aspectos específicos da tomada de decisão permitem alimentar o debate por meio de dois propósitos: contribuir para a progressiva melhoria das respostas políticas nos vários países e para a consolidação do debate teórico a respeito da tomada de decisão política em contexto de crises sanitárias.

Advogamos que a procura desse tipo de enquadramento analítico constitui um passo fundamental perante a multiplicação de abordagens descritivas. Ainda assim, a novidade, a

urgência e a variação das decisões nos vários países não permitem ainda consolidar a reflexão sobre a adequação ou sobre a necessidade de revisão dos quadros teóricos de referência. Por esse motivo, neste contributo, procuramos ensaiar uma primeira abordagem analítica sobre várias vicissitudes e aspectos dos processos de tomada de decisão.

Apresentaremos os traços gerais da realidade epidemiológica e das respostas políticas ao SARS-CoV-2 em Portugal, seguidos de uma reflexão sobre três dimensões decorrentes do caso português que têm relevância para uma discussão mais ampla sobre a gestão política desta epidemia. Terminamos analisando em que medida os contornos do caso português ilustram os principais quadros teóricos de análise do ciclo das políticas públicas.

Uma breve cronologia do SARS-CoV-2 em Portugal

A contaminação por SARS-CoV-2 em Portugal teve início oficial em 2 de março de 2020, por meio de dois casos importados da Itália e da Espanha. O alarme soou após semanas de alguma expectativa de que o vírus pudesse não chegar ao país e inércia na antecipação de medidas. A terem existido movimentações políticas prévias, estas foram de tal modo pouco consistentes e sistemáticas por parte dos vários atores políticos e do sistema de saúde que acabaram por não ter eco no espaço público.

Os casos de contágio, naturalmente, multiplicaram-se nos dias seguintes; e o governo decretou o encerramento das escolas em 16 de março. Na altura dessa decisão, tomada em 12 de março, a soma de infectados no país era de 78 (prevalência de 7,6 casos por milhão de habitantes). A maior incidência ocorria na região de maior concentração da população (área metropolitana de Lisboa) e na região norte. Em ambos os casos, a maioria das cadeias de transmissão teve proveniência a partir do estrangeiro, quer por via da atividade profissional (a ligação ao setor industrial da

moda e do calçado), quer por via do lazer (a circunstância de viagens durante as férias do carnaval). Uma cidade na região centro foi colocada sob quarentena obrigatória, o que implicou a restrição das entradas e saídas de pessoas mediante monitorização policial. No dia 18 de março, foi declarado o Estado de Emergência em todo o país, o mecanismo constitucional mais restritivo de direitos, liberdades e garantias individuais e coletivas.

Em termos práticos, as restrições visaram possibilitar o confinamento compulsivo de pessoas no domicílio ou em estabelecimentos de saúde, o estabelecimento de cercas sanitárias, a interdição de deslocações (excluídas as deslocações para o emprego, para assistência à saúde e aquisição de bens de primeira necessidade), a requisição pública da atividade privada, tanto para garantir a produção e o abastecimento de bens e serviços necessários ao normal funcionamento do país como para encerrar ou limitar o funcionamento de atividades consideradas prejudiciais à contenção das cadeias de transmissão. A liberdade de reunião e manifestações foi igualmente limitada, incluindo a celebração de atividades coletivas de culto religioso⁵. Os dados disponibilizados pela Google (isto é, Community Mobility Reports) mostram que a população residente aderiu massivamente à redução das deslocações: em abril, registaram-se -83% de deslocações para locais de comércio, restauração e lazer; -80% de deslocações para parques; -79% de deslocações em transportes públicos; -59% em deslocações para aquisição de bens essenciais e em farmácias e -53% nas deslocações para o trabalho⁶.

No dia 2 de abril, um mês após os primeiros casos de Covid-19, Portugal tinha registado 9.886 casos (prevalência de 961 casos por milhão de habitantes) e 246 mortes (taxa de letalidade de 2,5%)⁷. Apesar desse crescimento, a curva epidemiológica não seguiu o padrão de crescimento exponencial verificado na Itália ou na Espanha, mas, sim, uma tendência que ao longo dos meses seguintes ficou conhecida por 'planalto persistente' e

que traduz o crescimento marginal de casos diários (em torno de 1%).

Esse período obrigou a restrições na mobilidade internacional de pessoas, em particular, a suspensão de voos de e para a Espanha e a Itália, o estabelecimento de um acordo bilateral com a Espanha para o encerramento das fronteiras terrestres e a forte redução das deslocações aéreas, tanto dentro do espaço Schengen quanto com países terceiros. Para se ter noção das implicações econômicas e políticas das restrições da mobilidade aérea, somente dentro do espaço Schengen, realizam-se cerca de 1,25 milhão de voos anuais⁸. Em relação a países terceiros, apenas foram mantidos voos essenciais de e para países com forte presença de comunidades portuguesas, como é o caso do Brasil, da Venezuela, dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e dos Estados Unidos da América (EUA).

Nos meses de junho e julho, algumas restrições na mobilidade internacional foram revistas e/ou levantadas em função da situação epidemiológica dos países. Essa fase ficou marcada por alguma controvérsia entre os países do espaço Schengen na definição de três listas de restrições: zonas cuja proveniência está vedada; zonas cuja proveniência está condicionada à obrigatoriedade de testes de diagnóstico e/ou de quarentena; e zonas cuja proveniência não tem restrições. Em um momento de retração econômica e de antevisão das férias de verão, a controvérsia prendeu-se com os critérios para a inclusão dos vários países naquelas listas. Cada país adotou os seus próprios critérios (por exemplo, contabilizar apenas o número de novos casos ou incluir outros indicadores, como a capacidade de testagem, o índice de transmissibilidade – R_t –, ou o grau de localização ou disseminação dos surtos). Além disso, percebeu-se que países que adotaram os mesmos critérios tomaram decisões descoincidentes sobre os países a incluir em cada uma daquelas listas. Por exemplo, os voos provenientes de e com destino a Portugal estiveram incluídos nas três listas dos demais países do espaço Schengen⁹.

Terminada a fase do Estado de Emergência que durou até à primeira semana de maio, Portugal iniciou um processo de regresso à normalidade. Em traços gerais, esse processo correspondeu ao retomar faseado de diversas atividades económicas e ao levantamento de algumas restrições na mobilidade diária das pessoas¹⁰. Vários surtos foram surgindo, sobretudo ligados a regiões de forte densidade populacional, a grupos de risco (população idosa em lares), a certos setores de atividade (construção civil e fábricas) e associados a questões laborais (trabalhadores precários). Houve também registo de algumas cadeias de transmissão na comunidade que desafiaram a ação política no sentido de rever os planos de monitorização epidemiológica, de garantia de cumprimento do isolamento domiciliário nos casos positivos e de quarentena profilática nos casos suspeitos, de rapidez do diagnóstico e de cumprimento das normas preventivas de distanciamento físico e utilização de meios de proteção individual. Decorrentes desses casos, o entendimento político foi de ir tomando as várias medidas de restrição de mobilidade e de contato físico entre as pessoas à escala territorial mais baixa possível (ao nível das freguesias).

No dia 15 julho, Portugal tinha 13.610 casos ativos (prevalência de 1.322 casos por milhão de habitantes), para um total de 47.765 casos confirmados desde o início dos registos e 1.679 óbitos (taxa de letalidade de 3,5%)¹¹.

Dimensões da gestão política da Covid-19

Traçado um breve retrato da evolução epidemiológica e política da Covid-19 em Portugal, é importa refletir sobre três dimensões de gestão política que emergem a partir do caso português e que têm relevância para o debate internacional.

Objetivos da gestão dos contágios

Em traço gerais, os países têm seguido quatro objetivos de gestão do SARS-CoV-2: erradicar

as cadeias de transmissão (exemplo da Nova Zelândia, da Islândia, da Tailândia ou de algumas províncias da China), gerir as cadeias de transmissão (exemplo da grande maioria dos países europeus, incluindo Portugal), ignorar as cadeias de transmissão (exemplo do Brasil, dos EUA, também do Reino Unido numa fase inicial) e incapacidade de gerir as cadeias de transmissão (exemplo da maioria dos países africanos ou da Índia). A respeito desses últimos, importa destacar que estão em causa dificuldades estruturais no rastreio e na monitorização do vírus, sobretudo pondo em perspectiva essa doença em relação a outras doenças e a situações de crise humanitária. O distanciamento social, os meios de prevenção individual e o confinamento ocorrem em circunstâncias de fome e pobreza extremas, conflitos cívicos, políticos e religiosos constantes, falta de saneamento básico e de água potável e gestão de outras doenças infectocontagiosas de letalidade superior à da Covid-19.

Pondo de parte esses países, enfrentar uma pandemia, tendo em vista erradicar a transmissão, geri-la ou ignorá-la, conduz a diferentes políticas e diferentes tipos de mensagens. Uma primeira crítica, portanto, prende-se com a falta de clareza sobre o fim a atingir, e essa falta de clareza é identificável em Portugal e em muitos outros países. Daqui decorrem dificuldades de gestão de expectativas da população e o desgaste dos decisores políticos. Como se compreende, caso a população não esteja preparada para a persistência de surtos, o medo dominará a condução da vida cotidiana, e mais facilmente a pandemia se tornará moeda de troca no combate partidário. Em Portugal, não tem havido uma mensagem clara sobre se o objetivo seria erradicar ou gerir as cadeias de transmissão. Assim se explica que se tenha entrado em um frenesim de contagens diárias de casos e de óbitos e os meios de comunicação social tenham passado a ocupar horas da grelha diária tentando encontrar justificação para variações de indicadores que muitas vezes são circunstanciais ou decorrentes dos processos de recolha de dados.

Além do fato de Portugal ser um Estado-Membro da União Europeia e do Espaço Schengen, o que influencia a gestão das fronteiras com outros Estados-Membros e com países terceiros, diversas características sociodemográficas da população residente tornam mais verossímil a gestão das cadeias de transmissão do que a tentativa da sua erradicação. Essas características incluem a estrutura demográfica envelhecida e a elevada carga de doença da população mais velha¹², a existência de aglomerados populacionais de elevada concentração de grupos sociais em condição socioeconômica desfavorecida¹³, e a ausência de uma verdadeira estratégia de saúde pública e de promoção da saúde capaz de garantir à generalidade da população os recursos cognitivos e de infraestruturas necessários à gestão autônoma do bem-estar e prevenção da doença¹⁴.

Uma segunda crítica prende-se com a opção política de ignorar as cadeias de transmissão. Ao contrário dos países que optam por erradicar ou gerir as cadeias de transmissão, nesse caso, a mensagem tende a ser mais clara no sentido de justificar esse caminho (vejam-se as diversas declarações públicas dos presidentes Trump e Bolsonaro). Aqui a questão prende-se com a falta de evidência das implicações de deixar o vírus circular livremente como se essa opção não comprometesse também o desempenho econômico, não conduzisse ao colapso dos serviços de saúde e, consequentemente, ao número de mortes evitáveis, e não expusesse os profissionais de saúde a fatores acrescidos de risco. Invariavelmente, foi isso que encontramos em todos os países em que os surtos estiveram fora de controlo (pense-se na China, na Itália, na Espanha, no Paquistão, nos EUA, no Brasil, na África do Sul, no México ou na Índia).

Argumenta-se que a letalidade desse vírus é baixa e que a severidade da doença ocorre mais entre pessoas de idade avançada e já vulneráveis a outras doenças para justificar evitar estratégias de erradicação ou controle das cadeias de transmissão. Contudo, convirá

constatar que a opção por ignorar as cadeias de transmissão tem vindo a perder adesão na política internacional; e tal fato, por si só, é revelador do consenso sobre o ‘efeito dominó’ de deixar o vírus em circulação. É verdade que as medidas para conter a transmissão também provocam ‘efeitos dominó’, sobretudo na atividade econômica, na gestão das outras doenças e, consequentemente, na mortalidade ‘não Covid-19’. O aumento da mortalidade ao longo dos meses de 2020 tem sido reportado em diversos países¹⁵, e isso não pode ser ignorado nesta discussão, aliás, como já se sabia na gestão de epidemias anteriores, como o SARS no Canadá¹⁶. O fato de haver ‘efeitos dominó’, qualquer que seja a opção, leva-nos a recordar que as epidemias não se gerem, mas devem (e podem) ser antecipadas³.

Além do colapso dos sistemas de saúde, do aumento de mortes evitáveis e da exposição dos profissionais de saúde a fatores acrescidos de risco, a crítica à opção por deixar o vírus em circulação passa pelo fato de se tratar de um vírus novo, a respeito do qual persistem importantes dúvidas na pesquisa fundamental. Em primeiro lugar, as implicações clínicas da doença continuam a não ser inteiramente claras, e tem havido discussão sobre a dimensão sistémica da Covid-19 além das implicações respiratórias^{17,18}. Em segundo, não se percebe ao certo como funcionará a imunidade de grupo^{19,20}, sobretudo a sua duração. Em terceiro lugar, porque a história da saúde pública mostra que a incidência das doenças e da mortalidade se aproveita de desigualdades sociais mais amplas¹². Em suma, deve um país ignorar esses fatos e não acompanhar o consenso internacional na prudência de gerir a Covid-19?

Devido à atual falta de evidência sobre os efeitos das várias opções políticas, Ferrinho e colegas⁴ argumentam que a tomada de decisão deve ser norteada pelo respeito dos seguintes princípios: 1) menor prejuízo; 2) menor restrição ou coerção; 3) reciprocidade; 4) transparência; 5) precaução; 6) equidade; e 7) evidência científica.

Qualidade da monitorização e limites da comparação internacional

Um dos grandes desafios e pontos que têm gerado maior discórdia entre os países tem sido a monitorização da doença. Em uns casos, devido à opção política de ignorar as cadeias de transmissão. Não por acaso, países como o Brasil não reportam de forma consistente a testagem ao longo dos meses²¹, e isso ajuda a legitimar a suposta baixa incidência da doença. Em outros casos, devido a critérios não consensuais sobre os indicadores a considerar e às metodologias de recolha de dados. Essas diferenças tornam a comparação internacional nessa fase pouco relevante e pouco rigorosa, ainda que seja utilizada para fundamentar importantes opções políticas, tais como a definição dos critérios de permissão ou restrição da circulação internacional das pessoas. Somente dentro de vários anos será possível perceber com nitidez os contornos que têm estado na base dos reportes dos vários países. Ainda assim, tem sido possível notar que vários países têm revisto as contagens referentes a novos casos ou à mortalidade (por exemplo, China, Reino Unido ou Espanha). Também tem sido possível observar que algumas diferenças metodológicas não são menosprezáveis para a comparação internacional, por isso o argumento da falta de relevância e de rigor dessa comparação na fase em que nos encontramos. Por exemplo, no caso da mortalidade, certos países contabilizam os óbitos por Covid-19, enquanto outros associam também os óbitos com Covid-19. Em uns casos, o reporte de óbitos é feito apenas nas organizações de saúde, enquanto em outros inclui lares, domicílios e espaços públicos.

A fase em que nos encontramos é tão inicial que tampouco é possível identificar se a doença estará a ser sub-representada (por causa da ausência de diagnóstico, da necessidade de mais investigação sobre as múltiplas implicações clínicas da doença e dos doentes assintomáticos) ou sobre-representada (em virtude da falta de sistematicidade da política de testagem dos

vários países e da metodologia de contabilização dos óbitos).

Relativamente a Portugal, depois de, nos meses iniciais, ter havido dificuldade na aquisição de reagentes e da necessidade de instalação de laboratórios pelo território, com consequências ao nível de elevados casos diários aguardando a confirmação de diagnóstico, tornou-se um dos países europeus que mais testa e produz diagnósticos com maior rapidez¹⁰. Sendo possível afirmar que o país tem seguido uma estratégia de transparência dos dados e dos critérios usados, também é possível afirmar que tem havido dificuldade de uniformizar as contagens nacionais.

Outro aspecto da monitorização diz respeito ao conhecimento das cadeias de transmissão. À testagem e produção de diagnóstico, associa-se ainda a capacidade de manter em situação de quarentena profilática a população que aguarda diagnóstico ou que manteve contato com casos positivos, ou em manter em confinamento domiciliário a população infectada (quando não há necessidade de internamento). O contexto de precariedade laboral e baixos rendimentos das famílias, associado a alguma descoordenação das equipas locais, levou a que o acompanhamento dos casos sob monitorização nem sempre fosse concretizado e, por conseguinte, à manutenção dos surtos ativos. Ainda assim, no decorrer do processo de retoma da atividade económica e de maior mobilidade da população, as cadeias de transmissão mantiveram-se relativamente bem delimitadas entre áreas geográficas e grupos sociais, o que, contudo, colocou Portugal, a par da Suécia, entre os países europeus com maior incidência entre meados de junho e julho.

Viver com a Covid-19 e a procura de normalidade

Parece relativamente óbvio que a Covid-19 terá que fazer parte da normalidade imediata, pelo menos enquanto uma ou várias vacinas aguardam, primeiro, por produção laboratorial e, depois, por produção industrial. Ademais,

o desfasamento de tempo entre a produção laboratorial e a industrial não é menosprezável nessa questão, sobretudo no caso de uma pandemia de expressão planetária. Ousamos dizer mais: a descoberta de uma vacina ou cura exporá de imediato as bem conhecidas geografias injustas que dominam a geopolítica internacional²² e que novos desafios se colocarão à gestão política dessa doença. Uma coisa é gerir a transmissão perante a ausência de cura, outra bem diferente será gerir a transmissão perante a impossibilidade de disponibilizar a cura à população. A secretária regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para África, Dra. Moeti, já alertou para essa questão de forma inequívoca²³.

Até lá, teremos que saber como retomar a normalidade possível perante a circunstância da doença. Países de todos os quadrantes do mundo que já iniciaram processos de desconfinamento (o jargão que define a reabertura da atividade econômica e da mobilidade das pessoas) tiveram, em algum momento, que interrompê-lo ou recuar perante a reemergência de surtos – chamemos-lhe por isso a fase *ioiô*.

Isso prova que tal vai e vem não é específico a um país, logo, à exceção dos países que têm ignorado as cadeias de transmissão como principal estratégia de gestão dos contágios, tal não pode ser imputado à qualidade das decisões políticas. Em certo sentido, é a melhor forma de gerir a atual situação²⁴. Pelo menos em Portugal, tem havido essa tentativa de colagem política depois de vários meses em que os diversos atores políticos compreenderam que esse tema devia estar acima dos habituais *fait divers* que caracterizam a *realpolitik*. Não está em causa advogar o unanimismo político, mas compreender o quanto as dificuldades de gestão política e epidemiológica dessa doença são transversais a países de maior ou menor dimensão e de baixa ou alta renda.

Falar na retoma da normalidade significa compreender que, por muito que as rotinas se alterem, o novo acabará por ser interiorizado como normal no funcionamento das instituições e nos comportamentos. As dúvidas estão

em perceber qual a duração desta ‘nova normalidade’, o quanto este ‘novo’ normal levará à alteração de normas e valores anteriores e quais as consequências que novas formas de manter relações humanas e entre países terão sobre a dimensão cognitiva e afetiva dos indivíduos e na gestão econômica e política.

Tomando uma vez mais Portugal como exemplo e recordando a sobreposição entre doenças e desigualdades sociais, nem a prevalência da doença tem sido democrática nem a intensidade dos efeitos negativos do confinamento. Este novo normal parece estar cavando diferenças sociais de âmbito sanitário e de rendimento traduzido na dificuldade de aquisição de bens de proteção individual, no acesso a serviços de saúde e na perda de salário ou do emprego²⁵.

Os sinais que a distribuição da Covid-19 decorre de desigualdades sociais e que adensa desigualdades sociais são claros, daí sabermos o quanto os vários grupos sociais não estão em pé de igualdade na compreensão da informação e na mobilização de recursos materiais para minimizar os fatores de risco. A questão é que, no caso de uma doença contagiosa e sem cura, percebe-se o quanto a minimização de fatores de risco é determinante para a retoma de alguma normalidade. Caso contrário, as cadeias de transmissão multiplicam-se, e depressa recuos no desconfinamento têm que ser decretados. O paradoxo é, por isso, bem evidente: por um lado, é essencial retomar a normalidade para minimizar o aumento das desigualdades sanitárias e de rendimento; por outro, o retomar da normalidade está limitado por causa das desigualdades sanitárias e de rendimento criarem obstáculos à minimização dos fatores de risco (havendo evidência que os grupos sociais e econômicos mais vulneráveis estão também mais expostos à doença).

Sendo pouco plausível que, em curto prazo, seja possível esbater diferenças na compreensão da informação e na mobilização de recursos materiais para minimizar fatores de risco, algumas alternativas imediatas passam por assegurar a grupos sociais vulneráveis:

a disponibilização de bens de proteção individual; o acompanhamento comunitário para a gestão do novo normal (o que fazer e o que não fazer) ou de situações de quarentena profilática e isolamento social; apoios de compensação financeira perante a perda de rendimento; fiscalização da saúde ocupacional dado que maioritariamente são trabalhadores cujas atividades não se adequam ao teletrabalho (ou trabalho à distância) e garantia de procedimentos de segurança em espaços coletivos fechados (como o caso dos transportes públicos, que pode passar pelo aumento da oferta ou desincidência na circulação de passageiros).

Considerações finais

Este ensaio procurou contribuir para a evolução do debate acerca das respostas políticas à pandemia por SARS-CoV-2 dada a preponderância de evidências descritivas que pouco acrescentam à formulação de políticas e à discussão teórico-conceitual sobre a tomada de decisão em contexto de crises sanitárias. Um aspecto fundamental que o debate deverá ser capaz de responder é em que medida a gestão desta pandemia requer a revisitação dos principais quadros teóricos de análise da emergência, agendamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Essa resposta somente será possível com o acumular de evidência analítica a partir de experiências empíricas concretas.

A reflexão a partir do caso português parece mostrar que a emergência das respostas políticas decorreu do medo de evitar aquilo que se verificou em outros países onde os surtos estiveram fora de controle. A cobertura midiática imediata e global deu um forte impulso para a movimentação política e para o consenso suficientemente alargado na sociedade portuguesa da necessidade de aplicar medidas adotadas em outros países. Um aspecto relevante é que as opções políticas não só foram pensadas pela primeira vez – não havendo precedente sobre

a adequação do desenho das políticas, o modo de implementação e os resultados expectáveis – como em nível internacional também não havia consenso sobre a magnitude do ‘efeito dominó’ que tais respostas iriam provocar na economia, no funcionamento das instituições e na gestão de outras doenças²⁶.

A dificuldade da gestão política desta pandemia é, por isso, bem evidente: as consequências negativas de deixar o vírus em circulação eram demasiado bem conhecidas (pense-se no caso da Itália, da Espanha, dos EUA ou do Brasil); a opção por medidas restritivas da movimentação e contato físico entre as pessoas eram a única solução imediata e com consequências não inteiramente conhecidas.

Do ponto de vista do agendamento político, é verdade que houve a confluência da percepção de um problema que precisava ser resolvido e do ambiente político propício a essa resolução²⁷. Deve ser destacada a relativa facilidade como que medidas severas e novas no panorama político português foram aprovadas pela generalidade dos atores políticos e adotadas pela população. A essa distância, começa a perceber-se a influência do conflito político na menor adesão da população às respostas políticas: quanto mais a oposição política se torna visível, mais facilmente os comportamentos individuais desafiam as normas. O que isso significa é a necessidade de alinhamento político como meio proativo e não repressivo de influenciar comportamentos individuais.

Longe de se postular o unanimismo político, está em causa combater os mecanismos políticos mais repressivos e atentatórios das liberdades e garantias individuais⁴. Por outras palavras: tais mecanismos serão menos necessários quanto maior for o consenso político. Nesse sentido, parece que a gestão desta pandemia tem estado em uma circunstância de equilíbrio decorrente da falta de disputa política²⁸, ainda que sinais recentes estejam mostrando o aumento dessa disputa.

Um aspecto que parece novo do ponto de vista teórico é que a confluência entre a percepção dos problemas e do ambiente político

propício à sua resolução não foi acompanhado pela existência de respostas políticas claras²⁷. O vai e vem de medidas, as mensagens contraditórias e a sucessiva correção de orientações – decorrente da novidade e magnitude do problema – parecem não ter comprometido para já o alinhamento político, o que é ainda mais relevante de constatar dada a ausência de evidência sobre os ‘efeitos dominó’ dessas respostas políticas. Uma vez mais, o principal motivo parece ter sido o medo provocado pela situação vivida em outros países, para o qual a cobertura midiática teve obviamente um importante papel²⁹. O medo a par da situação sociodemográfica da população residente em Portugal colocava o país como fortemente vulnerável à severidade da Covid-19. Um dos exemplos mais claros da falta de clareza das respostas políticas encontra-se na omissão sobre se o objetivo da gestão dos contágios passava pela erradicação ou gestão das cadeias de transmissão. A realidade social, demográfica, territorial e econômica de Portugal, a par da gestão partilhada de fronteiras no contexto da União Europeia e do espaço Schengen, torna difícil pensar que a solução pudesse passar pela erradicação das cadeias de transmissão.

A respeito da formulação política, embora maior atenção seja necessária sobre os processos de tomada de decisão, parece relativamente clara a perspectiva da dependência da trajetória³⁰. Isso significa que os processos políticos estão ancorados a características e dinâmicas institucionais prévias. Alguns exemplos incluem a dificuldade de monitorização da quarentena profilática e do isolamento social na comunidade e, desde logo, a enorme preocupação com a vulnerabilidade da população a essa doença. Porventura, perante uma

realidade social, econômica e demográfica menos desfavorável, a formulação de políticas poderia ter seguido outras opções menos restritivas da mobilidade que sabemos terem tido influência no adensar de desigualdades sociais e no menor acompanhamento das doenças não Covid-19.

Se em uma primeira fase foi inequívoco o papel das organizações internacionais e de outros países na difusão de políticas³¹, incluindo alguns vai e vens das orientações, importa equacionar em que medida poderá estar ocorrendo uma maior preponderância de atores nacionais na formulação política. Pelo menos essa parece ser uma consequência do aumento das disputas no agendamento político³². Resta saber quais serão as implicações na implementação das políticas, dado que a expectativa é que quanto maior as disputas na fase de formulação, maior também serão as dificuldades de implementação aos diferentes níveis da tomada de decisão e na apropriação por parte das pessoas.

A fase de avaliação é determinante no ciclo das políticas públicas. Mais ainda no caso desta pandemia por se saber que a maioria das respostas políticas foram adotadas sem a devida evidência de efeitos e porque resultados preliminares apontam o aumento das desigualdades sociais e dificuldades de gestão das doenças não Covid-19, com consequências no aumento da mortalidade, como resultados colaterais que precisam de ser mais bem conhecidos.

Colaborador

Correia T (0000-0001-6015-3314)*, é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Magenta M. Coronavírus em esgoto de 4 países antes de surto na China aumenta mistério sobre origem do vírus [internet]. BBC News Brasil em Londres. 2020 jul. 9 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53347211>.
2. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet*. 2020; 8(4):E21-E21.
3. Correia T. SARS-CoV-2 pandemics: The lack of critical reflection addressing short- and long-term challenges. *Int. j. health plann. manage*. 2020; 35(3):669-672.
4. Ferrinho P, Sidat M, Leiras G, et al. Principalism in public health decision making in the context of the COVID-19 pandemic. *Int. j. health plann. Manage*. No prelo 2020.
5. Portugal. Decreto nº 14-A/2020 de 18 de Março de 2020. Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. *Diário da República*. 18 Mar 2020.
6. Peixoto VR, Vieira A, Aguiar, et al. Barómetro Covid-19: Mobilidade em Portugal em tempos de pandemia por COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2020/04/mobilitytrends-portugal-covid-barometro-politicas-08.04.2020.pdf>.
7. Portugal. Relatório de Situação Epidemiológica em Portugal de 3 de abril. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/32_DGS_boletim_20200403.pdf.
8. Comissão Europeia. Europa sem fronteiras: o espaço Schengen. Bruxelas: Comissão Europeia; 2019 [internet]. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/schengen_brochure/schengen_brochure_dr3111126_pt.pdf.
9. União Europeia: Re-open EU [internet]. Bruxelas: União Europeia; 2020. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://reopen.europa.eu/pt/>.
10. Fronteira I, Augusto GF. Portugal. Covid-19 Health System Response Monitor [internet]. Lisboa: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. [acesso em 2020 jul 23]. Disponível em: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/portugal/countrypage.aspx>.
11. Portugal. Relatório de Situação Epidemiológica em Portugal de 16 de julho. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. [acesso em 2020 jul 17]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/i026477.pdf>.
12. Correia T, Carapinheiro G, Raposo H. Desigualdades Sociais na Saúde: um olhar comparativo e compreensivo. In: Carmo RM, Costa AF, Azevedo J, et al., coordenadores. *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa*. Lisboa: Mundos Sociais; 2018. p. 23-39.
13. Pato I, Pereira M. Habitação Social na Área Metropolitana de Lisboa: Tendências da gestão municipal contemporânea. *Cidades, Comunidades e Territórios*. 2013; (26):1-15.
14. Justo C. *La valse à quatre temps. Escritos políticos sobre política de saúde*. Lisboa: Letras Paralelas; 2018.
15. Nogueira PJ, Nobre MA, Nicola PJ, et al. Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2020; 33(6):376-383.
16. Shantz J. Capitalism is making us sick: poverty, illness and the SARS crisis in Toronto. In: Mukherjea A, editor. *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2010. p. 3-18.
17. Ellul MA, Benjamin L, Singh B, et al. Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neuro*. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 17]; (19):767-83. Disponí-

- vel em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2820%2930221-0>.
18. O’Riordan M. Thrombus Burden Greater in STEMI Patients With COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.tctmd.com/news/thrombus-burden-greater-stemi-patients-covid-19>.
 19. Gallagher J. Coronavírus: o que a Ciência já sabe sobre imunidade pós-covid [internet]. BBC News Brasil em Londres. 2020 jul 13 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53396107>.
 20. Long Q-X, Tang X-J, Shi Q-L, et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nature Medicine*. No prelo 2020.
 21. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Testing [internet]. Oxford: Global Change Data Lab; 2020. [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>.
 22. Carapinheiro G. Territórios, Direitos e Justiça na Saúde. Porto: Rede Ibero Americana de Territórios Sustentáveis, Desenvolvimento e Saúde; 2014.
 23. World Health Organization Africa: WHO calls for equitable access to future COVID-19 vaccines in Africa [internet]. Brazzaville: WHO Africa; 2020. [acesso em 2020 jul 17]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/node/12992>.
 24. Sakellarides C, Araújo F. A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience. *Acta med. port.* 2020; 33(7-8):456-458.
 25. Universidade Nova Lisboa. Opinião Social: Pandemia aumenta fosso das desigualdades [internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2020. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/opiniao-social-pandemia-aumenta-fosso-das-desigualdades/>.
 26. Roth S. Weak evidence for strong pandemic interventions: a 2019 WHO warning for the current COVID-19 crisis. *Kybernetes*. No prelo 2020.
 27. Kingdom J. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Longman; 2003.
 28. Baumgartner F, Breunig C, Green-Pedersen C, et al. Punctuated equilibrium in comparative perspective. *Am J Polit Sci*. 2009; 53(3):602-19.
 29. Hogwood B, Peters BG. Policy dynamics. New York: St. Martin’s Press; 1983.
 30. Pierson P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *Am Polit Sci Rev*. 2000; 94(2):251-267.
 31. Dolowitz D, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*. 2000; 13(1):5-24.
 32. Dye T. Understanding public policy. Boston: Longman; 2012.

Recebido em 24/07/2020

Aprovado em 13/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), por meio de financiamento ao Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – UID/04413/2020

Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19

Democracy without a sense of republic: the SUS in the times of Covid-19

Ronaldo Teodoro Santos^{1,2}, Juarez Rocha Guimarães^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-11042020E404

RESUMO Como se tornou possível a desconstrução da autoridade sanitária do Sistema Único de Saúde (SUS) em plena radicalização da pandemia do novo coronavírus? No presente ensaio, propõe-se a discussão de que essa situação expressa um problema de fundação da própria democracia brasileira, que consiste na afirmação rigorosa de direitos sem a democratização dos fundamentos do poder. Tendo em vista esse marco analítico, sugere-se a compreensão dos processos de financeirização e mercantilização da saúde em sua convergência com os princípios regressivos da judicialização, da comunicação oligopolizada e, mais recentemente, da militarização. Ante os apontamentos, após o golpe de 2016, a desinstituição dos espaços mínimo de construção e disputa da soberania popular deflagram um tempo em que as forças políticas da Reforma Sanitária estão desafiadas a recriar os caminhos de republicanização do poder.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Infecções por coronavírus. Democracia. Mercantilização. Política.

ABSTRACT *How did it become possible to deconstruct the health authority of the Unified Health System (SUS) in the midst of the radicalization of the new coronavirus pandemic? In this essay, we propose the discussion that this situation expresses a problem of the foundation of Brazilian democracy itself, which consists in the rigorous affirmation of rights without the democratization of the foundations of power. In view of this analytical framework, it is suggested to understand the processes of financialization and commodification of health in their convergence with the regressive principles of judicialization, oligopolized communication, and, more recently, militarization. Considering the notes, after the 2016 coup, the deinstitution of the minimum spaces for construction and the dispute over popular sovereignty sparked a time when the political forces of the Sanitary Reform are challenged to recreate the paths of republicanization of power.*

KEYWORDS *Unified Health System. Coronavirus infections. Democracy. Commodification. Politics.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ronaldosann@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Centro de Estudos Republicanos Brasileiros (Cerbrás) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Ciência Política (DCP) - Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

O esforço de localizar o drama do Sistema Único de Saúde (SUS) no interior da desagregação mais ampla da democracia brasileira é o desafio a que se propõe este artigo. Nosso entendimento é que se encontra em curso um franco processo de desconstituição do poder sanitário do SUS, que, apesar de não ter se iniciado com o golpe de 2016, conhece desde então um ponto de inédita inflexão destrutiva. A documentação do caos sanitário e econômico que dominam a vida pública brasileira no contexto da pandemia da Covid-19 forma o retrato das características mais visíveis da desorganização institucional provocada pelo governo Bolsonaro. É preciso, no entanto, descer à sua gênese e estrutura.

O escândalo da desinstituição da autoridade sanitária do SUS em plena pandemia, por meio da cena aberrante da ocupação do Ministério da Saúde por militares, exige um aprofundamento da análise conceitual e histórica dos vetores que vêm operando para minar a soberania constitucional desse sistema de saúde. O projeto do SUS é a afirmação mais alta da soberania popular que se expressou na Constituição de 1988, entretanto, é preciso reconhecer que seu longo e difícil processo de institucionalização deu-se em um cenário de soberania popular limitada pela transição conservadora e pela ascensão do neoliberalismo nos anos 1990¹. Agora, esta vem sendo golpeada no centro pela fusão entre o neoliberalismo e o governo de ultradireita de Bolsonaro.

Por esse entendimento, a superação da pandemia requer a reconstituição do *demos*, do princípio da soberania popular, centro vital da gênese e da sustentação de todo o aparato institucional do SUS. Como procuraremos argumentar, a afirmação de direitos na Constituição de 1988 não se fez acompanhar de uma democratização dos fundamentos do poder e de sua reprodução. Isso implica reconhecer que a atuação corrosiva do neoliberalismo se apoiou em outros vetores

regressivos da ordem política brasileira, como o princípio da judicialização, o princípio da oligopolização da comunicação e, mais recentemente, o princípio da militarização.

Como bem formulou Paim², os rumos do SUS são indissociáveis dos caminhos da Constituição de 1988. Assim compreendidos, pode-se dizer que a construção material do SUS expõe o drama essencial dos conflitos mais intensos da democracia brasileira, que consiste em atender à expectativa de expansão de direitos sob o tacho de uma política fiscal restritiva de gastos¹. Em termos políticos, esse não deixa ser o próprio drama da autoafirmação e soberania dos brasileiros e brasileiras como sujeitos políticos.

No pós-2016, o conteúdo regressivo do estado brasileiro assume um renovado dinamismo, aprofundando a corrosão dos espaços em que a luta por cidadania buscava afirmar sua agenda sanitária em três caminhos: i) em uma direção, retira da deliberação pública temas fundamentais da vida coletiva, blindando a economia da vida política. Essa dimensão ganhou um sentido extremo com a Emenda Constitucional (EC) 95, ao definir um regime fiscal para o orçamento da União por 20 exercícios financeiros consecutivos. Ao inaugurar um franco processo de desfinanciamento do SUS, essa medida interdita sistemicamente as agendas das lutas sanitárias, ao passo que fomenta propostas de fortalecimento do setor privado; ii) em outro trajeto, persegue a desregulamentação da intervenção estatal quando a legislação opera reduzindo assimetrias de poder entre os sujeitos políticos. Essa condição se faz presente, por exemplo, com as reformas recentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao fragilizar as normas de construção de equipes multidisciplinares para os gestores municipais³; iii) a terceira trilha das transformações políticas consiste na adoção de práticas que desrespeitam a dinâmica de funcionamento dos espaços de participação e controle social, desidratando a importância dessas instâncias⁴. Esse aspecto

explica, em boa medida, os retrocessos nas políticas de Saúde Mental e Atenção Básica, a desconstrução do Programa Mais Médicos e mesmo a liberação indiscriminada de agrotóxicos no País⁵.

Esse caminho autoritário, que combina concentração e dispersão do poder institucional de decisão, compõe o processo de desconstituição da autoridade sanitária do SUS, uma vez que esvazia os espaços que os sujeitos políticos da Reforma Sanitária sempre buscaram ocupar. No contexto de enfrentamento da pandemia, essa mordada imposta aos momentos de controle democrático do poder se associa à crise nas relações federativas na qual o governo federal sabota deliberadamente os esforços de estados, municípios e distrito federal, bloqueando o repasse de recursos, forçando o fim prematuro das medidas de distanciamento social e desarticulando a cadeia de comandos do Ministério da Saúde.

Na primeira seção deste artigo, discutiremos a relação instituinte entre a soberania popular e a sustentação institucional das democracias. Na recuperação desse sentido republicano da democracia, apontaremos como os movimentos de expansão do neoliberalismo se associaram a outros vetores regressivos persistentes na ordem institucional brasileira, corrompendo progressivamente a constituição da autoridade sanitária do SUS. Identificaremos aqui os processos estruturais que conduziram ao esvaziamento dos espaços democráticos de realização do conflito e da luta política. Na segunda seção, procuraremos documentar os momentos de formação e o recente aprofundamento dos impasses histórico do SUS. Na conclusão, serão identificados importantes movimentos de resistência democrática que se articulam ao campo da saúde no contexto do enfrentamento da pandemia. Nosso intuito consistirá em fundamentar o argumento de que a reconstituição do *demos* é a própria reestruturação do centro vital de sustentação institucional democrática do SUS.

O mercado e as três dinâmicas de corrosão da soberania sanitária

Sem considerar as dinâmicas profundas do paradoxo neoliberal à soberania popular, não se entenderá como, em pleno pesadelo da pandemia no Brasil, a soberania do SUS foi ‘golpeada’, como bem afirmou Sonia Fleury⁶. Esse cenário explicita o descolamento forçado dos sujeitos políticos da Reforma Sanitária dos lugares de disputa acerca da direção da política sanitária do País, inserido no movimento mais amplo de esvaziamento da própria democracia brasileira. A Constituição de 1988 foi, com todas as suas limitações democráticas decorrentes da transição conservadora, a expressão mais importante de um princípio de afirmação da soberania popular, constituindo, por excelência, a mais substantiva afirmação dos direitos humanos em toda a história brasileira. O SUS, incorporando esse princípio em sua fundação, abrigou a participação democrática em sua configuração mesma, atribuindo poderes participativos e decisórios, em regime tripartite, aos usuários, aos trabalhadores e aos governos eleitos.

Essa afirmação rigorosa de direitos na Constituição de 1988 não correspondeu, todavia, a uma democratização dos fundamentos do poder e de sua reprodução. O sistema de partidos e eleições surgido após as reformas da fase final da ditadura foram mantidos; o sistema judiciário⁷, elitista e autonomizado de controles democráticos, ficou intocado; o poder militar com seus braços de militarização nas políticas de segurança pública foi garantido sem a aplicação de uma Justiça de Transição⁸; o sistema de comunicação oligopolista não foi alterado por novas medidas de comunicação pública e novos marcos regulatórios⁹. Esta contradição em movimento, a afirmação alta dos direitos e a baixa aposta no imperativo de submeter o poder político a uma dinâmica profunda de soberania popular, está no coração dos impasses da construção do SUS e, de resto, de toda a construção de direitos no pós-1988.

Contra a soberania popular e sua luta pela afirmação universal do direito fundamental à vida, armaram-se, ao longo do tempo da institucionalização do SUS, os sujeitos políticos que buscaram mercantilizar o acesso à saúde. A afirmação de direitos sem a devida democratização do poder favoreceu a associação – ainda que indireta – dos interesses mercantis a outras forças desconstituidoras da soberania popular, como: i) a judicialização da política; ii) a oligopolização da comunicação; e iii) a militarização – que recentemente se tornou mais explícita. Negociados, pactuados e permanentemente disputados no âmbito da democracia brasileira, esses elementos de força antirrepublicana adquiriram uma pulsão destruidora do SUS sem freios após o golpe parlamentar que levou ao *impeachment* da ex-presidenta Dilma. A partir de então, mais do que um autodenominado programa de reformas, a transformação que se opera promove uma mudança qualitativa do eixo constitucional a qual vinha se dando a ‘expansão cívica’ no pós-1988.

De longe, foi o princípio mercantil o que mais operou para destruir por fora e por dentro a realização plena do SUS. Externamente, o movimento articulou estruturas de limitações orçamentárias drásticas e persistentes do sistema, que se reconhecem nas medidas de Desregulamentação dos Recursos da União (1995), na Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), e na EC-95 (2016). Internamente, a destruição se fez reconhecer pelo assalto ao provimento público dos servidores por meio de sua terceirização, e com a criação da Agência Nacional de Saúde (1998), que, de fato, retirou do âmbito da soberania do SUS, e do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS), a regulação do mercado suplementar da saúde.

Esse sistema de articulação concorrencial do setor privado com o SUS se tornou, como sabemos, um enclave duradouro ao avanço da agenda democrático-popular da saúde^{1,2,5}. Reafirmado na Constituição de 1988, esse fenômeno patrimonialista não apenas encontrou mutações como também ampliou sua capacidade de bloquear e desestabilizar a invenção

democrática brasileira na área da saúde. O diagnóstico dessa dialética negativa entre as frentes do interesse mercantil e os propósitos públicos e universais do SUS forjou, no campo da saúde coletiva, importantes estudos identificando o subfinanciamento público e seus vínculos com o hibridismo público-privado de interesses e seus desdobramentos para o planejamento e gestão do sistema. Em uma perspectiva política, a persistência temporal desses impasses deve ser compreendida como o desafio matricial da própria afirmação da soberania popular na democracia brasileira.

Não obstante o avanço dessas fronteiras de mercantilização da saúde, a Constituição de 1988 vingou, por certo tempo, como um vigoroso regulador de interesses contrários e fortemente assimétricos. Decerto, uma arquitetura excludente, instável e precária no processamento dos conflitos amadurecidos em uma ordem social secularmente regressiva, mas que permitiu a expansão de políticas sociais mesmo contrapostas com reformas antiestado e processos de empresariamento da saúde. Com todos esses percalços, por um curto período, formou-se mesmo na ciência política brasileira o quase-consenso de que a forma histórica assumida pela democracia brasileira, embora limitada, havia encontrado um caminho adequado de equacionamento de seus conflitos políticos por meio de eleições regulares, competitivas e com expectativa de rotatividade no poder^{10,11}. Como se sabe, desde 2016, a estabilidade institucional que a ciência política brasileira supunha existir encontrou sua ruína histórica patente. Na área da saúde, esse processo ampliou o dinamismo das pressões mercantis existentes sobre o SUS, evidenciando que seus objetivos encontravam apoio na atuação de outras vertentes políticas regressivas não superadas na Constituição de 1988.

Assim, do ambiente de incorporação precária dos programas progressistas, transitamos para uma ordem de agressiva imposição de interesses mercantis, em que os recursos e espaços institucionais que tornavam a vocalização da divergência política possível encontraram rápida dissolução. Em termos políticos,

o golpe de 2016 foi um ataque revanchista contra a soberania popular e os seus lugares de expressão na democracia. Como estamos formulando, mais que uma cassação do resultado eleitoral ou perseguição a segmentos da representação político-partidária, o processo desencadeado alcançou a desconstrução da expressão política em sua forma democrática, que, como estamos vendo com a pandemia, é imprescindível para a sustentação institucional da autoridade sanitária do SUS. Com o golpe de 2016, reiterava-se o dilema da fundação da democracia brasileira que consistiu na afirmação de direitos sem a devida correspondência na democratização dos fundamentos do poder de Estado e de sua reprodução.

Ao encontro dos interesses do circuito empresarial na saúde, a hipertrofia do sistema judicial brasileiro empobreceu os espaços democráticos de decisões e conflitos políticos produtores da cidadania e amplificou a deslegitimação dos demais poderes do sistema político. Vista como uma tendência nas democracias ocidentais, a autonomização do judiciário em relação aos controles democráticos produziu uma judicialização crescente da política, variando pragmaticamente o seu juízo, progressista ou antidemocrático, segundo diferentes contextos.

Segundo Avritzer et al.⁷, a judicialização é potencialmente mais perigosa à democracia – quanto menos democrática a organização do sistema nacional de justiça, mais alargado o seu campo da jurisdição deliberativa e precário o controle das instâncias democráticas eletivas sobre o seu funcionamento. Considerando essas dimensões, é possível identificar que, no Brasil, o sistema de justiça não sofreu uma reforma democrática profunda após o regime militar. Na verdade, ampliou suas funções discricionárias de controle constitucional e deliberação, mantendo-se fortemente marcado por dimensões corporativas que resistem ao controle público. Como analisou Wanderley Guilherme dos Santos, a compreensão de que o Supremo Tribunal Federal (STF) tem poderes ilimitados de interpretar, inclusive

monocraticamente, a Constituição, está no cerne do ‘golpe jurídico’ de 2016¹². Além do *impeachment* sem caracterização adequada de um crime de responsabilidade por parte da presidenta Dilma Rousseff, o amplo e reiterado processo de quebra do devido processo legal da Operação Lava Jato são evidências da efetiva ameaça que a judicialização da política representa para a democracia brasileira¹³.

No Brasil pós-constituente, o direito coletivo não recebeu das instâncias judiciais o tratamento público e universal que a saúde encontrou na tradição sanitarista. Pelo contrário, o que se desenvolveu foi a judicialização do direito individual como forma de acesso a serviços e remédios particularmente onerosos, não raro, estimulada por indústrias farmacêuticas e de medicina diagnóstica, em detrimento de uma avaliação das prioridades públicas do sistema¹⁴. O não julgamento da inconstitucionalidade da EC-95, que desconstrói direitos coletivos previstos na Constituição de 1988, é outro elemento que evidencia os limites democráticos da tradição jurídica brasileira e que contribui para a alienação da autoridade sanitária do SUS.

O cotejamento das tensões estruturais que a via jurídica repõe à afirmação da cidadania ativa como fonte soberana dos direitos não se confunde com a desconsideração da sua centralidade para a afirmação da própria democracia. Ao contrário, a documentação das distorções dos fundamentos republicanos democráticos presentes no judiciário se ocupa de recuperar o entendimento de que, relativizada a soberania popular como seu princípio fiador, restará um poder aberto à influência dos interesses mercantis oligárquicos.

Outro momento em que a democratização do poder não se materializou na Constituição de 1988 e que repôs limites crescentes aos propósitos do SUS se encontra no plano da comunicação¹⁵. A condição oligopolizada e mercantil do sistema midiático brasileiro opera desde a origem do SUS como ator de veto ao reconhecimento público da sua autoridade sanitária. O fosso que se pode identificar entre

a crítica equilibrada das potencialidades e limites do SUS, como o faz prestigiados centros nacionais e internacionais de estudos, e a representação massiva e unilateral do ‘SUS problema’¹⁵, sempre operou como uma forma de confinar a agenda sanitária a uma verdadeira condição de semiclandestinidade. O aprendizado é que sem uma formação democrática da opinião pública, com a comunicação mantendo-se como recurso concentrado de poder político, as campanhas pela superação dos gargalos financeiros do SUS sempre encontraram dificuldade de se enraizar no cotidiano dos cidadãos. Permanecendo como um cidadão sem voz, o SUS seguiu até a chegada da pandemia sendo representado como caso reiterado de fracassos para boa parte dos seus próprios usuários.

Ao problema tradicional da assimetria de fala e, portanto, de corrupção da opinião pública⁹, soma-se a atuação dos novos circuitos de mídia. Ao lado dos Estados Unidos da América e da Inglaterra, o Brasil tem-se destacado quanto à interferência das mídias sociais em assuntos públicos¹⁶. Controlados a partir de grandes provedores corporativos globalizados, as novas mídias se valem de grandes bancos de informação sobre cidadãos mantidos por empresas e governos para interferir na formação da opinião pública e sobre questões políticas da vida em sociedade.

Os sentidos mercantis da comunicação presentes na democracia brasileira têm produzido um verdadeiro processo de silenciamento das lutas populares pelo direito básico e universal à saúde. No contexto da pandemia, não deixa de ser revelador e trágico que seja o *Jornal Nacional*, ao lado de um ‘consórcio das mídias tradicionais’, que se destaque como porta-voz cívico da racionalidade de uma autoridade sanitária, e não as instituições da saúde coletiva.

Outro vetor de corrosão do princípio da soberania popular e que afeta a autoridade sanitária do SUS tem sido o da militarização, que bloqueou, desde 1988, as políticas de segurança pública de um princípio de afirmação cidadã de direitos humanos. Como o

fim da ditadura militar, não houve Justiça de Transição para a retomada da convivência democrática no Brasil, senão muito parcialmente, por meio da dinâmica de memória e reparação dos atingidos do regime. Certamente, a perseguição reiterada ao padrão masculino, negro e pobre que compõe a dimensão mais popular brasileira é um legado desse vetor de desagregação democrática¹⁷. As linhas de influência política da militarização no pós-1988 vão desde a manutenção do seu controle sobre a Agência Brasileira de Inteligência (Abin) e o Ministério da Defesa e do papel desempenhado pela Justiça Militar até a presença de uma ‘bancada da bala’ no Congresso brasileiro. As funções assumidas pelas forças armadas na manutenção da ordem interna por ocasião da ECO-92, durante o governo FHC, na realização das Olimpíadas, no governo Dilma, e a descarada intervenção militar no Rio de Janeiro decretada por Michel Temer atestam o programa repressivo na vida civil brasileira.

Neste momento de pandemia, essa vertente da militarização chegou ao centro do SUS, e abate agora o Ministério da Saúde, desarticulando toda uma memória de gestão técnica acumulada em décadas de trabalho dos sanitaristas. A ocupação de cargos-chave no ministério por militares implica a substituição da competência dos quadros técnicos, comprometendo a manutenção de programas e políticas amadurecidas nos duros conflitos travados pelos sujeitos políticos da Reforma Sanitária. Essa experiência é, sem dúvida, um caso extremado mas não externo ao impasse histórico da violência institucionalizada que permaneceu atuante na redemocratização brasileira. O processo de recrudescimento das dinâmicas repressivas se faz *pari passu* ao estrangimento dos espaços de negociação e pactuação democráticas vitais ao SUS, favorecendo o espraiamento das iniciativas mercantis. A convergência de forças militarizadas com interesses de mercado no assédio às democracias não é um fenômeno inédito na América Latina, como bem evidencia a triste experiência chilena, de 1973 a 1990.

Como estamos procurando discutir, a desconstrução da autoridade sanitária do SUS – de fragilização da sua institucionalidade e capacidade técnica – expressa um problema de fundação da própria democracia brasileira: afirmar direitos sem democratizar lugares importantes de reprodução do poder. Com esse entendimento, a dificuldade sanitária de se fazer núcleo dirigente da política de saúde no contexto da pandemia pode ser entendida como um problema de afirmação política da própria soberania popular. O complexo cruzamento de interesses não republicanos do mercado com os princípios do militarismo, da judicialização da política e do silenciamento histórico da voz sanitária praticado pela mídia oligopolizada está na raiz desse processo.

A memória, o ideário e a prática política das democracias são, antes de tudo, fatos políticos em disputa. Em que pesem os registros históricos de que o moinho das democracias sempre foi impulsionado pela luta de oprimidos contra os sistemas de desigualdades, no século XX, ela se projetou como uma larga evolução do liberalismo oligárquico¹⁸. Essa condição, comparece, por exemplo, na influente reflexão de T. H. Marshall¹⁹⁽⁸⁴⁾, para quem os direitos de cidadania seriam “instrumentos corriqueiros da democracia moderna [que] foram aperfeiçoados pelas classes altas e, então, transmitidos, passo a passo, as mais baixas”.

No seu processo de cristalização teórica, o liberalismo substituiu a noção de soberania popular republicana democrática por uma noção de soberania do poder que se autolimitaria no plano econômico, reconhecendo como legítima a desigualdade estruturante do capitalismo. Além disso, a tradição liberal passou a vincular o direito à liberdade de expressão cidadã ao mercado de imprensa em expansão, carente de regulação e controle social. A própria noção de um ‘Estado de direito’ resguardado por uma ordem jurídica autonomizada da esfera da política deslegitimaria o constitucionalismo democrático fundado na soberania popular. Nas democracias liberais, enfim, o princípio da legitimidade ascendente

do poder, de participação direta ou semidireta de controle da representação, a formação de uma opinião pública democrática, a regulação da economia pelos institutos da soberania popular, a subordinação do poder judiciário às suas fontes originais e populares de legitimação, sempre foram fortemente relativizadas.

Como aponta Wendy Brown²⁰, a maior vitória do neoliberalismo tem sido a sua capacidade de definir-se como caminho único aos desafios coletivos no século XXI. O que resulta em reconstituir a gramática da política a partir da sua razão econômica, distanciando radicalmente as forças populares dos processos políticos que afetam a vida coletiva. O centro da crítica neoliberal ao chamado liberalismo social ou keynesiano é que a dinâmica do sufrágio universal levaria a uma demanda crescente pela criação de novos direitos, gerando uma irracionalidade econômica e, pior, o aumento opressivo da presença do Estado contra a liberdade dos indivíduos. A aceitação da universalização do direito de voto, que se consolidou no liberalismo democrático do pós-guerra, não deveria ser mesmo confundida com a aceitação plena do princípio da soberania popular.

Thomas Briebricher²¹ identifica três argumentos centrais contra a soberania popular nas teorias neoliberais. A dinâmica de *rent-seeking*, que é intrínseca aos processos eleitorais nas democracias, levaria a que os políticos, em nome de maximizar votos, operassem uma corrida sem limites para atender às demandas de seus clientes, onerando abusivamente o Estado. A partir daí, o melhor caminho seria o de autarquizar as principais decisões do processo de soberania popular, conferindo às instituições econômicas uma autoridade que se autolegitima, eliminando, conforme propõe a tradição da Escola de Chicago, o constrangimento de as minorias proprietárias terem que se submeter às maiorias.

Com o neoliberalismo, consolida-se a radicalização do ataque ao princípio da soberania popular, que não deve ser mais relativizada, mediada ou negociada, mas anulada. Na experiência brasileira, essa condição conecta o

processo e o programa de reformas do estado operado nos governos FHC com a estação definitiva de transformações aceleradas após 2016. Em essência, procuram revogar o eixo constitucional ao qual vinha se dando a recortada expansão cívica desde o pós-1988. Na próxima seção, discutiremos como esse processo de desidratação dos espaços políticos de constituição de uma cidadania sanitária ganhou sua forma histórica.

Impactos da crise política na saúde

No dia 27 de maio de 1986, um segmento expressivo de moradores da Baixada Fluminense fechou a movimentada Rodovia Presidente Dutra com o objetivo de chamar a atenção das autoridades para os problemas de saúde da região. No ano anterior, a fiscalização popular organizada pelos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’ de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti e Nova Iguaçu, compostos por associações de moradores, médicos, igrejas e pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), já havia conseguido mudar o chefe de Medicina Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e levado ao descredenciamento serviços particulares, por mal funcionamento²².

Essa consciência do caráter político da saúde se articulava nacionalmente com o Movimento Operário Popular em Saúde (Mops), que, anos antes, no VII Encontro Regional de Saúde Popular, definira a luta pela saúde “a partir de decisões tomadas pelo povo, sem fazer concessões”²³. A afirmação desse “poder popular” por meio da participação em conselhos gestores se tornaria uma das principais inovações democráticas da Constituição de 1988.

Em 2019, existiam cerca de 36 mil Conselhos Municipais de Políticas Públicas no País, que, na área saúde, alcançava 97% dos municípios²⁴. Os anos de formação dessa estrutura democrática participativa revelam mesmo uma estação de lutas políticas. A VIII Conferência Nacional

de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um momento fundador da Reforma Sanitária, por, entre outros motivos, abrir-se, de forma inédita, a essa participação popular ampliada. Atesta a relevância das lutas populares o veto inicial do então presidente Fernando Collor a todos os artigos relativos à descentralização e ao controle social presentes naquela que seria a Lei Orgânica da Saúde, em 1990²⁵. Já em junho de 2014, passados 24 anos, essa reação conservadora voltaria ao primeiro plano da vida pública nacional para se colocar contra a edição do Decreto nº 8.243 pautado por Dilma Rousseff, que visava implementar a Política Nacional de Participação Social. O tom de indignação que marcou o contraponto de deputados, senadores, empresários, articulistas e editoriais jornalísticos²⁶ revelaria novamente que as formas participativas de exercício da política permaneciam enquadradas como uma ameaça à própria democracia. Ato contínuo, essa aversão ao ativismo popular se consolidaria, em 2019, com o Decreto nº 9.759/19, editado por Jair Bolsonaro. A iniciativa visava à supressão de 35 órgãos de participação democrática, como o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT, a Comissão Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e a Comissão Nacional de Política Indigenista. Mais que um desconforto, a voracidade do gesto deixava patente a demofobia da tradição política conservadora brasileira, que, reiteradamente, procurou reproduzi-la no plano institucional.

No período que separa os governos Collor e Bolsonaro, as instâncias de participação social se consolidaram como um modo de disputa política e ampliação dos direitos sociais. Como indicam diversos estudos, a partir de 2003, essas formas participativas de exercício da cidadania se tornariam paradigmáticas. No caso das Conferências Nacionais, 70% delas seriam realizadas pela primeira vez entre 2003 e 2011, somando um total de 74 edições, envolvendo aproximadamente 5 milhões de pessoas²⁷.

O contraponto às possibilidades criadas pela participação democrática desde 1988 tem seu

enraizamento vinculado aos circuitos sociais e sujeitos políticos orgânicos às instituições do mercado. Na resistência de Fernando Collor, a orientação tinha lastro em sua equipe econômica, como destacou Paim²⁵. Na oposição à iniciativa de Dilma Rousseff, a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo chegou a formular que a sociedade deveria “rejeitar tal ação autoritária”²⁸. À época, em editorial, o jornal O Globo já havia afirmado que o ‘decreto agride a democracia’ posto que se tratava de um ‘golpe de gabinete’²⁶. A essa convergência entre grandes empresários e oligopólios de mídia, somaram-se a representação de parlamentares e os segmentos das camadas médias, que, àquela altura, já se valiam da gramática espúria que se tornaria usual nos anos seguintes.

A deslegitimação dos processos e dos resultados alcançados pelas formas mais populares de participação, a desautorização e a criminalização dos seus resultados, tipicamente recepcionados na chave do aparelhamento da máquina pública, da infiltração de grupos inclinados à corrupção e desmandos, devem ser reconhecidas como uma gramática política da tradição conservadora brasileira. Tal perspectiva compõe uma das estruturas que atuaram decisiva, e mais intensamente, na desagregação da ordem democrática em 2016.

A contraface dessa narrativa que procura deslegitimar a influência da participação ampliada nas decisões políticas é a naturalização dos circuitos institucionais em que os interesses corporativos empresariais são encaminhados. Como atestam diversos estudos, o *lobby* das empresas da saúde se estende a um grande espectro político-partidário dos poderes legislativos e executivo²⁹, faz-se presente nas instâncias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁹ e na editorialização das corporações de mídia. Em 2010, as principais empresas da saúde suplementar “destinaram R\$ 11,8 milhões em doações oficiais para as campanhas de 153 candidatos a cargos eletivos”, contribuindo para a “eleição de 38 deputados federais, 26 deputados estaduais,

5 senadores, além de 5 governadores e da presidente da República”²⁹⁽⁹⁸⁾. É parte dessa forma de fazer política, o evento que reuniu mais de 20 corporações ligadas à saúde suplementar, em 2016, para fomentar a criação dos chamados planos populares de saúde³⁰. À época, já na gestão Temer, a proposta foi formulada e encaminhada à ANS sem que nenhuma representação dos conselhos gestores ou mesmo que as instituições da saúde coletiva fossem ouvidas³⁰. Nos circuitos oligopolizados das empresas de mídia, ao lado da divulgação do ‘SUS problema’, reportagens pagas pelo setor suplementar faziam o trabalho de divulgar os novos planos populares como uma boa oportunidade para os negócios³¹.

O contraste em termos de recursos de poder entre os sujeitos políticos que lutam pela agenda sanitária e os atores articulados pelos interesses do mercado suplementar é historicamente notável. Sendo essa uma condição persistente no arranjo institucionalizado pela Constituição de 1988, após 2016, o estreitamento dos canais de construção e pactuação políticas do SUS nos ensina que, com o enfraquecimento da política cidadã e participativa, impõem-se os termos da razão mercantil.

Como estamos formulando, a autoridade sanitária do SUS deve ser compreendida a partir da vitalidade política da sociedade brasileira. Constrangidos os sujeitos políticos e seus espaços de mobilização, pactuação e conflito que permitem o cultivo desse poder soberano, a capacidade institucional do SUS torna-se ainda mais vulnerável às forças desconstituidoras dos seus princípios. No contexto da pandemia, ações como aquelas que vêm sendo desenvolvidas pela Central Única das Favelas e outras associações comunitárias, mobilizando comunidades, pensando propostas e estabelecendo redes de comunicação, materializam resistências fundamentais à sustentação do SUS³².

Nessa perspectiva, além dos lugares do controle social aqui avaliados, outros atores importantes para o enriquecimento do sentido republicano da saúde são o CNS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A atuação desses sujeitos políticos nas principais articulações em torno do financiamento do SUS está registrada em momentos como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997, a campanha pela EC 29, em 2000, o movimento ‘Saúde +10’, iniciado em 2012, e, mais recentemente, a ‘Marcha pela Vida’. No contexto da pandemia, uma iniciativa marcante é a construção do ‘Painel CONASS COVID-19’, que, em 2020, vem marcando um contraponto decisivo à censura do governo federal do número de vítimas da Covid-19.

As contradições internas desses espaços e os limites das ações desempenhadas, decerto, existem e não devem ser descartados³³. A título de exemplo, recentemente, foi possível acompanhar o apoio do Conasems às reformas no modelo de financiamento da PNAB, cujos impactos negativos já se fazem presentes na estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS)³. Não são poucas as fronteiras; contudo, o constrangimento das lutas travadas nesses espaços, o desrespeito e a deslegitimação a seus trâmites e sujeitos políticos exprimem, em boa medida, a natureza política do processo de desconstituição da democracia brasileira, que se agrava aceleradamente com a eleição de Jair Bolsonaro.

Na área da saúde, o movimento de contração da política e expansão da influência dos interesses mercantis ficou claramente definido com o teto de gastos apontado pela EC 95/16. Explorando seus sentidos políticos, o primeiro entendimento é que a constitucionalização desse regime fiscal expressa com precisão a força da coalizão político-empresarial e financeira que assumiu a presidência com Temer, em 2016, em meio a forte influência dos meios jurídicos^{7,13}. Com a referida emenda, a economia passava a se tornar imune a qualquer controle democrático, expressando, de forma bruta, que a plena realização dos interesses do mercado exige a restrição e a censura das práticas políticas dos trabalhadores, pensionistas, desempregados, e outros segmentos sociais.

Em 2016, em meio aos intensos protestos da sociedade civil, greves e ocupações estudantis que ocorreram nas escolas e universidades públicas de todo o País contra a ‘lei do teto de gastos’, os representantes da Febraban e do Banco JP Morgan do Brasil compunham forças contrárias no Congresso Nacional. Concomitantemente, o presidente do Banco Central, Ilan Goldfjan, ex-economista-chefe do Itaú Unibanco, executava uma intensa agenda pública midiática angariando apoio ao tema³⁴. Em 2018, Goldfjan seria eleito o melhor banqueiro entre os presidentes de bancos centrais do mundo pela revista britânica ‘The Banker’, do grupo Financial Times³⁵.

No momento de fundação do SUS, é possível identificar que, na contraface dos movimentos que almejavam a republicanização do direito à saúde, atuavam distintos segmentos empresariais, organizados em instituições como a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Nos 32 anos de construção do SUS, essas frentes de exploração mercantil da saúde passaram por importantes mutações, operando o movimento de enraizamento de sua agenda no momento mesmo em que se expandia a assistência pública. Na virada dos anos 1990 aos anos 2000, como identificado por Faleiros³⁶, as corporações de mercado deslocariam a tese do confronto com os sanitaristas para o campo da convergência, da parceria e da colaboração entre os interesses privados e os objetivos públicos. Não obstante, como explica a autora, a agenda empresarial se mantinha articulada em torno de pautas como a diminuição da carga tributária sobre produtos e serviços de saúde, a flexibilização da legislação trabalhista e a abertura ao capital estrangeiro. Nesse fluxo, Sestelo³⁷⁽²¹⁾ identificou ainda a atuação de “grupos econômicos globais no controle e intermediação comercial das operadoras de seguros de assistência à saúde”.

A concepção fiscalista da economia, que opõe a organização das contas públicas à dimensão social dos direitos, exige uma complexa arquitetura de poder para se impor. No

Brasil, com os governos FHC, um conjunto particular de circunstâncias históricas favoreceu essa imersão. Nesse processo, o trabalho de dogmatização da linguagem das ‘reformas’ na vida nacional contou com a normalização de expressões como ‘gerencialismo’, ‘flexibilização’, ‘desburocratização’ e ‘ajuste fiscal’. No bojo das transformações que essa gramática política estimulava, no ano 2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal abriu caminhos extraordinários à participação privada na organização dos serviços públicos, limitando o quadro de pessoal e atingindo dramaticamente os municípios¹. No SUS, o seu impacto é sensível.

Em 2016, considerando apenas o estado de São Paulo, 58% dos estabelecimentos públicos de saúde eram gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), e as 10 maiores empresas do setor já estavam presentes em 17 estados do País³⁸. Considerando a administração pública estadual do Rio de Janeiro, atualmente existem 14 OSS responsáveis pela gestão de todas as Unidade de Pronto Atendimento de Saúde e 15 hospitais. Analisando o quadro de servidores da Secretária de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ), entre 2014 e 2020, o modelo de gestão terceirizada motivou a redução em 54% do seu pessoal concursado³⁹. Em substituição, uma variedade significativa de contratos flexibilizados e terceirizados de trabalho passou a predominar nessa repartição do estado. No município do Rio de Janeiro, a flexibilização dos vínculos trabalhistas, proposta como virtude central dos modelos gerenciais de gestão, favoreceu nos últimos anos o descredenciamento de um quarto das Equipes de Saúde da Família. Em plena pandemia, esse processo de desmonte culminou com a desassistência de mais de 1 milhão de pessoas dos serviços da APS.

O estudo das determinações políticas que operam na desconstituição da autoridade sanitária do SUS contribui para compreender por que o País é o segundo em número de vítimas fatais e contaminações pelo novo coronavírus no mundo. Como estamos problematizando, para além da dinâmica de contágio própria da

Covid-19, existem razões políticas para a sua expansão massiva. O caos cotidiano reportado nos meios de comunicação documenta os efeitos mais sensíveis da desconstituição sanitária do sistema, presente desde a falta de respiradores e equipamentos de segurança, passando pela a carência de leitos públicos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e profissionais de saúde, à corrupção que comparece nas parcerias privadas para implantação dos hospitais de campanha.

Entre março e junho de 2020, mais de 430 mil profissionais da saúde foram infectados pelo novo coronavírus, dos quais 19,21% foram a óbito. Ao todo, o Brasil já ultrapassa os 70 mil mortos e se aproxima da marca de 2 milhões de infectados, desproporcionalmente concentrados nas trabalhadoras e trabalhadores pretos e pardos das periferias. Se com o ex-Ministro Mandetta havia uma autoridade sanitária parcial, a todo momento deslegitimada por Bolsonaro, com Nelson Teich, criou-se um vácuo inoperante. Com o general Pazuello, houve um verdadeiro sequestro do Ministério da Saúde, em que o ato de maior impacto do general interino tem sido o de tentar mascarar o número de mortos, formando os novos desaparecidos políticos do novo coronavírus. Na ausência de condições democráticas, a desinstituição da autoridade sanitária do SUS abre caminho a um genocídio – e, como tal, a morte evitável de cada cidadão e cidadã brasileiros deve ser compreendida como crime político.

Em busca de uma autoridade sanitária democrática nacional

O sequestro do poder instituinte do povo funda o grande risco do SUS. Essa afirmação implica denunciar que o fiador das democracias não é e não se prende aos humores do mercado, não se confunde com o sistema judiciário e não emana das forças armadas ou de grandes corporações de mídias. Na experiência brasileira,

os movimentos de ruptura democrática sempre foram, a bem da verdade, iniciativas dessas vertentes oligarquizadas de poder. A construção da autoridade sanitária do SUS, fruto das lutas ascendentes do poder nos últimos 30 anos, coloca-se, portanto, como um movimento de resistência a essas forças políticas.

As dimensões políticas que impulsionam a Covid-19 foram aqui compreendidas no bojo dos processos mercantis que sempre procuraram se impor sobre os espaços da luta política. A esse movimento de colonização já identificado na tradição de estudos da saúde coletiva, procuramos apontar a convergência dos vetores regressivos não superados na Constituição de 1988, em que destacamos a militarização, a comunicação oligopolizada e a judicialização da vida política.

Com essa perspectiva, apontamos que os efeitos mais duros da pandemia do novo coronavírus denunciam uma aguda desagregação do *demos*, da fragilização da sua capacidade de se impor como a referência legítima ao exercício do poder. Dito de outro modo, a democratização do poder continua sendo o mistério político que se impõe ao alargamento dos direitos de cidadania no Brasil. No âmbito do SUS, esse enclave à realização do interesse popular se materializa com os processos privatistas que interditam a realização plena dos seus objetivos públicos e universalistas.

Atualmente, o País parece se encontrar em uma situação de impasse: não se enfrenta consistentemente a pandemia, e não se retoma as linhas vitais da economia. Mantida essa condição, os estudos epidemiológicos projetam um futuro cinza, entregue à contingência que a pandemia for capaz de ditar. No revés dessa contra-autoridade estatal, que é hoje antis-sanitarista, é possível identificar caminhos vigorosos de reconstrução da democracia. Em seu centro, encontra-se o movimento Frente Pela Vida, liderado pelas principais entidades sanitárias do País, e apoiado por mais de 400 organizações da sociedade civil, indo do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) à Conferência Nacional dos

Bispos do Brasil (CNBB), da OAB a Centrais e Sindicatos de diversas categorias trabalhistas, passando por dezenas de associações profissionais e de lutas por direitos humanos. No documento 'Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19', encontra-se um rigoroso programa do direito à vida do povo brasileiro. Ao encontro dessa força cívica sanitária, as iniciativas do Consórcio do Nordeste, estruturadas em torno do seu 'Comitê Científico de Combate ao Coronavírus', materializam encaminhamentos e medidas que representam verdadeiras experiências políticas de resistência ao negacionismo selvagem bolsonarista. Governados por variados espectros das esquerdas e centro-esquerdas, o Consórcio se torna ainda mais importante por evidenciar a necessidade de se alinhar definitivamente à tradição sanitária no centro desses programas partidários.

O terceiro movimento, particularmente notável, tem sido a energia e a capacidade de articulação e resistência dos diversos coletivos das populações de favelas no Rio de Janeiro, em São Paulo, em Salvador e em outras capitais brasileiras. O protagonismo de institutos como o Raízes em Movimento, a Frente de Mobilização da Maré e o Comitê Comunitário de Enfrentamento da COVID-19 nos bairros populares de Salvador é referência da vitalidade necessária à reconstituição histórica dos fundamentos republicanos do poder. O vínculo entre entidades e quadros sanitários, coalizações político-partidárias progressistas e ações populares estão na concepção do SUS. Na atual conjuntura, é fundamental fazer convergir essa dinâmica política para efetivar a construção de uma permanente autoridade sanitária democrática nacional, alternativa, em tudo, ao governo Bolsonaro.

Com a pandemia, o SUS veio ao centro da vida nacional, tornando-se um fato político potencialmente desestabilizador do *ethos* neoliberal. A expansão da sua legitimação no plano dos valores públicos assenta a compreensão de que, sem o SUS, não superamos essa pandemia. A esse sentimento público e às energias políticas organizadas das forças

que desde já disputam o futuro do SUS e da democracia brasileira, não deve, no entanto, escapar o entendimento de que esse é um processo de recriação, e não de recuperação da ordem anterior. A atenção aos circuitos concentrados de poder e do seu vínculo com as exigências mercantis do neoliberalismo constitui parte central da agenda. Como a história nos ensina, a perpetuação desses impasses políticos fará de qualquer tentativa democrática no Brasil uma experimentação

precária e provisória. Não existe democracia sem sentimento de república.

Colaboradores

Santos RT (0000-0002-0125-7700)* e Guimarães JR (0000-0003-0218-3405)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Guimarães JR, Santos RT. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde debate* [internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 1]; 43(esp8):219-233. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/saude-em-debate-v-43-n-especial-8-outros-olhares-para-a-reforma-sanitaria-brasileira/>.
2. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jul 1]; (10):1927-1936. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201300100003&lng=en&nrm=iso.
3. Giovanella L. Desafios da APS no SUS em contexto de restrição de direitos [internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/wp-content/uploads/2019/10/4-Giovanella-Cosems-RJ-APS-no-SUS-desafios-e-ameacas-18-outubro-2019.pdf>.
4. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jul 5]; 42(esp1):38-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>.
5. Weiller JAB. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. In: Stefano D, Menfonça ML. *Direitos Humanos no Brasil 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Outras Expressões; 2019. p. 231-238.
6. Fleury S. O golpe na saúde. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/06/o-golpe-na-saude/>.
7. Avritzer L, Bignotto N, Filgueiras F, et al. *Dimensões políticas da justiça*. Rio de Janeiro: José Olympio; 2013.
8. Zaverucha J. *Frágil democracia: Collor, Itamar, FHC e os militares: (1990-1998)*. Rio de Janeiro: Record; 2000.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Amorim AP, Guimarães J. A corrupção da opinião pública: Uma defesa republicana da liberdade de expressão. São Paulo: Boitempo; 2013.
10. Santos WG. Governabilidade e Democracia Natural. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
11. Limongi F. A democracia no Brasil: presidencialismo, coalizão partidária e processo decisório. *Novos estudos CEBRAP*. 2006; (76):17-41.
12. Santos WG. A Democracia Impedida: o Brasil no Século XXI. Rio de Janeiro: FGV; 2017.
13. Motta LE. Judicialização da política e representação funcional no Brasil contemporâneo: uma ameaça à soberania popular? *Rev. Quaestio Iuris* [internet]. 2012 [acesso em 2020 ago 16]; 5(2). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/9878>.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coletânea Direito à Saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Coletânea. Brasília, DF: Conass; 2018.
15. Silva GM, Rasera EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2014; 21(1):61-76.
16. Arnaudo D. Computational Propaganda in Brazil: Social Bots during Elections. *Comp. Prop. Research Project*. No prelo nº 2017. 8:39. 2017.
17. Coalizão Negra por Direitos. Enquanto houver Racismo não haverá Democracia. [internet] 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <https://comracismo-naohademocracia.org.br/>.
18. Domenech A. El eclipse de la fraternidad: Una revisión republicana de la tradición socialista. Madrid: Ediciones Akal; 2019.
19. Marshall TH. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
20. Brown W. Undoing the Demos – Neoliberalism’s Stealth Revolution. New York: Zone Books; 2017.
21. Biebricher T. The Political Theory of Neoliberalism. Stanford, California: Stanford University Press; 2019.
22. Perin O. População da Baixada, mal da saúde, fechará a Dutra. *Jornal do Brasil*. 1986 maio 18; Cad 1.
23. Movimento Popular de Saúde. Construção Histórica do MOPS. [internet]. S.d. [acesso em 2020 jul 7]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/mopse/home/historico>.
24. Albuquerque EM, Faria CF. Uncontrolled predatory capitalism: the core of Bolsonaro’s government – International Socialism [internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 16]. Disponível em: <https://isj.org.uk/the-core-of-bolsonaros-government/>.
25. Paim JS. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 393 p.
26. Jornal o Globo. Decreto agride democracia representativa [internet]. *Jornal O Globo*. 2014 Maio 31. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/decreto-agride-democracia-representativa-12667958>.
27. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Conferência Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade. Brasília, DF: IPEA; 2013.
28. Federação das Indústrias do Estado de São Paulo. Decreto nº 8.243, que institui a política nacional de participação social, é debatido na FIESP. [internet] 2014. [acesso em 2020 jul 3]. Disponível em: <https://www.fiesp.com.br/noticias/decreto-8-243-em-debate-na-fiesp/>.
29. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde debate*. 2013; 37(96):96-103.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS. Proposta de Plano de Saúde Acessível [internet]. 2017 [acesso em 2020 jul

- 2]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>.
31. Strecker M. Planos de Saúde enfrentam crise e procuram alternativas [internet]. Folha de São Paulo. 2016 Ago 25. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/08/1806351-planos-de-saude-enfrentam-crise-e-procuram-alternativas.shtml>.
32. Central Única de Favelas. Propostas de medidas para reduzir os impactos da pandemia de COVID19 nos territórios das favelas brasileiras [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 3]. Disponível em: <https://www.cufa.org.br/noticia.php?n=MjYx>.
33. Lavalle AG, Bueno NS. Waves of Change Within Civil Society in Latin America: Mexico City and São Paulo. *Polit. Soc.* 2011; 39(3):415–50.
34. O Globo. Presidente do BC discute medidas de recuperação com presidente da Fiesp [internet]. O Globo. 2016 Out 26. [acesso em 2020 jul 3]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/negocios/presidente-do-bc-discute-medidas-de-recuperacao-com-presidente-da-fiesp-20360888>.
35. The Banker. Central Banker of the Year 2018 [internet]. The Banker. 2018 Jan 2. [acesso em 2020 jul 3]. Disponível em: [https://www.thebanker.com/Awards/Central-Bank-Governor-of-the-Year/Central-Banker-of-the-Year-2018/\(language\)/eng-GB](https://www.thebanker.com/Awards/Central-Bank-Governor-of-the-Year/Central-Banker-of-the-Year-2018/(language)/eng-GB).
36. Braga IF. *Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
37. Sestelo JAF. *Planos de saúde e dominância financeira*. Salvador: Edufba; 2018.
38. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jul 15]; 34(1): e00194916. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
39. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. *Cadernos de Recursos Humanos* [internet]. Rio de Janeiro: SEPLAG; 2014. [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: <http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/uuid/dDocName%3aWCC214737>.

Recebido em 15/07/2020

Aprovado em 04/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Proteção social em tempos de Covid-19

Social protection in times of Covid-19

Jorge Abrahão de Castro¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E405

RESUMO A pandemia da Covid-19 é uma grave emergência de saúde capaz de gerar sérios problemas sociais. Por esse motivo, o artigo procura conhecer a proteção social disponível à população brasileira para enfrentar esses problemas. Para isso, reconstrói e analisa as condições de vida da população brasileira em conexão com as políticas públicas em dois períodos: na pré-pandemia e na pandemia. Constataram-se alterações regressivas nas condições de vida que indicam a redução da proteção social e o rebaixamento do bem-estar social para a maioria da população. Conclui-se que a proteção social dos brasileiros tem graves debilidades e dificuldades para o enfrentamento da pandemia; e as tendências apuradas sinalizam que se podem esperar enormes sacrifícios e elevadas perdas de vidas humanas nos tempos da pandemia da Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Pandemias. Proteção social em saúde. Condições sociais. Saúde.

ABSTRACT *The Covid-19 pandemic is a serious health emergency capable of creating critical social problems. For this reason, the article seeks to know the social protection available to the Brazilian population to face these problems. To do so, it reconstructs and analyzes the living conditions of the Brazilian population in connection with public policies in two periods: in the pre-pandemic and in the pandemic. There were regressive changes in living conditions that indicate a reduction in social protection and a decrease in social well-being for the majority of the population. It is concluded that the social protection of Brazilians has serious weaknesses and difficulties to face the pandemic; and the trends detected indicate that enormous sacrifices and high losses of human lives can be expected in the time of the Covid-19 pandemic.*

KEYWORDS *Pandemics. Social protection in health. Social conditions. Health.*

¹Ministério da Economia
(ME) - Brasília (DF), Brasil.
jorge.abrahaos57@gmail.com



Introdução

A pandemia da Covid-19 que atualmente assola o mundo é resultado da disseminação por todos os países do novo coronavírus e que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020. Enquanto uma grave emergência de saúde tem efeito colateral capaz de gerar problemas e instabilidade política, econômica e social, representando um dos maiores desafios a serem enfrentados nas últimas décadas; no social, os problemas vão além da emergência de saúde e envolvem os demais componentes das condições de vida da população. Por esse motivo, entende-se que a abrangência da proteção social destinada à população pode revelar o esforço das políticas públicas para enfrentar a pandemia, com menor ou maior perdas de vidas. Daí o objetivo deste artigo em conhecer a proteção social disponível à população brasileira para enfrentar os problemas decorrentes da pandemia da Covid-19.

Para tanto, inicia-se pela compreensão que as relações sociais de produção dos países, em cada momento histórico, determinam condições de vida que estão diretamente relacionadas com as necessidades sociais básicas da população do País. A descrição e a análise das condições de vida da população são um dos procedimentos que permitem conhecer a proteção social oferecida aos indivíduos, famílias e grupos sociais brasileiros. Essa proteção se refere, principalmente, às situações de dependência ou vulnerabilidade, entre as quais: a incapacidade de ganhar a vida por conta própria em decorrência de fatores externos, que independem da vontade individual, como o desemprego involuntário; a vulnerabilidade devido ao ciclo de vida do ser humano, como são os casos da infância e dos idosos; e as situações de risco, como em caso de acidentes – invalidez por acidente – e como é o caso da recente pandemia da Covid-19, entre outros.

A operacionalização do conceito de condições de vida será efetuada mediante a utilização de um conjunto de dimensões compostas por indicadores ligadas a fatores

econômicos e sociais da população. A qualidade analítica das dimensões é determinada pela disponibilidade de dados e informações para construção de seus indicadores. Apesar de importantes, alguns recortes analíticos possíveis, tais como região, localidade, idade, gênero, raça/cor, não serão tratados de forma específica, mas apenas utilizados em algumas situações. Dessa escolha, derivou a especificação de oito dimensões: trabalho e renda; previdência social; saúde; saneamento básico e habitação; assistência social – pobreza de renda –; desigualdade de renda, educação; e segurança pública e violência. Para explicar as variações dos indicadores, importam as situações políticas e econômicas conjunturais e, particularmente, a direção da política pública com respeito às necessidades sociais básicas da população, relativas ao acesso à renda e aos bens e serviços sociais.

Para cumprir o objetivo e seguindo esse método, este artigo reconstrói a seguir as condições de vida da população brasileira, no período pré-pandemia, 2014 a 2018/19, e no ano da chegada e epicentro da pandemia, 2020, além de exibir tendências. O período histórico escolhido é uma estratégia para ampliar as informações, sobre as forças e fragilidades, e construir tendências da proteção social que enfrentará a pandemia da Covid-19, uma vez que ela está em seu início no Brasil.

Proteção social em tempos de Covid-19

O período pré-pandemia é muito relevante para entender o que se passa com diversos aspectos da realidade brasileira no decorrer da pandemia. Por exemplo, na política, é um período bastante conturbado e que está marcado pelo golpe do *impeachment*, enquanto uma interrupção forçada de um mandato presidencial legitimamente conquistado, em uma manobra mediático-jurídico-parlamentar conduzida pela junção de um conjunto de interesses políticos, técnico-burocráticos e

empresariais de tomada do poder e controle do Estado. Esse evento levou à quebra do aparato/jurídico institucional construído desde a nova república, com consequências danosas para a frágil e curta democracia do País, que ainda tinha que conviver com os desejos autoritários dos interesses em torno da ‘lava jato’. As presidências que se seguiram ao golpe, Temer e Bolsonaro, apesar de algumas diferenças, representam os interesses das classes dominantes, principalmente do capital financeiro e do agronegócio, na radicalização das teses neoliberais de abertura indiscriminada da economia, privatização, concessões, redução do papel social do Estado, desmonte total da proteção aos trabalhadores, desprezo ao meio ambiente, entre outros interesses.

A presidência de Temer, em seu curto período – uma das piores avaliações populares da história do Brasil –, entregou uma economia de baixo crescimento e diversos problemas sociais, como apresenta-se a seguir. Já o presidente Bolsonaro, desde o início de seu mandato, tem explicitado sua ameaça aos valores democráticos, com discurso de ódio e apologia às ideias totalitárias. Com isso, o ambiente político está em permanente conflito que se conjuga ao deliberado enfraquecimento institucional. No período da pandemia, as incertezas políticas foram agudizadas, e o grau de obscurantismo foi elevado, pois se, no início, Bolsonaro fez a previsão que as mortes seriam poucas e que tudo não passava de uma ‘gripezinha’, no decorrer da pandemia, em que tudo se agravou, não mudou de opinião e se absteve de governar. Preferiu o confronto opoendo saúde

à economia, apostou em saídas milagrosas se opondo às evidências científicas, propôs o rompimento do isolamento social e a volta ao trabalho de forma indiscriminada, com apoio de parte expressiva do empresariado.

Na economia, no período pós-golpe, o projeto denominado de ‘ponte para o futuro’, levou a uma radicalização das políticas neoliberais de austeridade fiscal, cujo exemplo maior foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC-95) que estabelece um teto para os gastos primários, desestruturação do aparato institucional e reformas para redução do Estado social e privatizações, com o argumento que essa estratégia levaria o País de volta à confiança e ao crescimento¹. No entanto, a resultante foi um Produto Interno Bruto (PIB) que cresceu abaixo de 1,3% ao ano, nos últimos três anos, o que significa que o prometido crescimento não veio e que a economia está com pífio crescimento, além do aprofundamento da desindustrialização, desestruturação da construção civil pesada, dependência do agronegócio, entre outros problemas; e com graves consequências sociais.

No período da pandemia, as primeiras impressões de instituições internacionais e nacional são que ela trará consequências graves para a economia mundial e que a recessão global será intensa e disseminada para quase todos os países. No Brasil, a pandemia vai encontrar a economia brasileira em crise, e os resultados serão piores que aqueles previstos para a economia mundial, como poder ser visto na *tabela 1*, a seguir.

Tabela 1. Estimativas para crescimento do PIB do Brasil na pandemia da Covid-19

Em (%)								
Ano	IE-UFRJ Dweck et al. (2020)	IFI Senado	Ipea	BCB Boletim Focus	Banco Mundial	FMI	OCDE (single-hit)	OCDE (double-hit)
2020	- 6,4 (Ref.)	-6,5	-6,0	-6,5	-8,0	-5,3	-7,4	-9,1
2021	...	2,5	3,6	3,5	2,2	2,9	4,2	2,4

Fonte: Elaborado por Instituto Fiscal Independente (IFI)² e acrescido dados de Dweck et al.³

As previsões dessas instituições mostram retrações elevadas para a economia brasileira, em 2020, desde -5,3% previstos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) até -9,1% da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (*double-hit*), que é o cenário para o caso de o País apresentar uma resposta errática à crise e for atingido por uma segunda onda de contágio. Chama atenção que as instituições nacionais convergem para uma retração da economia em torno de -6,5% em 2020. Para o ano seguinte, 2021, é esperada uma recuperação mais lenta que a média global, variando de 2,2%, Banco Mundial, a 4,2%, OCDE (*single-hit*), que é o cenário para o caso de o Brasil ter apenas uma única onda de contágio. A rapidez e a profundidade da crise têm surpreendido e levado as instituições a rever suas posições, o que torna esses cenários e previsões em algo provisório e mutável no transcurso da pandemia.

O que está acontecendo no mundo não é diferente para o Brasil. A profundidade da crise econômica pôs o ‘mercado’ em colapso, e foi necessária a rápida ação do Estado, o que fez com que o ‘liberalismo’ da equipe econômica e seu edifício fiscal, dito inviolável, fossem relevados. Foi estabelecido o estado de calamidade pública que desobrigou o governo do cumprimento da meta fiscal e dos limites para gastos com pessoal, e o ‘orçamento de guerra’ dispensou o governo de cumprir a ‘regra de ouro’ e o teto de gasto.

No social, as condições de vida da população também vão sofrer alterações profundas, como pretende-se entrar em mais detalhes a partir da análise das dimensões e do painel de indicadores sociais em dois períodos, na pré-pandemia e na pandemia, cujas informações são apresentadas na *tabela 2* a seguir. Vão-se associar essas informações às políticas públicas na perspectiva de verificar a proteção social oferecida à população e suas tendências.

Tabela 2. Condições de vida: dimensões e indicadores selecionados. 2014, 2018/2019 e 2020

Dimensões	Indicadores	Pré-pandemia			Pandemia	
		2014	2018/19	Situ.	2020	Tend.
Trabalho e renda	Nível de ocupação da população (%)	56,9	54,6	□	51,6 1Q	□
	Taxa de desocupação na pop. >14 anos (%)	6,8	11,9	□	12,6 1Q	□
	Taxa composta de subutilização na pop. > 14 anos (%)	15,0	24,2	□	25,6 1Q	□
	Prop. pop. > 14 anos ocup. trabalho informal (%)	39,1	41,1	□	39,91Q	□
	Rend. médio todos trabalho pop. > 14 anos (R\$1,00)(1)	2.3601Q	2.3661Q	□	2.4251Q	□
	Massa de rend. Hab. todos os trabalhos (R\$ bilhões) (1)	207,91Q	213,31Q	□	211,6 1Q	□
	Saldo de emprego formal (Caged) (mil)	1.049,51Q	313,31Q	□	- 763,21Q	□
Previdência social	Pop. 16 a 59 anos ocupada e protegida (%)	72,5	70,3	□	...	□
	Pop. > de 60 anos protegida (%)	83,0	84,0	□	...	□
	Pop. > de 14 anos ocupada/contribuindo prev. (milhões)	58,71Q	58,61Q	□	57,51Q	□
Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil (por mil Nascidos Vivos)	12,4	12,2	□	...	□
	Taxa de Mortalidade Infância (por mil Nascidos Vivos)	14,9	14,2	□	...	□
	Razão de mortalidade materna (por 100 mil)	58,4	56,3	□	...	□

Tabela 2. (cont.)

Dimensões	Indicadores	Pré-pandemia			Pandemia	
		2014	2018/19	Situ.	2020	Tend.
Saúde	Esperança de Vida ao Nascer (anos)	75,2	76,5	□	...	□
	Número confirmado de contaminados pela Covid-19 (mil)	1.141(2)	□
	Número de mortes vítimas da Covid-19 (mil)	52,3(2)	□
Saneamento básico e habitação	Prop. pessoas/dom. com acesso à coleta lixo (%)	82,7(2016)	84,4	□	...	□
	Prop. pessoas/dom. com abast. de água (%)	85,8(2016)	85,5	□	...	□
	Prop. pessoas/dom. com rede coletora esgoto (%)	66,9(2016)	68,3	□	...	□
	Prop. pessoas em domicílios de aluguel/cedidos (%)	24,6(2016)	26,3	□	...	□
	Domicílios com máquina de lavar (%)	63,2(2016)	66,1	□	...	□
Assistência social - pobreza de renda	Pop. renda abaixo linha U\$ 1,9 PPC 2011 per capita (%)	4,5	6,3	□	7,0(3)	□
	Pop. renda abaixo linha U\$ 3,2 PPC 2011 per capita (%)	9,9	11,2	□	12,6(3)	□
	Pop. renda abaixo linha U\$ 5,5 PPC 2011 per capita (%)	22,8	23,9	□	27,0(3)	□
	Número de pessoas em situação de rua (mil) (4)	105,3	202,6	□	221,9	□
Desigualdade de renda	Desigualdade de renda - Gini	0,526	0,545	□	...	□
	Participação dos 1% mais rico na renda (%)	11,8	12,7	□	...	□
	Participação dos 10% mais rico na renda (%)	42,3	42,9	□	...	□
	Participação dos 40% mais pobres na renda (%)	13,0	12,7	□	...	□
Educação	Taxa de frequência à escola (0 a 3 anos) (%)	24,6	34,2	□	...	□
	Taxa de analfabetismo (15 anos ou mais) (%)	8,3	6,8	□	...	□
	Média de anos de estudos (pop. > 25 anos) (anos)	7,7	9,3	□	...	□
	Taxa líquida de frequência ao ensino médio (%)	67,2	69,3	□	...	□
	Pop. 15 a 29 anos, sem estudar/trabalhar (nem-nem) (%)	21,3	23,0	□	...	□
Segurança pública e violência	Taxa de homicídio (por 100 mil)	29,8	31,6	□	...	□
	Taxa de homicídio por armas de fogo (por 100 mil)	21,1	22,9	□	...	□
	Taxa de homicídio pop. 15 a 29 anos, homens (por 100 mil)	116,9	130,4	□	...	□
	Roubo e furto de veículos (mil)	513	491	□	...	□

Fonte: IBGE⁴⁻⁷; Ipea^{8,9}; Brasil¹⁰⁻¹⁵; FABc¹⁶; Sumner¹⁷; Natalino¹⁸.

Notas:

1) IBGE⁷, utiliza o deflator médio primeiro quadrimestre (1Q) de 2020;

2) Brasil¹¹, em 23 de junho de 2020;

3) Sumner et al.¹⁷, resultados com base cenário intermediário;

4) Natalino¹⁸, para março de cada ano.

A dimensão do trabalho e renda é muito importante para quase todos os aspectos das condições de vida da população, pois expressa os resultados do mercado de trabalho para a população em determinado período. Para o período pré-pandemia, os indicadores dessa dimensão apresentados na *tabela 2* mostram que o nível da ocupação se reduziu e que a desocupação se elevou fortemente, quase dobrando de valor, sendo que o emprego com carteira de trabalho assinada foi o mais penalizado, perdendo milhões de postos, principalmente no setor industrial e no da construção civil. A subutilização se elevou intensamente e chegou a quase um quarto da força de trabalho; e a informalidade, que vinha se reduzindo paulatinamente no período anterior, de acordo com Castro¹⁹, inverteu a tendência e voltou a se elevar. Acompanha esse movimento: a estabilização da renda e da massa de rendimentos em baixo patamar, que é ruim para a demanda das famílias e para o crescimento econômico. Ou seja, esses indicadores mostram um movimento de piora no mercado de trabalho e uma situação muito ruim de renda e proteção social para a classe trabalhadora no momento pré-pandemia.

Para o período da pandemia, como pode ser visto na *tabela 2*, os resultados para primeiro quadrimestre (1Q) do ano de 2020 indicam uma ampliação da tendência anterior e uma piora no mercado de trabalho haja vista a sua severidade. Por exemplo, o saldo de empregos formais revela esse movimento: enquanto no 1Q de 2019 o resultado foi positivo, nesse mesmo período, em 2020, o resultado foi fortemente negativo. Dweck³ estimam que, em 2020, ano da pandemia, o nível de ocupação pode cair até 14,0%, e que a maior parte das ocupações ameaçadas está em setores cujos empregos são de menor qualificação e remuneração, com baixa proteção social e menor capacidade de realizar uma recomposição entre redução de carga horária e destruição de postos de trabalho. Esses resultados levaram a um prognóstico, para o período da pandemia, de que haveria grandes dificuldades para classe trabalhadora, pois, com as dificuldades geradas pela contração elevada da economia, somar-se-ia a precarização das relações de trabalho

resultante das políticas de retirada de direitos e de amparos aos trabalhadores, o que reduziria a proteção social ao trabalhador e suas famílias.

Quando a pandemia se iniciou de fato, a situação de renda da população mais vulneráveis tornou-se muito grave, como havia sido prognosticado, o que levou à forte pressão política para que o governo federal agisse em apoio aos trabalhadores mais vulneráveis. Em resposta, o governo propôs pagamento de R\$ 200,00 por três meses. Esse valor foi entendido como insuficiente por um leque amplo de forças políticas; e depois de muita negociação, foi aprovado um apoio emergencial de R\$ 600,00, por três meses, e orçado em R\$ 152,6 bilhões, que, até junho, tinha sido executado 50%, de acordo com o Instituto Fiscal Independente (IFI)². Já a Medida Provisória 936 permitiu acordos de redução de jornada e salários, supostamente para ajudar a classe trabalhadora formalizada, mas os interesses das empresas acabam prevalecendo, com a diminuição de seus gastos e, conseqüente, redução dos salários dos empregados. Para mais detalhes sobre o emprego, trabalho e renda neste período.

Na previdência social pública, a proteção social à classe trabalhadora, no período pré-pandemia, ficou pior principalmente para a população em idade ativa, e pode piorar ainda mais durante a pandemia. A pior notícia aqui é que o processo de inclusão no sistema previdenciário público foi rompido com a redução de contribuintes para o sistema desde 2014, quando tiveram início a recessão econômica, as reformas trabalhistas e a terceirização. A *tabela 2* mostra que, no período pré-pandemia, a proteção previdenciária à população ocupada, em idade ativa, havia sido reduzida de 72,5% para 70,3%; e que a população contribuinte para o sistema se manteve estável em torno de 58,7 milhões, mesmo com o crescimento da população em idade ativa. Esses dados são evidências de como a recessão econômica, a austeridade fiscal e as políticas trabalhista tiveram como consequência a redução da proteção social de ampla parcela da população, atingindo também a estabilidade e a segurança no financiamento da previdência social.

No período da pandemia, as dificuldades para a proteção previdenciária continuam, é o que revela os dados da *tabela 2*. Para o primeiro quadrimestre de 2020, ocorreu uma redução de mais de 1 milhão de contribuintes, indicando uma forte queda na proteção previdenciária para a população em idade ativa. Ou seja, a retração forte da economia e as perdas de empregos com carteira assinada já mencionadas, aliadas aos primeiros impactos negativo da implementação da Reforma da previdência promovida pelo governo Bolsonaro, que aumentou o tempo de contribuição, ampliaram a idade mínima, dificultaram a aposentadoria em tempo integral, diminuíram os valores dos benefícios, entre outros pontos, prejudicando a proteção social dos trabalhadores ativos e inativos e seus dependentes. Não se pode esquecer que o projeto original, que continua na pauta conservadora, é de mudança radical do sistema de aposentadorias e pensões, introduzindo o sistema de capitalização, que significa a retirada total do Estado da proteção social previdenciária e a entrega às forças de mercado à sua condução, com graves consequências para a maioria da população.

A dimensão da saúde é um importante componente das condições de vida, que tem relevância para todas as demais dimensões. Apesar de poucos, os indicadores adotados (*tabela 2*) são assumidamente marcadores sociais potentes que podem retratar a situação não apenas da saúde da população em uma sociedade. Nessa dimensão, a situação da população brasileira que vinha experimentado melhorias incrementais devido à ampliação da atenção primária, sobretudo na modalidade saúde da família, entre outros bens e serviços de saúde, interrompe a tendência e se estabiliza no período após 2014. A *tabela 2* mostra que ocorreu uma estabilização da mortalidade infantil e na infância no período pré-pandemia.

A mortalidade materna, sempre resistente à redução, também se estabilizou em patamar elevado. A situação é ainda mais difícil quando se observa que as desigualdades entre as unidades da federação nos indicadores de saúde são enormes. Esses resultados têm a ver com a política de austeridade fiscal, que enfraqueceu as

políticas de saúde e coloca em risco a continuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com a restrição ao crescimento real dos gastos na área de saúde no período, sendo um dos menores dos últimos anos. A EC-95 que congelou os gastos públicos durante 20 anos anulará quaisquer possíveis avanços futuros nos serviços públicos de saúde. O governo Bolsonaro se iniciou com mais cortes de despesas e com o desmonte de programas em linha com o desejo de precarização e extinção do SUS, reduzindo a proteção de parcela expressiva da população da cobertura de uma diversidade de riscos e agravos.

No período da pandemia, a situação se agrava; e após três meses de seu início, o Brasil já é o segundo país do mundo em casos confirmados e em mortes – de acordo com *tabela 2*, são mais de 1,1 milhão de casos confirmados e 52,3 mil mortes. Enquanto isso, o presidente Bolsonaro continua negando a importância do problema, estimulando o descumprimento do isolamento social, não cumprindo os protocolos de proteção e estimulando a desinformação, dificultando as políticas de saúde; por isso já foram demitidos dois ministros da saúde, e a pasta da saúde foi entregue provisoriamente a um militar. De acordo com o IFI, existe uma baixa execução dos recursos previsto para combater a pandemia, pois, dos R\$ 40 bilhões autorizados, apenas R\$ 12,4 milhões (28,3%) foram efetivamente gastos, refletindo a falta de coordenação e a pouco preocupação do governo federal com a pandemia. O mais grave é que estudos como de Noronha et al.²⁰ mostram que a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil decorrente da demanda adicional gerada pela Covid-19 resulta em uma situação crítica para o sistema atender à demanda potencial. Essa situação é preocupante porque tem como consequência um aumento da mortalidade nos locais em que a oferta dos serviços não está preparada. Somando a oferta pública e privada, diversas microrregiões e macrorregiões de saúde operariam além de sua capacidade, comprometendo o atendimento principalmente a pacientes com sintomas mais severos. O cenário é pior para leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e no Norte

e Nordeste. Dessa forma, a presença de vazios assistenciais pode levar o sistema ao colapso, mesmo com taxas menos elevadas de infecção.

No saneamento básico e habitação, a situação para a maioria da população é bastante precária, observando-se, nesse período, movimentos controversos no acesso aos bens e serviços da área. De um lado, de acordo com a *tabela 2*, o acesso aos serviços de lixo e esgotamento sanitário tiveram pequena ampliação; de outro, a proporção de pessoas em domicílio alugado/cedido continua elevada e se ampliou. Já a proporção da população sem serviço de água da rede geral não teve alteração. Em razão das conexões transversais da área, essa situação potencializa os problemas de saúde pública, a poluição dos recursos hídricos, entre outros problemas. Esses resultados espelham a desarticulação política e o baixo investimento público e privado na área. Com a manutenção da política de austeridade, essa situação pode piorar na gestão Bolsonaro e ficar mais grave devido à pandemia, além dos esperados processos de privatização dos bens e serviços voltados ao abastecimento de água e de esgoto, como, por exemplo, o projeto de lei, proposto por Bolsonaro, que tramita no Senado, que ameaça as companhias públicas de saneamento básico, entregando-as ao setor privado, ao forçar a extinção do subsídio cruzado que viabiliza a prestação de serviços em muitos municípios de baixo poder de arrecadação.

A dimensão da assistência social que trata com as vulnerabilidades sociais da população foi retratada apenas pela ótica da insuficiência de renda – medida pelos diversos indicadores de pobreza de renda – e pela população de rua. A tendência de redução das situações de pobreza, medida em renda, que vinha ocorrendo desde o início do recente século reverteu-se fortemente a partir de 2014. Para o período pré-pandemia, observa-se na *tabela 2* que a pobreza (pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 em paridade de poder de compra por dia) aumentou de 4,5% para 6,3% da população, isso significa que 4,3 milhões de brasileiros voltaram a viver na pobreza; e, no total, atingiu 13,3 milhões de pessoas. Os resultados para as demais linhas de pobreza que

são apresentadas na *tabela 2* corroboram essa tendência de crescimento da pobreza no período. Essa situação é ainda mais agravada para grupos específicos: de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹, a pobreza não afeta a todos de forma idêntica, pois existem grupos populacionais que são mais vulneráveis, como é o caso das crianças e da população preta e parda. Também afeta diferentemente a população no território, sendo mais intensa nas regiões Norte e Nordeste e nas periferias das grandes cidades. Percebe-se, então, que a inserção no mercado de trabalho não é condição suficiente para superar a pobreza, pois 14,3% dos ocupados estão nessa condição. Esse retrocesso na pobreza foi grave o suficiente para que a Fundação Getúlio Vargas (FGV), em exercício de projeção, considerando um cenário de crescimento do PIB de 2,5% ao ano, estimasse que só em 2030 a pobreza voltaria ao nível de 2014, concluindo que pode haver uma década e meia de tempo perdido no combate à pobreza, em grande medida devido à falta de políticas públicas adequadas.

No período da pandemia, o retrocesso pode prosseguir e se agravar, segundo estudo de Sumner et al.²², que avaliaram três cenários possíveis da recessão causada pela pandemia: queda de 5%, de 10% e de 20% de renda ou consumo. Por exemplo, para o cenário intermediário de queda de 10% de renda ou consumo no Brasil, as pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 por dia, em 2020, podem aumentar 0,7 ponto percentual (p.p.), e a taxa de pobreza chegaria a 7% da população (*tabela 2*). Para os outros parâmetros de pobreza, utilizados usualmente pelo Banco Mundial – pessoas vivendo com menos de US\$ 3,20 e US\$ 5,50 –, a pobreza pode ter um crescimento de 1,4 p.p. e 3,1 p.p.; e a taxa pode subir para 12,6% e 27,0%. O cenário para frente é de grande incerteza, apesar do governo Bolsonaro, a contragosto, ter dado o auxílio emergencial a um conjunto expressivo da população.

Se esses resultados se confirmarem, significa que haverá uma redução da proteção social à população vulnerável, cujas explicações estão relacionadas com a crise econômica profunda

derivada da pandemia e com as decisões políticas anteriores à pandemia, entre elas: as medidas que facilitaram a precarização das relações de trabalho; as alterações na política de valorização do salário mínimo; a política de austeridade fiscal, principalmente a EC-95; a situação dramática da rede de assistência social, com grande parte dos serviços não funcionando de forma adequada; a desfiguração e a extinção de programas. Além dos problemas no Programa Bolsa Família (PBF), com uma longa fila de espera para participar do programa, não reajuste da linha de elegibilidade para acesso, Souza et al.²³ mostram que ele é importante redutor da pobreza.

A desigualdade de renda voltou a se elevar no período pré-pandemia, uma reversão da tendência que vinha ocorrendo desde o princípio do presente século. A desigualdade da renda domiciliar per capita, medida pelo Índice de Gini, teve uma elevação no período de 0,526 para 0,545; e os demais indicadores, apresentados na *tabela 2*, corroboram essa variação, por exemplo, a parcela do 1,0% da população com os maiores rendimentos ampliou sua parcela na renda de 11,8% para 12,7%, ficando com a mesma renda dos 40% da população com os menores rendimentos. A participação dos 10%, superior, na renda ampliou-se, enquanto a dos 40% diminuiu. O IBGE²⁴⁽⁵⁷⁾ chama a atenção ainda que

[...] as desigualdades de rendimento são ainda mais marcantes quando a análise da distribuição do rendimento domiciliar per capita é feita para grupos de cor ou raça da população. Enquanto 16,4% da população branca estava entre os 10% com maiores rendimentos, apenas 5,0% da população preta ou parda encontrava-se nessa mesma classe de rendimentos em 2018. O inverso acontece entre os 10% com menores rendimentos, que abarcavam 13,5% da população preta ou parda diante de 5,5% da população branca.

No estudo da FGV²⁵⁽³⁾, a desigualdade medida pelo Gini, também, apresenta uma tendência de crescimento entre 2014 e 2019. Mostra, ainda, que

a metade mais pobre da população teve perdas de renda, com variação acumulada de -17,1%, enquanto o 1,0% mais rico teve ganhos de +10,1% nesse período. E conclui que

É um movimento de concentração que dura 17 trimestres consecutivos, ou seja, quatro anos de aumento consecutivos de desigualdade, o que constitui um recorde de duração nas séries históricas brasileiras.

Essa ampliação da desigualdade tem a ver com o aumento da precariedade no mercado de trabalho devido: à desocupação elevada e em crescimento; às dificuldades dos trabalhadores menos qualificados em aumentar seus rendimentos; às ocupações informais que foram geradas, que têm menor salários; ao desalento elevado; e à subutilização da força de trabalho, que atinge nível recorde e em ampliação. Além disso, deve-se também à dinâmica de reajuste do salário mínimo, que não tem ganhos reais desde 2015, e a algumas decisões políticas, entre elas a política de austeridade fiscal, principalmente a EC-95, que restringiu os gastos com programas de transferência de renda, educação e Saúde, que de acordo com Souza et al.²⁴ e Silveira et al.²⁶ têm efeitos distributivos relevantes.

Na educação, no período pré-pandemia, o processo de escolarização mantém a inércia de pequenos aumentos incrementais, que pouco arranha os problemas estruturais, tais como as dificuldades com a progressão escolar de parcela expressiva dos alunos, o analfabetismo que até agora não teve solução definitiva, a baixa escolaridade média da população e as questões de qualidade. No ensino médio, apesar da taxa líquida de frequência ter evoluído um pouco, o valor atingido é ainda muito baixo diante das expectativas do Plano Nacional de Educação (PNE). A situação social da população jovem continua piorando, pois aqueles que não estão estudando ou trabalhando (nemem) continuam em ascensão (*tabela 2*). No âmbito do sistema escolar, as restrições aos gastos em educação devido à EC-95 e a não

regulamentação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb) podem ter efeito devastador sobre os bens e serviços públicos de educação, indispensáveis para a maioria da população. Além dos problemas escolares, a crise econômica trouxe consequências profundas para os alunos por causa de fatores externos à escola, tais como a ampliação das dificuldades econômicas das famílias que passam a conviver com desemprego, desalento, queda da renda, aumento da insegurança, entre outros fatores que prejudicam os alunos e os profissionais da educação e que acabam sendo levados para o ambiente escolar. Além disso, o governo Bolsonaro deu demonstração, em seu primeiro ano, que pretende reduzir a ação do governo federal na educação básica, com sérias implicações para a efetivação do direito à educação, além de articular o enfraquecimento das universidades públicas e de pretender a condução do ensino superior por lideranças empresariais, reduzindo também as pesquisas e a pós-graduação.

A pandemia afetou profundamente a rotina do sistema escolar e de suas escolas devido à suspensão de aulas presenciais, que foi inevitável e importante para não propagação do vírus, mas que pode trazer consequências maiores para os alunos pobres, que, ao ficarem longe da escola, expõem-se aos riscos da fome, violência física e psicológica, exploração sexual e abandono dos estudos. Além disso, a redução da renda das famílias pode fazer com que ocorra uma ampliação do trabalho infantil e abandono da escola. Por outro lado, os sistemas escolares procuram atenuar os efeitos da suspensão das aulas com o ensino a distância, mas têm enfrentado muitas dificuldades, pois o método tem que ser mais bem assimilado pelo corpo docente, e os alunos mais pobres não possuem condições materiais de acompanhar esse tipo de ensino.

Na dimensão da segurança pública e violência, a vitimização e a insegurança da população continuam elevadas, e o cenário para o futuro é de permanência dessa tendência (*tabela 2*). As mortes por homicídio começam o período em patamar bastante elevado, e continuam a

crescer, com a taxa atingindo 31,6 por 100 mil, no final do período, o que significava cerca de 170 homicídios por dia. Além disso, o homicídio se concentra na população masculina e jovem, que cresceu e atingiu 130,4 por 100 mil. Esses números são a demonstração do extermínio da população jovem/masculina/pobre/negra em marcha forçada. São recordes históricos e revelam que são mortas mais pessoas no Brasil do que em muitos países que estão atualmente em guerra. Essa situação relaciona-se com o padrão da exclusão social brasileira, de alta desigualdade, pobreza, desemprego, fragilidade das instituições sociais e descréditos das instituições de segurança pública; bem como com as dificuldades do Estado em administrar a repressão e a prevenção. Para piorar a situação, a retórica anticrime da gestão Bolsonaro encoraja a polícia a usar força letal de forma desproporcional, pede mais impunidade policial e maior flexibilização no controle de armas, entre outras intenções. Essa é uma aposta, em uma estratégia repressiva e dura, que pode gerar efeitos de curto prazo, mas, no médio e longo prazo, pode ser contraproducente e levar ao aumento da violência letal.

Considerações finais

No período pré-pandemia, aconteceram regressões em quase todas as dimensões das condições de vida. Por um lado, ocorreu a redução da renda e do poder de compra da maioria da população em idade ativa, inativa e para os vulneráveis, que indica a redução da proteção social da população no mundo do trabalho, na previdência pública e assistencial social. Por outro, conjugou-se a isso a manutenção/redução da oferta, em quantidade e qualidade, de bens e serviços públicos fundamentais de saúde, educação e saneamento básico – além da ampliação da violência e da insegurança e da elevação da pobreza e da desigualdade. Essas alterações nas condições de vida indicam a redução da proteção social e o rebaixamento do bem-estar social para a maioria da população.

No período da pandemia, o governo Bolsonaro, para piorar situação, continua com a intenção deliberada de tensionamento social que tem todos os ingredientes para elevar as perdas de renda e de acesso a bens e serviços para a maioria da população, com a elevação das tensões, violências e inseguranças sociais. Isso indica ainda maior redução da proteção social e do bem-estar social da expressiva parcela da população, aproximando-se aceleradamente de uma situação de barbárie social, no decorrer de uma das maiores pandemias que o País já enfrentou.

Análise das condições de vida da população brasileira mostrou que a proteção social dos brasileiros tem graves debilidades para sustentar o enfrentamento da pandemia. Os prognósticos que podem ser vislumbrados pelas tendências sinalizam que se podem esperar enormes sacrifícios e elevadas perdas de vidas humanas nos tempos da pandemia da Covid-19.

Colaborador

Castro JA (0000-0002-4576-2661)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional nº 95 de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016.
2. Instituto Fiscal Independente. Relatório de acompanhamento fiscal, nº 41. Brasília, DF: IFI; 2020.
3. Dweck E, coordenador. Impactos macroeconômicos e setoriais da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: IE-UFRJ; TD 007; 2020.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD continua retrospectiva 2012-2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD continua – divulgação mensal: fevereiro-abril. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da violência 2019. Rio de Janeiro: IPEA; 2019.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipeadata 3.0 [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <http://ipeadata.gov.br/beta3/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: covid.saude.gov.br.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
13. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria especial de Previdência e de Trabalho. Informe da Previdência Social. Brasília, DF: Ministério da Economia; 2018. v. 30.
14. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria especial de Previdência e de Trabalho. Informe da Previdência Social. Brasília, DF: Ministério da Economia; 2019. v. 31.
15. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria especial de Previdência e de Trabalho Estatísticas Mensais de Emprego Formal – Novo Caged. Brasília, DF: Ministério da Economia; 2020.
16. Fundação Abrinq. Observatório da criança e do adolescente [internet]. São Paulo: Fundação Abrinq; 2020. [acesso em 2020 maio]. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia>.
17. Sumner A, Hoy C, Ortiz-Juarez E. Precarity and the pandemic COVID-19 and poverty incidence, intensity, and severity in developing countries. UNU-WIDER. 2020 [acesso em 2020 maio 15]; (77):1. Disponível em: <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>.
18. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília, DF: IPEA, NT 73, jun. 2020.
19. Castro J. Bem-estar social brasileiro no século XXI: da inclusão ao retorno da exclusão social. Educ. Soc., Campinas. 2019; (40):1-18.
20. Noronha K, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6):e00115320.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
22. Sumner A, Chris H, Ortiz-Juarez E. Estimates Of The Impact Of Covid-19 On Global Poverty, WIDER Working Paper 2020/43 [internet]. Helsinki: UNU-WIDER; 2020. [acesso em 2020 mar 18]. Disponível em: <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>.
23. Souza PHGF, Osório RG, PaivaLH, et al. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Brasília, DF: IPEA, TD 2499; 2019.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
25. Fundação Getúlio Vargas. A escalada da desigualdade: qual foi o impacto da crise sobre a pobreza e a distribuição de renda? Rio de Janeiro: FGV; 2019.
26. Silveira F, Ferreira J, Mostafa F, et al. Qual o impacto da Tributação e dos Gastos Públicos Sociais na distribuição de renda do Brasil? Observando os dois lados da moeda. In: Ribeiro JAC, Luchiezi Jr. A, Mendonça SEA, organizadores. Progressividade da tributação e desoneração da folha de pagamentos : elementos para reflexão. Brasília, DF: Ipea; Sindifisco; DIEESE; 2011.

Recebido em 26/06/2020

Aprovado em 16/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia

Covid-19 and federative coordination in Brazil: consequences of federal dissonance for the pandemic response

Fabiola Sulpino Vieira¹, Luciana Mendes Santos Servo¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E406

RESUMO Este ensaio teve por objetivo discutir a trajetória da coordenação federativa no Sistema Único de Saúde (SUS) e a coordenação dos esforços de resposta à pandemia de Covid-19. Para dar suporte à discussão, aborda referencial teórico sobre a relação entre o federalismo e a implementação de políticas públicas, e sobre o desenvolvimento da coordenação federativa no SUS. Também discute decisões recentes do Ministério da Saúde que resultaram na fragilização dos instrumentos de coordenação do sistema. Pondera que a coordenação federal deficiente na resposta à pandemia não se deve à ausência de mecanismos de coordenação federativa do SUS ou ao constrangimento desses mecanismos impostos pelos demais entes da federação. O que se observa é a deliberada fragilização desses instrumentos pelo governo federal. Conclui que a crise sanitária acelerou o processo de distanciamento do Ministério da Saúde do seu papel de dirigente nacional do SUS e explicitou a decisão do governo federal pela inação, relegando ao órgão papel secundário nos esforços de enfrentamento da pandemia, com graves consequências para o acesso da população aos cuidados de saúde, especialmente os intensivos, e para a efetividade das ações no campo da vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Federalismo. Acesso aos serviços de saúde. Vigilância em saúde pública. Pandemias. Coronavírus.

ABSTRACT *This essay aimed to discuss the trajectory of federative coordination in the Unified Health System (SUS) and the coordination of response efforts to the Covid-19 pandemic. To support the discussion, it addresses a theoretical framework on the relationship between federalism and the implementation of public policies, and on the development of federative coordination in the SUS. It also discusses recent decisions by the Ministry of Health that resulted in the weakening of the system's coordination instruments. It considers that the deficient federal coordination in the response to the pandemic is not due to the absence of federative coordination mechanisms of SUS or to the constraint of these mechanisms imposed by the other entities of the federation. What is observed is the deliberate weakening of these instruments by the federal government. It concludes that the health crisis accelerated the process of distancing the Ministry of Health from its role as national director of SUS and made explicit the decision of the federal government for inaction, relegating to the Ministry a secondary role in efforts against the pandemic, with serious consequences for access population to health care, especially intensive care, and for the effectiveness of actions in the field of health surveillance.*

KEYWORDS *Federalism. Health services accessibility. Public health surveillance. Pandemics. Coronavirus.*

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- Brasília (DF), Brasil.
fabiola.vieira@ipea.gov.br

Introdução

A implementação de medidas de enfrentamento da pandemia de Covid-19 desafiou os maiores e mais bem preparados sistemas de saúde do mundo. Se por um lado eles já possuíam grande experiência em lidar com emergências de saúde pública, por outro, o desconhecimento da história natural da doença, a falta de tratamento específico e as particularidades da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) impuseram desafios à resposta dos países à pandemia. A velocidade de transmissão, o número de reprodução (número de infecções secundárias geradas por um indivíduo infectado) e a gravidade da Covid-19 são maiores do que os observados até então para as gripes causadas pelos diferentes subtipos do vírus *Influenza*¹.

No Brasil, houve um aumento expressivo de hospitalizações por Síndromes Respiratórias Agudas (SARG) em 2020, comparado com anos anteriores², sendo isso indicativo de subnotificação da Covid-19. Paralelamente, os óbitos por pneumonia e insuficiência respiratória apresentaram aumento em São Paulo, Rio de Janeiro e Manaus, quando essas capitais registravam o maior número de casos da doença³.

Somaram-se às dificuldades mencionadas, a crise política que se prolonga há alguns anos e que se agravou nos últimos meses; as fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes de anos de baixa prioridade política e de subfinanciamento crônico^{4,5}; e a atuação dissonante do governo federal em relação ao trabalho de enfrentamento da pandemia realizado pelos demais entes da federação⁶, na contramão das boas práticas informadas por evidências científicas.

A respeito dessa última questão, foi explícita a posição contrária do presidente da República às medidas de distanciamento social horizontal⁶, as quais foram reconhecidas como as mais efetivas para a contenção da transmissão do coronavírus⁷. Também foram irrestritas as suas críticas aos governadores e prefeitos que adotaram tais medidas, atribuindo a eles

a responsabilidade pela recessão econômica que se seguirá à crise sanitária⁸, em uma contraposição entre economia e saúde. Ademais, sua decisão para que o Ministério da Saúde (MS) recomendasse o uso amplo de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19 resultou na queda de dois ministros⁹ e na publicação de uma ‘orientação’ sobre o uso precoce desses medicamentos no tratamento da doença¹⁰, a despeito de as evidências científicas não embasarem a sua indicação nesse caso até o momento¹¹.

Os embates do presidente da República com governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de que a competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é concorrente em matéria de saúde e que, portanto, todos os entes da federação têm autonomia para tomar providências normativas e administrativas relacionadas à Covid-19¹². Entretanto, essa decisão não pôs fim às divergências ou gerou espaço para uma ampliação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia.

Segundo Abrucio¹³⁽⁴¹⁾, a coordenação federativa ou intergovernamental diz respeito às “formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações”. Trata-se de aspecto essencial que visa garantir o equilíbrio entre a autonomia dos entes e a interdependência entre eles¹⁴, o qual é determinante para o enfrentamento da presente crise sanitária. Na resposta à Covid-19 pelos países, as seguintes atividades são apontadas como essenciais: i) coordenação e consistência nas ordens para ficar em casa em todas as jurisdições; ii) rápida testagem para identificação do novo coronavírus; e iii) melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde¹⁵.

Considerando a atual crise sanitária e a necessária articulação entre o MS e as secretarias de saúde estaduais e municipais, o objetivo deste ensaio é discutir a trajetória da coordenação federativa no SUS e a coordenação dos esforços de resposta à pandemia de Covid-19, com foco especial na atuação do

governo federal e nas consequências dessa atuação para o funcionamento do sistema, o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira e a efetividade das ações de enfrentamento da doença no País.

A discussão é fundamentada por achados da literatura científica e por informações constantes de documentos legais. Dado que muitos acontecimentos são extremamente recentes e que não foram ainda reportados em documentos técnico-científicos, utilizaram-se matérias jornalísticas como fonte de informação, uma vez que nelas se encontram o registro de fatos relacionados com o tema ora tratado.

O ensaio é constituído de outras cinco seções além desta introdução, nas quais se busca tratar da relação entre o federalismo e a implementação de políticas públicas; abordar a coordenação federativa no SUS em uma perspectiva histórica; discutir as mudanças recentes que afetaram instrumentos de coordenação do SUS em nível federal; refletir sobre as consequências dessas alterações e da conjuntura política atual para a resposta brasileira à pandemia; e apresentar, em síntese, nas considerações finais, as questões-chave discutidas neste ensaio.

Federalismo e políticas públicas

O federalismo pode ser entendido como uma forma de organização do poder do Estado com um nível de governo central, de caráter nacional, e outro descentralizado, constituído pelos governos subnacionais, em que ambos os níveis têm autonomia territorial, e os representantes de cada governo têm poderes exclusivos e concorrentes sobre o mesmo território e população¹⁶; e as políticas públicas são programas e ações governamentais com impactos sobre a população, que traduzem os propósitos dos governos¹⁷.

O tema 'federalismo e políticas públicas' tem sido tratado em vasta literatura dos campos da economia, da ciência política e da saúde¹⁶. O

interesse de distintos campos do conhecimento nesse assunto pode ser explicado, em parte, pela necessidade de compreender os efeitos das relações entre os entes federados sobre o processo de implementação de políticas públicas, especialmente as de abrangência nacional, em situação de descentralização da competência normativa e administrativa em matérias específicas, como saúde e educação. Há muitas definições para o termo descentralização, mas uma, bastante objetiva, é a de que se trata de uma mudança na alocação da autoridade, de forma que o poder é deslocado para unidades territoriais menores de governo¹⁸.

A descentralização da autoridade para a implementação de políticas e execução de serviços públicos demanda disponibilidade de recursos para confrontar as responsabilidades alocadas aos demais entes da federação, com participação ativa do governo central no financiamento dessas políticas e serviços¹⁹. Nesse contexto, as transferências diretas para os governos subnacionais evitam os desequilíbrios entre a disponibilidade de recursos e a oferta de serviços, e são cruciais à implementação das políticas descentralizadas, de tal forma que o impacto para a equidade depende de como as transferências intergovernamentais são realizadas²⁰. Assim, ainda que a implementação das políticas e a execução dos serviços sejam descentralizados, o governo central tem papel importante, sendo as transferências intergovernamentais um instrumento valioso para a redução das desigualdades.

Elas também são consideradas relevante mecanismo de coordenação federativa. Abrucio¹³ assinala que a coordenação federativa pode se dar por meio de três mecanismos: i) regras legais de compartilhamento de competências no campo das políticas públicas; ii) estabelecimento de fóruns que contem com a participação dos próprios entes ou nos quais haja representação dos seus interesses; e iii) indução das políticas por parte do governo federal. No âmbito da indução, as transferências intergovernamentais condicionadas cumprem papel relevante na implementação de políticas sociais no Brasil^{14,21}.

No tocante às possibilidades de o governo central implementar políticas de seu interesse, parece haver predominância na literatura da conclusão de que quanto maior for o número de vetos, maiores seriam as suas dificuldades para isso. Federações subdivididas em vários governos autônomos e com representação desproporcional das unidades que as compõem no Senado, em termos de suas populações, teriam mais frequentemente imposição da vontade da minoria à maioria e apresentariam maiores dificuldades para o governo central implementar políticas públicas nacionais²².

Entretanto, segundo Arretche²², a federação brasileira desafia tal tese, pois, nesse caso, não se observam constrangimentos à maioria pela minoria, e a autoridade do governo central é favorecida pela competência legislativa abrangente da União, pelo comportamento partidário dos senadores e pela não exigência de maiorias expressivas para a aprovação de matérias de seu interesse. Soares e Machado¹⁶ concordam com as conclusões de Arretche de que, no Brasil, há concentração de poder na União e acrescentam que a implementação de políticas sociais universais e equitativas é favorecida em modelos federativos como o brasileiro, nos quais há centralização de recursos administrativos e fiscais na União.

No que concerne à implementação da política de saúde em contexto federativo e dado o momento atual de pandemia de Covid-19, a literatura do campo da economia aporta contribuição relevante. De acordo com Costa-Font e Greer²³, em sistemas de saúde descentralizados, a produção de bens públicos, como os serviços voltados ao combate a epidemias, precisa ser pensada considerando as economias de escala e as externalidades, o que requer oferta com algum grau de centralização desses serviços de saúde. Transpondo esse achado para o contexto atual, pode-se concluir que a natureza dos serviços de vigilância em saúde, as externalidades decorrentes, tanto da pandemia quanto dos serviços públicos oferecidos, e as desigualdades de acesso a serviços de saúde de Média e Alta Complexidade

(MAC) justificam participação mais ativa do governo federal nos esforços de combate ao novo coronavírus.

No Brasil, a esse respeito e de forma mais abrangente, sugeriu-se ao governo federal maior articulação político-institucional e comunicação com a sociedade²⁴. Já no campo da saúde, além das ações relativas ao financiamento do SUS e gestão do sistema, destacou-se a necessidade de uma estrutura de governança e coordenação da resposta à pandemia²⁵. Considerando que a coordenação dos esforços de enfrentamento da Covid-19 depende fortemente de como se estabelecem as relações intergovernamentais e da efetividade dos mecanismos de coordenação federativa implementados no SUS, a próxima seção apresenta um resumo de evidências da literatura a esse respeito.

Coordenação federativa no SUS

O SUS foi criado considerando a estrutura federativa definida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), a qual estabeleceu os papéis da União, estados e municípios, atribuindo autonomia administrativa e tributária aos entes de federação. A CF/88 estabelece, também, competências concorrentes, com autorização para qualquer ente implementar políticas sociais em várias áreas²⁶. No caso da saúde, a diretriz constitucional estabelece a criação do SUS como sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, o que, na prática, resultou em sua implementação por meio de uma relação direta entre a União e os municípios. Esse processo, associado à forma como a federação se organiza, gerou um afastamento dos estados da coordenação federativa do SUS. O que permitiu que isso fosse se conformando ao longo do tempo?

Para responder a essa questão, cinco pontos merecem destaque: 1) a forma como as receitas tributárias são arrecadas e distribuídas; 2) o papel central atribuído à União; 3) os modelos de descentralização de recursos adotados;

4) as tentativas de retomada do processo de regionalização, mas que ainda apresentam grandes limitações; e 5) as tentativas de instituir instrumentos de coordenação federativa por meio de colegiados de pactuação.

No que se refere à arrecadação direta, os tributos coletados pela União respondem por dois terços do total. Ao mesmo tempo, a CF/88 estabeleceu um conjunto de transferências obrigatórias desses recursos arrecadados pela União, por meio dos chamados fundos de participação, e, também, os tributos arrecadados pelos estados e municípios. Em 2019, os municípios arrecadaram 7,6% dos tributos e ficaram com 20,7% do total das receitas tributárias. Os estados perderam parcela de sua arrecadação (27,5%) nessa redistribuição, ficando com 25% do total, e a metade restante ficou com a União²⁷.

Ao mesmo tempo, a União usou o espaço que lhe foi dado pelo art. 23 da CF/88, que trata, entre outras questões, da competência comum em matéria de saúde entre os entes federados, para realizar a coordenação federativa por meio da edição de leis e outras normas²⁸. Segundo Arretche²⁶, esse arranjo federativo deu grande poder de definição da política para a União, a qual optou por exercê-lo por meio de várias portarias do MS.

A estratégia de descentralização da execução de ações e serviços de saúde para municípios ficou clara, principalmente, nas Normas Operacionais Básicas (NOB), particularmente, a NOB 1/93, que introduz a transferência 'fundo a fundo' e a NOB 1/96, que inaugura uma importante fase da política de transferências federais: o incentivo à adoção de programas específicos de natureza nacional. Ainda que a NOB 1/96 tenha proposto resgatar o papel dos estados na coordenação federativa, o que se observa efetivamente é uma ampliação das transferências federais para municípios²⁹. Essa descentralização municipalista permitiu avançar no acesso da população a serviços de saúde, principalmente de atenção básica, com importantes impactos sobre os indicadores de saúde da população brasileira^{30,31}. Contudo,

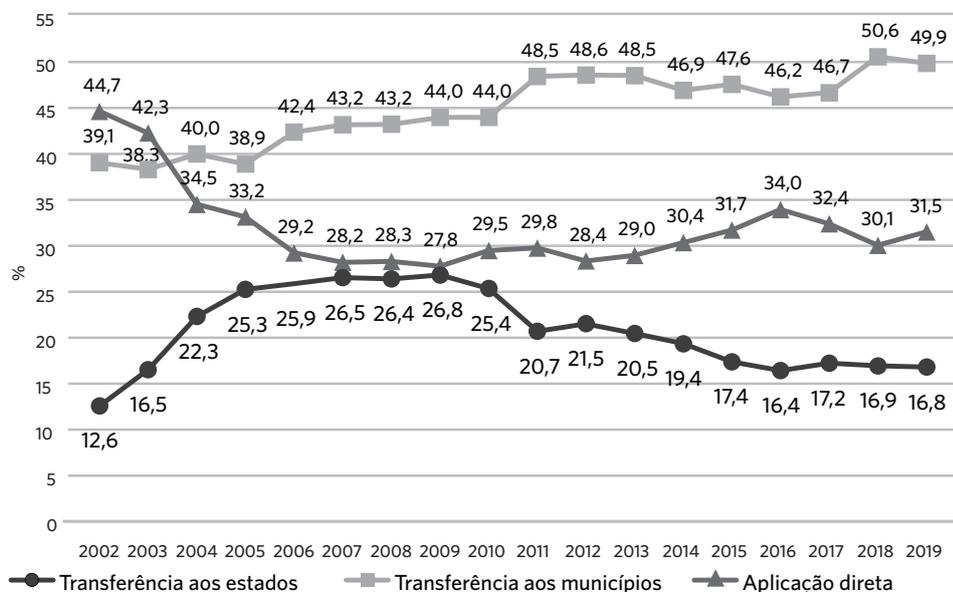
ainda que a atenção básica possa ser organizada no nível municipal, os serviços mais complexos demandam escala mínima para serem ofertados.

Em 2000, o País já possuía mais de 5.500 municípios, os quais eram, em sua maioria, de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes). Além disso, a estrutura de oferta de serviços de MAC era concentrada em alguns municípios de médio e grande porte, o que demanda a coordenação entre eles, assim como com seus estados para garantia de atenção integral à saúde para toda a população. Quanto à organização da rede regionalizada de ações e serviços de saúde, ainda nos anos 2000, foram várias as tentativas de avançar nesse processo, mas elas ocorreram de forma muito diferenciada. Os ganhos relativos foram maiores onde houve maior investimento ou onde os estados mostraram maior capacidade de coordenar o processo de regionalização³²⁻³⁴.

Nos anos 1990, foram criados colegiados para discussão e pactuação entre os entes subnacionais (Comissão Intergestores Bipartite – CIB) e desses com o gestor nacional (Comissão Intergestores Tripartite – CIT). Nesses colegiados, os atores com poder de veto são ouvidos, e algumas de suas demandas são incorporadas²⁶. Entretanto, analisando as atas e as decisões da CIT entre 2000 e 2011, Palotti³⁵ observou que 85% das proposições apresentadas nesse colegiado foram feitas pela União e que as representações de estados e municípios usaram pouco seu poder de veto. Os colegiados pensados para pactuação no âmbito regional têm atuado de forma irregular. Muitos deles têm limitado poder decisório e falta de estrutura e recursos para sua organização. Enfrentam, também, a ausência de recursos para redução da desigualdade de oferta regional de serviços de média e, principalmente, de alta complexidade^{32,36}.

A descentralização dos recursos federais em direção aos municípios, com redução dos repasses para os estados (*gráfico 1*), acabou contribuindo para a fragilização do papel desses últimos na coordenação do sistema em seu território.

Gráfico 1. Participação das transferências aos estados, das transferências aos municípios e das aplicações diretas no gasto total em ASPS* do Ministério da Saúde (2002 a 2019)



Fonte: Siga Brasil³⁷. Elaboração própria.

*ASPS: Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Em síntese, há evidências de que o governo federal cumpriu papel estratégico na implementação de políticas e programas de saúde no Brasil, valendo-se dos três mecanismos de coordenação federativa apontados pela literatura^{13,14}, com forte indução pelo MS, mas com papel secundário delegado aos estados³⁸. Entretanto, mudanças envolvendo a atuação federal se operaram recentemente, com consequências para o arranjo de coordenação federativa do SUS.

Fragilização recente dos mecanismos de coordenação federativa do SUS

Em meados da década passada, a recessão econômica e o forte ressurgimento da agenda

neoliberal, em meio à crise política, resultaram em um processo de afastamento do governo federal da coordenação do SUS, o qual pode ser observado pela fragilização dos mecanismos de coordenação federativa instituídos.

O primeiro mecanismo enfraquecido foi o de indução federal, que tem nas transferências intergovernamentais seu maior sustentáculo. Contribuiu para tanto a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) em 2016, que congela o gasto mínimo obrigatório da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) entre 2018 até 2036 no patamar da aplicação mínima de 2017, com evidentes prejuízos para a redução das desigualdades na oferta de serviços no SUS e para a efetivação do direito à saúde no Brasil³⁹.

Mesmo antes da EC 95, em que havia vinculação da aplicação mínima do MS ao crescimento do produto interno bruto (2000 a 2015) e à receita corrente líquida da União (2016 a

2017), as desigualdades da despesa per capita em ASPS entre as grandes regiões revelam que a alocação de recursos pelo Ministério não foi capaz de equalizar os investimentos em saúde. Houve queda da participação da União no montante de recursos alocados ao SUS entre 2003 e 2017 (de 50,1% para 43,2%), e o subfinanciamento do sistema, que é um dos grandes problemas para a sua consolidação, foi agravado com a aprovação da EC 95, pois a tendência é de redução ainda maior da participação federal no seu financiamento⁴⁰.

A EC 95 explicitou, do ponto de vista político, a ausência de compromisso com a garantia de acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde por meio do SUS, o que pôde ser observado também pelo comportamento do ministro da saúde da época, quando propôs, em 2017, alterações de regulamentação do setor para permitir a oferta de planos de saúde acessíveis, planos mais baratos, com cobertura assistencial limitada a procedimentos ambulatoriais⁴¹.

No mesmo ano, o MS, com forte defesa pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), aprovou na CIT uma proposta que foi chamada de SUS Legal. O objetivo era construir as bases para a desvinculação total dos repasses federais a políticas, programas e serviços. Almejava-se a transferência global dos recursos, o que, no contexto da EC 95, sem a possibilidade de ampliação do orçamento federal para o SUS e com os recursos do orçamento já comprometidos, implicava a limitação e até mesmo eliminação do mecanismo de indução federal de políticas via transferência intergovernamental. Na prática, o propósito inicial não foi alcançado por dificuldades operacionais e legais envolvendo a execução orçamentária federal. No entanto, foi aprovada a flexibilização da execução financeira dos recursos transferidos pelo Ministério para os estados e municípios em dois blocos de financiamento, custeio e investimento⁴².

Outro indicativo da redução do papel do Ministério na coordenação de políticas nacionais no âmbito do SUS é o aumento da execução do orçamento carimbado por emendas

parlamentares, para além do que estabelece o orçamento impositivo. Os recursos alocados por deputados e senadores aumentaram significativamente nos últimos anos e têm sido amplamente utilizados no incremento do Piso de Atenção Básica (PAB) e do Teto MAC. Entre 2014 e 2018, passaram de R\$ 240,1 milhões para R\$ 6,6 bilhões, em valores constantes, apresentando aumento de 2.650% no período⁴³.

No que se refere aos gastos com ações e serviços de vigilância epidemiológica, o que se observou entre 2010 e 2019 foi a ampliação das transferências para os municípios e a redução das transferências para os estados e da aplicação direta do MS⁴⁴. Isso sugere que houve maior descentralização das responsabilidades envolvendo as ações e serviços de vigilância epidemiológica em direção aos municípios. Porém, há medidas que envolvem a produção de bens públicos e causam externalidades, as quais demandam uma ação centralizada, como apontado anteriormente²³.

Há necessidade de investimentos nos laboratórios centrais de saúde pública para ampliar a capacidade de testagem e reduzir a subnotificação, aumentando o potencial da vigilância e possibilitando o imediato isolamento dos casos confirmados³; de medidas para a ampliação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde, com maior participação da Atenção Primária à Saúde (APS) na resposta à pandemia^{25,45}, para a compra e o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)⁴⁶. A literatura aponta resultados positivos da descentralização por adequar os serviços às necessidades da população e fomentar as capacidades locais, mas ela apresenta também os desafios para garantia da integralidade da atenção à saúde^{47,48}, sendo necessário algum grau de centralização dos serviços⁴⁸.

Com a crise sanitária, inicialmente, o MS realizou ações, principalmente na área de vigilância em saúde, incluindo a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, com a criação de grupo executivo interministerial, a publicação de editais para aquisição de EPI e de boletins

epidemiológicos⁴⁹. Entretanto, sucessivas divergências entre o MS e a Presidência da República geraram impasses e atrasos na aplicação dos recursos federais em ações voltadas ao enfrentamento da pandemia⁵⁰. Após a queda do primeiro ministro do governo atual, tornaram-se mais frágeis os outros dois instrumentos de coordenação federativa do SUS: a capacidade de os estados e municípios serem ouvidos nas instâncias de representação e a elaboração de normas para o sistema com a participação da representação das três esferas de governo. Mesmo os recursos extraordinários que suplementaram o orçamento do MS e que poderiam ser transferidos para as secretarias estaduais e municipais de saúde têm tido baixa execução pelo órgão⁵⁰.

Quanto aos outros mecanismos de coordenação, alguns episódios denotam a escalada do conflito na relação tripartite, o não reconhecimento por parte do governo federal da importância das instâncias de representação dos estados e municípios para a gestão do SUS e para a coordenação das ações de resposta à pandemia. Entre eles, o impedimento para que representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conasems participassem da sessão de posse do segundo ministro da saúde do atual governo⁵¹; a desconsideração desses conselhos na tomada de decisão de ações para enfrentamento da pandemia, como, por exemplo, quando da publicação de orientação para uso de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19⁵², sem seguir a norma que estabelece a análise pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde⁵³; a acusação, de indicado do governo para assumir cargo no Ministério, de que os secretários estaduais de saúde tinham interesse em informar mais mortes por Covid-19 do que as que realmente haviam acontecido, a fim de receberem mais recursos⁵⁴; e o lançamento de um painel pelo Conass para apresentação dos números de casos e óbitos por Covid-19, após o MS atrasar a divulgação dos dados e alterar a metodologia de registro dos óbitos⁵⁵.

Sobre a questão federativa neste momento no Brasil, Abrucio et al.⁵⁶ afirmam que o federalismo sob a ótica do governo federal é paradoxal. Os autores enfatizam que o governo federal visa reduzir a participação dos entes subnacionais na deliberação e no controle de decisões tomadas no âmbito da União. Ao mesmo tempo que prega a necessidade de maior autonomia para os entes, toma decisões que os afetam sem sua participação. Ainda segundo esses autores, esse processo está na base da descoordenação da política de saúde que se presencia em meio à pandemia de Covid-19, o que, obviamente, acarreta graves consequências, como se discute a seguir.

A coordenação federativa e os desafios para resposta à pandemia

Chegamos a 2020 em um processo de ampliação da descentralização no SUS, ainda sem os instrumentos de coordenação regional consolidados e com uma mudança na visão do governo federal sobre o seu papel como coordenador nacional da política. Quando o coronavírus entrou no País, já havia muitas limitações para enfrentá-lo, e a atuação federal se impõe como um grande desafio.

Ainda convivemos com grandes desigualdades no acesso a serviços de MAC. Em uma pandemia que velozmente demandou leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e respiradores, logo ficou evidente essa desigualdade no acesso aos serviços⁵⁷⁻⁵⁹. Considerando a oferta existente e os cenários de taxas de contágio, estados do Norte e do Nordeste enfrentariam colapsos em seus sistemas de saúde rapidamente. Contudo, outra realidade logo se impôs: as diferenças de acesso entre grupos da população mais vulneráveis e aqueles com mais alta renda. Mesmo em estados com maior oferta de serviços de saúde, o acesso a eles é desigual. Essa é uma questão importante no enfrentamento da doença, dado que o tempo

para acesso a um serviço de saúde com capacidade suficiente para garantir a atenção é fator central para reduzir os riscos de morte nos casos mais graves de Covid-19⁶⁰.

Para que o sistema de saúde tivesse capacidade de se organizar, vários países do mundo adotaram medidas de distanciamento social para minimizar os espaços de contato e contágio pelo coronavírus. Mesmo em países como a Alemanha, que havia ampliado seus investimentos em leitos de UTI e respiradores, essas medidas foram implementadas⁶¹. No Brasil, contudo, não houve decisão do governo federal para adotá-las em âmbito nacional. Elas ficaram a cargo dos estados e dos municípios, que as adotaram de maneira pouco coordenada e com efetividades variadas⁶².

Ainda nos primeiros momentos, houve problemas para realização das compras públicas de equipamentos de proteção individual, essenciais para prevenir o contágio entre profissionais de saúde. Com a escassez internacional desses equipamentos, compras ou negociações centralizadas com fornecedores poderiam ter tido mais êxito e custo mais baixo⁴⁶.

Também houve perda de protagonismo do Ministério, com implicações no cancelamento de compras de respiradores e contratação de leitos de UTI⁶³, além de convocações pelo Congresso para o ministro interino prestar esclarecimentos sobre as ações do órgão⁶⁴. Os estados utilizaram de vários mecanismos para adquirir os equipamentos; e, em alguns casos, houve ‘guerra sanitária’, com disputa entre os entes e, também, desses com o setor privado^{65,66}, mas também espaço para a cooperação horizontal entre os estados⁶⁷.

Adicionalmente, a resposta da vigilância em saúde para controle dos casos e prevenção do contágio, que também depende da coordenação federal, não foi satisfatória. Essa coordenação é necessária para: elaboração de protocolos nacionais para notificação dos casos; organização da vigilância em locais de potencial contágio (portos, aeroportos, terminais rodoviários); busca ativa de casos a partir de outros notificados; e elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos

para reduzir as falhas de comunicação com a sociedade e com a imprensa, gerar alertas locais, bem como informar a população sobre os locais de maior incidência da doença. Ademais, para a organização dos laboratórios centrais de saúde pública e das unidades notificadoras, para o contato permanente com os outros serviços de saúde e orientação das compras públicas, entre outras atividades.

Outro ponto relevante é a importância da atenção primária na rede de cuidados e vigilância dos casos para identificar localidades e populações de risco para a Covid-19 e, também, manter o acompanhamento de outros problemas de saúde da população em seus territórios^{25,45}. Recente pesquisa nacional com profissionais e gestores municipais de saúde aponta que a atenção primária tem buscado se reinventar durante a pandemia com o uso de instrumentos de atendimento à distância e visitas peridomiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém, aponta também oferta insuficiente de EPI e de capacitação para os profissionais, além de elevada proporção de ACS realizando recepção a sintomáticos nas unidades de saúde e menor proporção realizando visita peridomiciliar ou a distância. Os autores do estudo destacam a necessidade de investir em ações que permitam solucionar esses problemas, ampliando a participação da APS na resposta à pandemia⁶⁸.

O fato de os estados entrarem fortemente no processo de coordenação da resposta à pandemia fortaleceu seu papel no SUS e ampliou o espaço do Conass. Todavia, esse protagonismo foi assumido com grande dificuldade, pois, como discutido neste ensaio, no decorrer da implantação do SUS, eles perderam espaço na coordenação regional do sistema e há uma assimetria de poder na federação em favor da União. Além disso, os estados enfatizaram a gestão dos serviços de alta complexidade, especialmente daqueles oferecidos nas unidades de saúde próprias, e pouco se articularam com os municípios para a oferta de leitos em âmbito regional ou na articulação da rede de serviços com o envolvimento da APS.

Se por um lado a ascensão da participação dos estados se mostra positiva e relevante, por outro, ficou clara a importância de uma coordenação tripartite. A coordenação deficiente dos esforços de enfrentamento da Covid-19 resulta em ineficiências no SUS e no comprometimento da efetividade das ações de vigilância em saúde e de assistência à saúde. Além disso, cobra um alto preço da população brasileira que pode ser, no extremo, um elevado número de óbitos evitáveis, com custo intangível das vidas perdidas.

Considerações finais

Em síntese, até meados da década passada, a trajetória da coordenação federativa no SUS revelava uma construção assentada em forte atuação federal, com o uso dos três mecanismos de coordenação, em especial, a indução da implantação de programas e serviços por meio da transferência de recursos financeiros para os estados e municípios. A partir de então, o recrudescimento da agenda neoliberal no governo federal resultou em um processo de distanciamento do MS do seu papel de dirigente nacional do sistema, com consequente fragilização dos mecanismos de coordenação do SUS.

A crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19 acelerou esse processo e explicitou a decisão do governo atual pela inação, relegando ao MS um papel secundário nos esforços de enfrentamento da crise. A coordenação federal deficiente na resposta à pandemia não se deve à ausência de mecanismos

de coordenação federativa do SUS ou ao estrangimento desses mecanismos imposto pelos demais entes da federação. Como visto anteriormente, no federalismo brasileiro, a União detém muito poder; e isso não mudou. O que se observa não é a perda de sua capacidade para coordenar os esforços do SUS, mas, sim, a deliberada fragilização dos mecanismos de coordenação federativa pelo governo federal, que se acentuou nos últimos meses.

Com isso, pode-se dizer que, se houver um projeto de saúde para o País, ele não é o SUS, pois, para a consolidação do SUS constitucional, a utilização de mecanismos para a coordenação federativa do sistema é imprescindível. Além disso, no contexto da pandemia, a opção federal pela inação resulta em graves consequências para o funcionamento do sistema, para o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira e para a efetividade das ações de enfrentamento da doença no País.

Aviso legal

As opiniões emitidas neste artigo são de exclusiva e inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da instituição à qual se vinculam.

Colaboradoras

Vieira FS (0000-0001-7377-7302)* e Servo LMS (0000-0003-0770-7378)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Influenza and COVID-19 - similarities and differences [internet]. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/3hbr781>.
- Bastos LS, Niquini RP, Lana RM, et al. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):e00070120.
- França EB, Ishitani LH, Teixeira RA, et al. Óbitos por COVID-19 no Brasil: quantos e quais estamos identificando? *Rev. bras. epidemiol.* 2020; (23):e200053.
- Vieira FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2016; 40(109):187-199.
- Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1729-1736.
- Fleury S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro [internet]. Rio de Janeiro: CEE Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jun 24]. Disponível em: <https://bit.ly/2VqUODZ>.
- Duczmal LH, Almeida ACL, Duczmal DB, et al. Vertical social distancing policy is ineffective to contain the COVID-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00084420.
- UOL. Bolsonaro fala em onda enorme de desemprego e “põe no colo” de governadores. UOL. 2020 jun 7. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/2UsAaba>.
- Zylberkan M, Campos JP. Queda de dois ministros em apenas um mês deixa Saúde à deriva. *Veja*. 2020 maio 2. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/3f7nb6z>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/2XOSRYr>.
- Chowdhury MS, Rathod J, Gernsheimer JA. Rapid Systematic Review of Clinical Trials Utilizing Chloroquine and Hydroxychloroquine as a Treatment for COVID-19. *Acad Emerg Med* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 27(6):493-504 Disponível em: <http://doi:10.1111/acem.14005>.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19 [internet]. Brasília, DF: STF; 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/37ki0vR>.
- Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; (24):41-67.
- Lima LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde*. v.3 Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Ipea; Ministério da Saúde; 2013. p. 73-139.
- Guest JL, Del Rio C, Sanchez T. The three steps needed to end the covid-19 pandemic: bold public health leadership, rapid innovations, and courageous political will. *JMIR Pub. Health Surv*. 2020; 6(2):e19043.
- Soares MM, Machado JA. Federalismo e políticas públicas [internet]. Brasília, DF: Enap; 2018. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://bit.ly/3cS2Lgc>.
- Souza C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*. 2003; (39):11-24.
- Costa-Font J, Greer SL. Health system federalism and decentralization: what is it, why does it happen, and what does it do? In: Costa-Font J, Greer SL. *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave Macmillan; 2013. p. 1-9.
- Leite VR, Vasconcelos CM, Lima KC. Federalism and decentralization: impact on international and Brazi-

- lian health policies. *Int J Health Serv.* 2011; 41(4):711-723.
20. Abimbola S, Baatiema L, Bigdeli M. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Polic. Plan* 2019; 34(8):605-617.
 21. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):807-817.
 22. Arretche M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? In: Hochman G, Faria CAP, organizadores. *Federalismo e políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 65-90.
 23. Costa-Font J, Greer SL. Territory and health: perspectives from economics and political science. In: Costa-Font J, Greer SL. *Federalism and decentralization in European health and social care.* London: Palgrave Macmillan; 2013. p. 13-43.
 24. Schimidt F, Mello J, Cavalcante P. Estratégias de coordenação governamental na crise da covid-19 [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Diest n. 32). [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/3e2K1fe>.
 25. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, et al. Pontos-chave para gestão do SUS na resposta à pandemia covid-19 [internet]. São Paulo: IEPS; 2020. (Nota Técnica n. 6). [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/37134PK>.
 26. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec.* 2004; 18(2):17-26.
 27. Afonso JR, Castro KP. Carga tributária bruta 2019: recorde histórico e evidências federativas [internet]. JRRR. 2020 mar 13 [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Vmyi3X>.
 28. Machado JA, Palotti PLM. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2015; 30(88):61-82.
 29. Piola SF, Vianna SM, Marinho A, et al. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília DF: Ipea; 2009. (Texto para Discussão n. 1391). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2ZgsqdG>.
 30. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet.* 2011; (1):11-31.
 31. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet.* 2019; 394(10195):345-356.
 32. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2881-2892.
 33. Menicucci T, Marques AMF. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados.* 2016; 59(3):823-865.
 34. Servo LMS. O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.
 35. Palotti PLM, Machado JA. Coordenação federativa e a “armadilhada decisão conjunta”: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. *Dados.* 2014; 57(2):399-441.
 36. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1097-1108.
 37. Brasil. Senado Federal. Siga Brasil. Sistema de informações sobre orçamento público federal [internet]. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://bit.ly/30t3y4a>.
 38. Andrade MV, Noronha K, Sá EB, et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: Di Negri JA, Araújo BCPO, Bacelette RG. *Desafios da nação: artigos de apoio* [internet]. v. 2. Brasília, DF: Ipea; 2018.

- [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://bit.ly/2Vc38eH>.
39. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica Disoc n. 28). [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://bit.ly/3hm36Lu>.
 40. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 [internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2018. (Texto para Discussão n. 2439). [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/30qQlcN>.
 41. Sá EB. O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília, DF: Ipea; 2018. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://bit.ly/3fgpTql>.
 42. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea; 2018. (Texto para Discussão n. 2399). [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/2zqLjlu>.
 43. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2497). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2Ynlivv>.
 44. Vieira FS, Benevides RPS. Gasto federal com vigilância em saúde na última década e necessidade de reforço do orçamento do Ministério da Saúde para enfrentamento à pandemia pelo coronavírus. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Disoc n. 61). [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://bit.ly/37O1gin>.
 45. Tasca R, Massuda A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à pandemia COVID-19: a experiência do sistema de saúde italiano na região de Lazio. APS em Rev. 2020; 2(1):20-27.
 46. Servo LMS, Ramos MCB, Peters JR, et al. Equipamentos de proteção individual, higienizantes e material de higiene pessoal: preços, regulação e gestão da informação em tempos de coronavírus. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Disoc n. 63). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Vly0dw>.
 47. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(7):1903-1914.
 48. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1031-1044.
 49. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020; 29(1):e2020002.
 50. Afonso JR, Pinto EG. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada. Poder 360. 2020 abr 28. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2Atrp9R>.
 51. Brasilino CE. Conselhos de secretários de Saúde são barrados na posse de Teich: Ministro enviou ofício aos presidentes do Conass e do Conasems onde pede desculpas pelo constrangimento ocorrido na cerimônia no Planalto [internet]. Metrôpoles. 2020 abr 17. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3cUwYLQ>.
 52. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota oficial: "Orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19" [internet]. Brasília, DF: Conass; 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3fnPBtf>.
 53. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. 2011. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2MOuwf6>.

54. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CO-NASS repudia acusação de manipulação de dados sobre Covid-19 [internet]. Brasília, DF: Conass; 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2zu58Z6>.
55. Conselho Nacional de Secretários de Saúde [internet]. Painel Conass: covid-19. Brasília, DF: Conass; 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/37rYQpw>.
56. Abrucio LA, Grin EJ, Couto C, et al. Mais Brasil, Menos Brasília: o sentido do federalismo bolsonarista e seu impacto no combate à covid-19. Estadão. 2020 abr 12. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/37nfl6e>.
57. Noronha KVMS, Ramalho GG, Maldonado TC, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6):e00115320.
58. Rache B, Rocha R, Nunes L, et al. Para além do custo: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19 [internet]. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica n. 7). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Ntr9um>.
59. Castro MC, Carvalho LR, Chin T, et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. medRxiv. 2020 1 abr. No Prelo.
60. Pereira RHM, Braga CKV, Servo LMS, et al. Mobilidade urbana e o acesso ao Sistema Único de Saúde para casos suspeitos e graves de covid-19 nas vinte maiores cidades do Brasil [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Dirur n. 14). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Z50MQI>.
61. Sá EB. A saúde pública e o enfrentamento da crise causada pelo coronavírus. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Disoc n. 68). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Nw4Kgl>.
62. Moraes R. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas e governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica Dinte n. 16). [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2BGqcMM>.
63. Bertoni E. Os atrasos e omissões de um Ministro da Saúde provisório [internet]. Nexo Jornal. 2020 jun 1. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/3duYRdp>.
64. Brasil. Senado Federal. Comissão da covid-19 ouve ministro da Saúde na terça [internet]. Agência Senado. 2020 jun 22. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2BCG8zC>.
65. Associação Nacional de Hospitais Privados. COVID-19: Entidades do setor de Saúde pedem medidas urgentes ao STF contra abusos de autoridade [internet]. São Paulo: ANAPH; 2020. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2A1raTa>.
66. Godoy M, Venceslau P, Galhardo R. Confisco de luvas e respiradores opõe União e estados. Estado de Minas. 2020 mar 27. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: <https://bit.ly/2Vf6PB6>.
67. Grin EJ. Cooperação federativa entre os estados no Brasil: efeitos imprevistos do covid-19? [internet]. Estadão 2020 abr 4. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://bit.ly/31vVAZI>.
68. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa [internet]. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco; 2020. [acesso em 2020 set 2]. Disponível em: <https://bit.ly/2F0rweO>.

Recebido em 27/06/2020

Aprovado em 28/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia

SUS financing and Covid-19: history, federative participation, and responses to the pandemic

Luciana Mendes Santos Servo¹, Maria Angelica Borges dos Santos², Fabiola Sulpino Vieira¹, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E407

RESUMO Este ensaio discute o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em perspectiva histórica e futura, considerando os desafios sanitários e econômicos impostos pela pandemia de Covid-19. Como sempre e mais do que nunca, precisa-se discuti-lo. Essa necessidade cresce em premência a partir da recessão econômica que o País viveu em 2015 e 2016, pela estagnação da economia nos anos seguintes e pela recessão que já surge no segundo trimestre de 2020 com previsão de aprofundar-se nos próximos anos. A pandemia acontece em um contexto de redução da participação federal no financiamento, pouco espaço para estados ampliarem suas fontes de financiamento e problemas de coordenação entre os entes federativos. No caso do financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) para enfrentamento da pandemia, argumenta-se neste texto que ele passa necessariamente pela ampliação dos recursos alocados ao SUS, com grande dependência da atuação do governo federal. Contudo, nem com a urgência que demanda a pandemia houve rapidez na liberação e execução dos novos recursos aprovados pelo Congresso Nacional. Conclui-se que as perspectivas não apontam para uma priorização do SUS nem para ampliação do seu financiamento no período pós-pandêmico.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Federalismo. Serviços de saúde. Pandemias. Coronavírus.

ABSTRACT *This essay discusses financial resources for Brazil's Unified Health System (SUS) in a historical and future perspective, considering the health and economic challenges imposed by the Covid-19 pandemic. As always and more than ever, we need to discuss the SUS financing. This is aggravated in intensity by the context of the chronic economic recession which the country experienced in 2015 and 2016, followed by stagnation in the following years and accentuated in urgency by the recession in the second quarter of 2020 and that is expected to deepen in the coming years. The pandemic happens in a context of diminishing federal participation in the SUS financing, little space for states to expand their sources of financing, and several problems of coordination between federal entities. We argue that facing the pandemic necessarily involves an expansion of resources for financing the SUS and it has a great dependence on the performance of the federal government. However, even with the urgency that the pandemic demanded, the new resources approved by the National Congress for the public health system has been quite slow. We conclude that the prospects do not point to prioritizing the SUS and expanding its funding in the post-pandemic period.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Federalism. Health services. Pandemics. Coronavirus.*

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) – Brasília (DF), Brasil. luciana.servo@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O ano de 2020 ainda não terminou, mas sua marca na história mundial já é inegável. No final de 2019, o surgimento de um caso de um novo coronavírus letal em uma província chinesa não permitiria antever que três meses depois a doença já teria se espalhado pelo mundo. Ainda hoje, discute-se quando a doença teria chegado ao Brasil¹. O primeiro paciente foi oficialmente confirmado em 26 de fevereiro de 2020, vindo da Itália. Em 21 de junho de 2020, já eram mais de 1 milhão de casos oficialmente confirmados e 50,6 mil óbitos², com o País ocupando o triste segundo lugar nas estatísticas de mortalidade mundiais, atrás apenas dos Estados Unidos³.

A crise sanitária que vive o Brasil se agravou com as divergências entre o governo federal e os entes subnacionais sobre as medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionados com a pandemia. No centro desse debate, estava um falso dilema entre economia e saúde^{4,5}, chegando-se a afirmar que, se o País adotasse medidas de isolamento, a crise econômica seria mais prejudicial que a crise sanitária.

No mundo, esse dilema parecia ter sido desfeito por estudos que demonstraram a importância da adoção de medidas econômicas nacionais rápidas, para proteger empresas e garantir renda mínima aos cidadãos, associadas a diferentes medidas de isolamento, ampliação da testagem e da capacidade de resposta do sistema de saúde para enfrentamento das crises geradas pela pandemia⁶⁻⁸.

No Brasil, intenso debate acontecia enquanto os casos se multiplicavam. Os estados e os municípios divergiram do governo federal⁵ e foram adotando medidas locais diferenciadas⁹. Medidas nacionais, como garantia de renda mínima e de emprego, além do apoio às empresas, começaram a ser tomadas no começo de abril e implementadas no final daquele mês, quase dois meses após o primeiro caso ser confirmado. No que diz respeito às questões estritamente relacionadas com o sistema de saúde, a pandemia revelou a necessidade

urgente de novos recursos e de ampliação de investimentos para reduzir as desigualdades de acesso entre grupos populacionais e entre regiões do País¹⁰⁻¹³.

Se o financiamento adequado é uma necessidade do sistema de saúde¹⁴, essa questão torna-se premente em um momento de crise sanitária gerada pela pandemia. No caso brasileiro, o financiamento da saúde é assumido de forma desigual pelos governos e pela sociedade. Como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), os gastos do Brasil em saúde foram de 8,0% em 2010 e 9,2% em 2017¹⁵, com suaves oscilações entre os anos. Em 2011, foi de 7,8% do PIB, ao passo que, no ano de 2016, registrou-se as maiores despesas em saúde como percentual do PIB, de 9,3%, menos relativa a aumento de gasto e mais à recessão econômica que reduz o PIB e afeta o indicador.

Ainda que as salvaguardas instaladas com a Constituição Federal de 1988 (CF/88)¹⁶, a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29)¹⁷ e legislações subsequentes¹⁸ tenham assegurado aumento dos gastos públicos em saúde como proporção do PIB nos últimos 20 anos, no período 2010 a 2017, o incremento nos gastos públicos foi menor do que o privado, com uma participação mínima de 3,4% do PIB em 2012 e a máxima de 4,0% do PIB em 2016. Anos com proporções mais altas coincidem com períodos de crise econômica, indicando os efeitos do encolhimento relativo do PIB, que infla a participação dos gastos em saúde¹⁵.

Como sempre e mais do que nunca, precisamos discutir o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa necessidade intensificou-se a partir da recessão econômica que o País viveu em 2015 e 2016, pela estagnação da economia nos anos seguintes, pela recessão que já surge no segundo trimestre de 2020 e pela previsão de profunda recessão no pós-Covid. No caso do financiamento das ações e serviços públicos de saúde para enfrentamento da pandemia, argumentamos neste texto que ele passa necessariamente pela ampliação da alocação de recursos ao SUS, com grande dependência da atuação do

governo federal. Isso se deve ao fato de que: 1) há atribuições da política econômica que são exclusivas do governo federal; 2) a maior parte da arrecadação tributária está concentrada na União; 3) o SUS já estava subfinanciado há anos, apesar da ampliação da participação de estados e, principalmente, de municípios desde os anos 2000; 4) o subfinanciamento foi agravado por medidas de limitação do gasto público adotadas pelo governo federal.

Considerando esse contexto, o presente ensaio tem por objetivo discutir o financiamento do SUS em perspectiva histórica e futura, considerando os desafios sanitários e econômicos impostos pela pandemia de Covid-19. A próxima seção resgata os marcos legais do financiamento do SUS e o histórico de insuficiência de recursos do sistema ao longo de toda a sua existência. A terceira seção examina como os entes federativos têm assumido responsabilidades distintas pelas várias funções de atenção e quais as implicações disso na atual situação da pandemia. A quarta seção discute a alocação de recursos federais para saúde em resposta à emergência de saúde pública gerada pela pandemia. E, por fim, são apresentadas as considerações finais.

Financiamento do SUS: trajetória de alocação insuficiente de recursos e de luta

O SUS é marcado por uma trajetória de luta em torno de seu financiamento ao longo desses quase 32 anos desde a criação do sistema pela CF/88. Ainda que os constituintes tivessem se preocupado em determinar a participação das três esferas de governo no seu financiamento e previsto fontes de receitas e alocação de recursos mínimos pela União, nos primeiros anos do SUS e durante os anos 1990, o mandamento constitucional foi totalmente ignorado.

No âmbito da União, havia a determinação de que 30% do Orçamento da Seguridade

Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, fossem alocados ao SUS até que a lei de diretrizes orçamentárias fosse aprovada. A regra não foi cumprida, tendo sido finalmente vetada em 1994¹⁹. A falta de recursos para financiamento dos serviços deflagrou crise importante no SUS e obrigou o Ministério da Saúde (MS) a recorrer a empréstimos no Fundo de Amparo ao Trabalhador²⁰.

Além do descumprimento da regra transitória de aplicação de recursos no SUS pelo governo federal, da falta de vontade política para garantir recursos em montante suficiente para evitar a crise de financiamento do sistema e de o Congresso não aprovar novo dispositivo constitucional obrigando a aplicação mínima pela União em saúde, foi aprovada a desvinculação de 20% dos recursos do OSS e de impostos para integrar o Fundo Social de Emergência. Esse fundo foi instituído para estabilizar a economia após a implantação do Plano Real e gerar *superavit* nas contas do governo federal. Posteriormente, seu nome foi alterado para Desvinculação de Receitas da União (DRU) e passou a incidir apenas sobre os recursos do OSS²¹. Em 2016, sua vigência foi prorrogada para 2023, e o percentual de desvinculação aumentou de 20% para 30%²². No período de 2008 a 2016, a DRU foi responsável pela subtração de R\$ 698,7 bilhões do OSS, recursos esses que poderiam ter sido alocados ao financiamento da saúde, da assistência e da previdência social²³.

No âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o problema era o de que a CF/88 não definiu patamares mínimos de aplicação em saúde e que não havia até aquele momento sistema de informação que possibilitasse a consolidação do gasto dos entes federados com o SUS, o que constituía desafio adicional às discussões sobre o financiamento. Apesar disso, o fato de a crise financeira do sistema ter sido intensa e explícita naquele momento contribuiu para que, ainda na primeira metade dos anos 1990, fossem apresentadas no Congresso propostas para a vinculação de recursos à saúde pelas três esferas de governo^{24,25}.

A vinculação foi finalmente instituída com a EC 29, estabelecendo para os estados uma aplicação mínima de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de 12% de seus recursos próprios (o que inclui impostos diretamente arrecadados e as transferências constitucionais e legais); para os municípios, 15% dos seus recursos próprios; e para o Distrito Federal, 12% e 15% de acordo com a natureza da receita, se de base estadual ou municipal, respectivamente. Essas regras permanecem vigentes para os entes subnacionais. No caso da União, a EC 29 definiu como aplicação mínima o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB²⁶.

Mesmo que a vinculação do gasto em ASPS pela EC 29 tenha sido determinante para a ampliação dos recursos alocados ao SUS pelas três esferas de governo, o financiamento do sistema ainda era insuficiente para fazer frente às necessidades de ampliação da oferta de bens e serviços de saúde. Permaneceram desigualdades significativas da despesa por habitante em ASPS entre as unidades federativas e grandes regiões. Os recursos alocados pelo MS por região não conseguiram reduzir as diferenças. Paralelamente, observou-se aumento da participação dos municípios no financiamento do SUS, com diminuição da participação federal²⁷, e ampliação da renúncia fiscal com saúde, que atingiu o valor de R\$ 32,3 bilhões em 2015²⁸. Já em 2012, a aprovação da Lei Complementar nº 141 frustrou as expectativas quanto à ampliação dos recursos para a saúde. Contudo, foi relevante por melhor delimitar as despesas que podem ser consideradas em ASPS e por ter estabelecido sanções aos entes pelo descumprimento das aplicações mínimas²⁹.

Como permanecia o subfinanciamento do sistema, não faltaram propostas legislativas visando ampliar a participação da União no financiamento da saúde, dado que é o ente da Federação dotado de maior capacidade tributária. Dentre essas propostas, merece destaque o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321 de 2013, que propôs a vinculação de 10% da receita corrente bruta da União à saúde. Esse

PLP era fruto de movimento da sociedade civil que foi chamado de Saúde+10. A despeito de sua importância, o PLP foi desconsiderado pelo Congresso Nacional, que aprovou nova regra de aplicação de recursos pela União, por meio da EC 86 de 2015. Com a EC 86, a União deveria aplicar em ASPS percentuais escalonados de sua Receita Corrente Líquida (RCL), partindo de 13,2% em 2016 para 15% em 2020²⁹.

A recessão econômica iniciada em 2015 trouxe prejuízos ao financiamento federal do SUS em 2016 em virtude da queda de arrecadação sob a vigência da EC 86. No mesmo ano, o fortalecimento da agenda neoliberal após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff resultou na aprovação da EC 95, emenda do teto de gastos, que congela a despesa primária da União e sua aplicação mínima em ASPS, em termos reais, até 2036³⁰. Os impactos das medidas contidas na EC 95 para o financiamento do SUS foram alertados antes de sua aprovação³¹ e permanecem sendo denunciados³². A perda de recursos federais foi estimada em R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019³³. Isso revela o potencial de desfinanciamento do SUS pela EC 95 em comparação com a vinculação da aplicação mínima federal em ASPS dada pela EC 86.

A EC 95 representa uma trava para a ampliação do financiamento do SUS, uma vez que não é possível alocar mais recursos para a saúde sem desfinanciar outras políticas no âmbito federal. Como há um teto de gastos para as despesas primárias, as aplicações mínimas em saúde e em educação foram congeladas, e algumas despesas tendem a crescer acima da inflação (benefícios previdenciários, por exemplo), gera-se competição por recursos cada vez mais escassos para financiar outras políticas³⁴. Logo, para que a saúde receba mais recursos, outras políticas precisam que eles sejam reduzidos. Ademais, influenciou as mudanças que se operaram em 2017 na forma de transferir recursos para estados e municípios, dos seis blocos de financiamento que traduziam áreas finalísticas de atuação do SUS para dois blocos, custeio

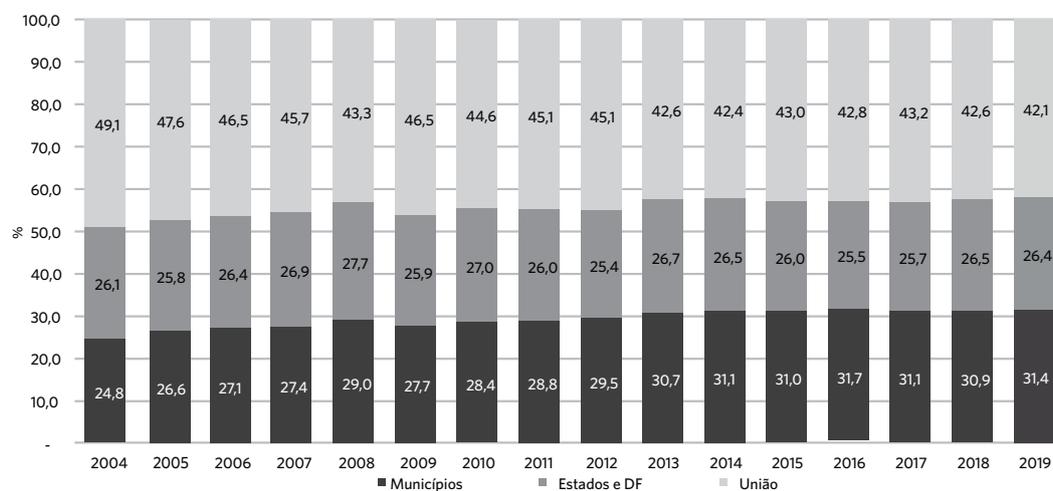
e investimento, o que revela a priorização da categoria econômica ao invés da finalidade da aplicação dos recursos³⁵. Com essas mudanças, o MS foi partícipe do processo de fragilização da indução federal via transferência intergovernamental, um importante mecanismo de coordenação federativa do SUS³⁵.

Ao mesmo tempo, a ampliação do empenho de despesas indicadas pelos deputados e senadores nos últimos anos, muito além do que estaria obrigado a executar em razão do orçamento impositivo, explicita essa redução do papel do governo federal na coordenação nacional das políticas de saúde. Para ilustrar, o orçamento impositivo foi de R\$ 4,4 bilhões em 2018, mas as despesas associadas a emendas parlamentares totalizaram R\$ 8,8 bilhões³⁶. Essa mudança no interesse de coordenação nacional do sistema se agrava em um contexto histórico de redução da participação federal no financiamento do SUS.

Magnitude e distribuição do gasto e impactos na operação do SUS

A evolução do gasto total per capita em ASPS deixa evidente o efeito da vinculação das despesas às receitas em contexto de crescimento econômico, no caso dos estados, do Distrito Federal e municípios, e à variação do PIB, no caso da União. O gasto per capita, a valores de 2019, aumentou de R\$ 820 em 2004 para R\$ 1.409 em 2014. A partir de 2015, a estagnação econômica e a EC 95 frearam seu crescimento. Em 2019, o gasto per capita em ASPS foi de R\$ 1.385, inferior ao de 2014. A tendência é que diminua ainda mais nos próximos anos sob os efeitos do teto de gastos na União. A crise financeira dos estados e o percentual de recursos próprios aplicados pelos municípios, já bem acima do piso constitucional, apontam para mais dificuldades na expansão do espaço fiscal³⁷.

Gráfico 1. Participação dos entes federados no financiamento das despesas em ASPS*. Brasil (2004 - 2019)



Fontes: Brasil³⁸. Consulta realizada em 13/06/2020.

*ASPS = Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Entre 2004 e 2019, houve aumento da participação dos municípios no financiamento (de 24,8% para 31,4%) e redução da participação da União (de 49,1% para 42,1%). A participação dos estados manteve-se no patamar de 26% (*gráfico 1*)³⁸. A redução progressiva da participação federal no financiamento da saúde espelha uma trajetória paradoxal de desresponsabilização do ente federativo com maior poder de arrecadação e coordenação³⁷. Essa desresponsabilização reflete-se também na desoneração de atribuições diretas de prestação de serviços à população. Ainda que o regramento legal do SUS não atribua responsabilidades pelo financiamento de funções de atenção à saúde específicas aos níveis de governo individualmente, a análise dos dados consolidados no período entre 2010 e 2014³⁹

permite identificar um padrão e projetar efeitos de eventuais retrações ou reforços de financiamento dos entes federativos.

Inicialmente, fica clara a importância da União, com contribuições que correspondem, no mínimo, a um terço do financiamento de todas as áreas de atenção (*tabela 1*)³⁹. Com isso, a União é o único ente federativo com participação expressiva no financiamento de todas as funções de atenção à saúde. Isso lhe confere uma posição privilegiada para coordenar as ações de saúde relativamente às esferas subnacionais. A partir da modulação da alocação de recursos, o governo federal, na prática, mantém um papel relevante na proposição do modelo de atenção e até *timings* das respostas às emergências em saúde pública.

Tabela 1. Alocação de recursos do SUS segundo a finalidade do gasto e participação das esferas de governo. Brasil, média 2010-2014

Finalidade do gasto segundo função de cuidado de saúde – System of Health Accounts (SHA)		Participação (%) da função nas despesas totais do SUS	Participação (%) das esferas de governo no financiamento das funções		
Código	Descrição da função SHA		Federal	Estadual	Municipal
HC 1.1	Atenção curativa em regime de internação	22,0	39	48	13
HC 1.3.1	Atenção curativa ambulatorial básica	14,2	34	6	61
HC 1.3.2	Atenção ambulatorial saúde bucal	1,9	34	6	60
HC 1.3.3	Atenção ambulatorial especializada	14,0	51	26	23
HC 1.4	Atenção curativa domiciliar	0,8	33	5	63
HC 2	Atendimentos de reabilitação	1,6	73	9	18
HC 3	Cuidados de longo prazo		48	26	26
HC 4	Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	10,9	33	42	25
HC 5	Medicamentos e produtos médicos	6,9	74	13	14
HC 6	Vigilância, promoção e prevenção em saúde	11,4	46	10	44
Demais funções e não classificadas		16,3			
Total da Despesa Corrente em Saúde		100,0	44	26	30

Fonte: Brasil³⁹.

Nos segmentos em que a responsabilidade pelo financiamento fica concentrada em um único ente federativo, cria-se uma maior vulnerabilidade a quedas de financiamento por parte desse ente. A União, por exemplo, tem sido a principal financiadora de medicamentos e produtos médicos distribuídos a pacientes do SUS (73% do total entre 2010 e 2014)⁴⁰, o que explicita sua centralidade nos resultados da assistência farmacêutica, mas também fragiliza essa função da atenção em situações de retração do financiamento federal.

A União aportou também a maior parte dos recursos para atendimentos ambulatoriais especializados (51% das despesas da função) entre 2010 e 2014. Entretanto, já nesse mesmo período, o financiamento municipal para essa função foi o que mais cresceu entre os entes federativos, um possível indício de tentativa dos municípios de preencherem lacunas de financiamento em uma área com longos tempos de espera que restringem a integralidade da atenção⁴¹.

O padrão de alocação de gastos do SUS mostra uma responsabilidade compartilhada de União e municípios nas funções de atendimento ambulatorial básico e vigilância, prevenção e promoção, com literal ausência da participação dos estados. Ao mesmo tempo, os estados detinham os maiores gastos nas áreas de exames diagnósticos e internações, concentrando financiamento em funções ligadas à média e alta complexidade (*tabela 1*).

O padrão de alocação de recursos contribui para reforçar uma segmentação de competências assistenciais federativas e repercute sobre a capacidade de resposta a emergências sanitárias. Em situações que exijam respostas rápidas, como na pandemia de Covid-19, a segmentação aumenta a necessidade de coordenação.

As definições para fluxos assistenciais na pandemia geram também demandas diferenciadas sobre as funções de atenção e contribuem para conferir protagonismos distintos às esferas federativas nos vários momentos. No início da pandemia, a necessidade de isolamento social para conter o avanço da doença motivou a recomendação à população para

procurar atendimento médico apenas se o quadro clínico respiratório se agravasse. Essa diretriz deu destaque à demanda por cuidados críticos e ao protagonismo dos estados, que dominam o segmento de média e alta complexidade e a gestão da oferta de leitos de cuidados críticos. Em outubro, o governo lançou o Programa Vigiar SUS com previsão de R\$ 1,5 bilhão⁴², com foco somente na Covid-19, o qual, a depender de sua condução, pode agravar o desfinanciamento da vigilância de outras doenças e agravos⁴³. Ao mesmo tempo, os estados podem buscar protagonismo investindo em ampliação de testes diagnósticos, área na qual já alocam recursos.

Outro padrão de alocação que merece ser analisado são os fluxos de recursos para prestadores de serviços segundo natureza jurídica pública ou privada. O Brasil caracteriza-se por uma intensa presença de prestadores privados de serviços de saúde em seu território⁴⁴. Esses prestadores têm sido tradicionalmente contratados pelo SUS para atendimento especializado e de alto custo, áreas onde o financiamento federal permanece expressivo⁴⁵.

A Conta Satélite de Saúde indica um consumo de serviços privados de saúde pelo SUS que variou de R\$ 27,1 bilhões a valores correntes (2010) a R\$ 43,6 bilhões (2017), com uma média no período que correspondeu a 17,5% dos serviços privados no País¹⁵. Com a expansão do modelo de Organizações Sociais e outras formas de contratualização, vem crescendo a atuação do setor privado no SUS em outras áreas⁴⁵.

Nova no elenco de relações do SUS com prestadores de serviços e empresas privadas é a emergência do fenômeno da filantropia de desastre durante a pandemia de Covid-19⁴⁶. Até 24 de julho, foram doados R\$ 6,4 bilhões por empresas e pessoas físicas, valor superior à aplicação direta do MS para enfrentamento da pandemia⁴⁷. Em estados como o Rio de Janeiro, testemunhamos grupos de doadores, inclusive pessoas físicas e empresas da saúde e de outros ramos, financiando e operando hospitais de campanha e reativando leitos em

hospitais universitários mediante a aquisição de equipamentos e insumos⁴⁸.

Em uma leitura rigorosamente empresarial, essas são situações que embutem oportunidades de aprendizado tecnológico e de governança para as empresas, além de mostrar uma imagem de responsabilidade social e criar um potencial de protagonismo no cenário pós-pandêmico⁴⁶. Altruísmo não é propriamente um atributo de empresas⁴⁹, mas essa mobilização permitiu a ágil alocação de recursos fundamentais no SUS em um momento crítico de instalação da pandemia em um local em que houve falhas graves de atuação do Estado. Isso convida a examinar os recursos públicos novos alocados para ações e serviços de saúde de enfrentamento da pandemia.

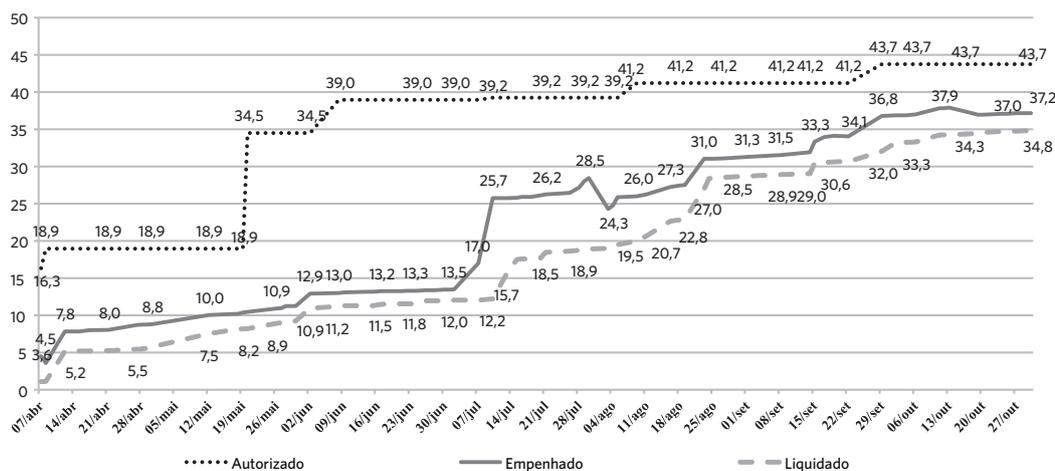
Novos recursos ante a pandemia

No contexto da pandemia, a primeira medida adotada para o financiamento federal das ações e serviços de saúde, a Medida Provisória 924, de 13 de março, não representou aumento da dotação orçamentária, mas um remanejamento

de recursos do orçamento do MS para 2020. Somente no início de abril foi editada a primeira medida provisória contendo crédito extraordinário, da ordem de R\$ 9,4 bilhões. Até outubro, foram publicadas 11 medidas provisórias com destinação de recursos para o MS totalizando R\$ 44,1 bilhões, sendo R\$ 38,3 bilhões de recursos novos; desse valor, R\$ 22,8 bilhões são financiados por operações de crédito internas. A ação orçamentária 21CO, criada para execução dos recursos para enfrentamento da Covid-19, representa 99,1% do total alocado pelo MS para a pandemia⁵⁰.

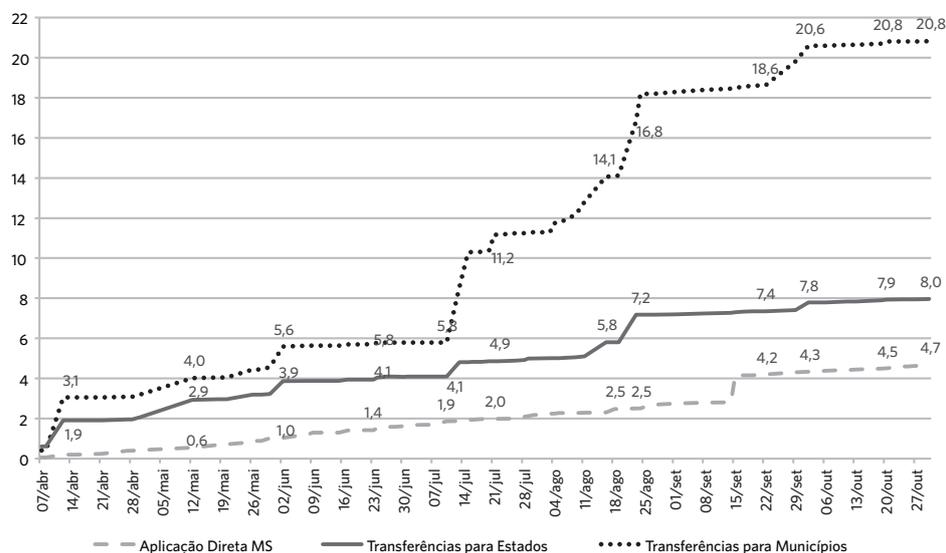
O que chama atenção na evolução da execução orçamentária é o grande aumento da dotação orçamentária ter acontecido somente a partir da segunda quinzena de maio, alguns dias após a segunda mudança no comando do MS em menos de um mês, quando assume o ministro interino General Pazuello, em um momento em que o contágio já era muito expressivo (*gráfico 2*). Ainda mais relevante foi a lentidão da execução orçamentária, bastante aquém do esperado e do necessário, considerando a urgência das demandas relacionadas com a pandemia (*gráfico 3*).

Gráfico 2. Execução orçamentária da ação 21CO 'Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus' de 7 de abril a 30 de outubro, valor total em R\$ bilhões



Fonte: Funcia et al.⁵⁰

Gráfico 3. Despesa liquidada na ação 21CO por modalidades de aplicação selecionadas, de 7 de abril a 30 de outubro de 2020, em R\$ bilhões



Fonte: Funcia et al.⁵⁰

Mesmo as transferências fundo a fundo para estados e municípios, que deveriam depender apenas de pactuação entre os gestores na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sem os embaraços que envolvem a aplicação direta de recursos, têm baixa execução. No final de junho, após quase 100 dias de decretação de estado de calamidade pública, de uma dotação orçamentária disponível de R\$ 10,0 bilhões para os governos estaduais, apenas R\$ 3,9 bilhões (39,5%) haviam sido transferidos. No caso dos governos municipais, de uma dotação de R\$ 16,9 bilhões, apenas R\$ 5,6 bilhões (33,9%) haviam sido repassados. Somente a partir de julho e até meados de agosto é que os recursos foram transferidos em maior volume para estados e municípios, quando o País já contabilizava mais de 100 mil óbitos em decorrência do novo coronavírus.

Esses resultados mostram que, ainda que tenha sido aprovado o Orçamento de Guerra⁵¹ e existam recursos previstos no orçamento para o combate à pandemia, aparentemente, faltou empenho do governo federal para

executá-los e alocá-los no ritmo necessário em uma emergência em saúde pública, prejudicando as ações de combate à pandemia nas três esferas de governo. Isso ocorre mesmo quando a execução depende apenas de pactuação e vontade política, como é o caso das transferências para os entes subnacionais, executores diretos das ações.

Ainda com relação às transferências, observa-se que a descentralização dos recursos para a Covid-19 manteve o curso tradicional de maior direcionamento para municípios, com menor participação dos estados e das aplicações diretas. Ao mesmo tempo, as demandas por investimentos para cobrir vazios assistenciais estavam fortemente associadas à atenção hospitalar e à alta complexidade, em que o papel dos estados é considerado central. Ainda que se pudesse pensar em um reforço da coordenação entre estados e municípios por meio do fomento à organização das redes regionalizadas, esse não foi o caminho seguido pelas transferências federais nem mesmo em um momento como o da pandemia.

Isso indica a dificuldade de planejamento em um momento em que a necessidade era clara, bem como a relevância de avançar na regionalização da saúde⁵².

É preciso também organizar o SUS para operar suas atividades de prestação de serviços no novo contexto pandêmico, embora nossa tradição seja a de operação em contextos endêmicos, e estimar quanto isso custa. O plano de enfrentamento da Covid-19 proposto por 15 entidades de saúde coletiva e de profissionais de saúde⁵³ destaca a importância do SUS. São defendidas a implementação de estratégias de rede regionalizadas, a expansão e qualificação da atenção primária, além da garantia de acesso regulado à atenção especializada. Entram em pauta também, de forma talvez inédita, a ampliação de serviços hospitalares e a necessidade de reforçar os sistemas logísticos, tão demandados nas emergências dessa natureza.

Em um horizonte imediato, teríamos que garantir recursos para atender casos urgentes adiados por temor do vírus, composto principalmente pelo acompanhamento de doenças crônicas e, em especial, por procedimentos oncológicos. Em um momento subsequente, recuperar os procedimentos eletivos – cirurgias para tratamento de hérnias, cataratas, colecistectomias e similares.

Em um contexto de pandemia, a atenção ao financiamento de duas funções em especial precisa ser intensificada – vigilância em saúde e emergência e cuidados críticos, essas últimas funções ligadas ao suporte à vida. Isso implica, no âmbito mais amplo da saúde pública, reorganizar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em que a literatura vem de longa data apontando falhas no processo de descentralização^{54,55}. É preciso também integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) às medidas de vigilância pandêmica, recomendação expressa do Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia da Covid⁵³.

Embora a aposta imediata no poder mágico dos grandes *breakthroughs* tecnológicos ligadas à telemedicina tenha prosperado em outros

países⁵⁶, ela pode ainda não ser viável neste momento. Provavelmente, haverá iniciativas locais nesse sentido, mas um grande esforço de padronização de plataformas tecnológicas talvez não esteja ao alcance da capacidade de financiamento do SUS.

Outra medida relevante seria ajustar a capacidade e a ociosidade planejadas em emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para atender com rapidez às emergências de saúde pública. Embora o Brasil conste como o país com maior número de leitos de UTI na América Latina⁵⁷, mais de 30 milhões de pessoas residiam a mais de 120 km de unidades de cuidados intensivos. A distribuição de serviços de emergência no Brasil não facilita o acesso da população⁵⁸.

Considerações finais

Os debates sobre o subfinanciamento do SUS e suas fragilidades não são recentes. A pandemia levou o mundo todo a refletir sobre como garantir recursos para financiar os sistemas de saúde⁵⁹. No Brasil, os problemas se multiplicam na tentativa de garantir um sistema de saúde universal, integral e equânime, bem como as dificuldades para sua gestão tripartite, agravadas pela ausência de uma coordenação federal.

A parcela do financiamento público continua inferior ao privado (menos de 45% em 2017). A participação dos entes subnacionais no financiamento da saúde já vinha se ampliando muito antes da pandemia. No contexto da pandemia, os governos estaduais, que têm a menor participação no financiamento do SUS, tiveram que assumir o protagonismo das respostas à crise sanitária, visto que o esforço imediato do governo federal com novos recursos e de coordenação ficou muito aquém do necessário ao seu enfrentamento.

As principais fontes de receitas tributárias estão concentradas na União, com mais da metade dos gastos públicos em saúde sendo financiados por tributos arrecadados por esse

ente federado. Como nos alertam Silveira et al., com as perdas imposta pela EC 95, pode haver pressão sobre os governos estaduais, mas sendo pouco provável que possíveis ganhos de arrecadação desses entes sejam redirecionados para a saúde dadas as dificuldades que esses atravessam⁶⁰. Além disso, em uma grande crise econômica e social, as principais respostas têm que vir de políticas nacionais, macroeconômicas e sociais. Não cabe aos governos locais esse papel, até porque isso amplia ainda mais as reconhecidas desigualdades regionais do País.

As medidas macroeconômicas que poderiam garantir maior isolamento social foram tomadas quase dois meses depois do primeiro caso. Ao mesmo tempo, o aumento da dotação orçamentária federal não foi seguido por uma rápida execução desses recursos. Adicionalmente, o momento também não foi utilizado para pensar a organização de uma rede regionalizada, considerando que houve necessidade de investimentos expressivos para cobrir vazios assistenciais.

Outra preocupação que se coloca para além das questões imediatas de resposta à pandemia refere-se ao seu impacto em gastos futuros. O retorno deve ser lento e em um regime de operação diferente do que conhecíamos nos serviços de saúde, com mais necessidade de cuidados e proteção⁶¹. Pode haver grandes variações regionais, com forte influência do *timing*, da gravidade do quadro pandêmico e dos recursos disponíveis para recuperação nas regiões.

No caso brasileiro, diante do cenário econômico de recessão arrastada com que o País já convivia antes da pandemia, evoluindo para franca depressão no período pós-pandêmico, em que medida o financiamento do SUS será priorizado? Somente a União tem capacidade de se endividar, o que cria restrições à atuação de estados e municípios.

Lamentavelmente, enquanto a saúde é sempre citada no topo da preocupação dos eleitores^{62,63}, essa prioridade não se reflete no debate político, como se as eleições não dissessem respeito à vida cotidiana das pessoas. O

voto no Brasil colônia, regido pelas Ordenações do Reino, teria, segundo Cajado, a função de “garantir que a sociedade funcione em ordem: incluindo, pressupondo e reforçando as tradições”⁶⁴⁽²³⁾. Seguindo a tradição colonial, parece que essa continua a ser a função primordial das eleições brasileiras.

No quadro caótico que se anuncia para o financiamento das políticas públicas e intensificação de uma lógica de ‘escolha de Sofia’ que se institui entre elas, a intensificação da narrativa de insegurança e violência social pode substituir o peso da narrativa da corrupção na moldagem do *marketing* político, com a pauta de segurança invadindo com muito peso a disputa de recursos já escassos.

Uma preocupação central é o enorme aumento do *deficit* público consequente à pandemia, que tenderá a comprometer o financiamento disponibilizado ao SUS. Se a pressão do *deficit* público tem justificado as mais recentes legislações que reduziram o volume de recursos alocado ao sistema, seria ingênuo imaginar que essa pressão irá diminuir. Com a queda do PIB brasileiro em 2020, os gastos em saúde como proporção do PIB tenderão a aumentar, ainda que não exista aumento ou haja redução das despesas em termos reais. Esse comportamento do indicador tende a dar a impressão e criar as bases para falar em gasto excessivo⁶⁵.

Diante disso, amplia-se a agenda de pesquisa que precisamos contemplar: como será reconfigurado o financiamento do SUS, considerando-se as participações das esferas no aporte de recursos, as especializações funcionais dos níveis de governo e o direcionamento de fluxos financeiros para infraestrutura pública ou privada? Qual será o papel dos níveis de atenção e dos estabelecimentos? Quão intensas serão as forças do mercado para direcionar essas opções? Quais as implicações de protagonismo maior dos governos estaduais, que não têm menor participação no financiamento da APS? Quais serão os rearranjos federativos possíveis do financiamento e das responsabilidades assistenciais?

Aviso legal

As opiniões emitidas neste artigo são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista das instituições à qual se vinculam.

Colaboradores

Servo LMS (0000-0003-0770-7378)*, Santos MAB (0000-0002-7547-3537)*, Vieira FS (0000-0001-7377-7302)* e Benevides RPS (0000-0001-6978-2475)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Delaterra E, Mir D, Graf T, et al. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in Western Countries. Mem Inst Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: medRxiv; 2020.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Conass: Covid-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/37rYQpw>.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Situation updates on Covid-19. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/31mZtQ7>.
4. Conti T. Crise Tripla do Covid-19: um olhar econômico sobre políticas públicas de combate à pandemia, abril, 2020 [internet]. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://bit.ly/2ZeZbYX>.
5. UOL. Coronavírus: Bolsonaro fala em onda enorme de desemprego e “põe no colo” de governadores. UOL. 2020 jun 7. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://bit.ly/2Ny0Hji>.
6. Greenstone M, Nigam V. Does Social Distancing Matter? [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561244>.
7. Hafiz H, Oei S, Ring D, et al. Regulating in Pandemic: Evaluating Economic and Financial Policy Responses to the Coronavirus Crisis. Boston College Law School Legal Studies Research Paper. 2020; (527):1-10.
8. Acemoglu D, Chernozhukov V, Werning I, et al. Optimal targeted lockdowns in a multi-group SIR model [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://economics.mit.edu/files/19698>.
9. Moraes R. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas e governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://bit.ly/2BkjZpI>.
10. Rache B, Rocha R, Nunes L, et al. Para além do custo: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19. São Paulo: IEPS; 2020. (Nota Técnica, 7). [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://bit.ly/3iaYJ6n>.
11. Noronha K, Guedes GR, Turra CM, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6):e00115320.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Castro MC, Carvalho LR, Chin T, et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047662v1>.
13. Pereira RHM, Braga CKV, Servo LMS, et al. Mobilidade urbana e o acesso ao sistema único de saúde para casos suspeitos e graves de Covid-19 nas vinte maiores cidades do Brasil [internet]. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://bit.ly/2NEpguM>.
14. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneve: WHO; 2010.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://bit.ly/3fEjVBd>.
16. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
17. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato de disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 14 Set 2000.
18. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, DF e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Diário Oficial da União. 13 Jun 2012.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento público de saúde [internet]. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3hfiQQu>.
20. Mendes A, Marques R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: Marques R, Ferreira MRJ, organizadores. O Brasil sob nova ordem: a economia brasileira contemporânea. São Paulo: Saraiva; 2010. p. 267-286.
21. Jorge AT. Apontamentos acerca da desvinculação de receitas da União (DRU). RFPTD 2018; 6(6):1-29.
22. Brasil. Emenda constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, DF e Municípios [internet]. 2016. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3bMba4T>.
23. Salvador ES. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. Serv. Soc [internet]. 2017 [acesso em 29 out 2020]; 130:426-446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>.
24. Marques RM. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Santiago: CEPAL; 1999. (Série Financiamento del Desarrollo, n. 82). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2MT7T9j>.
25. Servo LMS, Piola SF, Paiva AB, et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ipea; 2011. p. 85-108.
26. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2013. (Texto para Discussão n. 1846). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2UzozqE>.
27. Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea; 2018. (Texto para Discussão n. 2439). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/30qQlcN>.

28. Ocké-Reis CO, Fernandes AMP. Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015. Brasília, DF: Ipea; 2018. (Nota Técnica n. 48). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2Yt5pUH>.
29. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2516). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2JO4lUp>.
30. Sá EB, Vieira FS, Benevides RPS, et al. Saúde. Polít. Soc.: acomp. Análise [internet]. 2018; (25):111-156. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2XUfscU>.
31. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2016. (Nota Técnica, n. 28). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/3hm36Lu>.
32. Funcia FR, Ocké-Reis CO. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal com saúde. In: Rossi P, Dweck E, Oliveira AM, organizadores. Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária; 2018. p. 83-97.
33. Santos L, Funcia FR. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. *Doming. da Saúde*. 2020 [acesso em 2020 out 29]; (21):1-10. Disponível em: <https://bit.ly/36pNN1D>.
34. Friedrich E. Austeridade e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil [internet]. São Paulo: Fórum, 21; Fundação Friedrich Ebert Stiftung; 2016. [acesso em 2020 out 20]. Disponível em: <https://bit.ly/3e7FlFN>.
35. Jaccoud L, Vieira FS. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea; 2018. (Texto para Discussão n. 2399). [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://bit.ly/2zqLjlu>.
36. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. (Texto para Discussão n. 2497). [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://bit.ly/2Ynlivy>.
37. Pinto EG. Guerra fiscal de despesas na pactuação federativa do SUS: um ensaio sobre a instabilidade de regime jurídico do piso federal em saúde. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde. Brasília, DF: Conass; 2018. p. 92-106.
38. Brasil. Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde para despesas empenhadas pelos estados, DF e municípios. Siga Brasil para despesas empenhadas da União.
39. Brasil. Ministério da Saúde; Fiocruz. Conta do SUS na perspectiva da contabilidade internacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fiocruz; 2018.
40. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev. Saúde Públ.* 2019; 53(20):1-11.
41. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2020 ago 31]; 14(3):783-794. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Vigiar Saúde é lançado pelo Ministério da Saúde [internet]. 2020. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/programa-vigiar-sus-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>.
43. Vieira FS, Benevides RPS. Gasto federal com vigilância em saúde na última década e a necessidade de reforço do orçamento do Ministério da Saúde para en-

- frentamento à pandemia pelo coronavírus. Brasília, DF: Ipea; 2020. (Nota Técnica n. 61). Disponível em: <https://bit.ly/2TKVLuY>.
44. Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; 2013. Vol. 4. p.73-131.
 45. Santos MAB, Servo LMS. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. In: Marques R, Piola S, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro; Brasília, DF: Abres; Ministério da Saúde; Opas/OMS; 2016. p. 205-45.
 46. Mithani MA. Liability of foreignness, natural disasters, and corporate philanthropy. *J. Inter. Business Studies*. 2017; 48(8):941-963.
 47. Galina D, Bernardo JC. Empresas brasileiras continuam doando para mitigar os efeitos da covid-19 [internet]. *Forbes*, 24 out 2020. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: <https://bit.ly/320t812>.
 48. Sartor V. Rede Dor e GE Healthcare fecham parceria na luta contra da Covid-19 [internet]. Grupo Mídia, 2020 abr 20. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://bit.ly/2COaL5G>.
 49. Friedman M. The social responsibility of business is to increase its profits. In: *Corporate ethics and corporate governance*. Springer; Heidelberg; 2007. p. 173-178.
 50. Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://bit.ly/35R4qkT>.
 51. Brasil. Emenda Constitucional nº 106, de 07 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. *Diário Oficial da União*. 8 Maio 2020.
 52. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00185220.
 53. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. Contribuição das organizações que compõem a FRENTE PELA VIDA e atuam no campo da Saúde à sociedade brasileira [internet]. 2020. [acesso em 2020 out 26]. Disponível em: <https://bit.ly/3ecjGfX>.
 54. Lucena RCB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev. Adm. Públ.* 2015; 49(5):1107-1120.
 55. De Seta MH, Dain S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 15(supl3):3307-3317.
 56. Ahmed S, Sanghvi K, Yeo D. Telemedicine takes centre stage during COVID-19 pandemic. *BMJ Innovations* [internet]. 2020 [acesso em 2020 out 26]; (0):1-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000440>.
 57. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Health at a Glance 2020*. Paris: OCDE; 2020.
 58. Rocha TAH, Silva NC, Amaral PV, et al. Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. *Public Health*, 2017; 153:9-15.
 59. Tandon A, Roubal T, McDonald L, et al. *Economic Impact of COVID-19: Implications for Health Financing in Asia and Pacific*. Washington, DC: Banco Mundial; 2020.
 60. Silveira FS, Noronha SG, Funcia FR, et al. Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo

- Cruz; 2020. [acesso em 2020 out 20]. Disponível em: <https://bit.ly/2TDGifQ>.
61. O'Connor CM, Anoushiravani AA, DiCaprio MR, et al. Economic Recovery After the COVID-19 Pandemic: Resuming Elective Orthopedic Surgery and Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2020; 35(7S):S32-S36.
62. Gelape L. Saúde é o problema mais citado pelos eleitores nos estados do país, apontam pesquisas Ibope [internet]. G1. 2018 ago 26. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://glo.bo/3eH6uz0>.
63. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Pesquisa revela que saúde pública é a principal preocupação dos eleitores [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://bit.ly/3fZB5YK>.
64. Cajado AFR. O voto na colônia. Brasília: Tribunal Superior Eleitoral, 2013 [internet]. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://bit.ly/2BJl9Lq>.
65. Glied S, Levy H. The Potential Effects of Coronavirus on National Health Expenditures. *JAMA*. 2020; 323(20):2001-2002.
-
- Recebido em 29/06/2020
Aprovado em 02/11/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vigilância Epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes

Epidemiological Surveillance and the Covid-19 pandemic in Brazil: elements to understand the Brazilian response and the explosion of cases and deaths

Eduardo Mota¹, Maria Glória Teixeira¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E408

COM MAIS DE QUATRO MILHÕES DE CASOS confirmados e notificados de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 e mais de 125 mil mortes associadas à Covid-19, acumulados desde o início da pandemia, como informa o Ministério da Saúde (MS), o Brasil, ao final da Semana Epidemiológica (SE) 36, continuava a ocupar a posição de segundo país do mundo em número absoluto de casos e de óbitos, atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA)¹. Não é sem razão, porque as alternativas adotadas para a gestão da crise sanitária no Brasil e nos EUA, nas primeiras semanas de evolução da pandemia, não privilegiaram os princípios, métodos e práticas da Vigilância Epidemiológica (VE) para o seu enfrentamento, entre outros fatores.

Semelhanças e diferenças entre esses dois países, que têm o maior número de casos de Covid-19 no mundo, contribuem igualmente para a situação em que se encontram diante da pandemia. Entre as principais diferenças, assinala-se a existência, no Brasil, de um sistema nacional, universal, de saúde pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), a grande cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) que, em muitas áreas, inclui a Estratégia Saúde da Família, e um sistema nacional de VE, com capilaridade, que atinge todos os estados e municípios. Isso, porém, não evitou a rápida progressão e a extensão da pandemia por todo o País. Entre as principais semelhanças, as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde representam obstáculos adicionais importantes na obtenção de ações de prevenção e de hospitalizações.

Tem sido na opção política por um verdadeiro antimodelo de enfrentamento da pandemia, todavia, que o Brasil e os EUA mais se aproximam. Citam-se, por exemplo, a opção pela negação da importância e gravidade do problema, em um primeiro momento, e a falsa oposição entre a adoção de medidas para reduzir uma maior frequência de casos e óbitos e os prejuízos econômicos que poderiam advir das medidas de distanciamento social e de restrição de circulação de pessoas.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. emota@ufba.br

Um breve histórico da primeira fase da expansão da pandemia da Covid-19 no Brasil pode ser observado no *quadro 1*. Apresenta-se a SE e a data de notificação do primeiro caso confirmado da doença em cada estado, a partir da notificação do primeiro caso no País,

ocorrida em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020, na SE 9. Entre essa data e 25 de março de 2020 (SE 13), todos os estados e o Distrito Federal registraram os seus primeiros casos confirmados, importados ou não.

Quadro 1. Semana Epidemiológica e data da notificação do primeiro caso confirmado de Covid-19, por estado e região, e número acumulado de casos e de óbitos notificados com a doença, Brasil, 2020

Semana Epidemiológica em 2020	Data de notificação do primeiro caso confirmado em 2020		Região	Número acumulado total de casos confirmados até a data de notificação		Número acumulado de casos em São Paulo	Número acumulado de casos no Rio de Janeiro	Número de dias desde a notificação do primeiro caso confirmado em São Paulo
	Estado				Número acumulado total de óbitos confirmados			
9	26/2	São Paulo	Sudeste	1	0	1	0	0
10	5/3	Rio de Janeiro	Sudeste	7	0	6	1	8
10	6/3	Bahia	Nordeste	13	0	10	1	9
10	6/3	Espírito Santo	Sudeste	13	0	10	1	9
10	7/3	Distrito Federal	Centro-Oeste	19	0	13	2	10
11	8/3	Alagoas	Nordeste	25	0	16	3	11
11	8/3	Minas Gerais	Sudeste	25	0	16	3	11
11	10/3	Rio Grande do Sul	Sul	34	0	19	8	13
11	12/3	Pernambuco	Nordeste	77	0	42	16	15
11	12/3	Paraná	Sul	77	0	42	16	15
11	13/3	Rio Grande do Norte	Nordeste	98	0	56	16	16
11	13/3	Santa Catarina	Sul	98	0	56	16	16
11	13/3	Goiás	Centro-Oeste	98	0	56	16	16
12	15/3	Amazonas	Norte	200	0	136	24	18
12	15/3	Sergipe	Nordeste	200	0	136	24	18
12	16/3	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste	234	0	152	31	19
12	17/3	Ceará	Nordeste	291	1	164	33	20
12	19/3	Acre	Norte	621	6	286	65	22
12	19/3	Pará	Norte	621	6	286	65	22
12	19/3	Tocantins	Norte	621	6	286	65	22
12	19/3	Paraíba	Nordeste	621	6	286	65	22
12	20/3	Rondônia	Norte	904	11	396	109	23
12	20/3	Amapá	Norte	904	11	396	109	23
12	20/3	Piauí	Nordeste	904	11	396	109	23
12	20/3	Mato Grosso	Centro-Oeste	904	11	396	109	23
12	21/3	Maranhão	Nordeste	1.128	18	459	119	24
13	22/3	Roraima	Norte	1.546	25	631	186	25

Fonte: Painel Coronavírus, Ministério da Saúde².

Com efeito, a partir do epicentro inicial da pandemia em São Paulo, e logo a seguir no Rio de Janeiro, em apenas duas semanas, alguns estados das regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram casos da Covid-19. Na semana seguinte (SE 12), os primeiros casos foram notificados no Amazonas. A região Norte viria a se tornar o segundo epicentro da pandemia a partir de abril de 2020. Nesse período inicial, já havia conhecimento sobre a progressão da epidemia na China, de onde partiu o sinal de alerta da emergência do SARS-CoV-2 em dezembro de 2019, e cuja curva epidêmica estava em franco crescimento nos primeiros dias de janeiro. Sabia-se também sobre o que ocorreu na Europa, entre as SE 4 e 6, onde países como a França, a Alemanha, o Reino Unido, a Espanha e a Itália – país de origem do primeiro caso brasileiro –, e os EUA, haviam registrado várias dezenas de casos.

O exame das características da evolução da pandemia em alguns países europeus, que adotaram mais ou menos precocemente medidas de controle não farmacológicas, poderia ter determinado a estratégia brasileira de enfrentamento. Por exemplo, com início da pandemia na SE 5, países como a Espanha e a Alemanha estabeleceram nacionalmente forte restrição de circulação de pessoas entre as SE 12 e 13, e experimentaram início de descenso consistente da curva epidêmica a partir da SE 15. Em contraste, a adoção tardia ou parcial dessas medidas, como ocorreu na Itália e no Reino Unido, resultou em maior número de casos e óbitos, já nas primeiras semanas da pandemia, ou em um número elevado diário de casos por tempo mais prolongado. E em especial porque em 30 de janeiro de 2020, correspondente a SE 5, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional e, em 11 de março, caracterizou a Covid-19 como pandemia.

No Brasil, o MS declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, “em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)”³, por

meio da Portaria nº 188, de 4 de fevereiro de 2020 (SE 6), antes mesmo que tivesse confirmado o primeiro caso da doença em território brasileiro, estabelecendo, então, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV)³. Essa etapa inicial da resposta brasileira foi realizada tempestivamente, criando as condições para que as medidas sanitárias e administrativas de enfrentamento pudessem ser adotadas.

Naquela mesma data, o governo federal enviou ao Congresso Nacional um projeto de lei que regulamentava a quarentena, entre outros instrumentos, para a contenção de epidemias, nesse caso, específico para a situação da Covid-19, porque se encontrava diante da necessidade de repatriar brasileiros que estavam em Wuhan, China, epicentro mundial da pandemia. A Lei nº 13.979 foi aprovada em tempo recorde e publicada em 6 de fevereiro de 2020 e, como se lê na ementa:

Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019⁴.

No dia 11 de março de 2020, o MS publicou a Portaria nº 356, regulamentando aspectos da Lei nº 13.979/2020⁵; e, em 20 de março de 2020 (SE 12), por meio da Portaria nº 454, declarou, em todo o território nacional, o “estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19)”⁶.

Assim, enquanto se desenrolava a pandemia em muitos países, as bases legais e normativas para a atuação do sistema de saúde brasileiro, inclusive, da VE, para o enfrentamento da pandemia que certamente viria e que já se exibia fortemente no mundo, estavam, no geral, assentadas. A propósito, em 22 de março de 2020 (SE 13), o MS já havia registrado 1.546 casos e 25 óbitos confirmados, sendo 817 casos (52,8%) em São Paulo e no Rio de Janeiro (*quadro 1*), os dois mais importantes polos metropolitanos do País.

Reuniões do MS com os secretários estaduais de saúde para discutir planos de

contingência “que contempla medidas de prevenção, vigilância e assistência para um possível caso do novo coronavírus”⁷, como se informa, foram realizadas desde 5 de fevereiro e ao longo do mês de março de 2020, quando se enfatizava a importância da adoção das medidas não farmacológicas de enfrentamento, individuais e coletivas, tais como higienização, distanciamento social e restrição de circulação de pessoas, para reduzir o risco de transmissão do SARS-CoV-2, com o intuito de evitar sobrecarga aos serviços assistenciais de saúde, especialmente às hospitalizações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Foram tomadas iniciativas para ampliação do número de leitos na rede do SUS visando à redução de óbitos decorrentes da pandemia da Covid-19, preocupação mundial legítima, em vista da possibilidade de colapso dos sistemas de saúde nacionais, como estava ocorrendo na Itália.

Entretanto, à expressão de diretrizes nacionais para o enfrentamento e gestão da crise sanitária, no início da pandemia no País, não correspondeu à adoção ou implementação efetiva das medidas não farmacológicas, de forma coordenada mediante direção nacional do SUS, como exigia a situação epidemiológica. Faltou conferir priorização a tão desejada atuação da VE, voltada à redução de riscos da ocorrência de novos casos por meio da investigação epidemiológica de campo, em todos os espaços de ocorrência da doença, visando à busca ativa de casos e contatos, para aplicação de medidas de distanciamento, quarentena e orientações. Ou seja, as diretrizes nacionais para a condução das ações de campo receberam ênfase diversa entre os entes federativos, possivelmente devido ao receio de contaminação das equipes. Contudo, tais ações poderiam ser desenvolvidas a distância. A ação da vigilância sanitária foi ainda mais tímida, reservada ao trabalho em portos e aeroportos. As medidas de contenção de circulação de pessoas infectadas entre estados e municípios não foram suficientes para conter a rápida expansão da doença por todo o País.

Isso ficou evidente nas orientações do MS, oferecidas em outra reunião, em 13 de

março de 2020, nas quais se lê, entre outras recomendações:

As capitais Rio de Janeiro e São Paulo já registram caso de transmissão comunitária, quando não é identificada a origem da contaminação. Com isso, o país entra em uma nova fase da estratégia brasileira, a de criar condições para diminuir os danos que o vírus pode causar à população. Em videoconferência com profissionais das secretarias estaduais de saúde de todo o país, o Ministério da Saúde anunciou, nesta sexta-feira (13), recomendações para evitar a disseminação da doença. As orientações deverão ser adaptadas pelos gestores estaduais e municipais, de acordo com a realidade local... As medidas gerais válidas, a partir desta sexta-feira (13), a todos os estados brasileiros, incluem o reforço da prevenção individual com a etiqueta respiratória (como cobrir a boca com o antebraço ou lenço descartável ao tossir e espirrar), o isolamento domiciliar ou hospitalar de pessoas com sintomas da doença por até 14 dias, além da recomendação para que pacientes com casos leves procurem os postos de saúde⁸.

Também transparece da leitura da Portaria nº 356/2020 que, além da fragilidade de uma coordenação nacional, articulada com governos estaduais e municipais, necessária, por coerência, com a gravidade da situação epidemiológica, as medidas previstas no art. 3º da Lei nº 13.979/2020, citada no art. 2º da Portaria nº 356, não foram implementadas com a mesma intensidade. Entretanto, não é somente isso: o papel da VE, explicitamente exposto naquela normativa, quanto ao embasamento de ações em evidências científicas e à indicação de distanciamento e quarentena, não parece ter sido exercido em sua plenitude, conforme progredia a pandemia, conquanto foi possível observar as controvérsias sobre o distanciamento social (se vertical ou horizontal!), implantação de *lockdown*, sobre prováveis medidas terapêuticas, sobre o uso ou não de testes rápidos aplicados em massa, entre outras divergências entre o MS e a Presidência da

República. Afinal, em quatro meses de pandemia no Brasil, houve três ministros da saúde.

Um trecho do discurso do Presidente da República, proferido em 10 de março de 2020, durante a ‘Sessão de Abertura da Conferência Internacional Brasil-Estados Unidos: um novo prisma nas relações de parceria e investimentos’, realizada em Miami, Flórida, EUA, ilustra bem a tentativa de negar a gravidade da situação da pandemia no Brasil; quando declarou:

Obviamente, temos, no momento, uma crise, uma pequena crise, não é? Ou, no meu entender, muito mais fantasia, a questão do coronavírus, que não é isso tudo que a grande mídia propala, ou propaga, pelo mundo todo, [...] ou outra, alguns da imprensa conseguiram fazer de uma crise a queda do preço do petróleo⁹.

Igualmente esclarecedor dessas posições políticas em relação à pandemia da Covid-19, contrariando orientações da OMS e do MS brasileiro, é o que ocorreu com o frustrado lançamento da campanha publicitária do governo federal, intitulada ‘O Brasil não pode parar’¹⁰, veiculada em redes sociais por volta da SE 13, cuja mensagem contrariava a orientação do MS quanto ao distanciamento social e à restrição de circulação de pessoas. Pelo menos foi esse o entendimento da Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos e Rede Sustentabilidade, entre outros, organizações que ingressaram no Supremo Tribunal Federal (STF) com as Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), números 668 e 669, com pedido de cautelar, que foi deferida, em 31 de março de 2020:

Para vedar a produção e circulação, por qualquer meio, de qualquer campanha que pregue que ‘O Brasil não pode parar’ ou que sugira que a população deve retornar as suas atividades plenas, ou, ainda, que expresse que a pandemia constitui evento de diminuta gravidade para a saúde e a vida da população¹¹.

Depois de manifestação da Secretaria Especial de Comunicação do Governo Federal, informando que aquela campanha seria uma ‘produção de caráter experimental’, a ação foi arquivada, com parecer da Procuradoria Geral da República “pelo não conhecimento das arguições de descumprimento de preceito fundamental”¹². Essa talvez tenha sido a primeira das várias judicializações que marcam, até o momento presente, a progressão da pandemia da Covid-19 no Brasil, denotando os desencontros nas políticas nacionais de enfrentamento da crise sanitária, entre órgãos do governo federal e os governos estaduais e municipais.

Exemplo disso foi o pronunciamento do Presidente da República em cadeia nacional de rádio e televisão, em 24 de março de 2020, quando a pandemia já estava instalada em todo o País, em que declarou, em um trecho:

O vírus chegou, está sendo enfrentado por nós e brevemente passará. Nossa vida tem que continuar. Os empregos devem ser mantidos. O sustento das famílias deve ser preservado. Devemos, sim, voltar à normalidade. Algumas poucas autoridades estaduais e municipais devem abandonar o conceito de terra arrasada, a proibição de transportes, o fechamento de comércio e o confinamento em massa. O que se passa no mundo tem mostrado que o grupo de risco é o das pessoas acima dos 60 anos. Então por que fechar escolas? Raros são os casos fatais de pessoas sãs com menos de 40 anos de idade, 90% de nós não teremos qualquer manifestação, caso se contamine. Devemos sim, é ter extrema preocupação em não transmitir o vírus para os outros, em especial aos nossos queridos pais e avós, respeitando as orientações do Ministério da Saúde¹³.

A negação da extensão e da gravidade da pandemia sustentava, assim, a proposição de que as medidas de distanciamento social e de restrição de circulação de pessoas iriam abalar o desempenho econômico brasileiro e, supostamente, por esta via, provocar maior dano à saúde e ao bem-estar da população do que os

possíveis efeitos da ocorrência da Covid-19. Porém, não foi somente esse aspecto que foi continuamente ressaltado desde o início da pandemia no Brasil. Tudo parecia se resumir, e ainda parece assim, à disponibilidade de leitos hospitalares gerais e de UTI, para a adequada assistência às pessoas que fossem acometidas mais gravemente pela doença. Portanto, em combinação, esses dois elementos indicariam que se poderia reduzir as medidas de distanciamento social, dado que existissem leitos hospitalares suficientes para atender aos casos de maior gravidade. Com isso, ignora-se o custo social e econômico da ocorrência da doença para as pessoas acometidas, mesmo os casos leves, para seus familiares e para as coletividades; o inevitável excesso de mortalidade, com óbitos evitáveis que não acometem igualmente todos os indivíduos por idade, sexo e condição social; as despesas com assistência clínica e hospitalizações, inclusive no SUS; a sobrecarga de trabalho e o risco de exposição dos profissionais de saúde, e a constante ameaça de saturação das instituições públicas e privadas de saúde. O desejável seria um modelo de enfrentamento da pandemia baseado no apoio de todos os níveis de governo para o distanciamento social, medida de controle coletiva que efetivamente reduz o risco de transmissão comunitária, ao lado do fortalecimento da VE em estreita articulação com as equipes de APS nos territórios de abrangência, a promoção da participação da população e, sem dúvida, a adequada e pronta assistência médico hospitalar indicada aos casos graves da Covid-19.

Entretanto, a preocupação que predominava nas falas e nas ações do Presidente da República e de parcela expressiva do executivo federal era sobre o impacto econômico da pandemia no Produto Interno Bruto (PIB), a queda das receitas fiscais e o aumento de despesas, que poderiam comprometer o desempenho econômico, em especial, o que poderia advir das necessárias medidas de distanciamento social nos centros urbanos mais acometidos. As divergências com os governos estaduais e municipais na gestão da crise sanitária foram

expressas na Medida Provisória nº 926/2020 que tratava das competências do governo federal no enfrentamento da pandemia. Uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 6.341), interposta pelo Partido Democrático Trabalhista, teve medida cautelar deferida pelo STF em 15 de abril de 2020, sob o entendimento de que as medidas propostas pelo governo federal não afastavam a “competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios”¹⁴. Desse modo, inúmeros governadores e prefeitos adotaram o distanciamento social, sem o devido suporte econômico ou político do governo federal. Como se comenta mais adiante, um programa de benefício financeiro às famílias mais carentes foi definido em lei, mas, pode-se considerar tímido diante das enormes dificuldades enfrentadas pela população em manter o distanciamento social. Criou-se um contexto desfavorável para grupos vulneráveis de trabalhadores, que se agravou com a progressão da pandemia e com a limitação na disponibilidade de leitos de UTI, que se tornou crítica em alguns locais que não implantaram o distanciamento social ou que iniciaram a flexibilização no momento em que ainda não se verificava o descenso consistente da curva epidêmica. Nessas condições, o rápido crescimento do número de casos e óbitos ou a ocorrência de segundas e terceiras ondas de novos casos são imprevisíveis.

O que se tem notícia, recentemente, é que, para minimizar o impacto econômico, retomando, precocemente, atividades comerciais não essenciais, e sem base científica segura, passou-se a vivenciar um vai e volta que talvez imponha custos ainda maiores à população e ao comércio. Criou-se um perverso efeito sanfona ou gangorra, cujo resultado direto tem sido o recrudescimento do número de casos e óbitos em alguns estados e municípios, a extensão desnecessária do processo epidêmico, já com mais de quatro meses de duração, e a explosão de casos e mortes que se tem verificado no Brasil e nos EUA.

O tema da aplicação de testes moleculares em massa para o diagnóstico da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 tem suscitado debates e posições divergentes. Entre os 20 países com maior número acumulado de casos confirmados da Covid-19, o Brasil encontrava-se, em julho de 2020, no 14º lugar em número de testes diagnósticos específicos para essa infecção viral. Com o registro de pouco mais de 4,5 milhões de testes, correspondente a somente 2,2% da população, o desempenho

brasileiro nessa área é muito inferior ao da Espanha e do Reino Unido, por exemplo, com, respectivamente, seis e oito vezes mais do que foi realizado no Brasil (*quadro 2*). No País, há também diferenças regionais importantes no número de testes realizados. Enquanto os estados das regiões Norte e Centro-Oeste já realizaram, respectivamente, 3,1 e 3,0 testes por 100 habitantes, o Nordeste realizou 2,8, e as regiões Sudeste e Sul não passaram de 1,9%.

Quadro 2. Testes realizados para a detecção de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (número e percentual da população), entre os 20 países com maior número acumulado de casos confirmados da Covid-19, 11 de julho de 2020

País	Número acumulado de casos	Número acumulado de óbitos	Total de testes realizados	Número de testes por 100 habitantes
Reino Unido	288.953	44.798	11.782.192	17,4
Rússia	720.547	11.205	22.708.416	15,6
Catar	103.128	146	409.199	14,6
Estados Unidos da América	3.350.678	137.347	41.677.802	12,6
Espanha	300.988	28.403	5.734.599	12,3
Itália	242.827	34.945	5.900.552	9,8
Canadá	107.346	8.773	3.142.702	8,3
Alemanha	199.812	9.134	6.376.054	7,6
Chile	312.029	6.881	1.273.627	6,7
China	83.587	4.634	90.410.000	6,3
Turquia	211.981	5.344	3.930.223	4,7
África do Sul	264.184	3.971	2.108.570	3,6
Irã	255.117	12.635	1.947.114	2,3
Brasil	1.839.850	71.469	4.572.796	2,2
França	170.752	30.004	1.384.633	2,1
Colômbia	140.776	4.925	968.465	1,9
Índia	850.358	22.687	11.307.002	0,8
Paquistão	246.351	5.123	1.538.427	0,7
Bangladesh	181.129	2.305	932.465	0,6
México	289.174	34.191	715	0,6

Fonte: Worldometers¹⁵.

É possível considerar que o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública não estaria preparado para enfrentar a grande

demanda de testes diagnósticos para a Covid-19, já desde o início da pandemia, em março de 2020. Porém, é certo que a pandemia revelou

e acentuou as dificuldades já conhecidas de toda a cadeia de aquisição, processamento e logística de retorno de resultados em tempo hábil dos testes laboratoriais em toda a rede do SUS, desde as unidades básicas de saúde até os hospitais, principalmente fora dos grandes centros urbanos, onde há maior carência de infraestrutura e profissionais dessa área.

Nesta pandemia, a insuficiência de insumos e de capacidade instalada para realização de testes moleculares em larga escala ocorreu em todo o mundo. Porém, a insuficiência de insumos e de infraestrutura para a realização de exames perfaz apenas uma parte das condições de preparação para enfrentar os desafios da pandemia no Brasil. É importante destacar que as ações de controle, a busca ativa de casos e o rastreamento de contatos com consequente adoção de medidas para redução da transmissão do agente podem e devem ser feitas a partir das definições de casos confirmados por critério clínico-epidemiológico, provável e, evidentemente, sem desconsiderar os casos confirmados laboratorialmente a partir dos quais as definições anteriores estão ancoradas.

As orientações do Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia no Brasil

Para melhor esclarecer o papel da vigilância na condução das iniciativas de controle da pandemia da Covid-19 no País, convém examinar a publicação central da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS para esse problema de saúde pública. Em 16 de janeiro de 2020, a SVS publicou, em Boletim Epidemiológico (BE), a primeira referência a “Evento de monitoramento internacional: China – Pneumonia de etiologia desconhecida”¹⁶⁽¹⁰⁾, reproduzindo as recomendações da OMS para a prevenção primária da transmissão do vírus pessoa a pessoa.

Naquele Boletim, e mais de um mês antes da confirmação do primeiro caso da Covid-19,

a SVS estabeleceu algumas ações que se apresentavam como necessárias à época e que ainda hoje seriam essenciais para o controle da pandemia: adesão às medidas recomendadas pela OMS; ênfase na notificação às secretarias de saúde dos estados e municípios, reconhecendo assim a importância das informações para o acompanhamento e o controle da pandemia; disso decorria a avaliação diária de risco, também recomendada, embora assinalasse que deveriam ser evitadas “medidas restritivas e desproporcionais em relação aos riscos para a saúde e trânsito de pessoas, bens e mercadorias”¹⁶⁽¹²⁾. Havia preocupação com a capacidade instalada de *primers* e testes diagnósticos. Estabelecia a necessidade de revisar os fluxos de investigação de casos e contatos e a definição preliminar de casos suspeitos; a referência à rede de serviços de saúde, inclusive hospitalar e as ações em aeroportos, com atualização de procedimentos de vigilância e “atenção frente a identificação de casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave”¹⁶⁽¹²⁾.

No BE 4, de 22 de janeiro de 2020, a SVS dedica um capítulo inteiro ao novo coronavírus, com os detalhes necessários que poderiam orientar a resposta à pandemia sob a égide da VE¹⁷. Em 3 de fevereiro de 2020, a SVS publicou o primeiro BE do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV)¹⁸. Três elementos fundamentais para a organização da resposta à emergência de saúde pública que se aproximava já estavam presentes naquele Boletim: A atualização do Guia de Vigilância Epidemiológica para a ‘Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)’, um capítulo sobre ‘Vigilância Laboratorial’ e o ‘Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)’. Na publicação, a SVS estabeleceu os objetivos gerais da vigilância para o problema de saúde pública, a saber:

Orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação,

notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada no território nacional¹⁸.

Outros dois Boletins foram publicados em fevereiro de 2020 (números 2 e 3). Em março de 2020, foram publicados dois Boletins (números 4 e 5), o primeiro desses, de 3 de março de 2020, não informa sobre a confirmação do primeiro caso da Covid-19, notificado em 26 de fevereiro de 2020. Porém, menciona que os dados estão disponibilizados na Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do MS (Ivis), na qual ainda estão sendo disponibilizados até o momento, em <http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/>, embora o MS tenha passado a publicar diariamente os mesmos dados no Painel Coronavírus, em <https://covid.saude.gov.br/> e, mais recentemente, também em outro painel, interativo, em https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html#/dashboard/.

Em 3 abril de 2020, o COE/SVS publicou o BE 3 e, nesse mesmo mês, editou outros números. No BE 14, publicado em 26 de abril, caracteriza-se a publicação como ‘Boletim Especial’, com modificações importantes em seu formato sem, contudo, deixar de apresentar as informações sobre a progressão da pandemia nos estados e no País.

Nesse período, há um destaque no BE 7, publicado em 6 de abril de 2020, no qual se nota uma mudança expressiva na condução do enfrentamento da pandemia, notadamente pela exposição dos conceitos de ‘distanciamento social ampliado’ e de ‘distanciamento social seletivo’, contrariando o que a OMS e a experiência internacional indicavam quanto ao distanciamento social. Isto, aparentemente, atendia às pressões para ‘flexibilizar’ essa medida, em favor do retorno às atividades econômicas, e sobre a introdução do tratamento da Covid-19 com Cloroquina e Hidroxicloroquina, e revelava as divergências entre o Ministro da Saúde e a Presidência da República, que resultou na saída do Ministro em 16 de abril de 2020.

Dessa maneira, no BE 719, lê-se, na introdução, na seção Destaques:

A partir de 13 de abril, os municípios, Distrito Federal e Estados que implementaram medidas de Distanciamento Social Ampliado (DSA), onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, devem iniciar a transição para Distanciamento Social Seletivo (DSS). Os conceitos são apresentados neste boletim. Os locais que apresentarem coeficiente de incidência 50% superior à estimativa nacional devem manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de distanciamento social seletivo conforme descrito na preparação e resposta segundo cada intervalo epidêmico. Em todas as Unidades Federadas, o Ministério da Saúde recomenda a adoção da estratégia de afastamento laboral.

Aqui se pode identificar um certo conflito de estratégias ou de ênfase nas medidas necessárias em cada situação. Em Destaques, do Boletim, fica patente o critério do percentual relativo à capacidade instalada, enquanto na *tabela 1* do mesmo Boletim, em esquema adaptado de uma publicação do CDC-EUA (Centros de Controle e Prevenção de Doenças), de 2014, para pandemia de influenza, o ‘DSS’ está citado apenas nas situações de ‘Epidemias localizadas’ e em ‘Desaceleração’. Nota-se, igualmente, que não se considera a evolução da curva epidêmica em cada local e se dá ênfase à capacidade assistencial hospitalar, como critério aplicado para a definição das situações. Na data de publicação do BE 7, transcorridos 40 dias da notificação do primeiro caso confirmado no país, já se contavam 12.056 casos e 553 óbitos pela doença. Esse cenário impunha que as medidas de distanciamento social, que vinham sendo adotadas em

algumas cidades mais afetadas, fossem mais rígidas para evitar o agravamento da pandemia nesses centros urbanos.

Atento ao risco a que estava sendo submetida a população, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou uma nota pública em 8 de abril de 2020, sob o título ‘CNS defende manutenção de distanciamento social conforme define OMS’. Nessa nota, lê-se:

CNS, órgão legalmente responsável pelo monitoramento e fiscalização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirma que o uso dos dados científicos sobre os meios de enfrentamento à pandemia é a melhor forma de encontrarmos respostas frente à crise. A nossa maior preocupação é com a preservação da vida da população brasileira e, por isso, seguimos reafirmando a necessidade de manutenção do isolamento social como método mais eficaz na prevenção à pandemia, conforme orientam a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰.

Na nota do CNS, informa-se que a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal, solicitou ao MS as fundamentações técnicas das novas orientações, acrescentando, dessa maneira, mais um capítulo às judicializações em torno de decisões do governo federal na pandemia da Covid-19.

As mudanças na condução da crise sanitária se fizeram sentir, não só na progressão mais rápida no número de casos confirmados da Covid-19, como também na atuação ainda mais tímida e errática do MS. De fato, em maio, a SVS editou somente três BE (números 15 a 17), publicados entre os dias 8 e 25 de maio de 2020. A partir daquele momento, até a primeira semana de junho, viveu-se a polêmica da ‘omissão’ de dados, que até então eram publicados e anunciados diariamente em entrevistas coletivas do MS. Com efeito, relata-se que, em 5 de junho, os dados sobre a Covid-19 ‘saíram do ar’. Disso resultou mais uma ‘medida cautelar’ do STF, expedida em 8 de junho de 2020, em

decisão liminar relativa à ADPF impetrada por partidos políticos, associações e cidadãos,

Para determinar ao Ministro da Saúde que mantenha, em sua integralidade, a divulgação diária dos dados epidemiológicos relativos à pandemia (Covid-19), inclusive no sítio do Ministério da Saúde e com os números acumulados de ocorrências, exatamente conforme realizado até o último dia 04 de junho²¹.

Em junho de 2020, a SVS publicou apenas dois números do Boletim (18 e 19), nos dias 18 e 23 do mês, referentes às SE 26 e 27, com a particularidade de que não mais seriam editados pelo COE-Covid19, como se destacava no título dos boletins anteriores. Entre um e outro desses boletins, demonstra-se inicialmente uma provável ‘estabilização’ da evolução da pandemia, para, em seguida, reconhecer um aumento expressivo, de 22,0%, entre as SE 24 e 25. Naquele momento, contavam-se 1.067.579 casos e 49.976 óbitos pela doença. Outros 20,0% de aumento no número de casos confirmados seriam registrados em julho e publicados nos BE 20 e 21, nos dias 1º e 8 daquele mês. Digno de nota, nesses boletins, é a demonstração da interiorização da pandemia, em que o percentual decrescente de casos nas capitais, observado desde a SE 22, alcança 37,0% na SE 27, com 63,0% dos casos registrados em outros municípios²².

Problemas com a divulgação de dados epidemiológicos sobre a pandemia no Brasil, judicializações, falta de coordenação nacional entre o MS e as secretarias estaduais de saúde (declaração, em 6 de junho de 2020, do então secretário de ciência, tecnologia e insumos estratégicos do MS, suscitou uma nota de repúdio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, contra a acusação feita de manipulação de dados nos estados), mudança de dois ministros da saúde, problemas com as informações veiculadas na mídia e declarações e orientações contraditórias quanto à manutenção do distanciamento social e das medidas terapêuticas têm pontuado os mais

de quatro meses de evolução da pandemia no País. Permeando esses desencontros, persiste a questão de quem argumenta a favor da flexibilização do distanciamento social por razões econômicas, desdenhando da grave crise sanitária e, especialmente, da dor das famílias que choram as mortes, muitas das quais poderiam ser evitadas.

Reconhece-se que o distanciamento social seria uma parte das medidas de vigilância em saúde que se deveriam implementar com firmeza e apoio dos três níveis de governo, sem, contudo, deixar de considerar a necessidade de uma ampla rede de proteção social, sobretudo para as populações mais vulneráveis, uma vez que a pandemia agudizou as grandes desigualdades sociais já existentes. Ressalta-se que informação, detecção de casos, restrição de viagens, entre outras medidas não farmacológicas, integradas e articuladas com ações de redução de riscos e atuação sobre os determinantes sociais da exposição e infecção pelo novo coronavírus poderiam fazer diferença positiva no enfrentamento desta pandemia. Em especial, contando com o apoio da rede de equipes da APS.

Dessa maneira, como foi referido, o SUS conta com uma extensa rede de unidades e profissionais que desenvolve ações de promoção da saúde da APS. A pandemia da Covid-19 tem suscitado em vários municípios, a atuação integrada da APS com a VE, e toda a rede do SUS para o enfrentamento da situação de saúde e social. Dá conta do conhecimento já acumulado nessa área o que se vê na publicação ‘Número Especial – Relatos de experiências locais da APS no Enfrentamento da Covid-19’, editado pelo periódico ‘APS em Revista’ e divulgado em 8 de junho de 2020. Nessa edição, foram relatadas várias experiências exitosas de resposta intersetorial articulada para o controle da pandemia, para provocar efeitos de saúde e de proteção social, inclusive com aplicação de tecnologias inovadoras com o teleatendimento. Revela, em síntese, a contribuição dessas experiências, o que se lê no editorial desse número especial:

Mesmo num ambiente de dificuldades que exige equipamentos, insumos, novos protocolos, saberes e fazeres, bem como vontade política para superar esta situação, os relatos demonstram claramente o compromisso pela proteção à vida e solidariedade, evidenciando o protagonismo da APS em mitigar a expansão do contágio e envolver as comunidades locais no esforço que é de todos e todas²³.

Assinale-se, porém, que essas iniciativas que tão bem incorporaram a VE em seu escopo de atuação foram adotadas apenas em alguns municípios por decisão da gestão local, em uma situação sanitária que exige coordenação e diretrizes nacionais claras, em tudo solidária com a defesa da vida e saúde da população de todo o território brasileiro.

Falso dilema entre economia e a Covid-19

Alguns autores têm abordado o tema do que se considera um ‘falso dilema’ entre reduzir o impacto da Covid-19 sobre a morbimortalidade por meio do distanciamento social e da restrição de circulação de pessoas e a manutenção de empregos^{24,25}. Nota do Ministério da Economia, de maio de 2020, relaciona o impacto econômico diretamente com o distanciamento social, citando as restrições de consumo, o prolongamento do período de isolamento e os efeitos a longo prazo sobre a economia²⁶. Algumas medidas para mitigar esse impacto econômico foram tomadas desde as primeiras semanas de março de 2020, porém, foi somente em 2 de abril de 2020 que o Congresso Nacional aprovou os termos da Lei nº 13.982, estabelecendo “medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública”²⁷, incluindo-se o auxílio emergencial financeiro.

Começam a ser produzidos estudos do impacto da pandemia sobre os rendimentos da população socialmente vulnerável e sobre os efeitos das medidas de proteção adotadas. Um

exemplo é o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Covid-19). Revelou-se “que 5,2% dos domicílios (cerca de 3,5 milhões) sobreviveram apenas com os rendimentos recebidos do auxílio emergencial (AE)”. Além disso, estimou-se que o AE “foi capaz de compensar cerca de 45% do impacto total da pandemia sobre a massa salarial”²⁸.

A manutenção do distanciamento social por tempo suficiente para o controle da expansão da pandemia depende das políticas e programas de apoio social e econômico à população mais vulnerável ao seu impacto. A ausência de um apoio mais amplo e por maior tempo ou a sua insuficiência têm levado à flexibilização precoce das medidas de restrição de circulação de pessoas e à retomada de atividades comerciais. Essas, porém, não são questões simples. A pandemia agudizou os problemas da economia brasileira e tem comprometido as receitas fiscais do governo federal, de estados e municípios. Em junho de 2020, estimou-se *deficit* previsto para o setor público de 9,9% do PIB, e ocorreu aumento de despesas, notadamente para o enfrentamento da Covid-19. Para esta emergência de saúde pública, foram alocados R\$ 44,2 bilhões, com pagamentos até 9 de junho de 28,1% desse montante. Da dotação global de R\$ 404,1 bilhões, que inclui também os programas de transferência de renda e manutenção do emprego e auxílio financeiro a estados e municípios, apenas 33,6% tinham sido pagos até aquela data²⁹.

Com curvas epidêmicas prolongadas, o Brasil e os EUA podem esperar maior impacto sobre a saúde da população e sobre a economia. A experiência de outros países com o distanciamento social, combinado com as ações de VE e testagem em massa, demonstrou que o descenso da curva epidêmica poderia ter se iniciado há muito mais tempo do que o que se observa no Brasil. Com efeito, a média de dias desde a confirmação do primeiro caso até a fase de descenso consistente da curva epidêmica foi de 79 dias, para países como Portugal, Espanha, Alemanha, Itália, França e Reino Unido, em contraste com a duração de

quase 140 dias (de 26 de fevereiro a 14 de julho de 2020) da curva epidêmica brasileira, ainda sem sinal consistente de descenso.

As iniciativas adotadas para evitar o colapso do sistema de saúde de média e alta complexidade incluíram o aumento da disponibilidade de leitos hospitalares no SUS. Conforme consta dos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em maio de 2020, havia o total de 16.190 leitos sob a denominação ‘UTI adulto Covid-19’. Desses, 6.669 leitos estavam registrados como ‘Quantidade SUS’, sendo 67,8% cuja natureza era ‘Administração Pública’, e 32,2% sob a natureza ‘Entidades Empresariais’ e ‘Entidades sem Fins Lucrativos’³⁰. Comparando-se os dados do CNES de maio 2020 com os de maio de 2019, observa-se que ocorreu aumento de 5,1% no número de leitos de UTI Adulto tipos II e III, enquanto o Painel de Leitos e Insumos para a Covid-19, do MS, informa a habilitação de 8.970 leitos de UTI e a distribuição de 6.410³¹. Na Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, o MS estabeleceu o custeio para diária de leito de UTI para a Covid-19 em R\$ 1.600,00, aproximadamente o dobro do valor para este tipo de internação hospitalar³². Essa medida de caráter excepcional, para a manutenção de leitos habilitados para a emergência de saúde pública, considera que pessoas internadas com Covid-19, em situação de maior gravidade, demandam cuidados intensivos diferenciados e permanência média mais elevada em comparação às internações por outros problemas de saúde. Contudo, é necessário assinalar que a assistência hospitalar especializada, dedicada a um grande número de casos graves, muitos deles evitáveis, consome os recursos públicos que seriam destinados ao enfrentamento da pandemia em outras áreas, sobretudo se considerarmos o cenário de recursos já insuficientes e com retardo na sua liberação²⁹.

Considerando o que se apresenta, pergunta-se: a que serve a negação da gravidade da pandemia da Covid-19? Há clareza suficiente de que as verdadeiras intenções pela ‘flexibilização’ precoce do distanciamento social estejam relacionadas com o impacto sobre o desempenho econômico brasileiro? Ampliar

a assistência hospitalar, como recurso de enfrentamento da pandemia, para redução de óbitos, sem considerar a importância da integração com as ações de VE para reduzir riscos e a progressão da pandemia cumpre, de fato, que objetivos? Essas e outras perguntas podem contribuir para refazer a história da evolução da pandemia da Covid-19 no Brasil, que precisa ser estudada e documentada, para que sirva de orientação e de preparação para evitar erros em oportunidades futuras.

Considerações finais

As contribuições de organizações sociais diversas, das instituições públicas de ensino superior e de pesquisa – com destaque para as universidades federais e as de âmbito estadual, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – e de instituições governamentais relacionadas com a área da saúde têm sido notáveis na pandemia da Covid-19 no Brasil, assim como as contribuições da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde, produzindo informações em bases científicas e análises epidemiológicas, articulando nacional e internacionalmente iniciativas em pesquisas diversas, e informando e apoiando a população. Um expressivo conjunto dessas instituições lançou recentemente (8 de julho de 2020) um Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19, com contribuições das organizações da Frente pela Vida³³.

Destacam-se, nesse Plano, entre vários aspectos de importância, a necessidade de obter adesão popular às medidas de prevenção, promovendo a participação social. Contudo, os desencontros entre as orientações do MS, da Presidência da República e de governos estaduais e municipais provocam maior perplexidade e baixa adesão da população; e o indispensável apoio à produção científica e tecnológica tem enfrentado grave crise de desfinanciamento nos últimos anos. O desapareço

pelas informações epidemiológicas e pelas evidências científicas se revelou, desde o início da pandemia no País, pelas sucessivas declarações de várias autoridades governamentais. Ou seja, a crise política que o Brasil atravessa tem contribuído consideravelmente para agravar a crise sanitária em todo seu percurso. O Plano construído pela Frente pela Vida pode vir a dar inestimável contribuição para fomentar a união da nossa sociedade na perspectiva de impedir novos descaminhos da gestão da crise sanitária, que está resultando em uma situação tão grave, que colocou nosso país entre os dois primeiros mais atingidos por esta pandemia.

Ademais, os que detravam o SUS, os que foram responsáveis pelo desfinanciamento a que tem sido submetido há décadas, os que não valorizaram sua extensa rede de unidades e serviços, que atende justamente a população mais pobre do País, os que não acreditaram que o enfrentamento da pandemia da Covid-19 precisa ser feito com a integração da VE e APS a todo o complexo conjunto de medidas, ações e serviços para a atenção à saúde e para o apoio social, podem agora reconhecer que o SUS, com todas as suas limitações, tem evitado um cenário ainda mais ameaçador para a situação do momento. Na medida em que a sociedade brasileira reconhece o valor do SUS como bem público, em um país desigual, isso pode constituir força política necessária para promover a sua consolidação e financiamento adequado, garantindo o preceito constitucional do direito universal à saúde, como assinalaram Costa e cols.³⁴ em recente editorial da revista ‘Saúde em Debate’. Dessa maneira, superar as suas dificuldades, aprimorar a gestão e afirmar o SUS como um sistema universal e igualitário, como bem se assinala no Plano de Enfrentamento citado³³, é o que deve nos inspirar e motivar no sentido do seu fortalecimento.

Colaboradores

Mota E (0000-0001-7819-0084)* e Teixeira MG (0000-0003-3318-3408)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 30. Doença pelo Coronavírus COVID-19. 2020 [internet]. [acesso em 2020 set 14]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/09/Boletim-epidemiologico-COVID-30.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Versão v2.0. SVS. DATA-SUS [internet]. [acesso em 2020 set 14]. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [internet]. Diário Oficial da União. 4 Feb 2020. [acesso em 2020 set 14]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
4. Brasil. Atos do Poder Legislativo. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 [internet]. Diário Oficial da União. 7 Feb 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) [internet]. Diário Oficial da União. 12 Mar 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19) [internet]. Diário Oficial da União. 20 Mar 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Assessoria de Imprensa. Ministério da Saúde se reúne com secretários de saúde sobre o novo coronavírus [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46297-ministerio-da-saude-se-reune-com-secretarios-de-saude-sobre-o-novo-coronavirus>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Assessoria de Imprensa. Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46540-saude-anuncia-orientacoes-para-evitar-a-disseminacao-do-coronavirus>.
9. Brasil. Presidência da República. Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, durante Sessão de Abertura da Conferência Internacional Brasil-Estados Unidos: um novo prisma nas relações de parceria e investimentos - Miami, FL/EUA [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-sessao-de-abertura-da-conferencia-internacional-brasil-estados-unidos-um-novo-prisma-nas-relacoes-de-parceria-e-investimentos-miami-fl-eua>.
10. Brasil. Secretaria Especial de Comunicação do Governo Federal. O Brasil não pode parar. Brasília, DF. 27 Mar 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=CedyZFSZVC0&feature=emb_logo.
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 669, 31 de março de 2020 [in-

- ternet]. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/liminar-barroso-proibe-campanha-brasil.pdf>.
12. Brasil. Ministério Público Federal, Procuradoria-Geral da República. Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental 668/DF, 13 de abril de 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgp/documentos/ADPF000668COVID19campanhpublicitariagovernofederalVFCD.pdf>.
 13. Brasil. Presidência da República. Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão. 24 de março 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-em-cadeia-de-radio-e-televisao-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro>.
 14. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>.
 15. Estados Unidos da América. Worldometers [internet]. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; 51(1):1-19. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; 51(4):1-10. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf.
 18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE-nCoV. Boletim Epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; (1):1-17. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>. Acesso em: 8 de julho de 2020. 2020.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública – COE-nCoV. Boletim Epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; (7):1-28. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Nota Pública: CNS defende manutenção de distanciamento social conforme define OMS [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms>.
 21. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 690, em 8 de junho de 2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anelxo/ADPF690cautelar.pdf>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; (esp21):1-59. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/08/Boletim-epidemiologico-COVID-21-corrige-do-13h35--002-.pdf>.
 23. Moreira AD, Nedel FB, Giovannella L, editores. Relatos de Experiências Locais da APS no Enfrentamento da COVID-19. APS em Revista. 2020; 2(2):1.
 24. Paes-Sousa R, Barreto ML, Rocha R. Salvar vidas ou a economia é falso dilema [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/salvar-vidas-ou-a-economia-e-falso-dilema/>.

25. Schramm FR, Borges L, Fortes P, et al. Dilema implicado pela pandemia da COVID-19: salvar vidas ou a economia? [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/o-aparente-dilema-implicado-pela-pandemia-da-covid-19-salvar-vidas-ou-a-economia-artigo/47221/>.
26. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria de Política Econômica. Nota Informativa – Impactos Econômicos da COVI-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-informativas/2020/nota-impactos-economicos-da-covid-19.pdf/view#:~:text=A%20Secretaria%20de%20Pol%C3%ADtica%20Econ%C3%B4mica,per%C3%ADodo%20de%20recupera%C3%A7%C3%A3o%3B%20e%20impacto.>
27. Brasil. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União. 2 Abr 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>.
28. Carvalho SS. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: o que dizem os microdados da PNAD covid-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200702_cc_48_mercado_de_trabalho.pdf.
29. Levy PM, Ferreira SF, Martins FS. Política Fiscal [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200615_politica_fiscal.pdf.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Paineis de leitos [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel_leitos.php.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a COVID-19 [internet]. Diário Oficial da União. 8 Abr 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020-*-251705696.
33. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://frentepelevida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19-COMPLETO.pdf>.
34. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde debate. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; 44(125):289-296. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v44n125/0103-1104-sdeb-44-125-0289.pdf>.

Recebido em 19/07/2020

Aprovado em 19/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia

Brazil in the ICU: hospital care in times of pandemic

Francisco Carlos Cardoso de Campos¹, Claudia Marques Canabrava¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E409

Introdução

Ao avançar sobre o Brasil, a pandemia da Covid-19 gerou uma elevada demanda emergencial e crescente ao Sistema Único de Saúde (SUS), descortinando uma das dimensões mais graves da crise sanitária brasileira: a do seu componente hospitalar. A estrutura assistencial hospitalar brasileira historicamente insuficiente, geograficamente mal distribuída, irregularmente integrada aos sistemas locais e regionais, com indicadores de desempenho contestáveis, além de severamente desgastada pelo subfinanciamento crônico, vê-se então diante da impactante demanda por um grande número de leitos hospitalares (gerais e de Unidades de Terapia Intensiva – UTI) para o cuidado às vítimas do coronavírus, sobretudo as mais graves¹⁻⁶.

A cada leito necessário para atendimento à Covid-19, são também exigidos novos fluxos de organização de acesso, novos equipamentos, especialmente ventiladores mecânicos, uma rede elétrica e de gases capaz de suportar essa sobrecarga, insumos em quantidade e qualidade adequadas e, sobretudo, força de trabalho capacitada para atender ao crescente número de casos complexos e muito graves⁷.

Esse contexto desnuda a fragilidade dos processos regulatórios assistenciais, as decisões equivocadas do mercado mundial com concentração da produção de medicamentos, os equipamentos e insumos médico hospitalares em pouquíssimos países, a realidade de infraestruturas prediais arcaicas em sua maioria, além do desolador cenário das insuficiências de oferta, qualificação e remuneração da força de trabalho, em especial, médica e de enfermagem.

Na conjuntura política nacional, destacam-se o inusitado descaso e o despreparo do governo federal na coordenação dos processos de enfrentamento da Covid-19, associada à inconsequente retórica da falsa valorização da economia ante a proteção sanitária da população, com manutenção das medidas de austeridade fiscal e congelamento de gastos públicos pela Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016⁸. Em recente documento elaborado pelo Ministério da Economia, o aprofundamento das políticas liberais é defendido enfaticamente, ao contrário do que seria de se esperar para contrapor ao ambiente econômico recessivo e com taxas elevadíssimas de desemprego e informalidade⁹. Aliás, em meio à pandemia, e se justificando a partir dela, é lançada a Medida Provisória nº 905, que altera mais de 86 itens da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que manifesta intenção de recuperar a economia à

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
cardoso@nescon.medicina.ufmg.br



custa da redução de direitos dos trabalhadores¹⁰, já extremamente fragilizados pela recessão e desemprego.

A desorganização entre níveis de governo com pouco ou nenhum engajamento solidário e sinérgico provoca instabilidades e desconfianças entre estes e destes com a população. Em meio às intempéries sanitárias e políticas, convive-se com uma situação de carência de informações insuspeitas quanto ao número de casos e de óbitos, que faz supor um grande sub-registro, seja pela insuficiência de testagem, seja pela falta do monitoramento sistemático dos doentes controlados ambulatorialmente e de seus contatos.

A adoção de medidas transparentes, embasadas em evidências científicas e coordenadas, é mandatória, sob pena de agravar o catastrófico quadro sanitário que se antevê: uma epidemia que tende a se tornar endêmica em patamares muito elevados de incidência, associada a um aparato sanitário extremamente combalido do ponto de vista do seu custeio adequado, que pode ser literalmente aniquilado, em futuro próximo, pela continuidade e insistência nas políticas de cunho liberal, centradas no ajuste fiscal e na desregulamentação dos mercados.

Há que se reconhecer que a grave crise não se restringe ao aparato assistencial hospitalar público do SUS. Tem-se, de fato, cerca de 60% dos estabelecimentos hospitalares privados sem fins lucrativos com duas ‘portas de entrada’¹¹. Também convivem, ao menos, duas grandes modalidades de remuneração dos serviços de saúde: uma ‘contratualização’ pelo SUS, negociada em valores orçamentários globais vinculados a metas quantitativas e qualitativas, e um sistema de pagamento por procedimentos e atos profissionais (*fee for service*); esta última modalidade, praticada tanto pelo SUS quanto pelas operadoras de planos e seguros de saúde do chamado subsistema ‘suplementar’. Questiona-se fortemente a sustentabilidade econômico-financeira do sistema quando se leva em consideração

a espiral de preços dos insumos e equipamentos associada à brusca redução na produção de serviços, pela tentativa de criar uma reserva para o atendimento da demanda emergencial de casos com Covid-19 e/ou pela resistência das pessoas a procurarem os serviços de saúde, pelo evidente risco de contaminação e adoecimento, com reprogramação da assistência.

Dessa maneira, a conjuntura atual coloca em cena o espectro da morte iminente, tanto para os brasileiros quanto para o sistema hospitalar do SUS, público e privado sem fins lucrativos. É nesse contexto complexo e desafiador, profundamente marcado por uma tripla crise – sanitária, política e econômica –, que se pretende levantar alguns pontos para a reflexão sobre a atenção hospitalar neste tempo de convivência com a Covid-19, até que surjam recursos terapêuticos e profiláticos que façam cessar essa demanda adicional que o cuidado aos casos graves suscita.

Obviamente, não se pretende abranger toda a complexidade do tema, mas apresentar alguns achados de interesse no panorama hospitalar do SUS, reconhecendo-se, a priori, a limitação dessa perspectiva analítica situacional, praticada simultaneamente aos acontecimentos. Apesar do risco consciente de apresentar algumas informações que podem se modificar rapidamente na conjuntura, haja vista a rapidez que o quadro sanitário e assistencial tem mudado no decorrer da pandemia, julgou-se oportuno abordar sucintamente os seguintes pontos: uma breve caracterização do parque hospitalar do SUS; as estruturas criadas para enfrentamento da Covid-19, especialmente os leitos de UTI; as iniciativas metodológicas para o cálculo de suas necessidades; os primeiros efeitos sentidos no campo da atenção hospitalar, especialmente as internações de alguns grupos de procedimentos; e, finalmente, um conjunto de proposições para a garantia da sustentabilidade do componente hospitalar do sistema de saúde brasileiro.

Breve caracterização da rede hospitalar SUS

Para caracterização da rede hospitalar SUS, foram analisados os dados constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), criado em 2003 e implantado progressivamente até ser definitivamente regulamentado em 2015 por meio da Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro de 2015^{11,12}. Apesar de ser constantemente criticado pelas discrepâncias entre a situação real e a cadastrada, sua utilização de forma crítica é incontornável. Dessa maneira, optou-se por associar dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) do ano de 2019 para melhor alcance da análise.

O CNES apresentou, na sua competência maio de 2020, 8.018 estabelecimentos com ao menos 1 leito cadastrado. Desse total, 5.889 (73,44%) registram vínculo com o SUS. Apesar disso, 154 estabelecimentos não apresentam nenhum leito SUS cadastrado e foram descartados da análise. O grupo de 5.735 estabelecimentos com leitos SUS cadastrados foram distribuídos segundo tipo de estabelecimento da seguinte maneira: 1) 69,0% Hospitais Gerais; 2) 9,8% Unidades Mistas; 3) 9,4% Hospitais Especializados; 4) 2,7% Hospitais Dia Isolados; 5) 1,6% Pronto-Socorro Geral ou Especializado; 6) 0,3% Centro de Parto Normal; e 7) 7,2% ‘outros’ tipos, a exemplo dos Centros de Apoio Psicossocial (Caps) que, apesar de apresentarem leitos cadastrados, não são estabelecimentos destinados à internação hospitalar propriamente dita.

Em referência à capacidade real de atendimento de internação, inclusive de casos de Covid-19, optou-se por aprofundar o exame do conjunto de 5.306 estabelecimentos com vínculo SUS e ao menos 1 leito SUS cadastrado no CNES, dos 5 primeiros tipos descritos acima. A análise da produção de serviços, por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), informadas no SIH/SUS, para o ano de 2019, pode efetivamente minimizar eventuais omissões dos cadastros e

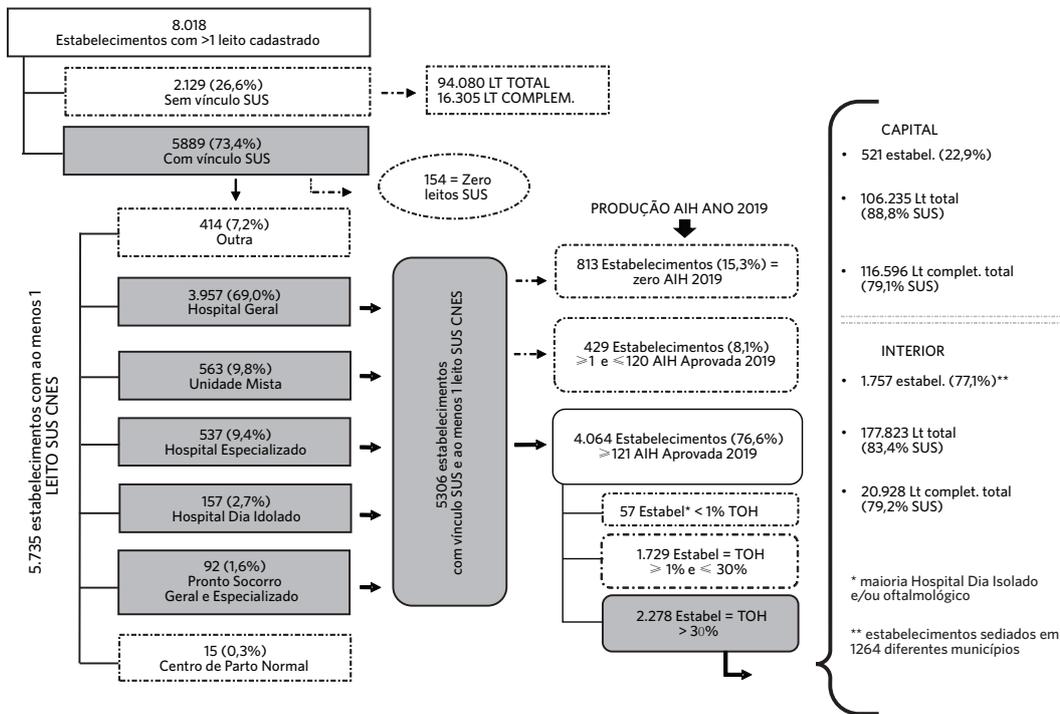
excluir os casos de não funcionamento real dos estabelecimentos.

Dos 5.306 estabelecimentos cadastrados, 813 (15,3%) não apresentaram nenhuma AIH em 2019, podendo ser considerados, a priori, ‘inoperantes e ou inexistentes de fato’. Outros 429 (8,1%) estabelecimentos apresentaram menos de 120 AIH para o ano de 2019 e Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) SUS menor que 30%, considerados nesta análise como ‘estabelecimentos com baixa capacidade instalada de leitos e/ou internação esporádica’. Os demais 4.064 (76,6%) estabelecimentos foram analisados considerando-se tanto a produção aprovada de AIH (≥ 121 AIH/2019) quanto sua TOH, calculada dividindo-se a permanência apresentada SIH/SUS pelo número de leitos-dia SUS.

Desses 4.064 hospitais, 57 (1,4%) apresentaram TOH = 0%, o que foi compreensível considerando que, em sua maioria, trata-se de Hospitais-Dia Isolados e/ou hospitais especializados dedicados ao atendimento oftalmológico, com raros tempos de permanência superiores a 24 horas. Outros 1.729 hospitais (42,5%) apresentaram TOH entre 1% e 30% e, apesar de apresentarem número superior a 121 AIH/ano, de fato, não executaram internações na mesma proporção que seus leitos cadastrados, ou seja, foram também considerados ‘estabelecimentos com baixa capacidade instalada de leitos e/ou internação esporádica’.

Restaram, então, 2.278 hospitais com TOH >30% considerados como ‘hospitais operantes’ e que juntos somaram 284.058 leitos totais cadastrados (competência CNES maio de 2020), sendo 242.618 gerais SUS (85,4%), e, 37.524 leitos complementares cadastrados, sendo 29.688 leitos complementares SUS (79,1%). Do conjunto de hospitais analisados como ‘operantes’, as capitais brasileiras contaram com 22,9% do número de estabelecimentos; 37,4% dos leitos totais; 38,9% dos leitos totais SUS; 44,2% dos leitos de complementares tanto existentes quanto SUS coincidentemente (*figura 1*).

Figura 1. Número de estabelecimentos existentes e o número de leitos em hospitais operantes



Fonte: Elaboração própria.

Quando analisados os 2.278 estabelecimentos e sua distribuição regional, observou-se que 118 Macrorregiões de Saúde (100%) e 426 Regiões de Saúde CIR – Comissões Intergestores Regionais (95,1%) apresentavam ao menos 1 dos hospitais dessa lista. Por outro lado, a despeito das iniciativas de regionalização da saúde, isso significa muito pouco se observadas as grandes distâncias percorridas, tempos de deslocamento e oportunidades de atenção para uma população de cerca de 212 milhões de brasileiros, distribuída nos 5.570 municípios do País¹³.

Do total de 8.018 estabelecimentos com leitos cadastrados, 1.867 não têm vínculo com o SUS e juntos somavam 94.080 leitos totais e 16.305 leitos complementares, para os quais não é possível aplicar a mesma metodologia de análise, tendo em vista não estarem acessíveis as bases de dados

de internações do sistema suplementar de saúde no Brasil em um padrão mínimo de abrangência e qualidade dos dados. Se, hipoteticamente, todos esses leitos estiverem em estabelecimentos hospitalares operantes, tal qual se considerou para os hospitais com vínculo SUS, dispor-se-ia, em maio de 2020 no Brasil, de 378.138 leitos totais e 53.829 leitos complementares, em uma proporção de 1,78 leito total e 0,25 leito de UTI a cada mil habitantes. Esses números são por si só alarmantes e evidenciam a insuficiência de leitos efetivos no Brasil³. Ademais, podem surpreender ainda mais se for considerada a diferença significativa de oportunidade de acesso entre os brasileiros com uso exclusivo da infraestrutura hospitalar SUS (78%) e aqueles assegurados pela saúde suplementar (22%)¹⁴, ampliando consideravelmente as iniquidades sanitárias no País.

A oferta de leitos de UTI no Brasil

Dados relativos a julho de 2020 e constantes do CNES indicam a existência de um total de 86.392 leitos complementares, sendo 51,6% públicos ou contratados pelo SUS e os restantes 48,4% de propriedade privada típica. Desses leitos, 31.940 são leitos de UTI Adulto e 4.938 de UTI Pediátrica, sendo, respectivamente, 15.322 (48,0%) e 2.669 (54,1%) ‘leitos SUS’.

Em março de 2020, por meio da Portaria GM/MS nº 237, foram incluídos na Tabela de Leitos do CNES, Tipo 03 – Complementar, o Leito 51 – UTI II Adulto – Covid-19 e o Leito 52 – UTI II Pediátrica – Covid-19. Ademais, em julho de 2020, estiveram cadastrados 20.203 leitos Covid-19 Adulto e 729 leitos Covid-19 Pediátricos, sendo, respectivamente, 10.228 (50,6%) e 200 (27,4%) SUS. Esse incremento representa 35,3% de crescimento sobre o total de leitos complementares do período imediatamente anterior à pandemia (fevereiro) e 58,7% de ampliação sobre o somatório dos leitos de UTI Adulto e Pediátrico existentes em fevereiro de 2020 (35.682 leitos à época). O maior crescimento proporcional ocorreu na Região Sudeste (48,3%), seguido das Regiões Nordeste (24,7%), Sul (13,0%), Norte (6,0%) e Centro-Oeste (8,0%).

A habilitação de leitos de UTI dedicados exclusivamente aos casos de Covid-19 pelo Ministério da Saúde foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 568, de 26 de março de 2020¹⁵. Entre abril e agosto de 2020, foram habilitados 12.244 leitos de UTI Covid-19 Adultos e 249 leitos de UTI Covid-19 Pediátricas, a partir de 156 diferentes portarias ministeriais. Uma das razões da diferença entre o número de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e aqueles cadastrados como leitos SUS na competência CNES julho 2020 é exatamente o tempo entre a publicação de habilitação e atualização dos dados pelos estabelecimentos e processamento pelo Datasus no CNES. Posto isso, podemos considerar que 100% dos leitos SUS Covid-19, tanto adulto quanto pediátrico, estão habilitados.

Por outro lado, o protagonismo estadual e dos municípios das capitais brasileiras na organização da oferta de atenção hospitalar no SUS se manifesta, de forma inequívoca, na criação emergencial de novos leitos de UTI para o enfrentamento da pandemia. Evidentemente, em qualquer epidemia ou ameaça à saúde e à segurança nacionais, uma forte coordenação federal das políticas públicas há que ocorrer, não só pela sua maior capacidade de financiamento e mobilização de técnicos e especialistas, além dos complexos processos de acesso e compra de insumos e equipamentos no exterior, mas também pela necessária solidariedade e corresponsabilidade entre os entes federados na gestão do sistema, princípio ademais inscrito na Constituição Federal.

Proporcionalmente, o estado de São Paulo foi o que teve o maior número de leitos de UTI Covid-19 habilitados (23,7%), seguido de Minas Gerais (9,1%) e do Rio de Janeiro com (6,9%). Já a maioria dos estados da região Norte (5 das 7 unidades federadas) apresentaram cada qual menos de 1% do total de leitos de UTI Covid-19 habilitados, o que é compreensível dada a falta de estrutura hospitalar história, mas que, por outro lado, requer atenção para novos investimentos.

Os leitos UTI Covid-19 Adulto SUS representam a maioria dos leitos de UTI Adulto SUS no País (67%), com destaque para os estados do Mato Grosso (90%), do Acre (91%), de Santa Catarina (94%), do Rio Grande do Norte (107%), do Ceará (121%), do Espírito Santo (139%) e do Piauí (175%). Talvez essa proporção se justifique melhor pelo incentivo financeiro do que propriamente pela necessidade sanitária.

Do total de leitos Covid-19 habilitados, 79,7% estão inseridos nos hospitais, 2.278 classificados como ‘operantes’, sendo 9.761 Covid-19 Adulto e 201 Pediátrico. Isso nos dá a real dimensão dos hospitais com os quais a população ‘SUS dependente’ pode efetivamente contar e para os quais deve haver maiores investimentos e maior dedicação em monitorá-los, seja do ponto de

vista de sua sustentabilidade financeira, seja do ponto de vista de seu desempenho e papel na rede de atenção.

A habilitação temporária de leitos de UTI pelo Ministério da Saúde passou a remunerar esses serviços com um valor diário de R\$ 1.600,00. Apesar de representar o dobro do valor que vinha sendo pago para os leitos de UTI de hospitais inscritos nas 'Redes Temáticas Prioritárias de Urgência & Emergência e da Rede Integrada de Atenção à Gravidez, Parto e Puerpério e crianças até 2 anos (Rede Cegonha)', e de ser quatro vezes o valor pago pelo paciente-dia das internações usuais nas UTI, esse montante de recursos financeiros é bastante inferior ao observado na área privada. Um estudo realizado pelo Grupo IAG, com base

em dados de 106 hospitais brasileiros em 2019, encontrou um valor de R\$ 1.934,00 para a diária de UTI¹⁶. Além disso, em recente debate por videoconferência, um dos autores do estudo revelou que os custos operacionais em 7 hospitais privados apresentam valor atualizado de R\$ 2.500,00, resultante da elevada inflação dos preços de insumos e dos recursos humanos em meio à pandemia¹⁷.

Não obstante os incentivos financeiros de fomento à habilitação leitos UTI Covid-19, comparados aos valores anteriormente aplicados, tal iniciativa não garante sustentabilidade à rede de hospitais, seja pela sua temporalidade de 90 dias a constar da data de publicação da Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, seja pelos custos apresentados em outras análises¹⁵⁻¹⁷.

Quadro 1. Leitos de UTI Covid-19 adulto e pediátrico segundo UF, Brasil, julho de 2020

UF	Total de leitos (Lt) cadastrados CNES					Leitos (Lt) SUS					Leitos habilitados Covid*		Hospitais Operantes		
	Lt. Comple- mentares existentes	Lt. UTI adulto	Lt. UTI pediátrica	Lt. UTI Covid adulto	Lt. UTI Covid pediátrico	Lt. Com- plementa- res SUS	SUS_UTI adulto	SUS_UTI pediátrica	SUS_UTI Covid-19 adulto	SUS_UTI Covid-19 pediátrico	Lt. habili- tado Covid UTI adulto	Lt. habilitado Covid UTI pediátrico	Nº de hospitais operantes	% Lt. Covid habilitado adulto	% Lt. Covid habilitado pediátrico
Centro-Oeste															
GO	2.598	1.052	152	545	20	1.264	526	93	227	0	312		70	36,5%	
MT	1.517	531	78	373	30	723	198	18	179	20	274	20	38	41,6%	50,0%
MS	985	389	40	252	3	585	199	33	144	3	194	3	53	82,0%	100,0%
DF	2.729	1.117	282	342	10	623	262	76	165	0	175	10	16	100,0%	0,0%
Norte															
PA	2.532	719	150	486	44	1.553	382	124	290	14	322	14	116	66,1%	100,0%
AM	1.305	285	127	242	15	864	192	108	122	0	191	8	39	73,3%	0,0%
RO	751	263	31	158	7	415	159	18	48	0	108	7	21	78,7%	100,0%
TO	530	163	31	91	14	316	73	21	36	12	83	6	15	75,9%	100,0%
AC	285	58	12	74	0	170	33	11	30	0	50		10	100,0%	
AP	256	41	10	93	4	89	12	5	0	0	32		7	100,0%	
RR	148	31	11	25	15	102	17	10	10	5	20	5	6	100,0%	100,0%
Nordeste															
BA	4.390	1.442	189	1.268	51	2.510	834	141	598	17	678	27	149	59,6%	63,0%
CE	3.098	791	142	831	53	2.075	456	97	553	21	614	21	79	71,2%	100,0%
PE	3.830	1.394	191	982	42	1.923	781	118	396	20	595	15	77	80,3%	100,0%
PI	1.018	245	56	335	14	716	161	22	281	5	301	10	50	96,7%	100,0%
RN	1.290	419	52	443	12	747	217	33	232	5	237	7	40	89,5%	100,0%
MA	1.833	563	84	453	2	1.047	303	52	178	0	218		107	62,4%	
AL	994	265	56	269	5	623	176	41	130	5	204	5	30	52,9%	0,0%

Quadro 1. (cont.)

UF	Total de leitos (Lt) cadastrados CNES					Leitos (Lt) SUS				Leitos habilitados Covid*		Hospitais Operantes			
	Lt. Comple- mentares existentes	Lt. UTI adulto	Lt. UTI pediátrica	Lt. UTI Covid adulto	Lt. UTI Covid pediátrico	Lt. Com- plementa- res SUS	SUS_UTI adulto	SUS_UTI pediátrica	SUS_UTI Covid-19 adulto	SUS_UTI Covid-19 pediátrico	Lt. habili- tado Covid UTI adulto	Lt. habilitado Covid UTI pediátrico	Nº de hospitais operantes	% Lt. Covid habilitado adulto	% Lt. Covid habilitado pediátrico
Nordeste															
PB	1.278	450	108	249	7	902	300	76	164	6	196		39	55,1%	
SE	802	248	22	169	7	398	151	20	44	0	136		19	58,8%	
Sul															
RS	4.328	1.668	251	917	10	2.849	985	178	672	5	704	5	167	93,3%	100,0%
PR	4.602	2.052	241	886	53	2.910	1.218	172	585	35	637	35	126	89,6%	85,7%
SC	2.595	857	127	822	42	1.549	543	87	512	11	549	31	84	100,0%	100,0%
Sudeste															
SP	21.885	8.378	1.475	5.185	147	10.140	3.575	727	2.425	0	2.905	4	409	85,4%	100,0%
MG	7.996	3.174	348	2.159	30	4.718	2.027	194	927	0	1.120		285	92,0%	
RJ	10.697	4.576	582	1.946	65	3.481	1.152	144	739	16	848	16	180	76,8%	100,0%
ES	2.120	769	90	608	27	1.284	390	50	541	0	541		46	74,5%	
Brasil	86.392	31.940	4.938	20.203	729	44.576	15.322	2.669	10.228	200	12.244	249	2.278	79,7%	80,7%

Fonte: Elaboração própria.

*Leitos Habilitados Covid - dados publicados até 31/08/2020.

Iniciativas para o cálculo de necessidades de leitos de UTI na pandemia

Em um cenário de insuficiência e má distribuição de leitos de UTI para enfrentamento da Covid-19 e insuficiência no volume de recursos financeiros despendidos, diversos modelos matemáticos foram construídos, desde o início da pandemia, para estimar a necessidade de recursos diversos para o atendimento hospitalar. Muitos deles centraram suas previsões no número de leitos de enfermagem e de UTI para atender os pacientes mais graves.

Para o Brasil, pelo menos três modelos foram desenvolvidos. Os autores deste artigo participaram do desenvolvimento de um deles, em uma reunião de esforços de pesquisadores do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), órgão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com professores do Departamento

de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia da mesma universidade, no âmbito do Laboratório de Tecnologias de Apoio à Decisão em Saúde (Labdec)¹⁸.

O objetivo do trabalho foi propor um modelo matemático para previsão da disponibilidade de leitos durante a pandemia e calcular os momentos de ruptura dos sistemas, ou seja, quando faltariam leitos gerais e de UTI, baseado em diversas premissas, sendo que muitas delas podiam ser modificadas pelos gestores e profissionais da saúde para aproximar de situação específicas. A modelagem do fluxo interno de pacientes nos hospitais foi baseada no modelo proposto pela empresa Array Advisors e disponibilizado na Internet¹⁹, que utilizava uma simples curva de crescimento exponencial e que, à época, representaria de forma adequada o início da pandemia. O modelo Labdec foi ampliado com diversos ajustes e refinamentos, principalmente em relação às funções de previsão de demanda, em que foi utilizada uma função logística

diferencial que tem uma boa capacidade de representar a evolução da curva epidêmica e fornecer as previsões quantitativas de infectados para o cálculo da demanda de leitos. Nesse modelo, a curva logística é ajustada dia a dia, por meio da entrada de dados dos últimos sete dias, permitindo uma maior aproximação à dinâmica da epidemia.

Desde o início da pandemia na China, observou-se que uma proporção próxima a 14% do total de pessoas infectadas pela Covid-19 iria desenvolver formas mais graves e necessitaria de cuidados clínicos mais elaborados, inclusive de internações hospitalares. Desses pacientes, cerca de 6% seriam pacientes críticos que demandariam internação em UTI²⁰. Na primeira fase de desenvolvimento do modelo Labdec, a adoção do pressuposto de que ‘apenas’ cerca de 1% (cenário favorável) a 2% (cenário desfavorável) do total de casos desenvolveria formas mais graves da Covid-19 foi um de seus diferenciais. Esse percentual destoou completamente dos demais trabalhos nesse campo e dos modelos preditivos de casos, óbitos e leitos hospitalares que foram divulgados, nos quais se supôs que a totalidade da população iria adoecer em um curto período, resultando em previsões muito infladas quanto à necessidade de leitos. Em um segundo momento, foi desenvolvido um modelo mais complexo, de caráter epidemiológico, do tipo Seirs (Susceptible – Exposed – Infectious – Recovered – Susceptible), que permite simular inclusive o impacto de diferentes taxas de distanciamento social sobre a incidência da Covid-19, mais adequado para o monitoramento dos casos no prolongado período que se supõe e se seguirá à primeira ‘onda’ de casos.

A expectativa dos pesquisadores era de que, com a progressão da pandemia, dispusesse-se de informações detalhadas sobre o movimento dos pacientes nos leitos de UTI em todo o País, que permitiria realizar ajustes nas equações do modelo, aproximando-o melhor da realidade que buscava representar. Isso não se concretizou devido à inexistência de dados

disponíveis praticamente. Apenas o estado do Ceará disponibilizou um banco de dados atualizados com todas as informações detalhadas por caso. O Censo Hospitalar específico para os leitos Covid criado pelo Ministério da Saúde, perante a frágil articulação com os estados e municípios, chegou a ser publicado em junho, porém com conteúdo inconsistente, facilmente observado pela simples comparação das taxas de ocupação das UTI de algumas capitais contidas em seus Boletins Epidemiológicos e as apresentadas pelo sistema, o que impossibilitou o seu uso.

A retração da oferta e da demanda no contexto da pandemia

Com a emergência da pandemia, muitos serviços foram suspensos ou tiveram sua produção muito reduzida, como foi o caso das cirurgias eletivas e significativa redução dos traumas, esta última certamente determinada pelo distanciamento social. Além disso, um grande contingente de usuários passou a justificar temor de procurar os serviços de saúde pelo elevado risco de contágio, o que provocou uma expressiva queda nas internações hospitalares em todas as clínicas.

No seu conjunto, as internações caíram 10,1% em março, 35,9% em abril e 40,2% em maio em relação a janeiro de 2020. As internações para procedimentos clínicos reduziram-se em 7,7% em março, 28,8% em abril e 33,4% em maio, e os procedimentos cirúrgicos sofreram queda ainda maiores, de 13,4%, 45,7% e 49,5% respectivamente. Os transplantes foram ainda mais afetados, com expressivas e preocupantes quedas de 19,0%, 49,5% e 76,1% respectivamente. As maiores quedas, no entanto, deram-se no grupo de procedimentos 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, que apresentou produções 15,6%; 56,1% e 54,6% inferiores ao mês de referência, nos três meses analisados. Esses dados podem ser observados na *tabela 1*.

E uma análise mais desagregada, observa-se que, em uma classificação que agrupa uma grande proporção de traumatismos diversos, como o subgrupo 0308, 'Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de

causas externas', houve expressiva redução de internações, com quedas de 8,9%, 25,9%, 30,7% e 40,1% nos meses de março a junho em relação a janeiro de 2020.

Tabela 1. Crescimento percentual da quantidade de internações hospitalares, Brasil, janeiro a junho de 2020. Mês base: janeiro de 2020

Grupos de procedimento	2020/Jan	2020/Fev	2020/Mar	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun
2 Procedimentos com finalidade diagnóstica	0,0%	-7,2%	-15,6%	-56,1%	-54,6%	-72,3%
3 Procedimentos clínicos	0,0%	-5,6%	-7,7%	-28,8%	-33,4%	-59,3%
4 Procedimentos cirúrgicos	0,0%	-8,0%	-13,4%	-45,7%	-49,5%	-66,9%
5 Transplantes de órgãos, tecidos e células	0,0%	-11,6%	-19,0%	-49,2%	-56,1%	-76,1%
Total	0,0%	-6,6%	-10,1%	-35,9%	-40,2%	-62,6%

Fonte: Datasus/MS²¹.

Na operação do sistema SIH/SUS, podem ser apresentadas para processamento AIH com datas de alta do paciente de até seis meses anteriores à competência do processamento²². Por exemplo, cerca de 47% do total das internações ocorridas em junho de 2019 foi registrado em até 10 meses posteriores, com internações remanescentes apresentadas ainda em abril de 2020. Reconhece-se, portanto, que os dados aqui apresentados ainda não se encontravam totalmente estabilizados, sendo essenciais retificações no futuro próximo, especialmente, os dados de junho de 2020, competência mais recente ao período de análise. Ainda que com essas limitações, julgou-se oportuna a apresentação dessas informações que apontam para a insofismável, abrupta e expressiva redução nas internações hospitalares nessa fase da pandemia.

Essa redução forçada nas internações implicará uma acumulação crescente de casos, que, somada à histórica demanda reprimida de cirurgias eletivas, poderá resultar em um contexto potencialmente explosivo, agravado pela redução no aporte de recursos federais para o SUS, se aprovado o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) de 2021. Essa perda, segundo a Comissão Intersetorial

de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representaria uma subtração de R\$ 35 bilhões, na comparação com o montante de recursos orçamentários destinados ao Ministério da Saúde em 2020²³.

Uma agenda para o setor hospitalar

Dadas todas as fragilidades e incertezas apresentadas, há que se indicar, ao menos inicialmente, proposições ao campo político, econômico e na organização dos serviços de saúde para seu enfrentamento, manifestadas a partir de algumas diretrizes para a reorganização hospitalar no País, com vistas a impactar nos determinantes estruturais e conjunturais da crise assistencial suscitados ou agudizados pela pandemia.

Modalidades de financiamento e sua suficiência

A crise assistencial nunca será superada se não houver uma total revisão na política de financiamento dos serviços de saúde públicos

e contratados no Brasil. A primeira e fundamental providência seria a imediata revogação da Emenda Constitucional nº 95, que ‘congelou’ os recursos da área social por 20 anos. Não se pode restringir gastos em um sistema de saúde que se pretende universal e que está operando a partir de unidades assistenciais em franca situação de insolvência financeira já instalada há vários anos. As políticas de ajuste fiscal, além de terem se mostrado ineficazes para reverter a recessão crônica, redundam na elevação da pobreza, do desemprego e do endividamento das famílias, aumentando o adoecimento e a mortalidade das pessoas mais fragilizadas. Essas políticas, portanto, de forma contraditória, induzem aumento da demanda ao mesmo sistema de saúde que as restrições financeiras delas resultantes vem minando com grande sucesso.

Apesar dos interesses de setores empresariais da área da saúde apoiados por governos austeros em fomentar social e financeiramente o direcionamento de usuários para o setor de saúde suplementar no Brasil, a Covid-19 também põe em xeque esses interesses. As operadoras de Planos e Seguros Privados de Saúde passam a sofrer com as possibilidades de inadimplência dos segurados e/ou redução considerável dessa carteira de clientes. Já os hospitais filantrópicos e privados, ao se basear majoritariamente na modalidade de pagamento por serviços profissionais (*fee for service*), encontram-se, no momento, ameaçados de colapso financeiro, com a redução da demanda e da produção de procedimentos assistenciais no decurso da pandemia. Essa redução não significa diminuição de custos fixos tampouco dos custos variáveis. Os custos fixos de manutenção da estrutura predial, assistencial e administrativa, em especial da força de trabalho, mantêm-se em uma proporção que pode ser estimada grosseiramente entre 70% e 85% dos custos totais²⁴. Já os custos variáveis ganham notadamente maior incerteza, seja pela inflação de preços provocada pela

escassez relativa de insumos, materiais e equipamentos hospitalares, seja pelos custos adicionais decorrentes da ampliação e variação remuneratória das equipes médicas e de enfermagem para o atendimento dos casos com Covid-19. Note-se que nenhum desses dois fatores sofreu qualquer regulação específica nacional, demonstrando mais uma dimensão da fragilidade da coordenação nacional das políticas de combate à pandemia.

Por outro lado, hospitais que vinham sendo remunerados por modalidades baseadas em orçamentação global, a exemplo dos filantrópicos ‘contratualizados’ por estados e municípios, parecem passar a gozar de situação financeira relativamente mais vantajosa que os serviços que se relacionam exclusivamente com pagadores privados.

Assim sendo, além de superar a anomia nacional na regulação de preços, tanto de insumos estratégicos quanto da força de trabalho em saúde, há que se reconfigurar as modalidades de remuneração dos serviços, seja pelo SUS, seja pelas operadoras, bem como assegurar volume de recursos condizentes com os custos reais da produção de serviços hospitalares.

As modalidades de remuneração emergentes, baseadas em ‘valor’, isto é, que miram nos benefícios efetivamente auferidos pelos pacientes na sua relação com os serviços de saúde, aliada à otimização do desempenho econômico da sua produção, repaginam as análises de custo-benefício e custo-efetividade das intervenções. Estas podem introduzir métricas de desempenho econômico no nível do cuidado individual e terão maior êxito de implementação se conjugada a aportes de recursos calculados com base no volume e qualidade global dos serviços. As pressões pela redução de custos e de aumento da segurança e qualidade dos serviços serão contrapostas à necessidade de garantir patamares mínimos de recursos aos prestadores de serviços, sob pena de se provocar sua insolvência financeira pela escalada de requisitos de toda ordem.

Bases regionalizadas de preços e valores de remuneração de serviços hospitalares

Desde que surgiu, a famosa Tabela de Procedimentos do SUS vem tendo os seus valores questionados por todos. Estes são reconhecidamente inferiores aos custos operacionais para a realização dos procedimentos e atos profissionais que compõem a estrutura sob a qual ela foi elaborada. Sabe-se também que seus preços não refletem os valores reais pagos aos prestadores de serviço, a não ser em algumas áreas da chamada ‘alta complexidade’ (hemodiálises, cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos etc.). Ademais, aos valores da tabela, são acrescidos incentivos financeiros de toda ordem para uma parte significativa de hospitais da rede SUS, como, por exemplo, os incentivos das Redes Temáticas Prioritárias e os subsídios fiscais e acréscimos incorporados em contratos globais.

Esse complexo modelo de financiamento hospitalar do SUS não só impede a compreensão de seus critérios pela maioria dos leigos e afasta a cidadania de seu controle democrático como também reforça, frequentemente, a insistente reclamação dos prestadores quanto aos baixos valores da tabela SUS, mesmo quando esse referencial já foi abandonado há mais de 15 anos para a maioria dos hospitais contratados. A rigor, mesmo antes da ‘contratualização’ com valores globais de custeio iniciada em 2004, os chamados municípios em ‘gestão plena do sistema’ pelos critérios da Norma Operacional Básica do SUS 1996 (NOB 96) já podiam contratar hospitais privados com outros critérios que não estritamente os valores da tabela de procedimentos aplicados às metas contratuais, o que amplia o período dessas queixas mal direcionadas para quase um quarto de século.

Uma das formas de superar esses impasses seria a organização de um sistema de gestão de preços que pudesse definir, de forma legítima, multi-institucional e baseada em levantamentos regionalizados, os valores de referência

para a compra de serviços dos prestadores públicos e privados. Não é possível que, em contextos epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde tão díspares, conformando distintos ‘mercados’, com agentes econômicos praticando preços muito diferenciados, os serviços sejam remunerados com base em valores uniformes, contidos em uma tabela nacional. É fundamental que se desenvolvam dispositivos de apropriação e registro sistemático dos principais preços, coletados regionalmente e tratados para estabelecer referenciais regionais de modo legítimo e transparente. Isso evitaria a captura das gestões por interesses particularistas ou corporativos, principalmente se nesses novos arranjos institucionais fossem incluídos representantes de usuários, Ministério Público e respectivos Conselhos de Saúde, garantindo-se seu caráter público e o interesse comum.

Definição nacional de uma tipologia hospitalar

O movimento de descentralização do SUS, alicerçado na legislação que regulamentou o setor, ampliou consideravelmente o poder de estados e municípios na definição de diversos aspectos da organização dos seus sistemas de saúde. Apesar da existência de uma norma ministerial que estabelece uma ‘classificação hospitalar’²⁵, as tipologias definidas não foram incorporadas ou mesmo adaptadas na maioria dos estados para orientar os investimentos federais na construção ou expansão de serviços hospitalares. Alguns estados, no entanto, instituíram tipologias hospitalares para ordenar o desenho de suas redes de atenção, como foi o caso dos estados da Bahia e de Minas Gerais.

No âmbito das chamadas ‘Redes Temáticas’, foram definidos requisitos para a classificação dos hospitais em algumas das redes, como foi o caso da Rede de Atenção às Urgências & Emergências (RUE). Porém, contraditoriamente, manteve-se sobreposição de diferentes classificações sobre

o mesmo conjunto de serviços, como é o caso da ‘Linha de Cuidado de Atenção ao Trauma’, que exige atributos não necessariamente coerentes com os definidos para as unidades que compõem a RUE.

Propõe-se, portanto, a definição de uma tipologia de hospitais que possa alicerçar um movimento de investimentos racionalmente direcionados à construção de uma rede de serviços equanimemente distribuída no território, fixando-se tamanhos de populações a serem abrangidas, distâncias/tempos de deslocamento máximos a serem percorridos pelos usuários e demais critérios de incorporação tecnológica e de recursos humanos especializados para cada nível de atenção.

Criação de Complexos Hospitalares

O grande número de hospitais com baixo número de leitos no Brasil (Hospitais de Pequeno Porte – HPP) tem sido um problema recorrente, tanto para a sociedade quanto para a gestão²⁶. Se para muitos brasileiros esses serviços podem ser a única oportunidade de acesso, mesmo sem necessariamente garantir padrões mínimos de qualidade e efetividade, para a gestão, colocam-se os desafios da manutenção da força de trabalho assistencial necessária e o seu custo relativamente elevado ante a baixa capacidade fiscal da maioria dos pequenos municípios nos quais esses hospitais se encontram.

A solução simplista do fechamento puro e simples dos pequenos hospitais condenaria um grande número de pessoas à desassistência e não é abraçada pelas lideranças políticas de todos os níveis. A sua permanência no cenário assistencial por décadas, apesar do pesado ataque a que têm sido submetidos, cobra explicações, atitudes e análises técnicas muito mais elaboradas do que apenas a constatação de sua baixa escala econômica, suas baixíssimas taxas de ocupação e qualidade questionável.

Uma das soluções possíveis para aumentar os níveis de utilização dos HPP e ampliar os ganhos de escala do conjunto dos leitos

hospitalares seria a organização de Complexos Hospitalares, aqui entendidos como arranjos institucionais que, mesmo preservando o status jurídico e a autonomia administrativa de cada uma das entidades envolvidas e seus corpos diretivos e técnicos, promoveria alianças estratégicas com vistas à otimização da capacidade instalada, reorientação da missão assistencial e do fluxo de pacientes. Os HPP passariam a representar unidades descentralizadas de Complexos Hospitalares destinadas à continuidade do cuidado de pacientes atendidos nos hospitais maiores, quando da possibilidade de transferência para estabelecimentos com menor densidade tecnológica, a exemplo dos casos de reabilitação e recuperação fortemente dependentes de cuidados de enfermagem e reabilitação e/ou para pacientes em cuidado paliativo.

Os recursos financeiros de custeio e investimento de cada ente seriam objeto de planejamento regional integrado sem necessariamente compor um fundo único, mas orientando a destinação dos recursos inseridos nos orçamentos de cada uma das entidades envolvidas a partir de decisões de caráter sistêmico entre os seus entes, com foco na garantia da integralidade e na progressividade do cuidado. Já os hospitais maiores deveriam garantir retaguarda assistencial e promoção da qualificação profissional tanto assistencial quanto gerencial de todo o corpo de recursos humanos envolvido, em uma relação de corresponsabilidade e cooperação técnica.

Para readequação das unidades e promoção da parceria, gestores municipais, estaduais e federais deveriam repensar processos regulatórios assistenciais, fomentar infraestrutura de tecnologia de comunicação e informação para implantação e compartilhamento de Prontuários Eletrônicos dos Pacientes e de Planos Terapêuticos Individuais (PTI), bem como garantir rede de apoio diagnóstico e de transporte sanitário. Ademais, a gestão do sistema de saúde também precisaria aperfeiçoar critérios de controle e monitoramento da integração regional.

Ampliação da rede hospitalar e manutenção dos leitos de UTI criados na pandemia

Os leitos de UTI abertos para o enfrentamento da Covid-19 podem ser mantidos em sua totalidade, permanecendo como leitos de UTI ou convertendo-os em leitos de cuidados semi-intensivos e/ou de cuidado progressivo. Estes últimos são pouco utilizados no País, a não ser no caso da atenção neonatal, regulamentados no âmbito da Rede de Atenção à Gravidez, Parto e Puerpério (Rede Cegonha). O cuidado intermediário a adultos, apesar de duas consultas públicas realizadas sobre o tema, não tem suas normas de estrutura e funcionamento definidas, muito menos um financiamento específico disponível. O número desses leitos, aceitando-se a experiência dos países europeus, seria aproximadamente equivalente ao de leitos de UTI Adulto convencionais²⁷.

Conclusões

A pandemia da Covid-19 trouxe à tona as contradições da oferta de serviços de saúde públicos e privados no País. Apesar do subfinanciamento crônico no caso do setor público, agravado por um longo período de estagnação econômica, os gestores conseguiram ampliar, emergencialmente e de forma muito expressiva, as estruturas assistenciais necessárias, como tem sido o caso dos leitos de UTI.

O atendimento dos casos de Covid-19 em uma rede de serviços com graves distorções na alocação geográfica dos recursos assistenciais, inclusive de leitos de UTI, tem tensionado enormemente o sistema. No entanto, uma maior valorização do sistema público de saúde por parte da população poderá, na dependência do andamento da crise política e econômica – e, principalmente, das alternativas que forem adotadas, de forma planejada ou não –, trazer um novo alento ao processo de consolidação do SUS.

Por outro lado, pressões oriundas do setor privado podem neutralizar esses ganhos, ao premerem pela transferência de recursos públicos para amortecer as grandes perdas do setor lucrativo, resultantes, principalmente, da mudança dos padrões de utilização dos serviços. Se essas propostas já frequentavam a agenda setorial nos últimos anos, certamente serão retomadas pelos interesses capitalistas do setor.

As mudanças dos padrões de utilização dos serviços são reflexo dos novos comportamentos sociais que, conseqüentemente, suscitam novas demandas ao sistema de saúde, seja ele público ou privado. Não se sabe ao certo nem quando nem como essas mudanças, de fato, incidirão. O que se pode antever é que a demanda por serviços hospitalares retraída no período mais crítico da pandemia poderá, no mínimo, provocar novas crises no sistema hospitalar, acrescentando ainda mais sofrimento e mortes evitáveis à contabilidade da pandemia.

Quaisquer que sejam os problemas, as propostas e as intenções, é fundamental o fortalecimento da gestão pública para que se garanta a suficiência de recursos humanos, de infraestrutura e de informação em saúde. Sem a busca de escala econômica adequada para os serviços de saúde, recursos de custeio garantidos para seu pleno funcionamento, transparência e corresponsabilidade na gestão, aliada a dispositivos institucionais eficazes de coordenação de políticas, nos espaços nacional, estadual e regional do sistema, envolvendo tanto a rede pública quanto a privada, não se pode aspirar, minimamente, a superação da crônica e danosa crise hospitalar, fortemente agudizada pela pandemia.

Colaboradores

Campos FCC (0000-0003-2172-0181)* e Canabrava CM (0000-0002-6906-3670)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Mckee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. WHO. 2000; 78(6):803-810.
- Organização Pan-americana da Saúde. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2004.
- De Negri Filho A. Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2016. 402 p.
- Coelho IB. Os hospitais na reforma sanitária brasileira [tese]. [Ouro Preto]: Universidade Federal de Ouro Preto; 2013. 210 p.
- Canabrava CM. Análise de implantação do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do sus de minas gerais – PRO-HOSP [tese]. [Salvador]: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2012. 330 p.
- Jorge AO. A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo [tese]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002. 225 p.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [internet]. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais transitórias, para instituir o Novo regime Fiscal, e dá outras providências. Porto Alegre: Lex; 2016.
- Brasil. Ministério da Economia. Subsecretaria de Política Econômica. Impactos Econômicos da COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/centrais-de-contenudos/publicacoes/conjuntura-economica/estudos-economicos/2019/nota-impactos-economicos-da-covid-19.pdf/view>.
- Brasil. Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019. Institui o Contrato de Trabalho Verde e Amarelo, altera a legislação trabalhista, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 12 Nov 2019 [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm.
- Canabrava CM, Souza LEFF. A evolução da infraestrutura de sistema de saúde brasileiro: 2008-2017. In: Paim J, organizador. *SUS - Tudo o que você precisa saber*. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 79-106.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.646, de 02 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União. 3 Out 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População: Tabelas [internet]. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS disponibiliza número de beneficiários relativos a julho [internet]. [acesso em 2020 ago 26]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5914-ans-disponibiliza-numeros-de-beneficiarios-relativos-a-julho>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a COVID-19. Diário Oficial da União. 8 Abr 2020.
- Grupo IAG Saúde. Estimativa de Custos Operacionais dos leitos de UTI Adulto em consequência do

- Covid-19. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://www.drgrbrasil.com.br/valoremsaude/estimativa-de-custos-operacionais-dos-leitos-de-utilizador-em-consequencia-do-covid-19/>.
17. Grupo IAG Saúde. Saúde pública e privada: os caminhos para a sustentabilidade das redes hospitalares na pandemia [Vídeo conferência]. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Tge2u3EU7io>.
 18. Universidade Federal de Minas Gerais, Laboratório de Tecnologias de Apoio à Decisão em Saúde. Simulador Leitos COVID-19 [internet]. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://labdec.nescon.medicina.ufmg.br/>
 19. Array A. Array Advisors' Model Validates Fears of ICU Bed Shortage Due to Coronavirus Pandemic [internet]. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://array-architects.com/press-release/array-advisors-model-validates-fears-of-icu-bed-shortage-due-to-coronavirus-pandemic/>.
 20. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Datasus. Internações hospitalares por área [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar [internet]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007. [acesso em 2020 ago 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Petição Pública: você vai deixar o SUS perder mais R\$35 bilhões em 2021? [internet]. 2020. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-voce-vai-deixar-o-sus-perder-mais-r-35-bilhoes-em-2021>.
 24. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da Excelência. São Paulo: Singular; 2009.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Público de Saúde [internet]. [acesso em 2020 dez 6]. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n%C2%BA%202.224-GM%20Em%205%20de%20dezembro%20de%202002.pdf>.
 26. Carmo M. Hospitais de pequeno porte e rede de atenção à saúde: um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004/2014 [tese]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 207 p.
 27. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, et al. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med* [internet]. 2012. [acesso em 2020 jun 23]; 38(10):1647-1653. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-012-2627-8>.

Recebido em 03/07/2020
Aprovado em 18/09/2020
Conflitos de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19

The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19

Ligia Giovanella¹, Valentina Martufi², Diana Carolina Ruiz Mendoza², Maria Helena Magalhães de Mendonça¹, Aylene Bousquat³, Rosana Aquino², Maria Guadalupe Medina²

DOI: 10.1590/0103-11042020E410

RESUMO A centralidade no cuidado individual a casos graves descurou a abordagem populacional comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste ensaio, argumenta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, tem potencial para atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da epidemia. A partir de experiências locais e internacionais, analisa quatro campos de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS no enfrentamento da Covid-19: vigilância em saúde nos territórios; cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19; ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social; e continuidade dos cuidados rotineiros da APS. Reconhecem-se limites dessa atuação decorrentes de mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica que afetam o modelo assistencial da vigilância em saúde. Conclui-se ser necessário ativar os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersectorialmente para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades; e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis e na continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Vigilância em saúde pública. Continuidade da assistência ao paciente. Participação da comunidade.

ABSTRACT *The focus on individual care for severe cases neglected the community-centered approach required to cope with the Covid-19 pandemic in the Unified Health System (SUS) in Brazil. This essay argues that the Family Health Strategy (ESF), by means of its multi-professional teams and community and territorial orientation, is able to successfully develop the community approach required to deal with the pandemic. Inspired by local and international experiences, this essay analyzes four dimensions regarding SUS' Primary Health Care (APS) work in the fighting against Covid-19: community-based health surveillance, individual care for confirmed and suspected cases of Covid-19, community mobilization to support vulnerable local groups due to their health or social condition, and continuity of APS care routine. Limitations are acknowledged due to recent changes in the National Policy of Primary Health Care impacting health surveillance care model. The conclusion is for the need to: strengthen the community attributes of APS and Family Health Support Center (Nasf) multi-professional teams; collaborate with community organizations in initiatives of solidarity and articulate in an intersectoral way to back the population in its various weaknesses; guarantee the ongoing promotion, prevention and care actions by creating new working processes for health surveillance, social and health support for vulnerable groups, and for the continuity of the routine care for those in need.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Public health surveillance. Continuity of patient care. Community participation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ligiagianella@gmail.com

²Universidade Federal de Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

A pandemia de Covid-19 alastra-se sem trégua pelo Brasil desde março de 2020, gerando uma crise sanitária e humanitária sem precedentes. A ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental e a insuficiência e morosidade na alocação de recursos fazem com que as iniciativas de governos estaduais e municipais não sejam suficientes para enfrentar a pandemia. A centralidade das iniciativas de enfrentamento baseadas em cuidado individual de casos graves via criação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campanha e ações esparsas, ademais da negação da ciência e o descaso governamental federal, contribuíram para tal situação.

Enfrentar uma epidemia exige que se associe à atenção individual o cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Essa junção é essencial para se combater a crise sanitária e humanitária atual¹. Sistemas de saúde fortemente baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) podem ofertar esse cuidado integral e articulado, respondendo de melhor maneira às emergências²⁻⁴.

A APS tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A APS do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial e que apresenta ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população⁵, pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado.

Nossas equipes de APS conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, atuam na perspectiva da vigilância em saúde, o que é crucial no controle do contágio. No entanto, é necessário reconhecer as fragilidades da APS no SUS. Desde o golpe

parlamentar e, especialmente, desde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, somaram-se novas dificuldades aos desafios sempre enfrentados⁶.

O modelo assistencial da APS brasileira, com sua abordagem territorial e comunitária, vem sendo descaracterizado e se aproximando de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional⁷. Os efeitos do desfinanciamento agudo do SUS desde o golpe, aprofundado pelo governo Bolsonaro-Guedes, se revelavam já antes da pandemia por meio de desabastecimento de insumos e medicamentos essenciais, ausência ou precariedade na contratação de recursos humanos na APS e em imensa sobrecarga dos municípios, também em difícil situação financeira e responsáveis por mais de 30% do financiamento do SUS.

Além disso, a política econômica do governo Bolsonaro-Guedes já afetara todos os determinantes sociais da saúde com piora de indicadores tais como aumento da mortalidade infantil e ressurgimento de outras doenças como o sarampo, dengue e febre amarela⁸. Não obstante, iniciativas municipais já em curso mostram potencialidades da APS no enfrentamento da Covid-19 que podem e devem ser fortalecidas.

Assim, este ensaio tem como objetivo discutir a necessidade de fortalecimento da APS no SUS para o efetivo enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. Apoia-se na ainda escassa literatura sobre esse recente evento, no aprendizado institucional e organizacional da APS brasileira e na experiência de pesquisa em APS das autoras. O artigo centra-se na organização da atenção primária, sem esquecer, contudo, que o cuidado individual e coletivo somente se realiza com serviços de APS bem integrados à rede assistencial, com canais de comunicação ágeis e abertos para a garantia do cuidado integral, conforme a necessidade de cada caso e população.

Inicia realçando a importância da APS no enfrentamento da pandemia, identifica eixos

de atuação da APS a partir de experiências locais e internacionais, destaca a necessária articulação com os setores de vigilância em cada município e ilumina alguns dos desafios para o pleno desenvolvimento de ações de vigilância em saúde a partir das equipes da ESF em uma reflexão que objetiva articular os aspectos estruturais e conjunturais da crise anunciada.

Por que a APS?

Dois importantes aspectos devem ser considerados durante uma pandemia: o enfrentamento do agravo e a continuidade dos cuidados para o conjunto dos problemas de saúde que continuam acontecendo.

Por um lado, dada a capacidade exponencial de difusão da infecção, a identificação precoce e o isolamento dos casos pelos serviços de APS são fundamentais para reduzir a transmissibilidade. Cada caso identificado, com busca ativa de contatos próximos, isolamento em domicílio ou em locais apropriadamente organizados para isso, interrompendo a transmissão, evita inúmeros casos de Covid-19.

Por outro lado, analisar experiências anteriores de enfrentamento de epidemias nos auxilia a definir melhores estratégias de intervenção dos sistemas de saúde. Nas epidemias, se observa um excesso de mortes por outras causas que deixam de ser atendidas, que podem superar aquelas geradas pela própria doença.

No caso da epidemia de ebola, ficou demonstrado que a resposta sanitária global foi dependente do grau de competência da APS⁹. Essa mesma experiência de enfrentamento mostrou que o foco exclusivo na epidemia pode ter exercido efeitos desastrosos na morbidade e mortalidade, em curto e médio prazos, por outros problemas de saúde associados à redução do acesso e da continuidade do cuidado para os usuários com outras condições e agravos².

Com relação à pandemia atual, além do impacto específico relacionado à Covid-19, já há estimativas de sobre mortalidade por outras causas em distintos cenários de países de média e baixa renda em razão da redução do acesso e cobertura de ações usualmente ofertadas nos serviços de saúde. Estima-se que a redução do cuidado materno infantil durante a pandemia de Covid-19 em países de renda média e baixa pode resultar em aumento de até 40% na mortalidade em menores de cinco anos e em até 30% na mortalidade materna¹⁰.

As diferentes formas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no âmbito da APS nos países do mundo foram condicionadas por modelos de organização desse nível de atenção e sua inserção nos sistemas nacionais de saúde, além dos contextos e de políticas locais. Com poucas exceções, pode-se dizer que, em razão da centralidade no cuidado hospitalar, perderam-se oportunidades de uma efetiva atuação da APS. Não obstante, diversas experiências e autores mostram a importância do fortalecimento da APS no enfrentamento da Covid-19.

Em Portugal, foram criadas unidades de APS comunitárias específicas – as ‘Áreas Dedicadas Covid-19 Comunidade’ – em cada Agrupamento de Centros de Saúde para atendimento de sintomáticos respiratórios do território¹¹. Na China, na província de Wuhan, a maior parte dos 203 centros de APS realizaram ações para controle da Covid-19 envolvendo triagem e testes de casos suspeitos, monitoramento dos contatos e atenção clínica às pessoas em quarentena¹². Em locais como Cuba e o estado de Kerala na Índia, o trabalho de agentes comunitários e equipes de APS nas comunidades contribuiu para a busca ativa de casos e contatos e para a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade^{4,13}. Na Espanha, profissionais dos centros de APS foram deslocados para trabalho em hospitais, provocando desassistência na APS. A catástrofe da experiência italiana mostrou que a resposta à pandemia não pode ter foco apenas nos hospitais⁹.

Campos de atuação da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19

A APS tem, portanto, um papel essencial no enfrentamento da Covid-19, tanto agora, no momento da pandemia, como na continuidade da vigilância frente a outras ondas da doença e ao longo do tempo, pois existe risco de que se torne uma doença endêmica, pelo menos até que se tenha uma vacina efetiva.

No enfrentamento da pandemia, é necessário aliar cuidado individual e coletivo, i.e., cuidado oportuno de qualidade coordenado na rede e ativação dos atributos comunitários da APS. Neste momento, faz-se necessária a atuação integrada das unidades de saúde com os territórios, com a comunidade e com seus equipamentos sociais. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária¹⁴.

Os modos de operação da APS devem ser adaptados a cada contexto e de maneira que não haja conflitos entre as ações. Isso vai requerer, por um lado, mudanças organizacionais em função de cada realidade local¹⁵ e, por outro lado, mobilização de recursos públicos, como dinheiro, pessoal e material, e comunitários, via parceria com instituições atuantes no território e com a comunidade onde se instalam as equipes e unidades de saúde, assegurando o desenvolvimento das ações, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade.

Urge:

– Ativar os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

– Associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar sua população em suas diversas vulnerabilidades.

– Garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis, na continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Defender a vida implica encontrar as melhores formas de enfrentar a epidemia no SUS a partir da APS.

Mesmo com todas as dificuldades, o SUS resiste. Iniciativas municipais e locais têm fortalecido a Atenção Primária à Saúde-Atenção Básica (APS-AB) tanto para tentar controlar o contágio nos territórios e prestar cuidado individual de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 como para garantir a continuidade dos cuidados de rotina da AB com processos diversificados no território nacional.

As equipes de APS podem contribuir para a rede assistencial de cuidados e para a abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia. Experiências locais de organização da APS para o enfrentamento da Covid-19, em diversos municípios, sugerem que a atuação das equipes APS-AB na rede de enfrentamento à Covid-19 se organiza em quatro campos de ação integrados, com atuação das equipes da ESF, Saúde Bucal (ESB), Nasf, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e agentes de endemias nos territórios, conforme sintetizado no *quadro 1*^{15,16}.

Quadro 1. Campos de atuação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19

Eixo de atuação	Ações necessárias
Vigilância em saúde nos territórios	<p>Ações de prevenção primária e secundária</p> <ul style="list-style-type: none"> o Identificação de casos e busca ativa de contatos o Notificação de casos segundo definição atualizada o Apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos o Acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar o Apoio à vigilância em lares para idosos e outras instituições de longa permanência em seu território o Informação e educação em saúde na comunidade e nos serviços essenciais o Potencializar recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade: rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc. o Informar sobre situação epidemiológica do território e medidas de proteção: distanciamento social, uso de máscaras, lavagem das mãos etc. o Testagem de casos, contatos e profissionais de saúde
Cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19	<p>Organizar os fluxos de atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> o Separar os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos, dos pacientes com outros problemas ou necessidades o Reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso suspeitos ou sintomáticos respiratórios o Adequação da infraestrutura o Cuidar dos pacientes com quadros leves o Avaliação da história e da clínica deve ser oportuna e rápida o Classificação da gravidade segundo protocolo clínico o Disponibilizar equipamentos oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio na UBS o Cuidar conforme os protocolos mais atualizados e em base ao melhor conhecimento científico; o Telemonitoramento pela equipe de casos e contatos: recomenda-se contato diário, de preferência de 12/12hs; o Prover EPIs apropriados para todos os profissionais conforme atividade realizada e capacitação sobre utilização adequada o Garantir o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção o Garantir transporte oportuno e específico para Covid-19 o Prover estabilização clínica até o transporte chegar o Teleatendimento disponibilizando telefone de contato para os usuários o Linha de cuidado começa por telefone específico para atenção aos sintomáticos respiratórios com comunicação às equipes de casos de sua área para acompanhamento diário por telefone; o Todas as equipes e UBS precisam ser providas com telefones e acesso à internet para facilitar o atendimento não presencial dos usuários; o Integração da APS com Centrais de Atendimento à população por telefone – para acompanhamento dos casos suspeitos pelas equipes de APS. o Capacitar profissionais para o cuidado
Apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social	<p>Articular a iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mobilizar lideranças e organizações sociais o Divulgar informações e esclarecer dúvidas sobre medidas de prevenção; o Apoiar a distribuição de recursos doados, matérias de higiene; cestas básicas etc; o Mapear usuários de maior risco para a Covid-19: idosos, crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar o Reforçar medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições de ficar em casa o Acionar as redes de apoio social o Articular se com profissionais do Cras para cadastro programas sociais o Monitorar problemas de violência doméstica o Qualquer profissional da equipe pode se encarregar por estas ações, incluindo ACS, agentes de endemias, equipes de saúde bucal, profissionais do Nasf.

Quadro 1. (cont.)

Eixo de atuação	Ações necessárias
Continuidade dos cuidados rotineiros da APS	<ul style="list-style-type: none"> o Dar continuidade aos cuidados rotineiros o Pré-natal, atenção aos hipertensos, diabéticos, vacinação etc. o Elaborar listas de pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo o Desenvolver novas formas de cuidado cotidiano à distância: disponibilidade de acesso à internet, WhatsApp individual e grupos de usuários, telefone, teleconsulta por vídeo, telemonitoramento o Visitas peridomiciliares dos ACS para acompanhamento e informação o Permanecer de porta aberta, mas com restrições o Garantir a continuidade da assistência farmacêutica o Organizar a distribuição domiciliar dos medicamentos pelo ACS o Desenvolver formas de receitas eletrônicas com certificação digital.

Para ação efetiva, disponibilizar INTERNET PARA TODOS: profissionais de saúde e população. O poder público deve instalar *wi-fi* em cada bairro e comunidade, articular com operadoras para ampliar a internet de todos os cidadãos que têm contas telefônicas pré ou pós pagas; no mínimo articular para disponibilizar maior acesso em minutos, mensagens e internet para todos os profissionais, incluindo todos os ACS.

Fonte: Elaboração própria com base em Engstrom et al. 2020¹⁵ e Medina et al., 2020¹⁶.

Vigilância em saúde nos territórios

O modelo assistencial de vigilância da saúde que fundamenta a ESF deve orientar o enfrentamento da pandemia. A vigilância da saúde contempla o uso articulado da epidemiologia e das ciências sociais para a análise da situação da saúde, planejamento e organização das práticas num território específico. Integra atividades individuais e coletivas, ações setoriais, intersetoriais, de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, e de cuidado^{17,18}. Diversos municípios vêm fortalecendo a vigilância em saúde nos territórios com a participação da APS no enfrentamento da Covid-19, ainda que pesquisas indiquem que a vigilância da saúde ainda não é o modelo dominante na ESF^{19,20} e que existam fragilidades importantes na integração entre os setores de vigilância epidemiológica e as equipes de APS associadas à falta de comunicação e planejamento conjunto entre os dois setores, além de insuficiente capacitação em vigilância epidemiológica, dentre outros fatores^{21,22}.

Com a finalidade de bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, a vigilância em saúde implica coordenar, no território, ações de prevenção primária e secundária à Covid-19,

como identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; notificação de casos; e ações de educação em saúde que potencializam recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som.

Diversos municípios fortaleceram a vigilância em saúde nos territórios criando Grupos de Trabalho (GTs) com a participação da APS. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte (MG) criou um GT com o propósito de discutir e definir ações conjuntas entre as áreas de vigilância e de assistência à saúde e produzir notas técnicas, fluxos e protocolos²³. Similarmente, a Clínica de Família Zilda Arns situada no Complexo do Alemão (RJ) criou quatro GTs para enfrentar a pandemia, entre os quais um GT de Telemonitoramento Covid-19. Os profissionais integrantes desse GT desenvolveram, por iniciativa própria, um painel para apoiar a vigilância, atualizado diariamente pela equipe e diretamente conectado ao e-SUS de vigilância epidemiológica, permitindo a notificação²⁴.

Para vigilância e controle do contágio efetivos, a experiência internacional tem demonstrado que uma ação fundamental é a testagem

molecular oportuna por RT-PCR para a identificação de casos e busca ativa de contatos. O rastreamento de contatos e a respectiva quarentena foram um componente central da estratégia de resposta do Vietnã, que, até julho, apresentou poucos casos e nenhum óbito por Covid-19. O rastreamento de contatos é uma iniciativa abrangente apoiada por ampla rede de centros provinciais e distritais de controle de doenças que conta com 11.000 centros comunitários de saúde. Contatos de casos confirmados foram rastreados e testados, incluindo os contatos dos contatos, com isolamento de todos os positivos²⁵.

O apoio ao isolamento domiciliar de casos, o rastreamento de contatos, o incentivo à quarentena dos contatos e o acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar são ações que podem ser realizadas eficazmente pela APS²⁶. Para o efetivo apoio ao isolamento e à quarentena de contatos, é necessário que a gestão pública disponibilize espaços comunitários específicos, quando as condições do domicílio não permitirem.

Entre as atividades de educação em saúde, a conscientização sobre a necessidade de uso de máscaras por todas as pessoas é uma tarefa urgente. Há consenso que o uso de máscaras por todos na comunidade contribui para a efetiva redução do contágio, se as máscaras forem usadas pela grande maioria das pessoas, pois o contágio ocorre também a partir de pessoas assintomáticas²⁷.

Em Florianópolis (SC), protocolos estabelecidos determinam que, para as pessoas identificadas por telemonitoramento com sintomas há menos de sete dias, deve ser realizado teste molecular RT-PCR no domicílio pelas equipes APS treinadas²⁸. Igualmente crítica é a testagem de profissionais de saúde devido ao alto potencial de contágio, grupo priorizado em municípios como Belo Horizonte²³ e Canaã dos Carajás (PA), onde foi montado monitoramento clínico exclusivo para profissionais de saúde e usuários com comorbidades²⁹.

A testagem somente será efetiva se acompanhada por busca ativa de casos suspeitos e

contatos com o objetivo de identificar e isolar precocemente, como tem feito a APS em Nova Lima (MG) e em Sobral (CE). Os ACS indagam quanto à presença de sinais e sintomas de gripe entre as famílias de sua microárea por meio de contatos telefônicos ou por aplicativo de mensagens em Nova Lima³⁰. Em Sobral, os ACS planejam e realizam visitas peridomiciliares para identificar precocemente sinais de gravidade e prover orientações para isolamento domiciliar e medidas preventivas para evitar a disseminação³¹. Em Nova Lima, os ACS contribuem, também, para o monitoramento de estabelecimentos comerciais que não estejam seguindo as determinações municipais, acionando a vigilância sanitária municipal quando necessário³⁰.

As equipes de APS têm potencial para prover informação e educação em saúde à comunidade e aos serviços essenciais, como farmácias, mercados etc, e combater *fake news*, aproveitando recursos de comunicação coletivas existentes – rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc. – com o objetivo de abordar a situação epidemiológica do território e adotar medidas de proteção – distanciamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos. Foi assim que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural do sertão pernambucano estabeleceu comunicação contínua com a comunidade: por meio de um programa radiofônico criado pelos profissionais da UBS e semanalmente divulgado pelo WhatsApp para os usuários e de um canal de comunicação aberto para esclarecer dúvidas relacionadas à pandemia e ao funcionamento da UBS³².

Em Londrina (PR), profissionais das equipes da ESF e do Nasf, afastados do trabalho rotineiro por pertencerem a grupos de risco, colaboraram remotamente com professores e estudantes da Universidade Estadual de Londrina em projeto para prover orientações para trabalhadores dos municípios da região sobre medidas de proteção e prevenção à Covid-19 no trabalho. A iniciativa alcançou condomínios comerciais e residenciais, salões de beleza, escolas, construção civil e indústrias,

quando 109 multiplicadores repassaram treinamentos para 2.500 trabalhadores³³. Em Recife, esforços direcionados à educação em saúde da população foram liderados por profissionais do Nasf em salas de espera e triagem, salas de vacina e filas no entorno das UBS³⁴.

Além disso, as equipes de APS podem apoiar a vigilância em instituições de longa permanência, como os lares de idosos e casas de acolhimento institucional em seus territórios. Esses estabelecimentos precisam implantar cuidados especiais e uma vigilância intensificada, dado que aglomeram pessoas vulneráveis e são focos de contágio frequente – na Espanha, metade das mortes ocorreu em lares de idosos –, o que tem sido feito pelas equipes de APS nos municípios de Nova Lima³⁰ e Belo Horizonte²³, por exemplo.

Cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19

Outra responsabilidade das equipes de APS é o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19, organizando fluxos separados de atenção para sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos, cuidando dos pacientes com quadros leves e garantindo o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção. Isso, com o emprego de telemonitoramento pela equipe de casos e contatos e de teleatendimento via disponibilização de telefone de contato para os usuários.

A separação entre os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios e dos pacientes com outros problemas ou necessidades tem sido realizada de diversas maneiras. Em UBS maiores, foram separados fluxos no interior das UBS, com primeiro atendimento fora da UBS e corredores e salas de atendimento e equipes de profissionais separadas para casos suspeitos. Em outros municípios, foram instaladas tendas no espaço exterior às UBS ou definidos estabelecimentos específicos para o atendimento aos sintomáticos respiratórios que necessitam de cuidado presencial.

Por exemplo, o município de Teresina (PI) separou 25 de suas 90 UBS para atendimento ao Covid-19, e o de Canaã dos Carajás definiu unidade de referência com ambulância disponível para realizar a transferência dos casos graves para o hospital de campanha²⁹. Nos lugares onde a infraestrutura das UBS permitiu divisão de fluxos internos, foram montadas tendas de triagem fora das unidades para determinar qual porta de entrada – Covid ou Não-Covid – cada usuário deveria utilizar, como em Florianópolis²⁸, Sobral³¹ e Belo Horizonte²³.

A opção pela criação de polos de atenção à Covid-19 especificamente para atender aos casos suspeitos, realizar manejo inicial e facilitar o acesso à internação quando necessário deve ser acompanhada pela comunicação efetiva com as UBS para que possam acompanhar e fazer a vigilância em seus territórios³⁵.

O cuidado individual de qualidade pelas equipes é condicionado à sua integração à rede e à garantia de transporte oportuno e específico para Covid-19, como foi feito em Belo Horizonte²³, onde o transporte foi integrado à regulação de leitos, garantindo o acesso rápido ao cuidado hospitalar, com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos.

Outra estratégia para reduzir o contágio nas UBS é o teleatendimento via disponibilização de telefone de contato específico para atenção aos sintomáticos respiratórios, como foi feito em Florianópolis²⁸. Isso pode ser realizado pela integração da APS com Centrais de Atendimento telefônico à população estaduais ou municipais para identificar os casos suspeitos desde seus domicílios e comunicar às equipes casos de sua área para acompanhamento diário por telefone, tentando evitar viagens desnecessárias para as UBS. Podem contribuir para o teleatendimento, além dos profissionais da APS, especialistas da rede secundária do SUS, como ocorreu em Belo Horizonte e Florianópolis, pois seus atendimentos foram reduzidos em decorrência das medidas de distanciamento social^{23,28}. Em Florianópolis,

foram também recrutados para essa função os profissionais das ESB e do Nasf²⁸.

Para que o telemonitoramento e o teleatendimento possam ser viabilizados, é necessário prover telefones e acesso à internet para as equipes, facilitando o atendimento não presencial aos usuários. Em Florianópolis, já antes da pandemia, o município investira em um serviço de atendimento pré-clínico denominado 'Alô saúde Floripa' para prover as equipes da ESF de smartphone, *chip* pós-pago e acesso à plataforma WhatsApp Business. A chegada da pandemia demandou o fortalecimento dessa iniciativa, que incluiu uma ampliação da divulgação dos números de atendimento à população²⁸.

A separação de fluxos não se refere somente aos espaços físicos, mas também aos recursos humanos envolvidos nos atendimentos. Recomenda-se, portanto, reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso sintomático respiratório ou suspeito de Covid-19. Além disso, é recomendável que os profissionais dedicados ao atendimento de pacientes Covid-19 sejam oportunamente capacitados e que se invista na contratação de profissionais adicionais para atender aos fluxos separadamente, como em Canaã dos Carajás²⁹. Dadas as restrições do distanciamento social, a SMS de Belo Horizonte organizou capacitações on-line por meio de vídeos e webconferências para gerentes e profissionais de saúde²³.

A APS pode cuidar dos pacientes com quadros leves realizando uma avaliação da história e da clínica, oportuna e rápida, classificando a gravidade segundo protocolos clínicos e cuidando conforme protocolos atualizados em base ao melhor conhecimento científico. Para essa atuação, é preciso disponibilizar nas UBS os equipamentos e os insumos necessários para a atenção aos casos suspeitos, como oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio, e garantir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) apropriados para todos os profissionais, acompanhados de capacitações sobre utilização adequada. Prover EPI foi um desafio

para todos os serviços de saúde no início da pandemia devido à explosão do consumo e à dificuldade em encontrar fornecedores. Em Belo Horizonte, as áreas técnica e de compras juntaram esforços para facilitar a aquisição dos insumos com maior agilidade e transparência²³. Em Sobral, indústrias locais redirecionaram processos para a produção de EPI³¹.

O cuidado individual inclui acompanhamento sistemático dos casos com boa comunicação e informações sobre a doença e sinais de agravamento, permitindo a procura oportuna dos serviços de saúde e oxigenioterapia precoce. Os casos leves e os contatos devem ser seguidos pelas equipes de APS através de telemonitoramento. Recomenda-se contato preferencialmente diário, com telemonitoramento a cada 24hs ou 48hs, dependendo da gravidade do caso^{29,30}. Vários profissionais envolvidos na APS podem contribuir para a realização de telemonitoramento, inclusive as equipes do Nasf³⁴, Saúde Bucal e ACS³⁰.

Os casos moderados e graves devem ser encaminhados oportunamente para os serviços de referência por transporte oportuno e específico para Covid-19, e devem ser proporcionadas condições para que aos profissionais de APS possam prover a estabilização clínica até o transporte chegar.

Ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social

Por sua estreita relação com o território, a APS pode articular iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial para enfrentar os aspectos sociais da pandemia. Por meio da mobilização de lideranças e organizações comunitárias, pode-se conseguir apoio e colaboração da comunidade nas ações de enfrentamento, divulgar informações e esclarecer dúvidas sobre medidas de prevenção, identificar lares com possíveis problemas, como a violência doméstica, e apoiar a distribuição de recursos doados.

A interação dos movimentos sociais com os serviços de saúde, especialmente mediados

pelos ACS, facilita o mapeamento e apoio aos usuários de maior risco para a Covid-19, i.e., idosos, crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar, para reforçar as medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições de ficar em casa, acionando as redes de apoio social, o cadastro em programas e o direcionamento de cestas básicas.

Nesse sentido, o GT Comunitário estabelecido pela Clínica de Família Zilda Arns (RJ) juntou esforços ao Gabinete de Crise do Complexo do Alemão, integrado por líderes comunitários dos três principais dispositivos sociais da área – o Coletivo Papo Reto, o jornal ‘Voz da Comunidade’, e o Coletivo Mulheres em Ação pelo Alemão. A parceria desenvolveu ações de comunicação e educação em saúde, organizou a distribuição de doações, cestas básicas e kits de higiene, além de ter articulado com outras organizações comunitárias e outras unidades de APS do Complexo do Alemão³⁶.

Em Niterói, a APS colaborou com os Centros de Referência em Atenção Social (Cras) e com as escolas públicas para o mapeamento de população vulnerável para medidas de proteção social e para a disseminação de insumos e informações de prevenção do contágio³⁷. Em Florianópolis, a articulação intersetorial e com a sociedade civil foi realizada juntamente com a Secretaria de Assistência Social e com o projeto ‘Somar Floripa’, constituído por uma rede de organizações voluntárias²⁸. A SMS de Belo Horizonte se mobilizou para cuidar da população em situação de rua, criando um serviço provisório e emergencial em parceria com a política pública de assistência social e com o Serviço Social do Comércio, disponibilizando 260 acomodações individuais com banheiro privativo, entre outras iniciativas²³. Em Nova Lima, as equipes de APS foram orientadas a identificar os usuários de maior vulnerabilidade em seu território e desenvolver planos de suporte em colaboração com outros atores sociais³⁰.

Qualquer profissional das equipes de APS, com destaque para os ACS, pode liderar tais iniciativas e aproveitar a disponibilidade de

profissionais cuja carga laboral foi diminuída, como das ESB e de profissionais do Nasf.

Continuidade dos cuidados rotineiros da APS

Ao contrário do que se praticou em várias experiências internacionais e nacionais, onde os serviços de APS foram suspensos quando chegou a pandemia^{9,23}, é fundamental dar continuidade aos cuidados rotineiros da APS, pois as necessidades permanecem e corre-se o risco de os quadros se agravarem e de o sofrimento e a mortalidade aumentarem por outras causas.

Após a chegada da pandemia ao Brasil, dadas as muitas incertezas e o medo real do contágio, observou-se a suspensão de atividades em UBS e importante queda no número de atendimentos na APS, cuja continuidade poderia levar a complicações e problemas por falta de cuidado aos portadores de doenças crônicas²³. Grávidas, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos continuam precisando de atenção e seguimento, ao mesmo tempo que, em parte, integram os grupos de maior risco para Covid-19.

Para a continuidade da atenção, torna-se importante estabelecer novas formas de cuidado cotidiano à distância por meio de telefones e aplicativos para seguimento individual e de grupos de usuários pelo teleatendimento. A chave é a UBS permanecer de portas abertas, atendendo aos casos necessários, mas com restrições, resolvendo o que for possível à distância e reduzindo os atendimentos presenciais. Os ACS podem apoiar famílias e acompanhar grupos por meio de visitas peridomiciliares. A possibilidade de realização de visitas domiciliares por enfermeiros e médicos é uma opção que deve ser considerada para pacientes de maior risco.

Reforça-se aqui a necessidade de garantir vacinação de rotina de crianças e gestantes sem expor a população à Covid-19. Pode-se analisar a viabilidade de realizar vacinação em local fora da UBS, quando a vacinação na UBS possa comprometer a segurança dos grupos a vacinar.

Em Salvador (BA), em unidade docente-assistencial da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), a lista de pacientes acompanhados pela unidade foi revisada para determinar critérios de prioridade para teleconsultas, com realização do teleatendimento por meio de aplicativo e eventual agendamento de pacientes na UBS, conforme a necessidade³⁸. Em Nova Lima, para dar continuidade ao cuidado dos crônicos, priorizaram-se as visitas domiciliares da equipe após o teleatendimento, deixando as idas às UBS para casos de maior necessidade³⁰. Em Vitória (ES), uma iniciativa análoga foi liderada remotamente pelos ACS – que tinham sido proibidos de realizar visitas domiciliares por decreto municipal –, apoiados pelas equipes do Nasf³⁹.

Em Recife (PE), os profissionais do Nasf foram ativos no apoio às ações rotineiras da APS, incluindo a campanha de vacinação para gripe e atendimento dos casos de Covid-19³⁴. Em Sobral, optou-se por realocar os profissionais de centros de especialidades médicas e de reabilitação que ficaram fechados por causa da pandemia para fortalecer a provisão de serviços rotineiros de APS³¹.

Cuidados em saúde mental na situação de pandemia necessitam especial atenção. Devem ser continuados e ampliados, uma vez que as medidas de distanciamento social podem produzir sofrimento mental e que os profissionais de saúde sobrecarregados necessitam de apoio. Profissionais do Nasf podem apoiar com consultas à distância, e serviços de saúde mental podem ser apoiados pela APS.

Em Itabuna (BA), uma integração entre as UBS e os serviços de saúde mental permitiu que os usuários de saúde mental pudessem continuar renovando suas prescrições nas UBS, o que diminuiu a necessidade de deslocamento até os centros especializados. Nesse cenário, as equipes ESF ficaram encarregadas de manejar atendimentos eletivos de saúde mental procurados por ansiedade leve ou distúrbios de relacionamento interpessoal, encaminhando para os serviços especializados somente os casos mais graves. Essa

integração permitiu importante aproximação de usuários dos serviços de saúde mental aos serviços de APS, os quais raramente utilizavam antes da pandemia⁴⁰.

A continuidade da assistência farmacêutica pode ser garantida com listas de pacientes crônicos que necessitam de tratamento contínuo para organizar a distribuição domiciliar dos medicamentos pelo ACS, como é feito em Canaã dos Carajás²⁹. Pode-se, também, adotar formas de receitas eletrônicas com certificação digital para evitar visitas desnecessárias às UBS, como na experiência de Florianópolis, onde se estabeleceram normativas para que a rede de farmácias aceitasse as receitas de medicamentos comuns e antibióticos feitas por vídeo chamada, além de acordos com laboratórios para que aceitassem pedidos de exames em formato eletrônico²⁸.

A continuidade do trabalho do ACS é imprescindível para a abordagem comunitária da pandemia nos quatro eixos: vigilância, apoio a grupos vulneráveis, continuidade do acompanhamento das famílias por meio de visitas peridomiciliares e comunicação à distância. Para isso, é necessário promover atividades de educação continuada do ACS e garantir EPI adequado para a sua segurança, conforme o tipo de atividade desenvolvida.

Para o desenvolvimento desse conjunto de ações de forma efetiva e eficiente, é necessário prover capacitação de todos os profissionais das equipes sobre enfrentamento da Covid-19 e sobre o uso de equipamentos de proteção individual adequado a cada tipo de atividade realizada.

Considerações finais

A atuação das equipes de APS é crucial em todos os estágios da pandemia. Se, em um primeiro momento, oportunidades de atuação efetiva da APS foram perdidas por ausência de autoridade sanitária nacional e de diretrizes nacionais claras, gerando suspensão de atividades e centralidade no cuidado

hospitalar intensivo, no decurso da pandemia, em muitas localidades, as ações vêm sendo retomadas, como demonstram as experiências aqui relatadas.

A pandemia prossegue com diferentes ritmos e estágios no vasto e desigual território nacional. Para continuação da desaceleração dos casos e retomada de atividades, é fundamental a intensificação da vigilância em saúde, com a participação das equipes de APS, de forma a prevenir novas ondas da infecção. Mas há desafios a superar.

A atuação articulada da ESF e a vigilância em saúde no controle da Covid-19 requerem ações de capacitação dos profissionais das equipes da ESF que superem o simples repasse de informações técnicas clínicas e contribuam para a reflexão sobre o modelo de atenção, a participação social e a ação comunitária com uso dos dados epidemiológicos e sociais produzidos no nível local. É relevante que os diversos agentes envolvidos consigam operar conceitualmente o modelo de vigilância em saúde em suas diversas dimensões.

É imprescindível, portanto, ativar ainda mais os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Nasf; associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades; e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde e no apoio social e sanitário voltados aos grupos vulneráveis, para a continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Certamente a atuação da APS somente se

efetiva plenamente em uma rede integrada⁴¹. Sem acesso aos serviços hospitalares para casos intermediários e graves, o diagnóstico precoce proporcionado pela APS não se concretiza em cuidado oportuno.

Mais que nunca, é importante continuar atendendo às pessoas, trabalhar em equipe, ainda que à distância, para garantir a continuidade da atenção com forte vínculo, pois, frente às incertezas e distanciamento social, estamos todos mais fragilizados.

O enfrentamento da pandemia tem revelado a distribuição desigual de serviços de saúde, exigindo a construção de redes assistenciais regionalizadas e o fortalecimento da autoridade sanitária estadual, o que pode ser um legado positivo para o SUS. Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade.

Colaboradoras

Giovanella L (0000-0002-6522-545X)*, Martufi V (0000-0001-6120-0629)*, Ruiz DC (0000-0002-0939-4881)*, Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)*, Bousquat A (0000-0003-2701-1570)*, Aquino R (0000-0003-3906-5170)* e Medina MG (0000-0001-7283-2947)* contribuíram igualmente para concepção e planejamento do artigo, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catal* [internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 22]; 1(2):1-5. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080%0Ahttps://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>.
- Dunlop C, Howe A, Li D, et al. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 28]; 4(1). Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>.
- Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters – The current state of the literature: What we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med*. 2011; 26(3):184-91.
- Sundararaman T. Health systems preparedness for COVID-19 pandemic. *Indian J Public Health* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 64(6):91. Disponível em: <http://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/91/285624>.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
- Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisaadores_REDEAPS.pdf.
- Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4):1475-82. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475.
- Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. A APS no SUS no enfrentamento da pandemia COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-pandemia-covid-19/>.
- Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(1):28-32. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/66>.
- Roberton T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Heal* [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 16]; (8):e901-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1).
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Diretoria Geral da Saúde. Áreas dedicadas Covid-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 23]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/areas-dedicadas-covid-19/>.
- Li X, Krumholz HM, Yip W, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 9]; 395(10239):1802-12. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30122-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30122-7.pdf).
- Vega R. Lecciones de Cuba en la contención de la pandemia por COVID-19 desde el papel de la Atención Primaria en Salud. *Microsoft Sway* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://sway.office.com/kMEWRcOaXcuhmJnn?ref=Link>.

14. Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI [internet]. São Paulo: Cosems; 2020. [acesso em 2020 abr 22]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.
15. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, et al. Nota Técnica. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf.
16. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? Cad. Saúde Pública [internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 30]; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>.
17. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf. Epidemiol. Sus [internet]. 1998 [acesso em 2020 jul 10]; 7(2):7-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.
18. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [internet]. Salvador: Edufba; 2006. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>.
19. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. Saúde debate [internet] 2018 [acesso em 2020 jul 10]; 42(119). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400940&tlng=pt.
20. Nascimento MS, Nascimento MA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2005; 10(2):333-345.
21. Santos S, Melo C, Dallaire C, et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. Interface. 2015; 19(54):443-454.
22. Santos S, Melo C, Costa H, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(4):873-882.
23. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. APS EM Rev [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):74-82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>.
24. Ruiz DC, Martufi V. Telemonitoramento durante a pandemia de COVID-19 na Clínica de Família Zilda Arns RJ [internet]. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2020. [acesso em 2020 jul 19]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/18/telemonitoramento-durante-a-pandemia-de-covid-19-na-clinica-de-familia-zilda-arns-rj/>.
25. Potter C. Zero Covid-19 deaths in Vietnam [internet]. Baltimore Estados Unidos: Outbreak Observatory. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Health Security; 2020. [acesso 2020 jul 14]. Disponível em: https://www.outbreakobservatory.org/outbreakthursday-1/7/9/2020/zero-covid-19-deaths-in-vietnam?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=6d59e2cbe7-briefing-dy-20200714&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-6d59e2cbe7-45390226.
26. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! APS EM Rev [internet]. 2020

- [acesso em 2020 jul 3]; 2(1):11-6. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>.
27. Cheng KK, Lam TH, Leung CC. Comment Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. *Lancet* [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>.
28. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):91-6. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>.
29. Vale EP, Rodrigues GM, Costa DP, et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):83-90. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101>.
30. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LDMM, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):114-21. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84>.
31. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, et al. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):177-88. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>.
32. Cardona Júnior AHS, Andrade CWQ, Caldas LNM. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):137-41. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/92>.
33. Fillis MMA, Dellaroza MSG, Machado RA, et al. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: a experiência do município de Londrina. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):106-13. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/97>.
34. Oliveira MAB, Monteiro LDS, Oliveira RDC, et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):142-50. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/96>.
35. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(6):e00104120.
36. Ruiz DC, Martufi V. Enfrentando a pandemia no Complexo do Alemão: ações conjuntas do GT Comunitário da Clínica de Família Zilda Arns e do Gabinete de Crise do Alemão, município do Rio de Janeiro [internet]. [Local desconhecido]: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2020. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/06/enfrentando-a-pandemia-no-complexo-do-alemao-acoes-conjuntas-do-gt-comunitario-da-clinica-de-familia-zilda-arns-e-do-gabinete-de-cri-se-do-alemao-municipio-do-rio-de-janeiro/>.
37. Gomes Junior AS, Latge PK, Oliveira RAT, et al. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):128-136. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/126>.
38. Santos ABS, França MVS, Santos JLF. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):189-96. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.120>.

39. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):189-96. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100>.
40. Cruz NMLV, Souza EB, Sampaio CSF, et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS EM Rev* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):97-105. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/94>.
41. Fundação Oswaldo Cruz; Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):434-451.

Recebido em 24/07/2020
Aprovado em 24/09/2020
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19

Social distancing, feeling of sadness and lifestyles of the Brazilian population during the Covid-19 pandemic

Deborah Carvalho Malta¹, Crizian Saar Gomes¹, Célia Landmann Szwarcwald², Marilisa Berti de Azevedo Barros³, Alanna Gomes da Silva¹, Elton Junio Sady Prates¹, Ísis Eloah Machado⁴, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior², Dália Elena Romero², Margareth Guimaraes Lima³, Giseli Nogueira Damacena², Luiz Otávio Azevedo², Maria de Fátima Pina², André Oliveira Werneck⁵, Danilo Rodrigues Pereira da Silva⁶

DOI: 10.1590/0103-11042020E411

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar a adesão ao distanciamento social, as repercussões no estado de ânimo e as mudanças nos estilos de vida da população adulta brasileira durante o início da pandemia da Covid-19. Estudo transversal com indivíduos adultos residentes no Brasil (n = 45.161) que participaram do inquérito de saúde virtual ConVid – Pesquisa de Comportamentos, no período de 24 de abril a 24 de maio de 2020. Da amostra estudada, apenas 1,5% levou vida normal, sem nenhuma restrição social, e 75% ficaram em casa, sendo que, destes, 15% ficaram rigorosamente em casa. Os sentimentos frequentes de tristeza ou depressão (35,5%), isolamento (41,2%) e ansiedade (41,3%) foram reportados por grande parte da população estudada. Verificou-se que 17% dos participantes reportaram aumento do consumo de bebidas alcoólicas e que 34% dos fumantes aumentaram o número de cigarros. Observou-se aumento no consumo de alimentos não saudáveis e redução da prática de atividade física no período estudado. Concluiu-se que houve elevada adesão ao distanciamento social e aumento dos sentimentos de tristeza, depressão e ansiedade, bem como aumento de consumo de alimentos não saudáveis, uso de bebidas alcoólicas e cigarros e redução da prática de atividade física.

PALAVRAS-CHAVE Quarentena. Infecções por coronavírus. Saúde mental. Estilo de vida. Brasil.

ABSTRACT *The aim was to analyze adherence to social distancing, repercussions on the mood and changes in the lifestyles of the Brazilian adult population during the beginning of the Covid-19 pandemic. A cross-sectional study with adult individuals living in Brazil (n = 45,161) who participated in the virtual health survey ConVid – Behavior Survey, from April 24 to May 24, 2020. Of the sample studied, only 1.5% led normal lives, without any social restrictions and 75% stayed at home, of which 15% stayed strictly at home. The frequent feelings of sadness or depression (35.5%), isolation (41.2%) and anxiety (41.3%) were reported by a large part of the studied population. It was found that 17% of participants reported increased consumption of alcoholic beverages and 34% of smokers increased the number of cigarettes. There was an increase in the consumption of unhealthy foods and a reduction in the practice of physical activity in the period studied. It was concluded that there was a high adherence to social distancing and an increase in feelings of sadness, depression and anxiety, as well as an increase in the consumption of unhealthy foods, use of alcoholic beverages and cigarettes and a reduction in the practice of physical activity.*

KEYWORDS Quarantine. Coronavirus infections. Mental health. Life style. Brazil.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
dcmalta@uol.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

⁴Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) – Ouro Preto (MG), Brasil.

⁵Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju (SE), Brasil.



Introdução

A pandemia da doença causada pelo coronavírus 2019 (Covid-19) foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020¹. No Brasil, o primeiro caso confirmado foi no estado de São Paulo, no dia 26 fevereiro². Até o dia 24 junho, 1.145.906 casos foram confirmados, e 52.645 óbitos atestados, revelando uma letalidade no País de 4,9%³.

Em função da inexistência de medidas preventivas, a OMS recomendou a adoção de intervenções não farmacológicas, entre elas, o distanciamento social, com o objetivo de diminuir o contato físico entre pessoas e o risco de transmissão da Covid-19, bem como de promover o achatamento da curva de crescimento dos casos⁴. As primeiras medidas foram adotadas na China, onde mais de um terço da população chegou a ficar em isolamento social^{5,6}.

No Brasil, diversas medidas de distanciamento social foram adotadas pelos estados e municípios, como fechamento de escolas e comércios não essenciais, restrição na circulação de ônibus, incentivo ao trabalho em casa, e fechamento de cidades e estados mais afetados^{7,8}.

O distanciamento social é a medida mais eficaz para prevenção da Covid-19^{9,10}, contudo, tem potenciais repercussões clínicas e comportamentais, podendo resultar em adoecimento psíquico e em mudanças nos estilos de vida, como a redução da prática de atividade física, aumento do estresse e do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e de alimentos não saudáveis¹¹⁻¹⁶. Os efeitos negativos associados do distanciamento social poderão ser observados em curto, médio e longo prazo na saúde individual e coletiva.

Destaca-se, ainda, que a pandemia da Covid-19 aumentou a situação de extrema vulnerabilidade da população brasileira, com altas taxas de desemprego e redução de renda¹⁷. Além disso, políticas de austeridade previamente adotadas podem comprometer as respostas do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento¹⁸⁻²⁰ e no enfrentamento da Covid-19, e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)²¹. Assim, torna-se imperativo analisar o comportamento

das situações de saúde da população brasileira, durante a pandemia visando apoiar as respostas do setor de saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a adesão ao distanciamento social, as repercussões no estado de ânimo e as mudanças nos estilos de vida da população adulta brasileira durante a pandemia da Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com indivíduos adultos (≥ 18 anos) residentes no Brasil que participaram do inquérito de saúde virtual ConVid – Pesquisa de Comportamentos. A coleta de dados do ConVid foi via *web*, utilizando-se de um questionário de autopreenchimento por meio de celular ou computador com acesso à internet. O questionário foi construído por intermédio do aplicativo RedCap (Research Electronic Data Capture), uma plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas. As informações foram coletadas diretamente pela internet e armazenadas no servidor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

O convite aos participantes foi feito por um procedimento de amostragem em cadeia, chamado, bola de neve virtual²². Inicialmente, os pesquisadores do estudo escolheram um total de 200 outros pesquisadores de diferentes estados do Brasil. Adicionalmente, cada pesquisador do estudo selecionou 20 pessoas da sua rede social. As pessoas escolhidas na primeira etapa foram chamadas de sementes (influenciadores) porque foram elas que desencadearam a rede de convidados. Após responder ao questionário, as sementes constituíram a primeira onda da cadeia de recrutamento. Por sua vez, as sementes enviaram o *link* da pesquisa para, pelo menos, 12 pessoas das suas redes sociais, obedecendo a uma estratificação por sexo, faixa de idade (18-39; 40-59; 60 anos ou mais) e grau de escolaridade (ensino médio incompleto ou menos; ensino médio completo ou mais), isto é, convidando,

ao menos, 3 pessoas em cada um dos 12 estratos. As pessoas convidadas pelas sementes compuseram a segunda onda da cadeia de recrutamento. A cada pessoa da segunda onda, foi solicitado que ela convidasse pelo menos outras três pessoas de suas redes sociais, por meio da mensagem ao final do questionário:

Faça parte da Rede ConVid e compartilhe esta pesquisa com três ou mais convidados da sua rede social. Você pode fazer isso clicando aqui ou copiando e enviando o nosso link <https://convid.fiocruz.br>.

Com esse processo, a rede de convidados aumentou rapidamente; e, ao final do período de coleta das informações (24 de abril a 24 de maio de 2020), o tamanho total atingido de amostra foi de 45.161 pessoas.

As questões analisadas no presente estudo referem-se a adesão às medidas de restrição social, alterações nos estilos de vida (hábito de fumar; consumo de bebida alcoólica, hábito alimentar e prática de atividade física) e no estado de ânimo.

A adesão às medidas de restrição social pela população brasileira foi avaliada pela pergunta: 'Durante a pandemia do novo coronavírus, com que intensidade você fez (ou ainda está fazendo) restrição do contato com as pessoas?'. As opções de respostas eram: nenhuma restrição (Não fiz nada, levei vida normal); pouca restrição (Procurei tomar cuidados, ficar à distância das pessoas, reduzir um pouco o contato, não visitar idosos, mas continuei trabalhando e saindo); restrição intensa (Fiquei em casa só saindo para compras em supermercado e farmácia); restrição total (Fiquei rigorosamente em casa, saindo só por necessidades de atendimento à saúde).

O estado de ânimo foi avaliado pelas seguintes questões: 'No período da pandemia, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?'; 'No período da pandemia, com que frequência você se sentiu triste ou deprimido(a)?'; 'No período da pandemia, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?'. Para todas as perguntas, as categorias de resposta eram: nunca; poucas vezes; muitas vezes; sempre.

Para o aumento de consumo de cigarros, foram avaliadas as seguintes questões: 'O sr.(a) é fumante?'; Se sim: 'Antes da pandemia, em média, quantos cigarros você costumava fumar por dia?'; e 'Durante a pandemia, em média, quantos cigarros você passou a fumar por dia?'. As opções de respostas para as duas últimas questões eram: 'Não fumava cigarros, só outros produtos'; 'Menos que 1 por dia'; 'De 1 a 9 cigarros'; 'De 10 a 19 cigarros'; 'De 20 a 29 cigarros'; 'De 30 a 39 cigarros'; '40 ou mais cigarros'. Para avaliar a quantidade de cigarros, foi usado o ponto médio da categoria de resposta e calculada a diferença entre os dois momentos. Considerou-se aumento no consumo de cigarros quando a diferença foi positiva.

O aumento do consumo de bebida alcoólica foi avaliado pela questão: 'Durante a pandemia: a) continuei bebendo com a mesma frequência; b) estou bebendo mais do que costumava; c) estou bebendo menos do que costumava; e d) tinha parado de beber, mas comecei a beber novamente'. O aumento no consumo de álcool foi considerado pelas respostas (b, d).

Para os hábitos alimentares, foi utilizada a indicação do consumo de alimentos saudáveis (hortaliças, frutas) e não saudáveis [alimentos congelados (pizza congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado) e salgadinhos (de pacote)] pelas questões: 'Antes da pandemia, com que frequência você comia esses alimentos?'; e 'Durante a pandemia, com que frequência você passou a comer esses alimentos?'. Para frutas e hortaliças, foi considerado como consumo regular cinco ou mais dias da semana; e para os congelados e salgadinhos, foi considerado como inadequado o consumo em dois ou mais dias na semana²³.

A prática de atividade física foi avaliada pelas seguintes questões: 'Antes da pandemia, quantos dias por semana você praticava algum tipo de exercício físico ou esporte e quanto tempo durava essa atividade?'; 'Durante a pandemia, quantos dias por semana você pratica ou praticava exercício físico ou esporte e quanto tempo dura/durava essa atividade?'. Foram considerados suficientemente ativos os indivíduos que reportaram, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física²⁴.

Foram calculados as prevalências e os Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) das variáveis estudadas. Diferenças significativas foram identificadas por meio da não sobreposição dos IC95% das prevalências em questão.

Uma vez que a amostragem por redes não é probabilística, para obter uma amostra representativa da população, de acordo com a localização geográfica e com as características sociodemográficas, foram realizadas ponderações calculadas por procedimentos de pós-estratificação²⁵ por: Unidade da Federação (UF), capital/restante da UF, sexo, faixa de idade (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 anos ou mais), grau de escolaridade (superior incompleto; superior completo) e raça/cor da pele a partir estimativas populacionais da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, 2019 (PNAD-2019) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁶. Para verificar a representação da população brasileira na amostra obtida na ConVid, as distribuições amostrais das características sociodemográficas foram comparadas com as da PNAD-2019²⁶.

O processamento das informações foi realizado no Software for Statistics and Data Science (Stata) versão 14, empregando o módulo Survey que considera os pesos de pós-estratificação.

O presente estudo constitui uma parceria entre

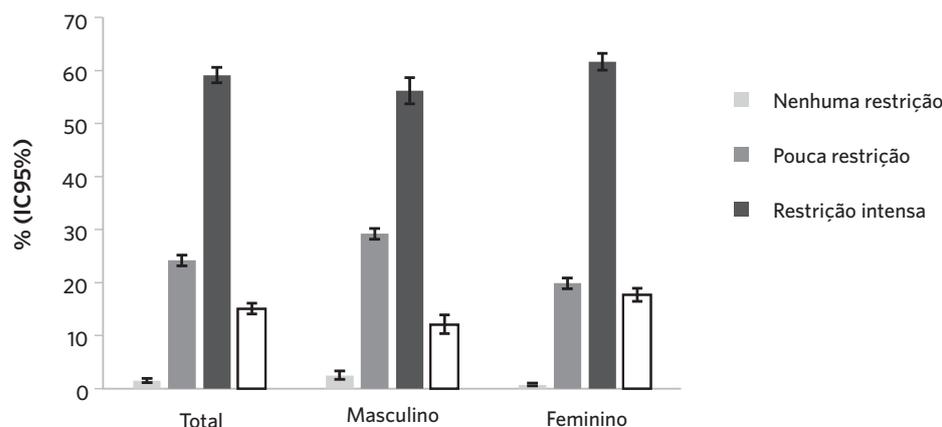
pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Estadual de Campinas. Os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todas as respostas foram anônimas e sem qualquer tipo de identificação dos participantes. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 3.980.277).

Resultados

Foram avaliados 45.161 indivíduos, sendo 53,6% do sexo feminino; 45,7% da população estudada tinha entre 18 e 39 anos; 34,0%, entre 40 e 59 anos; e 20,3%, 60 ou mais anos de idade. No que se refere à escolaridade, 72,4% dos participantes tinham ensino médio completo; 11,1%, ensino fundamental incompleto; e 16,5%, ensino superior completo ou mais.

Em relação à intensidade do distanciamento social durante o período do estudo, apenas 1,5% (IC95% 1,20 – 1,98) levou vida normal, sem nenhuma restrição social; e 15,1% (IC95% 14,1 – 16,1) ficaram rigorosamente em casa. As mulheres fizeram maior restrição total que os homens (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Intensidade do distanciamento social durante a pandemia de Covid-19 segundo sexo. Brasil, 2020

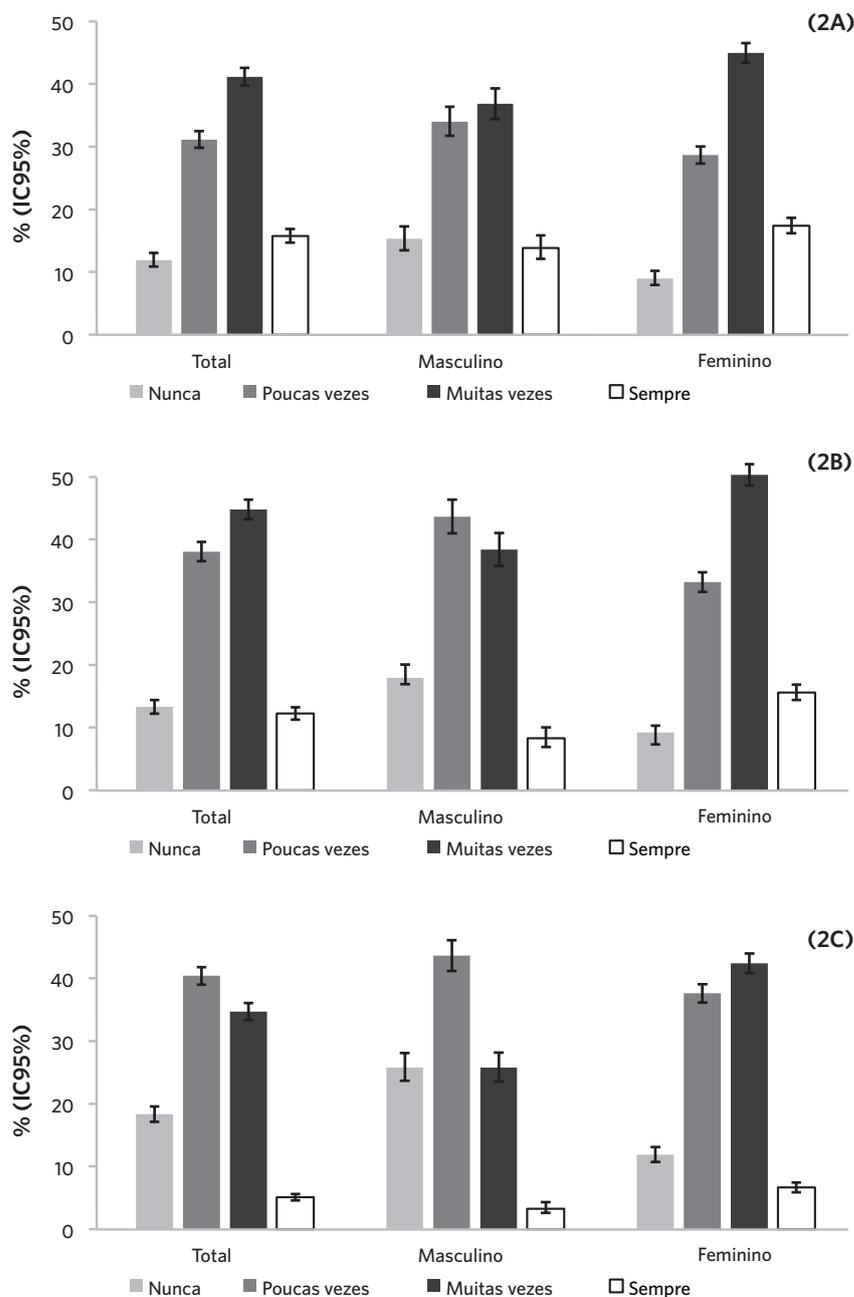


Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao estado de ânimo, o estudo revelou que 41,2% (gráfico 2A), 41,3% (gráfico 2B) e 35,2% (gráfico 2C) dos brasileiros se sentiram isolados, ansiosos, e tristes

ou deprimidos por muitas vezes, respectivamente, sendo as prevalências maiores nas mulheres comparadas aos homens.

Gráfico 2. Frequência com que se sentiu isolado (2A), ansioso (2B), e triste ou deprimido (2C) durante a pandemia de Covid-19 segundo sexo. Brasil, 2020



Fonte: Elaboração própria.

O aumento de consumo de bebidas alcoólicas durante o período do estudo foi observado em 17,6% (IC95% 16,4 – 19,0) dos respondentes, sem diferenças segundo sexo. O aumento foi maior em adultos com 18 a 39 anos (21,4% IC95% 19,4 – 23,6) e entre aqueles com maior nível de escolaridade (26,0% IC95% 25,2 – 26,8). Houve aumento do uso do tabaco em

34% dos fumantes brasileiros. As prevalências foram maiores entre as mulheres (38,4% IC95% 33,7 – 43,3), entre aqueles com 18 a 39 anos (37,2% IC95% 31,0 – 43,9) e com ensino fundamental completo ou menos (44,4% IC95% 32,7 – 56,7), no entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (*tabela 1*).

Tabela 1. Aumento do consumo de bebida alcoólica e tabaco durante a pandemia de Covid-19 segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Brasil, 2020

Variáveis	Álcool	Tabaco
	% (IC95%)	% (IC95%)
Total	17,6 (16,4 - 19,0)	34,0 (30,4 - 37,9)
Sexo		
Masculino	18,1 (16,1 - 20,4)	30,2 (24,8 - 36,1)
Feminino	17,1 (15,9 - 18,5)	38,4 (33,7 - 43,3)
Faixa etária		
18 a 39 anos	21,4 (19,4 - 23,6)	37,2 (31,0 - 43,9)
40 a 59 anos	16,1 (14,33 - 18,1)	31,2 (26,3 - 36,6)
60 anos ou mais	11,2 (8,8 - 14,2)	33,0 (25,1 - 41,9)
Escolaridade (anos de estudo)		
Ensino fundamental completo ou menos	11,0 (7,8 - 15,26)	44,4 (32,7 - 56,7)
Ensino médio completo	16,5 (14,87 - 18,22)	32,2 (27,9 - 36,8)
Ensino superior completo ou mais	26,0 (25,23 - 26,78)	32,9 (30,6 - 35,2)

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à prática de atividade física, observa-se diminuição da prática, sendo que antes da pandemia, 30,1% (IC95% 28,9 – 31,5) dos adultos praticavam atividade física suficiente, reduzindo para 12,0% (IC95% 11,1 – 12,9). Entre os homens, a prevalência era de 33,1% (IC95% 30,7 – 35,5), passando para 14,0% (IC95% 12,4 – 15,8). Essa diminuição também ocorreu entre as mulheres, com prevalência de 27,6% (IC95% 26,2 – 29,0) antes da pandemia;

e, durante, de 10,3% (IC95% 9,4 – 11,2). Para todas as faixas etárias, houve redução da prática de atividade física, com menor percentual entre os mais jovens, passando de 31,9% (IC95% 29,9 – 33,9) para 10,8% (IC95% 9,7 – 12,0). Entre os níveis de escolaridade, antes da pandemia, a maior prevalência era entre os indivíduos com ensino superior completo ou mais, (39,1% IC95% 38,4 – 39,8), reduzindo para 14,9% (IC95% 14,5 – 15,4) (*tabela 2*).

Tabela 2. Prática de atividade física antes e durante a pandemia de Covid-19 segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Brasil, 2020

Variáveis	Atividade física antes	Atividade física
	da pandemia	durante a pandemia
	% (IC95%)	% (IC95%)
Total	30,1 (28,8 - 31,5)	12,0 (11,1 - 12,9)
Sexo		
Masculino	33,1 (30,7 - 35,5)	14,0 (12,4 - 15,8)
Feminino	27,6 (26,2 - 29,0)	10,3 (9,4 - 11,2)
Faixa etária		
18 a 39 anos	31,9 (29,9 - 33,9)	10,8 (9,7 - 12,0)
40 a 59 anos	27,6 (25,7 - 29,7)	12,4 (10,9 - 14,0)
60 anos ou mais	30,4 (27,2 - 33,8)	14,2 (12,0 - 16,9)
Escolaridade (anos de estudo)		
Ensino fundamental completo ou menos	23,2 (18,5 - 28,7)	10,81 (8,1 - 14,3)
Ensino médio completo	29,1 (27,5 - 30,8)	11,5 (10,4 - 12,7)
Ensino superior completo ou mais	39,1 (38,4 - 39,8)	14,9 (14,5 - 15,4)

Fonte: Elaboração própria.

O consumo regular de hortaliças reduziu de 37,3% (IC95% 35,9 - 38,6) para 33,0% (IC95% 31,7 - 34,3), e o de frutas não alterou durante o período do estudo. Por outro lado, o consumo de alimentos não saudáveis aumentou nesse período: o consumo de congelados passou de 10,0% (IC95% 9,0 - 11,2) para 14,6% (IC95% 13,5 - 15,9); e o de salgadinho, de 9,5% (IC95% 8,6 - 10,5) para 13,2% (IC95% 12,2 - 14,4). Estratificado por sexo, o mesmo padrão de mudanças foi observado, com aumento do consumo de salgadinhos e congelados em ambos sexos e redução do consumo de hortaliças e manutenção de frutas. As mulheres apresentaram maiores prevalências de consumo regular de frutas e hortaliças antes e depois da pandemia e menores prevalências de consumo de congelados. Em relação às faixas etárias e à escolaridade, o consumo desses alimentos seguiu padrões semelhantes ao total da amostra estudada; contudo, entre

peças de 40 a 50 anos e 60 anos ou mais, não foi observado aumento significativo do consumo de alimentos não saudáveis durante a pandemia. Apenas entre 60 anos ou mais o consumo de hortaliças se manteve inalterado antes e durante a pandemia. Entre aqueles com ensino fundamental completo ou menos, as variações não foram significativas. Ocorreu aumento no consumo de congelados e salgadinhos entre a população com ensino médio completo. Entre a população com ensino superior ou mais, houve redução significativa do consumo regular de hortaliças de 48,8% (IC95% 48,1 - 49,5) para 40,9% (IC95% 40,3 - 41,6), e de frutas de 40,8% (IC95% 40,1 - 41,4) para 38,1% (IC95% 37,5 - 38,8); e aumento significativo do consumo de congelados de 8,5% (IC95% 8,1 - 9,0) para 16,4% (IC95% 15,8 - 16,9), e de salgadinhos de 6,5% (IC95% 6,2 - 6,9) para 14,4% (IC95% 13,9 - 14,9) (tabela 3).

Tabela 3. Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis antes e durante a pandemia de Covid-19 segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Brasil, 2020

Variáveis	Alimentação antes da pandemia	Alimentação durante a pandemia
	Sim	Sim
Total	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo regular de hortaliças	37,3 (35,9 - 38,6)	33,01 (31,7 - 34,3)
Consumo regular de frutas	32,8 (31,5 - 34,2)	31,91 (30,6 - 33,3)
Congelados	10 (9,0 - 11,2)	14,6 (13,5 - 15,9)
Salgadinhos	9,5 (8,6 - 10,5)	13,2 (12,2 - 14,4)
Masculino		
Consumo regular de hortaliças	33,3 (31,1 - 35,6)	28,6 (26,5 - 30,8)
Consumo regular de frutas	28,3 (26,1 - 30,6)	27,1 (24,9 - 29,4)
Congelados	12,4 (10,4 - 14,7)	17,0 (14,8 - 19,5)
Salgadinhos	10,0 (8,4 - 11,9)	14,2 (12,3 - 16,4)
Feminino		
Consumo regular de hortaliças	40,7 (39,2 - 42,2)	36,8 (35,4 - 38,3)
Consumo regular de frutas	36,8 (35,3 - 38,3)	36,1 (34,6 - 37,7)
Congelados	7,9 (7,1 - 8,8)	12,6 (11,7 - 13,5)
Salgadinhos	9,0 (8,2 - 9,9)	12,4 (11,6 - 13,3)
Faixa etária		
18 a 39 anos		
Consumo regular de hortaliças	30,8 (28,9 - 32,7)	27,0 (25,3 - 28,8)
Consumo regular de frutas	23,2 (21,5 - 25,1)	22,0 (20,2 - 23,9)
Congelados	12,5 (10,7 - 14,6)	19,5 (17,6 - 21,5)
Salgadinhos	13,6 (12,1 - 15,2)	19,2 (17,5 - 21,1)
40 a 59 anos		
Consumo regular de hortaliças	40,7 (38,5 - 42,9)	35,5 (33,4 - 37,7)
Consumo regular de frutas	34,0 (31,8 - 36,2)	33,7 (31,5 - 35,9)
Congelados	8,7 (7,2 - 10,5)	12,0 (10,3 - 13,8)
Salgadinhos	7,4 (5,9 - 9,1)	10,1 (8,6 - 11,9)
60 anos ou mais		
Consumo regular de hortaliças	46,2 (42,8 - 49,5)	42,5 (39,2 - 45,8)

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Esta é a primeira pesquisa realizada com uma amostra de adultos brasileiros durante o início da pandemia de Covid-19, e aponta que a maior parte da população brasileira aderiu ao distanciamento social, saindo apenas para ir ao

supermercado e farmácia ou ficaram rigorosamente em casa. Em contrapartida, o distanciamento social contribuiu para um impacto negativo na saúde mental e nos estilos de vida dos brasileiros, com aumento do sentimento de ansiedade, isolamento, tristeza ou depressão. Além disso, observou-se aumento do uso de

bebidas alcoólicas e tabaco, redução da prática de atividade física e aumento do consumo de alimentos não saudáveis.

O estudo aponta a importante adesão dos brasileiros ao isolamento social no período do estudo. A adesão às medidas de distanciamento tem impacto significativo no achatamento da curva e dos casos, bem como na redução da mortalidade^{9,10,27}. Medidas de distanciamento social também foram utilizadas para o controle das epidemias anteriores, como da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS) e durante o surto de Ebola de 2014²⁸. No Brasil, estudo realizado em Sergipe mostrou uma relação inversa e estatisticamente significativa entre os índices de isolamento social e o número de casos novos de Covid-19²⁹.

Cabe salientar que as medidas de distanciamento social podem ocasionar implicações psicológicas, como ansiedade, tristeza e depressão. O medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal⁵, somado às preocupações com as perdas financeiras, pode afetar o bem-estar psicológico de muitas pessoas que poderão desenvolver sintomas de depressão, ansiedade e estresse³⁰. Os sentimentos de ansiedade, estresse também foram descritos em estudos na China, na Espanha e na Colômbia^{11,12,31}. Nesse sentido, além das medidas para o enfrentamento e contenção da pandemia, é preciso garantir à população uma assistência apropriada em saúde mental, com ações que minimizem o sofrimento mental ao longo desse período de crise. Ademais, é importante propor estratégias de promoção da saúde mental e de atenção psicossocial em curto, médio e longo prazo, na tentativa de reduzir ou prevenir problemas psiquiátricos e psicológicos^{32,33}.

O distanciamento social relacionado com a pandemia tem sido considerado como um evento estressante, e um dos efeitos da permanência prolongada em casa também tem sido o aumento do consumo de álcool e tabaco^{34,35}.

Alguns potenciais mecanismos que acompanham o impacto da Covid-19 e o uso de álcool

são descritos na literatura. O primeiro mecanismo sugere que o aumento do sofrimento psicológico desencadeado pelo isolamento social, as dificuldades financeiras e a incerteza sobre o futuro durante e após a pandemia podem piorar os padrões de consumo de álcool³⁶. Outro mecanismo aborda situações que podem culminar na diminuição do consumo e tem relação com a disponibilidade física, acessibilidade financeira que pode ser afetada pela redução da renda e orçamentos mais apertados, e políticas regulatórias de controle do álcool^{36,37}. Destaca-se que o consumo de álcool pode potencialmente piorar o curso clínico da infecção por Covid-19. A exposição crônica ao álcool tem um efeito complexo e adverso na resposta do hospedeiro³⁸, incluindo os mecanismos de imunidade inata e adaptativa, e é conhecida por aumentar a suscetibilidade à infecção viral³⁹. No Reino Unido, durante o período de confinamento, as vendas de bebidas alcoólicas aumentaram 67%⁴⁰. Uma pesquisa realizada na Austrália identificou que aproximadamente um quarto dos participantes (22,3%) relataram mudanças negativas de padrões do uso de álcool com consumo em quatro ou mais ocasiões por semana³⁵. Outro estudo, realizado na China, identificou maior consumo de bebida alcoólica entre homens e em indivíduos com idade entre 21 e 40 anos¹².

Adicionalmente, o aumento do estresse de uma doença potencialmente fatal, a possibilidade de perda de emprego, o sentimento de insegurança, o confinamento e o tédio podem aumentar o desejo de fumar⁴¹⁻⁴³. Sabe-se que o tabagismo está relacionado com transtornos mentais e comorbidades psiquiátricas, tais como a depressão, o transtorno de humor, a ansiedade e outros transtornos mentais^{44,45}, que são comorbidades comuns durante a pandemia e que podem ser agravadas em período de distanciamento social^{46,47}. No intuito de enfrentar o tabagismo durante a pandemia da Covid-19, a África do Sul proibiu a venda de produtos de tabaco e nicotina, designando-os como bens não essenciais, o que deve ser compreendido como uma tentativa

dupla de proteger a população da Covid-19 e do ônus evitável do tabaco⁴⁸.

Para deter o consumo de tabaco e de álcool, a OMS preconiza as seguintes medidas: a proibição da propaganda, o aumento de taxaço e preços, a legislação referente ao ambiente livre de tabaco, o aumento das advertências sanitárias, a restrição de pontos de venda, além da fiscalização na aplicação das medidas⁴⁹. Esses pontos levantam a importância de avançar na adoção de novas medidas regulatórias para tabaco e álcool²¹. Ressaltam-se ainda as medidas educativas, como a divulgação de informação sobre os malefícios no consumo dessas substâncias, o que poderá contribuir para aumentar o conhecimento da população e colaborar para a mudança de comportamentos individuais, além de manter esses assuntos na agenda social e política⁵⁰.

A redução da atividade física e o aumento de estilos sedentários são prejudiciais para a saúde e afetam negativamente a qualidade de vida⁵¹. O aumento do comportamento sedentário, como tempo em frente à TV, *tablet* e computadores, tem efeitos prejudiciais na função e na estrutura cardiovascular¹⁵, bem como na saúde mental¹⁷ e nas mortes prematuras⁵². As recomendações de saúde pública para evitar a disseminação da Covid-19 têm o potencial de reduzir a atividade física diária. Assim, medidas são necessárias para orientar a população sobre estratégias de manutenção de hábitos ativos durante o período de quarentena, especialmente para os grupos populacionais mais afetados⁵³.

O distanciamento social também impacta nos hábitos alimentares. Ficar em quarentena pode causar tédio, o que está associado a um maior consumo alimentar. Ter muito acesso às informações referentes à Covid-19 pode provocar estresse nos indivíduos, levando também ao consumo excessivo de alimentos, principalmente os ricos em açúcares, chamados como 'comida afetiva'⁴⁶, pois estes estimulam a produção de serotonina, causando um efeito positivo no humor. Nos Estados Unidos da América, no início da pandemia, também

foi identificado um aumento no volume de compras em supermercados de alimentos ultraprocessados e com alta densidade energética, como batata frita, pipoca, chocolate e sorvete¹⁶⁻⁴⁸. Ademais, esses alimentos são mais fáceis de conservação, tornando-se mais acessíveis, já que sair para realizar abastecimentos diários torna-se difícil durante a pandemia.

Diferentemente do Brasil, população em países como a Itália não mudou tanto seus hábitos alimentares. Estudo Italiano investigou o consumo alimentar durante a pandemia em cerca de 3.533 participantes e comparou os desfechos de aumentar ou reduzir o consumo de determinados alimentos. Os resultados apontaram que o consumo de frutas e verduras não se alterou (cerca de 37%) durante a pandemia e, ao contrário do Brasil, houve redução no consumo de alimentos ultraprocessados, ou *junk foods*⁴⁷.

Entre as limitações do estudo atual, discute-se a coleta de dados pela internet, que pode não atingir todos os estratos populacionais, considerando que nem todos têm acesso a esse meio de comunicação. Esse fato pode levar a sub ou superestimação da proporção dos indicadores. Essa limitação foi minimizada devido ao grande número amostral e à calibração da amostra com os dados da PNAD contínua de 2019. Outra limitação refere-se ao fato de a coleta de dados ter sido realizada no início da pandemia (abril e maio), o que reflete um momento específico, sujeito a mudanças ao longo do tempo. Adicionalmente, alguns indicadores (consumo de álcool e tabaco) não foram avaliados antes da pandemia, medindo-se apenas o aumento da utilização durante o período de estudo.

Cabe destacar, ainda, que a coleta de dados via internet e o processo de amostragem em cadeia são o único método, eticamente, plausível no âmbito da pandemia, além do baixo custo relacionado com a operacionalização. As pesquisas on-line surgem como um método promissor para avaliar e rastrear conhecimentos, comportamentos, estilos de vida e percepções durante surtos de doenças infecciosas em rápida evolução.

Considerações finais

O distanciamento social constitui-se medida essencial de proteção à vida, de redução de exposição, diminuindo casos e, consequentemente, a morbimortalidade. Entretanto, o estudo apontou que essa medida pode resultar em consequências psicossociais e no estilo de vida da população. Evidenciou-se frequência elevada de sentimentos de isolamento, ansiedade e tristeza no período do estudo, bem como aumento do uso de bebida alcoólica e cigarros, redução da prática de atividade física e aumento do consumo de alimentos não saudáveis, como congelados e salgadinhos. Esses achados são preocupantes e podem resultar em danos à saúde, como alterações no peso corporal, aumento de DCNT e implicações psicológicas.

Esses resultados podem apoiar profissionais de saúde e gestores na priorização de estratégias de promoção de saúde durante e após a pandemia. Torna-se fundamental a continuidade das ações da atenção primária à saúde, no acompanhamento aos usuários, com atenção aos portadores de DCNT, reforçando os comportamentos saudáveis e a continuidade dos cuidados. Atenção à saúde mental deve ser prioridade. Mensagens educativas sobre hábitos saudáveis para toda a população devem ser desencadeadas pelos governos, bem como ações intersetoriais de promoção à saúde.

Colaboradores

Malta DC (0000-0002-8214-5734)*, Gomes CS (0000-0001-6586-4561)*, Szwarcwald CL (0000-0002-7798-2095)*, Silva AG (0000-0003-2587-5658)*, Prates EJS (0000-0002-5049-186X)* e Azevedo LO (0000-0002-4876-5948)* contribuíram igualmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Barros MBA (0000-0003-3974-195X)*, Lima MG (0000-0001-6996-0745)* e Damacena GN (0000-0002-7059-3353)* contribuíram igualmente para a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Machado IE (0000-0002-4678-2074)*, Romero DE (0000-0002-2643-9797)*, Werneck AO (0000-0002-9166-4376)* e Pina MF (0000-0002-1521-7865)* contribuíram igualmente para revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final. Souza Júnior PRB (0000-0002-8142-4790)* contribuiu para aprovação final da versão a ser publicada e se responsabilizou por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Silva DRP (0000-0003-3995-4795)* contribuiu para o delineamento do estudo e aquisição dos dados do trabalho; revisão crítica do material; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [internet]. Genebra: OMS; 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
2. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à Pandemia da COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(1):e2020002.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>.
4. Organização Mundial da Saúde. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. Genebra: OMS; 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227):912-920.
6. Carlson CJ. From PREDICT to prevention, one pandemic later. *The Lancet Microbe*. 2020; 1(1):e6-e7.
7. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Decreto nº 17.297, de 17 de março de 2020. Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência em Saúde Pública, no Município de Belo Horizonte em razão da necessidade de ações para conter a propagação de infecção viral, bem como de preservar a saúde da população contra o Coronavírus – COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1226967>.
8. Maranhão. Governo do Estado. Decreto nº 35.678 de 22 de março de 2020. Altera o Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020, que estabelece medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://sedih-pop.ma.gov.br/files/2020/03/DECRETO-N-35.678-DE-22-DE-MARC%CC%A7O-DE-2020.-VF.pdf>.
9. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2020; 4(4):CD013574.
10. Aquino E, Silveira IH, Pescarini J, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(supl1):2423-2446.
11. Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortes MJ, Campo-Arias A. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(5):e00090520.
12. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102092.
13. Wang C, Pan R, Wan X, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020; S0889-1591(20):30511-0.
14. García-Álvarez L, Fuente-Tomás L, Sáiz PA, et al. Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? *Adicciones*. 2020; 32(2):85-89.
15. Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, et al. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2020; 318(6):1441-1446.
16. Bhutani S, Cooper JA. COVID-19 related home confinement in adults: weight gain risks and opportunities. *Obesity*. 2020; 28(9):1576-1577.

17. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00068820.
18. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet*. 2016; 388(10047):867-868.
19. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(4):e000829.
20. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019; 394(10195):345-356.
21. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(10):3115-3122.
22. Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Rev. Inter. Gest. Soc*. 2018; 7(1):15-37.
23. Organização Mundial da Saúde. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genebra: OMS; 2003.
24. Organização Mundial da Saúde. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS; 2011.
25. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos: planejamento e implicações na análise estatística de dados. *Rev Bras Epidemiologia*. 2008; 11(supl1):38-45.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101651_notas_tecnicas.pdf.
27. Szwarcwald, CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da covid-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. No prelo 2020.
28. Conti AA. Historical and methodological highlights of quarantine measures: from ancient plague epidemics to current coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Acta Biomed*. 2020; 91(2):226-229.
29. Martins-Filho PR. Relação de Causa-Efeito entre Isolamento Social e Casos de COVID-19 em Sergipe [internet]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2020. (Nota Técnica LPI-UFS. N° 02-2020). [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: https://todoscontraocorona.net.br/wp-content/uploads/2020/05/Nota_Tecnica_COVID19_Sergipe_isolamento_RG.pdf.
30. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze DAS, et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud psicol*. 2020; 37:e200063.
31. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):e00054.
32. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud. Psic*. 2020; (37):e200074.
33. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 – A quarentena na Covid-19 – orientações e estratégias de cuidado [internet]. Brasília, DF: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://www.fiocruz-brasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%bade-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-A-quarentena-na-Covid-19-orienta%C3%A7%C3%B5es-e-estrat%C3%A9gias-de-cuidado.pdf>.
34. Wu P, Liu X, Fang Y, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43(6):706-712.

35. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, Anxiety and Stress During COVID-19: Associations With Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(11):4065.
36. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev*. 2020; 39(4):301-304.
37. Babor TF, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy – Revised edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
38. Szabo G, Saha B. Alcohol's Effect on Host Defense. *Alcohol Res*. 2015; 37(2):159-170.
39. Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits During COVID-19 Lockdown: Experience From Poland. *Nutrients*. 2020; 12(6):1657.
40. Fynlay I, Gilmore I. Covid-19 and Alcohol-A Dangerous Cocktail. *BMJ*. 2020; (369):m1987.
41. Gross GM, Bastian LA, Smith N, et al. Sex differences in associations between depression and posttraumatic stress disorder symptoms and tobacco use among veterans of recent conflicts. *J Womens Health*. 2020; 29(5):677-685.
42. Jiménez-Treviño L, Velasco A, Rodríguez-Revuelta J, et al. Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones*. 2019; 31(4):298-308.
43. Japuntich SJ, Gregor K, Pineles SL, et al. Deployment stress, tobacco use, and postdeployment posttraumatic stress disorder: Gender differences. *Psychol Trauma* 2016; 8(2):123-126.
44. Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*. 2006; (23):65-74.
45. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev psiquiatr. Clín*. 2005; 32(5):276-282.
46. Castro-de-Araujo LFS, Machado DB. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(sup1):2457-2460.
47. Silva DAR, Pimentel RFW, Mercedes MC. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. *Rev Saúde Pública* 2020; (54):46.
48. Egbe CO, Ngobese SP. COVID-19 lockdown and the tobacco product ban in South Africa. *Tob Induc Dis*. 2020; (18):39.
49. Organização Mundial da Saúde. WHO Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases [internet]. Genebra: OMS; 2020. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17-9-eng.pdf>.
50. Costa A, Cortes M, Duarte A, et al. A Lei do Tabaco em Portugal: análise da mancha mediática (2010-2013). *Rev. Port. Saúde Púb*. 2016; 34(1):85-91.
51. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012; 380(9838):219-29.
52. Stamatakis E, Gale J, Bauman A, et al. Sitting time, physical activity, and risk of mortality in adults. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2019; 73: 2062-72.
53. Sallis JF, Adlakha D, Oyeyemi A, et al. An international physical activity and public health research agenda to inform COVID-19 policies and practices. *J Sport Health Sci*. 2020; 9(4):328-34.

Recebido em 29/06/2020
Aprovado em 28/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos

Covid-19 morbimortality by race/skin color/ethnicity: the Brazilian and the North American experiences

Edna Maria de Araújo¹, Kia Lilly Caldwell², Márcia Pereira Alves dos Santos³, Ionara Magalhães de Souza⁴, Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa⁵, Andreia Beatriz Silva dos Santos¹, Luís Eduardo Batista⁶

DOI: 10.1590/0103-11042020E412

RESUMO Este estudo objetivou descrever a experiência do Brasil e dos Estados Unidos da América (EUA) em relação aos dados de morbimortalidade por Covid-19, segundo a raça/cor/etnia. Para isso, procurou-se descrever os fatores envolvidos no tratamento e divulgação dos dados de morbimortalidade por essa patologia nos dois países. Foram analisados boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, resultados parciais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Covid-19 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil e o estado da arte em saúde sobre os impactos da pandemia nos EUA, sob a perspectiva de raça/cor/etnia. Apesar da baixa qualidade da informação em saúde referente à morbimortalidade da população negra por Covid-19, os resultados desvelam iniquidades raciais em saúde para essa doença, ratificando o racismo estrutural/institucional em ambos os países. Como contribuição, enfatiza-se a necessidade de qualificar os dados sobre raça/cor/etnia, relacionando-os com idade, local de moradia, tipo de residência, acesso a saneamento básico, ocupação, entre outros determinantes sociais que, sabidamente, impactam no modo de adoecer e morrer pela Covid-19, a fim de viabilizar estratégias e políticas públicas verdadeiramente promotoras da equidade.

PALAVRAS-CHAVE Raça e saúde. Etnia e saúde. Morbimortalidade. Sistema de informação em saúde. Racismo.

ABSTRACT *This study sought to describe the experience of Brazil and the United States of América (USA) in relation to Covid-19 morbimortality data according to race/skin color/ethnicity. Toward this end, it seeks to describe the factors involved in the treatment and dissemination of the morbimortality data for such pathology in the two countries. The analysis includes epidemiological bulletins released by the Brazilian Ministry of Health, partial results from Brazil's National Household Sample Survey (PNAD) for Covid-19 collected by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), and state-of-the-art health data about the impact of the pandemic in the USA, from the perspective of race/skin color/ethnicity. Despite the low quality of health information on Covid-19 morbimortality of black population, the results corroborate racial inequities in health for the disease, confirming the existence of structural and institutional racism in both countries. This article highlights the need to qualify data about race/skin color/ethnicity, by relating them to age, place of residence, type of residence, access to basic sanitation, and occupation, among other social determinants that impact how individuals become ill and die from Covid-19, in order to enact strategies and public policies that truly promote equity.*

KEYWORDS Race and health. Ethnicity and health. Morbidity and mortality. Health informaton system. Racism.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs) – Feira de Santana (BA), Brasil.
ednakam@gmail.com

²University of North Carolina (UNC), Department of African, African American, and Diaspora Studies – Chapel Hill (Carolina do Norte), Estados Unidos da América.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

⁵Fundação Instituto de Educação de Barueri (Fieb) – Barueri (SP), Brasil.

⁶Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou emergência em saúde pública de interesse internacional por coronavírus¹, agente causal da Covid-19. Esta doença apresenta um espectro diversificado de sintomas, variando de leves a graves. A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pode ser causada por diversos agentes etiológicos, entre eles, o novo coronavírus (SARS-CoV-2). A SRAG possui letalidade variada a depender dos fatores condicionantes, como a existência de comorbidades, a idade, o modo de vida e o acesso aos serviços de saúde².

Neste contexto de emergência sanitária global, os modos de viver estão marcadamente transversalizados pela falta de estabilidade socioeconômica traduzida pela perda de salários, hipossuficiência financeira, falta de recursos, acrescida da falta de moradia e de infraestrutura que garanta as condições de sobrevivência em meio à crise econômica, aliada ainda à dificuldade de acesso a serviços de saúde³. Esses fatores explicam, em parte, as maiores taxas de morbimortalidade das populações em situação de vulnerabilidade. Em países marcados por profundas desigualdades sociais, os impactos da pandemia da Covid-19 têm sido ainda mais devastadores. Nessa direção, sabe-se que as populações negras sobreacumulam os efeitos mais deletérios.

Para a população negra, a pandemia da Covid-19 atualiza as insolvências do passado histórico a uma contemporaneidade conjuntural, cujo cerne é o racismo em suas diferentes dimensões^{4,5}. Soma-se a isso, a precariedade do registro da raça/cor/etnia nos sistemas de informação em saúde e nos relatórios de informação em saúde^{6,7}. Essa falta de informação por raça/cor/etnia representa não só um grande problema à implementação de políticas públicas de saúde, como também caracteriza a baixa adesão à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no território brasileiro⁸.

O racismo foi constituído historicamente, com base na crença da inferioridade de um grupo em relação ao outro, enquanto prática de exclusão do diferente e exercício do poder⁹ como um sistema estruturado e estruturante. Ele é um determinante social de saúde que afeta adversamente a saúde das populações e representa a causa fundamental das iniquidades de acesso aos bens, recursos e oportunidades em uma realidade global¹⁰.

A necessidade de produção e análise de dados desagregados na agenda de todos os países para superar o racismo representou importante pauta da Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas realizada em Durban, em 2001¹¹, da qual o Brasil é signatário.

O País incluiu o quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde somente a partir de 1990¹², mas alguns de seus sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil refutam as normativas que recomendam a obrigatoriedade da presença e do preenchimento do quesito raça/cor nos instrumentos do Sistema Único de Saúde (SUS)^{13,14}. Por outro lado, ainda que em alguns instrumentos conste o campo raça/cor, a incompletude desse campo, a alta frequência do preenchimento da categoria 'Ignorado' ou ainda a ausência de análises com estratificação racial caracterizam a desimportância desse dado como *proxy* social e expressam o racismo institucional. A não inclusão e a incompletude do campo raça/cor configuram grande barreira ao enfrentamento do racismo e à promoção da equidade em saúde no País¹⁵.

Os Estados Unidos da América (EUA) coletam dados desagregados por raça/etnia há décadas¹⁶. As informações sobre a vigilância da saúde pública e demais informações do País, bem como os dados sobre raça/cor/etnia, são obtidos nos departamentos estaduais e no National Center for Health Statistics (NCHS) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), responsável pelas estatísticas sobre a saúde da população. O Relatório do *workshop* que ocorreu em Atlanta em 1993, intitulado 'The Use

of Race and Ethnicity in Public Health Surveillance’, que discutiu o papel da raça e etnia na vigilância da saúde pública, identificou os esforços da vigilância para incluir todas as pessoas, a falta de consenso para definição da raça e etnia e também a limitação dos sistemas de vigilância em saúde pública em apresentar, entre os indicadores publicizados, os dados relativos à raça/cor/etnia¹⁷.

Em ambos os contextos, a construção de indicadores por raça/cor/etnia tem impactos significativos na condução das ações em saúde e redução das iniquidades. Nesse sentido, desagregar dados que informam classe, gênero, raça/cor/etnia e lugar de residência é fundamental para melhor evidenciar as iniquidades em saúde¹⁸.

A insuficiência e a não desagregação de dados sobre morbimortalidade por Covid-19, segundo raça/cor/etnia, portanto, revela-se como grande preocupação nos contextos brasileiro e estadunidense. Dessa forma, este estudo objetivou descrever a experiência do Brasil e dos EUA em relação aos dados de morbimortalidade por Covid-19 segundo a raça/cor/etnia.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo, exploratório que buscou descrever os aspectos envolvidos no tratamento e na divulgação dos dados de morbimortalidade por Covid-19 no Brasil e nos EUA. Foram analisados boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, resultados parciais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Covid-19 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil e o estado da arte em saúde sobre os impactos da pandemia nos EUA, sob a perspectiva de raça/cor/etnia.

Foram analisados 21 boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde nos quais foram investigados aspectos da produção e divulgação dos dados desagregados por raça/cor ao longo do período de janeiro a julho de 2020. Os boletins foram obtidos

nos seguintes *links*: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> e <https://coronavirus.saude.gov.br/>².

A PNAD-Covid-19¹⁹ teve como objetivo estimar o número de pessoas com sintomas referidos associados à síndrome gripal e monitorar os impactos da pandemia da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. A coleta da pesquisa teve início em 4 de maio de 2020, em que se entrevistou por telefone aproximadamente 48 mil domicílios por semana, totalizando cerca de 193 mil domicílios por mês. O questionário está dividido em saúde e trabalho. Nas questões de saúde, foram entrevistados todos os moradores que apresentaram sintomas da Covid-19.

Caracterização demográfica e social do Brasil e dos EUA

BRASIL

O Brasil ocupa a quinta maior população no mundo, estimada em 211.293 milhões de habitantes, classificada em brancos (45,22%), pardos (45,06%), pretos (8,86%), amarelos (0,47%) e indígenas (0,38%)²⁰. A população negra brasileira é constituída por pretos e pardos (53,92%). Essa junção se justifica, estatisticamente, pelo fato de esses dois grupos apresentarem aspectos socioeconômicos similares e, teoricamente, por se constituírem alvo de discriminação²¹.

O Brasil corresponde à maior economia da América Latina e à sétima economia do mundo. Apresenta renda per capita de R\$ 1.439,00 (2019), todavia 7,4% dos brasileiros vivem em extrema pobreza. O País ocupa a 10^a posição de um conjunto de 143 países no ranking da desigualdade. Em termos de concentração de renda, o Brasil representa o segundo país do mundo com a maior desigualdade na distribuição de renda²².

Em relação à assistência à saúde no Brasil, em 1988, foi instituído o SUS com a promulgação da Constituição Federal Brasileira. O

SUS tem a missão de prover saúde para todos os brasileiros, e a sua expressão máxima é saúde como direito de todos e dever do Estado²³. Além desse sistema público nacional (e universal), há no Brasil a assistência médica supletiva, que cobre cerca de 25% da população, ou seja, a grande maioria dos brasileiros depende exclusivamente do SUS.

ESTADOS UNIDOS

Em 2019, a estimativa populacional dos EUA correspondeu a 328.239.523 habitantes, configurando-o como o terceiro país mais populoso do planeta. A composição racial e a origem hispânica distribuem-se em brancos (76,3%), afro-americanos (13,4%), índios americanos e nativos do Alasca (1,3%), asiáticos (5,9%), havaianos nativos e outras ilhas do Pacífico (0,2%)²⁴.

Os EUA não têm um sistema de saúde universal. Possuem o Medicare e Medicaid, que são programas de saúde do governo federal que foram criados em 1965, para pessoas vivendo em situação de pobreza. Em 23 de março de 2010, o então presidente Barack Obama sancionou a Lei de expansão desses programas, denominada Affordable Care Act (ACA) ou 'Obamacare', cujo objetivo é prestar assistência à significativa parte da população do país que não tem seguro de saúde, mas que até agora não foi aprovada em 14 estados por motivos políticos^{25,26}. Em 10 desses estados, a população negra constitui mais de 15% da população total²⁷. Na administração de Donald Trump, tem havido várias mudanças no ACA, assim como tentativas de enfraquecê-lo, mesmo durante a pandemia da Covid-19²⁸.

A situação econômica nos EUA, antes e durante a pandemia, tem tido um maior impacto negativo para a população negra, incluindo o nível de desemprego que é duas vezes maior em comparação à população branca. Durante a pandemia, a proporção de perda de emprego entre negros é de 44%; e entre brancos é de 38%²⁹.

Resultados

A experiência do registro raça/cor/etnia no Brasil durante a pandemia da Covid-19

BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS (BE) PUBLICADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

Os dados desagregados por raça/cor passaram a ser divulgados a partir do Boletim Epidemiológico 09 (BE-09) respectivo à semana epidemiológica nº 15, entre 04 e 10 de abril, e que se referiu às hospitalizações por SRAG. Na sequência, o BE-10 divulgou dados de óbitos por Covid-19 e dados de hospitalizações por SRAG segundo raça/cor. Os BE-11, 12, 13, 14 e 15 apresentaram dados sobre SRAG, desagregados por raça/cor. Porém, somente a partir do BE-13 os dados sobre hospitalizações por SRAG foram apresentados como decorrência da Covid-19 por raça/cor.

Os BE-16 e 17 são destacados como Boletins Epidemiológicos Especiais (BEE), referem-se à mesma semana epidemiológica, no 21 (17 a 23 de maio de 2020) e apresentam casos confirmados para Covid-19, desagregados por raça/cor, separados por óbitos e hospitalizações. Adicionalmente, o BEE-16 detalhou ações relativas à vigilância laboratorial para enfrentamento da Covid-19, e o BEE-17 apresentou dados de gestantes, crianças e adolescentes confirmados para Covid-19 desagregados por raça/cor, tendo como fonte o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe, o Sivep-Gripe. No BEE-16, os dados foram divulgados segundo porcentagens e números absolutos. Os dados de hospitalizações de SRAG por Covid-19 aparecem somente em gráficos com porcentagens e com uma nota de rodapé explicando que 14.698 casos foram excluídos da análise devido ao campo raça/cor ter sido registrado como ignorado. Esse padrão se repete nos demais boletins. Os dados de óbitos também são apresentados em gráfico,

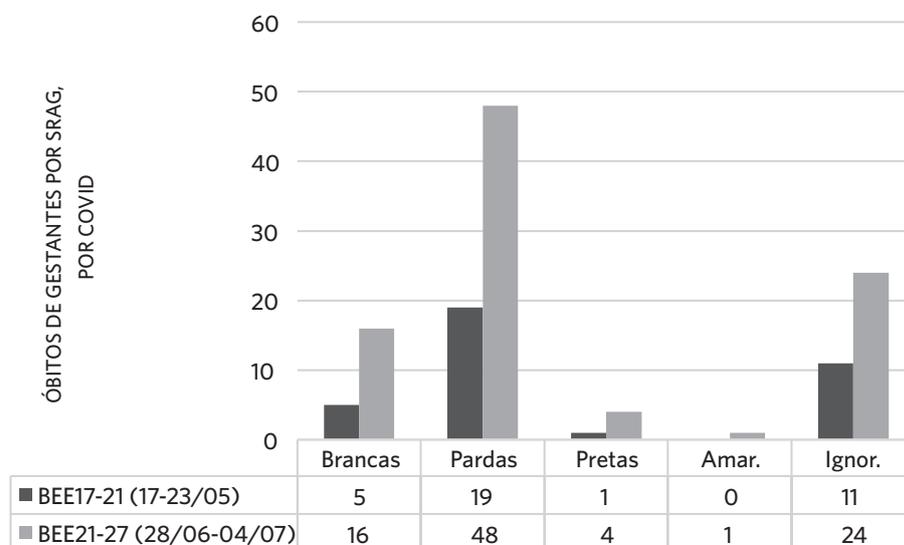
nos quais é possível visualizar que 43,1% ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguido da raça/cor parda (47,3%) e preta (7,5%). Entre esses óbitos, 4.425 tiveram a raça/cor ignorada e não foram incluídos na análise.

O BEE-17 mostra a distribuição percentual das hospitalizações por SRAG por Covid-19 segundo raça/cor. Assim, 49,0% das hospitalizações ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguidas da raça/cor parda (42,0%) e preta (7,1%). Entre esses casos, 19.226 tiveram a variável raça/cor ignorada e não foram incluídas na análise. Já em relação aos óbitos de SRAG por Covid-19, observou-se que 49,6% dos óbitos ocorreram entre pessoas de raça/cor parda, seguidos da raça/cor branca (41,0%) e preta (7,4%). Entre esses óbitos, 6.245 tiveram a variável raça/cor ignorada e foram excluídos da análise. Adicionalmente, o BEE-17 mostrou que gestantes negras representavam 48,0% dos casos, enquanto as gestantes brancas, 24,2%. A frequência relativa dos casos em que a raça/cor foi ignorada

ou estava em branco correspondeu a 26,6%. Em relação aos óbitos, as gestantes negras representaram 55,5% dos casos, enquanto as gestantes brancas totalizaram 13,9%; e 30,6% corresponderam aos casos cuja raça/cor foi ignorada ou estava em branco. Em relação às crianças e aos adolescentes com Covid-19, as crianças negras representaram 55,3% dos casos, enquanto 59,5% eram adolescentes, não havendo referência aos dados ignorados.

Já no BEE-21, observou-se que, entre as gestantes pretas, pardas ou indígenas, a proporção de casos de 'SRAG' foi 49,4%; e de 'SRAG devido à Covid-19' foi de 52,6%. No caso dos óbitos entre gestantes por SRAG decorrente da Covid-19, comparando os BEE-17 e 21, observou-se, um aumento expressivo em quase todas as categorias raciais, excetuando-se as indígenas, sendo as gestantes pardas as mais acometidas (*gráfico 1*). Diabetes e cardiopatias foram as comorbidades mais prevalentes entre as gestantes que evoluíram a óbito por SRAG decorrente da Covid-19.

Gráfico 1. Distribuição de óbitos de gestantes por SRAG por Covid-19, segundo raça/cor entre os BEE 17 e 21, Brasil, 2020

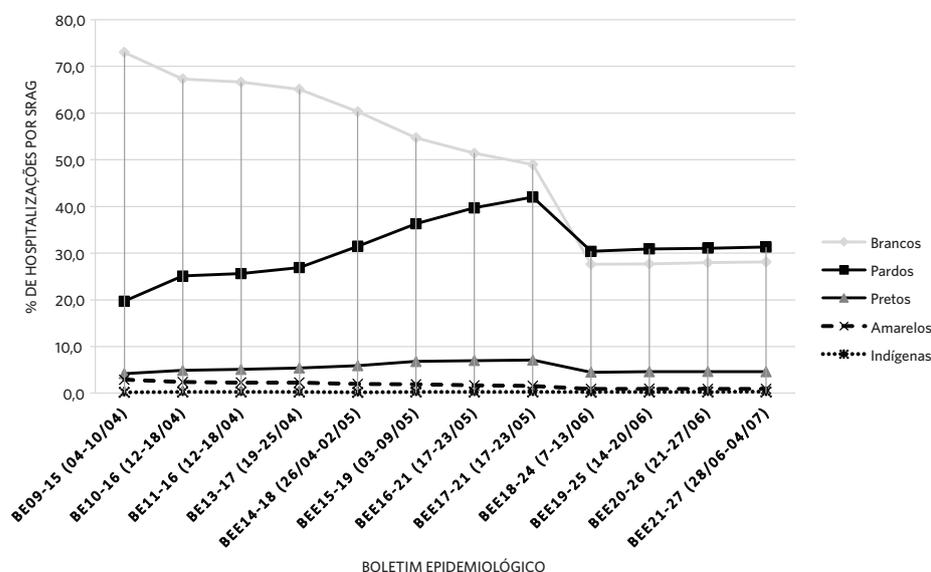


Fonte: Elaboração própria.

A partir do BEE-18, os dados passaram a ser apresentados em tabelas com valores absolutos, não mais com valores percentuais. Destaca-se, ainda, no BEE-18, a informação de que os dados não contabilizados se referiam aos casos ‘sem informação’ sobre o campo raça/cor. O BEE-18 contém um eixo denominado ‘Resultados do Vigitel Covid-19’, em que é descrita a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e sua interface com os comportamentos adotados ou não por uma amostra de 2 mil pessoas, sobre as formas de prevenção contra a Covid-19. Contudo, não é feita nenhuma referência à variável raça/cor.

Desde o BEE-18 até o BEE-21, correspondentes ao período entre 07 de junho e 04 de julho, foram apresentados dados de hospitalizações e óbitos desagregados por raça/cor somente em números absolutos. A partir destes, foram calculados os percentuais, evidenciando que pessoas negras foram mais hospitalizadas do que pessoas brancas. Por exemplo, no BEE-19, evidenciou-se que pessoas negras (35,5%) foram hospitalizadas mais do que pessoas brancas (27,7%), e os casos ignorados ou sem informação do campo raça/cor corresponderam a 41,9%.

Gráfico 2. Distribuição das hospitalizações por SRAG, segundo raça/cor, entre Boletins Epidemiológicos 09 e 21, Brasil, 2020



Fonte: Elaboração própria.

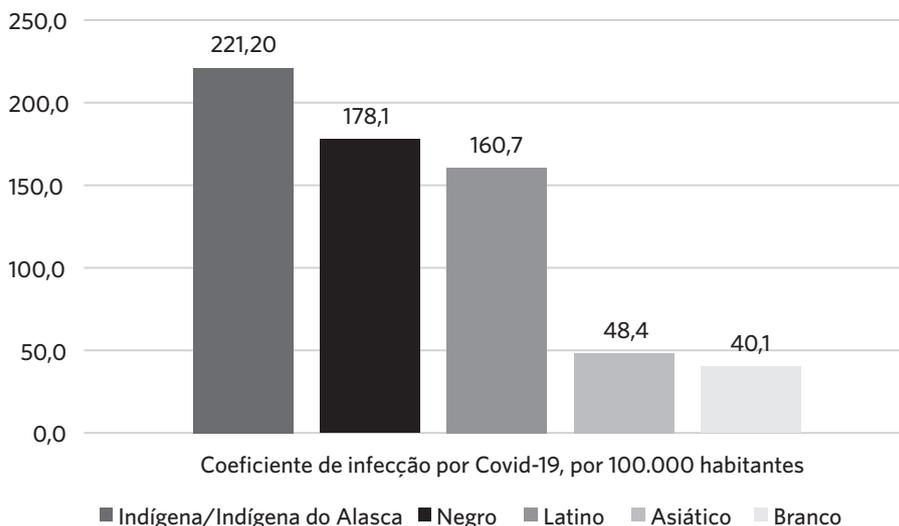
Os dados divulgados referentes às hospitalizações por SRAG, desde o BE-09 até o BEE-21, segundo a raça/cor, são mostrados no gráfico 2. Nele, é possível observar que, no início da pandemia no Brasil, a porcentagem de hospitalizações entre pessoas de raça/cor branca foi maior e decresceu ao

longo do período; ao passo que a porcentagem de hospitalizações entre pessoas negras mostrou-se crescente ao longo do período. A partir da semana epidemiológica 21 (BEE-17), observa-se uma redução expressiva dos percentuais de hospitalização para todos os grupos raciais.

Os dados relativos aos óbitos por Covid-19 publicados desde o BE-10 até o BEE-21, segundo raça/cor, estão expressos no gráfico 3. Observou-se o mesmo padrão referente às

hospitalizações, ao passo que a porcentagem de óbitos entre pessoas pardas cresceu no mesmo período, ultrapassando o percentual entre pessoas brancas.

Gráfico 3. Coeficiente de infecção pela Covid-19, segundo raça/cor/etnia, CDC, 13 de junho, Estados Unidos, 2020



Fonte: Elaboração própria.

A PESQUISA PNAD/COVID-19

Tabela 1. Resultados parciais da pesquisa IBGE, PNAD - Covid-19, segundo raça/cor

Variáveis analisadas	Raça/Cor		
	Total	Branca	Preta ou parda
Número de pessoas que apresentaram algum sintoma por mil pessoas (CV* %)	24.012 (1,0)	9.675 (1,4)	13.981 (1,2)
Distribuição das pessoas que apresentaram algum sintoma (%)	100,0	40,3	58,2
Percentual de pessoas que apresentaram algum dos sintomas no total da população (%) (CV*%)	11,4 (1,0)	10,4 (1,4)	12,1 (1,2)
Pessoas que procuraram atendimento de saúde em hospital por mil pessoas (CV*%)	1.118 (3,6)	416 (5,7)	686 (4,3)
Distribuição das pessoas que procuraram atendimento de saúde em hospital (%)	100,0	37,2	61,4
Pessoas que foram internadas em hospital e ficaram sedadas, intubadas e com respiração artificial por mil pessoas (CV*%)	31 (19,7)	14 (29,7)	17 (22,8)
Distribuição das pessoas que foram internadas em hospital e ficaram sedadas, intubadas e com respiração artificial (%)	100,0	45,1	54,9

Tabela 1. (cont.)

Variáveis analisadas		Raça/Cor		
		Total	Branca	Preta ou parda
Plano de Saúde Médico – População residente por mil pessoas (CV*%)	Total	210.869 (0,0)	92.967 (0,5)	115.475 (0,4)
	Sim	61.541 (0,9)	36.504 (1,3)	24.227 (0,1)
	Não	148.761 (0,4)	56.196 (0,6)	90.977 (0,5)
Plano de Saúde Médico – Distribuição da população residente (%)	Total	100	100,0	100,0
	Sim	29,3	39,4	21,0
	Não	70,7	60,6	79,0

Fonte: IBGE – PNAD – Covid-19/2020¹⁹.

*CV – Coeficiente de Variação.

Os dados apresentados na *tabela 1* mostram as frequências absolutas (n), relativas (%) e o Coeficiente de Variação (CV) da pesquisa PNAD-Covid-19 segundo raça/cor. Os resultados corroboram maior acometimento da população negra pela Covid-19 e maior utilização do SUS por essa população para o cuidado à saúde, já que os dados relacionados com as pessoas negras mostraram maior proporção para os sintomas da Covid-19 e maior procura por atendimento em unidades de saúde ou hospitais públicos com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Houve predominância da população branca como portadora de planos de assistência médica supletiva.

A EXPERIÊNCIA DE REGISTRO DE RAÇA/COR/ETNIA NA PANDEMIA NOS EUA: O QUE DIZ O ESTADO DA ARTE?

Disparidades étnico-raciais com relação ao número de casos e óbitos por Covid-19 ficaram evidentes nos EUA no final de março de 2020.

Em abril de 2020, vários pesquisadores, políticos e pessoas que advogam no setor de saúde pressionaram o governo federal e o CDC para acompanhar e divulgar os dados sobre Covid-19, segundo raça/cor/etnia, assim como por gênero e status socioeconômico. O CDC concordou em divulgar os dados por raça/cor/etnia em 17 de abril 2020. No dia 22 de abril 2020, o CDC publicou seu primeiro relatório

sobre o impacto da Covid-19 segundo raça/cor/etnia³⁰.

Dados de abril a junho de 2020 na cidade de Nova Iorque revelaram que os afro-americanos constituem 22% da população, mas o percentual de óbitos entre eles correspondeu a 28%^{31,32}. No estado de Nova Iorque, essa população constituiu 9%, mas concentrou 18% das mortes por Covid-19³².

Em Milwaukee County, Wisconsin, os negros representam 26% da população, e o percentual de óbitos por Covid-19 entre eles correspondeu a 73%³³.

Em Dougherty County, Georgia, os negros são 69% da população, e 81% das mortes por Covid-19 ocorreram entre pessoas negras³³. Na cidade de St. Louis, os negros representaram 47% da população, mas, até o começo de maio, concentravam 75% dos casos de Covid-19³⁴.

Um estudo realizado por Millet et al.³³ constatou que, em 78% dos dados dos departamentos estaduais de saúde, faltavam informações desagregadas por raça/cor/etnia. Este estudo também apontou que, no Estado da Georgia, 62,7% dos dados sobre casos de Covid-19 não incluíram a informação raça/cor/etnia³³. No estado de Pennsylvania, em 74% dos casos, também não havia essa informação. Ainda, de um total de 3.141 casos registrados nos relatórios de laboratório Covid-19 do Connecticut State Department of Public Health, mais de 50% não apresentavam dados sobre raça/cor/etnia³.

Dados do CDC de junho 2020 evidenciaram grandes disparidades nas taxas de internação hospitalar por raça/cor/etnia³⁵. O grupo mais afetado tem sido a população indígena norte-americana seguido da população negra. Comparando-se os dados de maio e junho, a taxa de infecção por Covid-19 cresceu de 142 para 178,1/100 mil habitantes^{30,35}. Nos EUA, a população indígena é o segmento com a maior taxa de infecção pelo novo coronavírus por 100 mil habitantes (*gráfico 3*).

Nos EUA, a John Hopkins University elaborou um portal para monitoramento e divulgação de dados e tendências relativos à pandemia. Até o final de junho de 2020, 3 estados não reportaram casos confirmados por raça/cor/etnia, 5 estados não registraram dados de óbitos e apenas 4 (8%) dos 50 estados estadunidenses reportaram dados sobre testagem com a identificação racial dos indivíduos³⁶.

Discussão

Ao serem analisados os BE, os resultados parciais da pesquisa oficial realizada pelo IBGE no Brasil e o estado da arte em saúde sobre os impactos da Covid-19 nos EUA sob a perspectiva de raça/cor/etnia, observaram-se similaridades nos dois países, a saber:

- o impacto diferenciado da Covid-19 em ambas as realidades mostrou as desigualdades no setor saúde, assim como as desigualdades sociais e econômicas mais amplas. O impacto maior do vírus na população negra não corroborou a ideia de que a Covid-19 seria uma doença que afeta igualmente todos os grupos sociais;
- vigora uma política explícita de invisibilização de dados que desvelam iniquidades étnico-raciais nesses dois países;
- foi imprescindível a sociedade tensionar

para que houvesse a divulgação de dados desagregados por raça/cor/etnia, mesmo em contexto de pandemia;

- quando os governos do Brasil e dos EUA resolveram divulgar os dados por raça/cor/etnia, esses dados mostram-se de baixa qualidade e inviabilizam análises robustas;
- mesmo com a baixa qualidade dos dados informados, segundo raça/cor/etnia, é possível evidenciar diferenciais no perfil de adoecimento e mortalidade por Covid-19, já que se tem observado que, mesmo quando há predominância de hospitalizações na população branca, registra-se maior incidência de morte na população negra.

No Brasil, a heteroclassificação corresponde ao aspecto determinante das relações sociais, e a evidência científica de que raças não existem não atenua os efeitos do racismo, haja vista que não se recorre à carga genética como base para as relações³⁷. Já nos EUA, prevalece a origem genética. Nesse sentido, a lei Jim Crow, instaurada na década de 1930, estabelecia o regime denominado *one drop* (uma gota de sangue) ou *hypo-descent* (descendência mínima), segundo o qual a carga genética era determinante no processo de classificação racial. Essas delimitações fundamentam os tipos de preconceitos vigentes no Brasil e nos EUA. No Brasil, as relações raciais são pautadas nos atributos físicos e compõem o preconceito racial de marca, ao passo que, nos EUA, a classificação racial embasada na ascendência constitui o preconceito racial de origem³⁸.

No tocante à invisibilização dos dados por raça/cor/etnia no Brasil e nos EUA, é intrigante a similaridade entre esses dois países, já que também no Brasil o percentual de óbitos por Covid-19 entre os negros é superior à composição populacional por região. Enquanto cerca de 54,8% da população brasileira é composta por negros³⁹, entre os que morreram por Covid-19 e tiveram a raça/cor/etnia identificada como pardos e pretos, esse

percentual foi de 61%. No Norte, o percentual de óbitos por essa doença entre negros foi de 86%, sendo a composição populacional para essa região em torno de 76%. No Nordeste, o percentual de mortos foi 82% para os negros, enquanto representam 70% da população, segundo o IBGE⁴⁰.

A indisponibilidade de dados segundo a raça/cor/etnia no contexto estadunidense também foi evidenciada em estudo feito de janeiro a maio de 2020 sobre vigilância de casos de Covid-19. Neste estudo, foram realizadas análises categóricas segundo sexo, faixa etária, condições de saúde e sintomas, mas não foi possível fazer comparações, análises de incidência, proporções por raça e etnia devido à elevada prevalência de dados subnotificados por essa variável⁴¹.

A divulgação de dados oficiais com baixa qualidade impossibilita o adequado monitoramento dos casos, o planejamento e a avaliação de condutas clínicas e epidemiológicas, e vigilância em saúde direcionada a contribuir para a saúde da população. Ademais, a disponibilização de dados propicia a produção de conhecimento científico e social. Logo, é fundamental a divulgação de dados com qualidade, transparência e em tempo hábil para subsidiar a construção de estratégias e a tomada de decisão no enfrentamento de uma pandemia. Os estados brasileiros que não divulgaram dados da Covid-19 por raça/cor apresentaram diferentes justificativas para não fazê-lo⁴². Nesse sentido, faz-se essencial maior transparência e divulgação dos dados pelos órgãos responsáveis, de modo a assegurar o registro da variável raça/cor/etnia no processo de testagem, registros de hospitalização e de óbito. Concomitantemente, faz-se necessária a ampliação da cobertura de testagem, incluindo as comunidades quilombolas, população idosa, em situação de rua e privada de liberdade, bem como a população negra com comorbidades^{6,7}.

No Brasil, a inclusão da variável raça/cor da pele nos sistemas de informação em saúde decorreu de intensa mobilização do movimento negro e de outros segmentos da sociedade

civil na arena política. Em 2017, foi publicada a Portaria nº 344, que dispõe sobre a compulsoriedade dos profissionais de saúde em coletar e preencher o campo raça/cor, respeitando-se o critério de autodeclaração¹³. Todavia, no caso da pandemia da Covid-19, tanto o governo brasileiro como o governo dos EUA tiveram que ser interpelados por entidades de classe, associações e movimentos negros para que os casos de Covid-19, segundo raça/cor/etnia, fossem divulgados. Coincidentemente, esses dados começaram a ser publicados nos dois países ao mesmo tempo (segunda semana do mês de abril de 2020), porém, com a mesma baixa qualidade, caracterizada por informações desconstruídas, de difícil interpretação, alto índice de casos ignorados ou sem informação.

Os dados quando confiáveis, padronizados e metodologicamente bem analisados são cruciais para o aprimoramento do sistema de saúde, pois auxiliam gestores no planejamento e nas ações, apontam evidências, padrões de adoecimento e revelam se o direcionamento de recursos, as políticas e os programas estão sendo adequados e exitosos. Ademais, não existem sistemas de saúde fortes que não estejam centralizados em Sistema de Informação em Saúde (SIS)⁴³. No Brasil, observa-se que o gerenciamento da qualidade da informação dos SIS se dá de forma pontual, fragmentada, pouco organizada e pouco sistematizada; e, geralmente, o ciclo de produção da informação é avaliado parcialmente⁴⁴.

De modo geral, as taxas de doença e morte por Covid-19 para a população negra têm sido de duas a três vezes maior do que para brancos. No tocante aos resultados parciais observados na pesquisa PNAD-Covid-19, ficou evidente maior impacto negativo da infecção pelo novo coronavírus para a população negra quando comparada à população branca. Esse fato pode decorrer da determinação social do binômio saúde-doença, da alta prevalência de doenças crônicas na população negra, das diferenças no acesso a hospitais públicos ou privados com estrutura para atender a população. Além disso, é preciso lembrar que apesar de o SUS

ser ‘universal’, é muito mais utilizado pelo estrato mais carente da população brasileira, como, por exemplo, a população negra que, muitas vezes, o tem como única alternativa. No entanto, parece que isso não tem sido levado em conta pelos poderes públicos, já que o SUS vem sendo precarizado^{45,46}.

Nos EUA, a população indígena é o segmento com a maior taxa de infecção pelo novo coronavírus. No Brasil, há insuficiência de dados sobre essa população em relação à Covid-19. Todavia, pesquisa recente evidenciou que a população indígena brasileira moradora em centros urbanos teve maior proporção de pessoas infectadas pelo coronavírus (6,3%)⁴⁰.

O enfrentamento da pandemia da Covid-19 requer igualmente o enfrentamento das desigualdades nesses dois países. A redução das desigualdades exigirá esforços dos Estados, agências de cooperação técnica, comunidades envolvidas, participação da sociedade civil, cooperação internacional, elaboração de programas e políticas específicas. É improvável que se alcancem progressos expressivos na redução das desigualdades raciais e étnicas em saúde sem uma base científica sólida e sem iniciativas amplas, sustentáveis e longitudinais que contemplem os indicadores sociais, políticos e econômicos⁴⁷. A inacessibilidade e a escassez de dados qualificados no que concerne à questão étnico-racial sobre as pessoas infectadas ou mortas pela Covid-19 representam um problema e uma grande preocupação no Brasil e nos EUA, haja vista que, para os dados publicizados até então, constata-se que grupos populacionais historicamente vulnerabilizados são os mais acometidos⁴⁸.

Com vistas a viabilizar estratégias e políticas públicas verdadeiramente promotoras da equidade, enfatiza-se que, além da necessidade de qualificar os dados sobre raça/cor/etnia, há que se considerar também: faixa etária, local de moradia, tipo de residência, acesso a saneamento básico, ocupação¹⁸, entre outros determinantes sociais¹⁰; pois sabe-se que esses fatores impactam no modo de adoecer e morrer pela Covid-19⁴⁸.

É importante destacar que houve retardo,

por parte do Estado, na inserção da variável em tela nos instrumentos de coleta e nos boletins. Contudo, a qualidade da alimentação dos instrumentos dos sistemas de informação também depende da qualificação e da sensibilização dos profissionais de saúde que atuam nos mais variados níveis de atenção em saúde. A quantidade de registro ‘sem informação’ está muito relacionada com esse aspecto.

Por fim, cabe denunciar a falta de governança para a gestão da Covid-19 no Brasil adiante da inexistência de uma coordenação nacional no Ministério da Saúde, da rotatividade da principal autoridade institucional responsável pela saúde – o Ministro da Saúde –, e da manutenção, ainda que interinamente, de uma liderança que não tem formação específica na área da saúde. Essa condição agrava e aprofunda a gestão desta crise sanitária no território brasileiro. A limitação deste estudo refere-se à dificuldade de obtenção de dados desagregados por raça/cor, qualificados, o que impossibilitou a realização de análises mais robustas.

Considerações finais

Brasil e EUA contam com população negra proporcionalmente diferente. Porém, a despeito de diferenciais numéricos, o tratamento que negros recebem nos dois países revela o racismo antinegro como um sistema excludente. Muito mais que a negação dos dados sob perspectiva étnico-racial, nega-se o reconhecimento dos sujeitos, sua identidade, seus direitos e suas necessidades.

A baixa qualidade dos dados em saúde referentes à morbimortalidade da população negra por Covid-19 reafirma o racismo e, como consequência, potencializa a vulnerabilidade desse grupo populacional. Por outro lado, o preenchimento adequado e a divulgação dos dados por raça/cor/etnia nos formulários de saúde e nos sistemas de informações em saúde do Brasil e dos EUA contribuirão para a implementação de políticas e de ações de saúde efetivas, inclusivas, bem direcionadas, com

vistas à redução de iniquidades.

Este estudo sugere que a divulgação de dados oficiais de saúde, segundo raça/cor/etnia, com alta proporção de dados ignorados, principalmente em um momento de pandemia, pode representar o descaso dos poderes públicos com a equidade e a prática de racismo institucional.

Colaboradores

Araujo EM (0000-0003-1643-2054)*, Caldwell KL (0000-0002-1156-7040)* e Santos MPA (0000-0003-0349-8521)* contribuíram para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho e

revisão crítica do conteúdo; e participaram na aprovação da versão final do manuscrito. Souza IM (0000-0001-8481-0227)* contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento e para a análise e a interpretação dos dados. Santa Rosa PLF (0000-0003-4832-0700)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; participação na aprovação da versão final do manuscrito. Santos ABS (0000-0003-3755-021X)* contribuiu para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Batista LE (0000-0003-4306-3426)* contribuiu para elaboração do artigo nas seguintes atividades: revisão crítica de importante conteúdo intelectual. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletins Epidemiológicos (1-21) Coronavírus (COVID-19) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
3. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2020; (7):398-402.
4. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc*. 2016; (25):535-49.
5. Williams DR, Priest N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*. 2015; (17):124-74.
6. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab Educ e Saúde*. 2020; 18.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Ivers LC, Walton DA. COVID-19: Global Health Equity in Pandemic Response. *Am J Trop Med Hyg.* 2020; (102):1149-50.
8. Araújo EM. Projeto: Análise de políticas de saúde no Brasil. [Entrevista ao Centro de Documentação e Análise Política em Saúde]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 2019 abr.; p. 1-4.
9. Santos JR. O que é racismo? São Paulo: Brasiliense; 2005.
10. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final [internet]. Genebra: OMS; 2010. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf.
11. Alves JAL. A Conferência de Durban contra o Racismo e a responsabilidade de todos. *Rev Bras Política Int.* 2002; (45):198-223.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília; 2017. Diário Oficial da União. 1 Feb 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009. Diário Oficial da União. 13 Maio 2009.
15. Souza IM, Hughes GD, van Wyk BE, et al. Comparative Analysis of the Constitution and Implementation of Race/Skin Color Field in Health Information Systems: Brazil and South Africa. *J Racial Ethn Heal Disparities.* 2020; 1-13.
16. Boyle K. Dimensions of Racism. In: Proceedings of a Workshop to commemorate the end of the United Nations Third Decade to Combat Racism and Racial Discrimination. New York; Geneva: United Nations; 2005. p. 1-12.
17. Center for Disease Control and Prevention. Use of Race and Ethnicity in Public Health Surveillance. Summary of the CDC/ATSDR Workshop. *MMWR.* 1993; 42(RR-10):1-16.
18. Barber S, Diez Roux AV, Cardoso L, et al. At the intersection of place, race, and health in Brazil: Residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Soc Sci Med.* 2018; (199):67-76.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD/COVID19. PNAD [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/27946-divulgacao-semanal-pnadcovid1.html?=&t=resultados>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. População brasileira às 16:13:51 de 21/4/2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
21. Osório RG. O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE. Brasília, DF: IBGE; 2003.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. New York: PNUD; 2019.
23. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
24. United States Census Bureau: Tabela de dados sobre a população (2010-2019) [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045219>.

25. United States Government. Public Law 111-148. 111th United States Congress [internet]. Washington, DC: USG; 2010. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>.
26. CNN. Obamacare: Enrollment numbers and Medicaid expansion [internet]. CNN. 2014 maio 5. [acesso em 2014 jun 21]. Disponível em: <http://www.cnn.com/interactive/2013/09/health/map-obamacare/>.
27. Artiga S, Orgera K, Damico A. Changes in Health Coverage by Race and Ethnicity since the ACA, 2010-2018 - Issue Brief. Kaiser Family Foundation [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/changes-in-health-coverage-by-race-and-ethnicity-since-the-aca-2010-2018/>.
28. Gaba C, Gee E. How Trump's Policies Have Hurt ACA Marketplace Enrollment. Center for American Progress [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: <https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/news/2020/04/16/483362/trumps-policies-hurt-aca-marketplace-enrollment/>.
29. Inequality.org. Racial Inequality and Covid-19 [internet]. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://inequality.org/facts/racial-inequality/>.
30. Center for Disease Control and Prevention. COVID-19 in Racial and Ethnic Minority Groups [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html>.
31. Lardieri A, Writer S. Hispanics and Blacks Are Hardest Hit by COVID-19 in New York City. U.S. News & World Report [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://www.usnews.com/news/national-news/articles/2020-04-08/coronavirus-disproportionally-kills-hispanics-and-blacks-in-new-york-city>.
32. New York. New York State Department of Health. COVID-Fatalities [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://covid19tracker.health.ny.gov/views/NYS-COVID19-Tracker/NYSDO-HCOVID-19Tracker-Fatalities?%3Aembed=yes&%3Atoolbar=no&%3Atabs=n>.
33. Millett GA, Jones AT, Benkeser D, et al. Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities. *Ann Epidemiol*. 2020; (47):37-44.
34. Gordon C, Johnson W, Purnell JQ, et al. COVID-19 and the Color Line [internet]. Boston Review. A Political and Literary Forum. 2020 Maio 1. [acesso em 2020 jul 6]. Disponível em: <http://bostonreview.net/race/colin-gordon-walter-johnson-jason-q-purnell-jamala-rogers-covid-19-and-color-line>.
35. Center for Disease Control and Prevention. Age Adjusted COVID-19-associated hospitalization rates by race and ethnicity, COVID-NET, March 1-May 23 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/images/us-mortality-graph-animated-06032020.jpg>.
36. Johns Hopkins. Johns Hopkins University & Medicine. Racial Data Transparency States that have released breakdowns of Covid-19 data by race [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/data/racial-data-transparency>.
37. Guimarães ASA. Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. *Rev Bras Ciências Sociais*. 1999; (14):103-15.
38. Nogueira O. Tanto preto quanto branco: estudos de relações raciais. São Paulo: T.A. Queiroz; 1985.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos [internet]. Agência IBGE Notícias. 2019 fev 12. [acesso em 2020 mar 11]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>.
40. Soares M. Dados do SUS revelam vítima-padrão da COVID-19 no Brasil: homem, pobre e negro [internet].

- Revista Época. 2020 jul 13. [acesso em 2020 jun 8]. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414>.
41. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance – United States, January 22–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; (69):759-65.
 42. Faria F, Yukari D, Velasco C, et al. Maioria dos estados não divulga dados sobre cor de vítimas da Covid-19 [internet]. Folha São Paulo. 2020 jun 21. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/06/maioria-dos-estados-nao-divulga-dados-sobre-raca-de-vitimas-da-covid-19.shtml>.
 43. Moucheraud C, Schwitters A, Boudreaux C, et al. Sustainability of health information systems: a three-country qualitative study in southern Africa. *BMC Health Serv Res.* 2017; (17):23.
 44. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; (19):4467-78.
 45. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, et al. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010 – Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond; 2011.
 46. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (23):1763-76.
 47. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health.* 2019; (40):105-25.
 48. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Avançados.* 2020; (34):225-43.
-
- Recebido em 14/07/2020
Aprovado em 19/09/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

How limitations in data of health surveillance impact decision making in the Covid-19 pandemic

As limitações nos dados de notificação de Covid-19 e implicações para avaliações baseadas em critérios

Daniel Antunes Maciel Villela¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E413

ABSTRACT The Covid-19 pandemic signaled an alert to all countries about controlling transmission of SARS-CoV-2 to have fewer infected individuals, causing less stress to all health systems, and saving lives. As a result, multiple governments, including national and local levels of government, went through several degrees of social distancing measures. The decision process regarding the flexibilization of social distancing measures requires evidence of incidence decrease, available capacity in the health systems to absorb eventual epidemic waves, and serological prevalence studies designed to estimate the proportion of individuals with antibody protection. The trend criterium usually given by the effective reproduction number might be misguided if there are significant delays for reporting cases. For instance, the reproduction number for Niterói, in the state of Rio de Janeiro, went down from a value of approximately 3 to little more than 1. Even with all measures, the reproduction number did not get below $R < 1$, which would demonstrate a more controlled scenario. Finally, a prediction method permits adjusting the notification delay and analyzing the current status of the epidemics.

KEYWORDS Coronavirus infections. 2019 novel coronavirus pandemic. Models, theoretical. Public health surveillance.

RESUMO A emergência do vírus SARS-CoV-2 e a pandemia de Covid-19 geraram um alerta a várias nações para controlar a transmissão do vírus a fim de ter menor número de indivíduos infectados, com menor demanda ao sistema de saúde e salvar vidas. Como resultado, vários países e governos locais impuseram medidas de distanciamento social em diferentes graus. O processo de decisão quanto à flexibilização de medidas de distanciamento social requer evidência de diminuição de incidência, capacidade disponível no sistema de saúde para absorver novas ondas de transmissão e testagem ampla para conhecer a soroprevalência. Este trabalho mostra a limitação em indicadores como o número de reprodução ante limitações como os atrasos para notificação de registros de casos confirmados. No município de Niterói, o número de reprodução com valor aproximadamente 3 no início da epidemia reduziu para valores pouco superiores a 1, o que ainda não seria suficiente para controle efetivo. Contudo, evidencia-se que a análise de semanas mais recentes sofre com efeito de atraso das notificações. A análise com o número de óbitos também apresenta esse efeito. Finalmente, apresenta-se proposta para analisar o quadro de vigilância epidemiológica com uso de técnica de predição, usando curva de crescimento característico.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavirus. Epidemia pelo novo coronavírus 2019. Modelos teóricos. Vigilância em saúde pública.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
daniel.villela@fiocruz.br



Introduction

The arrival of SARS-CoV-2 in Brazil proved to be a challenge for health surveillance due to insufficient testing, varying degrees of preparedness in surveillance and health system capacity, health inequities displaying in population vulnerabilities, among other factors. The impact mitigation of the Covid-19 pandemic led to various measures regarding social distancing, as well as better practices on hygiene, in order to reduce the number of cases in the epidemic peak and to reduce the transmission intensity¹. Hardship in the effort for sustaining population isolation for a long time requires objective criteria for continuous evaluation on returning to a new normal of collective activities.

Discussion about improvement on surveillance and getting back to a 'new normal' involves a careful evaluation of the situation. Indicators should confirm any related decisions gathered from local levels, such as states and cities, and followed by gradual steps. In early March, health surveillance in the main urban centers of São Paulo and Rio de Janeiro indicated sustained transmission of SARS-CoV-2. Subsequently, the virus spread to other urban centers in the country, and the process still goes on spreading to small and medium cities. Various cities in the Northern region of Brazil, such as Manaus, had many cases of Covid-19 in March. Serological tests show that the proportion of people developing antibodies against SARS-CoV-2 infection is more substantial in the region than in other parts of the country. All these aspects show that the pandemic happens asynchronously across cities. Therefore, evaluations should be local, considering the trend of cases, the health system capacity, and the seroprevalence in the population.

The World Health Organization (WHO) issued recommendations for monitoring trends of cases and deaths, testing, and health system capacity². Regarding case trend analysis, an important number is the effective reproduction number, R , which describes the number of secondary cases of infection

expected after an infected individual at any time³. This number corresponds to the basic reproduction number (R_0) at the beginning of the epidemic. As the number of susceptible individuals decreases, R values should lower. Social distancing and similar measures might accelerate the process. The goal is to have $R < 1$. WHO recommends an $R < 1$ for at least two weeks as one of the criteria to consider any return to daily routines. But there might be stochastic fluctuations, and relaxing isolation measures will put more susceptible people at risk, which can also increase R values.

Here we analyzed the cases reported in the Brazilian notification system using datasets from the state of Rio de Janeiro to understand these criteria in the state and its municipalities. We analyze both deaths and confirmed cases. We evaluate the reproduction number and show a method for forecasting the number of cases, including the number of cases accounting for the notification delay.

Materials and methods

Data

Analytical work involved datasets of anonymized cases of Covid-19 in the state of Rio de Janeiro obtained from the RJ Covid-19 dashboard maintained by the Health Secretariat of State of Rio de Janeiro. We used two datasets depending on the downloading date: the first dataset on May 7th whereas the second on June 6th, i.e., separated by a 30-day difference. Traditional surveillance teams notify cases using a standard form from the agency responsible for database systems at the Ministry of Health, Datasus. Entries, however, might enter the database system on dates different from the notification date. Therefore, the dataset contains entries for individual cases that contain several dates: the date of initial symptoms, the notification date, the conclusion date, and the date of death, if death is the outcome. A more

convenient approach to analyze trends is to aggregate notification records by any of these dates and cities. In this case, the aggregation allows us to have the number of cases by date and city, considering initial symptoms and the particular city. This aggregation allows studying the dynamics of the transmission of the SARS-CoV-2 virus.

The state of Rio de Janeiro is in the Southeast region of Brazil. Population size is 17.2 million people, whereas the capital concentrates the most density, of about 6.6 million inhabitants. Niterói, a city in the state of Rio de Janeiro, with approximately 0.5 million people, is chosen as a case study, since city authorities issued several restrictive measures to mitigate the transmission of SARS-CoV-2 in the city. The city of Rio de Janeiro severely reduced commerce and services activity, as well as public transportation, and the state restricted human mobility between towns⁴. Cumulative incidence and mortality rate use number of cases (or cases with death as outcome) and population size estimates, given by the National Statistics Bureau (IBGE – <https://www.ibge.gov.br>) based on census and demographic methodologies.

Epidemiological analysis

We analyze the intensity of transmission over time using the effective reproduction number R , which describes how many cases are expected to develop the disease after a case at any time^{5,6}. We estimated R values using time series for each municipality using the parametric method in the package EpiEstim in the R statistical platform, developed by Cori et al.⁷. This parametric method is based on the framework proposed by Cori et al.⁷, which takes into account the daily number of cases and knowledge about the distribution of the serial interval of the disease. The serial interval comprehends the time interval between the onset of symptoms in a primary case and a secondary case. The estimation of R for any day depends on the number of cases counted on

that day, the daily number of cases on previous days, and the distribution of the serial interval. We assume a serial interval of 4.7 days with a standard deviation of 2.9 days, as estimated by Nishiura et al.⁸.

We also estimate the trend over recent weeks by an estimation of the daily incidence over the past three weeks with the method proposed by Villela⁹. The algorithm forecasts epidemic numbers based on data collected over discrete time units such as days, weeks or months⁹. Since the method permits forecasting from an incidence time series, it also allows a prediction of the recent weeks when using the time series of daily cases discarding the past weeks. This nowcasting process requires data until a chosen date to estimate the growth parameters in the epidemic curve. In this case, the goal of using this methodology is to correct notification delay due to lack of transmission of records to the database. The method has an assumption that the epidemic curve has a shape that can be modeled by a generalized Richards model¹⁰.

An important death-related indicator is the Case Fatality Rate (CFR), calculated by the ratio between the cumulative number of deaths and the cumulative number of confirmed cases¹¹.

Results

The State of Rio de Janeiro had counted 14,156 and 64,533 confirmed cases of Covid-19 as reported in the dashboard of the state of Rio de Janeiro, by May 7th and June 6th, respectively. The most recent figure indicates a cumulative incidence higher than 370 cases per 100 thousand inhabitants. Furthermore, the mortality rate is higher than 38 deaths per thousand inhabitants in the state. The June dataset contains the records in the previous dataset plus more notifications added to the database. When we examine the date of first symptoms in the June dataset, 44,834 cases had initial symptoms prior to May 7th, hence an outstanding figure of 30678 late-counted

Table 1. Cases in the State of Rio de Janeiro by categories of age and gender, using the dataset with notifications registered by June 6th

Variables	Categories	Confirmed	Cases	Deaths from confirmed	Cases
Sex					
	Female	32,897	(51%)	2,873	(43%)
	Male	31,249	(49%)	3,749	(57%)
	Undefined	3		1	
Age (years)					
	0-9	249	(2%)	18	(< 1%)
	10-19	113	(1%)	15	(<1%)
	20-29	467	(3%)	87	(1%)
	30-39	1,429	(9%)	243	(4%)
	40-49	2,175	(14%)	569	(9%)
	50-59	2,671	(18%)	983	(15%)
	60-69	3,136	(21%)	1,534	(23%)
	70+	5,000	(33%)	3,174	(48%)
Age-missing					
	N/A	49,293	(76%)	16	(<1%)

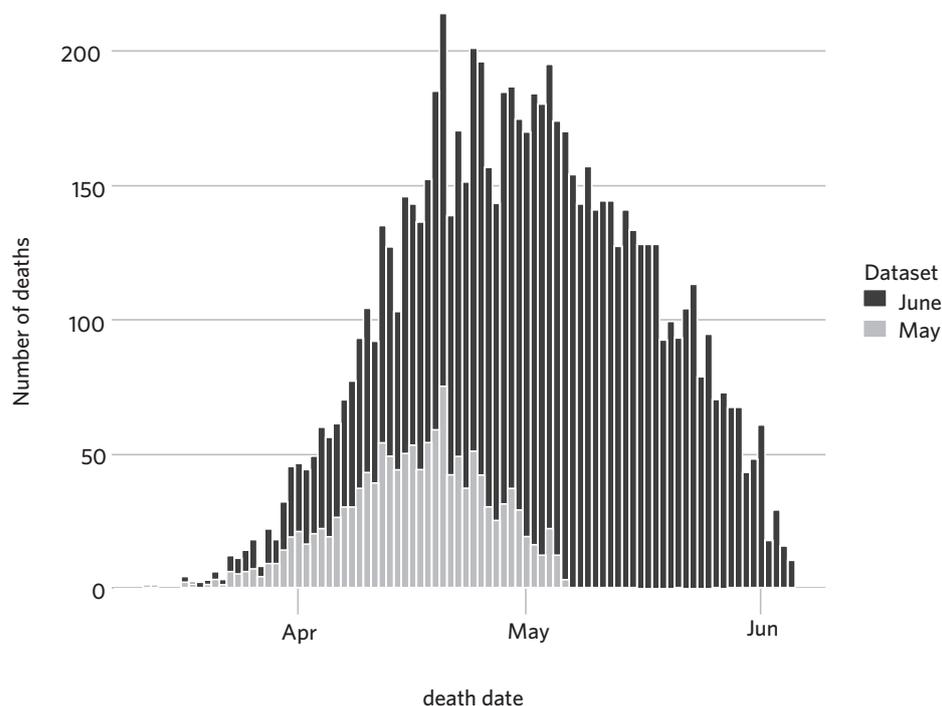
Source: Data from Covid-19 dashboard maintained by the Health Secretariat of Rio de Janeiro accessed June 6th, 2020.

cases.

Table 1 shows the total number of Covid-19 cases in the state of Rio de Janeiro given by the categories of age, gender, and missing numbers for age information. From more than 64,000 cases of Covid-19 reported by June 6th, gender frequency was 51% / 49%, i.e., close to 50% for each gender group (a little higher than 30,000 cases for each of male and female groups). Regarding death counts, however, the

frequency was much higher for female individuals (57%). When investigating incidence by age, the incidence of Covid-19 increases over age intervals. The number of fatalities also increased with age, given that more than 50% of cases had age higher than 60 years. The age information has a noticeable missing rate (76%) in the dataset but minimal missing rate among dead cases. The Case Fatality Ratio in the June dataset indicates little more than 10%.

Figure 1. Number of deaths from cases of Covid-19 in the state of Rio de Janeiro. The first dataset (May) contains cases registered up to May 7h, whereas the June dataset has notifications registered by June 6th. Dates are given by death dates. Only cases with death as the outcome are considered

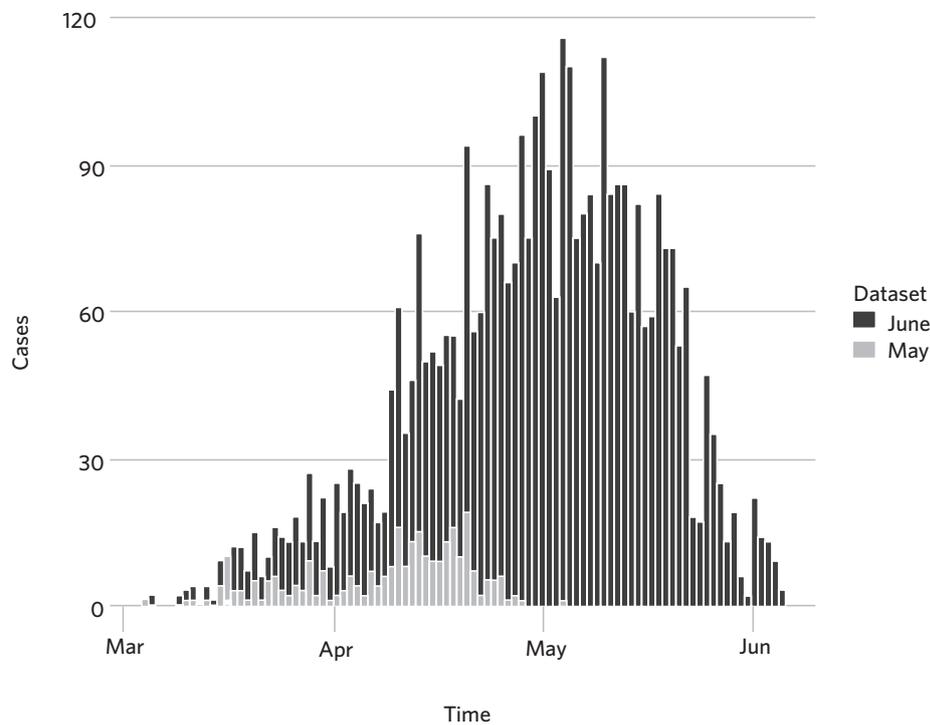


Source: Own elaboration.

Figure 1 shows the number of confirmed cases of Covid-19 that had death as an outcome in the state of Rio de Janeiro. Until May 7th, the state of Rio de Janeiro had counted 1394 deaths, among which 63 records did not have the date of death (4.5% missing rate). By June 6th, the state had 6,639 deaths. A total of 54 notifications did not have death dates (0.8% missing rate). The analysis from the June 6th

dataset, however, reveals that the number of cases up to May 7th was significantly larger since 3,740 deaths had happened, hence an outstanding number of 2,346 cases of death had not been reported at the time. Also, in the dataset, a portion of 0.7% of cases did not have dates of first symptoms available (504 notifications from the total of 64,533 cases).

Figure 2. Daily numbers of cases of Covid-19 registered in the city of Niterói, RJ, over time with two datasets (May, June). Aggregation over time considers dates when the first symptoms appeared

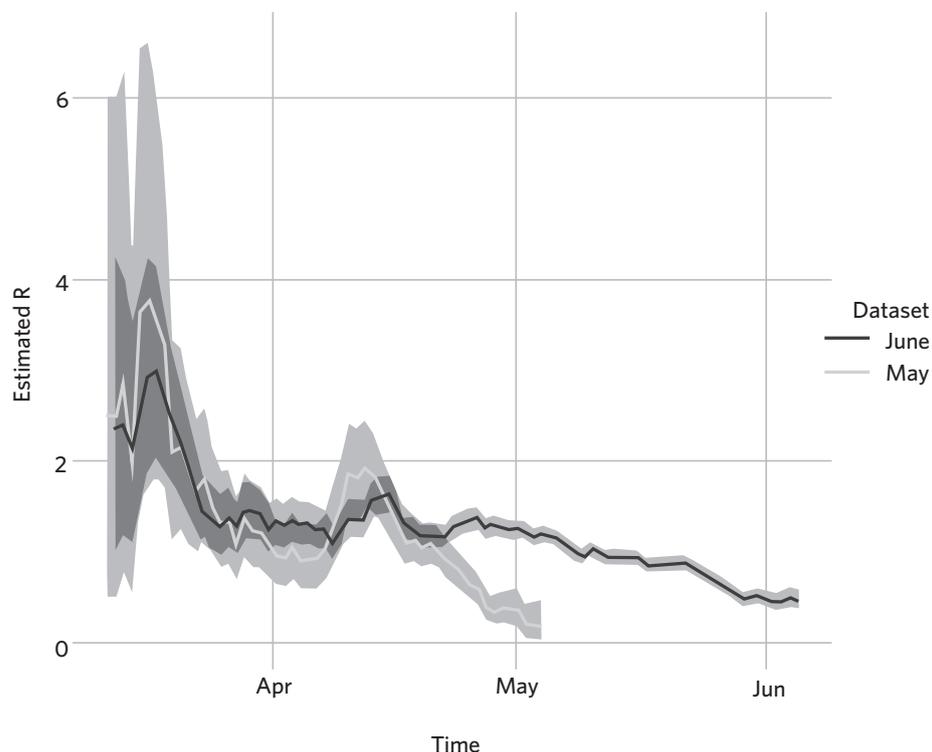


Source: Own elaboration.

Figure 2 shows the daily number of cases of Covid-19 in the municipality of Niterói, where only a few cases were reported with initial symptoms until May 7th. The city had counted 524 cases up to May 7th and 3,586 cases up to June 6th. From June dataset, the city had

many cases of Covid-19 in May, especially at the beginning of the month, since 2,135 cases were counted up to May 7th, hence a difference of 1611 cases. Until June 6th, the city of Niterói had 3,586 cases and 126 deaths (CFR = 3.5%).

Figure 3. Estimation of R values for the city of Niterói using the two datasets of Covid-19. Shaded areas correspond to the credibility intervals for both estimations (June and May datasets in dark and light gray, respectively)

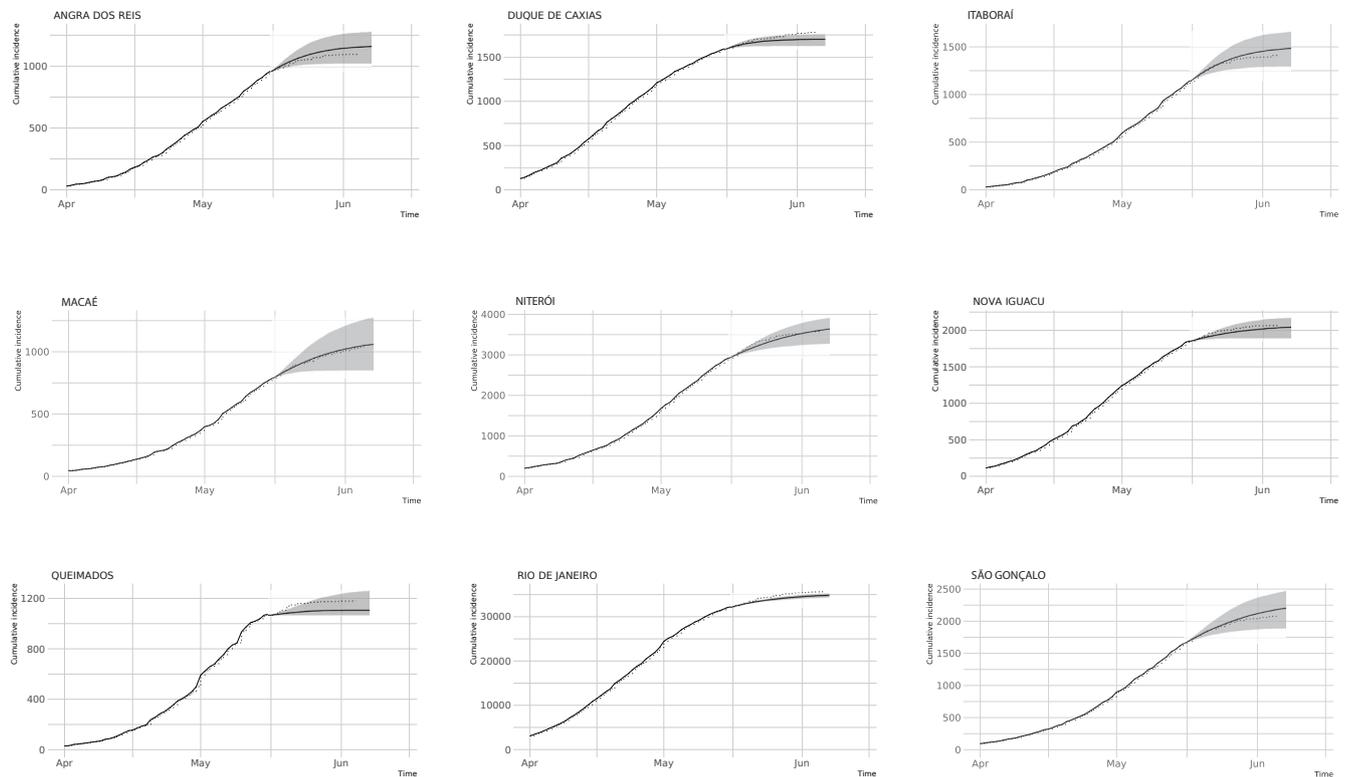


Source: Own elaboration.

Estimated values of reproduction number R in the early epidemic phase were significantly higher than the threshold $R > 1$. In particular, the first value in the state of Rio de Janeiro had mean $R_0 = 2.34$ (95% CrI = 1.89 – 2.82). The analysis of R in *figure 3* reveals several aspects of the transmission dynamics in the city of Niterói. First, in the early phase of the

epidemic mean $R_0 = 2.37$ (CrI = 1.02 – 4.27), but falls sharply by the end of March. However, the value of R does not get below the critical threshold of $R = 1$ until Mid-April for the May dataset and mid-May for the June dataset. Estimation of R values indicates low values, i.e. $R < 1$ for about three weeks in both datasets in the last days of analysis.

Figure 4. The nowcasting using the approach by Villela for the nine cities with the most cases in the state of Rio de Janeiro



Source: Villela⁹.

Note: Shaded areas exhibit 95% credibility intervals. Dotted lines depict the actual numbers reported in each of the cities.

Figure 4 shows the results of the nowcasting procedure to evaluate the number of cases in the nine municipalities with most cases in the state of Rio de Janeiro. Actual numbers within the shaded areas are an indicator of good performance. The method performs well for the cities of Niterói, São Gonçalo, Queimados, Nova Iguaçu, Macaé, Angra dos Reis and Itaboraí. The number of registered cases in the epidemic curve is beyond the credibility intervals only for Rio de Janeiro and Duque de Caxias. The credibility intervals increase as time progresses, showing increasing uncertainties over time. All curves point to a slowing down of the number of cases, with varying degrees of acceleration.

Discussion

Brazilian health surveillance relies on database systems that have national coverage and are flexible to be handled by various statistical softwares, including open systems. These database systems such as the current eSUS and Sivep-gripe systems for notifying syndromes such as Influenza-like Illness and Syndrome of Acute Respiratory Illness (Sari) proved to be helpful in the current crisis due to the Covid-19 pandemic. These databases permit epidemiological analyses to obtain results such as the ones in this work. The epidemic in the state of Rio de Janeiro is still ongoing at this moment, but numbers are already critical for

demanding public health policies. The prospect of several thousands of cases of Covid-19 cases and deaths lead to harsh but necessary restrictive measures to curb contagion of SARS-CoV-2. Social distancing and several recommendations helped to mitigate the impact of the epidemic, but our analysis still shows many cases, as revealed by more than 60,000 confirmed cases in the state of Rio de Janeiro and more than 6,000 deaths. Hence, the Case Fatality Ratio currently stands at 10%, but had different risks among groups depending on age and gender. The higher risk applies to older adults, and the number of deaths was disproportionately higher as the outcome of male individuals. Still, despite the strengths of the health surveillance databases, there are limitations to be either fixed or treated to avoid uncertainties.

How to report the number of deaths has been an issue during the period of the Covid-19 pandemics. Counting the total number of deaths by notification date might obfuscate many early deaths, possibly misunderstood for late deaths. Counting by death date permits tracing the dynamics of the disease. However, in this case, recent numbers will hide a large number of deaths still to be counted due to delays involving confirmation, notification system, and other factors. The analysis of death numbers revealed that only accounting for recent records largely underestimates the latest figures. Therefore, criteria only based on recent number of deaths should be avoided.

Reporting of cases exhibits significant delays that impact the daily evaluation of the incidence and puts uncertainty in the surveillance decisions. The basic reproduction number is in agreement with several evaluations from other countries¹². The WHO recommends evaluation over three weeks with $R < 1$. If the number of cases is decreasing over the last two weeks, one of the criteria for returning to a new normal is supposedly met. However, results here show that $R < 1$ for more than the last two weeks when analyzing the May dataset. Later, the June dataset proved that by

late April/early May, many cases of Covid-19 were still emerging. As time progresses, we observed that the city of Niterói could not have R values below 1, despite having a functional surveillance capacity and all the broad measures from the city Health Department. Therefore, the recommendations should take into account the delay expected in each city/state. But the current notification delays can lead to few numbers in recent days, which inadvertently leads to low estimates of R .

The approach of using the early epidemic to estimate numbers in the current stage of the epidemic proved helpful. An analysis of the epidemic curve in the nine cities ranking higher in confirmed cases shows that later reported values for most of them were within the range of estimation. Therefore, nowcasting is a predictive tool to mitigate notification delay problems. The method by Villela⁹ requires an epidemic with a single peak. The current pandemic has required social distancing. If the population resumes some aspects of daily life routine, such as working/attending school etc., new periods of an extended force of infection might appear leading to multiple peaks. In this case, some adjustments, such as analyzing by parts, should adapt the forecasting methodology. Such effects might be the case for some municipalities that exhibited number of cases beyond the credibility intervals.

Recent works analyzed the reproduction number in Brazil motivated by understanding the impact of Non-Pharmacological Interventions. Mellan et al. provide an extensive study of the early epidemic in several states with an evaluation of the reproduction number as a result of the reduction of human mobility¹³. Candido et al. also evaluated the reproduction number as part of assessing the spread of SARS-CoV-2 in Brazil along with genomic analysis of samples obtained from cases in the country¹⁴. A similar approach by Xavier et al. evaluated the reproduction number for the state of Rio de Janeiro across different periods also by a phenomenological model (Reproduction Number $R=1.88$, 95%

CI: 1.27-2.8) and a compartment-based model (Reproduction number $R=2.3$, 95% CI: 1.02-4.0)¹⁵. The 95% intervals in these studies are very well within the ranges measured in the present study.

Estimating the notification delay is possible by the statistical structure observed from the difference between the registration date and the date of first symptoms. The inference method proposed by Bastos et al. constructs a matrix with elements unobserved, given by time and amount of delay, to be estimated by statistical learning of the time series¹⁶. Such matrices will have predictions for every element and might use covariates, for instance, seasonal variables. In some cases, such as the aggregated number of cases over time, the approach presented here based on generalized Richards model applies very well to do both nowcasting and forecasting.

The numbers presented here are neither the final numbers of the epidemic nor in the state of Rio de Janeiro or in its cities. Indeed, our analysis shows that more incoming data in subsequent weeks will conclude the counts of confirmed cases, apart from subnotification issues. Also, this ongoing process impacts the cumulative incidence and mortality rates. A proper estimation of the case fatality ratio requires time for accurate figures for confirmed cases and number deaths. Also, the confirmation of cases requires testing and diagnosing individuals that demand care at health facilities. But the number of deaths by age groups presented here indicate a high risk for older adults, in agreement with other studies for Covid-19 in Italy¹⁷. The number of deaths suffers from notification delays, and the number of confirmed cases is limited by the number of applied tests. Therefore, the numbers from *table 1* comprise exploratory analysis, and the death rate evaluation still requires final numbers. These kinds of results are very relevant to modeling studies, including finding better estimates for CFR, as proposed by Verity et al.¹⁸. Also, another possible death-related indicator is the Infection Fatality

Rate (IFR) in which the denominator is the number of infected people. One possibility to obtain the IFR is by serological surveys such as done by Hallal¹⁹.

Analysis of delay notification does not solve issues related to undetected cases. Asymptomatic individuals might also impact transmission. Li et al. found that a substantial number of infections went undetected in Wuhan, China, but the transmission rate for those cases accounted for 55% of the regular transmission rate²⁰. Also, some individuals might be pre-symptomatic, hence not considered in those datasets.

The methodology defined by Villela⁹ for short term forecasting assumes epidemics with little to no interventions, in which the shape of the epidemic curve is well approximated by the generalized Richards model. We noticed that for two cities in the state of Rio de Janeiro, the number of cases was not within the credibility interval of 95%. In most cities, NPI interventions are taking place with significant impact. A distinct behavior due to interventions, however, is a possible reason for lack of accurate estimation in the case of those cities.

Health surveillance should also rely on strategies of contact tracing infected individuals to identify close contacts also infected to receive treatment and to mitigate subsequent transmission. Availability of tests such as done with RT-PCR is necessary for this purpose. Moreover, serological surveys are essential to having an unbiased perspective of the epidemic. In this case, a study designed to randomly apply serological tests indicates how far the epidemic is from achieving herd immunity, which is the condition for starting reducing numbers of cases. The force of infection gets down to the point of not having intensity for more outbreaks, even though some stochasticity might still happen. Hallal et al. found a seroprevalence of 7.5% for the population of the city of Rio de Janeiro, showing how underestimated the numbers are from the state dashboard²¹. Testing in this random serological

design estimates from sampling the number of infected individuals to date, including recovered ones, as well as asymptomatic ones.

The experience in analyzing surveillance datasets shows high variability in variable completion in the health surveillance databases, since the missing rate can be quite high for a few variables. In the dataset of analysis in this work, date of symptoms, and date of death were very well documented, whereas age information had high missing rate.

Conclusions

Incidence and mortality rates for the ongoing epidemic of SARS-CoV-2 infections in the state of Rio de Janeiro in 2020 are already very high, thus requiring proper analysis on health surveillance. This work shows that these effects introduce uncertainties in epidemic indicators, hence the need for uncertainty treatment.

Criteria for relaxing social distancing measures, introduced to mitigate the impact of the pandemic, demand knowledge of incidence

over time. Indicators such as estimated values of the effective reproduction number produce a time-varying measurement of the epidemic intensity. This work, however, shows that the notification delay significantly impacts an accurate estimation. An assessment by nowcasting as described in this work with knowledge of up to the previous three weeks should be valid for obtaining accurate estimations, but epidemiological evaluations for decision-making processes should also include other indicators.

Acknowledgment

Villela DAM is a CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) Research Fellow (Ref. 309569/2019-2).

Collaborator

Villela DAM (0000-0001-8371-2959)* is responsible for elaborating the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Villela DAM. The value of mitigating epidemic peaks of COVID-19 for more effective public health responses. *Rev Soc Bras Med Trop* [internet]. 2020. [access in 2020 Mar 2]; (53):e20200135. Available from: <https://doi.org/10.1590%2F0037-8682-0135-2020>.
- World Health Organization. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19 [internet]. 2020. [access in 2020 Mar 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Keeling MJ, Rohani P. *Modeling Infectious Diseases in Humans and Animals*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
- Dantas G, Siciliano B, França BB, et al. The impact of COVID-19 partial lockdown on the air quality of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Sci Total Environ*. 2020; (729):139085.
- Wallinga J. Different Epidemic Curves for Severe Acute Respiratory Syndrome Reveal Similar Impacts of Control Measures. *Am J Epidemiol*. 2004; 160(6):509-16.
- Wallinga J, Lipsitch M. How generation intervals shape the relationship between growth rates and reproductive numbers. *Proc R Soc B Biol Sci*. 2007; 274(1609):599-604.
- Cori A, Ferguson NM, Fraser C, et al. A New Framework and Software to Estimate Time-Varying Reproduction Numbers During Epidemics. *Am J Epidemiol*. 2013; 178(9):1505-12.
- Nishiura H, Linton NM, Akhmetzhanov AR. Serial interval of novel coronavirus (COVID-19) infections. *Int J Infect Dis* [internet]. 2020. [access in 2020 Mar 19]; (93):284-286. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220301193>.
- Villela DAM. Discrete time forecasting of epidemics. *Infect Dis Model*. 2020; (5):189-96.
- Wang X-S, Wu J, Yang Y. Richards model revisited: validation by and application to infection dynamics. *J Theor Biol*. 2012; (313):12-9.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T, Organization WH. *Basic epidemiology* [internet]. Geneva: World Health Organization; 2006. [access in 2020 June 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43541>.
- Kucharski AJ, Russell TW, Diamond C, et al. Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2020; (20):553-58.
- Mellan T, Hoeltgebaum H, Mishra S, et al. Report 21: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil [internet]. Imperial College London; 2020. [access in 2020 Aug 25]. Available from: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/78872>.
- Candido DS, Claro IM, de Jesus JG, et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*. 2020; 369(6508):1255-1260.
- Xavier J, Giovanetti M, Adelino T, et al. The ongoing COVID-19 epidemic in Minas Gerais, Brazil: insights from epidemiological data and SARS-CoV-2 whole genome sequencing. *Emerg Microbes Infect*. 2020; 9(1):1824-34.
- Bastos LS, Economou T, Gomes MFC, et al. A modelling approach for correcting reporting delays in disease surveillance data. *Stat Med*. 2019; 38(22):4363-77.
- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020; 323(18):1775-1776.
- Verity R, Okell LC, Dorigatti I, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis* [internet]. 2020 [access in 2020 Apr 2]; (20):669-77. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7).

19. Remarkable variability in SARS-CoV-2 antibodies across Brazilian regions: nationwide serological household survey in 27 states | medRxiv [internet]. In Press 2020. [access in 2020 June 29]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.30.20117531v1>.
20. Li R, Pei S, Chen B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science*. 2020; 368(6490):489-493.
21. EpiCovid. Em duas semanas, aumenta em 50% a proporção da população com anticorpos para coronavírus no Brasil [internet]. 2020. [access in 2020 June 19]. Available from: <http://epidemio-ufpel.org.br/uploads/downloads/19c528cc30e4e5a90d9f71e56f8808ec.pdf>.

Received on 06/30/2020

Approved on 09/20/2020

Conflict of interests: non-existent

Financial support: Villela D is a CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) Research Fellow (Ref. 309569/2019-2)

Covid-19 em uma Região Metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades

Covid-19 in a Metropolitan Region: public policies and social vulnerability within a context of inequality

Arthur Chioro¹, Karina Calife², Cláudia Renata dos Santos Barros³, Lourdes Conceição Martins³, Marcos Calvo⁴, Evaldo Stanislaw⁴, Luiz Amador Pereira³, Marcos Caseiro⁵

DOI: 10.1590/0103-11042020E414

RESUMO A Covid-19 chegou rapidamente à periferia das grandes cidades brasileiras, a qual é socialmente mais vulnerável. A baixa capacidade de testagem resulta na adoção de medidas sem informações consistentes sobre o comportamento da doença e interfere na adoção de ações de controle. Objetivou-se estimar a prevalência de infecção por SARS-CoV-2 na população da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) e analisar impactos da vulnerabilidade social e de políticas públicas implementadas em contextos de desigualdades. Estudo de caráter quantitativo, transversal, mediante inquérito sorológico seriado e aplicação de questionário em amostragem populacional estratificada e coleta domiciliar, nos nove municípios da RMBS. Conclui-se que a soroprevalência medida foi de 1,4% na primeira fase, e de 2,2% na segunda; permitindo estimar 15 pessoas infectadas para cada caso notificado na primeira fase, e 10 na seguinte. A letalidade foi recalculada para 0,40% e 0,48% em cada fase, aproximando-se da casuística internacional. Pessoas mais vulneráveis são as mais atingidas pela pandemia, devendo ser consideradas: informalidade no trabalho, baixa renda, cor da pele autorreferida como preta ou parda e informações ambivalentes quanto à prevenção. Os resultados reforçam a importância do isolamento social e da adoção de medidas econômicas e sociais protetivas destinadas às populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Estudos soropidemiológicos. Infecções por coronavírus. Betacoronavirus. Iniquidade social. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT *Covid-19 dramatically impacted socially vulnerable regions at the outskirts of large Brazilian cities. Besides, low testing capacity resulted in the lack of proper control measures due to inconsistent information on the disease's behavior. This study aimed to estimate prevalence of SARS-CoV-2 antibodies among the Baixada Santista Metropolitan Region (RMBS) population and the impacts of social vulnerability and public policies implemented within an environment of inequality. A quantitative, cross-sectional study, through a serial serological survey and the application of a questionnaire in stratified population sampling and home drew, in nine municipalities of RMBS. Seroprevalence was 1.4% in the first and 2.2% in the second phase, allowing to estimate 15 infected people for each case notified in the first phase, and 10 in the following. Lethality was recalculated to 0.40% and 0.48% in each phase, approaching the international rates. Socially vulnerable people were the most affected by the pandemic. Informal work, low income, self-reported skin color as black or brown, and ambivalent information regarding prevention should be considered as risk factors. Our results reinforce the relevance of social isolation and the adoption of protective economic and social measures, especially for socially vulnerable populations.*

KEYWORDS *Seroepidemiologic studies. Coronavirus infections. Betacoronavirus. Social inequity. Social vulnerability.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil. arthur.chioro@unifesp.br

²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) - São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Católica de Santos (Unisantos) - Santos (SP), Brasil.

⁴Universidade São Judas Tadeu (USJT) - São Paulo (SP), Brasil.

⁵Universidade Santa Cecília (Unisantos) - Santos (SP), Brasil.



Introdução

Desde março de 2020, 9 universidades públicas e privadas da Baixada Santista e de São Paulo, representadas por 24 pesquisadores – em sua maioria docentes do campo da saúde coletiva –, juntamente com o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) – composto pelos prefeitos dos nove municípios da RMBS e representantes do governo do Estado –, e com o apoio do Parque Tecnológico de Santos, têm-se articulado para investigar a situação da soroprevalência na região, a partir de um inquérito de base populacional, denominado ‘Epidemiologia da Covid-19 na Baixada Santista – Epicobs’.

O aparecimento de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, em 2019, deu-se inicialmente na China, seguindo rapidamente para o continente asiático e europeu, até chegar ao Brasil, em 25 de fevereiro de 2020, quando foi notificado o primeiro caso no país. Sua entrada e a disseminação inicial deram-se pelas grandes cidades brasileiras, especialmente as que têm aeroportos internacionais^{1,2}. A pandemia por Covid-19, como passou a ser denominada a enfermidade que assolou praticamente todos os países, afetou no Brasil – inicialmente as pessoas com mais alta renda, mas experimentou intenso e rápido processo de ‘periferização’ –, espalhando-se rapidamente para as regiões periféricas das capitais e regiões metropolitanas, marcadas por precárias condições de moradia e alta vulnerabilidade social.

Há uma grande população em situação de vulnerabilidade e excluída de direitos básicos³. Para países como o Brasil, superpopuloso e de dimensões continentais, e para os seus entes subnacionais (estados e municípios), que vivem ondas assíncronas epidêmicas, com tempos e distribuição de casos e óbitos de Covid-19 distintas, estudos de base populacional que estimem a soroprevalência nas diversas regiões do País tornam-se imprescindíveis para o enfrentamento da pandemia e podem ser de grande importância para a organização das

políticas públicas, em geral, e para o próprio Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Na atual conjuntura social e política vivida no Brasil, essa pandemia tem um grande impacto social, que se reveste de magnitude diferente daquela observada nos países do Hemisfério Norte. Existem fatores que podem estar influenciando a questão, a despeito da existência do SUS, que tem sido fundamental para a proteção da vida da população, entre os quais podem ser destacados: a inexistência de uma política de testagem definida e adequada (testa-se, nacionalmente, apenas pacientes internados, portanto mais graves); a fragilização da rede básica de saúde, resultante da desestruturação do Programa Mais Médicos; os efeitos deletérios do subfinanciamento do SUS, que, a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95), passou ao patamar ainda mais grave de desfinanciamento da saúde⁵; a incapacidade de garantir equipamentos de proteção individual e outros insumos fundamentais para que os trabalhadores do SUS pudessem efetuar com segurança seu papel no enfrentamento da pandemia.

Os fatores que mais incidem sobre a resposta brasileira à pandemia, todavia, originam-se pela conjugação de dois outros fatores. Em primeiro lugar, a profunda desigualdade social existente no Brasil, que se expressa na existência de uma grande população vulnerável, excluída de direitos básicos essenciais. Em segundo, a postura negacionista do presidente da república, minimizando a gravidade da pandemia de Covid-19 e se colocando como o maior obstáculo à adoção de medidas de controle, em especial, as de caráter não medicamentoso, como o isolamento social.

Mesmo tendo aplicado políticas de isolamento na região, por iniciativa dos prefeitos e do governador do estado, a curva de incidência da Covid-19 na RMBS tem sido ascendente. Ao serem questionadas pelo governo federal, tais medidas perdem força e credibilidade por parte da população², desorientando-a quanto à adesão às medidas indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, áreas

com extrema desorganização urbana e precárias condições habitacionais, como favelas e cortiços, sem alguns serviços básicos, como coleta de água e esgoto, são duramente impactadas, uma vez que possuem um número maior de pessoas vivendo no mesmo domicílio, o que torna mais difícil o isolamento social.

A RMBS, criada por lei em 1996, com população de 1.865.397, é uma região litorânea próxima à cidade de São Paulo, composta por 9 municípios – Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente⁶.

As principais atividades econômicas estão relacionadas com o polo industrial e petroquímico de Cubatão, com o Porto de Santos e com o turismo balneário, favorecidas pela localização muito próxima da Grande São Paulo e por sistema de rodovias que facilita o permanente trânsito de pessoas e cargas.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da região se situa na faixa de Alto Desenvolvimento Humano (0,777 em 2010). Dos três componentes que constituem o índice – longevidade, educação e renda –, o mais elevado é longevidade, que atingiu 0,842, em virtude da esperança de vida ao nascer, que, em 2010, era de 75,5 anos, refletindo o perfil de envelhecimento da população da região, que apresenta 15% de sua população acima de 60 anos⁷.

Apesar do alto IDHM, a desigualdade regional se destaca ao serem analisadas as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH), já que 45% destas se encontram na faixa de Muito Alto Desenvolvimento Humano, enquanto 30% ainda se situam na faixa de médio grau de desenvolvimento. Mesmo em Santos, município sede da região, que se encontra na 6ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros e possui bairros com IDHM de 0,906, persistem regiões com IDH de até 0,699. Em relação a indicadores de vulnerabilidade social, a região ainda possui 18,2% da população considerada vulnerável à pobreza e 3,25% de crianças como extremamente pobres⁸.

Trata-se, portanto, de uma região rica e desenvolvida, mas com grande desigualdade

social e econômica. Dessa forma, o aumento exponencial dos casos de Covid-19 e a migração de sua ocorrência para áreas periféricas e mais vulneráveis têm seguido o padrão nacional.

A baixa testagem adotada no País, restrita aos casos de maior gravidade, impede que medidas sanitárias para prevenção, controle e organização do sistema de saúde sejam adotadas tendo como base informações epidemiológicas consistentes e seguras. Estimativas disponíveis em estudos internacionais não conseguem captar as diferenças significativas impostas pela realidade brasileira⁹.

O objetivo inicial do estudo, de base populacional, foi estimar a prevalência de infecção por SARS-CoV-2 na população da RMBS, por meio de inquérito sorológico seriado em amostragem populacional estratificada por sorteio aleatório e coleta domiciliar. No presente artigo, além de apresentar os dados da soroprevalência referentes às duas primeiras fases da pesquisa, pretende-se analisar, em especial, impactos da vulnerabilidade social e de políticas públicas implementadas para enfrentamento da pandemia de Covid-19 em contextos de desigualdades.

O artigo procura, assim, enfatizar a desigualdade social em meio à pandemia, ao considerar o peso da política nacional de enfrentamento que se dá sem condução comum, com ambivalência das informações e a falta de uma política de apoio econômico emergencial efetivo para as populações mais vulneráveis.

Material e métodos

O estudo, de caráter quantitativo, apresenta os resultados de duas etapas de um estudo planejado para ser realizado em quatro fases, com intervalo de 15 dias. Em cada fase, foi realizado um estudo transversal em todos os municípios que constituem a RMBS.

A determinação do tamanho amostral foi realizada, inicialmente, utilizando-se o pacote estatístico EPIINFO – versão 7.2, *software* livre do CDC-Atlanta (EUA). A amostra

populacional randomizada foi construída de forma estratificada por idade, sexo e modo de vida, a partir da população estimada no Censo Demográfico de 2010 para cada um dos 9 municípios da Baixada Santista, da ordem de 1.831.884 habitantes.

Utilizou-se uma estimativa de frequência de 7%, e um erro marginal aceitável de 2%, admitindo-se uma amostragem randomizada estratificada por conglomerados, o efeito do desenho e o efeito do conglomerado igual a 1 (conforme sugestão do pacote estatístico). Chegou-se, assim, à amostragem inicial, para a fase 1, de 2.432 e, na fase 2, de 2.500 pessoas como população amostral.

Para detecção de anticorpos, foi utilizado o teste de Fluxo Lateral (WondfoR), escolhido entre aqueles aprovados em Resolução nº 777/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)¹⁰ e selecionado como adequado por sua disponibilidade após validação local em pacientes com RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 e com mais de 14 dias de sintomas.

A coleta de sangue total por punção digital foi realizada observando-se as orientações do fabricante. Os resultados foram lidos visualmente até 15 minutos, e não mais que 20 minutos após a coleta de material, e toda a equipe de campo recebeu treinamento para o uso e leitura dos testes, cuja aplicação ocorreu no mesmo intervalo de tempo em todos os municípios da região, nas duas fases realizadas e que se constituem objeto da presente análise.

Entre o momento da coleta e a análise do resultado, foi aplicado um questionário semiestruturado. Foram levantadas condições sociais, econômicas e demográficas, como renda, vinculação ao trabalho, perda de emprego e renda, condições de moradia, expressa pelo número de cômodos e de pessoas convivendo na mesma residência, acesso às informações de prevenção e cuidado da Covid-19 e a forma de uso de serviços de saúde (públicos e privados). Sintomas de gripe, adesão ao isolamento social e uso de máscaras também foram pesquisados. O questionário foi testado previamente, e os

aplicadores foram submetidos a treinamento antes do início da pesquisa.

As variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas, relativas e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%). As variáveis numéricas foram apresentadas por médias e desvio padrão.

O estudo obteve financiamento do Parque Tecnológico de Santos, entidade pública, sem fins lucrativos, que fez a aquisição direta e disponibilização dos testes aos pesquisadores. Contou, ainda, com o apoio da Diretoria Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e das secretarias municipais de saúde, em especial, para realização do trabalho de campo, realizado por equipes das áreas de vigilância em saúde e atenção básica, treinados e supervisionados pelos pesquisadores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Lusíada, Santos, SP, sob o nº 3.992.985. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Na primeira fase do estudo, realizada entre 29 de abril e 1º de maio de 2020; e, simultaneamente, nos 9 municípios da Baixada Santista, foram entrevistados e coletados testes rápidos em amostra composta por 2.341 pessoas, com idade média de 37,78 ($\pm 19,98$) anos, variando de 0 a 93 anos. A maior parte dos respondentes era mulher (53,5%) e tinha idade entre 25 e 60 anos (55,3%). A maioria não tinha vínculo formal de trabalho (71,1%), morava em residência com 4 ou mais cômodos (84,2%) e possuía renda familiar de até 3 salários mínimos (71,9%). Desde o início da pandemia de Covid-19, 19,8% dos entrevistados relataram que algum membro da família perdeu o emprego e que 8,1% tiveram parte da renda comprometida (*tabela 1*).

Na segunda fase, realizada entre 13 e 15 de maio, a amostra para realização de testes e entrevistas foi composta de 2.415

peças, com idade média de 37,55, com uma distribuição equitativa do sexo. Em relação à caracterização sociodemográfica, a maioria relatou residir em local com 4 ou mais cômodos (88,9%); 71,1% tinham renda familiar de até 3 salários mínimos e

77,7% não tinham trabalho formal. Nessa segunda fase, o percentual de entrevistados que perdeu o emprego ou teve alguém que ficou desempregado na família elevou-se para 21,8%, e 7,6% relataram perda de parte da renda familiar (*tabela 1*).

Tabela 1. Análise descritiva dos fatores sociodemográficos em relação às variáveis isolamento, quantidade de cômodos, renda familiar, trabalho e perda de renda na pandemia de Covid-19 na RMBS. Epicobs, 2020

Variáveis	Fase 1 - Nº (%)	Fase 2 - Nº (%)	Total - Nº (%)
Isolamento			
Não Informado	115 (4,9)	1 (0,0)	116 (2,4)
Não	859 (36,7)	285 (11,8)	1144 (24,0)
Sim	1368 (58,4)	2129 (88,2)	3497 (73,5)
Quantidade de cômodos			
1	22 (0,9)	22 (0,9)	44 (0,9)
2	92 (3,9)	117 (4,8)	209 (4,4)
3	255 (10,9)	258 (10,7)	513 (10,8)
4 ou mais	1973 (84,2)	2017 (83,5)	3990 (83,9)
Renda familiar			
de até 1 salário mínimo	674 (28,8)	712 (29,5)	1386 (29,1)
entre 2 e 3 salários mínimos	1009 (43,1)	1004 (41,6)	2013 (42,3)
de 3 ou mais salários mínimos	595 (25,4)	653 (27,0)	1.248 (26,3)
de 10 ou mais salários mínimos	64 (2,7)	45 (1,9)	109 (2,3)
Trabalho formal			
Não	1665 (71,1)	1863 (77,1)	3528 (74,2)
Sim	677 (28,9)	551 (22,8)	1228 (25,8)
Perdeu parte da renda			
Não	1675 (71,5)	1704 (70,6)	3379 (71,0)
Perdeu parte da renda	203 (8,7)	184 (7,6)	387 (8,1)
Sim	464 (19,8)	526 (21,8)	990 (20,8)

Fonte: Elaboração própria.

Em relação às medidas de isolamento, na primeira fase, 58,4% dos entrevistados relataram que não saíram de casa ou saíram apenas para comprar comida e remédios, e 94,1% fizeram uso de máscara, a maioria de origem caseira, atendendo às recomendações das autoridades sanitárias locais e estadual. Já na segunda fase, o isolamento social foi cumprido por 88,2% dos entrevistados, e 98,1%

relataram o uso de máscaras (*tabela 1*)

Nas duas fases, a maioria dos sujeitos entrevistados não tinha comorbidade preexistente (70,8% e 73,6%), e o percentual dos que conheciam alguém com Covid-19 foi de 29,8% e 34,9% respectivamente.

Conforme pode ser observado na *tabela 2*, na primeira fase do estudo Epicobs, 33 pessoas apresentaram testes positivos/reagentes para

Covid-19, indicando soroprevalência de 1,4%, com IC95% (0,93-1,93). Na segunda fase do

estudo, a soroprevalência foi de 2,2%, com IC95% (0,93-1,93).

Tabela 2. Número e percentual de casos positivos, números estimados de infectados, de infectados por habitante e relação entre casos estimados/notificados, segundo a fase do estudo. RMBS, 2020

Epicobs	Fase 1 (29 - 30/4)	Fase 2 (13 - 15/05)
Testes positivos	33	54
Percentual com anticorpos	1,4	2,2
Número com anticorpos	25.823	40.608
Um infectado para cada () hab.	69	45
Relação estimados/notificados	15	10

Fonte: Elaboração própria.

Entre os 33 entrevistados com resultados reagentes na primeira fase, 54,5% eram do sexo masculino, 84,8% residiam em residências com 4 ou mais cômodos, 75,8% recebiam até 3 salários mínimos, 54,5% não tinham trabalho formal, 65,6% relataram que estavam respeitando o isolamento social e 69,7% responderam depender do SUS exclusivamente para o cuidado com sua saúde.

Os resultados observados na segunda fase do estudo indicam que, entre os 54 entrevistados com resultados reagentes, 57,4% eram do sexo feminino, invertendo a maior prevalência entre homens observada na fase anterior; 88,9% residiam em residência com 4 ou mais cômodos, 75,8% recebiam até 3 salários mínimos, 77,8% não tinham trabalho formal, 68,6% relataram respeitar o isolamento social e 68,5% informaram que dependiam do SUS para o cuidado com sua saúde, seguidos de 24,1% que tinham seguro privado de saúde.

Entre os entrevistados com testes positivo para Covid-19, 68,5% alegaram ter apresentado sintomas gripais nos últimos 30 dias.

Na fase 1 do estudo, 63,6% dos sujeitos com resultados positivos realizaram isolamento, sendo que apenas 9,1% não saíram de casa; 84,8% residiam em casas com 4 ou mais cômodos e 64,7% residiam com 4 a 5 pessoas,

36,4% recebiam até 1 salário mínimo, quase 70% dependiam apenas do SUS, 66,7% tiveram sintomas de gripe nos últimos 30 dias e 54,5% das pessoas com testagem positiva não procuraram serviço de saúde.

Na fase 2, entre os que tiveram resultado positivo, 94,4% realizaram isolamento, sendo que apenas 9,3% não saíram de casa; 88,9% residiam em casas com 4 ou mais cômodos e 50% residiam com 4 a 5 pessoas, 29,6% recebiam até 1 salário mínimo e 37% recebiam de 2 a 3 salários mínimos, quase 68,5% dependiam apenas do SUS, 68,5% tiveram sintomas de gripe nos últimos 30 dias e 63% das pessoas positivas não procuraram serviço de saúde.

A maior parte dos testes positivos se deu entre os que se definiram como pretos e pardos (61,2%), ainda que a amostra indicasse distribuição equitativa entre estes e os que se definiram como brancos, sendo que, destes, apenas 37% tiveram resultados reagentes.

Discussão

As medidas desenvolvidas pelos gestores municipais e estaduais do SUS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil têm sido implementadas praticamente às cegas, sem

informações seguras e consistentes, em virtude da baixa capacidade de testagem sorológica, tanto para a realização de diagnóstico em casos leves e moderados como para análise da dimensão da população já infectada e ainda suscetível.

Tal afirmativa pode ser corroborada pela quantidade de testes realizados no País, que, durante praticamente todo o período da pesquisa, manteve-se em apenas 1.597 testes por 1 milhão de habitantes¹¹. Decorridos vários meses do início da pandemia, o Brasil ainda não conta com uma efetiva política nacional de testagem em massa, que tem sido feita errática e pontualmente por alguns municípios e estados; e, na maioria do País, de forma restrita aos casos graves/internados. Essa situação foi determinada pela falta de investimentos do Ministério da Saúde na rede nacional de laboratórios públicos, ainda semiautomatizada e com baixa capacidade de processamento de exames (6.700 exames/dia, quando a necessidade estimada pelo próprio Ministério da Saúde é de 50 mil exames/dia)¹², para os exames de biologia molecular (RT-PCR), e a incapacidade de adquirir testes rápidos e apoiar estados e municípios na realização de inquéritos sorológicos. É fruto, para além da incapacidade e descompromisso dos gestores do SUS em âmbito nacional, dos efeitos deletérios da política de austeridade fiscal, sustentada pelo desfinanciamento da saúde observado desde a aprovação da EC-95, que congelou os gastos com políticas públicas por 20 anos¹³.

O crescimento da taxa de soroprevalência observado entre a primeira e a segunda fase do estudo Epicobs (de 1,4% para 2,2%) expressa um crescimento da ordem de 63%, em apenas 15 dias, indicando a força de transmissão da Covid-19 e que há um número significativamente superior de pessoas infectadas na região em relação aos casos até então notificados. A soroprevalência, com base em anticorpos, demonstra que há mais pessoas infectadas em comparação às notificações oficiais³. Alerta, outrossim, para o percentual da população potencialmente vulnerável à enfermidade ainda elevado, mesmo que o número de casos graves e que exigem

cuidados críticos já impacte consideravelmente a rede de serviços de saúde públicos e privados da RMBS, advertindo também que a pandemia ainda deverá tardar a atingir seu pico máximo e iniciar a fase de regressão.

O estudo possibilitou estimar, na primeira fase, a existência de 25.823 infectados na RMBS, o que corresponde a 1 pessoa infectada por SARS-CoV-2 para 69 habitantes, e uma relação estimada de 15 casos para 1 notificado. Na fase seguinte, foi possível estimar que o número de infectados subiu para 40.608, correspondendo a 1 pessoa infectada para 45 habitantes, e uma relação estimada de 10 casos para 1 notificado, caracterizando a enorme subnotificação da pandemia de Covid-19.

A partir dos dados empíricos obtidos, a letalidade foi recalculada e estimada na ordem de 0,40% na primeira fase, e de 0,48% na segunda fase, indicando que a relação de óbitos a partir do total de casos oficialmente notificados no período em que foi realizada essa etapa do estudo, da ordem de 7,2% e 6,3%, respectivamente, estava superestimada; e que o Epicobs permitiu realinhar os dados de letalidade encontrados em outros países¹¹.

A confirmação diagnóstica, restrita aos casos moderados e graves, impede o reconhecimento da real situação epidemiológica e falseia substantivamente a letalidade da enfermidade.

Pela proximidade e características populacionais, pode-se inferir que os achados do estudo para a RMBS podem expressar o que está acontecendo em toda a Região Metropolitana de São Paulo e mesmo em outras regiões do País. Trata-se, pois, de estudo inédito no Hemisfério Sul, ainda mais se considerarmos o valor total de entrevistados, totalizando 4.757 pessoas testadas nas duas fases.

A despeito da maior adesão ao uso de máscara (98,1%) na segunda fase, deve-se ressaltar que houve redução dos entrevistados que indicaram adesão ao isolamento (68,6%), e um aumento de 8,8% dos que saíram para compras que não fossem relacionadas com a alimentação ou com medicamentos. Nem o aumento de 42% dos entrevistados

que alegaram conhecer alguém com Covid-19, observado entre a primeira e a segunda fase, parece ter impactado decisivamente para o cumprimento do isolamento social.

Os dados revelados pela pesquisa permitiram aos gestores do SUS e prefeitos dos municípios da RMBS tomarem decisões sobre as políticas públicas, como, por exemplo, orientar a sustentação do isolamento social e o uso de máscaras pela população, medidas fortemente recomendadas pelos pesquisadores ao tornarem públicos os resultados de cada fase, por meio das mídias sociais, ainda que tenham frustrado expectativas de determinadas autoridades municipais e do setor empresarial da RMBS que esperavam que os resultados dessem sustentação científica à flexibilização do isolamento e ao retorno das atividades econômicas.

A pesquisa permitiu, ainda, orientar medidas visando à organização dos serviços de saúde, dos espaços mais adequados para a divulgação das orientações de cuidados e prevenção do contágio pelo SARS-Cov-2 e até para a distribuição ordenada de insumos que pudessem ajudar a conter a velocidade de expansão da pandemia.

É imprescindível discutir que a adoção dessas medidas se deu em meio ao tensionamento político provocado pelo presidente da república, que passou a hostilizar autoridades estaduais e municipais que adotaram medidas baseadas nas orientações da OMS, o que culminou com a necessidade de intervenção do Supremo Tribunal Federal. O posicionamento de Jair Bolsonaro, fundamentado em uma postura negacionista, resultou em incitamento ao não cumprimento do isolamento social e do uso de máscaras, chegando ao cúmulo de impor protocolo para uso de medicamentos sem eficácia e segurança comprovadas, recomendar abertura de caixões e a invasão de hospitais para que fossem denunciadas a ‘fabricação’ de vítimas e óbitos pelos governadores e prefeitos. Embora difícil de ser mensurada, tal postura, associada à fragilidade de respostas e à insuficiência de auxílios emergenciais para proporcionar às populações mais vulneráveis

condições adequadas para o cumprimento do isolamento social recomendado, impactaram decisivamente no enfrentamento da pandemia. O chefe do Executivo se tornou, indubitavelmente, em um inimigo mais perigoso e difícil de ser combatido do que o SARS-CoV-2.

As constantes trocas de ministros da saúde em plena vigência da pandemia e a recente militarização do Ministério da Saúde, ocupado agora por profissionais sem qualificação e experiência técnica na área da saúde pública, e sem a necessária vivência na gestão SUS, fragilizam profundamente a capacidade do Ministério da Saúde em coordenar o sistema nacional de saúde e a resposta brasileira ao enfrentamento da pandemia, que exige a articulação e pactuação interfederativa, envolvendo e comprometendo as secretarias estaduais e municipais de saúde, outros órgãos públicos e a própria sociedade. Essas são questões de extrema importância para a gestão e impactam diretamente na organização das políticas públicas de saúde, tais como a distribuição e o acesso de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campanha, compra de insumos, medicamentos, entre outros.

É relevante destacar que, até o momento, poucos estudos foram realizados em países do Hemisfério Sul para estimar a prevalência de infecção por SARS-CoV-2. Mais raros ainda são os conduzidos em países de baixa e média rendas, e que tentam fazer a relação da pandemia com a condução das políticas públicas e as populações mais vulneráveis. Na atual conjuntura vivida no Brasil, a pandemia tomou um vulto singular em relação à maioria dos países, especialmente os localizados no Hemisfério Norte, pois além da falta de uma política de testagem adequada, de respostas governamentais fragilizadas e, por vezes, caóticas, trata-se de um país continental, marcado por profunda heterogeneidade regional e por desigualdades econômicas e sociais acentuadas.

Ao comparar as características sociodemográficas nas duas fases do estudo, observou-se o impacto imediato da pandemia nas condições econômicas, expressas pela diminuição das pessoas com vínculo formal de trabalho, de

19,0% e 21,8% respectivamente. Afinal, uma em cada cinco pessoas perdeu o emprego a partir da pandemia de Covid-19, e o impacto na diminuição de renda familiar também se fez sentir para os entrevistados (8,1% e 7,6% respectivamente), o que se revela ainda mais significativo quando se considera que o país já vinha mergulhado em grave crise financeira e em altos níveis de desemprego.

Essa análise nos remete necessariamente para os efeitos da pandemia de Covid-19 em um país marcado por enormes desigualdades sociais, que se expressam substantivamente nas pessoas que vivem em situação de maior vulnerabilidade social, como moradias extremamente precárias, falta de saneamento básico, insegurança alimentar, entre outras. A grande diferença entre testes reagentes entre pretos e pardos (61,0%) e brancos (37,7%), identificada pelo Epicobs, é marcadora da desigualdade racial, que também se expressa como iniquidade social.

Dos casos reagentes, 62,8% moravam em casa de até 4 cômodos, sendo que, em 55,7%, viviam de 3 a 4 pessoas; 77,7% dos positivos ganham até 3 salários mínimos; 69,8% utilizam exclusivamente o SUS; e 23,3% têm plano de saúde, mas também utilizam o SUS, caracterizando inequivocamente o maior acometimento em população com maior vulnerabilidade social. Soma-se a esse quadro o fato de 69,8% dos indivíduos com sorologia positiva trabalharem na informalidade, sem qualquer vínculo empregatício.

Considerando-se o impacto econômico da pandemia que os dados empíricos apresentam, torna-se indispensável – para além das medidas sanitárias, medicamentosas ou não – a adoção de políticas de bem-estar social que apoiem a sobrevivência das pessoas e ampliem a capacidade de se manterem em isolamento, em particular diante da alta prevalência da população que não possui anticorpos positivos para o SARS-Cov-2 e que, portanto, ainda é suscetível à enfermidade.

Esse importante impacto econômico da pandemia na vida das pessoas aponta para a

necessidade de ações de políticas públicas inclusivas e adequadas para as populações mais vulneráveis, como as que foram implantadas, por exemplo, em Portugal, na Argentina e em diversos outros países. Essas políticas devem incluir benefícios emergenciais específicos, para além dos R\$ 600,00 por três meses, disponibilizados pelo governo federal após intensa pressão do Congresso Nacional, aos que tiveram maiores perdas de renda e/ou que já se encontravam em situação de exclusão social, desempregados, subempregados ou em trabalho informal, e que foram dura e desigualmente afetados pela pandemia e pela inércia governamental em produzir políticas substantivas para mitigação dos deletérios efeitos econômicos e sociais da Covid-19 sobre as populações vulneráveis.

Mesmo com as adversidades apontadas, o isolamento social se manteve no período da pesquisa e foi cumprido pela população em mais de 60%, que, de alguma forma, procura seguir as orientações das autoridades públicas e de saúde. Também chama a atenção que as pessoas, mesmo com as dificuldades econômicas vivenciadas, mantêm-se acreditando especialmente nos dados disponíveis, nos profissionais de saúde e na ciência². Um exemplo disso é o uso de máscaras, que vem sendo utilizado sempre ao sair de casa pela maioria da população.

A despeito de não ter sido desenvolvida nenhuma campanha de comunicação social pelo governo federal ou pelo Ministério da Saúde, que possui dotação orçamentária específica e tem a responsabilidade de manter a população devidamente informada, foi relatada pelos entrevistados uma percepção de conhecimento e informação acerca da pandemia. O meio pelo qual mais buscaram adquirir essas informações foi a televisão, seguida da orientação por profissionais de saúde e do uso das redes sociais.

Esses resultados nos direcionam ao questionamento sobre a importância da correta comunicação pelos meios de comunicação, em geral, e ao mesmo tempo dos prejuízos

causados pelas *fake news*, que podem induzir práticas inadequadas para o enfrentamento da pandemia. Revelam, ainda, o importante papel que poderia ser representado pela atenção básica, em especial pelas Equipes de Saúde da Família e pelos os Agentes Comunitários de Saúde, pela potencial capacidade de acolher, informar e orientar adequadamente a população mais vulnerável.

Considerando-se que a maioria dos indivíduos soroprevalentes relatou sintomas *Influenza-Like* nos últimos 30 dias e que não procuraram serviços de saúde ou não receberam a visita de profissionais da atenção básica em seu domicílio, constata-se que o SUS acaba perdendo a possibilidade de identificar novos casos, testá-los e isolá-los, procurando assim interromper a cadeia de transmissão da Covid-19, papel fundamental que deveria estar sendo desempenhado pelas equipes de saúde da família.

É importante destacar que, quando os entrevistados pelo Epicobs precisaram usar o serviço de saúde, o fizeram pela atenção primária, por intermédio das Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, mais de 80% dos entrevistados não procuraram nenhum serviço de saúde, o que nos faz pensar que a população está protegendo os serviços hospitalares, provavelmente por considerarem e reconhecerem a importância de manter os profissionais focados no enfrentamento da pandemia. Por meio da utilização de protocolos de atendimento, manejo e acompanhamento dos casos da Covid-19, incluindo os que estiverem em isolamento domiciliar, com evolução benigna do quadro clínico, poder-se-ia evitar a superlotação dos serviços hospitalares e a busca desnecessária por serviços de urgências por usuários de baixo risco clínico.

Municípios que não retraíram a oferta de serviços básicos e mantiveram estratégias efetivas de cuidados básicos, inclusive em âmbito domiciliar, puderam fazer significativa diferença no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e no cuidado e controle de outros problemas de saúde que continuaram a ser

observados, em particular em relação às condições crônicas.

Ainda que não tenha sido objetivo específico do estudo, pode-se observar que a atuação da atenção básica nos municípios da RMBS tem sido heterogênea, mas parece interferir decisivamente na capacidade de resposta e nos resultados. Lamentavelmente, não há coordenação nacional por parte do Ministério da Saúde; e, mantendo a postura observada nas duas últimas décadas no estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde não reconhece a atenção primária à saúde como sua responsabilidade e despreza a participação da rede básica na resposta à pandemia. É como se a atenção básica fosse um 'sujeito ausente' nesse processo.

Outro dado fundamental é a quantidade expressiva de pessoas entrevistadas que usam o sistema público para cuidar da saúde, já que mais de 60% dependem do SUS exclusivamente para ter acesso aos serviços de saúde; e há ainda aqueles que possuem saúde suplementar e usam o SUS e o seguro privado de saúde conjuntamente¹⁴. Pode-se, assim, perceber a importância de valorizar o SUS, preservar os serviços, e a necessidade de investimentos, treinamentos e garantia da oferta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), cuidando efetivamente dos profissionais de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia. Esses achados se adequam ao perfil da população brasileira, da ordem de aproximadamente 70%, que depende do SUS para seus cuidados de saúde¹⁵⁻¹⁷.

Cabe, por fim, destacar que, a despeito do discurso adotado por muitos gestores municipais e estaduais – inclusive da RMBS – de que seguiriam as recomendações científicas e por meio delas orientariam as decisões a serem tomadas no enfrentamento da pandemia de Covid-19, os resultados apresentados na primeira fase e, principalmente, aqueles que expressaram o agravamento da situação sanitária na segunda parecem ter frustrado expectativas de que o resultado da pesquisa Epicobs daria sustentação para a flexibilização

do isolamento social e retomada das atividades econômicas. Prefeitos de três municípios da região, contra as orientações indicadas pelos pesquisadores e que foram tornadas públicas por meio dos meios de comunicação social regional e nacional, ainda assim tomaram a decisão de flexibilizar o isolamento, cujos impactos exigirão atenta análise nas próximas fases programadas da pesquisa.

Considerações finais

O presente estudo permitiu considerar, nessa primeira etapa do Epicobs em que duas fases foram realizadas, que, embora a prevalência de pessoas infectadas pela Covid-19 possa ser considerada relativamente alta em relação a estudos populacionais realizados em outros países¹⁷ e, no caso do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul¹⁸, o percentual da população potencialmente vulnerável à enfermidade ainda é consideravelmente elevado e que a pandemia ainda deverá tardar a atingir seu pico máximo e iniciar a fase de regressão.

O inquérito populacional permitiu reconhecer a prevalência de infecção da doença na RMBS e estimar que o número de infectados era, ao final da segunda fase do estudo, dez vezes maior do que o de casos notificados oficialmente. Possibilitou, ainda, estimar a existência de uma pessoa infectada por Covid-19 para cada 45 habitantes, e apresentar uma letalidade da doença bem menor ante a calculada a partir das notificações, em que há predomínio de casos moderados e graves notificados, aproximando-a da casuística internacional.

Espera-se que a realização seriada de mais duas etapas de investigação, previstas na continuidade do estudo, possa suprir possíveis problemas e limites metodológicos encontrados na produção e análise do material empírico, como produzir respostas a respeito do comportamento epidêmico e do alcance das medidas sanitárias

adotadas no enfrentamento da Covid-19.

Os resultados aqui apresentados reforçam a importância da adoção e manutenção de medidas não medicamentosas, tais como o isolamento social, imposto pelos governos regionais e locais, e o uso de máscaras faciais de forma universal pela população.

Para países de baixa e média rendas do Hemisfério Sul, tais recomendações revestem-se de importância. No caso brasileiro mais ainda, dada a postura adotada pelo governo federal, em particular, pelo presidente brasileiro Jair Bolsonaro, que não recomenda a adoção de isolamento social e de interrupção das atividades econômicas não essenciais, medidas praticadas exitosamente até aqui pelos países no enfrentamento da pandemia de Covid-19, sob orientação da OMS. Reforçam, ainda, a necessidade de enfrentar a desigualdade social e garantir medidas econômicas e sociais que permitam as condições necessárias para proteger a saúde e a vida das populações em situação de vulnerabilidade.

Nesse contexto, resta saber o quanto as autoridades vinculadas aos governos subnacionais conseguirão resistir às pressões econômicas e interesses eleitorais, turbinados pelo orbe de seguidores negacionistas do presidente da república, e conseguirão fazer valer o interesse público, preservando e defendendo a vida, em particular, das populações em situação de maior vulnerabilidade.

Colaboradores

Chioro A (0000-0001-7184-2342)*, Calife K (0000-0002-7038-8069)*, Barros CRS (0000-0002-1582-2010)*, Martins LC (0000-0001-9996-2725)*, Calvo M, (0000-0001-6225-5410)*, Stanislau E (0000-0003-3642-5476)*, Pereira LA (0000-0002-8172-5841)*, Caseiro M (0000-0003-2950-4299)*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 18]; 20(5):547-548. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30303-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30303-0/fulltext).
- The Lancet. COVID-19 in Brazil: "So what? The Lancet" [internet]. 2020 [acesso 2020 jun 12]; 395:1461. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31095-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31095-3.pdf).
- Mellan T, Hoeltgebaum H, Mishra S, et al. Report 21: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil. [internet]. 2020. [acesso 2020 jun 21]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10044/1/78872>.
- Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato L. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso 2020 jun 30]; 44(125): 289-296.
- Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate* [internet]. 2019 [acesso 2020 jun 21]; 43(esp5):58-70. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: Estimativas de população [internet]. [data desconhecida]. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsp.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. CGIAE. Estimativas preliminares [internet]. [data desconhecida]. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>.
- Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Região Metropolitana da Baixada Santista [internet]. [data desconhecida]. [acesso em 2020 jun 18]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/87#vulnerabilidade.
- Ogris G. Spread of SARS-CoV-2 in Austria. PCR tests in a representative sample Study report. Vienna: SORA Institute for Social Research and Consulting. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 24]. Disponível em: https://www.sora.at/fileadmin/downloads/projekte/Austria_Spread_of_SARS-CoV-2_Study_Report.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para Saúde. Resolução no. 777, de 18 de março de 2020. Deferir as petições relacionadas à Gerência-Geral de Tecnologia de Produtos para a Saúde [internet]. [acesso em 2020 abr 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCJ-VIL_03/Portaria/Resolucao%20n%C2%BA%20777-ANVISA.htm.
- Wordometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 9]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico especial - 06. COE-COVID19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 29]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>.
- Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 28]; 40(esp):122-135. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>.
- Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2020 maio 28]; 22(1):179-190. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0179.pdf>.

15. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl1):3s.
16. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
17. Gudbjartsson DDF, Helgason A, Jonsson H, et al. Early Spread of SARS-Cov-2 in the Icelandic Population. *MedRxiv* [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.26.20044446>.
18. Universidade Federal de Pelotas. Epidemiologia da COVID-19 no Rio Grande do Sul. Estudo de base populacional [internet]. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/covid19/files/2020/05/Coletiva-Fase-4-20200526.pdf>.

Recebido em 30/06/2020

Aprovado em 03/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Parque Tecnológico de Santos

Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil

Public and private supply of beds and access to health care in the Covid-19 pandemic in Brazil

Danielle Conte Alves Riani Costa¹, Ligia Bahia¹, Elza Maria Cristina Laurentino de Carvalho¹, Artur Monte Cardoso¹, Paulo Marcos Senra Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E415

RESUMO A pandemia de Covid-19, uma crise sanitária global, pôs em xeque sistemas de saúde de diversos países. No Brasil, o atendimento aos pacientes trouxe à tona disparidades na oferta e no acesso a serviços públicos e privados, bem como iniciativas para preservar a segmentação assistencial. O trabalho sistematiza informações sobre: leitos para internação por Covid-19; pleitos de pacientes reivindicando acesso; e ações para ampliar a oferta de recursos assistenciais envolvendo proposições governamentais e setor privado (empresas de planos e hospitais). Houve expansão de leitos hospitalares, mas a distribuição desigual nas regiões do País não foi alterada; tampouco parece ter havido mudanças no padrão de controle de coberturas por parte das empresas de planos de saúde. Parcela significativa das ações judiciais analisadas refere-se à negação de acesso de clientes de planos privados por carência contratual, enquanto pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) pleitearam vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Vidas foram perdidas em decorrência de omissões para proteção efetiva e qualificada. Unidades públicas de terapia intensiva tiveram ocupação máxima, enquanto o setor privado contabilizou leitos ociosos. A análise evidencia barreiras de acesso a leitos e resistência às tentativas de unificação de esforços públicos e privados para mitigar a letalidade pelo novo coronavírus.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Planos de pré-pagamento em saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT *The Covid-19 pandemic, a global health crisis, has put health systems in several countries in check. In Brazil, patient care has brought about disparities in the offer and access to public and private services and initiatives to preserve healthcare segmentation. The work systematizes information about: beds for hospitalization by Covid-19; patients' complaints claiming access; and actions to expand the supply of assistance resources involving government proposals and the private sector (health insurance companies and hospitals). There was an expansion of hospital beds, but the uneven distribution in the regions of the country has not changed, nor does it appear to be changes in the pattern of coverage control by health insurance companies. A significant portion of the analyzed law suits refers to the denial of access to private insurance clients due to contractual grace period, while Unified Health System (SUS) patients claimed a place in the Intensive Care Units (ICU). Lives were lost due to omissions for effective and qualified protection. Public Intensive Care Units had maximum occupancy, while the private sector accounted for empty beds. The analysis shows barriers to access to beds and resistance to attempts to unify public and private efforts to mitigate lethality by the new coronavirus.*

KEYWORDS *Coronavirus infections. Health services accessibility. Unified Health System. Prepaid health plans. Right to health.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. danielle.conte@gmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) ocupou, ao lado do monitoramento da disseminação de casos e mortes por Covid-19, o centro do debate público durante a pandemia. No que diz respeito à resposta, o SUS foi testado em relação ao planejamento, organização, financiamento e prestação da assistência. O Brasil apresenta flagrantes desigualdades geográficas, desproporção de recursos para acesso e uso segundo estratificação e tipo de procedimento. Os leitos de internação de maior complexidade no País, como os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Tipo III, têm uma tendência de concentração ainda maior nas regiões Sul (2 leitos/100 mil habitantes) e Sudeste (1,5 leitos/100 mil habitantes). Já na região Norte, a taxa é de 0,03 leitos de UTI Tipo III/100 mil habitantes, agravada pelo fato de mais de 90% desse tipo de leito estar disponível somente para o setor privado¹. Dessa forma, os recursos assistenciais em saúde tendem a ser triplamente concentrados de acordo com características regionais, demanda e oferta pública ou privada, e complexidade dos recursos assistenciais.

Após anos de subfinanciamento, o SUS se vê diante de um dos maiores desafios desde a sua criação. Expandir leitos, adquirir equipamentos e insumos passou a ser prioridade. Lidar com as desigualdades regionais na prestação da assistência à saúde passou a ser uma realidade. Articular uma estratégia público-privada para atender a todos os acometidos tornou-se uma possibilidade. O sistema universal, ainda que com bases financeiras frágeis, evidenciou suas potencialidades técnicas e políticas.

A principal estratégia que os países que nos antecederam no enfrentamento da Covid-19 encontraram para diminuir a disseminação foi o distanciamento social² e, após o controle e diminuição constante do número de casos, o retorno gradual e programado de determinadas atividades econômicas^{3,4}.

No Brasil, a doença se alastrou a partir das capitais. No mês de junho de 2020, deu-se início à flexibilização do isolamento social

em algumas localidades sem que os requisitos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para suspensão gradativa das medidas de isolamento tenham sido observados^{4,5}. O acesso a leitos está sendo utilizado como principal parâmetro para flexibilizar o isolamento social^{6,7}, de modo que, se houver leito disponível, a flexibilização é permitida independentemente de critérios epidemiológicos.

Considerando a necessidade de o sistema de saúde viabilizar atendimento célere e oportuno durante a pandemia, busca-se levantar informações que permitam uma aproximação às condições de acesso aos serviços públicos e privados. Destarte, o objetivo do presente trabalho foi buscar evidências sobre a ocorrência de mudanças na oferta e acesso a serviços de saúde públicos e privados no Brasil durante a pandemia de Covid-19, identificando aspectos que nos aproximam ou nos afastam do princípio de universalidade do SUS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, no qual se esquadrinham problemas para acesso aos serviços públicos e privados de saúde durante a pandemia no Brasil, tendo como base três dimensões: oferta de leitos para internação por Covid-19; pleitos reivindicando acesso a serviços; e iniciativas para uso de recursos assistenciais privados pelo SUS. Esse delineamento metodológico pode ser observado na matriz do estudo (*figura 1*). Para tanto, foram consultados dados secundários disponíveis em fontes governamentais de órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; bem como pesquisa bibliográfica, documental e de notícias veiculadas pela mídia especializada e comercial.

O acesso a leitos foi avaliado por meio da quantidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicos e privados direcionados para tratamento de Covid-19, além de estimativas sobre o acesso da população que

recorreu aos serviços públicos e privados de saúde, englobando taxa de ocupação, ocorrência de filas e dificuldade para atendimento.

Foi pesquisada a quantidade de novos leitos direcionados, exclusivamente, para tratamento de Covid-19 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no Datasus e obtidos via Tabnet¹, quais sejam os leitos complementares 'UTI II Adulto Covid-19' e 'UTI II Pediátrica Covid-19', incluídos na tabela de leitos do CNES mediante regulamentação específica^{8,9}.

Os leitos complementares são categorizados no CNES, conforme sua habilitação, como 'SUS' ou 'não SUS'. O leito complementar 'SUS' corresponde àquele habilitado pelo Ministério da Saúde (MS) em portaria. O leito 'não SUS' pode ter dois significados: leito privado não utilizado no SUS ou leito utilizado no SUS (em hospital público ou privado), mas ainda não habilitado pelo MS^{10,11}.

Os leitos complementares de UTI II Covid-19 categorizados no CNES como 'não SUS', mas localizados em estabelecimentos públicos de saúde, foram identificados neste estudo como leitos 'SUS não habilitados', visto que prestam atendimento no SUS, mas ainda não constam em portaria do MS. Os leitos categorizados no CNES como 'não SUS' e situados em estabelecimentos privados foram identificados como 'não SUS não habilitados'.

A análise dos pleitos reivindicando acesso a serviços públicos e privados de saúde baseou-se na consulta a nas decisões judiciais e ao registro de reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹². As ações judiciais foram consultadas em boletins divulgados no sítio eletrônico dos Tribunais de Justiça dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, os quais consolidaram um repositório

de decisões de tribunais de justiça de todo o País e do Supremo Tribunal Federal (STF) que tiveram como escopo a pandemia de Covid-19¹³⁻¹⁵. Foram consultadas as decisões relacionadas com o acesso a serviços de saúde informadas nos boletins divulgados pelos referidos tribunais entre 1º de março e 13 de julho de 2020. Os dados sobre reclamações efetuadas por consumidores de planos de saúde, no período de 1º de março a 26 de junho de 2020, foram obtidos a partir de informações disponibilizadas pelo órgão regulador¹².

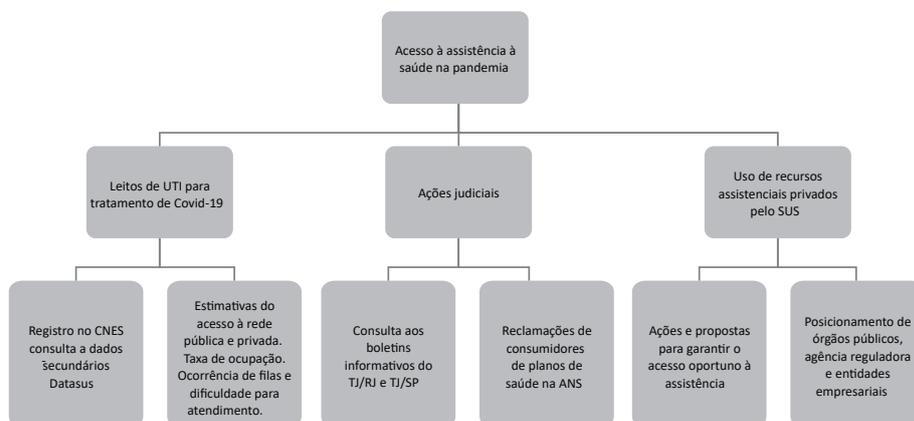
Por fim, as relações entre o SUS e o setor privado assistencial, considerando planos de saúde e hospitais privados, foram analisadas a partir das ações realizadas e medidas propostas para oportunizar o acesso, por meio de documentos que permitiram identificar o posicionamento de órgãos públicos, da ANS e de entidades empresariais.

Entre as principais limitações do estudo, situa-se o possível hiato de tempo no registro e na habilitação de leitos complementares 'SUS' e 'não SUS'. Leitos Covid-19 categorizados como 'não SUS não habilitados' podem pertencer a estabelecimentos privados que prestam atendimento ao SUS, mas ainda não foram habilitados em portaria.

Não é possível afirmar que os dados abarcam todos os leitos Covid-19, em especial quanto aos leitos localizados em estabelecimentos privados que prestam atendimento a planos privados de saúde, pois não necessariamente atualizaram a base de dados do CNES.

No que concerne às decisões judiciais, as ações compiladas pelos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo incluem decisões de outras unidades federativas, mas podem não alcançar a totalidade de casos judicializados no País durante a pandemia.

Figura 1. Matriz metodológica do estudo



Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussão

O SUS e o setor privado na pandemia: oferta e acesso a leitos para tratamento da Covid-19

A despeito da declaração de emergência de saúde pública pela OMS¹⁶ diante da gravidade evidenciada no cenário internacional pelo aumento exponencial de casos em diversos países e do primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ter ocorrido em fevereiro de 2020¹⁷, somente em março foi publicada pelo MS a portaria que autorizou a habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico para atendimento exclusivo dos pacientes com Covid-19, com custeio diferenciado para diária hospitalar⁸. O processo de habilitação desses leitos no SUS somente teve início em abril, momento em que o País passou a registrar mais

de 85 mil casos, o número de óbitos saltou de 242 para quase 6 mil¹⁷ e alguns municípios registravam taxa de ocupação de leitos UTI acima de 90%¹⁸⁻²¹. Provavelmente, esses leitos já estavam disponíveis para o SUS.

No âmbito nacional, os primeiros 2.409 'leitos SUS' foram habilitados em abril de 2020 e aumentaram para 8.764 em junho. Somada aos 'leitos SUS não habilitados', no período de março a junho, a oferta da rede SUS triplicou, totalizando 15.662 leitos, o que decorreu de esforços no âmbito público (aumento de leitos em estabelecimentos públicos e hospitais de campanha).

A cidade de São Paulo apresentou maior incremento de 'leitos SUS', habilitados ou não, totalizando mais de 3.700 leitos Covid-19 em junho. Outros estados cujas capitais enfrentaram colapso do sistema, como Ceará, Pará e Rio de Janeiro^{22,23}, também tiveram aumento expressivo do número de leitos SUS (tabela 1).

Tabela 1. Número de leitos de UTI* 'SUS habilitados', 'SUS não habilitados' e 'não SUS' para tratamento da Covid-19, por Unidade Federativa (UF) e regiões do País, no período de março a junho de 2020. Brasil

UF	Quantidade SUS habilitados**				Quantidade SUS não habilitados (administração pública)					Quantidade não SUS (estabelecimento privado)				
	2020/ Abr	2020/ Maio	2020/ Jun	Varição	2020/ Mar	2020/ Abr	2020/ Maio	2020/ Jun	Varição	2020/ Mar	2020/ Abr	2020/ Maio	2020/ Jun	Varição
				maio e junho					maio e junho					maio e junho
Rondônia	38	45	81	36	10	25	46	57	11	0	0	22	21	-1
Acre	10	10	30	20	10	44	44	34	-10	0	0	0	0	0
Amazonas	144	194	194	0	4	109	87	59	-28	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	15	15	0	20	30	20	-10	0	0	0	0	0
Pará	32	300	316	16	10	242	286	413	127	2	12	6	6	0
Amapá	0	32	32	0	13	33	11	11	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	42	42	0	0	26	0	17	17	0	14	5	5	0
Norte	224	623	710	87	47	499	504	611	107	2	26	33	32	-1
Maranhão	110	212	228	16	31	94	134	157	23	30	38	28	8	-20
Piauí	20	92	138	46	198	160	150	168	18	25	42	33	43	10
Ceará	200	362	382	20	333	511	314	371	57	20	123	126	101	-25
Rio Grande do Norte	10	140	142	2	160	248	204	222	18	0	65	65	70	5
Paraíba	0	105	170	65	0	83	61	71	10	4	5	6	15	9
Pernambuco	228	408	634	226	514	586	594	509	-85	68	136	207	126	-81
Alagoas	132	154	154	0	67	53	84	91	7	55	20	31	31	0
Sergipe	44	54	54	0	0	1	10	16	6	24	0	48	90	42
Bahia	90	188	529	341	517	777	638	530	-108	166	176	182	146	-36
Nordeste	834	1715	2.431	716	1.820	2.513	2.189	2.135	-54	392	605	726	630	-96
Minas Gerais	40	95	418	323	96	558	477	531	54	94	898	971	953	-18
Espírito Santo	88	165	165	0	47	249	207	260	53	10	123	161	186	25
Rio de Janeiro	40	510	733	223	878	1.423	1.155	1.250	95	87	219	207	181	-26
São Paulo	734	2.001	2.056	55	1.281	1.420	1.544	1.647	103	445	997	963	1.430	467
Sudeste	902	2.771	3.372	601	2.302	3.650	3.383	3.688	305	636	2.237	2.302	2.750	448
Paraná	30	435	473	38	353	331	30	158	128	467	281	82	181	99
Santa Catarina	180	372	453	81	79	95	51	34	-17	113	181	146	114	-32
Rio Grande do Sul	30	275	586	311	30	91	76	35	-41	381	424	257	173	-84
Sul	240	1082	1512	430	462	517	157	227	70	961	886	485	468	-17
Mato Grosso do Sul	25	139	157	18	4	33	23	5	-18	10	32	31	34	3
Mato Grosso	0	198	258	60	251	269	80	20	-60	18	15	8	40	32
Goiás	104	139	139	0	94	172	133	192	59	12	13	37	129	92
Distrito Federal	80	185	185	0	0	0	20	20	0	0	0	0	80	80
Centro-Oeste	209	661	739	78	349	474	256	237	-19	40	60	76	283	207
Total	2.409	6.852	8.764	1.912	4.980	7.653	6.489	6.898	409	2.031	3.814	3.622	4.163	541

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. março a junho 2020¹.

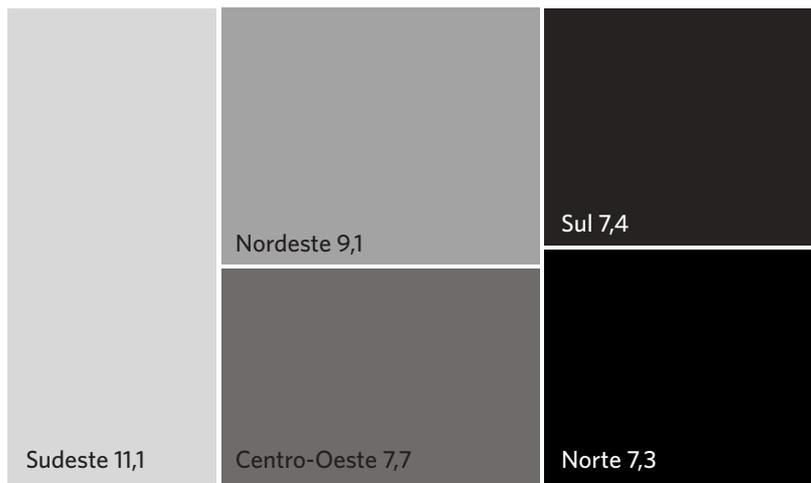
* UTI adulto II Covid-19 e UTI pediátrica II Covid-19.

** Em março de 2020, não havia registro de leitos UTI adulto II Covid-19 e UTI pediátrica II Covid-19 habilitados pelo Ministério da Saúde.

A despeito da ampliação da capacidade instalada, nota-se que a abertura de leitos manteve desigualdades existentes, com incremento

maior na região Sudeste e menor na região Norte (figura 2).

Figura 2. Quantidade de leitos de UTI para tratamento de Covid-19 por 100 mil habitantes, em maio de 2020, por regiões do País. Brasil



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde. Datasus (número de leitos)¹ e Painel Coronavírus (número de habitantes)¹⁷, 2020.

Cabe registrar a importância do CNES como uma fonte para análises de leitos e recursos disponíveis nos estabelecimentos de saúde do País e que a habilitação dos leitos Covid-19 possibilita o acesso a recursos diferenciados no âmbito do SUS. Entretanto, a referida base não possibilita, ao menos no presente momento, análises mais robustas sobre o quantitativo de leitos privados Covid-19, não permitindo conhecer com precisão a capacidade instalada no País, indicando uma vulnerabilidade do sistema e abrindo brecha para interpretações equivocadas a respeito dos recursos assistenciais disponíveis.

A ANS requisitou informação para 109 empresas de planos de saúde que possuíam hospitais próprios. As informações provenientes de 50 empresas respondentes indicaram taxas de ocupação de leitos alocados para atendimento à Covid-19 de 45% e 61% em abril e maio respectivamente²⁴.

Enquanto isso, o SUS registrava fila de espera para internação e taxas de ocupação de leitos próximo da capacidade máxima em diversas localidades do País^{22,23}. Ainda em maio, hospitais privados iniciaram a redução da quantidade de leitos para atendimento a esses casos²⁵. Fica evidente, portanto, a desigualdade no acesso aos serviços públicos e privados de saúde, principalmente, pela desproporção entre potencial demanda privada e oferta, visto que a população vinculada a planos de saúde representa cerca de 24% da população²⁶.

Seguindo a tendência do setor privado, em junho, foi iniciado o fechamento de leitos públicos e hospitais de campanha em algumas cidades ante a redução da taxa de ocupação de leitos^{27,28}.

Os resultados do presente estudo estão em consonância com achados da literatura que demonstram discrepâncias na distribuição

de leitos e recursos no País, repercutindo na capacidade de resposta à doença^{29,30}.

Em que pese a importância do SUS no enfrentamento da pandemia, pode-se afirmar que a implementação de leitos públicos ocorreu tardiamente e não foi suficiente para garantir o pleno atendimento e o direito à saúde em diferentes cidades. O cenário configurado por fila de espera no SUS *versus* leitos ociosos e encerrados no setor privado, em um contexto de pandemia em curso, preservou e acirrou desigualdades de acesso.

Assim como em outros países, hospitais foram reorganizados, com parte dos recursos físicos e humanos anteriormente alocados aos procedimentos de diferentes especialidades médicas sendo adaptados para cuidados intensivos. No entanto, ainda é incerto o quanto as modificações serão absorvidas e qual será o real legado para os sistemas de saúde³¹.

Ações judiciais e reclamações envolvendo a garantia de acesso aos serviços de saúde

No período de 1º de março a 13 de julho de 2020, foram identificadas 23 decisões judiciais envolvendo a garantia de acesso durante a pandemia. A maior parte das ações foi proveniente de planos de saúde, tal como vem sendo assinalado pela literatura³². Das 14 ações judiciais voltadas para o acesso a planos privados de saúde, 8 estavam relacionadas com a cobertura independentemente do prazo de carência; e nenhuma, com a dificuldade de leito disponível para internação. Entre as nove ações relacionadas ao SUS, três estabeleceram prazos para a instalação de novos leitos e hospitais de campanha, e quatro delas pleitearam internações.

Grande parte das decisões foi favorável aos cidadãos, tal como apontado em outros estudos³³⁻³⁵. Embora a via judicial não tenha sido muito acionada, fica evidente que, enquanto no setor público os usuários buscaram acesso à internação em UTI por falta de vaga, não foi identificada ação judicial de consumidores de planos de saúde pleiteando vaga de

terapia intensiva por falta de leitos, mas, sim, acesso para clientes que estavam cumprindo o prazo de carência contratual.

A dificuldade de acesso à UTI por pacientes do SUS precede a pandemia e é exacerbada por esta, configurando, o judiciário, importante espaço para preservação de direitos. A busca de acesso pela via judicial reitera a busca de direitos individuais, mesmo quando as estratégias de enfrentamento recomendadas são coletivas.

No que se refere às reclamações efetuadas pelos clientes de planos privados na ANS, entre 1º de março e 26 de junho de 2020, foram contabilizados o total de 5.333 queixas relacionadas com o tema coronavírus, sendo 49 delas por ‘ausência de rede para tratamento ou internação’¹².

Relações entre o SUS e o setor privado hospitalar e empresas de planos de saúde na pandemia

É possível destacar alguns fatores relativos à falta de acesso a internações no SUS: demora para se organizar para enfrentamento da pandemia; leitos de hospitais de campanha que não saíram do papel; atraso na liberação de recursos financeiros; e o fator mais decisivo que poderia ter mudado completamente o panorama da pandemia no Brasil: a falta de integração para regulação de leitos públicos e privados e fila única para atendimento a casos graves de Covid-19.

A proposta para unificar os leitos de internação e de UTI públicos e privados para o enfrentamento da pandemia, lançada pelas campanhas unificadas ‘Leitos para todos’ e ‘Vidas iguais’^{36,37}, consistiu na criação de um sistema nacional de vagas que seria regulamentado pelo MS em articulação com estados, municípios e prestadores de serviços, e na regulação de centrais únicas de vagas pelas secretarias de saúde estaduais³⁸⁻⁴⁰.

Tal medida, que embasou o Projeto de Lei nº 2.324/2020⁴¹, aprovado pelo Senado Federal, está legalmente prevista na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei

nº 13.979/2020⁴², sobre medidas para enfrentamento da situação de emergência. Contudo, a requisição de leitos privados não foi a opção adotada pelo governo federal mesmo na fase mais crítica da doença, na qual capitais apresentaram filas de espera de pacientes para leitos públicos.

Consultada pelo MS a respeito da recomendação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que propõe a requisição de leitos privados pelo SUS e a regulação única durante a pandemia⁴³, a Diretoria Colegiada da ANS manifestou, em documento aprovado por quatro dos cinco diretores, que a gestão unificada de leitos poderia “gerar o sentimento de restrição de acesso pela ótica do beneficiário”⁴⁴⁽⁶⁾ de planos privados de saúde e “levar à desarticulação da rede assistencial privada”⁴⁴⁽⁷⁾. Além disso, a

gestão unificada dos leitos públicos e privados para o enfrentamento da Covid-19 seria fator de forte impacto sobre organização do acesso dos beneficiários à rede hospitalar para outras necessidades em saúde⁴⁴⁽⁵⁾.

O referido documento menciona, ainda, que a “hipótese de gestão unificada dos leitos públicos e privados [...] dependeria de uma regulação que equilibrasse oferta e demanda [...] de modo a ocupar leitos efetivamente ociosos”⁴⁴⁽⁵⁾ e que, predominantemente, a precificação das internações no setor suplementar de saúde é negociada caso a caso, de acordo com a unidade hospitalar.

Em resposta à recomendação do CNS, entidades representativas de hospitais e planos privados se manifestaram contrariamente. A Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) alegou desorganização da rede privada, possibilidade de disputa judicial por leitos e descrédito dos planos de saúde⁴⁵.

As deficiências do SUS e a ausência de sistema de gestão para conduzir a fila única foram as justificativas apresentadas pela Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados (Fenacor) e pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)^{46,47}. A

Fenacor acrescenta que a baixa ocupação na rede privada ocorre por reserva de leitos para atender a outras enfermidades e propõe como alternativa que o SUS continue adquirindo leitos nos hospitais privados.

Destoando do coro dos contrários ao uso de leitos privados durante a pandemia, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) estimou que 80% dos hospitais privados do País estavam ociosos e sugeriu a contratação desses leitos que estariam prontos para receber pacientes do SUS⁴⁵, o que apoiaria hospitais de pequeno e médio impactados pela queda de receita⁴⁸.

A Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) ratifica a queda da receita dos hospitais, porém, posiciona-se contrária à unificação dos leitos, argumentando ausência de planejamento, desestruturação do setor suplementar, insegurança jurídica e deficiências estruturais do sistema de saúde⁴⁹.

Os valores oferecidos pela diária de UTI do MS também foram considerados insatisfatórios, embora a portaria que trata da habilitação de leitos de UTI para tratamento de Covid-19 tenha sido republicada para dobrar o valor da diária para R\$ 1.600,00⁸.

A fim de evitar a fila única e a requisição administrativa de leitos pelo setor público sem remuneração acordada, associações representativas de hospitais privados e de empresas de planos de saúde apresentaram quatro propostas ao MS: revitalização de leitos públicos fechados, construção de hospitais de campanha, testagem da população e abertura de editais públicos para contratação de leitos e serviços⁵⁰.

Argumentos contrários aos dos setores empresariais foram elencados por pesquisadores e entidades representativas de movimentos sociais. A unificação dos leitos públicos e privados, medida calcada no arcabouço jurídico, prevê a utilização de leitos privados por indivíduos que não possuem plano de saúde mediante indenização⁵¹, cabendo destacar que a contratação de estabelecimentos privados e filantrópicos para atendimento a pacientes

do SUS é uma prática já adotada no Brasil. Ademais, deixar de viabilizar o atendimento oportuno e efetivo a usuários que estão na fila do SUS sob a justificativa de que pode faltar leito para consumidores de planos de saúde, que não apresentam problemas de acesso, não parece plausível.

Em que pese o posicionamento de órgãos e entidades representativas, a unificação dos leitos deveria ser uma decisão do governo federal em pactuação com os atores envolvidos. Estabelecer acordos sobre valores de remuneração e pormenores procedimentais e viabilizar a adoção dessa medida mitigando discordâncias são tarefas para autoridade sanitária nacional.

O avanço avassalador de uma pandemia exige celeridade no planejamento. A gestão unificada de leitos não pretende sanar as deficiências do sistema de saúde, e, sim, garantir atendimento igualitário a pessoas com diagnóstico ou suspeita de Covid-19. Experiências da Austrália, da Espanha, da Irlanda e do Reino Unido, países que uniram hospitais públicos e privados para atendimento durante a pandemia, demonstram a factibilidade da proposta^{38,39}. Inclusive, é importante ressaltar que os recursos orçamentários para enfrentamento da pandemia poderiam ter sido utilizados para organizar uma rede assistencial efetiva, entretanto, apenas uma parcela do orçamento autorizado foi empenhada e executada pelo governo federal⁵².

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) se manifestou pela adoção de medidas de gestão voltadas à prevenção da judicialização da saúde durante a pandemia, recomendando o diálogo entre as esferas pública e privada e a centralização da gestão da rede de serviços regionais/estaduais. No detalhamento das proposições, sugeriu a contratação dos leitos privados a serviço do SUS por meio de chamamentos públicos e mencionou a possibilidade de requisição de recursos hospitalares privados⁵³.

Algumas iniciativas caminharam nessa direção, com a publicação de editais de chamamento público para hospitais privados no Rio Grande do Sul⁵⁴, bem como a publicação de

decretos prevendo a possibilidade de requisição de leitos particulares em São Paulo/SP⁵⁵, Nova Friburgo/RJ⁵⁶ e Maranhão⁵⁷, por exemplo. O governo do Distrito Federal, por sua vez, publicou decreto requisitando 65 leitos de UTI, insumos e profissionais de saúde de hospitais particulares, mas o normativo foi revogado após acordo para que hospitais privados cedessem 35 leitos de UTI para a rede pública⁵⁸.

À exceção de algumas experiências isoladas, a atuação do setor privado se restringiu a doações de grandes empresas para a rede pública, podendo-se citar: Grupo Fleury, Rede Ímpar, Rede D'Or, Droga Raia, Drogasil, Eurofarma Qualicorp e UnitedHealth Group Brasil, assim como realizado por estatais, empresas privadas, empresas do setor bancário e pessoas físicas^{52,59}. Sob a justificativa de que a situação de emergência poderia se agravar no País e que, assim, faltariam leitos para os consumidores de planos de saúde, a letargia e as lacunas de coordenação das respostas do governo brasileiro foram funcionais à manutenção da segmentação: cada setor atende a uma determinada parcela da população.

Dessa forma, a crise sanitária gerada pela Covid-19 agrava necessidades de saúde existentes e expõe fragilidades de um sistema de saúde subfinanciado e depreciado ao longo dos anos, com toda a sua potência relegada ao status de 'SUS para pobres', enquanto o setor privado de saúde tenta fortalecer uma imagem positiva com doações ao setor público.

Apesar de as contribuições da rede hospitalar privada terem sido importantes em um contexto de desprovimento de recursos e demora para organizar a rede hospitalar pública, constatou-se que o potencial de sinergia na interação entre SUS e planos e hospitais privados para salvar vidas foi reduzido a mero auxílio para atenuar lacunas pontuais do SUS.

Considerações finais

A desigualdade no acesso aos serviços públicos e privados de saúde permaneceu latente

durante a pandemia de Covid-19. Expansão de leitos públicos e perfis de mortalidade diferenciados por região do País, demora para abertura de novos leitos no SUS, ausência de informações sobre a capacidade instalada em hospitais privados, falta de interação entre setores público e privado para mitigar a letalidade pelo novo coronavírus; e pacientes do SUS recorrendo ao Judiciário por vaga em UTI, enquanto os consumidores de planos de saúde pleitearam a suspensão dos prazos de carência contratual, marcaram os principais achados do presente estudo.

Cabe acompanhar qual será o legado da expansão do número de leitos e de recursos para o SUS, não obstante parte dessa expansão seja fugaz, uma vez que hospitais de campanha estejam sendo desmontados.

A expansão de leitos de terapia intensiva não reduziu as discrepâncias entre as regiões brasileiras, tampouco solucionou a escassez de leitos que precede a pandemia. A ocorrência de filas de pacientes à espera de leitos, derivada tanto da insuficiência de leitos públicos quanto da incapacidade de resposta governamental a termo, bem como da desarticulação entre os setores público e privado de saúde – incluindo as empresas de planos de saúde e os hospitais privados –, sugere a incúria e o insucesso no planejamento das ações para enfrentamento da pandemia. As mudanças de Ministros da Saúde por discordâncias na condução da pandemia e os indícios de fraudes na aquisição de recursos em algumas cidades do país foram agravantes nesse cenário e turbinaram a crise política.

A omissão de informações sobre a existência de filas e a ausência de informações precisas sobre a expansão de leitos Covid-19 no setor privado inviabilizam sobremaneira o planejamento das ações, a realocação de recursos e a formulação de políticas públicas que visem apontar alternativas para o enfrentamento da pandemia.

A organização da rede assistencial insuficiente, tardia e decalcada na estrutura desigual da oferta conjugada com flexibilização precoce do isolamento social agravaram a transmissão

e a letalidade da doença no País. Tenta-se difundir, frequentemente com base na ocupação de leitos, uma falsa impressão de normalidade, gerando uma indiferença como se as ‘vidas não importassem’. Impõe-se uma interpretação inadequada de resiliência, como se fosse plausível considerar resiliente a aceitação de que critérios econômicos se sobreponham à vida de milhares de pessoas.

Construir hospitais de campanha foi a principal política para ampliar a capacidade instalada e o acesso da população. Países como China, Espanha e Itália também optaram pela organização de hospitais de campanha para aumentar a quantidade de leitos, no entanto, nesses países, a implementação foi realizada de forma célere. No Brasil, onde a oferta de leitos privados, especialmente de terapia intensiva, é sabidamente maior do que a pública, a estratégia priorizada não foi a do uso de recursos existentes. Mesmo diante dos problemas na compra de respiradores e contratação de profissionais, que inviabilizou a abertura de hospitais de campanha ou seu pleno funcionamento, a captação de leitos de hospitais privados já equipados e prontos para receber pacientes em filas à espera de atendimento especializado ficou restrita a determinadas cidades.

Embora experiências internacionais e nacionais demonstrem a viabilidade da medida, em todas as cidades que registraram colapso do sistema de saúde, a opção foi privilegiar a esfera privada em detrimento da vida, uma omissão que vai entrar para este capítulo da nossa história.

O art. 6º da Constituição Federal de 1988 prevê que a saúde é um direito social, inderrogável, irrenunciável e indisponível. Dessa forma, não pode ser extinto pela lei nem renunciado pela própria pessoa⁶⁰. Diante dessa máxima, pode o poder público se eximir da responsabilidade na prestação de assistência à saúde e acesso aos serviços?

Recorrer ao Poder Judiciário tem sido a via escolhida para a garantia de direitos não atendidos pelos setores público e privado de saúde, e essa prática continua em evidência

neste momento de crise sanitária, importando destacar a atuação do Poder Judiciário e do Ministério Público na proteção de direitos durante a pandemia. Todavia, o acesso a leitos deveria ser igualitário para todos os indivíduos como diretriz nacional, não sendo necessário pleitear por via judicial um direito constitucional, principalmente em uma situação de urgência na qual é premente a garantia de acesso oportuno.

O enfrentamento da pandemia poderia promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público e do complexo médico-industrial da saúde, diante do aumento dos investimentos públicos, abertura de novos leitos, reconhecimento e valorização do trabalho dos profissionais de saúde, investimentos em ciência e tecnologia e na indústria nacional e atendimento igualitário. Ao contrário, a resposta brasileira à Covid-19, repleta de falhas, acentua fragilidades do poder público e conota renúncia a respeitar a garantia à saúde como um direito social previsto na Constituição Federal.

Enquanto muitos cidadãos brasileiros não conseguem respirar por inclemência de autoridades governamentais e empresários privados, os princípios de universalidade do SUS ficam questionados; a garantia da vida e dos direitos sociais permanecem em último plano.

A taxa de ocupação de leitos utilizada como principal critério para a flexibilização do isolamento social desfigura a realidade. A imposição de uma suposta volta da normalidade tem sido acompanhada por sugestões de sustar políticas sociais, como auxílios de renda, retração de medidas preventivas e ênfase na recomendação de estratégias farmacológicas sem evidências científicas.

Ainda assim, o principal esforço do governo federal na luta contra o vírus, centrado em drogas antimaláricas e vermífugos, é questionável. Enquanto sobram medicamentos sem comprovação científica, faltam anestésicos para entubar os pacientes em estado crítico.

As desigualdades no acesso aos serviços públicos e privados no País foram blindadas, as estruturas que nutrem as disparidades assistenciais estão vigentes. Tanto a lógica subjacente à Emenda Constitucional nº 95/2016 quanto a capacidade de vocalização de interesses e veto a políticas universais de grupos econômicos continuam intactas. Entretanto, detecta-se a afirmação de valores sociais solidários e amplo reconhecimento da relevância do SUS. Uma contradição explícita entre as expectativas da população e as políticas governamentais, que, certamente, acresce tensão à crise e ao debate sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil.

Colaboradores

Costa DCAR (0000-0001-9691-9748)* e Bahia L (0000-0001-8730-2244)* contribuíram para a elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho EMCL (0000-0002-9517-7161)*, Cardoso AM (0000-0001-9658-5899)* e Souza PMS (0000-0002-7058-8386)* contribuíram com as seguintes atividades: revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. [Brasília, DF]: Informações de saúde. Rede Assistencial; 2020 [acesso em 2020 jun 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defectohtm.exe?cnes/cnv/leiutibr.def>.
2. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College London; 2020.
3. Leung K, Wu JT, Liu D, et al. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning. *Lancet* [internet]. 2020 [acesso 2020 jul 10]; (395):1382-93. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30746-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30746-7.pdf).
4. World Health Organization. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. Geneva: WHO; 2020.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Monitora Covid-19. Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Nota Técnica: 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
6. Rio de Janeiro (cidade). Prefeitura. Programa Rio de Novo [internet]. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: [https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/#:~:text=Plano%20de%20Retomada%20\(atualizado%2010,do%20dia%2002%2F06\)](https://riocontraocorona.rio/plano-de-retomada/#:~:text=Plano%20de%20Retomada%20(atualizado%2010,do%20dia%2002%2F06)).
7. Estado de São Paulo. Plano São Paulo [internet]. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/balanco-plano-sp-10072020.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 9 Abr 2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 237, de 18 de março de 2020. Inclui leitos e procedimentos na Tabela SUS para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Diário Oficial da União. 9 Abr 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_CNES_-_COVID-19.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos#:~:text=Leitos%20n%C3%A3o%20SUS%3A%20um%20leito,em%20hospitais%20privados\)%3B%20ou](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos#:~:text=Leitos%20n%C3%A3o%20SUS%3A%20um%20leito,em%20hospitais%20privados)%3B%20ou).
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Coronavírus: informe sobre demandas dos beneficiários [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNTMzYjNmZDQtODczOC00ZTFmLWJhNzUtNjdM2FkMjZjMGJmIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmN-CliYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>.
13. Rio de Janeiro (estado). Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Boletim Especial COVID-19 (coronavírus) [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: http://conhecimento.tjrj.jus.br/web/portal-conhecimento/boletimcovid-19_tjrj.
14. São Paulo (estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Boletim 1 - Grupo de Apoio ao Direito Privado COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Coronavirus/material/BoletimGapriCovid19.pdf>.
15. São Paulo (estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Boletim 2 - Grupo de Apoio ao Direito Privado COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download>.

- ad/Portal/Coronavirus/material/Boletim-Covid-Ga-pri-02.pdf?637273759985579068.
16. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO; 2020.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. [internet]. [Brasília, DF]: Paineis Coronavírus; 2020 [acesso em 2020 jun 23]. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>.
 18. Amazonas. Governo do Estado, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Manaus registra menor taxa de ocupação de leitos desde o início da pandemia, informa Susam [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/3964.
 19. Ceará. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/BOLETIM_COVID_26_05_2020.pdf.
 20. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. COVID-19 em dados [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 12]. Disponível em: <https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html#regula%C3%A7%C3%A3o-srag>.
 21. G1 Pará. Todas as UTIs públicas da rede municipal de Belém estão ocupadas, alerta Sesma. [internet]. G1. 2020 Abr 4 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/04/20/todas-as-utis-publicas-de-belem-estao-ocupadas-alerta-sesma.ghtml>.
 22. Correia B. Fila de espera de pacientes com COVID-19 aumenta no Rio; hospitais têm leitos, mas faltam profissionais [internet]. G1. 2020 Maio 27. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/27/fila-de-espera-de-pacientes-com-covid-19-aumenta-no-rio-hospitais-tem-leitos-mas-faltam-profissionais.ghtml>.
 23. Cerqueira S, Thomas JA, Bruno C. COVID-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise [internet]. Veja. 2020 Maio 15. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/COVID-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>.
 24. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim COVID-19: saúde suplementar [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Boletim_COVID-19_ANS_Junho_Link.pdf.
 25. Alves R, Barreira G. Hospitais privados do RJ têm queda na ocupação de Covid, mas médicos alertam para risco de novo aumento de contágio [internet]. G1. 2020 Maio 5. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/29/hospitais-privados-do-rj-tem-queda-na-ocupacao-de-covid-mas-medicos-alertam-para-risco-de-nova-onda-de-contagio.ghtml>.
 26. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de situação [internet]. 2020. [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.
 27. São Paulo (cidade). Câmara Municipal. Coronavírus: fechamento do hospital de campanha do Pacaembu. [internet]. 2020. [acesso 2020 maio 18]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.leg.br/coronavirus/blog/coronavirus-fechamento-do-hospital-de-campanha-do-pacaembu/>.
 28. Garret Jr. G. Manaus fecha hospital de campanha após queda de casos da covid-19 [internet]. Exame. 2020 Jun 24. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://exame.com/brasil/manaus-fecha-hospital-de-campanha-apos-queda-em-casos-diarios-da-covid-19/>.
 29. Castro CS, Holzgrefe Júnior JV, Reis RB, et al. Pandemia da COVID-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise. Res. Soc. Develop. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]; 9(7):e516974383. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41585>.
 30. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, et al. Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o en-

- frentamento dos casos graves de COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40749/2/LimitesPossibilidadesMunicipiosCOVID-19.pdf>.
31. Fihn SD. COVID-19 - Back to the Future. *JAMA Intern Med.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 180(9):1149-1150. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2768360>.
 32. Ayres F, Lopes H, Yeung L, et al. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Instituto de Ensino e Pesquisa; 2019.
 33. Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2020 jun 26]; 25(2):279-290. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200006.
 34. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. *Rev. de Direito Sanitário.* 2013; 14(1):122-132.
 35. Kozan JF. Por que pacientes com câncer vão à Justiça? Um estudo sobre ações judiciais movidas contra o Sistema Único de Saúde (SUS) e contra os planos de saúde na Cidade de São Paulo. [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2019. 105 p.
 36. Vidas iguais. Leitos para todos. Rede solidária em defesa da vida Pernambuco [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.vidasiguais.com.br>.
 37. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Campanhas Vidas Iguais e Leitos para Todos unificam ações e inspiram demais redes [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/campanhas-vidas-iguais-e-leitos-para-todos-unificam-acoes-e-inspiram-demais-redes/47115/>.
 38. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde (GPDES). As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e oportunismo. [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-na-pandemia-do-coronavirus-entre-a-omissao-e-o-oportunismo/>.
 39. Bahia L. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? SIM [internet]. Folha de S. Paulo. 2020 abr 18. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-sim.shtml>.
 40. Folha de S. Paulo. Pesquisadores defendem fila única de leitos públicos e privados contra coronavírus [internet]. 2020 Abr 1. [acesso em 2020 jul 19]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/pesquisadores-defendem-fila-unica-de-leitos-publicos-e-privados-contra-coronavirus.shtml>.
 41. Brasil. Senado Federal. Senado aprova uso de leitos de UTI particulares por pacientes do SUS [internet]. Agência Senado. 2020 Maio 26. [acesso em 2020 jun 24]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/26/senado-aprova-uso-de-leitos-de-uti-particulares-por-pacientes-do-sus>.
 42. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União.* 7 Feb 2020.
 43. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 026, de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia [internet]. [acesso em 2020 maio 5]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>.

44. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Voto nº 11/2020/DIGES [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/76499___Voto%2011.pdf.
45. Monteiro BF. COVID-19: soluções técnicas para ampliar o número de leitos [internet]. Estadão. 2020 Abr 4. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/covid-19-solucoes-tecnicas-para-ampliar-o-numero-de-leitos/>.
46. Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo. Gestão unificada de leitos de UTI é desaprovada por seguradoras [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <http://cnc.org.br/editorias/sistema-comercio/noticias/gestao-unificada-de-leitos-de-uti-e-desaprovada-por-seguradoras>.
47. Federação Nacional de Saúde Suplementar [internet]. Presidente da FenaSaúde condena gestão unificada de leitos [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/noticias/presidente-da-fenasaude-condena-gestao-unificada-de-leitos.html>.
48. Nabuco F. Em vez de leitos improvisados em estádios, por que não os contratar na rede privada? Rev. Visão Hospitalar [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 7]; 9(31):10-11. Disponível em: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RevistaHospitalar_Ed31_PT_27042020_web.pdf.
49. Neves H. O Brasil deveria criar uma regulação única de leitos públicos e privados no combate ao coronavírus? NÃO [internet]. Folha de S. Paulo. 2020 Abr 18. [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/04/o-brasil-deveria-criar-uma-regulacao-unica-de-leitos-publicos-e-privados-no-combate-ao-coronavirus-nao.shtml>.
50. Koike B. Rio de Janeiro: Filia única de pacientes gera polêmica [internet]. Blog Abramge. 2020 Abr 30. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/fila-unica-de-pacientes-gera-polemica/>.
51. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde. Documento da ANS contém erros: questionamentos sobre a Nota Técnica nº 4/2020/DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), contrária ao uso de leitos privados por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19 [internet]. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: UFRJ; 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/covid-19-documento-da-ans-contem-erros/>.
52. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde. Crise sanitária e recursos assistenciais para o enfrentamento da COVID-19: notas preliminares sobre orçamentos, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual. Nota Técnica. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: UFRJ. No prelo 2020 Set.
53. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass informa nº 230/2020. Nota Técnica CNJ nº 24 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-230-2020-nota-tecnica-cnj-n-24-sobre-adocao-de-medidas-de-gestao-voltadas-a-prevencao-da-judicializacao-da-saude-durante-a-pandemia-da-covid-19/>.
54. Rio Grande do Sul. Governo do Estado. Edital de Chamamento Público nº 014/2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 12]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/15172510-edital-contrato-de-leitos-privados.pdf>.
55. São Paulo (estado). Decreto nº 59.396, de 5 de maio de 2020. Regulamenta a Lei nº 17.340, de 30 de abril de 2020, que dispõe sobre medidas de proteção da saúde pública e de assistência social e outras medidas para o enfrentamento da COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=1&e=20200506&p=1.
56. Nova Friburgo. Decreto nº 605, de 08 de junho de 2020. Regulamenta no âmbito do município de Nova Friburgo, a requisição administrativa prevista no art.

- 5º, XXV, da Constituição Federal e dá outras providências [internet]. Diário Oficial Eletrônico do Município de Nova Friburgo. 9 Jun 2020. [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://plenussistemas.dioenet.com.br/public/uploads/diarios/2020/06/bb88b7b0b68214474b4805544e81863a.pdf>.
57. Maranhão. Governo do Estado. Governo do Maranhão publica decreto sobre requisição administrativa de leitos privados [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 15]. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=276405>.
58. Brasil. Governo do Distrito Federal. Acordo entre Saúde e rede privada gera 35 leitos de UTI durante a pandemia [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/07/09/acordo-entre-saude-e-rede-privada-gera-35-leitos-de-uti-durante-a-pandemia/>.
59. Associação Brasileira de Captadores de Recursos. Monitor das doações: COVID-19 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.monitordasdoacoes.org.br/>.
60. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Recebido em 20/07/2020

Aprovado em 19/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Chamada Universal MCTI/CNPq Nº 01/2016 - Processo nº 432128/2016-6

Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19

Use of private hospital beds by public health systems in response to Covid-19

Adriano Massuda¹, Renato Tasca², Ana Maria Malik¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E416

RESUMO Neste estudo, examinaram-se estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos por meio da utilização de hospitais privados na resposta à Covid-19. Utilizou-se estudo de casos selecionados para explorar o contexto institucional em que as medidas foram implementadas, os instrumentos de gestão utilizados e como se caracterizou a ação governamental em oito países: Austrália, Espanha, Irlanda, Itália, Chile, México e Peru, além do Brasil. Esta análise pode auxiliar a identificar mecanismos de gestão de sistema de saúde necessários para a coordenação de ações governamentais para resposta a situações de Emergência em Saúde Pública (ESP), bem como para aperfeiçoar a governança dos sistemas de saúde na relação entre os setores público e privado.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços hospitalares. Administração de saúde pública. Serviços médicos de emergência. Parcerias Público-Privadas.

ABSTRACT *In this study, strategies adopted by countries with public health systems that expanded the supply of beds through the use of private hospitals in response to Covid-19 were examined. The study of selected cases was used to explore the institutional context in which measures were implemented, the management tools used and how to characterize government action in eight countries: Australia, Spain, Ireland, Italy, Chile, Mexico and Peru, in addition to Brazil. This analysis can help to identify health system management mechanisms necessary for the coordination of government actions to respond to Public Health Emergency situations, as well as improve the governance of health systems in the relationship between public and private sectors.*

KEYWORDS *Hospital facilities administration. Public health administration. Emergency medical services. Public-Private Sector Partnerships.*

¹Fundação Getúlio Vargas (FGV), Escola de Administração de Empresas de São Paulo (Eaesp) – São Paulo (SP), Brasil.
a.massuda@gmail.com

²Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

Emergências em Saúde Pública (ESP) testam a resiliência de sistemas de saúde e exigem de governos capacidade para implementar ações rápidas e eficientes dirigidas a mitigar impactos em saúde e oferecer assistência e orientação à população^{1,2}. Na pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS CoV-2 (Covid-19), um dos maiores impactos sobre o sistema de saúde foi o rápido aumento na demanda por internações hospitalares, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)^{3,4}. Isso exigiu dos gestores de sistemas de saúde a adoção de diferentes estratégias para expandir a capacidade instalada de oferta assistencial⁵.

Entre as estratégias observadas para reorganizar a rede assistencial, visando a absorver o aumento da demanda hospitalar, destacaram-se: ‘mudança de rotina’, com adiamento de procedimentos, cirurgias e internações eletivas; ‘mudança de perfil’, por meio da redefinição da vocação de hospitais ou alocação de alas hospitalares para destinação de leitos exclusivos para internação de pacientes Covid-19; ‘ampliação da estrutura assistencial permanente’, mediante a transformação de leitos de enfermaria em leitos de maior complexidade, com ênfase em leitos destinados a cuidados críticos; e ‘ampliação de estrutura assistencial temporária’, por meio do aluguel de hotéis ou montagem de hospitais de campanha para casos de menor complexidade⁶.

Além dessas alternativas, também se verificou que alguns países fizeram uso de leitos em hospitais privados na resposta pública à Covid-19⁶. Essa medida mostrou-se efetiva, pois, em muitas situações, esses leitos já dispunham de estrutura, equipamentos e pessoal para adequado funcionamento, conferindo agilidade às ações e reduzindo a necessidade de investimentos para a construção de novos leitos. Porém, a relação entre os setores público e privado na saúde tem particularidades que variaram de acordo com o contexto de cada país e o modelo de organização de seus respectivos sistemas de

saúde, podendo ser geradoras de inequidades no uso dos recursos disponíveis⁷.

Neste estudo, foram examinadas estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos hospitalares por meio da utilização de serviços privados na resposta à pandemia. Buscou-se descrever o contexto institucional em que as medidas foram implementadas, os instrumentos de gestão utilizados e como se caracterizou o modo de ação governamental. Esta análise pode auxiliar a coordenação de ações governamentais em resposta à ESP, bem como oferecer lições para aperfeiçoar a organização e a governança dos setores público e privado nos sistemas de saúde num cenário pós-Covid.

Material e métodos

Utilizaram-se como método o estudo de casos selecionados e a análise qualitativa dos dados dos países estudados. Buscou-se selecionar uma amostra intencional de países com sistemas públicos de saúde que ampliaram a utilização de hospitais privados na resposta à Covid-19 e que pudessem representar modos distintos de ação governamental no uso de recursos privados pelo poder público. Para identificar os países e coletar dados de pesquisa, realizou-se busca em *websites* de órgãos governamentais, organismos internacionais e imprensa, complementada por entrevistas com informantes-chave. A busca documental foi realizada entre março e maio de 2020, e foram consultados 14 informantes-chave, entre os quais, pesquisadores e gestores de sistemas de saúde, do Brasil e de países selecionados.

Em seguida, buscou-se caracterizar o contexto institucional, com informações sobre os sistemas de saúde dos países analisados com relação a recursos financeiros alocados na saúde (ano base: 2015): gasto per capita em U\$ PPA, percentual do Produto Interno Bruto (PIB), percentual do gasto público e privado e percentual de desembolso direto sobre gasto privado; e recursos humanos e

físicos disponíveis: número de médicos e de leitos hospitalares e percentual de leitos públicos (último ano com dados disponíveis). Para coleta desses dados, foram consultadas informações disponíveis nos *websites* dos escritórios regionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os quais: Organização Pan-americana de Saúde (Opas)⁸ e OMS Europa⁹, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁰, Perfil Internacional de Sistemas de Saúde¹¹ e Datasus, do Ministério da Saúde¹².

Por fim, procedeu-se a uma análise qualitativa, buscando caracterizar aspectos da organização do sistema de saúde, com relação a governança, financiamento e participação do setor privado, instrumentos de gestão

utilizados para uso de recursos hospitalares privados e o modo de ação governamental em cada um dos países analisados.

Resultados

Foram encontradas oito experiências de países que expressam diferentes modos de ação governamental no uso de leitos privados por sistemas públicos. Entre eles, um da Oceania: Austrália; três da Europa: Espanha, Irlanda, Itália; e três da América Latina: Chile, México, Peru, além do Brasil.

Na *tabela 1*, encontram-se dados sobre recursos financeiros e físicos disponíveis nos sistemas de saúde.

Tabela 1. Recursos financeiros e físicos disponíveis no sistema de saúde

	Austrália *	Espanha *	Irlanda *	Itália *	Chile **	México **	Peru **	Brasil **
População em milhões (2018)	24,9	46,7	4,8	60,5	18,2	130,7	32,5	210,8
Gasto per capita em saúde U\$ PPA	4,381.2	3,024.6	4,301.9	3,129.3	1,903.1	1,080.1	671.0	1,391.5
% Gasto total em relação ao PIB	9,3	8,8	7,1	8,8	8,1	5,9	5,2	8,8
% Gasto público em saúde relação ao PIB	6,4	6,2	5,3	6,5	4,9	3,1	3,2	3,8
% Gasto público em saúde sobre total	68,8	70,5	74,6	73,9	60,5	52,5	61,5	43,2
% Gasto privado em saúde relação ao PIB	2,9	2,6	1,8	2,3	3,2	2,8	2	5
% Gasto privado em saúde relação ao total	31,2	29,5	25,4	26,1	39,5	47,5	38,5	56,8
% Desembolso direto em saúde sobre total	18,2	24	17,7	21,2	31,0	40,8	30,9	20,3
Número de médicos (mil)	90,4	180,6	15,3	241,5	32,4	267,9	40,6	460,2***
Médicos por 10.000 hab.	36,1	38,7	31,8	39,9	18,0	24,0	12,7	22,0
Número de leitos hospitalares (mil)	92,8	138,5	14,2	192,5	92,4	168,8	52,0	441,8 ***
Número de leitos por 10.000 habitantes	37	30	29	32	51	13	16	21
% leitos públicos sobre total	66,5%	68,7%	85,9%	66,7%	31,0%	73,9%	X	70,0%

Fonte: Elaboração própria.

*OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

**Plisa - Plataforma de Información en Salud para las Américas.

***Datusus/Ministério da Saúde do Brasil.

A seguir, será apresentada uma síntese sobre o contexto institucional de cada um dos sistemas de saúde e os instrumentos utilizados para a ampliação do uso de leitos privados na resposta à Covid-19.

Austrália

O sistema público de saúde australiano é universal, e os três níveis de governo são coletivamente responsáveis pela prestação de assistência à saúde¹¹. O governo federal financia e apoia os estados na prestação de serviços. Os governos estaduais são responsáveis pela gestão de hospitais públicos, serviços de ambulância, serviços comunitários e de saúde mental¹¹. Os governos locais atuam na prestação de programas preventivos, como imunização. Apesar de o financiamento público corresponder a 6,4% do PIB e representar 68,8% do gasto total, o setor privado tem importante participação no sistema de saúde, sendo responsável por quase 60% das cirurgias realizadas do País e por dispor de um terço dos leitos de UTI existentes¹⁰.

Para enfrentar a pandemia da Covid-19, o governo federal australiano assinou um acordo com representantes dos hospitais privados e das associações médicas e de enfermagem do País, que permitiu colocar 34 mil leitos privados à disposição do sistema público¹³. Esse acordo auxiliou a manter a receita do setor, reduzida pelo cancelamento das cirurgias eletivas. A parceria também mobilizou cerca de 105 mil profissionais de saúde, dos quais, 57 mil são da área de enfermagem¹⁴. O acordo nacional foi adaptado a cada estado. Em Victoria e Queensland, as parcerias incluíram planejamento conjunto de resposta às necessidades, compras coletivas de equipamentos, medicamentos, insumos e intercâmbio de profissionais de saúde¹⁵; na Austrália do Sul, restringiram-se à contratação de leitos privados¹⁶.

Espanha

O sistema de saúde espanhol é composto de três subsistemas, que coexistem: o Sistema Nacional de Saúde (SNS), complementado por

fundos mútuos para os funcionários públicos das forças armadas e do judiciário, e mutualidades focadas na assistência a acidentes e em doenças ocupacionais⁹. O SNS é universal, financiado por impostos, e a governança é regional, espelhando a divisão administrativa do País em Comunidades Autônomas⁹. O gasto público em saúde é de 6,2% do PIB, correspondendo a 70,5% do total em saúde, e a maior parte dos leitos hospitalares é pública¹¹. O setor privado é suplementar ao público.

No enfrentamento à Covid-19, o setor privado de saúde teve importante papel no apoio ao SNS, porém, a relação foi variável em cada região. Em geral, o número de centros de saúde e de leitos hospitalares foi ampliado e as unidades reformuladas para abrigar pacientes com a Covid-19. Seguindo o Decreto-Lei que definiu medidas urgentes na esfera econômica e para a proteção da saúde pública¹⁷, leitos privados de UTI foram estatizados provisoriamente, ficando disponíveis para atender pacientes do sistema público quando este tivesse sua capacidade esgotada¹⁸.

A ocupação dos leitos privados, entretanto, foi bastante variada, alcançado 100% dos leitos disponíveis em algumas regiões, enquanto em outras houve baixo ou quase nenhum uso^{19,20}. Além disso, o modo de organização da rede assistencial foi diferenciado. Certas regiões definiram que hospitais públicos seriam totalmente dedicados aos pacientes de Covid, enquanto os privados passaram a cuidar das demais causas de internação, abrindo oportunidades para fortalecer a integração entre os setores num cenário pós-Covid-19²¹.

Irlanda

A Irlanda dispõe de um sistema universal de saúde, financiado por impostos e taxas⁹. Todos os residentes no País têm direito a receber assistência médica prestada no sistema público de saúde. O sistema privado de saúde é suplementar ao público. O País conta com 5,2 leitos de UTI por 100.000 habitantes, a maioria públicos, enquanto a média da comunidade

europeia é de 11,5 por 100.000¹⁰. O gasto público em saúde é de 5,3% do PIB, correspondendo a 74,6% do gasto total¹⁰.

Na resposta à pandemia da Covid-19, todos os cerca de 2.000 leitos hospitalares (14% do total), nove laboratórios e centenas de profissionais de saúde do setor privado foram requisitados para atuar no sistema público de saúde²². O Estado manteve o controle e a administração das instalações privadas de saúde durante os meses de março e maio, período de maior demanda de casos da pandemia no País²³. O arranjo foi bem avaliado e poderá ser retomado caso ocorra novo aumento de casos²⁴.

Itália

O sistema nacional de saúde italiano é universal e organizado regionalmente, sendo papel do governo central definir um pacote nacional de benefícios estatutários a ser oferecido em todas as regiões^{9,11}. As 19 regiões do País e duas províncias autônomas têm a responsabilidade de organizar a prestação de serviços de saúde por meio de unidades de saúde locais, com autonomia na forma de fazê-lo. A maior parte dos leitos hospitalares é pública. O gasto público em saúde é de 6,5% do PIB e corresponde a 73,9% do gasto total¹⁰. O setor privado é suplementar ao público.

Para responder a situações de emergência, um decreto presidencial foi publicado contendo medidas urgentes com relação à contenção e ao manejo da emergência epidemiológica da Covid-19. Aplicável em todo o território nacional, o decreto permitiu a requisição, pelo poder público, de estruturas, equipamentos e profissionais de saúde do setor privado²⁵, e abriu espaço para diálogo e construção de acordos entre os governos regionais e o setor privado, representado pelas associações locais de hospitais privados²⁶.

Em muitos casos, as unidades privadas foram utilizadas para receber pacientes do sistema público com diagnósticos que não fossem de Covid, permitindo que as estruturas públicas se concentrassem no atendimento

a pacientes com quadros respiratórios²⁷. Em outras regiões, com menor capacidade de internação de pacientes críticos no setor público, unidades privadas foram dedicadas exclusivamente para atendimento de pacientes de Covid²⁸. Também houve acordos do tipo ‘fila única’, que contemplam hospitalização em unidades públicas ou privadas de pacientes com todos os diagnósticos, não apenas Covid^{29,30}.

Chile

O Chile apresenta um sistema de saúde segmentado, que inclui um seguro público (Fundo Nacional de Saúde – Fonasa), um privado (Instituições de Seguridade Social – Isapre), substitutivo ao público, e outros seguros específicos para as Forças Armadas⁸. A prestação de serviços públicos de saúde é realizada por secretarias ministeriais regionais. O gasto público em saúde é de 4,9% do PIB e corresponde a 60,5% do total. O setor privado, porém, concentra a maior parte dos leitos hospitalares¹⁰.

Em 2009, na pandemia do H1N1, o Ministério da Saúde do Chile criou um dispositivo para uso de recursos privados pelo sistema de saúde público chamado de UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas), com vistas a coordenar o uso de leitos para pacientes críticos, no setor público e no setor privado³¹. Quando as unidades públicas de saúde chegam à saturação, os leitos do setor privado passam, automaticamente, a ser utilizados. A UGCC ordena o fluxo de pacientes graves seguindo uma classificação de complexidade, dando prioridade para a ocupação dos leitos públicos. Na resposta à Covid-19, o governo chileno publicou um decreto que atribui à UGCC a autoridade de regulação de todos os leitos para pacientes críticos existentes no País³². Não se verifica resistência a essa medida por parte do setor privado, e os valores pagos pelas internações são pactuados previamente entre as partes^{33,34}.

México

O sistema de saúde mexicano é segmentado, composto por instituições de seguridade social do setor público que cobrem trabalhadores do setor formal; o Sistema de Proteção Social em Saúde, que atende a população não coberta pela previdência social e o setor privado, que presta serviços à população com capacidade de pagamento direto⁸. O gasto público em saúde é de 3,1% do PIB, pouco superior ao privado – 52,5% do total. Observa-se alta proporção de desembolso direto para pagamento de despesas com saúde: 40% do gasto privado¹⁰. A maior parte dos leitos hospitalares está no setor público.

Em resposta à Covid-19, o governo federal e a Associação Nacional de Hospitais Privados assinaram um acordo de colaboração no qual a rede de hospitais privados disponibiliza 50% de seus leitos e equipamentos para atender pacientes não Covid-19, cobertos exclusivamente pelos seguros públicos, a fim de liberar leitos no setor público para o atendimento de pacientes com Covid-19³⁵. A estratégia, denominada ‘Todos Juntos contra a Covid-19’, colocou 3.115 leitos em hospitais privados à disposição para a população geral³⁶. O pagamento pelos serviços aí prestados será feito pelo setor público, aos preços acordados para a compra de serviços entre a seguridade social e o departamento de saúde do governo federal³⁷. O contrato é temporário e tem validade de um mês.

Peru

O sistema de saúde do Peru é segmentado, dividido em subsetor público, que dirige a maior parte das unidades de saúde públicas do País e presta serviços a populações pobres por meio do sistema de Seguro Saúde Integral; um sistema de seguridade social, que possui a segunda maior rede do País e atende exclusivamente assalariados e familiares; e os serviços de saúde das Forças Armadas e da Polícia Nacional⁸. O gasto público em saúde é de 3,2% do PIB e corresponde a 61,5% do total.

O subsetor privado atende principalmente a população de maior renda, sendo 30% dos gastos privados feitos por desembolso direito⁸.

No Peru, o decreto legislativo estabeleceu o ‘intercâmbio de benefícios’, permitindo que pacientes sejam tratados em unidades com vagas disponíveis, independentemente se públicas, privadas ou da previdência social, a valores pré-definidos³⁸. Graças a essa medida, todas as pessoas sem cobertura privada ou da previdência social têm acesso ao sistema integrado. Isso inclui pessoas em situação irregular, como migrantes. Essa medida está respaldada pelo Decreto de Emergência do Peru, que autoriza o Executivo a impor aos hospitais privados a execução de “serviços extraordinários por sua duração ou natureza”³⁹.

Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal e descentralizado, com responsabilidades divididas entre as três esferas de governo. Cabe ao governo federal a definição e o financiamento de políticas nacionais de saúde; aos estados, a organização regional; e aos municípios, a gestão da prestação da maior parte dos serviços. Apesar de o setor privado ser constitucionalmente complementar ao SUS, 56,8% do gasto em saúde é privado, o que corresponde a 5% do PIB, dos quais, 20,35% por desembolso direto. O gasto público é de 3,8% do PIB. Apesar de o SUS contar com a maioria dos leitos hospitalares, a maior parte dos leitos de UTI encontra-se no setor privado.

Em razão da desigualdade no número de leitos de UTI entre os setores público e privado, esteve em debate no País a implementação de uma ‘fila única’ para acesso aos leitos de UTI para atendimento a pacientes com Covid-19. Isso permitiria a hospitalização de pacientes do SUS em leitos privados, quando a capacidade pública estivesse esgotada⁴⁰. No entanto, associações de planos de saúde, hospitais privados e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se opuseram ao compartilhamento de leitos⁴¹. Até o mês de

agosto de 2020 não houve registro de ação federal para orientar o uso de recursos privados para ampliar a capacidade do SUS.

Por outro lado, verificam-se iniciativas em estados, como Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Maranhão, que publicaram, respectivamente, edital de chamamento público para leitos privados atenderem ao SUS, portaria que estabeleceu a possibilidade de uso de recursos privados quando a rede pública for insuficiente e decreto determinando a requisição

administrativa dos serviços privados em caso de necessidade⁴²⁻⁴⁴. Em âmbito municipal, a Prefeitura de Curitiba publicou decreto estabelecendo condições e regras para a requisição de bens e serviços de assistência à saúde na pandemia, e a de São Paulo publicou decreto estabelecendo parâmetros para abrir até 20% da rede privada para atender pacientes do SUS^{45,46}. O *quadro 1* apresenta uma síntese dos resultados encontrados.

Quadro 1. Quadro síntese

País	Contexto institucional	Instrumentos de gestão	Tipo de ação governamental
Austrália	Sistema nacional sob administração regional Financiamento predominantemente público Setor privado com forte atuação na prestação de serviços	Acordo nacional e subacordos regionais para uso de leitos privados pelo sistema público Coordenação do acesso aos leitos definido em cada estado/território	Negociação nacional e acordos regionais
Espanha	Sistema nacional sob administração regional Financiamento predominantemente público Setor privado suplementar	Decreto de emergência no país aplicável por cada região Coordenação do acesso aos leitos definida em cada comunidade autônoma	Determinação nacional e implantação regional
Irlanda	Sistema nacional de saúde sob administração federal Financiamento predominantemente público Setor privado suplementar	Requisição total de serviços privados Coordenação nacional do acesso aos leitos	Determinação nacional e implantação nacional
Itália	Sistema nacional de saúde sob administração regional Financiamento predominantemente público Setor privado suplementar	Decreto de emergência no país permite requisição de serviços do setor privado 'Fila única' para hospitalização instituída por região para todos os diagnósticos	Determinação nacional e implantação regional
Chile	Sistema misto, que inclui um seguro público e privado Financiamento predominantemente público Setor privado substitutivo	Decreto presidencial autorizou uso de leitos privados pelo sistema público Regulação do acesso aos leitos por UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas)	Determinação nacional e implantação nacional
México	Sistema segmentado, composto por seguridade social e sistema de Proteção Social públicos Financiamento privado semelhante ao público Setor privado substitutivo ao público	Acordo entre o governo federal e a Associação Nacional de Hospitais Privados, por meio do qual a rede de hospitais privados disponibiliza 50% de seus leitos para atender pacientes não Covid-19	Negociação nacional e implantação nacional

Quadro 1. (cont.)

Pais	Contexto institucional	Instrumentos de gestão	Tipo de ação governamental
Peru	Sistema segmentado, composto por seguridade social pública Financiamento predominantemente público Setor privado substitutivo ao público	Decreto legislativo estabeleceu o “intercâmbio de benefícios” Pacientes acessam unidades com vagas disponíveis, independentemente se públicas, privadas ou da previdência social	Determinação nacional e implantação nacional
Brasil	Sistema nacional sob gestão municipal predominante Financiamento predominantemente privado Setor privado suplementar ao público	Editais, portarias e decretos publicados por municipais e estaduais	Ausência de coordenação nacional Atuação localizada por estados e municípios

Fonte: Elaboração própria.

Análise e discussão

As experiências analisadas demonstram que o uso de leitos em hospitais privados por sistemas públicos pode ser uma alternativa para a rápida expansão da capacidade hospitalar na resposta à Covid-19. Entretanto, o modo de utilização é variado, sendo influenciado pelo contexto institucional, pela estrutura do sistema de saúde e, especialmente, pela ação governamental. Entre as experiências analisadas, podem-se observar três tipos de ação governamental.

Um primeiro tipo é ação nacional de ‘determinação’ da requisição de serviços privados, embasada em leis para situações de emergência ou decreto presidencial. A requisição pode ser total, como na Irlanda; conforme a necessidade apresentada pelo sistema público, como no Chile e no Peru; ou decidida regionalmente, como na Espanha e na Itália. Nessas experiências, a regulação de acesso ao leito é feita por meio de ‘fila-única’ coordenada pelo sistema público de saúde, nacional ou regionalmente.

Um segundo tipo de ação nacional é a ‘negociação’ entre o governo federal e representantes do setor privado hospitalar, sendo estabelecidos acordos para colocar um determinado número

de leitos privados à disposição para uso do sistema público de saúde. Na experiência da Austrália, o acordo nacional foi adaptado regionalmente, permitindo aprofundar a integração público-privada de acordo com as necessidades de cada região. Nesses casos, ocorreu uma expansão da capacidade hospitalar pública sem necessidade de fila única.

Por fim, um terceiro tipo de ação é realizada por níveis subnacionais de governo, diante da ausência de coordenação nacional, como ocorre na resposta à Covid no Brasil. Nesse caso, a expansão da capacidade hospitalar por meio do uso de serviços privados é limitada ao tipo de ação definido em cada local, que varia desde a contratação de número determinado de leitos até a requisição conforme necessidade.

A presente análise, entretanto, apresenta limitações, que precisam ser exploradas em estudos futuros. Por exemplo, se existe correlação entre orientação política de governos, estrutura de Estado, modelo de financiamento e organização dos sistemas de saúde no modo de ação governamental sobre o uso de recursos privados na resposta à Covid-19. Além disso, é preciso aprofundar a análise sobre algumas questões relativas à relação público-privada em situações de ESP:

- Dilema ético-institucional: se houver vagas disponíveis em hospitais privados, como negar acesso em meio a uma Pandemia?
- Responsabilidade sanitária do setor privado: esgotada a capacidade pública, a disponibilidade de serviços privados mediante medidas compensatórias adequadas não deveria ser uma responsabilidade social dessas empresas?
- Remuneração: como estabelecer remuneração adequada para os hospitais privados, visando a reembolsar os custos reais?
- Equidade: como garantir que o paciente do sistema público receba cuidado com a mesma qualidade oferecida no setor privado?

Considerações finais

As experiências estudadas demonstraram que existem diferentes possibilidades de uso de estruturas hospitalares privadas por sistemas públicos de saúde para promover

rápida ampliação da capacidade assistencial em situações de ESP. A forma da utilização, porém, é influenciada pelo contexto e pela política institucional estabelecida em cada país e pelos instrumentos de gestão utilizados para operacionalizar a relação público-privada. Sistemas públicos de saúde fortes, com adequado financiamento público, governança e capacidade de alocação de recursos têm maior capacidade de coordenar a relação entre os setores público e privado, ampliando a capacidade assistencial sem comprometer a equidade no acesso a serviços de saúde. As lições apreendidas no enfrentamento da Covid-19 devem ser utilizadas para fortalecer sistemas públicos de saúde num cenário pós-pandemia.

Colaboradores

Massuda A (0000-0002-3928-136X)*, Tasca R (0000-0002-1407-5914)* e Malik AM (0000-0002-0813-8886)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*. 2015; 385(9980):1910-1912.
2. Organização Mundial da Saúde. Public health emergencies: preparedness and response. Annual report on the implementation of the International Health Regulations [internet]. 2005. [acesso em 2019 abr 4]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328559/A72_8-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, et al. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2020; 5(5):e251-e252.
4. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*. 2020; 395(10231):1225-8.
5. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19 [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-reorganizacion-ampliacion-progresiva-servicios-salud-para-respuesta>.
6. Tasca R, Massuda A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. *APS em revista*. 2020; 2(1):20-7.
7. Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; (16):2743-2752.
8. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347.
9. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para Europa. Países [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/countries>.
10. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Country Health Profiles 2019. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/country-health-profiles-EU.htm>.
11. The Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://international.commonwealthfund.org/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
13. Biggs A. COVID-19: Major partnership with private hospitals [internet]. Parliament of Australia. 2020 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/FlagPost/2020/April/Agreement_with_private_hospitals.
14. ABC News. Private hospitals to free up thousands of beds in deal with Federal Government to tackle coronavirus [internet]. ABC News. 2020 mar 31. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.abc.net.au/news/2020-03-31/coronavirus-agreement-to-keep-private-hospitals-open/12106496>.
15. Australian Competition and Consumer Commission. Private and public hospitals to cooperate on COVID-19 in Victoria and Queensland. *Accc*. 2020 [acesso em 2020 maio 20]; (69):1. Disponível em: <https://www.accc.gov.au/media-release/private-and-public-hospitals-to-cooperate-on-covid-19-in-victoria-and-queensland>.
16. Government of South Australia. Historic alliance between Public and Private hospitals to defeat COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.premier.sa.gov.au/news/>

- media-releases/news/historic-alliance-between-public-and-private-hospitals-to-defeat-covid-19.
17. Espanha. Real Decreto 463 de 11 de março de 2020. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://boe.es/boe/dias/2020/03/11/pdfs/BOE-A-2020-3434.pdf#BOEn>.
 18. Ricart M. La Covid-19 monopoliza la sanidad privada en las áreas donde afecta más. [internet] La Vanguardia. 2020 abr 4. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200404/48287491681/covid-19-monopoliza-sanidad-privada-areas-afecta-mas.html>.
 19. Alsedo Q. 2.200 camas UCI estuvieron libres en España mientras 12.000 ancianos morían sin asistencia en las residencias. [internet] El Mundo. 2020 abr 20 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/19/5e9b579521efa084288b45de.html>.
 20. Rejo R. La sanidad privada calcula que tiene 2.200 camas de UCI sin usar en toda España. [internet] El Diario. 2020 abr 2 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privada-calcula-UCI-Espana_0_1012449010.html.
 21. Socorro EO. Sanidad pública y privada tendrán que reforzar su alianza en la era post Covid-19. [internet] El Espanol. 2020 abr 26 [acesso em 2020 maio 20]. https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20200426/sanidad-publica-privada-reforzar-alianza-post-covid-19/485202030_0.html.
 22. Horgan-Jones J. Private hospitals in State to cater for Covid-19 cases only as pandemic spreads. [internet] The Irish Times. 2020 mar 25. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/private-hospitals-in-state-to-cater-for-covid-19-cases-only-as-pandemic-spreads-1.4211349>.
 23. Lehane M. Government seeks new deal with private hospitals in pandemic. [internet] RTE. 2020 maio 29. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.rte.ie/news/coronavirus/2020/0529/1143415-coronavirus-private-hospitals/>.
 24. Kenny A. Arrangement with private hospitals met urgent objective, says Dept head. [internet] RTE. 2020 jul 2. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.rte.ie/news/ireland/2020/0602/1144866-dail-covid-19-committee/>.
 25. Itália. Decreto 400 de 23 agosto de 1998. Visto il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» e, in particolare, l'art. 3 [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20A01558/sg>.
 26. Ravennanotizie. Gli ospedali privati scendono in campo nell'emergenza Covid-19. Siglato accordo con la Regione: arrivano 3.750 posti letto in più. [internet] Ravenna Notizie. 2020 mar 21. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.ravennanotizie.it/0-copertina/2020/03/21/gli-ospedali-privati-scendono-in-campo-nellemergenza-covid-19-siglato-accordo-con-la-regione-arrivano-3-750-posti-letto-in-piu/>.
 27. Telenord. Ospedali privati a supporto del Covid-19: già 40 pazienti dimessi da Villa Serena. [internet] Telenord. 2020 abr 27. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://telenord.it/ospedali-privati-a-supporto-del-covid-19-gia-40-pazienti-dimessi-da-villa-serena>.
 28. Scagliarini M. Puglia, ospedali Covid, in campo i privati: altri 220 posti realizzati in tempo record. [internet] La Gazzetta del Mezzo Giorno. 2020 abr 2. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.lagazzettadelmezzogiorno.it/news/home/1216234/puglia-ospedali-covid-in-campo-i-privati-altri-220-posti-realizzati-in-tempo-record.html>.
 29. Abruzzoweb. Virus: in campo anche cliniche private, ospiteranno pazienti Covid e no Covid. [internet] Abruzzoweb. 2020 abr 9. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.abruzzoweb.it/contenu>

- ti/coronavirus-coinvolte-cliniche-private-contratti-per-pazienti-covid-e-no-covid/727540-4/.
30. L'unione Sarda. Cliniche private Covid, Nieddu: "Scelta nell'interesse della salute dei sardi". [internet] L'unione Sarda. 2020 abr 25. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.unionesarda.it/articolo/news-sardegna/cagliari/2020/04/25/cliniche-private-covid-nieddu-scelta-nell-interesse-della-salute-136-1012237.html>.
 31. Chile. Ministério da Saúde. Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC. Período Enero 2014 – Diciembre 2017 [internet]. 2017 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-UGCC-2014-2018.pdf>.
 32. Chile. Ministério da Saúde. Dispone instrucciones para la coordinación de la red pública y privada de salud por parte de la subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, 2020 abr 1. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/1747890.pdf>.
 33. Chile. Ministério da Saúde. Dispone precios máximos que indica [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/DO_1751692.pdf.
 34. Claro H. El decreto que permite al Gobierno usar camas de hospitales privados por coronavirus. [internet] El Dinamo, 2020 mar 17. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.eldinamo.com/nacional/2020/03/17/chile-coronavirus-alerta-sanitaria-uso-de-camas-privadas-sistema-publico/>.
 35. México. Secretaria de Saúde. Sector Salud suscribe convenio con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.gob.mx/salud/prensa/105-sector-salud-suscribe-convenio-con-hospitales-privados-para-hacer-frente-a-la-pandemia-de-covid-19>.
 36. México. Todos juntos contra el COVID [internet]. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/>.
 37. Machorro JC. Hospitales privados ponen 50% de sus camas por contingencia de COVID-19. [internet] Expok. 2020 abr 14. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.expoknews.com/hospitales-privados-ponen-50-de-sus-camas-por-contingencia-de-covid-19/>.
 38. Peru. Decreto Legislativo nº 1466. Que, mediante Ley nº 31011, el Congreso de la República ha delegado al Poder Ejecutivo la facultad de legislar en diversas materias para la atención de la emergencia sanitaria producida por el COVID – 19, por el término de cuarenta y cinco (45) días calendario [internet]. 2020. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-disposiciones-para-fortalece-decreto-legislativo-n-1466-1865659-1/>.
 39. Vega ES. Clínicas privadas quedan bajo dirección del Minsa durante la emergência. [internet] OJO Publico. 2020 mar 17. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://ojo-publico.com/1676/clinicas-privadas-quedan-bajo-direccion-del-minsa-durante-emergencia>.
 40. Gragnani J. Fila única por leitos de UTI? As propostas para fechar conta de desigualdade entre SUS e planos de saúde. [internet] BBC Brasil. 2020 abr 23. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52375980>.
 41. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Processo nº: 33910.010106/2020-60 Voto nº 11/2020/DIGES [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: https://static.congressoemfoco.uol.com.br/2020/06/76499___Voto-11.pdf.
 42. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Edital de Chamamento nº 015/2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://coronavirus-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/17104642-edital-de-chamamento-n15.pdf>.
 43. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 77 de 30 de Abril de 2020. Definiu o princípio da complementariedade ao Sistema Único

- de Saúde (SUS), facultando ao Poder Público a possibilidade de recorrer aos serviços mantidos pela iniciativa privada, mediante contrato ou convênio, para garantir a cobertura assistencial à população nos casos em que a oferta pública for insuficiente. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=394332>.
44. Maranhão. Decreto nº 35.797 de 10 de maio de 2020. Determina, nos termos em que especifica, a requisição administrativa de 40 (quarenta) leitos das unidades hospitalares privadas localizadas, alternativamente, nos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Paco do Lumiar e Raposa, e de 10 (dez) leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) das unidades hospitalares privadas localizadas no município de Imperatriz. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.corona.ma.gov.br/public/uploads/arquivos/atos/33-5eb84b8d7c899.pdf>.
45. Curitiba. Decreto nº 407 de 13 de março de 2020. Dispõe sobre as condições e regras para a requisição de bens e serviços de assistência à saúde, visando o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do Coronavírus no Município de Curitiba, para o atendimento integral aos usuários do SUS, mediante justa indenização à pessoas naturais e jurídicas [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391117>.
46. São Paulo. Decreto nº 59.396 de 5 de Maio de 2020. Regulamenta a Lei nº 17.340, de 30 de abril de 2020, que dispõe sobre medidas de proteção da saúde pública e de assistência social e outras medidas para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública em decorrência da Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19) e determina outras providências [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=1&e=20200506&p=1.

Recebido em 07/06/2020
 Aprovado em 17/09/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

O SUS sobreviverá aos tempos de pandemia?

Will SUS survive pandemic times?

Carlos Octavio Ocké-Reis¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E417

Introdução

DE ACORDO COM OCKÉ-REIS^{1,2}, A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) elevou a Covid-19, infecção respiratória aguda provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2), à categoria de pandemia no dia 11 de março de 2020, cuja disseminação vem afetando a vida social e econômica dos países em escala global. Apesar da insegurança sobre a magnitude e a duração desta pandemia, um conjunto de países adotou medidas para fortalecer suas economias, suas redes de proteção social e seus sistemas de saúde. Vários bancos centrais reduziram os juros e defenderam políticas fiscais expansionistas, exigindo ações para proteger o mercado de trabalho, ampliar a licença médica dos trabalhadores, oferecer moratória do pagamento de dívidas e hipotecas etc.

No Brasil, desde o anúncio da pandemia pela OMS, o Ministério da Economia não deveria ter permanecido prisioneiro da estratégia de restringir os investimentos públicos e gastos sociais, de negar o papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como garantidor do crédito de longo prazo da economia, enfim, de manter veladamente a política de austeridade fiscal, como hoje fica claro com o atraso da execução dos recursos aprovados para o combate da Covid-19.

Essa postura fiscalista é irresponsável. Dadas a recessão da economia brasileira e a necessidade de controlar a epidemia, o governo deveria ter rompido com a política de austeridade fiscal para retomar o crescimento econômico, aumentar a arrecadação e fortalecer as políticas sociais no contexto do aumento da pobreza, da desigualdade e do desemprego na sociedade brasileira.

Na verdade, os investimentos e as despesas deveriam ser avaliados pela sua eficácia e efetividade, isto é, pelo efeito multiplicador na economia, e não apenas pelos efeitos sobre o *deficit* primário^{1,2}. Além da adoção das medidas preconizadas pela OMS, mudar a política econômica e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) são as alternativas mais seguras para proteger a população brasileira contra o coronavírus.

Pandemia e crise

Para o relatório do Fundo Monetário Internacional (FMI) divulgado em abril deste ano, essa crise será certamente maior do que a do *crash* de 1929. A exemplo de outros países, o governo precisa sustentar a demanda e garantir a renda do conjunto da população, bem como o abastecimento de alimentos, de remédios e de produtos de primeira necessidade, mantendo as cadeias de produção e de distribuição em funcionamento e coordenando o sistema financeiro a partir do planejamento entre Estado e sociedade.

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
carlos.ocke@ipea.gov.br



No entanto³,

[...] apesar das iniciativas aprovadas pelo Congresso Nacional no contexto do decreto de calamidade pública, sob a batuta do capital financeiro, o governo produz o seguinte círculo vicioso: de um lado, ataca o distanciamento social devido à queda da atividade econômica. De outro, apesar da flexibilização das regras fiscais, aplica uma política econômica tímida, deixando de liberar recursos suficientes para estados e municípios, para pequenas e médias empresas, bem como para os trabalhadores formais, informais e desempregados. Dessa maneira, ao não irrigar liquidez na economia na proporção exigida pela crise, ao não distribuir renda nem garantir empregos, Bolsonaro joga a maioria da população contra tal distanciamento, uma vez que esta não possui meios materiais para sustentar sua vida cotidiana.

Estamos diante de uma complexa crise político-institucional. Tudo leva a crer que, sob o governo Bolsonaro, não haverá saída democrática para a superação das crises sanitária e econômica. A captura do Ministério da Saúde pelos militares e a política de austeridade dificultam a construção de um acordo nacional, que permita aos estados e municípios colaborarem no controle da doença. Pior: em boa parte precarizados, não estão garantidas as condições salariais e de trabalho seguras para os profissionais de saúde nem serão adotadas medidas rigorosas para proteger as classes populares e os grupos vulneráveis.

Para Silva e Ocké-Reis⁴,

[...] a democratização da saúde, promovida pela Constituição de 1988, representou verdadeiro avanço do processo civilizatório. Em plena epidemia, não devemos abrir mão desse direito social, sob pena de colocar em risco a vida de milhares de brasileiros para sustentar uma política de austeridade fiscal danosa, que se encontra sob fogo cruzado nas principais economias do mundo, inclusive pelos que a defendiam como única alternativa até bem pouco tempo atrás.

A pandemia da Covid-19 tem sido emblemática para a saúde do Brasil⁵. Antes dela, o SUS ocupava protagonismo na agenda política às avessas do debate atual. Os arautos do liberalismo diziam que o SUS não cabia no Estado e defendiam o teto de gasto como expresso na âncora fiscal presente na proposta de orçamento a ser enviada ao Congresso Nacional.

Governo Bolsonaro

Ora, para Ocké-Reis⁶,

[...] se Bolsonaro não prioriza o combate à COVID-19, não protege a economia popular, não cuida dos profissionais de saúde e não salva vidas, por que o campo democrático, popular e socialista continua vacilante na luta pela sua derrubada? Defender o impeachment de um governo tutelado pelos militares, apesar de farta base jurídica, exigirá a construção de uma sólida unidade política contra a extrema-direita e unidade programática contra o neoliberalismo.

Deve-se mobilizar a sociedade, pressionar os centros de decisão política e chamar a atenção da comunidade internacional, vivificando as redes sociais como esfera pública digital, corolário de uma nova democracia participativa. Esse é o caminho dos democratas que são contra um governo que coloca a vida de cidadãos em risco.

De modo análogo ao que foi feito na elaboração da última Constituição⁶,

[...] o bloco histórico sanitário deve ter o compromisso de contribuir para recompor as forças democráticas, reconstruir as alianças partidárias e elaborar um programa econômico alternativo em defesa da vida, da democracia e do SUS, pautado pela solidariedade e pela ética pública, devolvendo a esperança de melhores dias aos brasileiros. Na prática, o governo acaba sabotando as medidas emergenciais para controlar a epidemia e tratar a doença como proposto pelo Conselho Nacional de Saúde,

pelos gestores estaduais e municipais de saúde e pelo movimento da reforma sanitária brasileira. Bolsonaro torna, portanto, a resistência oferecida ao seu projeto despótico em uma luta de Sísifo, penalizando os que estão na linha de frente do combate à COVID-19. Essa vontade consciente possui preponderância decisiva neste período histórico. O governo Bolsonaro não reúne mais condições políticas e éticas para governar o Brasil. As mortes provocadas pelo novo coronavírus pesam sobre seus ombros com a cumplicidade dos militares, os quais aparelharam o Ministério da Saúde, promovendo um vexame internacional, que fere o decoro presidencial e desrespeita o luto da nação.

O SUS sobreviverá?

Qualquer avaliação neste momento deve partir do subfinanciamento crônico do SUS. Segundo a OMS, em 2015, o gasto público em saúde no Brasil em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) foi tão somente de 3,8%, enquanto, por exemplo, na Coreia do Sul responde por 4,2%, seguida de Chile e Argentina (4,9%), Espanha (6,5%) e Itália (6,7%). O National Health Service (NHS) britânico (similar ao nosso SUS) gasta 7,9% do PIB.

Dessa maneira, o Brasil precisa se preparar para conviver com a Covid-19. O custeio para os investimentos da sua fase aguda e os agravos decorrentes da doença sobrecarregarão o governo federal, bem como estados e municípios, que devem cobrir, no futuro, a demanda reprimida de cirurgias eletivas, exames diagnósticos e terapêuticos, além de consultas a especialistas, que estão suspensas neste momento. Além do mais, no contexto dos desafios impostos por doenças transmissíveis, tais como dengue, sarampo e influenza, o estresse causado pelo coronavírus se sobrepõe às necessidades relativas às doenças do aparelho circulatório, às neoplasias e às causas externas.

Na verdade, embora a Emenda Constitucional (EC) 106 tenha suspenso os requisitos fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Regra de Ouro, a Emenda tem o propósito de manter inalteradas as regras fiscais após o decreto de calamidade pública. Com isso, por exemplo, o congelamento do piso determinado pela EC 95, que retirou R\$ 22,5 bilhões do SUS entre 2018 e 2020, continuará vigente depois da pandemia⁷.

Deveríamos ter em mente a necessidade de dinheiro novo para atender a população no período seguinte à fase exponencial da epidemia, que vai exigir mais recursos diante do aumento do desemprego, da queda da renda e da expulsão da clientela da medicina privada. Dobrar a aposta na política de (hiper)austeridade fiscal é um erro. David Stuckler e Sanjay Basu deram contribuição importante nesse sentido. No livro, publicado em 2013, intitulado ‘The body economic. Why austerity kills’⁸, os autores criticaram os efeitos das políticas de austeridade sobre as condições de saúde das populações.

De modo que, para enfrentar o novo coronavírus, a partir da introdução do decreto de calamidade pública e da EC 106, o governo flexibilizou temporariamente o regime fiscal contracionista, financiando os gastos por meio de endividamento, agora permitido pela suspensão da regra de ouro, e pelo uso dos recursos desvinculados da Conta Única do Tesouro. Apesar da ampliação da dotação autorizada do orçamento, vale assinalar a lentidão do governo na execução dos recursos da pandemia, em especial, na área de saúde, pois, até início de setembro, apenas cerca de 70% dos valores haviam sido pagos⁹.

Mostra-se necessário, portanto, mudar o piso federal da saúde em 2021, medida plenamente justificável, dada a gravidade da emergência sanitária provocada pelo coronavírus, que amedronta países e desafia a ciência, cujas incertezas merecem toda a atenção das autoridades governamentais.

Medidas de combate ao novo coronavírus

Os efeitos da crise sanitária de 2020 demandarão recursos adicionais para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Contudo, será preciso alterar também a diretriz estabelecida para o piso federal do SUS no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias no ano de 2021. É oportuno alertar que o piso constitucional constitui referência de aplicação mínima, portanto, não proíbe destinar recursos adicionais para o atendimento das necessidades de saúde da população, em particular no ano subsequente ao da crise da Covid-19, que provavelmente persistirá nos próximos anos, mesmo com a vacina e com os medicamentos disponíveis.

Tendo-se em mente os espaços abertos com o Decreto de Calamidade Pública e pela EC 106, as seguintes medidas devem ser adotadas agora e no futuro¹⁰:

i) Aplicação imediata de recursos adicionais no SUS, que poderiam ser financiados com a venda de títulos públicos, emissão de moeda e/ou utilização de parte do *superavit* financeiro da Conta Única do Tesouro Nacional, criando um fundo público no valor mínimo de R\$ 22,5 bilhões (perda apurada nos exercícios de 2018, 2019 e 2020 em decorrência da mudança da regra do piso do SUS federal pela Emenda Constitucional 95/2016).

ii) Suspensão de todos os atos que mudaram o financiamento da política de saúde, particularmente aqueles referentes à Portaria nº 2.979/2019 do Ministério da Saúde – que instituiu o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde e extinguiu o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que garantia, aos municípios, o acesso a recursos regulares e automáticos segundo o critério populacional.

iii) Aprovação da Contribuição sobre Grandes Fortunas no parlamento, substituindo o

dispositivo constitucional que criou o Imposto sobre Grandes Fortunas. Os recursos seriam repartidos entre União, estados e municípios e vinculados às áreas da saúde, ciência e tecnologia, saneamento básico, segurança alimentar e assistência social. Além do mais, conforme o art. 150 da Constituição Federal, esta contribuição poderá ser cobrada no próprio ano da aprovação. Será calculada a partir de uma alíquota percentual progressiva sobre valores acima de R\$ 10 milhões registrados na declaração de bens e patrimônios do imposto de renda sobre pessoa física e jurídica.

iv) Tramitação da PEC 01-D/2016 para aprovação em segundo turno na Câmara dos Deputados e em dois turnos no Senado Federal, ampliando o piso federal da saúde para 19,4% da Receita Corrente Líquida, a ser atingido de forma escalonada em sete anos contados a partir do primeiro ano de vigência.

v) Resposta, com urgência, das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), que tratam da redução dos pisos federais da saúde, provocada pela EC 86/2015 e pela EC 95/2016, em tramitação no Supremo Tribunal Federal.

vi) Retomada dos investimentos da área de ciência, tecnologia e inovação, que ganhou força a partir dos anos 2000. Houve iniciativas importantes, visando reduzir a dependência externa na área da saúde, a partir de linhas de financiamento no BNDES, no Ministério da Saúde e no Ministério de Ciência e Tecnologia. Essa política de substituição de importação procurou desenvolver a produção de bens essenciais e estratégicos, o que poderia capacitar o País, hoje, a atuar com protagonismo no combate à pandemia.

Considerações finais

Em meio à crise sanitária provocada pela Covid-19, economistas de todos os matizes

deveriam examinar de que maneira a política econômica poderia sobredeterminar as causas de morbimortalidade de uma sociedade.

Ora, se o quadro econômico antes da pandemia era preocupante, quando assistimos, no Brasil, à morte de mais de 158 mil pessoas e à existência de mais de 5,5 milhões de casos de Covid-19¹¹, não deixa de ser chocante constatar o subfinanciamento crônico do SUS, agravado pelo teto do gasto definido pela EC 95. Por isso, concordamos com a Petição Pública lançada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no dia 11 de agosto e apoiamos o piso emergencial de R\$ 168,7 bilhões para o SUS em 2021, evitando a redução do seu orçamento em mais de R\$ 35 bilhões¹².

Em pleno século XIX, Marx chamava a atenção para o fato de que a questão tributária é a mais velha forma de luta de classes. Nos dias atuais, o orçamento de guerra não pode se transformar em uma batalha do governo Bolsonaro e do poder econômico contra o fundo público, ao favorecer banqueiros, preservar a austeridade fiscal e secundarizar o SUS, colocando em risco a vida dos profissionais de saúde e da população brasileira.

Segundo Ocké-Reis⁶,

[...] para mitigar os efeitos das crises econômica e sanitária deveriam ser tomadas medidas para os mais ricos pagarem impostos. A fim de

evitar o descontrole da inflação e o crescimento da dívida pública no período pós-pandemia, seu financiamento deveria ser feito por meio da taxação da riqueza. Neste grave momento da vida nacional, o bloco histórico sanitário tem legitimidade para atuar perante a opinião pública junto com as frentes populares, os partidos de oposição, as centrais sindicais, os movimentos sociais, a juventude, os artistas e os intelectuais, convencendo tanto o centrismo a superar seu viés fiscalista, quanto a esquerda a superar seu divisionismo.

Ao assumir a defesa da vida como eixo da organização da política de saúde e da reforma pública do Estado, para Silva e Ocké-Reis⁴,

[...] a sociedade brasileira conta com a expectativa de que as forças políticas democráticas tenham a grandeza de construir um acordo suprapartidário, em que novos recursos destinados ao SUS seriam permanentes, em contraponto às consequências econômicas e sociais da pandemia, que não se limitarão a 2020.

Colaborador

Ocké-Reis CO (0000-0003-4666-7575)* é responsável pelo manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Ocké-Reis CO. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS são medidas corretas para combater coronavírus [internet]. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-sao-medidas-corretas-para-combater-coronavirus/45624/>.
- Ocké-Reis CO. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS são medidas corretas para combater coronavírus [internet]. Abrasco. 2020 mar 12. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-sao-medidas-corretas-para-combater-coronavirus/45624/>.
- Ocké-Reis CO. Salvar vidas? Fora Bolsonaro! [internet]. Jornal GGN 2020 maio 20 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/a-grande-crise/salvar-vidas-fora-bolsonaro-por-carlos-ocke/>.
- Silva JAA, Ocké-Reis CO. A pandemia e o financiamento da saúde [internet]. Correio Braziliense. 2020 maio 20. [acesso em 200 set 7]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/opiniao/2020/05/20/internas_opiniao,856671/a-pandemia-e-o-financiamento-da-saude.shtml.
- Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde debate. 2020; 44(125):289-296.
- Ocké-Reis CO. Democracia brasileira sob fogo cruzado. Rev. Rosa [internet]. 2009 [acesso em 2020 set 7]; 1(3):1. Disponível em: <http://revistarosa.com/1/democracia-brasileira-sob-fogo-cruzado>.
- Moretti B, Ocké-Reis CO, Aragão E, et al. Dinheiro novo da saúde deve ser permanente [internet]. Jornal GGN. 2020 abr 10. [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/a-grande-crise/dinheiro-novo-da-saude-deve-ser-permanente/>.
- Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. UK: Penguin; 2013.
- Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim COFIN/CNS [internet]. 2020 [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/imagens/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0902_T1_2_3_4_G1_ate_01_RB-FF-CO_revisado.pdf.
- Moretti B, Ocké-Reis CO, Aragão E, et al. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos [internet]. Carta Capital. 2020 mar 29. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/mudar-a-politica-econo%CC%82mica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/>.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel CONASS/COVID-19 [internet]. [acesso em 2020 out 27]. Disponível em: www.conass.org.br/painelconass-covid19/.
- Moretti B, Ocké-Reis CO, Funcia FR. Por que o SUS não pode perder R\$ 35 bi em 2021, em meio à pandemia? [internet]. Brasil Debate. 2020 ago 18. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: <https://brasildebate.com.br/por-que-o-sus-nao-pode-perder-r-35-bi-em-2021-em-meio-a-pandemia/>.

Recebido em 15/07/2020
 Aprovado em 21/09/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Pandemia nas favelas: entre carências e potências

Pandemics in the favelas: between needs and potentialities

Sonia Fleury¹, Palloma Menezes²

DOI: 10.1590/0103-11042020E418

Introdução

A pandemia da Covid-19 espalhou-se desde as classes médias altas para as populações de favelas e periferias. Embora tenha atingido diferentes classes sociais, as condições sociais e sanitárias absurdamente diferenciadas, além do descaso das políticas públicas, colocaram os moradores das favelas em uma situação de extrema vulnerabilidade.

Ficou patente que as condições de determinação social da saúde e da doença, associadas às políticas e acesso aos serviços de saúde, condicionam as possibilidades daqueles que sobreviverão e dos que morrerão, para além das condições pessoais; o que inclui condições como falta de saneamento, abastecimento irregular de água e coleta de lixo, precárias condições de urbanização e de moradia, aliadas às carências nutricionais e insegurança alimentar. A estas, somam-se as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a exames e medicamentos, gerando uma situação de peregrinação que materializa o contradireito à saúde. Para Foucault¹, enquanto a ordem política cria laços jurídicos igualitários entre os cidadãos, as disciplinas operam como um contradireito, pois produzem assimetrias insuperáveis. Em estudo sobre a atenção hospitalar, Fleury²⁽⁵¹⁾ identifica que

A precariedade das condições de funcionamento [...] se torna um dos fatores fundamentais de concretização do contradireito à saúde. A banalização das injustiças provocadas pela inexistência das condições necessárias ao funcionamento em padrões de qualidade torna os profissionais e usuários reféns da precariedade, o que se expressa, no caso do usuário, no sofrimento das peregrinações de uma a outra unidade, e, no caso dos profissionais, na impossibilidade de atender à demanda com qualidade.

A ampliação do atendimento na atenção primária buscou tanto estabelecer um vínculo dos moradores com os serviços de saúde quanto reduzir a peregrinação por meio do encaminhamento dos pacientes. No entanto, no contexto da pandemia, a ausência de políticas, recursos e orientações específicas para o atendimento na atenção primária reduz a capacidade resolutiva desse nível de atenção, o que aumenta os riscos para os profissionais e para a população de favelas, estimada, no censo de 2010, em 22,03% dos moradores em 762 favelas na cidade do Rio de Janeiro.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
profsoniafleury@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Estudos Sociais e Políticos da (Iesp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



As medidas de enfrentamento difundidas pelas autoridades sanitárias dirigiram-se às camadas mais ricas da população, recomendando isolamento social, trabalho em casa via internet, uso de álcool em gel e lavagem das mãos. O descaso dos governantes em relação às necessidades dos moradores das favelas foi evidenciado pela adoção de uma linha política equivocada, centrada no hospital, em detrimento do acionamento da rede de atenção primária e dos centros de referência da assistência social. Estes seriam fundamentais para identificar pessoas sintomáticas e seus contatos, referir pacientes a outros serviços do sistema de saúde, e fortalecer a prevenção, a identificando necessidades e as possibilidades de quarentena dentro e fora da favela.

Não foram tomadas medidas de políticas públicas para mitigar o impacto econômico devastador na economia das favelas – onde grande parte da população atua na informalidade ou em serviços domésticos – nem para obrigar as concessionárias a prestarem regularmente os serviços de abastecimento de água e coleta de lixo, tampouco foram tomadas providências para prover acesso gratuito à internet, condição necessária tanto para o trabalho dos agentes comunitários de saúde quanto para a preservação dos moradores em condições de isolamento. Diante dessa situação, organizações e lideranças existentes nas favelas se mobilizaram por meio de diferentes tipos de ação e distintas estratégias no enfrentamento da pandemia.

Há mais de um século, desde que as primeiras favelas começaram a se formar nos morros e encostas da cidade do Rio de Janeiro, a população que começou a habitar esses territórios teve que se auto-organizar não só para construir suas casas, mas também para conseguir ter acesso a serviços básicos como água, luz, saneamento, recolhimento do lixo, entre outros. Essa organização comunitária começou a ganhar força e destaque no debate público, principalmente, a partir da criação das primeiras associações de moradores de favelas, nos anos 1940, que ocorreu

em um contexto de reação dos favelados às propostas de remoção das favelas para lugares distantes do centro da cidade. Como resume Rocha³⁽⁴⁷⁹⁾

[...] a relação das organizações coletivas de moradores de favelas com o poder público, os políticos, as organizações supralocais (Leeds; Leeds⁴) e o próprio movimento mais amplo de favelados variou ao longo de sua história conforme as conjunturas políticas locais e nacionais, e também as dinâmicas internas e específicas de cada uma dessas localidades. A capacidade dessas associações de fazer exigências, sua autonomia de organização, sua cooperação com políticas estatais, o nível de repressão a suas atividades etc., sempre dependeu de uma correlação de forças que se deu em ambiente altamente desfavorável politicamente para esses grupos sociais. E, ainda assim, elas lograram continuar existindo. A esse movimento, que incluiu perdas e danos, Machado da Silva⁵ definiu como controle negociado.

Para Pandolfi e Grynspan⁶, o associativismo nas favelas variou ao longo das últimas décadas, sendo que as associações de moradores se afirmaram, a partir da década de 1990, como gestoras de recursos públicos, aumentando seu poder, mas redefinindo, assim, suas funções e provocando seu esvaziamento político. A introdução de agentes comunitários criou vínculos diretos entre o Estado e as comunidades, absorvendo nos quadros públicos inúmeras lideranças locais. Já a presença de agentes externos como Organizações Não Governamentais (ONG) também interferiu na dinâmica associativa das favelas, além da criação de novos vínculos a partir da contratação de profissionais daquelas organizações para execução de programas de políticas públicas. Esvaziadas em sua capacidade de mobilização, mas contando com importantes recursos, as associações passaram a ser disputadas também por traficantes e milicianos, sendo dominadas pelo que Zaluar⁷ chamou de cultura do medo.

A desidratação política das associações de moradores não representou, no entanto, a redução do associativismo nas favelas. A experiência aportada pelas ONG também modificou as formas de organização locais que se tornaram muito menos hierárquicas e mais plurais, dando origem ao fenômeno atual dos coletivos culturais, definidos por Aderaldo⁸ como associações, geralmente informais e sem estrutura hierárquica. Esses coletivos são constituídos por pessoas com certas afinidades, que se organizam para realizarem intervenções simultaneamente estéticas e políticas que visam ressignificar simbolicamente o sentido social dos locais ocupados na vida cultural e política da cidade.

Quando se fala de favelas, é preciso reconhecer a diversidade desse universo, tanto em termos de sua localização, trajetória política, organização comunitária, lideranças e recursos existentes em cada localidade; como sua capacidade de mobilizar apoios, fazer parcerias e montar coalizões. No entanto, um fenômeno comum nas últimas décadas tem sido identificado como a emergência do sujeito favelado ou periférico, como aponta D'Andrea⁹, designando o aumento da autoestima dos jovens moradores expresso por meio do funk, do hip-hop, das batalhas de *slams*, museus e centros culturais, jornais e rádios, enfim, de uma enorme eferescência cultural na qual o pertencimento à população favelada é motivo de politização e crítica social, problematizando a questão da identidade racial, de classe e de gênero.

O enfrentamento da pandemia em cada favela tem variado enormemente dependendo das capacidades e recursos ali existentes, frutos da sociabilidade e de sua organização, bem como das articulações externas com parceiros/apoiadores, e do aprendizado propiciado pela circulação de informações e difusão de tecnologias sobre as diferentes iniciativas empregadas. Essa movimentação tem sido potencializada pelo acesso às tecnologias de informação, por meio das quais os atores políticos difundem informações sobre prevenção

por intermédio de vídeos, áudios, cartilhas, fazem denúncias, pedidos de apoio, demonstram as formas de sanitização e de organização sanitária da população etc.

A existência de uma plataforma wiki (wiki-favelas.com.br), responsável pelo Dicionário de Favelas Marielle Franco e de outras iniciativas como o Rioonwhatch (<https://rioonwatch.org.br>), passou a ser canal para coleta e difusão dessas informações. O Dicionário de Favelas Marielle Franco foi utilizado nesta pesquisa como a fonte dos dados sobre a pandemia nas favelas do Rio de Janeiro, pois é uma plataforma virtual de acesso público para a produção e veiculação de conhecimentos sobre favelas e periferias. A iniciativa, sediada e financiada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), visa estimular e permitir a coleta e a construção coletiva do conhecimento existente sobre as favelas, por meio da articulação de uma rede de parceiros que se dedicam a esse tema, tanto nas universidades quanto nas instituições e coletivos existentes nesses territórios. Desde o início da pandemia, a partir da demanda dos moradores, foi criada na Wikifavelas, uma área para debater os impactos do coronavírus nas favelas e periferias brasileiras, permitindo o mapeamento e divulgação das ações que estavam ocorrendo nesses territórios.

Neste artigo, apresentamos como as favelas estão enfrentando a pandemia por meio das formas de ação durante a quarentena, na primeira parte, e dos tipos de organização, na segunda parte. Trata-se de pesquisa original, de caráter exploratório e restrita às favelas cariocas, com base na coleta e na organização das informações na seção Coronavírus nas Favelas do Dicionário de Favelas (wikifavelas.com.br/coronavirus), na qual podem ser encontradas maiores informações sobre cada uma das favelas aqui mencionadas. O porte, a localização e a trajetória histórica são variáveis que certamente deverão ser consideradas para o aprofundamento da análise sobre as diferentes formas de enfrentamento da pandemia, pois elas definem tanto as carências e as necessidades quanto as potências e os recursos que podem ser mobilizados internamente

e externamente. No entanto, nosso objetivo no atual artigo é mais limitado, visto que se trata de apresentar as formas de ação e os tipos de organizações mobilizados pelas associações locais. Mesmo limitado, esse objetivo não é isento de um olhar analítico, sendo que a descrição envolve necessariamente uma categorização analítica.

Tilly¹⁰⁽¹¹⁾ identifica os grandes componentes da ação coletiva como sendo: interesses, organização, mobilização, oportunidade e ação coletiva propriamente dita. Ele define que

[...] collective action consists of people's acting together in pursuit of common interests. Collective action results from changing combinations of interests, organization, mobilization and opportunity.

Em nossa análise, o método utilizado foi a criação de categorias relativas a duas dimensões analíticas: as formas de ação coletiva e os tipos de organização. As formas de ação coletiva dizem respeito às diferentes ações vinculadas aos objetivos/interesses visados, já os tipos de organização tratam dos recursos associativos mobilizados para a ação, combinando interesses, estruturas organizativas existentes, mobilização de recursos e oportunidades.

Parte I – formas de ação

Nesta primeira parte, serão tratadas as ações desenvolvidas nas favelas na garantia da subsistência, na comunicação comunitária, na prevenção, mapeamento e produção de dados sobre incidência e mortalidade, bem como as críticas ao poder público e a produção de planos comunitários de ação. Elas expressam como se concretizou o lema 'Nós por Nós', adotado pelas favelas diante da omissão do poder público.

Garantia da subsistência

A pandemia afetou a economia do País, aumentando a vulnerabilidade das populações

das favelas e periferias brasileiras. Nesses territórios, concentram-se muitos trabalhadores informais que se viram impossibilitados de garantir a subsistência de suas famílias. Embora o auxílio emergencial tenha sido aprovado em março, depois que o Congresso triplicou o valor proposto pelo Executivo, houve dificuldades para efetuar o cadastramento, gerando enormes filas na Caixa Econômica Federal, aumentando, assim, o risco de contágio. Muitos também tiveram o auxílio negado, com isso, o governo se viu obrigado a montar um sistema para as pessoas nessa situação poderem contestar por telefone, pelo *site* ou nas agências dos Correios. Porém, os beneficiários só começaram a receber a primeira parcela do auxílio emergencial dois meses após o início da quarentena.

Se fossem esperar apenas pela ajuda do governo, muitos moradores de favelas e periferias do Brasil teriam morrido de fome. Para evitar que isso ocorresse, diversas associações de moradores, coletivos e grupos já existentes e estruturados nesses territórios começaram a se mobilizar para conseguir doações e ajudar os mais necessitados. Essa ação envolveu um trabalho de múltiplas dimensões:

- a) organização interna para decidir como as doações poderiam ocorrer;
- b) mapeamento de famílias que seriam beneficiadas;
- c) acionamento das redes de contatos externos para solicitar;
- d) organização para recebimento das doações e distribuição dos alimentos, mantendo medidas para evitar contaminação;
- e) prestação de contas.

Comunicação comunitária

As medidas de garantia da subsistência, desde que começaram a ser estruturadas, estão

intimamente relacionadas com ações de comunicação, pois os moradores tiveram que produzir materiais, como cartazes e vídeos, para mobilizar ajuda externa envolvendo doações individuais, de empresas e de ONG. Também precisaram ampliar a comunicação interna, com o objetivo de prevenir a disseminação do novo coronavírus, investindo fortemente em diferentes estratégias de comunicação comunitária para conseguir dialogar com mais eficiência com os moradores e explicar, em linguagem apropriada para cada grupo etário, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para evitar a transmissão.

Enquanto alguns territórios já contavam com uma estrutura de comunicação comunitária (com jornalistas formados com larga experiência, jornais impressos e/ou on-line, rádio-poste, grupos de WhatsApp, páginas no Facebook, Instagram e Twitter, canais no YouTube), o que facilitou a organização e o alcance do trabalho de comunicação, outros precisaram realizar um esforço maior para estruturar canais de comunicação comunitária. A comunicação envolveu produção de materiais em três frentes de divulgação, cada uma delas utilizando o meio mais adequado, tais como: cartazes, vídeos, faixas, grafites, carros de som, cartilhas, alto-falantes, *cards*, *lives* etc.

- a) externa, para pedidos de doação;
- b) interna, para divulgação de informações;
- c) via redes sociais.

Prevenção

As ações de prevenção buscaram passar instruções confiáveis sobre como os moradores devem agir durante a pandemia e a busca de condições materiais para que a população pudesse se prevenir de fato. Assim, lideranças e coletivos organizaram-se para:

- a) distribuição de materiais de limpeza e máscaras;
- b) criação de lavatórios nas favelas;
- c) ações de sanitização;
- d) criação de canais para colocar em contato moradores e médicos voluntários dispostos a fazer teleconsultas.

Uma das ações mais inovadoras foi a incorporação de tecnologia adequada para a sanitização das ruas, becos e vielas das favelas. Foi necessário recorrer a especialistas para dominar essa tecnologia e depois treinar brigadas para essas ações. Foram criadas parcerias entre favelas para intercâmbio de tecnologias, saberes e experiências. Moradores do Santa Marta, pioneiros na sanitização do espaço, passaram informações para outros territórios sobre como essa ação deveria ser realizada, treinando lideranças de outras favelas, como Chapéu Mangueira e Babilônia, para difundirem essa técnica.

Mapeamentos e produção de dados sobre incidência e morbidade

Desde o início da pandemia, muitas críticas foram feitas aos dados oficiais, notadamente à subnotificação, devido ao número reduzido de testes e deficiências na contabilização dos óbitos, em especial no caso das favelas. Em muitos estados, as informações sequer identificam os óbitos por raça, fato que impede que haja uma visão realista sobre o impacto diferencial na população.

Diversas favelas começaram a se organizar para fazer mapeamentos próprios, desenvolvendo sistemas de informação e monitoramento das moradias afetadas e da ocorrência de óbitos. Alguns exemplos (disponíveis em <https://bit.ly/33f5hMg>) são: Voz das Comunidades; CoronaNasFavelas – Frente Maré; Painel do Santa Marta; Painel

do Alemão; Paineis de Manguinhos; Paineis de Monitoramento Covid-19 na Rocinha; Coronazap Borel; Paineis Providência.

Os levantamentos são realizados por meio de visitas domiciliares, como na Providência; por WhatsApp, como acontece no Borel e no Santa Marta; ou ainda com mapeamentos mistos. No caso do Alemão e de Manguinhos, as unidades de saúde estão ajudando na produção e na publicação desses dados. Usando técnicas de coleta e metodologias diferentes, o desafio atual tem sido a busca de unificação dos dados, promovida pela Rioonwatch, para que se possa produzir um mapeamento mais amplo e fidedigno dos casos de Covid-19 nas favelas.

Críticas ao poder público e produção de planos de ação

A mobilização nas favelas tem utilizado novas tecnologias e as redes de articulação previamente existentes, envolvendo a prevenção e o diagnóstico nesses locais, realizados a partir de pesquisa e mapeamentos feitos pelos moradores. Não contando com um plano de ação do poder público voltado para as favelas, os moradores buscam criar planos de ação a partir da realidade diagnosticada. Essas iniciativas não têm a capacidade de substituir o que deveria ser o papel constitucional do governo na proteção dos cidadãos nem apagam a crítica a essa omissão.

Postagens críticas nas redes sociais, cartas abertas, notas públicas vêm sendo divulgadas por vários movimentos, desde o início da pandemia, para denunciar racismo estrutural, violência estatal, além de falta de ação governamental no combate à pandemia. Vários grupos e coletivos de favelas, em parceria com universitários, pesquisadores e professores, têm elaborado planos de ação (disponíveis em <https://bit.ly/3hZEl7D>), indicando as responsabilidades das esferas de governo.

Um exemplo disso foi uma articulação feita entre lideranças do Complexo do Alemão, Cidade de Deus, Maré, Rocinha e Santa Marta, e pesquisadores da Universidade

Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em diálogo com a Fiocruz, que resultou em um plano de ações para o enfrentamento da Covid-19 com foco nas especificidades das favelas. Em um esforço para reunir dados sobre os impactos da pandemia nas favelas e periferias do Rio de Janeiro, essa mesma rede de instituições, mobilizada centralmente pelo Observatório das Metrôpoles, criou um questionário on-line para levantamento tanto das iniciativas locais já em curso quanto das omissões do poder público. As informações coletadas servirão de base para ações de incidência política e de defesa dos direitos humanos, em parceria com o Dicionário de Favelas Marielle Franco e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

O poder público, além de não ter um plano específico para as favelas, em muitos casos, acaba atrapalhando o controle da disseminação do vírus e o apoio à subsistência que vêm sendo feitos pelos próprios moradores nos territórios. Ações de distribuição de alimentos tiveram que ser interrompidas quando da realização de operações policiais nas favelas com ocorrência de tiroteios. Ações de sanitização tiveram que ser paralisadas devido à recorrente falta de água que interdita aos moradores o simples direito de lavar as mãos.

As denúncias dos moradores ganharam ressonância no debate público com conquistas importantes, como ação da Defensoria Pública da União para garantir assistência em favelas do Rio de Janeiro durante a pandemia, aprovada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), apesar da posição contrária do governo estadual, o que incentiva a transgressão da norma por parte dos policiais. Mães de vítimas da violência de Estado e participantes de diversos movimentos atuaram como *amicus curie* na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 635, solicitando a interrupção das operações policiais nas favelas durante a pandemia.

Parte II – tipos de organização

As ações de combate à pandemia vêm sendo articuladas por lideranças e grupos bastante heterogêneos. Vários deles já tinham experiências organizativas anteriores à pandemia e se articularam em associações, coletivos ou ONG. Contudo, outras experiências de organização local resultaram das urgências geradas pelos múltiplos impactos que a pandemia causou na vida das famílias nas favelas. Abordaremos aqui algumas diferenças de articulação, formalização, abrangência e visibilidade, assim como de experiência prévia dessas organizações comunitárias, apresentando casos em um contínuo que varia de acordo com formas de organização, como: a) frentes e gabinetes de crise (bastante estruturados e articulados para combate à pandemia); ações múltiplas, mas não unificadas no mesmo território; c) ações pontuais e menos institucionalizadas.

O grau de institucionalização e articulação pode ser tomado como um indicador importante do capital social, envolvendo relações de confiança e recursos acumulados nas organizações comunitárias. O grau de institucionalização não deve ser confundido com o nível de politização. Qualquer mobilização tem forte potencial político, seja ela oriunda de um sujeito político organizado anteriormente à ação ou de um contexto de urgência que requer uma ação na qual o ator se forma como sujeito político. Ou seja, o sujeito político se constitui na teia de relações que mobiliza com seu agir.

Trataremos como o tipo mais institucionalizado a organização de frentes e gabinetes de crise, abordando os casos do Complexo da Maré, do Complexo do Alemão, da Cidade de Deus, da Providência e da Vila Kennedy. Um tipo de institucionalização mediana promoveu ações múltiplas, mas não unificadas em uma mesma favela, como ocorre em algumas favelas da Zona Sul do Rio de Janeiro – como Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Chapéu Mangueira e Babilônia – e outras da Zona Norte – como Complexo da Penha, Manguinhos e Mangueira.

Encontramos um terceiro tipo, que engloba ações mais pontuais e menos institucionalizadas, em que localizamos, por exemplo, Acari. Sendo uma tipologia, não se trata nem de uma amostra nem tem pretensões de englobar a totalidade de tipos de ação, apenas ilustrar distintas formas de organização que estão acontecendo, de acordo com seu nível de institucionalidade.

Criação de frentes e gabinetes de crise

Devido à grande capacidade de mobilização dos moradores, Paraisópolis chamou a atenção da mídia, que noticiava que nessa favela havia melhor controle da pandemia de Covid-19 do que em outros bairros paulistanos. No entanto, outras regiões pobres da capital eram as mais castigadas pela doença, mostrando a enorme heterogeneidade entre periferias, em termos de recursos materiais, organizativos e políticos.

No Rio de Janeiro, algumas favelas, logo na primeira semana de quarentena, começaram a organizar frentes de combate ao coronavírus e gabinetes de crise, ações que também ganharam grande projeção midiática, amplo apoio da sociedade e de diversas empresas. Esses são os casos, por exemplo, da Maré, do Alemão, da Cidade de Deus, da Providência e da Vila Kennedy.

COMPLEXO DA MARÉ

Praticamente na primeira semana de quarentena, comunicadores comunitários começaram a se organizar com o objetivo de fomentar ações que levassem informação aos moradores das 16 favelas da Maré. Pouco a pouco, a iniciativa foi ganhando força, e várias instituições começaram a compor a ‘Frente de Mobilização da Maré’. Algumas dessas instituições são: Maré 0800, Maré Vive, AmareVê, Casulo, Roça Rio, Ceasm, Museu da Maré, ONG Pra Elas, Rato Preto Studio, Agência LABirinto, Ativa Breakers Crew, *podcast* Renegadus, CEC Orosina Vieira, Yoga na Maré, Roda Cultural do Parque União.

O objetivo da Frente – que reúne mais de 100 moradores – é, por um lado, fomentar ações de comunicação, difundindo informações sobre a importância de se proteger, de garantir hábitos de higiene e de respeitar o isolamento social na favela; por outro, a organização visa distribuir doações de produtos de limpeza e alimentos para moradores.

As ações do grupo são diversificadas e incluem iniciativas como produção de faixas, cartazes, grafites, panfletos que foram espalhados pela favela, além de um ‘Manual de como não vacilar em tempos de coronavírus’. Jornalistas e comunicadores populares locais têm participado constantemente de *lives*, *podcasts*, com *posts* informativos nas redes sociais. A Frente conta com um *site* (<https://www.frentemare.com>), no qual doações para o projeto podem ser feitas por transferência bancária para pessoa física ou jurídica, assim como transferência internacional, além de uma vaquinha on-line e a possibilidade de transferência por PicPay.

Com grande capacidade de articulação, o grupo tem estabelecido parcerias com lideranças, comerciantes da favela e grupos internos do Complexo, bem como com coletivos de outras favelas, instituições de direitos humanos e de pesquisa, como a Fiocruz. Gizele Martins, liderança na comunicação da Frente de Mobilização da Maré, assinalou: *“a população vem sobrevivendo, e o Estado só vem à base de tiro, o que atrapalha, inclusive, as distribuições de cesta básicas”*.

COMPLEXO DO ALEMÃO

O Complexo do Alemão tem uma longa história de organização comunitária. Além das várias associações de moradores e das ONG, muitos coletivos foram criados nas últimas décadas em suas diversas favelas, sendo um deles o ‘Coletivo Juntos pelo Complexo do Alemão’, que existe desde 2013 e, atualmente, reúne o Coletivo Papo Reto, Voz das Comunidades, Mulheres em Ação do Alemão (MEAA), Educap, Solta a Voz Morador, Ocupa

Alemão e o Instituto Raízes em Movimento. Esses grupos se articularam, logo no início da pandemia, para lançar uma carta aberta na qual ressaltam a importância de investir na comunicação comunitária:

precisamos chegar com informações que sejam assimiladas e isso só entendemos ser possível com comunicações específicas, feita por quem conhece as dinâmicas locais, com linguagens que possam alcançar públicos específicos dentro das favelas.

Alguns exemplos dos recursos usados pelo grupo são a produção de jornal (‘Fala Favela’), de material comunicativo e lúdico para prevenção, de grafite com número de casos no Complexo e no Brasil, de cartazes, faixas, mensagens de carro de som e divulgação de *posts* nas redes sociais. O grupo conta com uma página no Facebook na qual, além de fotos e vídeos de ações realizadas, como a doação de mantimentos para famílias que foram mapeadas em um cadastro social, há a prestação de contas atualizada.

Na página do Juntos pelo Alemão no Facebook, são divulgadas outras ações de prevenção realizadas na favela, acompanhadas pelo Coletivo, como: o trabalho da Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (Cedae) de sanitização local; a iniciativa de médicos que fazem teleatendimento gratuito com consultas via WhatsApp; e o trabalho da equipe da Clínica da Família Zilda Arns que construiu o Painel de Monitoramento Covid-19 com dados obtidos dos atendimentos e monitoramento realizados na unidade.

As doações podem ser feitas por depósitos na conta de cada uma das instituições envolvidas, por meio de vaquinha coletiva ou ainda diretamente para o Raízes em Movimento pelo *site* da Benfeitoria em um sistema de *‘match-funding’*, descrito como ‘uma vaquinha turbinada: uma nova modalidade de fomento, que mistura o financiamento coletivo (ou *crowd-funding*) com aporte de parceiros, que multiplicam a arrecadação’.

Além de participarem do Juntos pelo Alemão, o Coletivo Papo Reto, Mulheres em Ação no Alemão e Voz da Comunidade se juntaram e formaram o Gabinete de Crise do Alemão com duas frentes de trabalho. A primeira voltada para dentro da favela com o objetivo de melhorar a comunicação e a conscientização para evitar a proliferação do vírus. A segunda frente é externa.

Nas redes sociais, membros do grupo deixam claro que o Gabinete não tem relação com ações governamentais e que, por isso, precisa de ajuda da população: *“com todas as faltas do Estado, nosso Gabinete tem trabalhado muito melhor que muita instituição política. Isso é um fato”*. A partir da projeção que jovens lideranças conseguiram alcançar nas redes sociais e na grande mídia, o Gabinete estabeleceu parcerias com marcas como Havaianas e Instituto Unibanco. Nas prestações de contas, os números impressionam, com doações volumosas de produtos de higiene, água, sandálias, leite em pó etc., atingindo mais de 42 mil pessoas.

CIDADE DE DEUS

Reunindo mais de 50 ativistas e organizações do território, a ‘Frente CDD Contra a Covid-19’ tem articulado ações de solidariedade e comunicação comunitária para combater a expansão da pandemia na favela. Vale lembrar que a Cidade de Deus é a maior favela da Zona Oeste do Rio de Janeiro; e, desde março, já tinha um caso de Covid-19 confirmado.

Considerando a dificuldade da população da favela de seguir as orientações de quarentena, tendo que sair de casa para garantir a subsistência, lideranças e instituições se organizaram na Frente para arrecadar e distribuir itens de limpeza, higiene pessoal, alimentação e água para os grupos sociais mais carentes. A Frente tem também se articulado para cobrar que o governo estadual cumpra o seu papel garantindo o fornecimento de água, que não ocorre regularmente na favela, em áreas como o Brejo, sem água encanada.

É possível colaborar com a Frente por meio de uma vaquinha on-line. No *site*, em que as contribuições podem ser feitas, informa-se que ‘a Frente CDD já ajudou mais de 8 mil famílias (cerca de 25 mil pessoas) com entrega de cesta básicas e materiais de limpeza. Também circularam panfletos, carros de som, faixas e materiais nas redes tirando dúvidas sobre a Covid-19, suas formas de contágio e seus principais sintomas’.

PROVIDÊNCIA

Na região central da cidade, moradores da Zona Portuária do Rio de Janeiro e ativistas do Morro da Providência criaram o ‘SOS Providência/Região Portuária’. Trata-se de um comitê de emergência, cujo foco de ação é a distribuição de cestas; a produção de máscaras; a instalação de bicas públicas, a criação de tutoriais de auxílio (guia com um passo a passo para realizar cadastro no auxílio emergencial do governo ou facilitar o processo em caso de morte domiciliar); além da formação de ‘Morador-Monitor’ que tem as funções de mapear a região, identificar as necessidades da população, reunir estatísticas, organizar a distribuição de cestas básicas, itens de limpeza e de proteção, além de conscientizar moradores.

O *site* do coletivo – que envolve instituições locais, como Casa Amarela, Galeria Providência, Providência Turismo, e Rio Memória Ação – informa sobre as ações realizadas e detalha as formas de ajuda: doações podem ser feitas por um *site* no qual são indicados os valores gastos por cesta básica, cesta de orgânicos, máscara, bica instalada. As lideranças que compõem o SOS Providência têm grande capacidade de articulação externa, o que lhes permite parcerias para, por exemplo, a ação de sanitização em áreas específicas e mais vulneráveis do território da Providência e adjacências realizada pelo grupo Sejamós Base de Santa Cruz, em conjunto com o bloco de carnaval Fala meu Louro. A partir da pesquisa dos Moradores-Monitores, o coletivo identificou as áreas mais críticas, assim, foram

convocados os parceiros externos para realizar a sanitização dessas partes da favela.

VILA KENNEDY

Logo no início da pandemia, foi criado o ‘Gabinete de Crise da Vila Kennedy’, no qual participam lideranças comunitárias, profissionais ligados à saúde pública, agentes comunitários, assistentes sociais, articuladores culturais, pastores, professores, esportistas, comerciantes, comunicadores, influenciadores digitais entre outros. O objetivo do coletivo é combater o avanço da Covid-19 na favela por meio de estratégias, tais como: circulação de carro de som com informações de prevenção; produção de faixas de alerta instaladas em pontos estratégicos da favela; e distribuição de alimentos e materiais de limpeza. Essas ações visam ao convencimento da população local a respeitar a quarentena; o cuidado especial em relação aos idosos; influenciar jovens a se engajarem na campanha; monitoramento de abastecimento de água etc. Embora o Gabinete não possua site próprio e tenha menos visibilidade nas redes sociais que outras favelas, o grupo já conseguiu diversas parcerias internas e externas – como com a Escola de Samba Unidos da Vila Kennedy – que possibilitaram a distribuição de centenas de cestas básicas desde o início da pandemia, doadas por uma grande rede de supermercados.

Ações múltiplas não unificadas

Algumas favelas da Zona Sul do Rio de Janeiro – como Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Chapéu Mangueira e Babilônia – e outras da Zona Norte – como Complexo da Penha, Manguinhos e Mangueira –, embora não tenha constituído um comitê, uma frente ou um gabinete para centralizar a atuação contra o coronavírus, reúnem múltiplas e diversas ações no combate local à pandemia. Não teremos espaço aqui para detalhar como essas organizações estão atuando em cada uma dessas favelas, mas seguem alguns exemplos.

SANTA MARTA

Na favela Santa Marta, situada em Botafogo, três grupos têm organizado atividades complementares no combate à pandemia. A Associação de Moradores organiza a doação de cestas básicas para população. O Grupo Eco, uma tradicional instituição com atuação na área educacional e cultural, assumiu o compromisso de ajudar mensalmente 50 famílias com alimentos e, também, com valor em espécie para compra de gás, além de postar material informativo em suas redes sociais e ter criado uma rede de teleatendimento médico.

Um terceiro grupo de moradores tem atuado em duas outras frentes na favela: a sanitização do morro e a produção de dados sobre impactos da pandemia na favela. Este último, organizado pelos irmãos Thiago e Tandy Firmino, por meio do Grupo Alerta Santa Marta, já conta com mais de 700 moradores. Com apoio de pesquisadores parceiros, eles montaram um questionário que está sendo aplicado semanalmente via Google Forms no grupo de WhatsApp para os moradores responderem se estão com sintomas ou se já foram contaminados com Covid-19, além de descreverem como está o fornecimento dos serviços de água e luz durante a pandemia na favela.

O trabalho de higienização das ruas e vielas do morro ganhou bastante repercussão na mídia nacional e internacional. Thiago Firmino disse que começou a idealizar a ação quando assistiu a um vídeo sobre a sanitização nas ruas da China. Pesquisou sobre o processo, consultando médicos e químicos, e, ao mesmo tempo, acionou seus contatos em diversas partes do Brasil e do mundo, oriundos de seu trabalho como guia de turismo na favela. Thiago começou usando água sanitária e depois conseguiu doações, por meio de uma vaquinha on-line, para comprar quaternário de amônio, produto considerado mais eficiente por especialista no processo de sanitização.

Ele começou a compartilhar sua experiência com moradores de outras favelas sobre o processo de sanitização que ocorre semanalmente

com voluntários internos e externos à favela, ensinando quais equipamentos e produtos deveriam ser usados, assim como a técnica para realizar a ação. Favelas como Chapéu Mangueira, Cantagalo e Babilônia também passaram a sanitizar seus territórios, e, a partir desse intercâmbio resolveram construir a Rede Autônoma de Sanitizadores de Favela que fará ações conjuntas incorporando equipamentos, saberes e tecnologias.

ROCINHA

Na Rocinha, além de diversas associações de moradores e das ONG, o coletivo 'A Rocinha Resiste' está atuando diretamente no combate ao coronavírus. Trata-se de uma rede mobilizadora, formada por pessoas ligadas à Rocinha, que reúne saberes múltiplos. Sua proposta é, em diálogo aberto com outras favelas, debater ideias, criar conceitos e concretizar ações para a transformação da realidade desse território, levando em consideração seus problemas históricos e emergentes. Em diálogo com atores locais e com a prefeitura, o coletivo realizou um cadastro, aplicado por voluntários, por meio de formulário digital, com o objetivo de entender melhor como a pandemia impacta a favela. Esse levantamento orientou a distribuição de alimentos e materiais de higiene coletados.

A partir dos dados levantados, o coletivo passou a apoiar as famílias em situação de pobreza extrema e que se enquadravam nos grupos de risco, mapeadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e pela equipe de saúde do Centro Municipal de Saúde (CMS) Dr. Albert Sabin, que acompanham o trabalho do coletivo durante todo o processo. O objetivo do grupo tem sido comprar e distribuir alimentos, água, produtos de limpeza e higiene, e montar *kits* para as famílias mapeadas. Ademais, auxilia orientando os moradores para se precaverem, conforme as orientações e procedimentos de saúde. O grupo está recolhendo doações por meio de uma vaquinha virtual, e em sua página são detalhados os custos do projeto, por *kit* e por família.

A Rocinha Resiste tem parceria com uma série de outros grupos de favelas e de ONG externas. Recebe, por exemplo, doações da #AÇÃO342 que está arrecadando auxílio financeiro para os coletivos Redes da Maré, Voz das Comunidades, Coletivo Papo Reto e A Rocinha Resiste. Essa ação já conseguiu receber mais de R\$ 400 mil e conta com apoio de muitos artistas e celebridades que divulgam os projetos em suas redes sociais. O coletivo da Rocinha conta ainda com a ajuda de voluntários que podem se cadastrar por meio de um formulário para auxiliar nas entregas das cestas básicas e *kits* de limpeza.

Outra importante organização atuante na Rocinha é o jornal 'Fala Roça', surgido da iniciativa de um grupo de jovens que participaram de atividades da Agência de Redes Para Juventude. Posteriormente, o grupo passou a produzir reportagens para a versão digital e vídeos. Atualmente, o 'Fala Roça' tem uma parte de seu *site* reservado só para reportagens sobre impactos do coronavírus na favela, além de divulgar o Painel Coronavírus Rocinha com gráficos que mostram a evolução diária da pandemia na favela, segundo dados do Painel Rio Covid-19 fornecidos pela Prefeitura do Rio de Janeiro.

Também, a Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza com a Clínica da Família Ronaldo Lamare e o CMS Albert Sabin criaram outro painel de casos suspeitos de síndrome respiratória aguda. Essa experiência resulta de uma troca de tecnologias entre profissionais e moradores de diferentes favelas. O Painel da Rocinha, inspirado em iniciativas semelhantes feitas no Complexo do Alemão e em Manguinhos, tem como objetivo tornar públicos os dados de vigilância feitos por profissionais de saúde. Em resumo, a ideia é: compartilhar informações específicas da situação da Rocinha de forma mais detalhada e em tempo real, com o objetivo de empoderar a população com uma noção realista dos dados e reforçar a importância de estratégias de isolamento social.

Ações pontuais

Enquanto algumas favelas cariocas concentram grande número de iniciativas, em outras, as ações são mais pontuais, protagonizadas seja por grupos preexistentes, seja por recém-formados. Essas ações não ganham tanta visibilidade na grande mídia nem nas redes sociais, mas envolvem um enorme esforço de lideranças e moradores locais, que se viram impelidos a se organizar nesse momento de crise. Essa é a realidade de inúmeras favelas que poderíamos aqui incluir, mas nos limitaremos a descrever apenas o caso de Acari. Outras iniciativas semelhantes podem ser encontradas no Wikifavelas (<https://bit.ly/2XaqdjV>).

ACARI

O ‘Fala Akari’ é um coletivo de militantes defensores de direitos da Favela de Acari que se organizaram para realizar, disseminar e divulgar ações culturais e educacionais, e denunciar todas as opressões cometidas pelo Estado no território. Durante a pandemia, o coletivo está se mobilizando para arrecadar doações de alimentos e produzir faixas alertando a população sobre a Covid-19, em uma parceria com a Justiça Global.

Além de tornar públicas as ações realizadas na favela e prestar contas das doações recebidas, a página do coletivo no Facebook denuncia a atuação estatal na favela, especialmente a violência policial. Buba Aguiar, uma das integrantes do coletivo Fala Akari, destaca que é necessário fazer essas críticas não só no mundo virtual, mas também ir às ruas. Segundo ela, especialmente, diante do aumento expressivo das mortes em operações policiais:

Ficou incabível continuarmos fazendo ações sociais somente nos nossos territórios, tivemos de tomar as ruas [...]. Inaceitável que em meio a uma pandemia a gente tenha que ir às ruas protestar por mortes em decorrência de ações policiais [...]. Beira ao surreal.

Considerações finais

Observando as diferentes formas de ação e os tipos de organização acionados pelas lideranças nas favelas para o enfrentamento da pandemia, a primeira coisa que chama atenção é a amplitude do repertório de ações coletivas mobilizado. A urgência apresentada pela enorme carência das famílias que perderam suas fontes de renda levou à busca de apoios externos para suprir as necessidades mais prementes de alimentação e higiene. Porém, como demonstramos, a mobilização de apoios externos implicou um conjunto diversificado de ações de organização interna, que vai da divulgação, mapeamento das necessidades, estruturação da distribuição à prestação de contas. Por outro lado, observa-se que essas ações foram coetâneas de diversas outras, que envolveram a apropriação de conhecimentos sobre a epidemia e dos meios para sua melhor divulgação aos moradores. Chama atenção a produção de conhecimentos sobre a própria favela, com o desenvolvimento de mapeamentos das famílias em situação de maior vulnerabilidade, bem como sobre a técnica correta de sanitização; e, por fim, a criação de painéis de incidência de morbimortalidade no território.

Todas essas ações são também políticas, pois requerem a construção de estratégias de ação e formação de consensos: mobilizando recursos, construindo alianças, formando novas lideranças, rompendo as barreiras seletivas do conhecimento. Porém, algumas delas estão mais diretamente voltadas para a ação política, seja no campo da denúncia, da judicialização ou da construção de planos de ação. Em todas elas, a defesa do direito à vida e à assistência à saúde conformam o conteúdo e a forma da ação política.

As formas de organização e os tipos de ação desenvolvidos mostraram que, mesmo em uma situação de crise sanitária e econômica, existem no território potencialidades e capacidades que podem ser mobilizadas pelo conjunto das relações sociais que ali se desenvolvem. Essa potência ficou patente na gestão

da crise nos territórios das favelas, apesar da omissão do poder público. Também chama atenção a solidariedade entre as favelas, propiciando não só a distribuição dos recursos arrecadados como também a transmissão de conhecimentos.

Os moradores contaram com o apoio voluntário de indivíduos, de organizações, de empresas, e, principalmente, de profissionais oriundos de Universidades e de Institutos de Pesquisas, que abraçaram suas lutas, ampliaram suas ações e levantaram possibilidades de solução. Também foram apoiados pelas unidades de saúde e de assistência social localizadas nos territórios das favelas, em especial na produção de painéis de incidência da Covid-19. A mediação entre academia e favela, possibilitada pela disponibilização de tecnologias de informação, como o Dicionário de Favelas Marielle Franco, mostrou-se um instrumento fundamental para coleta, organização, difusão, análise e produção de conhecimentos sobre as favelas.

Se o governo se dispusesse a ouvir o que tem sido dito e a observar o que vem sendo feito, teríamos muito o que aprender com as

organizações locais. Elas estão dando uma aula de organização, fruto de associações e mobilizações já existentes, mas também da urgência em preservar vidas com dignidade. As carências sempre existiram nos territórios das favelas, mas, quando a necessidade se transforma em demanda e a demanda aciona a ação coletiva, já estamos falando de potências.

Alguns cunharam, recentemente, o termo ‘invisíveis’ para designar a população das favelas e periferias, o que só demonstra o arraigado preconceito e a desigualdade estrutural que organizam as relações sociais brasileiras. Ao contrário, o trabalho que apresentamos mostra em detalhes a enorme potência e a riqueza de experiências de organização, inovação, politização, solidariedade e luta pelo direito à saúde em uma sociedade mais justa.

Colaboradoras

Fleury S (0000-0002-7678-7642)* e Menezes P (0000-0002-8462-2549)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Foucault M. Vigiar e Punir – História da Violência nas Prisões. Rio de Janeiro: Vozes; 1977.
2. Fleury S. Desigualdades Injustas: o contradireito à saúde. *Psic. Soc.* 2011; (23):45-52.
3. Rocha L. Associativismo de moradores de favelas cariocas e criminalização. *Estud. Histó.* 2018; (31):475-494.
4. Leeds A, Leeds E. A Sociologia do Brasil Urbano. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
5. Silva LAM. A continuidade do “problema da favela”. In: Lippi L, organizadora. *Cidade: história e desafios*. Rio de Janeiro: FGV; 2002. p. 220-237.
6. Pandolfi D, Grynsnpan M. Poder público e favelas: uma relação delicada. In: Lippi L, organizadora. *Cidade: história e desafios*. Rio de Janeiro: FGV; 2002. p. 238-255.
7. Zaluar A. “Crime, medo e política”. In: Zaluar, Alviato M, organizadores. *Um século de favela*. Rio de Janeiro: FGV; 1998. p. 209-232.
8. Aderaldo G. Reinventando a “cidade”: disputas simbólicas em torno da produção e exibição audiovisual de “coletivos culturais” em São Paulo [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013. 382 p.
9. D’Andrea T. A formação dos sujeitos periféricos: cultura e política na periferia de São Paulo [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013. 295 p.
10. Tilly C. *From Mobilization to Revolution*. Michigan: University of Michigan Press; 1977.

Recebido em 29/06/2020

Aprovado em 24/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Covid-19 – um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói

Covid-19 – an effective municipal coordination and articulation exercise: the Niterói experience

Mirian Ribeiro Conceição¹, Renata Pascoal Freire², Filipe Côrtes Macario², Rodrigo Alves Torres Oliveira², Camilla Maia Franco²

DOI: 10.1590/0103-11042020E419

RESUMO Este artigo visou apresentar a experiência do município de Niterói na criação e na coordenação das ações de enfrentamento da Covid-19. O planejamento e a implementação das diferentes estratégias foram embasados na intersetorialidade como linha transversal de gestão, considerando, a partir dos fatores de impacto da pandemia na população, não apenas o aspecto unidimensional de responsabilidade do âmbito clínico da Covid-19, mas também a complexidade do cuidado das condições de vulnerabilidade, dos impactos socioeconômicos das medidas de mitigação e dos determinantes sociais da saúde. Para tal, a construção de um modelo de gestão intersetorial, com a criação de um Gabinete de Crise formado pelos representantes de diferentes secretarias, resultou em ações que objetivaram responder às necessidades pertinentes à complexidade da vida, na comunicação contínua com a população garantir o acesso a informações e a adesão da sociedade, fator central no êxito das medidas de mitigação.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Colaboração intersetorial. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT *This article aims to present an experience of the city of Niterói regarding the creation and coordination of coping actions for Covid-19. The planning and implementation of the different strategies was based on intersectoriality as the transversal management line, considering, based on the impact factors of the pandemic on the population, not only the one-dimensional aspect of responsibility of the clinical studies of Covid-19, but also the treatment vulnerability conditions, socioeconomic impacts of mitigation measures, and social determinants of health. For such, the construction of an intersectoral management model with the creation of a Crisis Office formed by representatives of different secretaries resulted in actions that aimed to respond to the specific complex needs of life, with continuous communication with the population in order to guarantee access to information and the support of society, a central factor in monitoring mitigation measures.*

KEYWORDS *Coronavirus infections. Intersectoral collaboration. Public health. Unified Health System. Health management.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
mirianrcon@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

O aumento de casos de pneumonia, no final de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan – República Popular da China – criou um alerta às autoridades locais e à Organização Mundial da Saúde (OMS). O vírus identificado como SARS-CoV-2, o novo coronavírus, responsável pela doença Covid-19¹, teve rápida propagação da infecção com nível de alerta alto de atenção das autoridades mundiais. A difusão da Covid-19 para diferentes países, com mais de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes até 11 de março de 2020, definiu o caráter pandêmico da doença². Tais alertas mobilizaram os governos de todo o mundo para se organizarem para enfrentamento da situação.

Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde (MS) definiu o monitoramento da doença no Brasil a partir da adoção de uma ferramenta de classificação com três níveis – Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública – que determinaria as ações a serem desenvolvidas, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo³.

O primeiro caso registrado no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020, iniciando-se em março os primeiros casos notificados de transmissão comunitária. Estados e municípios começaram seus planos de enfrentamento da pandemia pautados principalmente em medidas de contenção e mitigação dos contágios. Estimar a progressão do processo epidêmico era um grande desafio nesse início, haja vista as características do Brasil: o primeiro grande país com altas densidades populacionais em algumas regiões metropolitanas, de índice de desigualdade social elevado, com limites operacionais seja na capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja do componente suplementar do Sistema.

Em alerta máximo de uma situação pandêmica, principalmente no que tange à prevenção e ao tratamento de doenças infecciosas como a Covid-19, criou-se uma percepção unidimensional de responsabilidade do âmbito clínico da doença⁴. Entretanto, as condições

de vulnerabilidade, o impacto socioeconômico das medidas de mitigação e os determinantes sociais da saúde convocaram governantes e gestores à construção de planos de enfrentamento pautados na complexidade da vida e nos diferentes determinantes da saúde.

Nesse sentido, considerar a construção de políticas específicas e a proteção de grupos mais vulneráveis foi decisivo no enfrentamento da pandemia. Estudos como o do Imperial College – The Global Impact of Covid-19 and Strategies for Mitigation and Suppression – ganharam destaque nas progressões e análise do impacto nos cenários globais considerando as estratégias de mitigação. Para os autores, a ausência de medidas de mitigação – como proteção do grupo de risco, como a população idosa –, bem como de estratégias que retardam a transmissão poderiam reduzir pela metade o número de óbitos, sinalizando maior severidade do impacto da pandemia em cenários de baixa renda, com maior tendência de colapso dos sistemas sanitários, e, portanto, reforçando a precocidade e a antecipação das estratégias de mitigação⁵.

O mesmo estudo apresentou algumas projeções representadas por três cenários por região do Banco Mundial: 1. Uma epidemia não mitigada – um cenário no qual nenhuma ação é tomada; 2. Implementação de medidas de mitigação incluindo o distanciamento social; e, 3. Mitigação incluindo maior distanciamento social dos idosos ou reduzindo suas taxas de contato social em 60%⁵.

Desse modo, a precocidade da implementação das ações de contenção e mitigação, sobretudo em países com maior vulnerabilidade social, seria o cenário mais favorável para evitar mortes e o impacto social da Covid-19.

Este artigo, portanto, visa apresentar a experiência do município de Niterói na criação e coordenação das ações de enfrentamento da Covid-19, tendo a intersectorialidade como linha transversal de planejamento e gestão, a partir dos fatores de impacto da pandemia na população, principalmente na faixa mais vulnerável.

Considera-se, para esta análise, a pluralidade do vocábulo ‘intersectorialidade’, no âmbito da saúde⁶, conceituada por alguns autores como ‘a práxis da articulação de saberes e experiências, que com objetivos comuns buscam para solução sinérgica de problemas complexos’⁷⁻¹¹. Desse modo, as diferentes ações implementadas no município foram coordenadas por saberes diversos para criar respostas integrais e resolutivas para a complexidade do enfrentamento da pandemia, não apenas no âmbito clínico como também no atendimento às demandas para o sistema sanitário, na construção de respostas aos efeitos das medidas de mitigação.

A reconstrução das ações e a análise dos resultados apresentados neste relato de experiência foram coletadas a partir da revisão de documentos – decretos e portarias –, bem como da vivência dos autores no âmbito da gestão municipal, no período de janeiro a junho de 2020.

Planejamento e gestão do plano de enfrentamento da covid-19 no município de Niterói

O município de Niterói, campo de referência para este estudo, iniciou as estratégias de enfrentamento de modo precoce, coordenando ações de isolamento social, bem como de mitigação dos seus efeitos sociais e econômicos, com ampliação e desenvolvimento da capacidade de atendimento em saúde e grande investimento na comunicação com os munícipes.

A cidade de Niterói faz parte da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, composta pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2019, o município tem população de 513.584 habitantes, sendo o quinto em população do estado e o segundo da Região Metropolitana II, representando 24,57% da região¹².

Em destaque para o cenário de enfrentamento da pandemia, 100% da população reside em área urbana e tem o crescimento significativo da população idosa em relação à população geral nos últimos anos. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS), a população de Niterói acima de 60 anos, em relação à população geral, aumentou de 13,1% no ano de 2000 para 19,5% em 2015 em relação à população geral. Um incremento de 48,8% na população acima de 60 anos em apenas 15 anos¹³.

O município registrou seu primeiro caso de Covid-19 no início de março, mas antecipou parte de suas ações, pautadas nas experiências de outros países, ainda em janeiro, quando foi anunciada pela OMS a situação de ‘Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional’¹⁴.

Uma das primeiras medidas realizadas no âmbito do planejamento e coordenação das ações pela Prefeitura de Niterói foi a criação do ‘Grupo de Resposta Rápida’ com o objetivo de fortalecer a capacidade do sistema de saúde do município para responder ao novo coronavírus. Desse modo, dedicou-se ao planejamento dos fluxos de encaminhamento, à reserva de leitos, às compras de Equipamento de Proteção Individual (EPI), às medidas de prevenção, capacitação e formação dos profissionais da rede, entre outras pautas fundamentais nas ações de contenção e enfrentamento da pandemia.

Na sequência das ações de gestão em modo intersecretarial, foram criadas, em 14 de março, duas estruturas: o Gabinete de Crise da Prefeitura de Niterói e a Sala de Situação da Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde de Niterói com vistas à intensificação das estratégias de enfrentamento¹⁵. O Gabinete de Crise conta com a coordenação direta do Prefeito, tendo em sua composição as secretarias de governo – Secretarias de Saúde, Educação, Planejamento, Comunicação, Idoso, Ordem Pública, Administração, Fazenda, Procuradoria-Geral, Urbanismo, Transportes e Mobilidade, Defesa Civil e Assistência Social; Secretaria Executiva; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Educação¹⁵.

O envolvimento das diferentes secretarias

teve como principal objetivo o planejamento e a execução das ações de enfrentamento, considerando a complexidade do impacto sanitário, social e econômico e a diversidade das ações/medidas de mitigação.

As ações planejadas e implementadas pela gestão pública se articulam com a prática de intersectorialidade, adotada por Sposati¹⁶ ao admitir uma decisão racional no processo de gestão, atuando de forma complementar às práticas setoriais, ou seja, realizando uma combinação entre política setorial com intersectorial, não contrapondo os processos de gestão.

Seguindo as recomendações internacionais e nacionais, sobretudo experiências técnicas reconhecidas cientificamente, foram instituídas medidas ‘não farmacológicas’: o isolamento social, a restrição à circulação das pessoas na cidade, o distanciamento de interpessoal, o afastamento de pessoas com sintoma da doença, a higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente (assim como as práticas complementares de higiene) e etiqueta respiratória¹⁷.

As ações de saúde adotadas integravam-se a um conjunto de estratégias assumidas por outras áreas de governo. Baseada em experiências internacionais (Portugal, Itália Espanha)¹⁸⁻²⁰, as ações estruturadas pelo Gabinete de Crise foram de caráter intersectorial, pautadas por quatro eixos: isolamento social, mitigação dos efeitos sociais e econômicos da pandemia, saúde e comunicação, tendo a gestão como eixo transversal e condutor da tomada de decisão.

Nesse sentido, as ações de enfrentamento da Covid-19 foram pensadas para além das dimensões biológicas da doença, considerando que atuar sobre as condições sociais e na mitigação das desigualdades sociais teria uma maior determinação no processo saúde-doença e, com isso, maior êxito da estratégia²¹.

As primeiras estratégias de isolamento social no município foram pautadas pela suspensão dos eventos culturais e esportivos e das atividades escolares na rede pública. A partir de 23 de março, a Prefeitura de Niterói decretou um conjunto de medidas restritivas no intuito de reduzir a circulação de pessoas, e com realização

de isolamento total (*lockdown*) de 11 a 21 de maio, período que apresentava criticidade nas projeções epidemiológicas¹⁴.

O conjunto de medidas restritivas adotadas incluiu a criação de barreiras sanitárias e restrição dos acessos a Niterói, além da suspensão das atividades de diferentes equipamentos públicos (museus, centros culturais, bicicletário e outros), suspensão das aulas na rede municipal de educação e de concursos públicos, interdição das praias e atividades comerciais não essenciais, fechamento do acesso às praias e criação de canais de denúncias para atividades contrárias às recomendações de isolamento.

As diferenças de renda influenciam nas condições de saúde devido à escassez de recursos dos indivíduos e à falta de infraestrutura comunitária²². Nesse sentido, atuou-se de modo a responder às complexidades sociais com a implementação de ações intersectoriais nos âmbitos sanitários, sociais e econômicos. Estas foram operadas no âmbito da gestão em que as diferentes secretarias puderam, a partir das decisões necessárias ao enfrentamento no âmbito sanitário, pactuar com os interlocutores dos diferentes setores do campo atuação de suas políticas⁹. Desse modo, por meio de estratégias planejadas conjuntamente a partir do mapeamento das necessidades dos setores, foram desenvolvidos:

- Plano de Mitigação dos Impactos Econômicos e Sociais – Fundo Niterói Supera (parceria com banco público, para suporte de crédito para micro e pequenas empresas, profissionais autônomos e liberais, cooperativas e associações de produção)²³; Programa Empresa Cidadã (ajuda financeira da Prefeitura por meio do pagamento de um salário mínimo para até nove empregados de empresas, entidades religiosas e sindicais, de qualquer porte)²⁴; Auxílio para Microempreendedores Individuais, Taxistas e Motoristas Autônomos (auxílio financeiro aos Microempreendedores Individuais)²⁵.
- Criação da Câmara Temática da área econômica – pactuada pela Prefeitura de Niterói

com entidades empresariais e industriais da cidade, com a função de acompanhamento planejamento coparticipativo para discutir medidas que pudessem reduzir o impacto na crise econômica no município.

– Grupo de Trabalho para retomada das atividades econômicas – com a atribuição de debater e elaborar conjuntamente com a prefeitura plano de ação para retomada das atividades, tendo em consideração a preservação da saúde dos municípios. Grupo com periodicidade semanal composto por representantes municipais do setor econômico, e as secretarias municipais de: Administração, Desenvolvimento Econômico, Fazenda, Governo, Planejamento, Orçamento e Modernização da Gestão, Saúde, além de outras entidades, tais como: Associação Comercial, Associação Conselho Empresarial e Cidadania, Associação de Dirigentes de Empresas do Mercado Imobiliário, Câmara de Dirigentes Lojistas, Federação das Indústrias do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Sindicato dos Lojistas do Comércio, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense²⁶.

No âmbito da Saúde, as ações da Secretaria Municipal de Saúde foram sistematizadas no Plano Municipal de Resposta à Pandemia do Coronavírus que incluiu um conjunto de recomendações no campo da prevenção e vigilância em saúde e reorganização da estrutura assistencial para intensificar os cuidados contra doenças de transmissão respiratória. O conjunto de medidas vem sendo atualizado de forma permanentemente a partir de novas evidências científicas, normativas ministeriais e, sobretudo, das análises epidemiológicas dos casos do município.

Dentre as estratégias adotadas no campo sanitário, para ampliação da capacidade de atendimento, cabe destacar o arrendamento de uma estrutura hospitalar, para instalação com recurso próprio para atendimento exclusivo de usuários em alto risco de SARS-CoV-2, contando com 140 leitos, com capacidade para diagnóstico de risco

com radiologia digital e tomografia computadorizada, bem como aparelhos para ventilação mecânica e monitorização completa com oximetria e capnometria. Para além dessa unidade hospitalar exclusiva, foi ampliada a capacidade de atendimento das unidades de saúde existentes – Hospital Municipal Carlos Tortelli, Hospital Getúlio Vargas Filho e Hospital Universitário Antônio Pedro – para atendimento clínico e crítico aos casos adultos e infantis, totalizando em 262 leitos no município, distribuídos em 97 leitos clínicos e 165 críticos.

Cabe ressaltar que todos os leitos descritos foram ofertados seguindo fluxos e critérios técnicos definidos pela Central de Regulação Municipal, também reestruturada para funcionamento 24 horas e adequada às normativas vigentes, passando a ser uma estratégia vital para reordenamento e ampliação de acesso na cidade²⁷.

Outro ponto fundamental na capacidade de atendimento dos usuários pela rede de Niterói deu-se pela orientação e criação de fluxos específicos entre a rede de serviços da Atenção básica e as unidades de atendimento de emergência e unidades hospitalares, garantindo detecção, avaliação e tempo de resposta adequados ao cuidado e evolução da Covid-19²⁸.

Desde o início da transmissão comunitária no município, houve especial atenção à capacidade de testagem para detecção dos casos em modo a conter a transmissão. Niterói foi o primeiro município brasileiro, a fazer testagem em massa de Covid-19, seguindo as recomendações da OMS, estratégia fundamental de contenção da pandemia²⁹.

Com o objetivo de identificar as pessoas infectadas e garantir o isolamento social e a diminuição do comunicantes e de doentes assintomáticos, minimizando a propagação do novo coronavírus foram realizados ainda na primeira fase 40 mil testes. Atualmente o município apresenta padrão de testagem semelhante aos países europeus, numa proporção de 40/1000 habitantes.

Foram atribuídas às unidades básicas e políclínicas, a ordenação dos fluxos de testagem de pacientes sintomáticos, bem como a realização

das avaliações iniciais com estratificação dos casos, realização do manejo clínico para os casos leves, além da coordenação do cuidado para os casos que necessitavam de atenção mais especializadas³⁰.

Por fim, foi organizado um processo seletivo em caráter emergencial que resultou na ampliação imediata da cobertura assistencial à população por meio da contratação de 456 profissionais de saúde para atuação na Rede Atenção à Saúde de Niterói³¹, com vistas à ampliação das estruturas, leitos e capacidade de atendimento para atuação na linha de cuidado e enfrentamento à pandemia.

Associada às medidas restritivas foram adotadas outras ações de prevenção, a fim de contribuir na diminuição do contágio, tais como: o uso obrigatório e a distribuição de máscaras e *kits* de higiene e sanitização de ruas e comunidades.

Outra ação intersetorial que impactou prioritariamente no cuidado da população mais vulnerável foi a construção de um Centro de Referência em Quarentena Assistida (CRQA). Criado em parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social, o CRQA possibilitou isolamento social para usuários positivo com Covid-19 e estratificados como casos leves pela atenção básica²⁸.

O centro foi destinado aos usuários que não dispunham de condições habitacionais. Com capacidade para acolher 120 pessoas, contou com uma equipe multiprofissional – educadores, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos de suporte, que atuavam na promoção de ações de bem-estar e de monitoramento de sinais e sintomas, com vistas a garantir o cuidado adequado aos usuários. Vale ressaltar que a unidade era caracterizada como equipamento social, e não estava prevista nenhuma complexidade de cuidado em saúde para a estrutura; portanto, em caso de agravamento dos sintomas, a rede de cuidados em saúde oferecia tal suporte, permitindo, desse modo, total segurança para o usuário.

O CRQA foi dispositivo importante de suporte seja para o âmbito da saúde, seja para a assistência social. Esta última, na criação de estratégias de

proteção e cuidado à população em situação de rua, pode, por meio do arrendamento de hotéis, abrigar usuários na região central da cidade com o objetivo de garantir a saúde, o isolamento social, a segurança e a alimentação das pessoas em tais condições. O dispositivo acolheu homens e mulheres, em parceria com as equipes de consultório na rua, que não estavam infectados pelo SARS-CoV-2. Em eventuais suspeitas de infecção, foi realizado fluxo prioritário com as unidades básicas de saúde para avaliação, testagem e encaminhamento para o CRQA.

Algumas reflexões

As estratégias elencadas anteriormente, nos âmbitos sociais, econômicos e sanitários, objetivaram o enfrentamento da pandemia, no campo do planejamento e gestão, tendo no Gabinete de Crise o espaço para definição de estratégias intra e intersetoriais. O diálogo contínuo das secretarias de governo com os diferentes setores, seja no compartilhamento das informações, seja no planejamento compartilhado de planos de ações que pudessem suplantam o impacto da pandemia, operou em modo prático a intersetorialidade, fortalecendo políticas e ações governamentais⁹.

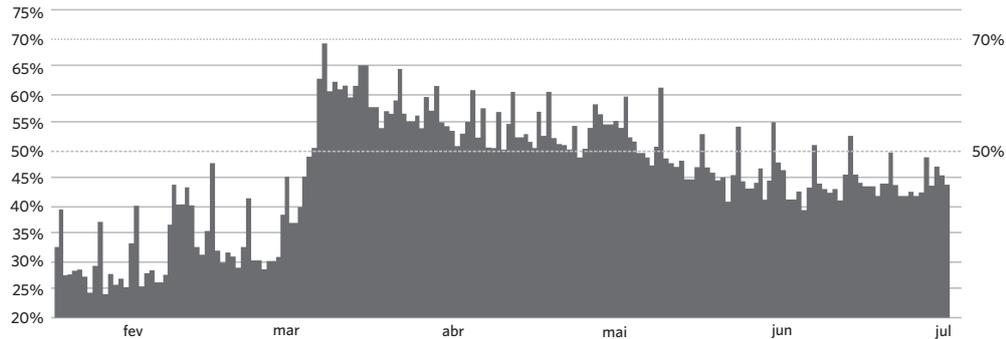
Por fim, ponto fundamental no fortalecimento e na garantia da efetividade das ações planejadas e implementadas foram os dispositivos de comunicação que consistiram em um conjunto de ações com vistas a sensibilizar a população quanto à importância do seu envolvimento e contribuição no enfrentamento da pandemia. Para isso, foram usados diferentes mecanismos: mensagens diárias às comunidades sobre as ações da prefeitura no combate à pandemia; distribuição de cartilhas com informações para auxiliar na prevenção e reconhecimento de sintomas para detecção precoce da Covid-19; utilização de vídeos diários com notícias atualizadas; e a construção de sítios eletrônicos específicos para Covid-19.

Pode-se dizer que o conjunto de ações implementadas em companhia do engajamento da população nas ações de mitigação possibilitaram

o êxito da principal estratégia de enfrentamento da Covid-19 utilizada pelos países em todo o mundo: o isolamento social. Observou-se a redução da circulação da população em índices

superiores a 60%, no período de maior incidência epidêmica (meses de março a maio), mantendo índices significativos no momento de retomada das atividades.

Gráfico 1. Histórico de isolamento social diário, Niterói, 2020



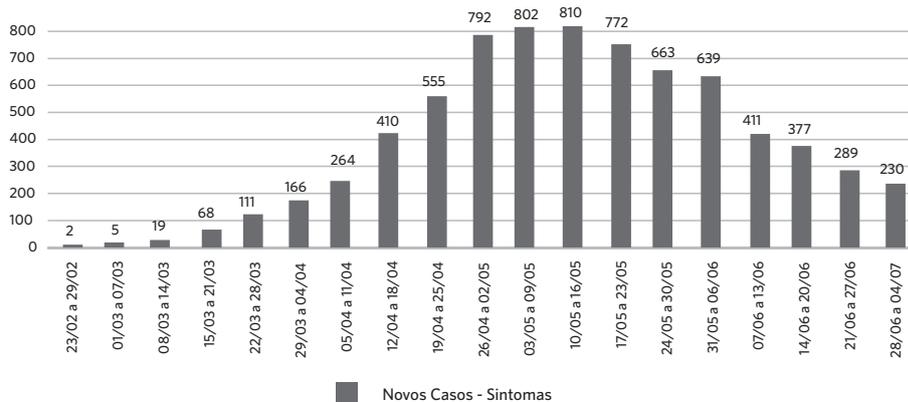
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Niterói - SIGeo - Niterói³³.

A análise dos dados da cidade de Niterói demonstra que ela atingiu rapidamente um patamar de isolamento em torno de 60%-65% logo no início da aplicação das medidas restritivas. Ademais, que as taxas permaneceram entre

50% e 60% ao longo dos meses de abril e maio.

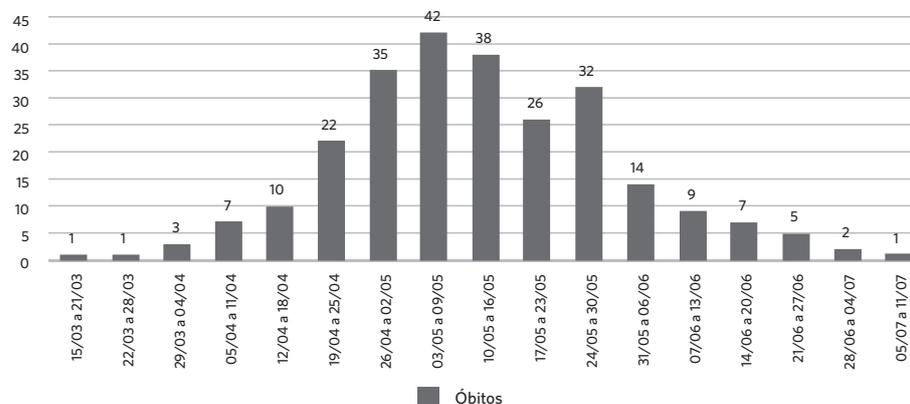
As medidas implementadas também trouxeram impactos significativos no cenário epidemiológico do município com importante decréscimo nos índices de novos casos e óbitos.

Gráfico 2. Distribuição de novos casos por semana epidemiológica por data de sintomas, Niterói, 2020



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 3. Distribuição de óbitos por Covid-19 por semana epidemiológica, Niterói, 2020



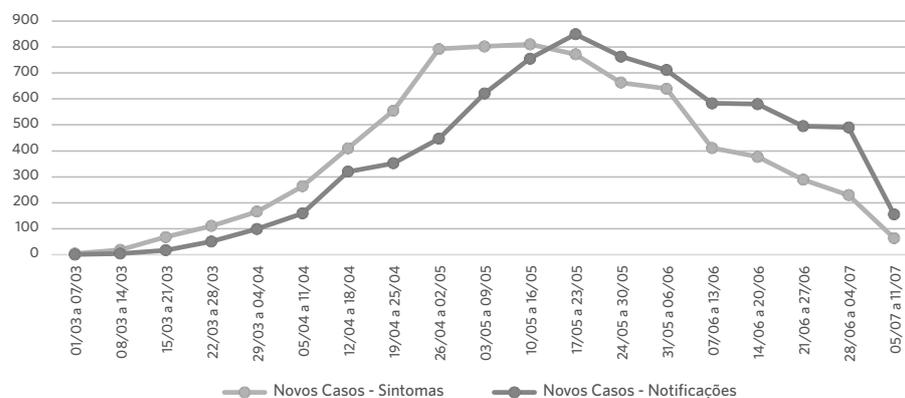
Fonte: Elaboração própria.

Os dados da evolução da Covid-19 por Semana Epidemiológica (SE) evidenciaram um importante panorama quanto à propagação da doença e à letalidade no município. Os novos casos, de acordo com a data dos primeiros sintomas (*gráfico 2*), permitem observar que a doença na cidade de Niterói teve seu pico entre as SE 18 e 21 (isto é, entre os dias 26 de abril e 23 de maio), em que alcançou uma média semanal próxima a 800 novos casos por semana. Desde a semana 21, transcorreram praticamente dois meses com quedas consistentes no número de novos casos, atingindo um patamar de cerca de um terço do total de casos do momento de pico da epidemia.

É importante ressaltar que tal queda ocorreu em um momento em que houve aumento na realização de testes na cidade, conforme observa-se no *gráfico 4*.

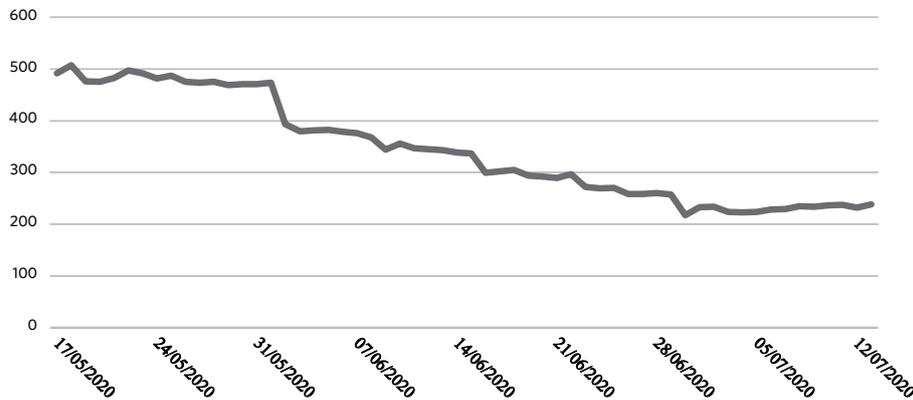
A análise dos óbitos (*gráfico 3*) condizem com a afirmação feita acima, tendo seu pico ocorrido na SE 19 (ou seja, entre os dias 3 e 9 de maio), seguido de um repique na SE 22 (24 a 30 de maio de 2020), porém, mantendo o movimento decrescente desde então. O diagnóstico é complementado com a observação da redução no total de pacientes hospitalizados com Covid-19 em leitos clínicos e de UTI em hospitais públicos e privados, conforme observado no *gráfico 5*.

Gráfico 4. Evolução do número de novos casos de acordo com a data dos sintomas e das notificações, Niterói, 2020



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5. Evolução do número de pacientes internados com Covid-19 em leitos clínicos e de UTI da rede Privada e do SUS, Niterói, de 17/05 a 12/07/2020



Fonte: Elaboração própria.

Esse cenário possibilitou o planejamento da retomada das atividades, coordenadas pelo gabinete de crise, desdobrando na construção do Plano de Transição para o Novo Normal³²; garantindo a segurança e a manutenção da situação decrescente dos índices de propagação tem orientado a retomada de atividades a partir de (re)adequações e essencialidade aos diferentes setores da sociedade. As medidas de prevenção foram adotadas em um esforço coletivo de diminuição dos riscos de transmissibilidade, garantindo um processo de transição gradual das atividades, tendo como balizadora a avaliação de risco que pondera: a intensidade de contato, o número de contatos e o potencial de modificação, e de adaptação da atividade para reduzir os riscos de transmissibilidades. As ações orientadas nessa fase foram fundamentais para a contenção da pandemia, até que consigamos atingir a imunização massiva de toda a população.

Considerações finais

Pode-se inferir que as ações intersetoriais adotadas em Niterói se aproximaram do modelo de intersetorialidade ascendente proposto

por Sposati¹⁶, uma vez que diferentes representações da gestão municipal construíram um conjunto de propostas com um objetivo em comum: evitar mortes e reduzir o impacto social causado pela Covid-19. A partir dos resultados exitosos das medidas de mitigação e da segunda fase de enfrentamento da pandemia, tornou-se possível o desenvolvimento de diferentes ações entre diversos setores, combinando distintos modelos de intersetorialidade¹¹, na implementação do Plano de Transição Gradual para o Novo Normal, considerando, para tal, a atuação de sujeitos/técnicos dos diversificados setores sociais para a elaboração de propostas de forma colaborativa para o retorno das atividades em modo seguro.

Por fim, destaca-se a importância da comunicação e da garantia de acesso às informações que proporcionaram maior participação e adesão da sociedade ao plano de enfrentamento da Covid-19, sendo um fator central do êxito das medidas de mitigação. Estratégias estas que continua a produzir efeitos na coconstrução e planejamento da retomada das atividades, que vêm mantendo índices médios de 45% de isolamento social, além da adesão importante aos protocolos e medidas de segurança e prevenção nas situações de reabertura de setores.

Colaboradores

Conceição MR (0000-0001-9696-9112)* e Freire RP (0000-0003-4366-7123)* são responsáveis pela elaboração, concepção e desenho do estudo; análise e interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do manuscrito e revisão crítica

de importante conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Macário FC (0000-0002-4067-3942)*, Oliveira RAT (0000-0003-4939-017X)* e Franco CM (0000-0002-7401-1808)* são responsáveis pela revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação final da versão ser publicada. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1. 21 January 2020. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 8]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://www.canal-saude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/organizacao-mundial-da-saude-declara-novo-coronavirus-uma-pandemia11032020>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília, DF: MS; 2020.
4. Smith JA. Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health Promot J Austral*. 2020; (31):158-160
5. Walker PGT, Whittaker C, Watson O, et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. Imperial College London [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 7]. Disponível em: <https://doi.org/10.25561/77735>.
6. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, et al. Interseccionalidade? Intersetorialidade! *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4291-4300.
7. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.103-150.
8. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com interseccionalidade. *Cad. Fundap*. 2001; (22):102-110.
9. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandez JCA, Mendes RB, organizadores. *Promoção da Saúde e Gestão Local*. São Paulo: Hucitec; Cepedoc; 2007. p. 85-110.
10. Junqueira LAP, Inojosa RM. *Desenvolvimento social e interseccionalidade: a cidade solidária*. São Paulo: Fundap; 1997.
11. Nascimento S. Reflexões sobre a interseccionalidade entre as políticas públicas. *Serviço Soc. Sociol*. 2010; (101):95-120.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados de Niterói. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS [internet]. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
14. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.506 de 16 de março de 2020. Dispõe sobre a declaração de emergência em saúde pública no Município de Niterói devido a pandemia de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19, causada pelo agente Novo Coronavírus – SARS-CoV-2 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/13506/13506/decreto-n-13506-2020-dispoe-sobre-a-declaracao-de-emergencia-de-saude-publica-decorrente-da-pandemia-do-coronavirus-sobre-a-suspensao-de-aulas-na-rede-publica-municipal-de-niteroi-de-16-a-31-de-marco-sobre-as-medidas-de-enfrentamento-e-da-outras-providencias>.
15. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.505 de 16 de Março de 2020. Cria Gabinete de Crise para centralizar a tomada de decisões, integrar e alinhar as iniciativas do Município na prevenção e assistência à população em relação à disseminação do vírus COVID-19 no Município de Niterói e dá outras providências. [internet] 2020 [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/13505/13505/decreto-n-13505-2020-cria-gabinete-de-crise-para-centralizar-a-tomada-de-decisoes-integrar-e-alinhar-as-iniciativas-do-municipio-na-prevencao-e-assistencia-a-populacao-em-relacao-a-disseminacao-do-virus-covid-19-no-municipio-de-niteroi-e-da-outras-providencias>.
16. Sposati A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serv Soc. Sociol.* 2006; (85):133-141.
17. World Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Interim guidance. [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-long-term-care-facilities-in-the-context-of-covid-19>.
18. Portugal. Secretaria Regional de Saúde. Despacho nº 385/2020 de 13 de março de 2020 – Declaração de Situação de Alerta – COVID-19. [internet]. 2020. [acesso em 2020 jul 7]. Disponível em: <https://jo.azores.gov.pt/#/ato/b238154b-7859-42a2-ab50-4d4a00ea4858>.
19. Itália. Consigli dei Ministri. Misure urgenti di contenimento del contagio sull'interno territorio nazionale [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2020/03/decreto_9_marzo.pdf.
20. Espanha. Ministerio de la Presidencia. Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf>.
21. Souza DO, Silva EVS, Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):44-56.
22. Buss PM, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes. *PHYSIS: Rev. Saúde Colet.* 2007; 17(1):77-93.
23. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.564 de 2 de Abril de 2020. Regulamenta o Fundo de Crédito Emergencial do Município de Niterói – Niterói Supera, instituído pela Lei nº 3.481 de 2 de abril de 2020, criado no contexto das medidas para o enfrentamento econômico da epidemia da COVID-19 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/13564/13564/decreto-n-13564-2020-regulamenta-o-fundo-de-credito-emergencial-do-municipio-de-niteroi-niteroi-supera-instituido-pela-lei-n-3481-de-2-de-abril-de-2020-criado-no-contexto-das-medidas-para-o-enfrentamento-economico-da-epidemia-da-covid-19>.

24. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.538 de 3 de Abril de 2020. Regulamenta o Programa Empresa Cidadã de Niterói, instituído pela Lei nº 3.482/2020, criado no contexto do enfrentamento aos efeitos econômicos do COVID19. Rio de Janeiro: Niterói. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1353/13538/decreto-n-13538-2020-regulamenta-o-programa-empresa-cidada-de-niteroi-instituido-pela-lei-n-3482-2020-criado-no-contexto-do-enfrentamento-aos-efeitos-economicos-do-covid19>.
25. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.526 de 26 de Março de 2020. Regulamenta a concessão do benefício instituído pela Lei nº 3477, de 24 de março de 2020 aos Microempreendedores Individuais – MEI inscritos no cadastro da Secretaria Municipal de Fazenda de Niterói até 1º de março de 2020. Rio de Janeiro: Niterói. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 13]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1352/13526/decreto-n-13526-2020-regulamenta-a-concessao-do-beneficio-instituido-pela-lei-n-3477-de-24-de-marco-de-2020-aos-microempreendedores-individuais-mei-inscritos-no-cadastro-da-secretaria-municipal-de-fazenda-de-niteroi-ate-1-de-marco-de-2020>.
26. Niterói. Prefeitura. Decreto Municipal nº 13.570 de 24 de Abril de 2020. Cria grupo de trabalho para apoio à retomada das atividades econômicas [internet]. 2020 Abr 26 [acesso em 2020 jul 15]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1357/13570/decreto-n-13570-2020-cria-grupo-de-trabalho-para-apoio-a-retomada-das-atividades-economicas>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2 Ago 2008.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Medidas não-farmacológicas [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/medidas-nao-farmacologicas>.
29. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 18]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2020/April/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>.
31. Niterói. Prefeitura. Linha do tempo – Ações da Prefeitura para combate ao coronavírus 2020 [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6505:2020-03-18-20-02-10.
32. Niterói. Prefeitura. Decreto nº 13.604 de 21 de Maio de 2020. Institui o Plano de Transição Gradual para o Novo Normal – Distanciamento Responsável para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Município de Niterói [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/n/niteroi/decreto/2020/1361/13604/decreto-n-13604-2020-institui-o-plano-de-transicao-gradual-para-o-novo-normal-distanciamento-responsavel-para-fins-de-prevencao-e-de-enfrentamento-a-epidemia-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19-no-ambito-do-municipio-de-niteroi>.
33. Niterói. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Gestão da Geoinformação da Prefeitura Municipal de Niterói [internet]. SIGeo-Niterói. 2020 [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/305269f3cdd24839b263c5ab346e1aa7>.

Recebido em 21/07/2020

Aprovado em 01/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência

National emergency training in Mental Health and Psychosocial Care on Covid-19: an experience report

Débora da Silva Noal¹, Carlos Machado de Freitas¹, Maria Fabiana Damásio Passos², Fernanda Serpeloni³, Bernardo Dolabella Melo¹, Michele Rocha de Araújo El Kadri⁴, Daphne Rodrigues Pereira⁵, Michele Souza e Souza⁶, Nicolly Papacidero Magrin⁷, Juliana Fernandes Kabad⁵, Sara da Silva Meneses⁸, Carolyne Cesar Lima⁹, Maria de Jesus Rezende²

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Pesquisas e Estudos sobre Desastres (Cepedes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. noaldebora@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) – Manaus (AM), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Situações Endêmicas Regionais (Laser) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁷Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

⁸Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

⁹Ghent University – Gante, Bélgica.

DOI: 10.1590/0103-11042020E420

RESUMO Em março/2020, a Organização Mundial da Saúde emitiu a declaração de pandemia, em decorrência da disseminação do vírus SARS-CoV-2, disparando o alerta mundial sobre a necessidade de rápida expansão da capacidade de vigilância, prevenção e implementação das estruturas de assistência dos sistemas de saúde dos países. No dia seguinte à declaração do Ministério da Saúde que reconheceu a transmissão comunitária no Brasil, um grupo de pesquisadores foi convidado a reunir evidências científicas e melhores práticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) na Covid-19. Foram selecionados 1.563 artigos que se referiam à saúde mental e/ou atenção psicossocial em contextos de emergências sanitárias. Participaram pesquisadores, docentes e voluntários de 25 instituições reconhecidas pelo notório saber, totalizando um montante de 117 profissionais voluntários. Optou-se por conformar um curso nacional na modalidade de Educação a Distância. Ao todo, 60.780 profissionais ingressaram no curso nos primeiros 30 dias de inscrição. A modelagem on-line, síncrona e assíncrona, possibilitou a formação durante o período de distanciamento social, assim como permitiu que profissionais de todos os estados, e do Distrito Federal, pudessem ter acesso a informações atualizadas e baseadas em pesquisas nacionais e internacionais, buscando garantir o fortalecimento das ações no âmbito das políticas de saúde, e com base nos protocolos internacionais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Atenção à saúde. Covid-19. Capacitação profissional.

ABSTRACT In March 2020, the World Health Organization declared a pandemic, due to the rapid spread of the SARS-CoV-2 virus, triggering a global alert about the need for rapid expansion of the capacity for surveillance, prevention and implementation of assistance structures for countries' health systems. On the day after the statement by the Brazilian Ministry of Health, that recognized community transmission in Brazil, a group of researchers was invited to gather scientific evidence and best practices for Mental Health and Psychosocial Care on Covid-19. A total of 1,563 articles were selected that referred to mental health and/or psychosocial care in contexts of health emergencies. Researchers, professors and volunteers from 25 institutions, recognized for their notorious knowledge, participated, totaling 117 volunteer professionals. It was decided to set up an online national course. Altogether, 60,780 professionals joined the course in the first 30 days of enrollment. The online modeling, synchronous and asynchronous, enabled training during a period of social distance, and also allowed professionals from different states in the national territory to have access to updated information based on national and international research, seeking to guarantee the strengthening of actions within the scope of health policies, and based on international protocols.

KEYWORDS Mental health. Psychosocial support systems. Pandemics. Training courses.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou pandemia de Covid-19, em decorrência da disseminação do vírus SARS-CoV-2¹, causador da doença, disparando o alerta mundial sobre a necessidade de rápida expansão da capacidade de vigilância, prevenção e implementação das estruturas de assistência dos sistemas de saúde dos países. O Brasil optou por centrar esforços no fortalecimento e na ampliação da estrutura da assistência hospitalar, concentrando recursos para contratação de profissionais, aquisição de insumos e equipamentos a fim de atender aos casos mais graves que requerem internação e/ou cuidados intensivos. A principal estratégia para conter a disseminação do vírus foi ancorada na restrição de circulação de pessoas, desde o distanciamento social até o *lockdown*. O vírus foi detectado inicialmente nas regiões metropolitanas e gradativamente difundiu-se para as cidades interioranas do País.

Em todo o território nacional, observa-se uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde, seja pela inoperância e/ou letargia dos governos em adotar estratégias de enfrentamento da pandemia, seja pelo não desenvolvimento de uma ferramenta terapêutica ou preventiva eficaz como uma vacina². Enquanto não houver medicação para o tratamento profícuo ou uma vacina específica, é possível que a Covid-19 torne-se uma doença endêmica com novas ondas de contaminação a cada dois ou quatro anos, o que exigirá medidas de distanciamento social intermitentes³.

Uma pandemia força mudanças bruscas no cotidiano das pessoas e da sociedade. Impactos na dinâmica econômica, social, política e cultural com intervenções no limite da ética⁴ implicam perturbações que podem ultrapassar a capacidade de enfrentamento das pessoas que a vivenciam. As pesquisas e os indicadores de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) em situação de pandemia apontam que a saúde mental é diretamente impactada nesse contexto, seja pelos riscos e temores relacionados com

o contágio, seja pelas medidas implementadas para contenção dele. Tais especificidades potencializam e podem agravar reações e sintomas previamente existentes à pandemia, como estresse, ansiedade e depressão, entre outras⁵⁻⁸.

A maior parte das reações e sintomas psicossociais manifestados após uma pandemia podem ser considerados normais diante de uma situação anormal⁵. Apesar dessas reações serem esperadas, estudos têm apontado para consequências em médio e longo prazo caso ações preventivas e de assistência não sejam colocadas em práticas⁶. Estima-se o aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população atingida), variando de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais públicas na resposta à pandemia⁶. Entretanto, saúde mental não foi uma questão contemplada no conjunto de ações do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) do Brasil⁹.

As atividades rotineiras, e essenciais para a estabilidade psíquica do ser humano, demandam rápida capacidade de resposta para lidar com a instabilidade e a imprevisibilidade do cotidiano¹⁰. Preocupações com a escassez de suprimentos e as perdas financeiras e/ou de ter que lidar com perdas humanas também podem acarretar prejuízos ao bem-estar psicológico^{11,12}. Todo esse cenário de incertezas sobre o vírus e os impactos na saúde mental da população podem exigir acompanhamento especializado por um período que pode ser mais extenso que a própria pandemia¹³, reforçando a relevância de intervenções psicossociais para retomada da vida social.

Uma atenção especial se faz necessária para profissionais que atuam nos serviços de saúde. Para além do risco de contaminação para si e para sua comunidade, exposição a mortes em série, frustração por não conseguir salvar vidas, sensação de perda de controle e desvalorização profissional, os trabalhadores têm que lidar ainda com dilemas éticos, como, por exemplo, priorizar o tratamento de alguns pacientes em

detrimento de outros, em um cenário de escassez de recursos^{14,15}. A complexidade desse contexto pode resultar em sofrimento e transtornos que se manifestarão ou se estenderão mesmo após o momento mais crítico da pandemia⁶.

Reconhecendo a singularidade de tão grave crise sanitária no País e no mundo, na qual apenas uma pequena parcela dos trabalhadores de saúde experienciaram situações que poderiam servir de base para a ancoragem do processo de trabalho, é imprescindível que seja oferecido aos profissionais de saúde ferramentas adequadas para lidar com situações de emergência que requerem estratégias diferenciadas para o enfrentamento.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo apresentar um relato de experiência sobre uma estratégia de capacitação nacional emergencial em SMAPS aos profissionais dos serviços de saúde na resposta à pandemia de Covid-19. O trabalho destaca as abordagens diversas e complementares referentes à SMAPS que foram desenvolvidas a fim de fornecer suporte técnico baseado no conhecimento científico para profissionais de saúde nesse contexto, sob múltiplos temas e enfoques.

Relato da experiência

No dia posterior à declaração do Ministério da Saúde da transmissão comunitária no Brasil, um grupo de pesquisadores foi convidado a reunir evidências científicas e melhores práticas de SMAPS adotadas nos países que já viviam a pandemia de Covid-19 há mais tempo – tais como China, Itália, Irã, Espanha e Reino Unido. O intuito era antecipar, assim, quais os temas que demandariam formação em SMAPS para profissionais de saúde no Brasil.

Foi realizada revisão da literatura nas bases virtuais PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Embase e Periódicos Capes. O levantamento ocorreu entre os dias 21 e 29 de março, utilizando a combinação dos descritores: ‘*quarantine*’, ‘*epidemic*’, ‘*pandemic*’, ‘*Sars*’, ‘*Mers*’, ‘*disaster*’, ‘*COVID-19*’, ‘*coronavírus*’,

‘*coronaviridae*’ com os descritores ‘*psychosocial support*’, ‘*mental health*’, ‘*psychosocial care*’. Os descritores foram ajustados conforme os termos utilizados em cada base, exceto na BVS, que possuía uma janela específica chamada ‘BVS Coronavírus’. Foram selecionados artigos relacionados com a saúde mental e/ou atenção psicossocial em contextos de emergências sanitárias.

Ao identificar artigos com os descritores previamente definidos, os resumos passaram por uma leitura criteriosa, a fim de identificar indicadores de SMAPS em epidemias/pandemia. Com o intuito de evitar duplicidade, cada artigo selecionado foi inserido em uma tabela confeccionada para sistematizar as informações como: título do artigo, ano de publicação, nome do periódico, resumo, público-alvo do estudo, tipologia de desastre, país do desastre, escalas utilizadas, *link* para o acesso ao artigo e referência bibliográfica.

Concomitantemente aos artigos encontrados, foram coletadas e categorizadas informações provenientes de manuais e protocolos; e, na sequência, foi alimentada uma tabela contendo informações como: título do documento, ano de publicação, instituição responsável, resumo, palavras-chave, grande área (entre os focos da pesquisa), tipo de material, país de publicação, país do desastre, tipologia do desastre, resultados, *link* para o acesso ao documento e referência bibliográfica. Catalogaram-se ainda artigos jornalísticos de entrevistas com especialistas em que se armazenaram informações como: título da matéria, ano de publicação, veículo de comunicação, resumo, tipo de mídia (impressa, digital etc.), grande área (entre os focos da pesquisa), responsável pelas informações, área de atuação do responsável pelas informações, país de publicação do artigo, tipologia do desastre, resultados e *link* para o material.

As tabelas contendo a categorização dos conteúdos analisados foram disponibilizadas em uma pasta virtual compartilhada para acesso de todo o grupo simultaneamente, garantindo a não duplicidade dos materiais encontrados. Ao todo, foram incluídos na tabela 1.563 artigos,

comunicações e relatos. Seguindo os critérios acima descritos, 49 artigos foram lidos na íntegra por atenderem aos critérios previamente conformados pelo grupo de pesquisadores. Destaca-se que os artigos jornalísticos de entrevistas com especialistas sobre o tema tiveram como critérios de seleção: a) conter experiências, orientações, relatos de aspectos referentes à SMAPS; e/ou b) conter aspectos históricos de enfrentamento de pandemias, com o conseqüente aprendizado e legado destes processos.

Esse levantamento orientou não somente a seleção dos temas prioritários, mas também embasou o conteúdo abordado no material produzido. Optou-se por produzir material orientativo no formato de cartilha, em uma translação de conhecimento¹⁶ do mundo acadêmico para trabalhadores e gestores dos serviços. Nesse primeiro momento, o grupo tinha o objetivo de produzir 8 cartilhas, segundo os temas mais urgentes da primeira fase de resposta. Conforme o material foi publicado e divulgado, bem como as fases da pandemia foram se modificando, surgiram novas demandas, por outros enfoques, culminando em um total de 20 cartilhas produzidas. Outros artigos foram posteriormente selecionados mediante a necessidade de complementar as informações das cartilhas, seguindo o mesmo método utilizado para as publicações iniciais.

Em seguida, canais de comunicação direta com os profissionais de saúde foram adotados com uso de redes sociais como Instagram do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cepedes-Fiocruz) e por meio do Canal da Fiocruz Brasília no YouTube. Para ampliar interação com profissionais de diferentes regiões do país, utilizaram-se também os aplicativos Zoom e Skype, para realizar grupos focais com trabalhadores e gestores de saúde mental de duas regiões do País (Sul e Centro-Oeste). A essas informações, somaram-se as mensagens recebidas via WhatsApp dos profissionais e instituições de diferentes estados para os membros do grupo de trabalho e pesquisa em SMAPS do Cepedes-Fiocruz com

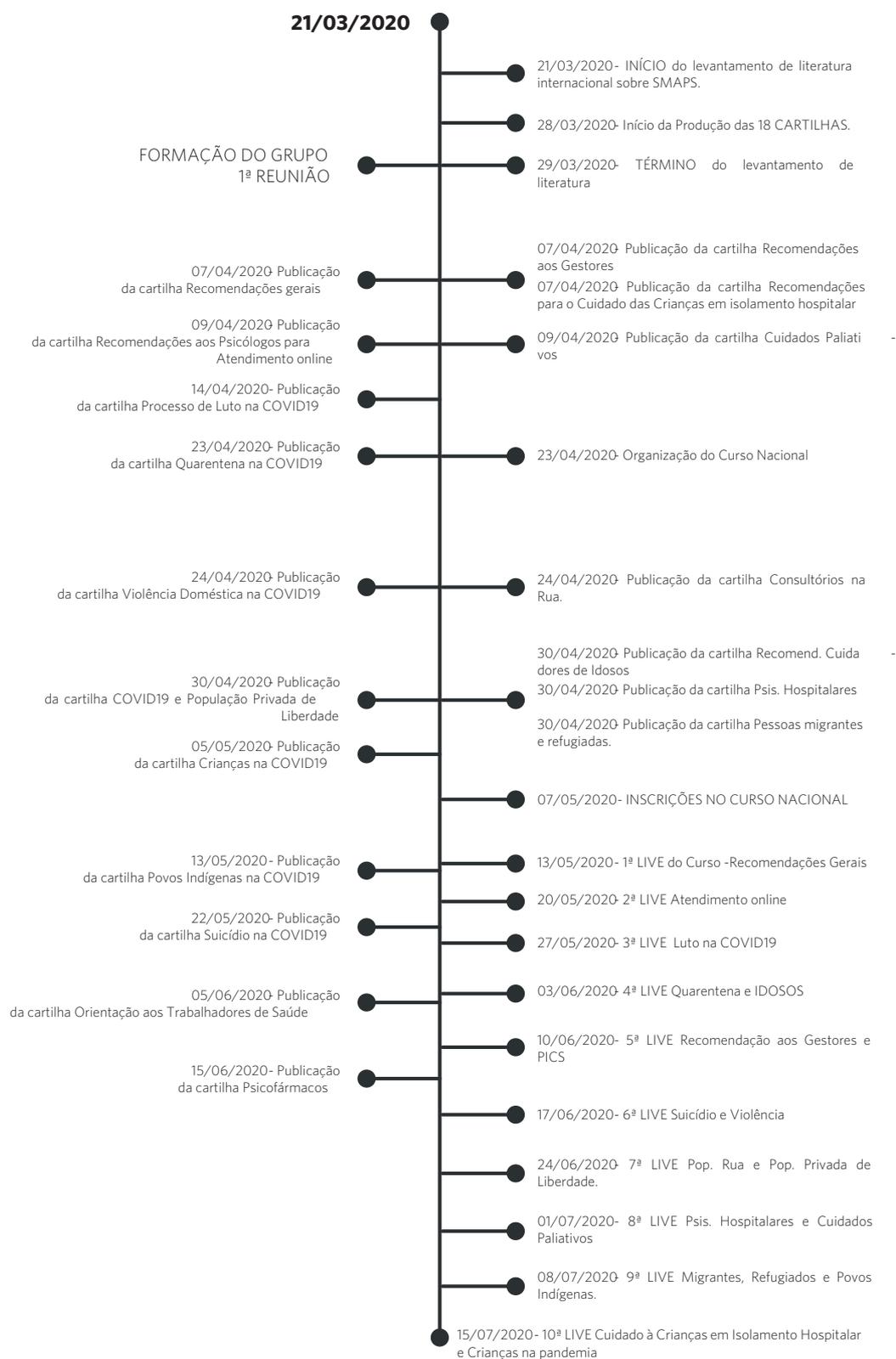
as descrições de seus territórios, demandas e capacidades de enfrentamento.

Foram organizados grupos de encontro virtual com trabalhadores e gestores de cada uma das cinco regiões do País para compreender as demandas e estratégias de SMAPS ante a Covid-19 utilizadas nos diferentes territórios locorregionais. Ressalta-se que, em comum entre todos os atores escutados, estava a lacuna formativa concernente ao enfrentamento de SMAPS em situação de pandemia.

A partir desse primeiro levantamento de produções científicas disponíveis, e da escuta dos atores responsáveis pela gestão e assistência em SMAPS no sistema de saúde brasileiro, foram desenvolvidas 20 cartilhas com orientações e recomendações voltadas a temas e públicos mais diretamente afetados pela pandemia. Participaram dessa fase pesquisadores, docentes e voluntários de 25 instituições reconhecidas pelo notório saber, totalizando um montante de 117 profissionais voluntários. Esses voluntários com experiência acadêmica e/ou prática em epidemias, eventos críticos, emergências e desastres foram distribuídos para assumir a condução de diferentes ações da estratégia de formação. O processo de construção das cartilhas está descrito em Kabad et al.¹⁷.

O passo seguinte foi transformar o conteúdo dessas cartilhas em um curso de atualização que pudesse abranger trabalhadores de todo o País. Foram produzidos 16 módulos do curso com a participação de 21 voluntários responsáveis pela produção de áudio e vídeo para as aulas virtuais. Para cada módulo, foi gravada uma videoaula entre 20-40 minutos. Cerca de 37 profissionais participaram como docentes também das *lives* via YouTube, nas quais os alunos interagiram com os docentes por meio de perguntas e comentários de forma síncrona. A moderação dos fóruns de perguntas e legenda das videoaulas contou com a participação de outros seis voluntários, entre pesquisadores, docentes, trabalhadores e gestores convidados pelo grupo SMAPS do Cepedes-Fiocruz. O processo pode ser mais bem visualizado na *figura 1*, com a linha do tempo da produção realizada.

Figura 1. Linha do tempo



Fonte: Elaboração própria.

Cada módulo do curso contou com um encontro síncrono, nominado de *live*, com duração de uma hora e meia em canal aberto (<https://www.youtube.com/channel/UCStWRX13N8rUNDHISFQ8UxQ>) e também foi disponibilizada na plataforma do curso de forma assíncrona, logo após cada encontro, a fim de possibilitar uma maior flexibilização do tempo em que os profissionais que atuam na linha de frente pudessem acompanhar o curso. As *lives* tinham como objetivo oferecer um espaço de comunicação direta com os alunos, em que dúvidas foram respondidas, visando mitigar as reações psíquicas negativas em decorrência da falta de conhecimento técnico.

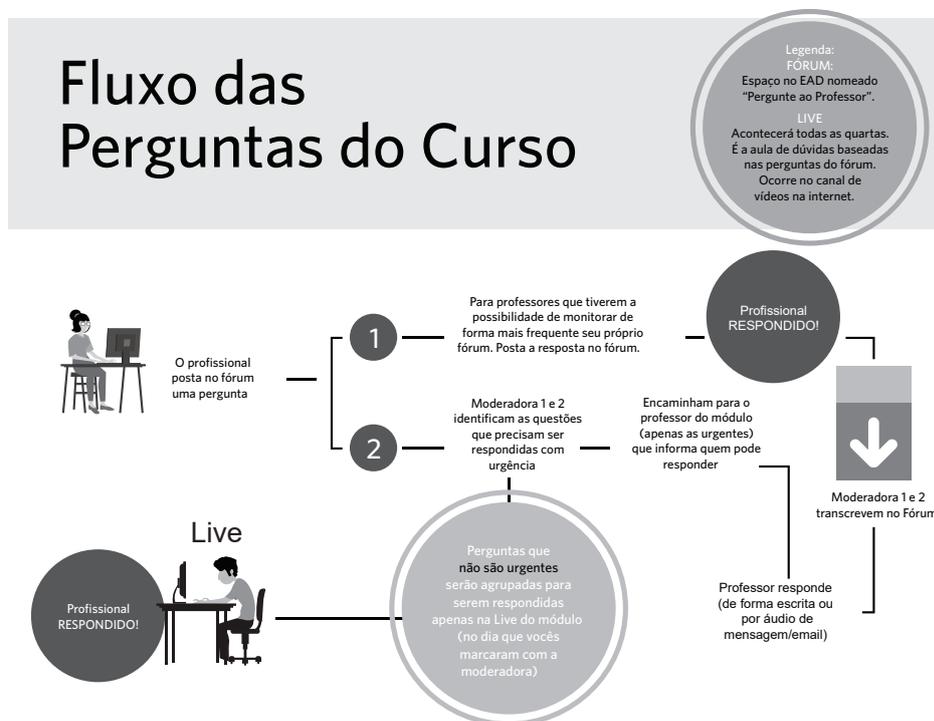
Para potencializar a participação dos alunos, foram ofertados dois canais de comunicação direta com os pesquisadores e docentes. O primeiro canal possibilitava ao aluno, de forma assíncrona, enviar perguntas no fórum do curso nominado de ‘Pergunte ao Professor’ na própria plataforma; e o segundo canal permitia que o aluno perguntasse, de forma síncrona, durante a *live*. Cada módulo tinha o seu próprio fórum de perguntas, contabilizando uma média de 263 comentários por módulo. As perguntas eram reunidas até duas horas antes da *live* e enviadas à moderadora responsável por coordenar o fluxo de perguntas e respostas, conforme descrito na *figura 2*.

Inicialmente, programou-se uma *live* por módulo. Contudo, considerando o rápido avanço da Covid-19 e a ausência de uma formação inicial para que os profissionais soubessem

como manejar os casos específicos, optou-se, no segundo mês de curso, por condensar os temas para que todos eles pudessem ser abordados até o final da primeira quinzena de julho de 2020. Essa demanda surgiu dos próprios alunos ao verificarem que alguns temas seriam abordados apenas em agosto (três meses após o início do curso). Nesses termos, previu-se um total de dez *lives*, as quais podem ser encontradas no canal do YouTube da Fiocruz Brasília. Os primeiros dois vídeos das *lives* obtiveram, juntos, 90.379 mil visualizações até o final de junho de 2020. Enquanto o fórum de comentários do curso contabilizou, ao todo, até o final de junho do mesmo ano, 3.499 comentários.

O processo de moderação das *lives* consistiu na leitura dos comentários enviados aos fóruns da plataforma do curso (Pergunte ao Professor), extração, categorização e encaminhamento das perguntas a moderadora 12 horas antes de cada encontro ao vivo; podendo ser respondida na *live* pelos docentes, pesquisadores e gestores, ou no fórum pelos docentes e pesquisadores. No processo seletivo das perguntas para a *live*, consideraram-se sua relevância e a frequência com que apareciam no fórum. Além disso, foi criado um fluxo de resposta para que os professores pudessem responder à alta demanda de perguntas diretamente no fórum, a fim de que as respostas ficassem disponíveis também de forma escrita, como é possível acompanhar na *figura 2*.

Figura 2. Fluxo das perguntas do curso



Fonte: Elaboração própria.

Com o propósito de garantir os protocolos de biossegurança, o processo de participação nas *lives* e de produção das videoaulas foi feito pelos pesquisadores em suas casas com orientações da equipe técnica. Ressalta-se que, para as *lives*, uma estrutura de base técnico-operacional foi montada na Fiocruz Brasília para a moderação, com a participação de três profissionais: uma moderadora das *lives*, um técnico em imagem e som e uma pesquisadora responsável por selecionar as perguntas que iriam ser respondidas de forma síncrona. Os três integrantes do estúdio mantinham a distância preconizada de 2 metros ou mais.

No que concerne à edição técnica das videoaulas para cada um dos módulos, os vídeos produzidos pelos docentes foram enviados para o Núcleo de Educação a Distância da

Fiocruz (Nead) e lá editados por uma equipe especializada. Na sequência, cada um dos vídeos editados era incluído na plataforma específica do curso.

Perfil dos participantes do curso

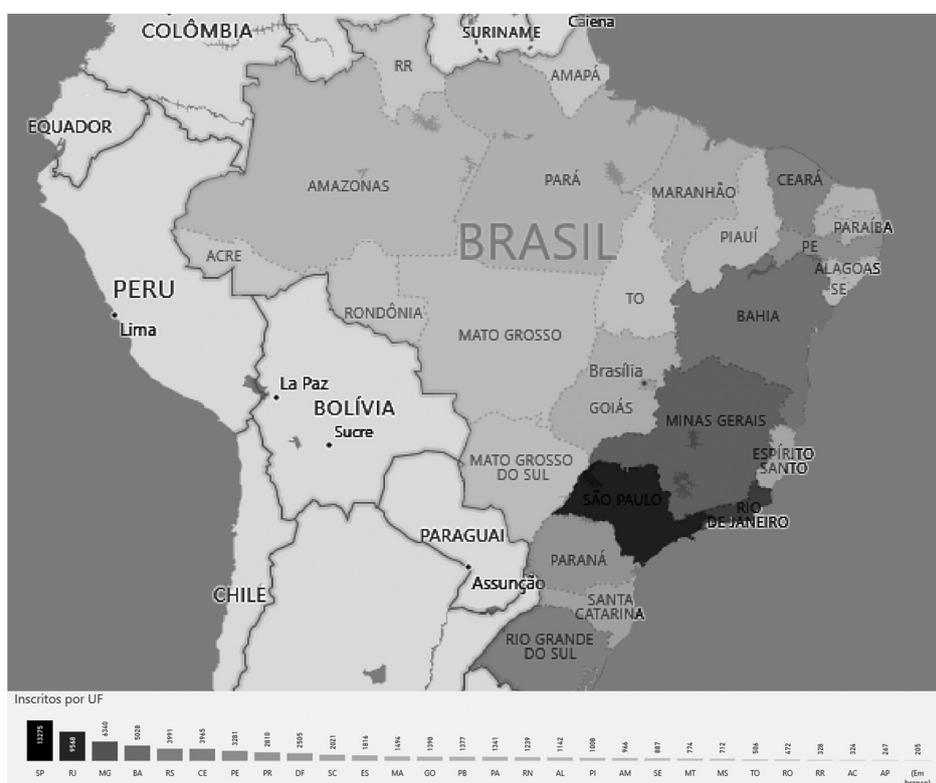
Ao todo, 69.240 alunos se matricularam no curso. Os discentes matriculados encontravam-se em território nacional e internacional. Os participantes vinham de 3.508 localidades abrangendo todos os estados do Brasil, conforme demonstrado pela *figura 3*, além de países como Argentina, Equador, França, Guatemala, Moçambique e Portugal. Entre os inscritos: 37.619 eram psicólogos; 9.429, oriundos de diferentes áreas da saúde; 5.077, da assistência social; 2.327, provenientes da área de educação,

além de 7.775 estudantes do ensino superior. A média de idade dos participantes foi de 36 anos, sendo 86,4% deles do gênero feminino.

Os profissionais da saúde inscritos no curso identificaram-se como atuantes nos três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária. No que diz respeito à satisfação dos alunos do curso, 94,20% deles

declararam sentir-se satisfeitos com os materiais didáticos EaD disponibilizados na plataforma, 92,84% afirmaram sentir-se satisfeitos com o Ambiente Virtual de Aprendizagem, 90,9% informaram que o curso contribuiu para a própria experiência profissional do aluno e 91,15% autoavaliaram-se como engajados durante o curso¹⁸.

Figura 3. Distribuição de inscritos pelo Brasil



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz Brasília. Núcleo de Educação a Distância. Painel de Monitoramento do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19. 2020. Indicadores eletrônicos¹⁸.

Lições aprendidas

A capacitação de profissionais é uma questão central para a resposta a situações de emergência sanitária. Nesse sentido, é importante

incluir, além da equipe clínica, os trabalhadores da recepção, conservação e portaria¹⁹. Emergências anteriores à Covid-19 mostram que o suporte em SMAPS durante um evento epidêmico deve ser parte do planejamento e

manejo de desastres²⁰. De acordo com o Centro de Preparação para a Saúde Pública Johns Hopkins, para lidar com os desafios impostos pelos desastres, é imperativo que haja profissionais treinados em Primeiros Cuidados Psicológicos²¹. Estudos têm demonstrado a importância de treinar as equipes de saúde com base em evidências, bem como explicitam o impacto positivo do treinamento de profissionais no tema da SMAPS a fim de fortalecer a capacidade de resposta nos contextos de desastres e crises humanitárias²².

Existe uma lacuna na formação e na política brasileira de SMAPS voltadas para situação de emergência sanitária como a pandemia de Covid-19. Posto isso, o relato de experiência aqui apresentado expõe a necessidade e a importância do desenvolvimento de estratégias de formação, capacitação e acompanhamento dos profissionais e trabalhadores de saúde que não têm nas suas bases curriculares a formação em gestão de riscos, desastres e pandemias.

É importante enfatizar a rápida articulação entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e instituições para a realização do curso, bem como vale ressaltar a importância de contemplar os temas amplos e, ao mesmo tempo, as especificidades do vasto território nacional, tendo como ancoramento as evidências científicas. Fica evidente o caráter emergencial e abrangente da resposta oferecida, tendo em vista a rápida difusão do vírus e as necessidades apresentadas nesse contexto, bem como as lacunas anteriores à fase da pandemia, como, por exemplo, a ausência de formação específica em SMAPS para as equipes de saúde.

O desenvolvimento dessas ações estratégicas só foi possível a partir das experiências prévias dos coordenadores do curso tanto em desastres anteriores quanto na gestão integral de riscos e de desastres. Outro ponto significativo foi o fato de o curso contar com a participação de profissionais voluntários com grande expertise em diferentes temas e que disponibilizaram-se a investigar tais temas no contexto da Covid-19, imbuídos no

objetivo de contribuir para que profissionais da saúde de todo o País pudessem ter acesso a ferramentas para lidar com os desafios trazidos pela pandemia.

A literatura internacional reforça ser fundamental a formação das equipes de saúde durante uma pandemia²³, uma vez que o suporte de SMAPS é crucial em eventos extremos com as especificidades da Covid-19, como distanciamento social, rápida difusão do vírus e rupturas abruptas do cotidiano organizador da sociedade^{20,21}. Nesse sentido, esse modelo de articulação de resposta emergencial pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas visando ao bem-estar integral da população.

No decorrer do primeiro mês do curso, como é característico em uma emergência sanitária, os desafios foram se sobrepondo, exigindo uma grande flexibilidade dos coordenadores para incluir as novas demandas emergenciais identificadas. Solicitações de novos temas surgiram pelos próprios alunos, associações de profissionais e serviços de saúde. A partir da experiência com o curso, foi possível pensar em novas estratégias para que esses temas pudessem ser abordados, como, por exemplo, aulas abertas em temas como: SMAPS e População Ribeirinha na Covid-19; SMAPS e População Negra na Covid-19; SMAPS e a volta às aulas na Covid-19. Vale destacar que muitos profissionais verbalizaram ter o curso como referência para o planejamento das ações e tomada de decisões nos seus territórios de atuação, bem como manifestaram encontrar no curso um espaço para trocas de experiências e consolidação de novas estratégias de intervenção com os pares.

A modelagem on-line, síncrona e assíncrona, do curso possibilitou a formação durante um período de distanciamento social, mas também permitiu que profissionais de diferentes localidades brasileiras, e mesmo internacionais, pudessem ter acesso a informações atualizadas e baseadas em pesquisas nacionais e internacionais sobre

SMAPS e Covid-19.

Cabe lembrar que órgãos de referência nacional para profissionais de saúde, como o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social, por exemplo, não possuíam manuais, documentos, guias e protocolos de cuidado em SMAPS que orientassem os atores que trabalham em pandemias antes do momento da Covid-19, o que reforça a importância de oferecer espaços formativos na fase da resposta à pandemia.

Observou-se que a formação acadêmica dos profissionais que atuam em situações de pandemia ainda é um campo recente de prática e pesquisa no Brasil. Em grande parte dos cursos universitários, as disciplinas de política pública de saúde, desastres e pandemias não são ofertadas nos currículos²⁴. Universidades e centros de pesquisa no Brasil passaram a desenvolver estudos e referencial na área de desastres e emergências nos últimos 15 anos; contudo, permanecem abertas questões específicas voltadas aos cuidados em SMAPS como parte da gestão integral de riscos, incluindo emergência sanitária²⁵.

Tendo em vista a lacuna existente na produção de ensino e pesquisa voltada para o tema no Brasil, é preciso dar seguimento aos estudos e construções que estão sendo desenvolvidos nessa área²⁵.

Considerações finais

Na defluência do relato de experiência aqui exposto, buscou-se analisar e propor estratégias, subsídios e ferramentas que possam auxiliar na formação dos profissionais brasileiros, particularmente na temática da atenção psicossocial e saúde mental em situação de pandemia, visando prioritariamente à melhoria do processo de trabalho desses atores responsáveis pelo cuidado da população e gestão do sistema de saúde.

Dignas de registro, identificam-se aqui duas características fundamentais da experiência descrita: primeiro, a singularidade do cenário

para a atual população brasileira, instada a, abruptamente, ter que lidar com questões de biossegurança cujas consequências poderiam significar vida ou morte. Esse impacto acometeu toda a população brasileira e, de forma ainda mais aguda, grupos já reconhecidamente vulneráveis, como migrantes, refugiados, população de rua, indígenas, população privada de liberdade, entre outros, demandando respostas rápidas, amplas e compartilhadas de cuidado de si e de outros.

Essas respostas foram, também, afetadas pelas desigualdades nacionais. Isso leva ao segundo ponto importante de ser listado: o esforço ímpar para mapear quais eram as necessidades apresentadas pelo público em formação, considerando as especificidades de um país tão heterogêneo. O grupo responsável pelo curso mostrou-se imbuído de garantir que a *expertise* reunida fosse utilizada em prol daqueles que buscavam a capacitação; e, para este fim, a capilaridade foi um recurso imprescindível.

Essa capilaridade, com potencial de impacto positivo no sistema de saúde de todo o País, buscou garantir o fortalecimento das ações no âmbito das políticas de saúde; e, com base nos protocolos internacionais, visando garantir a informação qualificada aos profissionais de saúde em tempo hábil durante a pandemia em curso. O trabalho aqui exposto visou ainda à produção de conhecimentos que proporcionem a reflexão a partir de uma postura de atenção integral, que estimule a práxis criativa e humanitária e promova o cuidado integral do ser humano nessas condições extremas.

Agradecimentos

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) – Pós-doutorado Nota-10 (Serpeloni F). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Pós-doutorado Júnior 2019 (Souza MS).

Colaboradores

Noal DS (0000-0003-3970-6783)*, Freitas CM (0000-0001-6626-9908)* e Passos MFD (0000-0002-2255-8780)* contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento do manuscrito. Serpeloni F (0000-0001-6222-0162)*, Melo BD (0000-0003-2565-9955)*, El Kadri MRA (0000-0002-7179-4755)*, Pereira DR (0000-0001-7953-9807)*, Souza

MS (0000-0002-8014-8528)*, Magrin NP (0000-0002-3059-0473)*, Kabad JF (0000-0002-9471-6418)*, Meneses SS (0000-0002-9939-6935)*, Lima CC (0000-0003-4308-0867)* e Rezende MJ (0000-0001-9927-7293)* contribuíram significativamente para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores participaram da revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
2. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]; (23):e200032. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100101&tlng=pt.
3. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science* (80-) [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 21]; 368(6493):860-868. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/368/6493/860.abstract>.
4. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 27]; 29(2):e2020166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt.
5. Inter-Agency Standing Committee. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19: versão 1.5. [internet] Genebra: IASC; 2020. [acesso em 2020 nov 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias. [internet]. 2009. [acesso 2020 jul 1]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situacoes-de-Epidemias-Portugues.pdf>.
7. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- J Environ Res Public Health [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 13]; 17(5). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
8. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na Pandemia Covid-19 - Recomendações Gerais [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 13]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-gerais.pdf>.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública [internet]; 2020 [acesso em 2020 jun 13]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>.
 10. Weaver MS, Wiener L. Applying Palliative Care Principles to Communicate With Children About COVID-19. J Pain Symptom Manage [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]; 60(1):e8-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.020>.
 11. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: A quarentena na COVID-19: Orientações e estratégias de cuidado. [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-A-quarentena-na-Covid-19-orientações-e-estratégias-de-cuidado.pdf>.
 12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 20]; 395(10227):912-20. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
 13. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. Brazilian J Psychiatry [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]; 42(3):232-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&tlng=en.
 14. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estud Psicol [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]; (37). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&tlng=pt.
 15. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41828/2/Cartilha_TrabalhadoresSaude.pdf.
 16. Barbosa L, Pereira Neto A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2020 jun 21]; 41(esp):317-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500317&lng=pt&tlng=pt.
 17. Kabad JF, Noal DS, Passos MFD, et al. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Cad. Saúde Pública [internet]. 2020 [acesso em 2020 set 16]; 36(9):e00132120. Disponível em: <http://cader-nos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1181/a-experiencia-do-trabalho-voluntario-e-colaborativo-em-saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-covid-19>.
 18. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz Brasília. Núcleo de Educação a Distância. Pannel de Monitoramento do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19. Brasília, DF: Fiocruz Brasília, 2020. Indicadores eletrônicos.
 19. Collins N, Litt J, Moore M, et al. General practice: professional preparation for a pandemic. Med J Aust [internet]. 2006 [acesso em 2020 jun 20]; 185(S10):S66-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.5694%2Fj.1326-5377.2006.tb00711.x>.

20. Hughes FA. H1N1 pandemic planning in a mental health residential facility. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [internet]. 2010 [acesso em 2020 jun 28]; 48(3):37-41. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/02793695-20100202-02>.
21. Everly GSJ, Lee McCabe O, Semon NL, et al. The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *J Public Health Manag Pract* [internet]. 2014 [acesso em 2020 jun 21]; 20(supl5):S24-9. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25072485/>.
22. Sijbrandij M, Horn R, Esliker R, et al. The Effect of Psychological First Aid Training on Knowledge and Understanding about Psychosocial Support Principles: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 20]; 17(2):484. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940865>.
23. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 20]; 323(21):2133-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.
24. Magrin NP, Noal DS, Weintraub ACAM, et al. Identificando e mapeando as disciplinas de psicologia em desastres e catástrofes no Brasil: será que elas existem? In: *Anais do Congresso Brasileiro de Redução de Riscos de Desastres: Gestão Integrada em RRD no Brasil e o Marco de SENDAI, 2016 out 12; Curitiba*. Curitiba: Universidade Positivo; 2016. p. 251-252.
25. Noal DS. Atenção psicossocial e saúde mental: analisando diretrizes e ações para uma gestão integral de riscos e de desastres [tese] [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018. 277 p. [acesso em 2020 jun 20]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32630>.

Recebido em 30/06/2020

Aprovado em 18/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) – Pós-doutorado Nota-10 (Serpeloni F).

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Pós-doutorado Júnior 2019 (Souza MS)

Caminhos metodológicos de pesquisa participativa que analisa vivências na pandemia de Covid-19 em populações vulneráveis

Participative research methodology: paths to analyse the experiences of vulnerable populations during the Covid-19 pandemic

Lumena Almeida Castro Furtado¹, Claudia Fegadolli¹, Arthur Chioro¹, Anderson Kazuo Nakano¹, Cristiane Gonçalves da Silva¹, Liana de Paula¹, Luciana Rosa de Souza¹, Mariana Arantes Nasser¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E421

RESUMO O objetivo geral do artigo foi compartilhar a investigação em curso que se propõe a analisar as vivências, os processos e os impactos sistêmicos da pandemia de Covid-19 e das medidas e ações realizadas para a sua prevenção, contenção e enfrentamento. O estudo considera as desigualdades nas vivências da pandemia em populações de diferentes territórios vulneráveis. São 14 territórios da Região Metropolitana de São Paulo e da Baixada Santista. O delineamento da pesquisa busca qualificar o olhar para a vivência da pandemia em sua complexidade, via produção interdisciplinar do conhecimento, realizada com as populações estudadas. O coletivo de pesquisadores é formado por moradores dos territórios, estudantes e pesquisadores ligados à universidade. Unifica este coletivo o compromisso de produzir conhecimentos científicos socialmente referenciados. O desenvolvimento da pesquisa, em cada território, produzida em conjunto com pesquisadores sociais e organizações coletivas, tem permitido uma reflexão crítica e visibilizado a centralidade das redes construídas pelos atores locais. Esse percurso permite considerar o modo de produzir vida em territórios marcados pela desigualdade e reconhecer seus desafios. Caminhar nesse complexo processo atravessado pela pandemia é o desafio e a riqueza desse estudo.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Iniquidade social. Vulnerabilidade social. Território sociocultural. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

ABSTRACT *This paper presents an ongoing investigation that analyzes life experiences, processes and systemic impacts of the Covid-19 pandemic and examines the measures and actions to prevent, contain and respond to it. The study focuses on the inequalities of life experiences of the pandemic in populations that live in fourteen vulnerable territories of the Metropolitan Area of São Paulo and the city of Santos (Brazil). The group of researchers is composed of people who live in those territories and students and professors of the Federal University of São Paulo. The research design focuses on comprehending the experience of the pandemic in its complexity, through an interdisciplinary production of scientific knowledge that is socially referenced and committed to the participation of the populations studied. The field research in each territory, which counts with the participation of local organizations, is producing a critical reflection on the experience of the pandemic and giving visibility to the centrality of social networks weaved by local actors. This path allows us to understand the ways of producing life in territories stressed by inequality and to recognize their challenges. To go through this complex process crossed by the pandemic is the challenge and the richness of this study.*

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
lumenafurtado@gmail.com

KEYWORDS *Coronavirus infections. Social inequity. Social vulnerability. Sociocultural territory. Community-based participatory research.*



Introdução

O desenvolvimento da pandemia de Covid-19 colocou para todos os países grandes desafios no enfrentamento de um fenômeno que ainda se apresenta com muitas incertezas, mas que indubitavelmente produz um impacto importante para toda a população.

A chegada da pandemia no Hemisfério Sul agrega a esse desafio um outro problema ainda mais desafiador: o impacto diferenciado sobre as populações vulneráveis. No Brasil, país de imensa extensão territorial, superpopuloso e marcado por uma considerável heterogeneidade regional, a enorme desigualdade social tem escancarado aquilo que já se evidenciava antes da pandemia: nem todas as vidas têm o mesmo valor.

Na perspectiva deste estudo, é fundamental aprofundar o olhar sobre as populações vulneráveis nos diferentes territórios, identificando como vivem e como são afetadas pela pandemia, além de conhecer o impacto e os efeitos de políticas públicas e das organizações e movimentos sociais nessa vivência.

Uma pesquisa da Fundação Getúlio Vargas¹ indica aumento da pobreza e da desigualdade no Brasil nos últimos anos. Segundo o estudo, em 2018, havia 23,3 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza, com rendimentos abaixo de R\$ 232 por mês; cerca de 11,2% da população. A miséria subiu 33% de 2015 a 2018. Foram 6,3 milhões de novos pobres – mais do que a população do Paraguai – adicionados ao estoque de pobreza.

Neste país desigual, segundo a análise de Martins²:

Em meio a tantas incertezas, uma certeza: enquanto persistirem estes padrões de desigualdade, são os trabalhadores, suas famílias e comunidades que vão sucumbir à COVID-19. Estão sendo empurrados a uma escolha perversa e mentirosa entre a atividade econômica, assegurando o alimento, ou o isolamento social, garantindo a sobrevivência².

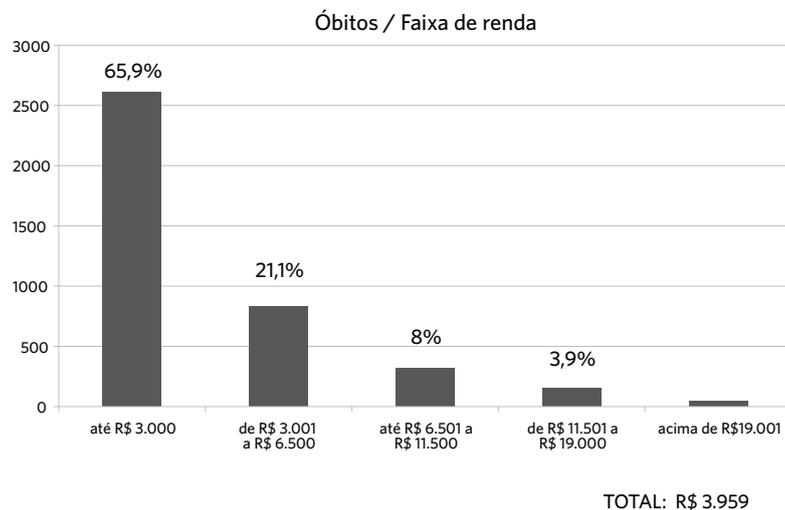
Dessa forma, um país já profundamente desigual – que vinha ampliando essa desigualdade nos últimos anos –, com a chegada da pandemia, passou a viver um agravamento dessa situação. Santos³ analisa a alta correlação entre as condições sociais, classe e território e seu impacto direto no processo de adoecimento e morte pela Covid-19, sinalizando a relação direta entre a pandemia e a ampliação da desigualdade.

A subnotificação de dados de morbimortalidade por Covid-19, resultante da baixa testagem, tanto para investigação diagnóstica como para análise da soroprevalência e orientação das medidas sanitárias, em conjunto com a divulgação de informações contraditórias e desencontradas, às vezes falsas, criam uma disputa de discursos que podem levar a uma grande confusão e insegurança na população sobre que medidas tomar. Esse estado de coisas dificulta a construção de visões fidedignas sobre o comportamento da pandemia que, por conseguinte, limitam ou distorcem sobremaneira a implantação de ações de enfrentamento necessárias e fundamentadas em diretrizes científicas sólidas.

Mesmo com a enorme subnotificação, tanto de infectados como de óbitos, ultrapassar a marca de 100 mil mortes⁴ em 8 de agosto de 2020 evidencia o descontrole e a falta de gestão central por parte do governo federal e, em particular, pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que esse número é significativamente subestimado, pois os testes são restritos aos casos muito graves. O aumento das mortes por Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) inespecíficas evidencia a imprecisão dos dados de mortalidade.

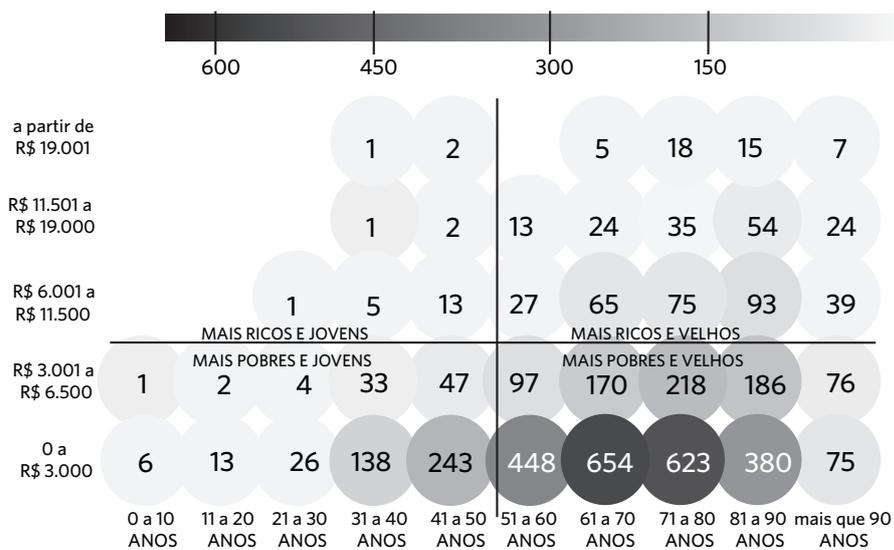
A evolução da mortalidade, em uma pandemia que começou nas classes altas e média, quando vivida pelas populações vulneráveis, escancara a enorme desigualdade social brasileira. O *gráfico 1* e a *figura 1* mostram a forte relação entre condição econômica com a mortalidade pela pandemia.

Gráfico 1. Distribuição de mortes por Covid-19 na Grande São Paulo, segundo renda familiar, 2020



Fonte: Medida SP⁵, a partir do Datasus e do Censo 2010, adaptação dos autores.

Figura 1. Distribuição de mortes por Covid-19 na Grande São Paulo, segundo renda familiar e idade, 2020



Fonte: Medida SP⁵, a partir do Datasus e do Censo 2010, adaptação dos autores.

Ainda que esses números não deixem dúvidas sobre o impacto da desigualdade na mortalidade pela pandemia, ganhou força em nosso país um debate, transformado em

polêmica nacional, relacionado com um falso dilema: salvar a economia ou salvar as vidas das pessoas. Nos diferentes setores do Estado brasileiro, posições quanto a esse debate têm

sido conflitantes e explicitam diferenças importantes em relação aos valores e aos compromissos políticos com as necessidades sociais e existenciais diante dos impactos provocados pela pandemia de Covid-19.

Mbembe⁶ ressalta que a priorização da economia em detrimento das vidas humanas evoca a necropolítica, a qual “[...] é a lógica do sacrifício que sempre esteve no coração do neoliberalismo”. Essa lógica cria a possibilidade de pedir para que parte da população assuma situações de risco a fim de manter o funcionamento e a continuidade das atividades econômicas, mesmo que isso custe incomensuráveis vidas humanas. Uma postura perversa de individualizar a responsabilidade pela adesão às medidas protetivas, eximindo o Estado de seu papel provedor de direitos, o que agrava a enorme desigualdade já existente e aquela proporcionada pela vivência da pandemia por populações vulneráveis.

A individualização da responsabilidade em adotar medidas de proteção ante a pandemia é uma face perversa da necropolítica referida por Mbembe⁶. Como exigir que populações em situação de rua, presidiários e moradores de favelas e cortiços, sem apoio do Estado, possam garantir as medidas de minimização de risco necessárias, sem acesso à água, sem casa ou vivendo em habitações que exigem que muitas pessoas dividam o mesmo cômodo ou ambiente?

A partir dessa inequívoca situação de desigualdade, o objetivo geral do artigo é o de compartilhar a investigação em curso, que se propõe a analisar as vivências, os processos e os impactos sistêmicos da pandemia de Covid-19, inclusive das medidas e ações realizadas para a sua prevenção, contenção e enfrentamento. O manuscrito visa aportar elementos para o aprofundamento das reflexões sobre o papel e as contribuições das pesquisas participativas nos estudos sobre a vivência da pandemia em territórios com maior vulnerabilidade. Com o crescimento da pandemia e dos óbitos nessas populações, ganha centralidade a reflexão sobre métodos de produção do conhecimento

relacionados com essas populações. Trata-se de um estudo que considera as desigualdades das vulnerabilidades nas vivências, os processos e os impactos sistêmicos da Covid-19, bem como as formas de operacionalização de redes de apoio, de ajuda mútua e de solidariedade que atuam nos territórios selecionados para o estudo. Unifica o coletivo de pesquisadores responsáveis pelo estudo o compromisso de produzir conhecimentos científicos socialmente referenciados⁷.

Consideramos fundamental que cientistas que se dedicam a diferentes áreas do conhecimento desenvolvam seus trabalhos de forma implicada com a produção de conhecimentos mais consistentes e precisos a respeito da pandemia⁸. Esta pesquisa agrega cientistas e pesquisadores de diferentes áreas, articulados em um esforço comum de ampliar a compreensão sobre as vivências, os processos e os impactos sistêmicos da pandemia em diferentes territórios, localizados em municípios da Região Metropolitana de São Paulo (Diadema, Guarulhos, Osasco e São Paulo) e em Santos-SP, cidades em que a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) mantém *campi*⁹.

Em um momento em que as universidades públicas se encontram sob ataque e no qual o conhecimento científico é deslegitimado por discursos retrógrados, negacionistas, revisionistas e obscurantistas, explode a pandemia de Covid-19, que, entre diversos efeitos, provoca forte tensão entre as explicações racionais, formuladas segundo os métodos lógicos e científicos e as opiniões infundadas disseminadas por representantes de algumas esferas de governo e pelos canais de comunicação atuais.

Considerando esse contexto e provocados por um edital elaborado no âmbito do convênio entre a Unifesp e a Fundação Tide Setúbal, desenvolvem a investigação em curso aqui apresentada 108 pesquisadores, incluindo docentes de diferentes formações e alunos de seis *campi* (São Paulo, Zona Leste, Osasco, Diadema, Guarulhos e Baixada Santista), assim como bolsistas dos 16 territórios selecionados para a realização da pesquisa de campo.

Importantes desafios ajudam a refletir sobre o papel das universidades na sociedade. Esta pesquisa tem dialogado diretamente com dois deles: o primeiro é a necessidade de ampliar a interdisciplinaridade no processo de formação e atuação da universidade; o segundo é a reflexão sobre a inserção e a porosidade da produção universitária em relação aos problemas sociais que se colocam em diversos territórios¹⁰. O desenvolvimento da pesquisa, a partir de seus objetivos, dialoga com tais desafios e pode se constituir uma experiência de enfrentamento da histórica separação e disputa entre os saberes, com o aprofundamento de uma perspectiva interdisciplinar e da importância de uma pesquisa participativa construída com os movimentos sociais em cada território.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp pelo parecer de número 4.091.794.

A produção da investigação

Como se trata de um ensaio que se propõe a analisar uma pesquisa ainda em curso, um propósito central deste artigo é problematizar o caminho metodológico construído, suas potencialidades e desafios.

Esta pesquisa foi estruturada pelo delineamento de estudos de casos múltiplos e pesquisa participante com a confluência de diversos campos disciplinares¹¹⁻¹³.

Cada um dos 16 territórios constitutivos da pesquisa pode ser entendido como um caso (objeto empírico) a ser sistematizado e está sendo analisado como múltiplos casos, segundo abordagens adequadas às condições nas quais se tem pouco controle sobre os eventos inseridos em contextos da vida real¹¹. Cada caso deve contribuir para um conhecimento em profundidade. Os diversos casos, tomados em conjunto, podem contribuir para a generalização do conhecimento, tendo em vista a pandemia em áreas metropolitanas e as interfaces com as desigualdades nos territórios com vulnerabilidades.

O estudo foi estruturado a partir de territórios relacionados com seis *campi* da Unifesp:

- *Campus* São Paulo: 5 territórios, localizados na Comunidade de Heliópolis; na Vila Mariana – que pode ser tomada como 2 territórios, sendo um composto por população predominante e de classe média e outro por 15 pequenas comunidades (Mário Cardim, Mangueira, Souza Ramos 1 e 2, Onze de Junho 1 e 2, Fazendinha, Cercadinho, Vila Z, Santo Irineu, Helen Keller, Loefgreen Singapura, Madre Cabrini, Caixa d'Água e União), que se articulam e totalizam aproximadamente 10 mil pessoas, segundo liderança comunitária) – ; no bairro da Luz – área pejorativamente conhecida como ‘Cracolândia’ (terminologia utilizada para desqualificar o território e justificar ações higienistas, policiais e autoritárias) e, por sugestão dos bolsistas sociais desse território, ele será nomeado como Fluxo; e na Vila São José.

- *Campus* Zona Leste: 2 territórios localizados um no Jardim Helian e outro composto por Vila Miguel Inácio Curi e pela Vila da Paz;

- *Campus* Diadema: 1 território localizado no bairro Eldorado;

- *Campus* Osasco: 4 territórios localizados nos bairros Quitaúna, Portal D'Oeste 1, Bandeiras e Morro do Socó;

- *Campus* Baixada Santista: 2 territórios localizados nos bairros Saboó e Alemoa;

- *Campus* Guarulhos: 2 territórios localizados no conjunto habitacional Residencial Esplanada e na comunidade negra atendida pelo Núcleo Mabel Assis, da Rede Uneafro.

Ressalta-se, aqui, um primeiro desafio, que é o de pesquisar 16 territórios distribuídos em 6 *campi* e 5 municípios, considerando suas diversidades constitutivas e as situações de vulnerabilidade e desigualdade que também se apresentam com muitas semelhanças.

Um importante dispositivo de enfrentamento desse desafio foi assumir que a pesquisa participativa se realiza com a população moradora de cada território¹⁴.

Assim, os coordenadores em cada *campus* aprofundaram um processo de articulação com os movimentos sociais, lideranças

comunitárias e moradores que vivem e atuam em tais territórios. Desse processo, resultou um grupo de pesquisadores que envolve um total de 60 bolsistas, sendo que 24 são pesquisadores comunitários, escolhidos a partir dos territórios, 12 bolsistas de ensino médio que também são pesquisadores comunitários, e 18 bolsistas estudantes de diferentes cursos de graduação da Unifesp. Cada *campus* conta com um bolsista coordenador da pesquisa de campo. Somam-se a esse coletivo 48 pesquisadores com vínculo com a universidade, compondo, dessa forma, um coletivo de 108 pesquisadores, todos com responsabilidades na condução da pesquisa.

A participação ativa dos envolvidos, além de ser princípio ético deste estudo, está em consonância com o campo político que exige o estabelecimento de diálogos mais equitativos para a construção de conhecimentos e das soluções para os desafios impostos pela pandemia, em abordagens baseadas nos direitos humanos¹⁵. Trata-se de uma pesquisa que conta com a participação calcada em fundamentos freirianos expressos em todo o seu processo, norteados pela perspectiva comunitária e pela produção de relações mais horizontalizadas¹³. Foi assumida a importância de ‘pesquisar com’ ao invés de ‘pesquisar sobre’, de modo a construir um olhar compartilhado em relação ao que está sendo investigado¹⁶.

A fim de garantir a variabilidade dos dados requerida para a construção de conhecimentos em profundidade de cada caso, definiram-se as seguintes técnicas de pesquisa: a) análise das desigualdades nas vulnerabilidades à Covid-19 por meio de indicadores sociodemográficos e de condições de vida e saúde, baseados em dados secundários; b) análise documental de entrevistas, reportagens e pesquisas científicas veiculadas em meios de comunicação e em bases de dados científicas; c) diário de campo; d) questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas sobre perfis sociodemográficos, condições de moradia, efeitos sistêmicos, percepções e vivências das pessoas relativas à pandemia de Covid-19; e)

rodas de conversa sobre a pandemia de Covid-19 no que diz respeito às percepções sobre o acesso a informações, rotinas, adoção ou não de medidas de prevenção, impactos nas condições de vida, situações de violência, experiências de adoecimento e de morte de pessoas próximas, influências para a renda e apoios recebidos ou fornecidos, dentre outros aspectos; f) usuários-guia para a construção de narrativas sobre os mapas de cuidado e a vivência em relação à pandemia de Covid-19.

As técnicas de pesquisa mencionadas anteriormente servem à elaboração de análises sobre quatro questões-problemas:

- o acesso à informação e a adesão às estratégias e táticas de prevenção e combate à disseminação da Covid-19;
- as restrições às condições de mobilidade das pessoas, o isolamento domiciliar, as condições urbanas-habitacionais dos moradores, a violência doméstica baseada no gênero e sexual, o sofrimento mental, o fechamento de escolas e a descontinuidade na oferta pública e privada de serviços essenciais;
- a perda de renda, o aumento da pobreza e a insegurança alimentar e nutricional;
- a produção da saúde.

Neste ponto, um segundo desafio metodológico se coloca: como articular 108 pesquisadores, de diferentes formações acadêmicas, portadores de distintos referenciais teóricos, com experiências e interseções com o objeto da pesquisa bastante distintos?

Um dispositivo central tem sido a construção de diferentes procedimentos para a formação do coletivo de pesquisadores, a partir de pressupostos e referências centrais na pesquisa que se organizam a partir de oficinas, rodas de conversa temáticas e reuniões em cada território e *campus*. Esse desafio se amplia pelo momento de vivência da própria pandemia, a qual exige um isolamento social, que é vivido de distintas formas pelo grupo de pesquisadores.

A construção coletiva de cada instrumento de pesquisa é outro dispositivo de qualificação desse processo metodológico, que aposta na

importância da interdisciplinaridade na produção do conhecimento e na necessidade de construir os instrumentos de investigação com os pesquisadores, em forte conexão com as necessidades e características de cada território.

Esse percurso metodológico foi iniciado pela construção do questionário estruturado que abriu a entrada em campo. Da mesma maneira, os diferentes referenciais e experiências se colocam como um desafio que tem estimulado o coletivo de pesquisadores na construção de novas possibilidades de articulação de todos os envolvidos.

O questionário foi construído em quatro fases distintas, cada uma composta por diversas etapas. Estas foram: a definição de conteúdo e elaboração de itens, validação de conteúdo por comitê de especialistas e estudo-piloto, com ajustes no instrumento para obtenção da versão final. Essa tarefa, que já não é simples quando os pesquisadores fazem parte de grupos mais homogêneos de pesquisa, torna-se mais complexa pela diversidade de formação dos pesquisadores e, portanto, pela ênfase diferente dada a cada variável e pela necessidade de produzir um instrumento não muito extenso. Este momento, mais do que uma junção de várias áreas do conhecimento, representa uma oportunidade de aprofundamento da potência da construção interdisciplinar, a qual enriquece a abordagem plural do fenômeno estudado. O questionário para o território do Fluxo foi construído com os pesquisadores daquele território, adaptando tamanho e linguagem.

As próximas etapas preveem a aplicação de instrumentos de abordagem qualitativa. A observação participante, um importante instrumento filiado à pesquisa qualitativa^{17,18}, demarca que a pesquisa terá como princípio a participação de todos envolvidos. O diário de campo é o registro da observação participante. Sua instituição se deu desde o início da chegada dos bolsistas, a partir dos primeiros treinamentos, possibilitando a coleta de informações e de percepções sobre os territórios e acerca do próprio processo de trabalho. O

diário de campo vem contribuindo para todo o balizamento da pesquisa, incluindo a continuidade do percurso metodológico, com o registro singular de cada pesquisador.

A metodologia do usuário-guia, a ser identificado durante a realização dos demais procedimentos nos territórios, permitirá que os pesquisadores sejam guiados por um dos moradores do território, que ele seja o guia. Assim, a partir das perguntas iniciais da pesquisa, será possível aprofundar e construir outras que contribuirão para a definição do caminho a ser percorrido.

Está sendo também preparado o estudo dos dados secundários, com a perspectiva de contribuir para a caracterização socioterritorial dos locais em que os estudos se desenvolvem. A construção de indicadores a partir de dados secundários exige, como primeiro passo, uma análise detalhada das características dos bancos de dados que podem vir a ser utilizados. É importante examinar os instrumentos de coleta de dados, os dicionários das variáveis utilizadas, as unidades de agregação dos dados ou microdados, os anos de coleta dos dados, entre outros aspectos, para compreender as possibilidades e limites destes. O banco de microdados da amostra do Censo Demográfico IBGE de 2010 é a única base de abrangência nacional que fornece dados a respeito das condições domiciliares e das características sociodemográficas dos moradores desagregadas em unidades submunicipais, o que é muito relevante no desenho da pesquisa.

Nesse sentido, estão em análise, além dos microdados, a pesquisa origem-destino do metrô de 2017; as bases identificadas e desidentificadas do CadÚnico e os dados de cadastro individual e domiciliar levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde. Um desafio é vencer obstáculos relacionados com as diferentes unidades administrativas em que os dados estão disponíveis.

Uma parte importante da pesquisa é o inquérito de soroprevalência seriado em amostragem populacional estratificada. Trata-se de um estudo inédito, realizado em duas fases

de testagem, em julho e agosto de 2020, com intervalo de um mês entre estas, o que permitirá avaliar o comportamento da pandemia em populações vulneráveis domiciliadas e em situação de rua. A análise está em curso; e por meio de inquérito sorológico, espera-se: i) estimar a prevalência de anticorpos contra o SARS-CoV-2 nas populações vulneráveis, distribuída por sexo, faixa etária e condições de moradia; ii) determinar o aumento do número de pessoas infectadas ao longo de um intervalo de 30 dias; iii) avaliar o número de pessoas com infecção, assintomáticas ou oligossintomáticas; iv) avaliar o nível de conhecimento populacional sobre as medidas de isolamento e os riscos de transmissão; v) determinar a situação epidemiológica dessa infecção em populações vulneráveis, com o intuito de fornecer subsídios e recomendações para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, sobretudo, de um importante dispositivo para o aprofundamento do objetivo central deste estudo, que é o de ampliar a visibilidade para a vivência e para os impactos da pandemia nessas populações.

Investigação em contexto de desigualdade

O processo de construção da pesquisa tem permitido a produção de um conhecimento a respeito do território que revela a integração pesquisador-campo de pesquisa. A constituição do núcleo de pesquisa inicial, com 108 pesquisadores, teve como repercussão imediata a ampliação da participação. Para permitir o desenvolvimento participativo da pesquisa, foram constituídos comitês de acompanhamento em cada território com os pesquisadores sociais que ali moram, lideranças sociais e pesquisadores ligados à universidade que têm participado ativamente das discussões, levantamentos de questões e planejamento dos rumos da pesquisa.

O modo de pesquisar, inserido na vivência cotidiana em cada espaço, possibilita visibilizar

associações entre a pandemia e a vulnerabilidade, tanto em relação aos seus aspectos mais objetivos, como condições de moradia, quanto aos mais subjetivos. Os diários de campo dos pesquisadores têm amplificado a importância de olharmos essas relações. Um deles escreveu:

temos percebido, em nosso cotidiano [...], que o número de pessoas desempregadas é cada vez maior. Isso faz com que muitas famílias fiquem com medo de que, nos próximos meses, já não consigam pagar aluguel, por exemplo. Nosso movimento acredita que a crise se agravará ainda mais. Teremos um número maior de pessoas desempregadas passando fome, correndo de risco de não terem onde morar. (Diário de campo, Pesquisador 1).

Impacta diretamente nessa relação da desigualdade com a vivência da pandemia o desmonte de políticas sociais, particularmente na saúde. O desfinanciamento do SUS provocado pela Emenda Constitucional 95, que congelou por 20 anos os recursos para a saúde, já agrava o desfinanciamento histórico SUS e impacta a possibilidade de ampliação da rede e de sua capacidade de organizar o cuidado na pandemia¹⁹.

A desigualdade social foi sendo absorvida acriticamente ao longo do tempo no País, possibilitando certa naturalização das mais de 130 mil mortes⁴ pela pandemia, em setembro de 2020. Análises que partem dessa naturalização não consideram a relação entre a mortalidade pelo vírus e o agravamento das questões econômicas e de aumento da pobreza, que caminham juntas. Visibilizar a produção político-social dessa mortalidade e reconhecer as populações em vulnerabilidade como sujeitos de direitos é fundamental para avançarmos no enfrentamento da pandemia e na qualificação de políticas públicas.

Este estudo é fortemente referenciado aos territórios estudados. Território tomado não apenas como um espaço geográfico, mas também existencial²⁰, com a construção de muitos sentidos, um território em produção

permanente, contínua, em ato. Assim, o conhecimento produzido neste estudo terá sempre conexão com esta produção viva do território.

Vulnerabilidade aqui agrega as dimensões de trabalho, renda, condições de moradia, acesso à alimentação, acesso à informação, escolaridade, rede social, acesso à rede de saúde, assim como as vivências relacionadas com raça/cor, gênero, identidade sexual e idade, com um olhar diferenciado para o agravamento da situação de desigualdade e para a vivência de violências, no contexto da pandemia para algumas populações específicas.

O desenho da pesquisa permite a participação dos sujeitos envolvidos, o que vai sendo visibilizado pelo desenrolar participativo e interdisciplinar do estudo, a partir do que emerge do campo. A análise busca a compreensão dos impactos da pandemia e das pistas para qualificar o seu enfrentamento pelas comunidades e a produção de sugestões para o poder público.

A reflexão crítica, permitida pelo processo de investigação, poderá aprofundar o olhar sobre o que está sendo produzido nos territórios ditos vulneráveis neste contexto da pandemia. Que novas produções, novos arranjos, novas intervenções estão sendo construídas? Que papel os movimentos e organizações locais estão tendo nesse momento? Que interlocutores ganham ou perdem credibilidade? O que produz diferentes arranjos de enfrentamento da pandemia construídos na comunidade?

Espaços com vulnerabilidades não são espaços amorfos, que espelham sempre do mesmo jeito os indicadores que os identificam. São territórios plurais, com contradições e disputas dentro de cada um, com diferentes produções de coletivos, de organização, com histórias de intervenções que aumentam ou diminuem os efeitos perversos das desigualdades, com diferentes arranjos das violências e do enfrentamento dessas. Como assumido no desenho da pesquisa, território como espaço de produção de vida. Que vidas estão se produzindo nesses territórios neste momento de vivência da pandemia?

Para caminhar por essas questões, é preciso articular os vários momentos e arranjos da pesquisa, permitir a condução a partir do campo, criar espaços de análise que sejam atravessados por múltiplos olhares dos pesquisadores e das pessoas que participarão em cada campo. É central a composição do grupo de pesquisadores que agregam pessoas dos territórios estudados, estudantes, professores e técnicos ligados à universidade, possibilitando diferentes análises e processamentos do que for se desvelando ao longo da investigação. O pesquisador e o campo vão se produzindo nessa relação e são atravessados pelos muitos arranjos metodológicos²¹. Mais do que descrever a vivência e os impactos da pandemia nas populações estudadas, o principal objetivo e desafio central é visibilizar o processo e reconhecer criticamente as questões que vão se apresentando no decorrer da pesquisa.

Um desafio importante no processo de análise é a articulação entre a produção dos vários territórios. Coletivos diferentes em territórios singulares, que têm entre si várias características em comum e, também, muita diversidade. O investimento na produção em muitos territórios, em diferentes municípios com esse coletivo de pesquisadores é um desafio e uma prioridade no processo de desenvolvimento da pesquisa. Cada território produzirá sua investigação e análises a partir de construções teórico-metodológicas comuns em permanente compartilhamento. Alguns instrumentos da investigação permitem generalizações, outros aprofundam o singular, outros visibilizam as disputas, as relações, as potências e fragilidades de cada território, além do que é comum e diferente no conjunto desses.

Resultados parciais da análise sobre os caminhos da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa tem trazido elementos de análise a partir da perspectiva metodológica assumida que permitem

visibilizar aspectos da vivência da pandemia nas populações estudadas a partir de múltiplos olhares, incluindo a perspectiva dos pesquisadores sociais que pertencem aos territórios.

Um primeiro aspecto é a reflexão sobre a existência de múltiplos territórios que até então eram percebidos como homogêneos pelos próprios pesquisadores sociais:

Conforme as perguntas eram respondidas pelo questionário me causou muita indignação e surpresa, porque naquela região do bairro onde eu estava, que é uma parte no começo da favela, não tem água e eu, como moradora do bairro há quase 17 anos, não sabia sobre essa questão. Me fez refletir bastante do quanto eu estou fechada para perceber algumas questões, mesmo que eu não perceba, eu não via o que acontecia no meu bairro antes da pesquisa. (Diário de campo, Pesquisador 2).

Esse deslocamento do pesquisador social sobre sua percepção do território onde vive e realiza a pesquisa amplia as dimensões que orientam o trabalho de campo, permitindo maior visibilidade para a multiplicidade de vivências da pandemia.

Também os pesquisadores ligados à universidade, a partir dos dispositivos metodológicos da pesquisa participativa, ampliam sua capacidade de análise sob a perspectiva da desterritorialização provocada pela entrada no campo acompanhado pelas lideranças locais:

Na entrada da comunidade Mário Cardim, esperando a liderança comunitária que iria nos guiar até as duas pessoas a serem entrevistadas, fiquei pensando em nossos últimos encontros sobre o campo e sobre como é importante e potente desterritorializar o olhar: era uma 'nova Vila Mariana', tão próxima de meu cotidiano, mas, ao mesmo tempo, um 'enclave', uma 'ilha' formada pela comunidade e seus/suas habitantes em meio às casas grandes e requintadas ao redor. (Diário de campo, Pesquisadora 3).

Essa desterritorialização tem sido fundamental para a realização de um dos

pressupostos centrais da metodologia, que é o de não fazer uma investigação sobre as pessoas, mas com as pessoas; e que se estrutura no intercruzamento dos saberes de diferentes disciplinas que se permitem afetar pelo campo, pelo deslocamento de olhares e pela produção que esta vivência da pesquisa vem permitindo.

Considerações finais

Construir um desenho de pesquisa que permita qualificar o olhar sobre a vivência da pandemia, partindo da perspectiva de seus efeitos nas populações vulneráveis, amplifica a visão sobre a desigualdade social nas suas múltiplas dimensões e pressupõe o fortalecimento de uma produção interdisciplinar. Os necessários múltiplos olhares ante a complexidade do objetivo colocado, ao mesmo tempo que levam à produção de um olhar comum, aprofundam as singularidades de cada espaço de pesquisa.

Esse desafio ganha outra complexidade com a entrada de experiências, saberes e histórias diversos, que passam a compor esse coletivo. O arranjo territorial e de composição do coletivo pesquisador ensejou a construção de um desenho gestor da pesquisa que dialogasse com essas características. O desafio central é a busca pela construção de estratégias de constituição de espaços de articulação, reflexão, formação e implementação de estratégias comuns, envolvendo o conjunto de pesquisadores dos seis *campi*, a formação de grupos de trabalho temáticos, envolvendo pesquisadores de todos os *campi* da universidade, a partir de uma necessidade específica.

Ampliar a interação entre os saberes, reconhecer a complexidade dos processos de produção social, superar a perspectiva de cada olhar especializado, sem perder a potência e importância desses na construção do conhecimento, na reflexão crítica e intervenção nas várias dimensões e problemas da vida dos brasileiros, têm orientado o cotidiano da pesquisa.

A opção metodológica orientada pelas necessidades manifestas da sociedade coloca

centralidade nos territórios escolhidos, com suas singularidades, diversidades, conflitos e potências. Estar nesses territórios, construindo nossa entrada com as lideranças de cada comunidade, pactuando o processo da pesquisa, nos constituindo em ato como um coletivo de pesquisadores de um mesmo projeto, tem ampliado a capacidade de reconhecer dimensões da vivência da pandemia naquela comunidade. Compor um grupo de pesquisa conformado por investigadores que moram nas favelas, nos assentamentos, na rua, no conjunto habitacional, em loteamentos irregulares, integrantes de movimentos sociais, alunos de graduação e do ensino médio, docentes e técnicos da universidade, unidos pelo esforço de constituição desse coletivo pesquisador, tem sido uma experiência que permite evidenciar a potência da metodologia participativa no desenvolvimento de pesquisas que se colocam na perspectiva definida pelos objetivos desta investigação.

Tem sido central na pesquisa a perspectiva de aprofundar uma reflexão crítica e dar visibilidade aos modos de produzir vida em territórios marcados pela desigualdade. A interlocução e a participação efetiva em

espaços de organização coletiva e redes de solidariedade em cada território, que inventam cotidianamente jeitos de enfrentar os desafios que ali se apresentam, têm aprofundado a importância de a universidade estar presente e construir conhecimento comprometido com a produção da vida. Poder caminhar junto nesse complexo processo atravessado pela pandemia é o desafio e a riqueza deste estudo.

Colaboradores

Furtado LAC (0000-0001-7897-9739)*, Fegadolli C (0000-0002-2991-0206)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)*, contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Nakano AK (0000-0002-1929-5270)*, Silva CG (0000-0002-1169-7224)*, Paula L (0000-0002-0755-1468)*, Souza LR (0000-0003-4581-094X)* e Nasser MA (0000-0001-8409-7265)* contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; e elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Neri MC. A escalada da desigualdade – qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza? [internet] Rio de Janeiro: FGV Social; 2019. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/desigualdade>.
2. Martins M. A pandemia expõe de forma escancarada a desigualdade social. Videoconferência [internet] 2020. [acesso em 2020 jun 29]. Disponível em: <https://www.sct.ce.gov.br/2020/04/25/a-pandemia-expoe-de-forma-escancarada-a-desigualdade-social/>.
3. Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. Trab. educ. saúde. [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 28]; 18(3):e00280112. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00280112.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. [internet] 2020. [acesso em 2020 set 10]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
5. Medida SP. Um laboratório de visualização urbana [internet]. 2020. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://medidasp.com/>.
6. Mbembe A. Pandemia democratizou poder de matar. [entrevista concedida a Diogo Bercito]. Folha de São Paulo [internet] 2020 mar 30 [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>.
7. Kincheloe J, Berruy K. Pesquisa em educação: conceituando a bricolagem. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Paulon SM. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. Psicol. Soc. (online). 2005 [acesso em 2020 nov 24]; 17(3):18-25. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000300003&script=sci_abstract&lng=pt.
9. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UNIFESP; [2019]. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.unifesp.br/>.
10. Bock A. A psicologia no Brasil e suas relações com o Marxismo. In: Vilela AMJ, Ferreira AAL, Portugal FT, organizadores. História da Psicologia: rumo e percursos. Rio de Janeiro: Nau; 2006.
11. Yin RR. Estudo de caso: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2014.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
13. Freire P. Paulo Freire & educadores de rua: uma abordagem crítica. Colômbia: UNICEF; SAS; FUNABEM; 1987.
14. Oliveira MD, Oliveira RD. Pesquisa Social e Ação Educativa: Conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1984. p. 17-33.
15. Paiva V, Pupo L, Seffner F. Educação em saúde e emancipação: explorando a possibilidade de prevenção no quadro dos Direitos Humanos. In: Paiva V, Pupo L, Seffner F, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-26. (Livro III: Pluralidade de vozes e inovação de práticas).
16. Moebus NM, Merhy EE, Silva E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 43-53. (Livro 1).
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa. 2005; 30(2):289-300; 2004.
19. Reis AAC, Soter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2020 jun 28]; 40(esp):186-200. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>.

20. Feuerwerker LCM, Merhy EE, Silva E. Como temos armado e efetivado nossos estudo que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais em saúde? In: Feuerwerker LCM, Bertussi D, Merhy EE, organizadores. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 10-24. (Livro 2).

21. Bertussi DC, Baduy RS, Feuerwerker LCM, et al. Viagem Cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 48-61. (Livro 2).

Recebido em 30/06/2020

Aprovado em 02/11/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Tide Setubal

O isolamento social durante a pandemia do SARS-CoV-2 aumenta ou diminui a poluição sonora no ambiente urbano?

Does social isolation during the SARS-CoV-2 pandemic increase or decrease noise pollution in urban environment?

Guilherme de Matos Abe¹, Laís Reis Santos¹, Ricardo Vieira Teles Filho¹

DOI: 10.1590/0103-11042020E422

RESUMO A disseminação pandêmica do SARS-CoV-2 por mais de 100 países em todo o mundo fez com que diversos governos decretassem medidas de restrição de mobilidade social conhecidas como 'isolamento social'. Esse cenário pode ter, como efeito colateral, uma percepção de redução da poluição sonora, que pode ser corroborada pela mensuração do impacto sonoro em ambientes públicos nas cidades submetidas às medidas de isolamento social. Entretanto, há registros de crescimento de queixas às autoridades por poluição sonora advindos de zonas residenciais, o que pode indicar, contrariamente, seu aumento. Considerar essas facetas duais do assunto é importante para qualquer estudo que deseje aprofundar as análises. A poluição sonora e seus efeitos danosos sobre a saúde são de grande relevância no cenário pandêmico atual, pois podem se somar a vários outros estressores que, conjuntamente, ameaçam a saúde mental de populações neste cenário. Este trabalho, baseado em publicações científicas e de imprensa feitas durante o período, analisa e coloca em discussão as diferentes facetas dessa conjuntura que podem influenciar a elaboração de políticas públicas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Ruído. Infecções por coronavírus. Pandemias. Saúde mental.

ABSTRACT *The pandemic dissemination of SARS-CoV-2 by over 100 countries worldwide caused various governments to impose social mobility restriction measures known as social isolation. This scenario may have, as a side effect, a perception of a reduction in noise pollution, which can be confirmed by measuring the sound impact in public environments in cities subjected to social isolation measures. However, there are reports of growth in complaints to the authorities for noise pollution from residential areas, which may indicate, on the contrary, its increase. Considering these dual facets of the subject is important for any study that wishes to deepen the analysis. Noise pollution and its harmful effects on health are of great relevance in the current pandemic scenario, as they can be added to several other stressors that, together, threaten the mental health of populations in such scenario. This work, based on scientific and press publications made during the period, analyzes and discusses the different facets of this situation that can influence the development of public health policies.*

KEYWORDS *Noise. Coronavirus infections. Pandemics. Mental health.*

¹Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.
guimatosabe@gmail.com



Introdução

A disseminação pandêmica do SARS-CoV-2, vírus causador da Covid-19, por mais de 100 países em todo o mundo foi recebida com grande preocupação por seus governos, que passaram a adotar estratégias cada vez mais rígidas para conter tal disseminação. Uma das mais drásticas é o que se chama de ‘isolamento social’, ‘quarentena’ ou ‘*lockdown*’, que consiste em restrições de mobilidade dos cidadãos no ambiente público e de abertura de pontos comerciais, embora o grau dessas restrições varie entre os países¹.

Tal conjuntura, como efeito colateral, pode promover a sensação de que ‘a cidade está mais silenciosa’, principalmente pela redução da circulação de pessoas e veículos em ambientes públicos. Por outro lado, o aumento do tempo no interior das residências, bem como da quantidade de pessoas nelas, pode, paradoxalmente, aumentar o registro de queixas por poluição sonora nas zonas residenciais. Assim, levanta-se a seguinte questão: as estratégias de isolamento social adotadas diante da pandemia do SARS-CoV-2 aumentam ou reduzem a poluição sonora no ambiente urbano?

Metodologia

A comparação dos efeitos da pandemia e das medidas para refreá-la com a realidade anterior à pandemia, tal qual propomos em relação à poluição sonora neste trabalho, ainda é precoce. Nem todos os dados necessários para essa comparação estão consolidados, e as conjunturas são dinâmicas e distintas em relação ao tempo e ao espaço – uma mesma cidade pode adotar diferentes medidas restritivas ao longo de um mesmo mês, que, por sua vez, podem ser completamente diferentes de cidades circunvizinhas. Ainda assim, alterações em tendências sociais e comportamentais podem, de fato, ser percebidas pela população e por algumas fontes de registro locais – no caso da poluição sonora, as publicações da

imprensa e a divulgação das notificações acerca de poluição sonora feitas às autoridades municipais, por exemplo, podem funcionar como sinalizadores de um contexto maior que, admitidamente, ainda não é possível ser compreendido em sua totalidade.

Por isso, a metodologia aqui utilizada envolveu a pesquisa tanto nas principais bases de dados científicos quanto nos *sites* agregadores de busca da internet. Nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizamos a seguinte estratégia de rastreamento: ‘(*noise pollution OR sound pollution*) AND (*coronavirus OR pandemic*)’; abrangendo tais unitermos nos títulos e resumo dos artigos. Complementamos a investigação com artigos adicionais a partir das referências dos trabalhos que encontramos. Já a busca nos *sites* agregadores Google, Yahoo! e Bing foi feita com os termos ‘poluição sonora coronavírus’, ‘poluição sonora pandemia’, ‘*sound pollution coronavirus*’ e ‘*sound pollution pandemic*’, sem aspas, para encontrar publicações que versassem sobre o assunto. Os resultados das pesquisas foram colhidos até a quinta página de resultados de cada agregador de busca. Posteriormente, tais resultados foram analisados um a um quanto à sua confiabilidade, sendo escolhidos apenas aqueles que consistissem em publicações de órgãos de mídia confiáveis e de órgãos de informação oficiais que mencionassem fontes também confiáveis para seus dados. Adicionalmente, a publicação em si foi analisada para encontrar outras divulgações sobre o assunto que não foram encontradas pela busca inicial nos agregadores.

Resultados

Conjuntura paradoxal

Especialistas indicam que o ruído advindo dos meios de transporte é fundamental para a poluição sonora no contexto urbano, e que é

esperado sua redução em meio ao isolamento social². Informalmente, cidadãos ao redor do mundo observaram que, com o isolamento social, agora podiam escutar sons que antes eram abafados, como o gorjeio dos pássaros. Erica Walker, pesquisadora em saúde pública da Universidade de Boston, medindo com um decibelímetro o impacto sonoro em sua cidade sob isolamento social, registrou, em uma praça, 68 dB – antes do isolamento, segundo ela, os registros eram de cerca de 90 dB³. A Associação Brasileira de Qualidade Acústica, ao medir o impacto sonoro em pontos próximos ao Museu de Arte de São Paulo, registrou menos de 10 dB em locais onde antes do isolamento social se registrava em torno de 70dB⁴. Na Índia Leste, em uma área de intenso ruído devido a pedreiras, o nível sonoro caiu de 85 dBA para menos de 65 dBA após a instituição do isolamento social⁵.

Entretanto, o ruído advindo da vizinhança residencial é, também, uma fonte reconhecida de poluição sonora pela população, que tende a registrar queixas públicas às autoridades quando se sente perturbada⁶. Na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, a Agência Municipal do Meio Ambiente, responsável pela vigilância ambiental do município, reportou que a quantidade de denúncias de poluição sonora residencial aumentou 199% entre os meses de março e maio de 2020 – período de vigência de medidas de isolamento social na cidade – em relação ao mesmo período de 2019. A Agência supõe que o aumento se deva ao maior tempo em que as pessoas permanecem em casa, realizando mais confraternizações e festas em horários de sono⁷. Em Birmingham, as queixas de barulho doméstico – aqueles cujas fontes são latidos de cachorros, música, televisão e comportamento antissocial – aumentaram em 82% entre 23 de março e 6 de maio de 2020 em relação ao ano anterior⁸. Em Tóquio, as queixas por barulho excessivo aumentaram 28,5% entre março e abril de 2020 em relação ao mesmo período em 2019. Em ocasiões extremas, a perturbação causada pelo barulho de vizinhos levou ao homicídio de

um adulto e ao esfaqueamento de um idoso⁹.

Observamos, portanto, que os dados preliminares indicam uma divergência a respeito da redução ou aumento da poluição sonora em ambiente urbano na vigência das medidas de isolamento social instituídas em resposta à pandemia. Notadamente, entretanto, essa divergência de resultados parece ser fruto de uma divergência metodológica.

Os dados que parecem indicar uma redução da poluição sonora fizeram uso de equipamentos de mensuração do impacto acústico em locais nos quais, usualmente, circulam grande quantidade de pessoas e veículos, e onde se dão atividades ocupacionais produtoras de ruído intenso. Tendo essa circulação e essas atividades sido restritas pelas medidas de isolamento social, é lógico concluir que a poluição sonora advinda dessas fontes iria se reduzir substancialmente.

Por outro lado, os dados que parecem indicar um aumento da poluição sonora advêm majoritariamente dos registros de ocorrências em que a autoridade competente local foi acionada por cidadãos queixando-se de poluição sonora local, especialmente da vizinhança. Isso pode ser explicado pela grande quantidade de pessoas que, antes, estaria fora de casa em suas atividades ocupacionais diárias, mas agora está confinada ao ambiente doméstico. Assim, não só o tempo de permanência nas moradias aumenta, mas também a quantidade de pessoas simultâneas em seu interior. Dado que estão dispensadas de suas atividades matinais, não seria errôneo supor que muitos agora pratiquem mais atividades de lazer no período noturno, algo que, por sua vez, pode ser gerador de ruído e incômodo para seus vizinhos.

Impacto na saúde mental

A discussão acerca da poluição sonora é relevante em virtude dos impactos que ela pode causar sobre a saúde. O excesso de ruídos pode afetar a qualidade de vida ao causar aborrecimento, raiva, desprazer, exaustão e sintomas relacionados com o estresse. A exposição a

barulhos, mesmo que de forma aguda, pode estimular o estresse através dos sistemas nervoso autônomo e endócrino, aumentar da pressão arterial, alterar a frequência cardíaca, e causar a liberação de catecolaminas e glicocorticoides¹⁰. Além disso, a poluição sonora pode afetar a fisiologia do sono e gerar distúrbios com ele relacionados em adultos. Os ruídos a partir de 33 dBA podem promover um despertar indesejado que, por sua vez, pode gerar, em curto prazo, mau humor, sonolência diurna e prejuízo no desempenho cognitivo¹¹. Não surpreende, portanto, a ocorrência de casos extremos de violência interpessoal conforme relatado anteriormente em Tóquio.

Se em condições habituais a poluição sonora pode produzir esses efeitos, no contexto da pandemia do SARS-CoV-2, eles podem ser ainda maiores. O impacto tanto da pandemia em si quanto das medidas implementadas contra ela sobre a saúde mental da população vem sendo objeto de interesse de vários estudos recentes. Um deles, por exemplo, afirma que tal contexto pode desencadear uma ampla variedade de problemas psicológicos, como transtorno do pânico, ansiedade e depressão¹². Os prejuízos sobre a saúde mental que a poluição sonora gera podem, portanto, ser potencializados, bem como funcionar como potencializadores de outros efeitos nocivos.

Considerações finais

De forma geral, por conseguinte, podemos afirmar que a divergência sobre um aumento ou redução da poluição sonora no ambiente urbano durante o período de isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19 depende, em sua maior parte, de qual fonte se considera mais significativa para a produção de poluição

sonora. Se as fontes consideradas forem os ruídos advindos de veículos automotivos, de pessoas circulando em vias e praças públicas e de outros equipamentos utilizados em zonas comerciais, então a conclusão, provavelmente, será de redução da poluição sonora nesses ambientes pela medição do impacto sonoro.

Por outro lado, se as fontes consideradas forem os ruídos de mais pessoas em suas próprias residências por mais tempo, de dispositivos sonoros utilizados para lazer e de festas e celebrações que podem se estender noite adentro – já que o isolamento social dispensou muitos de suas obrigações matinais –, então a conclusão, possivelmente, será de aumento da poluição sonora pelas queixas específicas apresentadas pela população às autoridades. Esses dados devem ser levados em consideração em qualquer estudo científico que se proponha a avaliar o assunto de forma mais precisa.

É premente, portanto, o papel de estressor significativo que a poluição sonora pode vir a desempenhar sobre uma população submetida a isolamento social, que se soma a outros vários estressores que, em conjunto, reconhecidamente, prejudicam a saúde mental de pessoas vulneráveis nesse contexto. É fundamental que agentes formuladores de políticas públicas levem esses dados em consideração para traçar e acompanhar suas estratégias de enfrentamento da pandemia.

Colaboradores

Abe GM (0000-0002-2446-3750)* e Santos LR (0000-0002-5371-0503)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. Teles Filho RV (0000-0003-4822-1526)* contribuiu para revisão, formatação e adaptação do manuscrito às normas de publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Dunford D, Dale B, Stylianou N, et al. Coronavirus: The world in lockdown in maps and charts [internet]. BBC News. 2020 abr 6. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-52103747>.
- Ro C. Is Coronavirus Reducing Noise Pollution? [internet]. Forbes. 2020 abr 19. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/christinero/2020/04/19/is-coronavirus-reducing-noise-pollution/#7e194236766f>.
- Koren M. Four Ways the Coronavirus Is Changing the Planet [internet]. The Atlantic. 2020 abr 19. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.theatlantic.com/science/archive/2020/04/coronavirus-pandemic-earth-pollution-noise/609316/>.
- Pereira P, Souza L. Quarentena reduz ruídos urbanos e muda sons da cidade de São Paulo [internet]. Estadão. 2020 abr 11. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,quarentena-reduz-ruídos-urbanos-e-muda-sons-da-cidade-de-sao-paulo,70003267511>.
- Mandal I, Pal S. COVID-19 pandemic persuaded lockdown effects on environment over stone quarrying and crushing areas. *Sci Total Environ* [internet]. 2020 [acesso em maio 20]; (732):139281. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048969720327984>.
- Singh N, Davar SC. Noise Pollution-Sources, Effects and Control. *J Hum Ecol* [internet]. 2004 [acesso em maio 20]; 16(3):181-7. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09709274.2004.11905735>.
- Carneiro M. Queixas de som alto triplicam em Goiânia durante pandemia [internet]. *Jornal O Popular*. 2020 maio 18. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/queixas-de-som-alto-triplicam-em-goiânia-durante-pandemia-1.2054838>.
- Cardwell M. Rise in 'noisy neighbour' complaints in Birmingham [internet]. *Express & Star*. 2020 maio 21. [acesso em 2020 maio 21]. Disponível em: <https://www.expressandstar.com/news/local-hubs/birmingham/2020/05/21/rise-in-noisy-neighbour-complaints-in-birmingham/>.
- Manichi Japan. Noise complaints on rise in Tokyo as stay-home campaign drags on [internet]. *The Manichi*. 2020 maio 20. [acesso em 2020 maio 21]. Disponível em: <https://mainichi.jp/english/articles/20200520/p2g/00m/0na/070000c>.
- Basner M, Babisch W, Davis A, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet* [internet]. 2014 [acesso em 2020 maio 21]; 383(9925):1325-32. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361361613X>.
- Basner M, McGuire S. WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2018 [acesso em 2020 maio 21]; 15(3):519. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/3/519>.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 21]; 33(2):e100213. Disponível em: <http://gpsych.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gpsych-2020-100213>.

Recebido em 27/06/2020

Aprovado em 12/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil

Gender and race inequalities in the Covid-19 pandemic: implications for control in Brazil

Ana Paula dos Reis^{1,2}, Emanuelle Freitas Góes^{2,3}, Flávia Bulegon Pilecco^{2,4}, Maria da Conceição Chagas de Almeida^{2,5}, Luisa Maria Diele-Viegas^{2,6}, Greice Maria de Souza Menezes^{1,2}, Estela M. L. Aquino^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042020E423

RESUMO Esta revisão narrativa sintetizou evidências científicas sobre desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19, enfocando o trabalho produtivo/reprodutivo das mulheres, a violência de gênero e o acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Os resultados confirmam que as desigualdades sociais devem ser consideradas para o efetivo controle da pandemia e para a preservação de direitos. Para além dos efeitos diretos do SARS-CoV-2, discute-se que barreiras de acesso a serviços de SSR podem ocasionar o aumento de gravidezes não pretendidas, abortos inseguros e mortalidade materna. O distanciamento social tem obrigado muitas mulheres a permanecer confinadas com seus agressores e dificultado o acesso a serviços de denúncia, incorrendo no aumento da violência de gênero e em desfechos graves à saúde. Como principais responsáveis pelo cuidado, as mulheres estão mais expostas a adoecer nas esferas profissional e doméstica. A conciliação trabalho-família tornou-se mais difícil para elas durante a pandemia. A literatura naturaliza as diferenças de gênero, raça e classe, com ênfase em fatores de risco. Uma agenda de pesquisa com abordagem interseccional é necessária para embasar a formulação de políticas que incorporem os direitos humanos e atendam às necessidades dos grupos mais vulneráveis à Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Gênero e saúde. Raça e saúde. Covid-19.

ABSTRACT This narrative review synthesized scientific evidence on gender and race inequalities in the Covid-19 pandemic, focusing on women's productive/reproductive work, gender-based violence, and the access to Sexual and Reproductive Health Services (SRHS). The results demonstrated that social inequalities must be considered for the effective control of the pandemic and for the preservation of rights. Besides the direct effects of SARS-CoV-2, the literature discusses that barriers to access SRHS can lead to an increase in unintended pregnancies, unsafe abortions, and maternal mortality. Also, social distancing has led several women to stay confined with their aggressors, which hinders the access to reporting services, incurring in the increase of gender-based violence and severe outcomes to health. As main responsible for the care, women are more prone to getting the virus in both professional and domestic spheres. The conciliation between work and family has become more difficult for them during the pandemic. Literature naturalizes gender, race, and social class differences, emphasizing risk factors. An intersectional research plan is needed to support the making of public policies that incorporate human rights and meet the needs of the most vulnerable to Covid-19.

KEYWORDS Gender and health. Race and health. Covid-19.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. paula@ufba.br

²Rede CoVida - Ciência, Informação e Solidariedade - Salvador (BA), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (Cidacs) - Salvador (BA), Brasil.

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Gonçalo Moniz - Salvador (BA), Brasil.

⁶Universidade de Maryland, Departamento de Biologia - College Park, Maryland, Estados Unidos da América.



Introdução

Desde sua emergência, em dezembro de 2019, a pandemia de Covid-19 tem se espalhado rapidamente, constituindo-se na maior crise sanitária dos últimos cem anos. Na ausência de vacina e de terapêuticas específicas, os esforços para seu controle têm implicado a adoção de medidas tradicionais de saúde pública, como o isolamento de casos, a quarentena de contatos e o distanciamento social, de modo a diminuir a transmissão do SARS-CoV-2¹. Essas medidas têm tido um profundo impacto na vida das pessoas, mas não atingem a todas da mesma forma e, ao que parece, vêm resultando no aprofundamento de desigualdades sociais prévias².

Em situações recentes de Emergência em Saúde Pública, como as epidemias de ebola e zika, constatou-se a prioridade em respostas biomédicas com a negligência das inequidades estruturais como as de gênero e raça^{3,4}, o que foi denominado de “tirania do urgente”⁵⁽³⁵⁷⁾. Entre outros problemas invisibilizados, registraram-se o aumento da violência baseada em gênero e a desativação dos serviços de atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), com o aumento de gravidezes não pretendidas, aborto inseguro, mortalidade materna e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A experiência de epidemias anteriores motivou recomendações de organismos multilaterais⁶, com um alerta precoce do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)⁷ e da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸.

Outro aspecto resultante de normas de gênero, habitualmente naturalizado, é o papel privilegiado (quando não exclusivo) das mulheres como cuidadoras⁹, nos âmbitos profissional e doméstico, o que as torna mais vulneráveis ao contato com pessoas doentes e mais expostas às infecções.

Na pandemia de Covid-19, em países como o Brasil, marcados por imensas desigualdades sociais, configura-se um difícil cenário para o cumprimento das medidas para redução da mobilidade social e controle da doença¹. Gênero, raça e classe social são eixos estruturantes

que organizam a vida social e condicionam os padrões de adoecimento, morte e acesso aos serviços, especialmente em situações de crise sanitária².

Este artigo buscou sistematizar evidências científicas sobre desigualdades de gênero e raça/etnia em tempos de Covid-19 e enfocar o trabalho produtivo/reprodutivo das mulheres, a violência de gênero no distanciamento social e o acesso aos serviços de SSR. Entende-se ‘desigualdades’ como a dimensão empírica das diferenças em coletividades humanas, reservando ‘inequidades’ como expressão da ausência de justiça que produz desigualdades evitáveis e desnecessárias¹⁰. Pretendeu-se, assim, subsidiar, no Brasil, gestores, profissionais de saúde e sociedade para o adequado controle da pandemia e para a proteção de grupos em maior vulnerabilidade social.

Material e métodos

Esta revisão narrativa partiu da triagem de artigos publicados de 1º de dezembro de 2019, ao início da pandemia até 24 de julho de 2020, no LitCovid¹¹, um *hub* que concentra referências internacionais sobre Covid-19, publicadas no PubMed. Definiram-se as seguintes estratégias de buscas para os temas de interesse: desigualdades de gênero, raça/etnia e interseccionalidade (*gender OR race OR racial OR racism OR ethnicity OR interseccionalidade*); atenção à SSR (*(“health services”) AND (“sexual” OR “reproductive” OR “contraceptives” OR “family planning” OR HIV OR “abortion”)*); violência de gênero (*“violence against women” OR “gender violence” OR “gender based violence” OR “domestic violence” OR “intimate partner violence” OR “domestic conflicts”*); trabalho produtivo (*“health professionals” OR “health care workers” OR “health workers” OR occupational health” OR occupation OR workers*) e trabalho reprodutivo (*“unpaid care work” OR “unpaid work” OR housework OR childcare OR “work-family” OR “caring for family”*). Para cada conjunto, as autoras

procederam à revisão de títulos e resumos, independentemente do tipo de publicação, conferindo-se prioridade aos artigos originais e de revisão, mas incluindo outros tipos (editorial, comentário, correspondência) cujo conteúdo avaliou-se como relevante. Foram incluídos os idiomas: português, inglês, espanhol e francês. Eventualmente, foram incorporadas referências cruzadas, além de documentos oficiais de organismos multilaterais engajados no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Ao final, foram selecionados 82 artigos, cujas leitura e análise foram sistematizadas segundo os temas definidos para a busca e apresentados a seguir.

Resultados

A produção científica sobre Covid-19 tem apresentado crescimento exponencial, o que se expressa no grande número de referências disponíveis ao início da presente revisão. Em 24 de julho de 2020, na base consultada, foram identificados 32.369 títulos, quase metade dos quais (43%) abordava aspectos ligados ao diagnóstico clínico, laboratorial ou radiológico, a relatos de casos clínicos, procedimentos terapêuticos e desenvolvimento de vacinas. Apenas 2% das referências contemplavam gênero, raça/etnia ou interseccionalidade (dados não apresentados).

O *corpus* analisado reuniu 3.318 referências, entre as quais 56% tratavam da atenção à SSR, cuja maioria enfocava a atenção à gravidez e ao nascimento. Temáticas como HIV e IST aparecem na busca, mas isso decorre, em grande parte, pelo interesse em drogas usadas para o manejo dessas infecções virais, uma vez que podem ter efeitos sobre o SARS-CoV-2. Contracepção e aborto são temas pouco visíveis quando comparados à atenção pré-natal, ao parto e ao pós-parto. A identificação dessa lacuna motivou a ênfase no presente artigo na revisão sobre o planejamento reprodutivo e aborto, com breve menção aos serviços de pré-natal, parto e puerpério. Os artigos sobre

violência doméstica contra as mulheres constituíram uma parcela diminuta (apenas 48 artigos), mas muito específica como resultado da sintaxe adotada. Na pandemia, o tema é abordado como relacionado com as estratégias de distanciamento social e, em alguns casos, associado a problemas de natureza psíquica em função do confinamento da população em suas residências, sem precedente na história.

Cerca de 43% do *corpus* examinado diz respeito ao trabalho profissional, com grande ênfase nos profissionais de saúde, pelo seu papel estratégico no tratamento das complicações da doença e na oferta dos serviços de saúde. O trabalho reprodutivo e o cuidado familiar não remunerado de crianças, idosos e doentes, exercido majoritariamente pelas mulheres, suscitam pouco interesse, sendo localizadas apenas 21 referências. A seguir, são apresentados os resultados desta revisão, que não pretendeu fornecer uma descrição detalhada e exaustiva da literatura, mas apreciá-la criticamente a partir da experiência e reflexão das autoras¹², para identificar lacunas e questões a serem aprofundadas em estudos futuros.

Potenciais impactos da pandemia na atenção à saúde sexual e reprodutiva

A Covid-19 traz consigo impactos à saúde que não se restringem àqueles causados diretamente pelo SARS-CoV-2, mas que decorrem de restrições ao acesso aos demais serviços de saúde pela priorização do controle da pandemia. Desde seu surgimento, pesquisadoras e organismos internacionais têm alertado para a possibilidade de descontinuidade da atenção em SSR.

Bloqueios nas cadeias de distribuição de contraceptivos, decorrentes do fechamento de fronteiras e outras restrições às movimentações para o controle da Covid-19, adotadas em países asiáticos, que são seus principais produtores, podem resultar na escassez desses insumos no mercado. Há possibilidade de interrupção da fabricação de contraceptivos farmacológicos e seus componentes¹³. A oferta desses serviços pode ser afetada pela

suspensão de atendimentos eletivos de saúde e desvio de recursos humanos e financeiros para a contenção da pandemia¹⁴. Além disso, tal como ocorreu na epidemia da H1N1, pode haver redução do número de profissionais de saúde em função de seu adoecimento¹⁵. Essa restrição da oferta de serviços de SSR tende a ser mais grave em áreas de maior vulnerabilidade¹³. Somam-se a isso fatores que podem reduzir a procura pelos serviços de SSR, como a diminuição da renda ocasionada pela recessão econômica e o receio de usuárias de busca-rem esses serviços por medo de contaminação em transportes públicos ou nas unidades de saúde^{16,17}.

Dados da International Planned Parenthood Federation (IPPF)¹⁸ evidenciam que, até 9 de abril de 2020, 5.633 de seus centros de atendimento de planejamento reprodutivo haviam sido fechados em 64 países por causa da pandemia de Covid-19, o que representa 14% do total de pontos de entrega de anticoncepcionais da IPPF em 2018. Entre os serviços que permaneceram abertos, houve redução de testes de HIV, de assistência contraceptiva, de combate à violência de gênero e de aborto legal. Outros enfrentavam dificuldades em receber suprimentos, devido a atrasos na movimentação de mercadorias dentro dos países e à escassez de contraceptivos e de medicamentos para o HIV¹⁸. Esse padrão de declínio do acesso aos serviços pode ter graves consequências, como o aumento de gravidezes não pretendidas, dos abortos inseguros e da mortalidade materna¹⁹.

A partir das Pesquisas Demográficas de Saúde, Riley e colaboradores¹³ estimaram o impacto da interrupção dos serviços essenciais de SSR na pandemia em países de baixa e média renda. Previram um declínio de 10% no uso de contraceptivos reversíveis de ação curta e longa, com mais de 48,5 milhões de mulheres com demandas por contracepção não atendidas e 15,4 milhões de gravidezes indesejadas adicionais.

Embora seja escassa a literatura, no Brasil e em outros países de baixa e média renda, registrou-se um maior risco de mortes de mulheres

com Covid-19 durante o ciclo gravídico puerperal²⁰, de forma distinta ao que ocorreu na Ásia e na Europa. Apenas um estudo na Suécia²¹ havia constatado maior probabilidade de gestantes com Covid-19 necessitarem de cuidados intensivos. Nos Estados Unidos da América (EUA)²², casos de *near miss* relacionados com a doença foram registrados. No Brasil, uma análise de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave identificou 124 mortes durante a gravidez e no pós-parto entre fevereiro e junho²³. Grávidas com comorbidades são mais afetadas, e há indícios de que essas mulheres enfrentaram barreiras de acesso à terapia intensiva²⁴. Embora não haja dados nacionais, a literatura internacional tem mostrado que mulheres negras são mais infectadas²⁵ e necessitam mais de internação por Covid-19²⁶.

Para reduzir os óbitos maternos, o UNFPA recomenda que parturientes com Covid-19 devem ser atendidas em locais que assegurem cuidados respiratórios, e que grávidas com outras doenças respiratórias devem ser tratadas como prioridade e separadas das gestantes infectadas²⁷. O aumento da mortalidade materna nesta pandemia requer um esforço especial da vigilância epidemiológica municipal e estadual, com reforço do papel dos Comitês de Morte Materna, para investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, das mortes maternas e de casos de *near miss*, com elucidação da sua relação com a Covid-19 e dos subgrupos de gestantes mais atingidas.

Publicações de entidades de ginecologia e obstetrícia têm recomendado a garantia dos serviços de pré-natal, de forma a proteger as gestantes da infecção pelo SARS-CoV-2. Devem ser adotados esquemas alternativos de acompanhamento, como consultas domiciliares, telessaúde ou por WhatsApp, para identificar as sintomáticas e assegurar a atenção às infectadas, especialmente gestantes de alto risco e profissionais de saúde, mais expostas à epidemia²⁷. Protocolos de atenção ao parto e pós-parto orientam o manejo clínico das pacientes, o respeito à escolha do tipo de parto – na ausência de indicação técnica de

cesárea – e a presença de acompanhante de preferência da mulher, guardada a proteção de todos os envolvidos²⁸.

Há evidências de que a infecção por SARS-CoV-2 pode influir nos desfechos gestacionais, ao contrário do que indicavam os estudos iniciais de que o risco de complicações da doença entre grávidas não superava o encontrado na população adulta em geral²⁹. Novas investigações, com metodologias mais sofisticadas e com grupos de comparação, começam a evidenciar um risco aumentado de complicações graves entre gestantes, possivelmente associadas a alterações fisiológicas da gravidez, além da transmissão vertical e de danos ao feto, sobretudo nos primeiros meses da gestação²¹.

Quanto à atenção ao aborto, estudos indicam um aumento na procura pelos serviços após o início da pandemia³⁰, o que pode decorrer da falta de acesso à contracepção e das incertezas quanto às consequências do SARS-CoV-2 sobre os desfechos reprodutivos³⁰. Em meio à crise sanitária, a legitimidade desses serviços tem sido questionada em países com legislações restritivas e posições mais conservadoras em relação ao procedimento^{31,32}. A pretexto de priorizar o controle da pandemia, recursos financeiros e humanos têm sido desviados e o aborto, adiado sob a alegação de que se trata de procedimento eletivo³³, desconhecendo-se que sua concretização é tempo dependente.

Na maioria dos países latino-americanos, a legislação é conservadora, e o sistema de saúde não prioriza as mulheres, o que se agrava com a pandemia. No Chile e no Brasil, as iniciativas estão focadas na atenção à violência doméstica durante o distanciamento social, sem abordagem aos direitos reprodutivos. Na Argentina, ao contrário, governos de províncias, tanto de esquerda como de direita, mobilizaram-se para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, assegurando o acesso aos anticoncepcionais e ao aborto legal³⁴.

No Brasil, com a grave crise política e a posição negacionista do governo federal, as iniciativas de proteção dos direitos das mulheres têm partido de organizações da sociedade civil,

como a Rede Médica pelo Direito de Decidir³⁵. O Ministério da Saúde (MS) demorou a assumir uma posição oficial sobre o tema, e o atendimento às mulheres durante a pandemia reduziu-se ao ciclo gravídico puerperal. Em 1º de junho, foi lançada uma Nota Técnica, que reconhecia como essenciais os SSR, entre eles os de aborto seguro para os casos previstos em lei, e reiterava a importância da continuidade desses serviços³⁶. Três dias depois, o MS desautorizou o documento e exonerou os coordenadores de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem. Houve, em resposta, a manifestação de diversas organizações da sociedade civil – entre outras, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Apesar da centralidade do MS na crise política, seu corpo técnico e a pressão do controle social do sistema de saúde têm assegurado, não sem conflitos, a implementação de iniciativas relacionadas com a atenção à SSR. O uso da tele saúde foi autorizado e regulamentado, em caráter de excepcionalidade, durante a pandemia, pelo MS (Portaria nº 467, de 20 de março de 2020) e pelo Conselho Federal de Medicina (Ofício nº 1.756, 19 de março 2020), o que pode beneficiar consultas para mulheres com acesso a essas tecnologias.

Não se dispõe de informações sobre a oferta de contraceptivos na rede privada ou pública do País. Entretanto, estimam-se maiores dificuldades entre usuárias dos serviços públicos, já que, antes da epidemia, essas mulheres enfrentavam problemas pela disponibilidade limitada de métodos de longa duração, a exemplo do DIU (Dispositivo Intrauterino) com cobre e ausência daqueles com hormônio³⁷. A redução dos serviços, a limitação de funcionamento de algumas unidades com adiamento e cancelamento de consultas podem dificultar o acesso, particularmente, daquelas mais jovens e de grupos de maior exclusão social que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação ao aborto, há indicações de que as mulheres têm encontrado dificuldades em ter acesso a esses serviços no Chile³⁸, na

Bolívia³⁴ e no Equador³⁴. No Brasil, houve a suspensão temporária da oferta de interrupções legais da gestação pelo Hospital Pérola Byington, de 26 a 30 de março, retomada após intervenção do Ministério Público e da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Um levantamento de organizações feministas indicou que apenas 55% dos 76 hospitais que realizavam abortos legais em 2019 estava em funcionamento durante a pandemia³⁹.

Uma emergência na emergência: violência doméstica contra as mulheres e Covid-19

Tão logo se alastrou pelo mundo, a pandemia de Covid-19 provocou o acirramento de um problema crônico: a violência doméstica contra as mulheres perpetrada pelo parceiro íntimo^{40,41}. De acordo com a OMS, esse tipo de violência triplicou durante a pandemia⁴².

Em diversos países, as mulheres estão mais expostas à violência física ou sexual. Aproximadamente um terço de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram violência por seu parceiro íntimo, sendo o ambiente doméstico o espaço de maior ocorrência; mais de um terço dos homicídios de mulheres são cometidos por um parceiro íntimo⁴². No Brasil, dos 3.739 homicídios de mulheres em 2019, 35% foram tipificados como feminicídios⁴⁸, e o perfil do agressor segue o padrão global: majoritariamente, companheiros e ex-companheiros.

Durante emergências humanitárias e sanitárias, observa-se aumento da violência contra as mulheres, um reflexo das inequidades de gênero⁴³. Em períodos pós-catástrofes naturais, como o furacão Katrina, no EUA, e o *tsunami* no Sri Lanka^{40,44-47}, a violência doméstica contra as mulheres aumentou de modo expressivo. No Sudão do Sul, após décadas de guerras, mais de 50% das mulheres sofreram violência por parceiro íntimo⁴³. Epidemias passadas, a exemplo do ebola na África Ocidental, dos surtos de doenças do cólera no Haiti e do zika vírus apresentaram,

igualmente, crescimento da violência doméstica^{30,41,45}, além da redução no financiamento para serviços de saúde pública especializados em violência baseada em gênero^{41,45}.

A literatura nacional e internacional tem argumentado que o espaço doméstico nem sempre é um lugar seguro para as mulheres, principalmente para aquelas com histórico de violência doméstica e familiar^{46,48}. A casa é, sabidamente, o espaço no qual ocorrem abusos físicos, psicológicos e sexuais contra as mulheres⁴⁵, aspecto que se torna mais preocupante no contexto da pandemia, cuja estratégia mais eficaz para evitar a infecção pelo SARS-CoV-2, e sua disseminação, é manter-se em casa.

Nesse sentido, mulheres da maioria dos países têm lidado cotidianamente com um importante paradoxo: atender às recomendações das autoridades sanitárias de distanciamento social e, ao mesmo tempo, lidar com o maior risco de serem agredidas ou assassinadas pelos seus parceiros³⁰.

As consequências das medidas de distanciamento social implementadas para contenção da pandemia são pouco conhecidas, sendo que os planos adotados pelos países para controle do SARS-CoV-2 não avaliaram o provável impacto psicológico nas populações⁴⁴. Desde que a OMS decretou a epidemia de SARS-CoV-2 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, observou-se um grau de confinamento das populações sem precedentes. A literatura sobre saúde mental aponta que medidas de cumprimento do distanciamento social são importantes preditores de estresse, com efeitos como distúrbios de sono, ansiedade, depressão e sintomas pós-traumáticos. A violência doméstica é abordada como uma consequência provável dessas medidas de controle da pandemia⁴⁴.

A insegurança que caracteriza a vida das mulheres, em especial aquelas que vivem em uma relação abusiva com seus parceiros, acirrou desde o início da pandemia. A mídia nacional e internacional tem relatado que a violência doméstica, em todas as suas expressões, cresceu no período⁴⁹. Nessa

mesma direção, um indicador expressivo é o aumento de pesquisas relacionadas com a rede de apoio a mulheres em situação de violência doméstica no Google, que aumentou 75%⁴⁷. A literatura científica tem se debruçado sobre o fenômeno e, na mesma direção das instituições multilaterais^{27,50} e da mídia, afirma que existe um expressivo aumento de denúncias de violência doméstica contra as mulheres perpetrada pelo parceiro íntimo em vários países do mundo^{40,51-53}.

A China apresentou os primeiros dados sobre o aumento da violência doméstica associada às medidas de contenção da Covid-19. Relatórios da província de Hubei indicaram que esses casos mais do que duplicaram durante o período de quarentena em relação ao mesmo período do ano anterior^{41,54}.

No Reino Unido, a ‘Linha Nacional de Atendimento ao Abuso Doméstico’ registrou um aumento de 25% nas ligações e mensagens on-line após o início das medidas de distanciamento social^{51,55}. A rede nacional italiana de abrigos para mulheres sujeitas à violência de gênero mostrou que 2.867 mulheres entraram em contato com 80 abrigos de 2 de março a 5 de abril de 2020⁵⁴. Isso representa um aumento acentuado (74,5%) quando comparado ao ano de 2018, com destaque para o fato de que um quarto das mulheres acessaram a rede pela primeira vez⁵⁴.

Nos EUA, os dados disponíveis são limitados para avaliar como a violência doméstica mudou após a implementação das medidas de distanciamento social⁵². No entanto, o sistema de chamada ‘Linha Direta Nacional de Violência Doméstica’ informou que tem recebido muitas chamadas durante a pandemia⁴⁶. Um estudo no campo do direito criminal evidenciou que os padrões de crime foram impactados pelas medidas de distanciamento social⁵⁶. Os autores analisaram as chamadas diárias para os serviços policiais em Los Angeles e Indianópolis. Em ambos os locais, aumentaram as chamadas relativas à violência doméstica⁵⁶. Outro estudo afirma que, também entre as mulheres veteranas, as queixas de violência doméstica cresceram⁵⁷.

Na França, os registros de violência doméstica aumentaram 30% desde que o *lockdown* foi iniciado. Houve um aumento de 33% nas chamadas de linha de apoio em Cingapura. Após apenas uma semana de *lockdown*, a Comissão Nacional para as Mulheres na Índia registrou quase o dobro do número de reclamações. No entanto, as denúncias foram recebidas por e-mail. Considerando as mulheres que não têm acesso à internet, supõe-se que a ocorrência da violência doméstica deva ser significativamente maior⁵⁵. Em Chipre, seguidas as solicitações para as pessoas ficarem em casa, observou-se aumento de mais de 30% de chamadas para os números da linha de apoio à violência^{51,52,55}.

Na América Latina, Argentina, Colômbia, México e Brasil também registram aumento nas chamadas de emergência relacionadas com a violência doméstica. Na Argentina, as ligações aumentaram 25% desde o início do *lockdown*, em 20 de março⁵², e os crimes de feminicídio subiram 50%, quando comparados ao mesmo período no ano anterior⁵⁸. Na Colômbia, 91%, e no México, 60%⁵⁹. O cenário brasileiro é semelhante e, de acordo com a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180 subiu 18% entre os dias 1º e 25 de março de 2020⁴⁸.

Na Espanha, no entanto, observou-se um decréscimo de 40% nas denúncias. Ao contrário da suposição que se trata de uma redução dos casos de violência doméstica, argumenta-se que as medidas de isolamento e distanciamento social dificultaram a busca das vítimas por ajuda na rede de atenção ou a impossibilidade de comunicar-se por telefone com as autoridades policiais, na medida em que estavam em convivência integral com seus agressores^{59,60}. Assim, estatísticas que apresentam diminuição das queixas de violência doméstica podem estar encobrendo efeitos e barreiras relacionados com estratégias de contenção da pandemia.

A exposição das mulheres também aumenta pela redução de acesso a serviços de apoio às

vítimas, pela falta de conexão entre as redes institucionais (saúde, justiça, assistência), pela impossibilidade de deixar a residência e procurar um local mais seguro ou contar com ajuda de familiares e parentes^{43,55,60,61}. O impacto econômico da pandemia, incluindo o desemprego, o medo de a violência atingir os filhos e a dependência financeira do parceiro diminuem as chances de as mulheres romperem ou resistirem a relacionamentos abusivos⁴³.

Assim como as instituições multilaterais^{42,43,52}, muitos/as pesquisadoras/es e ativistas de direitos humanos buscaram enfatizar a importância de mitigar os efeitos da violência doméstica no contexto da pandemia. As recomendações incluem o uso de estratégias on-line e telemedicina no atendimento médico, psicológico e social às mulheres^{43,47,62}, a manutenção de serviços de cuidados pós violência sexual⁴¹, a criação de novas formas de identificação de mulheres em situação de maior risco. Autores/as enfatizam o papel dos governos e profissionais de saúde, na adoção de formas alternativas para alcançar a população atingida ou em risco^{62,63}. Ressalta-se, ainda, que a canalização de recursos para a prestação de serviços de emergência em resposta à Covid-19 tem colocado em risco a saúde de mulheres e meninas em todo o mundo⁴³. Autoridades e organizações humanitárias devem reconhecer e tratar os efeitos das epidemias relacionados ao gênero⁴¹.

Cuidar em tempos de Covid-19 afeta a saúde das mulheres

A crise sanitária desencadeada pela pandemia de Covid-19 teve um profundo impacto no mundo do trabalho. A alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 e a identificação de clusters de transmissão nos locais de trabalho promoveram a adoção pelos países da suspensão de atividades não essenciais, revezamento ou flexibilização de jornadas e trabalho remoto em casa para funcionários públicos e trabalhadores do setor privado¹. Em diversos países, foram adotados programas de proteção social no sentido de mitigar os efeitos econômicos da

crise gerada pela pandemia. Em outros, como no Brasil, sob a justificativa de preservação de empregos e proteção das empresas⁶⁴, tem havido a violação de direitos trabalhistas com a flexibilização da legislação vigente, de modo a permitir a suspensão do vínculo de trabalho, a redução da jornada de trabalho e de salários. As populações mais vulneráveis, em especial as mulheres, negras e pobres, estão mais sujeitas à demissão e ao corte de salários, aumentando o número de desempregados e a informalidade.

No Brasil, a chegada da pandemia de Covid-19 se deu em um momento de aumento da pobreza e da extrema pobreza, que vinha ocorrendo desde 2015, revertendo a tendência decrescente de anos anteriores. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aumentou a proporção de trabalhadores informais e com vínculo precário (41,5% da população ocupada), entre os quais, a maioria constituída de pretos e pardos⁶⁵. Em que pese a tendência histórica de aumento da escolarização feminina e da entrada continuada das mulheres no mercado de trabalho, no momento prévio à chegada da Covid-19, persistia uma marcada divisão sexual do trabalho na sociedade brasileira. As mulheres contavam com um espectro mais reduzido de ocupações, ganhavam salários mais baixos e estavam mais sujeitas à informalidade⁶⁵. Mantinham-se profundas desigualdades de gênero na esfera doméstica e, mesmo engajadas em jornadas extensas de trabalho profissional, permaneciam como as principais responsáveis pelo cuidado da casa e da família, dedicando, em média, 21,3 horas por semana a esse conjunto de atividades enquanto os homens, 10,9 horas⁶⁵.

Em tempos de pandemia, a literatura internacional tem mostrado que essas desigualdades de gênero, que atribuem às mulheres o papel de cuidar, as colocam mais expostas a adoecer nas esferas profissional e doméstica, além de aprofundar inequidades sociais prévias⁶⁶.

Elas são maioria entre os profissionais de saúde, em várias partes do mundo⁶⁷ e no Brasil⁶⁸, o que se acentua em ocupações como a enfermagem e naquelas de nível técnico e

médio, em uma composição que é atravessada por gênero, raça e classe social. No exercício da profissão, estão mais expostas à infecção por SARS-CoV-2 e a literatura acumulada em diversos países, bastante expressiva, confirma o alto grau de contaminação dos/as profissionais de saúde⁶⁹⁻⁷³. Porém, essa literatura caracteriza-se pela naturalização das diferenças e não contempla a heterogeneidade desse grupo, marcado pela divisão técnica e pela divisão social do trabalho, às quais se sobrepõem relações de gênero, raça e classe social^{74,75}.

Esse grupo profissional também apresenta mais problemas de saúde mental em decorrência do contato permanente com pessoas com complicações graves da Covid-19, em jornadas de trabalho extenuantes e preocupadas em não levar a infecção para suas famílias. Muitos artigos originais e de revisão, em diferentes países asiáticos e europeus, têm reunido evidências de que profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, enfrentam um alto grau de estresse, ansiedade, depressão, insônia devido à pandemia de Covid-19^{72,76-79}. Preocupações com o risco de contagiar a própria família aparecem como um importante fator de estresse, e isso é mais frequente entre as mulheres⁷⁶. A maior prevalência de ansiedade e depressão, entre mulheres, e sua associação com o adoecimento por Covid-19 de amigos e parentes é descrita, não apenas entre profissionais de saúde, mas também na população geral em países tão distintos como a Turquia⁸⁰ e a China⁸¹.

A maior exposição das mulheres a infecções como a Covid-19 não se explica apenas pela sua super-representação entre profissionais de saúde⁸². Isso se dá também pela segregação de gênero e raça⁸³⁻⁸⁵: são as mulheres negras as mais inseridas em ocupações com menor prestígio e remuneração, no emprego doméstico e como cuidadoras de idosos e portadores de necessidades especiais, no trabalho informal e precário, dificultando o cumprimento da recomendação de distanciamento social e as colocando em situações de maior proximidade física com pessoas com Covid-19.

O teletrabalho ou trabalho remoto foi adotado em quase todos os países como forma de manter atividades nos setores público e privado e, ao mesmo tempo, permitir que os trabalhadores permanecessem em casa, reduzindo a mobilidade social e, conseqüentemente, a transmissão do SARS-CoV-2. Essa não é uma modalidade nova de trabalho, e há uma literatura razoável, prévia à pandemia, sobre seus efeitos de isolamento social e profissional e sua relação com desfechos negativos na saúde mental⁸⁶. Ademais, ao borrar os limites entre vida profissional e privada, principalmente para as mulheres, o trabalho em casa pode representar um grande desafio durante a pandemia.

No desempenho de tarefas domésticas e familiares, historicamente a elas atribuídas, em tempos de distanciamento social, as mulheres têm se deparado com a diminuição do suporte institucional para o cuidado dos filhos, com o fechamento de escolas e creches e a educação das crianças em casa⁸⁷. Isso se agravou com a impossibilidade de contar com as redes tradicionais de apoio de avós e mulheres mais velhas na família, que passou a ser não recomendado por estas integrarem o grupo de maior risco de complicações graves da Covid-19⁸⁸.

O fechamento de escolas foi uma medida adotada por quase todos os países^{1,89} e se baseia em estudos com epidemias anteriores, que comprovaram seu impacto na redução da transmissão e do surgimento de novos casos. Um dos efeitos benéficos dessa medida é o decréscimo da mobilidade social dos pais, mas isso pode ter diferentes impactos para mulheres e homens em decorrência das desigualdades de gênero no cuidado da casa e de crianças. Particularmente para profissionais de saúde com filhos, as medidas podem ocasionar o absenteísmo em um setor essencial no curso da pandemia. Nesse sentido, a Áustria, a Holanda e a Inglaterra fecharam as escolas, exceto para filhos de trabalhadores de setores essenciais⁹⁰⁻⁹².

O trabalho doméstico foi redobrado pelas recomendações de higienização e limpeza de objetos, alimentos e superfícies, além da

presença constante dos familiares em casa, para atender à recomendação de distanciamento social. Como tradicionais responsáveis pelos cuidados da saúde física e mental da família, tem sido a elas demandado o cuidado de parentes com necessidades especiais (idosos e portadores de deficiências) e de familiares com Covid-19 que não exigem internação, em muitas circunstâncias sem poder contar com o suporte de cuidadores profissionais, que, em sua maioria, também são mulheres^{88,93}.

Desse modo, seja no trabalho em atividades essenciais, seja no trabalho remoto, a conciliação de demandas profissionais e familiares, já tão complicada anteriormente, tornou-se uma difícil equação para as mulheres durante a pandemia. Embora seja escassa a literatura sobre os impactos dessa sobrecarga na saúde, em tempos de Covid-19, pode-se supor que sejam acentuados os efeitos descritos anteriormente de fadiga, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, adoção de hábitos menos saudáveis (dieta menos saudável, diminuição da atividade física e descanso insuficiente).

Considerações finais

A presente revisão buscou sintetizar evidências científicas sobre as desigualdades sociais na pandemia de Covid-19, com ênfase nas de gênero e raça. Para isso, foi sistematizada uma produção científica, que tem crescido exponencialmente, mas tem grande ênfase nos aspectos clínicos e terapêuticos, com pequena expressão dos determinantes sociais e culturais envolvidos. Apresenta como limite o fato de que não foram incluídas outras fontes, mas tem como principal vantagem ser o PubMed a principal base de referências disponível, que ademais só inclui aquelas aprovadas por *peer review*¹¹. A revisão narrativa pode ser criticada pela falta de um protocolo rígido e pela escolha subjetiva e pessoal de referências. Entretanto, apresenta-se como alternativa adequada às estratégias estruturadas – como a revisão sistemática e a integrativa – quando se pretende

explorar criticamente um tema ainda pouco conhecido¹². Isso se baseia no entendimento de que a revisão narrativa permite identificar lacunas, desenvolver ideias e mapear aspectos, que poderiam ser obscurecidos pelas regras rígidas de inclusão e exclusão, e pela aplicação de critérios de qualidade. Ademais, tem a grande vantagem de ser realizada em tempo mais curto, o que se justifica pela urgência de respostas para o controle da pandemia.

Os resultados da presente revisão oferecem um panorama que contradiz o mito difundido sobre o caráter ‘democrático’ do SARS-CoV-2, apontando as desigualdades de gênero e raça que condicionam a ocorrência da Covid-19 e suas implicações para o cumprimento de medidas recomendadas para o seu controle.

Em epidemias anteriores, negligenciaram-se inequidades estruturais de raça e gênero e a fragilidade dos serviços de saúde. Esse padrão tem se repetido na pandemia de Covid-19, principalmente em países latino-americanos, que não têm reconhecido enquanto essenciais os serviços de SSR. O Brasil encontra-se em uma situação mais grave, considerando o desmonte de serviços de saúde e a perda de direitos conquistados, especialmente os sexuais e os reprodutivos. Pesquisas futuras devem avaliar a ocorrência de barreiras de acesso aos serviços e seus impactos sobre a SSR, considerando as desigualdades de gênero e raça em uma perspectiva interseccional.

Governos federal, estaduais e municipais devem promover o funcionamento dos SSR, considerados serviços essenciais na pandemia, com atendimento remoto quando possível, assegurando às mulheres a atenção ao planejamento familiar e ao pré-natal. Devem ser garantidos o acesso e a atenção oportuna às parturientes e seus recém-nascidos, bem como às mulheres com quadros de abortamento, com adoção de precauções para sua segurança. Deve-se também assegurar a atenção às gestantes sintomáticas para a Covid-19, com orientação às mulheres sobre serviços de referência.

A literatura consultada registra um aumento da violência doméstica, em vários países do

mundo, e recomenda medidas de mitigação desse fenômeno. No entanto, as estratégias de contenção da pandemia, em geral, não contemplaram esse provável efeito. A realização de estudos futuros sobre o tema deve dimensionar o fenômeno e suas consequências na vida e no bem-estar das mulheres considerando os diversos contextos sociais.

Durante a pandemia, deve ser preservada a plena atuação das redes de atenção às mulheres em situação de violência, particularmente os serviços de aborto nos casos previstos em lei. É fundamental o atendimento imediato às mulheres com profilaxia às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), contracepção de emergência, referência para apoio psicológico e legal, e acesso à interrupção segura da gravidez para as mulheres que assim o desejarem.

Em relação ao tema do trabalho profissional, embora exista uma robusta produção científica focada no trabalho em saúde, são mais escassos os conhecimentos sobre outras ocupações. Há uma ênfase nas normas de biossegurança, no uso de equipamentos de proteção individual e na higienização; todavia, é menos frequente a discussão sobre a organização e as condições gerais de trabalho e seus determinantes estruturais. A literatura naturaliza ou mesmo obscurece as diferenças de gênero, raça e classe, sendo predominante a epidemiologia de fatores de risco. As pesquisas sobre o trabalho reprodutivo e o cuidado familiar não pago são quase inexistentes, quando sua necessidade foi redobrada. Sua invisibilidade resulta na insuficiência de conhecimentos sobre os efeitos da sobrecarga laboral na saúde física e

mental das mulheres, principais responsáveis pela sua realização.

Em que pese a identificação de artigos sobre desigualdades raciais e étnicas, assim como os estudos sobre gênero, essas duas vertentes ainda dialogam pouco. Abordagens interseccionais são incipientes, e muitas questões estão postas, exigindo a construção de uma forte agenda de pesquisa, com abordagem interseccional de gênero, raça e classe. Desse modo, a formulação de políticas será embasada por conhecimentos científicos que incorporem os direitos humanos – em especial, os sexuais e reprodutivos – e que atenda às necessidades dos grupos mais vulneráveis à Covid-19 e suas consequências.

Colaboradoras

Reis AP (0000-0002-6750-0187)*, Góes EF (0000-0001-9288-6723)* e Aquino EML (0000-0002-8204-1249)* contribuíram para a concepção do estudo e a estrutura inicial do manuscrito e para levantamento, seleção e análise das referências; e para elaboração, revisão crítica e aprovação do manuscrito (Góes EF compartilha com Reis AP igualmente a primeira autoria. Aquino EML ocupa a posição Sênior). Pilecco FB (0000-0001-8316-8797)*, Almeida MCC (0000-0002-4760-4157)*, Diele-Viegas LM (0000-0002-9225-4678)* e Menezes GMS (0000-0002-8393-2545)* contribuíram para levantamento, seleção e análise das referências, elaboração, revisão crítica e aprovação do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cienc. Saúde Colet.* 2020; 25(supl1):2423-46.
2. Ryan NE, El Ayadi AM. A call for a gender-responsive, intersectional approach to address COVID-19. *Global Pub. Health.* 2020; 15(9):1404-14.
3. Smith J. Gender matters in responding to major disease outbreaks like Ebola. Report from The Conversation [internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/gender-matters-responding-major-disease-outbreaks-ebola>.
4. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet.* 2020; 395(10227):846-8.
5. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender & Development.* 2019; 27(2):355-69.
6. Tolu LB, Feyissa GT. Guidelines and best practice recommendations on contraception and safe abortion care service provision amid COVID-19 pandemic: Scoping review [preprint] [internet]. 2020 [acesso em 2020 jun 9]. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-25326/v1>.
7. UNFPA Asia Pacific Regional Office. Coronavírus (2019-nCoV) guidance document 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://china.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/APRO%20Coronavirus%202019-nCoV%20Guidance%20Note-%20final%20%2806%20Feb%202020%29.pdf>.
8. World Health Organization. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: WHO; 2020. [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.
9. Castellanos-Torres E, Mateos JT, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanit.* 2020; 34(5):419-21.
10. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde debate.* 2009; 33(83):349-70.
11. Chen Q, Allot A, Lu Z. Keep up with the latest coronavirus research. *Nature.* 2020; 579(7798):193.
12. Jesson J, Matheson L, Lacey FM. Doing your literature review: Traditional and systematic techniques. London: Sage; 2013.
13. Riley T, Sully E, Ahmed Z, et al. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *Inter. Perspec. Sex. Reprod. Health.* 2020; 46:73-6.
14. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex. Reprod. Health Matters.* 2020; 28(1):1746065.
15. Stephens I. Pandemic flu: implications for sexual and reproductive health services. *J. fam. plann. Reprod. health care.* 2009; 35(4):215-6.
16. Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sex. Reprod. Health Matters.* 2020; 28(1):1-4.
17. Ahmed Z, Sonfield A. The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and Reproductive Health and Rights 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights>.
18. International Planned Parenthood Federation. COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world: IPPF; 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível

- em: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>.
19. Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family Planning During and After the West African Ebola Crisis. *Stud. Fam. Planning*. 2020; 51(1):71-86.
 20. Amorim MMR, Soligo Takemoto ML, et al. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(2):298-9.
 21. Westgren M, Pettersson K, Hagberg H, et al. Severe maternal morbidity and mortality associated with COVID 19: The risk should not be down played. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020; 99:815-6.
 22. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am. J. Obstetrics Gynec. MFM*. 2020; 2(2):100118.
 23. Amorim MMR, Soligo Takemoto ML, Fonseca EBD. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am. J. Obstetrics Gynec. MFM*. 2020; 223(2):298-299.
 24. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol Obstet*. 2020; ijgo.13300.
 25. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.05.08.20089268>.
 26. Ellington S, Strid P, Tong VT, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *Morb. Mortal Wkly Rep.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 14]; (69). Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6925a1.htm>.
 27. Fundo de População das Nações Unidas Brasil. Saúde sexual e reprodutiva e direitos: contraceptivos modernos e outras necessidades de insumos médicos, inclusive para a prevenção, proteção e resposta a COVID-19: UNFPA Brasil [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/sa%C3%BAde-sexual-e-reprodutiva-e-direitos-contraceptivos-modernos-e-outras-necessidades-de>.
 28. Trapani Júnior A, Vanhoni LR, Silveira SK, et al. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020; 42(06):349-55.
 29. Juan J, Gil MM, Rong Z, et al. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID 19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020; 56(1):15-27.
 30. Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID- 19) outbreak. *Reprod. Health*. 2020;17(1):59.
 31. Tanne JH. Coronavirus pandemic stirs fight over abortion rights in US. *BMJ*. 2020; (369):m1733.
 32. Berer M, Hoggart L. Progress toward Decriminalization of Abortion and Universal Access to Safe Abortions: National Trends and Strategies. *Health Hum Rights*. 2019; 21(2):79-83.
 33. Bayefsky MJ, Bartz D, Watson KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic — Ensuring Access to an Essential Health Service. *N Engl J Med*. 2020; 382(19):e47.
 34. Bruno MM. Como vão os direitos reprodutivos na América Latina durante a pandemia do coronavírus. *Gênero e Número* [internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <http://www.generonumero.media/como-estao-os-direitos-reprodutivos-na-america-latina-em-tempos-de-coronavirus/>.

35. Rede Médica pelo Direito de Decidir. Nota Oficial: Pela manutenção dos programas de planejamento reprodutivo frente a pandemia da COVID-19 [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://assets-institucional-igp.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/04/RedeMedicapeloDireitodeDecidir_NotaPelaManutencaoProgramasPlanejamentoReprodutivo.pdf.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica No 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020.
37. Ferreira-Filho ES, Melo NR, Sorpreso ICE, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2020; 13(6):615-22.
38. Boueri AG. Na pandemia, redes feministas se tornam ainda mais fundamentais para as mulheres que abortam na América Latina. *Gênero e Número* [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <http://www.generonumero.media/pandemia-redes-feministas-aborto-america-latina/>.
39. Silva VR, Ferreira L. Só 55% dos hospitais que oferecem serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia [internet]. *Gênero e Número*. 2020 [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: <http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>.
40. Kofman YB, Garfin DR. Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. 2020; 12(S1):S199-S201.
41. Roesch E, Amin A, Gupta J, et al. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020; (369):m1712.
42. UN Women. COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>.
43. John N, Casey SE, Carino G, et al. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020; (20):65-8.
44. Moser DA, Glaus J, Frangou S, et al. Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID19 mitigation strategies based on Swiss data. *European Psychiatry*. 2020; 63(1):1-7.
45. Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, et al. COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed. *Lancet Public Health*. 2020; 5(6):e309.
46. Anurudran A, Yared L, Comrie C, et al. Domestic violence amid COVID-19. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 255-6.
47. Neil J. Domestic violence and COVID-19: Our hidden epidemic. *Aust J Gen Pract*. 2020; 49(supl25):1.
48. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. The increase in domestic violence during the social isolation: what does it reveals? *Rev. Bras. Epid*. 2020; 23:e200033.
49. Telles LEdB, Valenca AM, Barros AJS, et al. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. *Braz J Psychiatry*. 2020; (S1516):44462020005015211.
50. Organização das Nações Unidas. Mulheres Brasil. Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta. Brasília: ONU Mulheres Brasil. [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf.
51. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020; 29(13-14):2047-9.
52. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020; 38(12):2753-2755.

53. Marques ES, Moraes CLD, Hasselmann MH, et al. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):e00074420.
54. Bellizzi S, Nivoli A, Loretto L, et al. Violence against women in Italy during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150(2):258-9.
55. Ghoshal R. Twin public health emergencies: Covid-19 and domestic violence. *Indian J Med Ethics*. 2020; V(3):1-5.
56. Mohler G, Bertozzi AL, Carter J, et al. Impact of social distancing during COVID-19 pandemic on crime in Los Angeles and Indianapolis. *J Crim Justice*. 2020; 68:101692.
57. Rossi FS, Shankar M, Buckholdt K, et al. Trying Times and Trying Out Solutions: Intimate Partner Violence Screening and Support for Women Veterans During COVID-19. *J Gen Intern Med*. 2020; 35; (9):2728–31.
58. Bohoslavsky JP, Rulli M. Covid-19, International Financial Institutions and the Continuity of Androcentric Policies in Latin America. *Rev. Estud. Femin*. 2020; 28(2):e73510.
59. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*. 2020.
60. Sacco MA, Caputo F, Ricci P, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. *Med Leg J*. 2020; 88(2):71-3.
61. Bouillon-Minois J-B, Clinchamps M, Dutheil F. Coronavirus and Quarantine: Catalysts of Domestic Violence. *Viol. Against Women*. 2020; (0):1-3.
62. Mazza M, Marano G, Lai C, et al. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Res*. 2020; 289:(113046).
63. Mengin A, Alle MC, Rolling J, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. *Encephale*. 2020; 46(3S):S43-S52.
64. Blackman A, Ibáñez A, Izquierdo A, et al. A política pública de combate à Covid-19: Recomendações para a América Latina e o Caribe [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/portuguese/document/A-politica-publica-de-combate-a-Covid-19-Recomendacoes-para-a-America-Latina-e-o-Caribe.pdf>.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
66. Zamarro G, Perez-Arce F, Prados MJ. Gender Differences in the Impact of COVID-19: Working Paper.; 2020 [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://ktla.com/wp-content/uploads/sites/4/2020/06/ZamarroGenderDiffImpactCOVID-19_061820-2.pdf.
67. Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries: World Health Organization [internet]. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/.
68. Machado MH, Oliveira EdSd, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 2011; (1):103-16.
69. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*. 2020; 323(15):1439-40.
70. Huang L, Lin G, Tang L, et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. 2020; 24(1):120.
71. Ran L, Chen X, Wang Y, et al. Risk factors of health-care workers with corona virus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital

- of Wuhan in China. *Clinic. Infect. Diseases*. 2020; 71(16):2218-2221.
72. Rolim-Neto ML, Almeida HG, Esmeraldo JDa, et al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*. 2020; (288):112972.
73. Bai Y, Wang X, Huang Q, et al. SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers: A Retrospective Analysis and Model Simulations of a Nosocomial Outbreak. *SSRN Journal [preprint] [internet]*. 2020 [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3566208.
74. Hankivsky O, Kapilashramim A. A. Beyond sex and gender analysis: an intersectional view of the COVID-19 pandemic outbreak and response. In: *Gender and Women's Health Unit CfHE, Melbourne School of Population and Health Equity*. Victoria: University of Melbourne; 2020.
75. Machado MH, Oliveira EdSd, Lemos WR, et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2016; (56):52-69.
76. Spoorthy MS. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-a review. *Asian J. Psyc*. 2020; (51):102119.
77. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; (88):901-7.
78. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *L'Encephale*. 2020; 46(35):S73-S80.
79. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020; (89):531-542.
80. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Inter. J. Social Psychiatry*. 2020; 66(5):504-11.
81. Wang Y, Di Y, Ye J, et al. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol. Health Med*. 2020; 26(1):1-10.
82. St-Denis X. Sociodemographic Determinants of Occupational Risks of Exposure to COVID-19 in Canada. *Canadian Rev. of Sociol. [internet]*. 2020 [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://osf.io/preprints/socarxiv/nrjd3/>.
83. Kramer A, Kramer KZ. The potential impact of the Covid-19 pandemic on occupational status, work from home, and occupational mobility. *J. of Vocat. Behav.* 2020; (119):4.
84. Goes EF, Ramos DdO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab. Edu. Saúde*. 2020; 18(3).
85. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID-19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *Am. J. Ind. Med*. 2020; 63:817-20.
86. Shimazu A, Nakata A, Nagata T, et al. Psychosocial impact of COVID-19 for general workers. *J. Occup. Health*. 2020; 62(1):1.
87. Power K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainab. Scien., Pract. Polic*. 2020; 16(1):67-73.
88. Stokes JE, Patterson SE. Intergenerational Relationships, Family Caregiving Policy, and COVID-19 in the United States. *J. Aging. Soc. Polic*. 2020; 32(4-5):416-24.
89. Flaxman S, Mishra S, Gandy A, et al. Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in European countries: technical description update [preprint]

[internet]. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-13-europe-npi-impact/>.

90. Ferguson N, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. *Imp. Colleg. London*. 2020; (10):77482.
91. Cohen J, Kupferschmidt K. Countries test tactics in 'war' against COVID-19. *Science*. 2020; 367(6484):2.
92. Mahase E. Covid-19: schools set to close across UK except for children of health and social care workers. *BMJ*. 2020; (368):1.

93. Kent EE, Ornstein KA, Dionne-Odom JN. The family caregiving crisis meets an actual pandemic. *J. Pain Symp. Manag.* 2020; 60(1):e66-e9.

Recebido em 29/07/2020

Aprovado em 26/09/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Góes EF é financiada pelo National Institute for Health Research (NIHR) Global Health Research Programme (GHRG/16/137/99). Aquino EML tem Bolsa de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo nº 306295/2017-2)

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y tener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. especial 4; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br