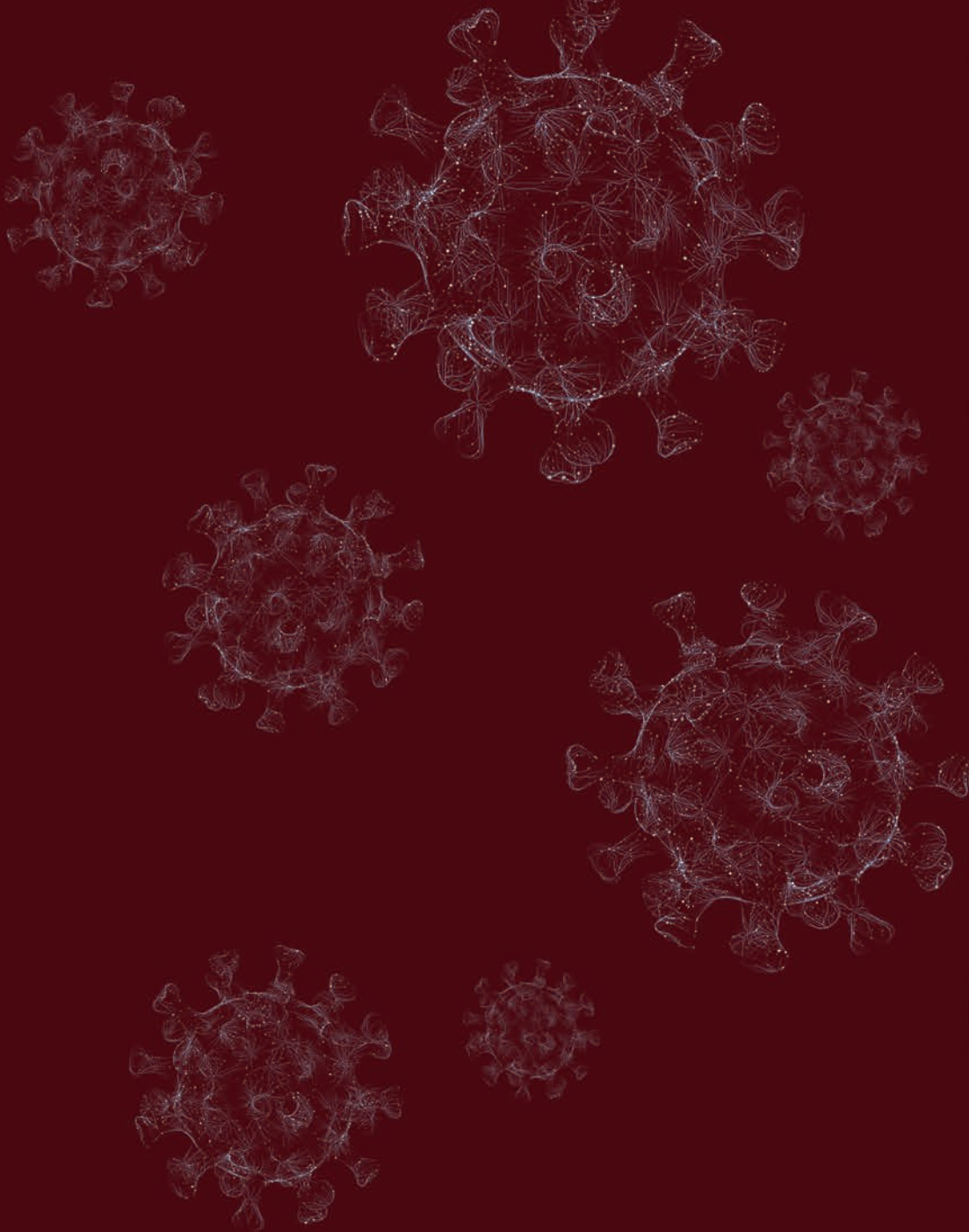


VOLUME 6

REFLEXÕES E FUTURO



REFLEXÕES E FUTURO

VOLUME 6

REFLEXÕES E FUTURO

© 2021 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Coleção Covid-19 é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.org.br/biblioteca.

Coleção Covid-19

Brasília, janeiro de 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

R332 Reflexões e futuro / Organizadores Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.
326 p. – (Coleção Covid-19; v. 6)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-08-9

1. Covid-19 – Brasil. 2. Pandemia. 3. Saúde pública – Brasil.
I. Santos, Alethele de Oliveira. II. Lopes, Luciana Tolêdo.

CDD 616.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

VOLUME 6

REFLEXÕES E FUTURO

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Carlos Alberto Chaves de Carvalho
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho	PB	Geraldo Antônio de Macedo

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Gilberto Figueiredo (MT)

REGIÃO NORDESTE

André Longo (PE)

REGIÃO NORTE

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

REGIÃO SUDESTE

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

REGIÃO SUL

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz
Lígia Formenti
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Heber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Luciana Tolêdo Lopes
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos
Adriane Cruz
Fernando P. Cupertino de Barros
Jurandi Frutuoso Silva
Marcus Carvalho
René José Moreira dos Santos
Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DA COLEÇÃO COVID-19

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos
Luciana Tolêdo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos
Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior
Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Fernando Passos Cupertino de Barros
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Héber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Jurandi Frutuoso Silva
Leonardo Moura Vilela
Lígia Formenti
Luciana Tolêdo Lopes
Marcus Carvalho
Maria Cecília Martins Brito
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Ana Lucia Brochier Kist
Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura
Marcus Carvalho

COLABORADORES VOLUME 6 – REFELEXÕES E FUTURO

Alethele de Oliveira Santos
Ana Raphaella Matos de Faria Resende
Carla Magda Allan Santos Domingues
Carlos Machado de Freitas
Cláudia Colucci
Denis A. Roy
Felipe Ferré
Fernanda Raquel Martins Abreu
Fernando Aith
Fernando Passos Cupertino de Barros
Francisco Ramos
Gabriel Pessoa Gouveia Borges
Gabriel Widamarks Cintra de Oliveira
Guilherme Bueno Tiago
Gustavo Santana de Mendonça
Inês Fronteira
Jairnilson Silva Paim
Jamila Odeh-Moreira
Jurandi Frutuoso Silva
Lilian Rose Lemos Rocha
Lucas Bevilacqua
Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti
Marly Marques da Cruz
Muna Muhammad Odeh
Nara Ayres Britto
Paulo Ferrinho
Paulo Saldiva
Polliane Xavier Ferreira
Rémy Trudel
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Rivaldo Venâncio Cunha
Ximena Pamela Díaz Bermudez

SUMÁRIO

VOLUME 6 – REFLEXÕES E FUTURO

<p>AFIRMAÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS PARA SUA EFETIVAÇÃO NOS ESTADOS DO SÉCULO XXI Fernando Aith</p>	12
<p>COVID-19 E AS CIDADES Paulo Saldiva</p>	28
<p>SALA DE EMERGÊNCIA PLANETÁRIA: A ENCRUZILHADA CIVILIZATÓRIA E AS AFLIÇÕES DO SÉCULO XXI Lilian Rose Lemos Rocha</p>	36
<p>TRANSMISSÃO DE ARBOVIROSES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E PERSPECTIVAS PARA ESSA SINDEMIA Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti</p>	54
<p>O MUNDO PÓS-COVID: AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA Fernando Passos Cupertino de Barros, Anna Raphaella Matos de Faria Rezende, Fernanda Raquel Martins Abreu, Gabriel Pessoa Gouveia Borges, Gabriel Widamarks Cintra de Oliveira, Guilherme Bueno Tiago, Gustavo Santana de Mendonça</p>	66
<p>A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: CONSEQUÊNCIAS DE UM NOVO FUTURO PARA A SOCIEDADE BRASILEIRA Muna Muhammad Odeh, Jamila Odeh-Moreira</p>	84
<p>O MUNDO QUE QUEREMOS: A PANDEMIA DE COVID-19 E REFLEXÕES SOBRE O FUTURO Polliane Xavier Ferreira, Nara Ayres Britto, Alethele de Oliveira Santos</p>	102
<p>INFOESTRUTURA PARA APOIO À DECISÃO ESTRATÉGICA NO SUS Felipe Ferré</p>	114
<p>AVALIAÇÃO COMO DISPOSITIVO POTENTE À GESTÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: DESAFIOS E PERSPECTIVAS Marly Marques da Cruz</p>	136
<p>A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DIANTE DA COVID-19 – DESAFIOS E LIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE FUTURAS Carlos Machado de Freitas, Rivaldo Venâncio Cunha</p>	152

DESAFIOS PARA O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES DIANTE DA PANDEMIA COVID-19	170
Carla Magda Allan Santos Domingues	
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO UNIVERSO DA COMUNIDADE DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA: APRENDIZADOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE	188
Paulo Ferrinho, Inês Fronteira	
A PANDEMIA EM PORTUGAL: UMA ALIANÇA ENTRE GOVERNO E SOCIEDADE – UMA HISTÓRIA DE SUCESSO?	214
Francisco Ramos	
A CEGUEIRA DOS ESTADOS EM FACE DA PANDEMIA: O CASO DO CANADÁ E DE QUEBEC	222
Rémy Trudel	
FINANÇAS PÚBLICAS, MERCADO E POLÍTICA GOVERNAMENTAL DE COMPRAS PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS PÓS-COVID-19	236
Lucas Bevilacqua	
COVID-19: RESPOSTAS EM CONSTRUÇÃO	248
Alethele de Oliveira Santos, Jurandi Frutuoso Silva, Rita de Cássia Bertão Cataneli	
CONTEXTOS, NARRATIVAS E PESSOAS, REFLEXÕES SOCIAIS EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19	270
Ximena Pamela Díaz Bermúdez	
A IMAGEM DO SUS DEPOIS DA PANDEMIA	282
Cláudia Collucci	
GARANTIR UMA COBERTURA SANITÁRIA PARA TODOS, BASEADA NO VALOR, EM FACE DA COVID-19	294
Denis A. RoY	
A COVID-19, A ATUALIDADE DA REFORMA SANITÁRIA E AS POSSIBILIDADES DO SUS	310
Jairnilson Silva Paim	

APRESENTAÇÃO

VOLUME 6 – REFLEXÕES E FUTURO

A partir dos desafios para a efetivação do direito à saúde, o **Volume 6 – Reflexões e Futuro** apresenta debates relacionados com as questões ambientais, urbanas, das relações humano-natureza, das arboviroses – que juntos contribuem para a análise da conformação do futuro pós-pandemia. Nessa esteira, seguem análises relativas à saúde pública, à sociedade brasileira, à infraestrutura como apoio às decisões estratégicas e à avaliação, como dispositivo potente para a gestão.

Ainda em sede de desafios, o livro aborda a Vigilância Sanitária como elemento primordial para o enfrentamento das emergências em saúde pública, inserindo-se nesse escopo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Brasil.

A título de comparação, há narrativas acerca do enfrentamento da pandemia nos países de língua portuguesa, especialmente Portugal, bem como no Canadá e no Quebec, possibilitando aprendizados com as experiências de outros sistemas universais.

As abordagens a respeito das políticas governamentais de compras públicas, da imagem do SUS nos contextos, nas narrativas e para as pessoas são encerradas com reflexões sobre a cobertura sanitária enquanto valor e quanto à reforma sanitária brasileira como necessidade atual.

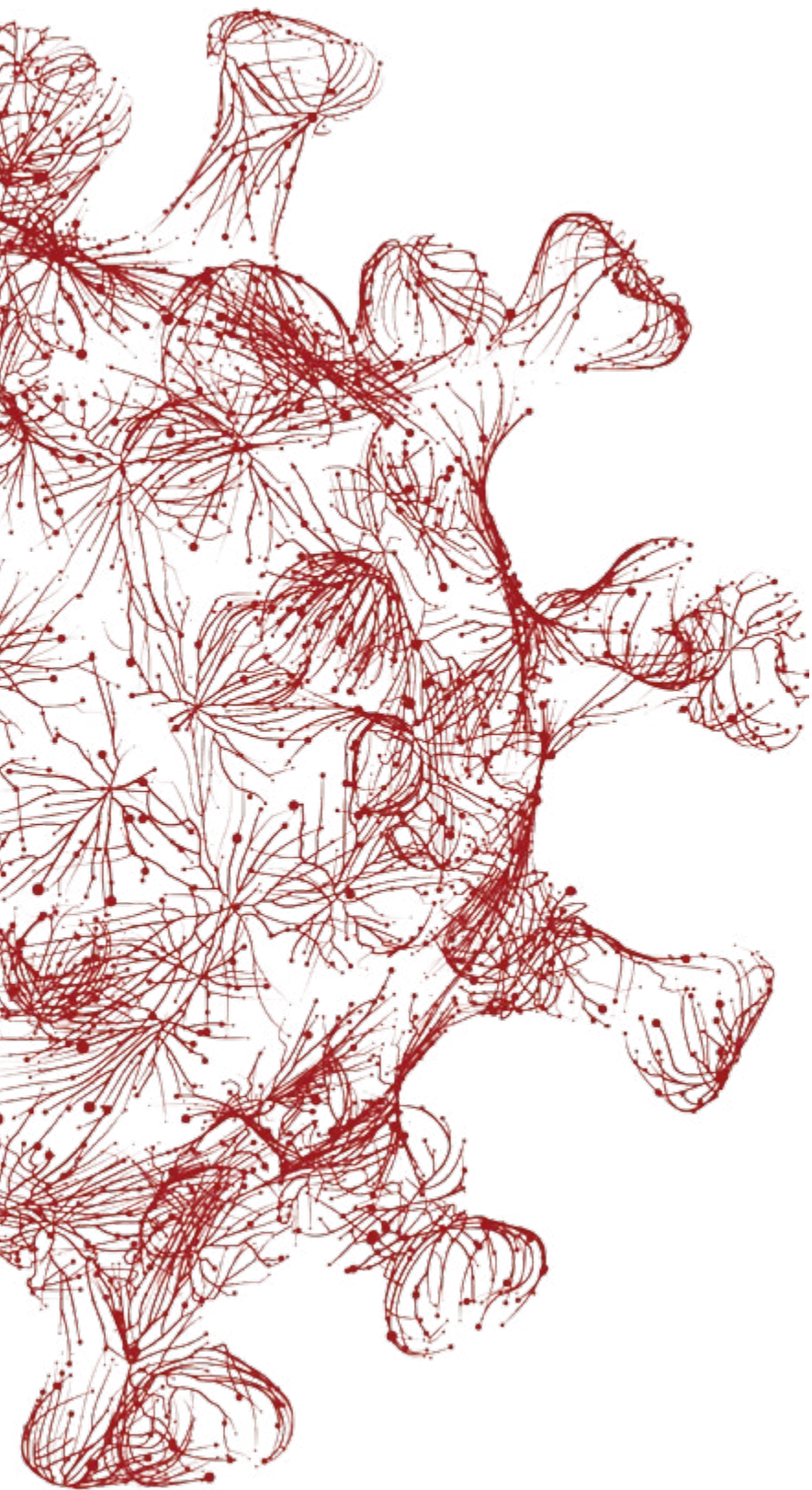
Ainda que esse levante editorial se encerre, por ora, no volume 6 da Coleção COVID-19, a pandemia continua, e outros tantos elementos poderão ser percebidos, contextualizados e merecerão registro.

O Conass envida agradecimentos aos que estiveram empenhados em registrar seus diferentes campos de observação: gestores, auditores, ministros, médicos, pesquisadores, farmacêuticos, cientistas sociais, juízes, antropólogos, promotores, advogados, cientistas de dados, administradores, professores, comunicadores e todos que contribuíram com a análise e possíveis aperfeiçoamentos da gestão estadual do SUS no enfrentamento das emergências sanitárias.

Boa leitura!

Carlos Lula

Presidente do Conass



AFIRMAÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS PARA SUA EFETIVAÇÃO NOS ESTADOS DO SÉCULO XXI

Fernando Aith¹

RESUMO: O presente artigo resgata o processo de afirmação histórica do direito à saúde no direito internacional e brasileiro para, a partir daí, tecer reflexões sobre os desafios para a plena efetivação do direito à saúde nos Estados modernos do Século XXI. A partir do reconhecimento do direito à saúde como um direito humano fundamental pela Constituição Federal de 1988, o artigo aborda a evolução desse direito e de suas garantias no Brasil. As reflexões realizadas procuram entender de que forma o Estado brasileiro organiza o seu sistema público de saúde para garantir o direito à saúde e quais os desafios que se impõem nos tempos atuais, nos quais as pandemias apresentam-se como novos fatores de pressão aos sistemas nacionais de saúde e ao sistema de saúde global.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Sistema Público de Saúde. Desafios.

¹ Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Professor Visitante de Direito da Saúde na Université Paris Descartes – Cité Sorbonne (Paris 5). Diretor-Geral do Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo – Cepedisa/USP. Secretário-Executivo da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário.
fernando.aith@usp.br



I. INTRODUÇÃO

A plena efetivação do direito à saúde exige das sociedades democráticas esforços permanentes e bastante criatividade para enfrentar os enormes desafios sanitários impostos pelas realidades global, nacionais e locais. Atualmente, o mundo assiste perplexo à disseminação em escala global de mais um vírus letal, o novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19. Parte dessa perplexidade encontra-se justamente na percepção de que as sociedades modernas, mesmo as que vivem em Estados ditos “desenvolvidos”, não possuem sistemas de saúde robustos o suficiente, tampouco instrumentos jurídicos adequados para enfrentar uma epidemia desta magnitude de forma democrática, transparente e eficaz.

Mostra-se necessário um exercício profundo de reflexão para que se possam encontrar as melhores formas de efetivar o direito à saúde em Estados democráticos. A COVID-19 deixou em evidência da fragilidade dos sistemas de saúde nacionais ao redor do mundo e fez eclodir muitas questões que devem ser urgentemente enfrentadas. Como prevenir e proteger a população contra estes eventos de saúde pública internacional com alto potencial de letalidade e disseminação? Como conciliar medidas clássicas de controle de epidemias, tais como o isolamento, a quarentena e o diagnóstico e tratamento compulsórios, aos princípios e regras de um Estado Democrático de Direito?

Nesse sentido, resgatar os processos de afirmação histórica do reconhecimento do direito à saúde no mundo e no Brasil torna-se um exercício fundamental para que se possa refletir adequadamente sobre as atuais fragilidades dos sistemas de saúde e, ainda, para possibilitar a descoberta de formas inovadoras de enfrentamento dos desafios à saúde que se avizinham.

2. SAÚDE E CIDADANIA

O reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental representou um enorme avanço civilizatório global. A partir da compreensão de que a vida digna pressupõe o bem-estar físico, mental e social do ser humano, ampliou-se o dever dos Estados Modernos para adotarem medidas concretas voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde das populações e dos indivíduos. A saúde passava a ser, enfim, um elemento essencial da noção de cidadania. Estados, sociedades, empresas, famílias e indivíduos passaram a ter a obrigação (dever) de se pautar pela noção de que a saúde é um direito universal, a ser protegido e promovido de todas as formas.

Visto que a saúde engloba aspectos individuais, coletivos e sociais, fica evidente que, para que o direito à saúde seja garantido, é necessário que os indivíduos, a sociedade e o Estado cumpram determinados deveres. A garantia do direito à saúde somente será efetiva à medida que indivíduos, famílias, empresas, sociedade e Estado assumirem deveres a ser cumpridos para a plena realização do direito.

Os deveres dos indivíduos englobam os deveres inerentes à proteção da própria saúde, considerada individualmente, bem como os deveres que guardam relação com a proteção da saúde das pessoas que se encontram no âmbito de seu convívio social. No primeiro caso, é dever do indivíduo esforçar-se para manter hábitos de vida saudáveis, cuidando da melhor forma possível de aspectos relacionados com a sua saúde física e mental, tais como alimentação, exercícios, equilíbrio nos esforços realizados no trabalho, uso equilibrado ou abstenção de uso de produtos nocivos à saúde (bebida e cigarros, por exemplo), entre outros comportamentos considerados, pela ciência, como “saudáveis”.

No que se refere aos deveres do indivíduo com relação à coletividade que o cerca, trata-se do dever de cada pessoa de manter um nível básico de limpeza de sua casa e dos ambientes em que transita, bem como cooperar com os esforços coletivos para a eliminação dos riscos à saúde. Nesse sentido, são deveres dos indivíduos, por exemplo, limpar o quintal de sua casa, não jogar lixo na rua, verificar se há focos de mosquitos da dengue em sua residência ou trabalho, participar dos programas de vacinação de doenças transmissíveis, não disseminar moléstia contagiosa de que sabe ser portador, tratar de doenças que possuam potencial de disseminação, entre outros.

Os deveres da sociedade na proteção do direito à saúde guardam relação com os deveres inerentes aos esforços coletivos necessários para a proteção desse direito, e têm como fundamento ético os ideais de solidariedade, fraternidade e Justiça. São deveres que englobam o papel das famílias, das associações de bairros, das organizações não governamentais, das empresas, entre outros atores sociais relevantes, de participar ativamente nas campanhas e nas atividades de proteção à saúde. A sociedade, por meio dos atores sociais mencionados, tem uma importância muito grande na proteção da saúde das pessoas. De um lado, a sociedade deve dosar bem a forma como impõe certas condutas: na empresa, o trabalho excessivo; na família, a alimentação inadequada; na sociedade, definições de padrões estéticos e comportamentais nocivos à saúde, etc. De outro lado, a sociedade deve organizar

ações coletivas em benefício da população: financiamento solidário do sistema de saúde; empresas ambientalmente saudáveis; mutirões de limpeza; serviços comunitários de orientação sobre higiene pessoal e tratamento de resíduos etc.

Finalmente, a proteção da saúde depende, e muito, dos deveres impostos ao Estado Democrático de Direito pelas leis internacionais, pelas Constituições e pelas leis internas de cada país. Os deveres do Estado na proteção da saúde podem ser traduzidos na necessidade de elaborar e executar políticas públicas capazes de alcançar dois grandes objetivos: i) reduzir ao máximo os riscos de doenças e agravos à saúde dos indivíduos e da população; ii) organizar uma rede de serviços públicos de qualidade capaz de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde ou de interesse à saúde.

Fica claro que, embora os indivíduos e a sociedade tenham os seus deveres para assegurar a proteção da saúde, é o Estado o principal defensor desse direito fundamental, cabendo a ele o papel de protagonista das ações em defesa da saúde. Deve o Estado atuar por meio de seus três poderes para a efetivação do direito à saúde: ao Poder Legislativo, compete a aprovação de leis que orientem e possibilitem a atuação do Poder Executivo em defesa da saúde, leis que protejam esse direito nos campos orçamentário, administrativo, de exercício de poder de polícia, de execução de políticas públicas, entre outros; ao Poder Executivo, compete a execução orçamentária e de políticas públicas eficazes, atuando como educador e propagador de informações essenciais à proteção da saúde individual e coletiva, bem como na execução de políticas públicas capazes de reduzir os riscos de doenças e agravos e de promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde; ao Poder Judiciário, compete julgar, em última instância e sempre que demandado, sobre os conflitos da sociedade que envolvam o direito à saúde, em um movimento que veio a ser conhecido no Brasil como judicialização da saúde. Dessa forma, o Estado deve organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde capaz de prevenir agravos à saúde e doenças e, no caso de a prevenção falhar, ou nos casos de adoecimento por motivos humanos, deve oferecer uma rede de serviços capaz de atender com qualidade, humanidade e eficiência e presteza ao indivíduo, de acordo com suas necessidades, em proteção à sua dignidade humana.

A afirmação histórica do direito à saúde, que foi consolidando o seu reconhecimento formal nas leis internacionais, na Constituição brasileira e nas constituições e leis dos países ao redor do mundo, possui sólida base normativa e cultural que merece ser lembrada, preservada e reforçada.

3. AFIRMAÇÃO INTERNACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

No âmbito internacional, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946⁽¹⁾ consolidou normativamente a saúde como direito universal a ser protegido pelos Estados. Ela é um marco legal do processo de construção do direito sanitário e possibilitou a criação de uma das mais importantes instituições públicas internacionais, voltada à busca permanente por

melhorias das condições de saúde em escala global, bem como no âmbito interno de cada país. O art. 1º da Constituição da OMS prevê que seu papel institucional é o de possibilitar para todos os povos o melhor nível de saúde possível. Mais importante ainda são os princípios que constam do Preâmbulo da Constituição da OMS, em que os Estados partes declaram que, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, os seguintes princípios são básicos para a felicidade, relação harmoniosa e segurança de todos os povos: a) saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades; b) o gozo do maior padrão de saúde desejado é um direito fundamental de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião, opção política e condição econômica e social; c) a saúde de todos os povos é fundamental para a consecução da paz e segurança e depende da cooperação dos indivíduos e dos Estados; d) o sucesso de um país na promoção e proteção da saúde é bom para todos os países; e) o desenvolvimento iníquo em diferentes países para a promoção da saúde e controle de doenças, especialmente as contagiosas, é um perigo comum; f) o desenvolvimento da saúde da criança é de importância básica; g) a extensão para todos os povos dos benefícios advindos dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir a saúde; h) opinião informada e cooperação ativa do público são de importância crucial na melhoria da saúde da população; i) governos têm a responsabilidade pela saúde de seus povos, que pode ser garantida apenas através da adoção de medidas sociais e de saúde adequadas. Esses princípios são os grandes pilares que regem o Direito Internacional no que se refere à área da saúde ⁽¹⁾.

O reconhecimento da saúde como um direito foi reforçado ainda pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que dispõe em seu preâmbulo:

[...] o desprezo e o desrespeito pelos direitos da pessoa resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que as pessoas gozem de liberdade de palavra, de crença e liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum ⁽²⁾.

A declaração inovou ainda ao introduzir elementos que passariam a caracterizar a concepção atual dos direitos humanos, como sua universalidade, indivisibilidade e interdependência. A Declaração dispõe, em seu art. 25, item 1, que todos têm direito ao repouso e ao lazer, bem como a:

[...] um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, e serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle ⁽²⁾.

O movimento internacional de reconhecimento do direito à saúde recebeu um enorme impulso com a aprovação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 ⁽³⁾. São direitos sociais e culturais os que dizem respeito ao

estabelecimento de padrões de vida adequados, incluindo a instrução e participação na vida cultural da comunidade, como preveem os arts. 11 a 15 do Pacto, destacando-se a proteção contra a fome, o direito à alimentação, vestimenta, moradia, educação, participação na vida cultural e desfrutar do progresso científico, bem como a proteção dos patrimônios históricos e culturais das comunidades locais, preservando-se seus valores e tradições.

No que se refere à saúde, o art. 12-1 do Pacto estabelece que “os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”, para logo em seguida (art. 12-2) dispor que:

[...] as medidas que os Estados-partes deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para garantir: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) a criação de condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade ⁽³⁾.

No campo da internacionalização do Direito temos, ao lado do sistema global acima exposto, os sistemas regionais. No continente americano, a principal organização de Estados no âmbito do Direito Internacional é a Organização dos Estados Americanos – OEA, constituída a partir da Carta da Organização dos Estados Americanos, assinada a 30 de abril de 1948, durante a IX Conferência Interamericana, realizada em Bogotá, Colômbia ⁽⁴⁾. A preocupação com a promoção social passa diversos pontos da Carta, dispondo o art. 30 que:

Os Estados membros, inspirados nos princípios de solidariedade e cooperação interamericanas, comprometem-se a unir seus esforços no sentido de que impere a justiça social internacional em suas relações e de que seus povos alcancem um desenvolvimento integral, condições indispensáveis para a paz e a segurança. O desenvolvimento integral abrange os campos econômico, social, educacional, cultural, científico e tecnológico, nos quais devem ser atingidas as metas que cada país definir para alcançá-lo ⁽⁴⁾.

Os Estados membros da OEA convencionaram, de acordo com o art. 34, que a igualdade de oportunidades, a eliminação da pobreza crítica e a distribuição equitativa da riqueza e da renda, bem como a plena participação de seus povos nas decisões relativas a seu próprio desenvolvimento, são, entre outros, objetivos básicos do desenvolvimento integral. Para alcançá-los, de acordo com a Carta da OEA, os Estados membros devem seus maiores esforços à consecução de diversas metas básicas, dentre as quais destacamos a “defesa do potencial humano mediante extensão e aplicação dos modernos conhecimentos da ciência médica” ⁽⁴⁾.

De acordo com o art. 26 da Convenção:

Os Estados-Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir, progressivamente, a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou outros por meios apropriados⁽⁴⁾.

Dessa forma, aplicam-se aos direitos sociais, incluindo aí o Direito à saúde, os meios de proteção previstos na parte II da Convenção, que conta com dois órgãos importantes para as garantias dos direitos humanos na América: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Vê-se, assim, que importantes Tratados internacionais foram ratificados e por diversos Estados visando ao reconhecimento e à proteção do direito à saúde. Esse processo de reconhecimento internacional foi seguido de amplo processo de internalização da saúde como um direito nos diferentes sistemas jurídicos e de saúde dos Estados modernos.

4. DO DIREITO INTERNACIONAL AO DIREITO INTERNO

O incremento normativo do direito internacional, que vem se acentuando a partir da segunda metade do século XX, guarda relação direta com o fenômeno que se convencionou qualificar como *globalização* ou *mundialização*. Sendo variados os significados atribuídos a esse fenômeno – em função inclusive das diferentes perspectivas epistemológicas –, há em comum entre eles o reconhecimento do dado contemporâneo correspondente ao incremento da interconectividade no plano internacional – envolvendo não só Estados, mas também organizações sociais de todo tipo e mesmo seres humanos diretamente –, que contribui para alimentar de forma contínua e crescente a tendência à padronização de valores e procedimentos na conduta desses agentes.

Essa tendência, por sua vez, constitui-se em fator indutor da progressiva universalização das regras jurídicas de enquadramento desses valores e condutas, independentemente de eventual e simultâneo contexto de disputa e mesmo fragmentação política. Francis Fukuyama, abordando essa perspectiva pelo viés da ciência política, ressalta justamente a correspondência entre o incremento da integração social no plano internacional e uma perspectiva padronizadora para as instituições: “The greater integration of societies around the world has increased the level of competition among them, and ipso facto produced both a higher rate of political change and convergence of political forms”⁽⁵⁾.

Tal perspectiva não é estranha ao direito sanitário. Em sua obra, Gostin, por exemplo, não só identifica fatores determinantes e a materialização do fenômeno da padronização do direito

sanitário no plano internacional como também aponta para a necessidade de adoção de mecanismos políticos de governança em escala global como condicionante da promoção da saúde pública⁽⁶⁾.

Em que pese essa propensão à homogeneidade do direito sanitário, a eliminação da autonomia dos direitos nacionais não está em xeque, não só pelo atributo da soberania que é inerente aos Estados, mas pelo aspecto, essencialmente prático, de que a adoção de medidas administrativas voltadas à efetivação dos direitos assegurados aos seres humanos – entre os quais se inclui o direito à saúde – está concentrada nos órgãos estatais nacionais. Encontrando-se o controle efetivo sobre a materialização ainda no âmbito dos Estados, os direitos nacionais, se não podem obstaculizar a onda uniformizadora, exercem papel relevante na calibragem da recepção interna das normas internacionais e mesmo na consubstanciação dessas normas internacionais.

5. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Nesse movimento de convergência regulatória, o Brasil incorporou em sua Constituição Federal uma organização jurídica e social inspirada em diversos textos do direito internacional, especialmente os voltados à proteção dos direitos humanos. Assim, a Constituição de 1988 protege, em seu art. 5º, os direitos humanos fundamentais individuais e coletivos, afirmando que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”⁽⁷⁾. Ao mesmo tempo que reconhece e protege os direitos individuais civis e políticos, o Estado de Direito brasileiro protege os direitos sociais, ao reconhecer, na Constituição de 1988, que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”⁽⁷⁾.

Complementando o arcabouço constitucional de proteção dos direitos humanos, o §2º do art. 5º da Constituição dispõe que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa seja parte”⁽⁷⁾.

Como dispõe a Constituição Federal em seu art. 196⁽⁷⁾, um dos deveres do Estado para a garantia do Direito à Saúde é a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde. Trata-se de tarefa de extrema complexidade, já que a própria noção do risco, ou especificamente do risco sanitário, depende de uma série de variáveis, destacando-se as variáveis econômicas, culturais, sociais, morais e políticas.

O reconhecimento formal do direito à saúde conduz os Estados a uma nova necessidade jurídica: organizar a estrutura e os recursos públicos para que de fato se garanta o direito assegurado formalmente. A organização do Estado se dá pela criação de instituições e órgãos, tais como o Ministério da Saúde, as Agências Reguladoras em saúde, as Comissões Intergestores,

os Conselhos de Saúde, responsáveis pela estruturação da rede de serviços públicos necessários à efetivação do direito à saúde.

Considerada em seu sentido mais amplo, portanto, a política pública é responsável por criar um conjunto articulado de instituições e órgãos estatais capazes de executar de forma efetiva ações e serviços públicos de qualidade, eficazes e seguros, voltados à redução do risco de agravos e doenças, bem como à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

As políticas públicas, consideradas como programas de ação governamental⁽⁸⁾, organizam-se por meio de uma sucessão lógica e encadeada de atos estatais, que o direito vem, cada vez mais, regulando por meio de atos normativos (leis e atos infralegais) ou, na omissão ou falha desses, por meio de decisões judiciais⁽⁹⁾ relacionadas com o direito à saúde⁽¹⁰⁾.

Com base no princípio da legalidade, cabe ao direito disciplinar, em normas constitucionais, legais e infralegais, todo o processo de formulação, planejamento, execução, financiamento, supervisão e revisão das políticas públicas de saúde⁽¹¹⁾. Esse aparato normativo, se, de um lado, define a forma de estruturação do Estado e seu controle jurídico, de outro, a depender do tipo de organização, pode se constituir em entrave para a boa execução das políticas na medida em que consolida ações ineficazes. Essa dinâmica exige uma revisão normativa permanente no campo do direito sanitário, para que se possa aperfeiçoar constantemente as políticas econômicas e sociais para que utilizem os mais avançados e eficazes conhecimentos científicos e tecnológicos em benefício do direito à saúde.

Chega-se, assim, à conclusão de que a noção de cidadania nos Estados modernos está intimamente relacionada com a ideia de que a saúde é um direito humano fundamental, a ensejar uma série de deveres aos indivíduos, às famílias, às empresas, às sociedades e ao Estado.

6. DIREITO À SAÚDE, REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL E O QUE PODEMOS APRENDER COM A COVID-19

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela 58ª Assembleia Geral da OMS em 23 de maio de 2005⁽¹²⁾, representou um grande avanço ao prever, em seus dispositivos, um conjunto de regras a serem observadas pela OMS e pelos Estados Membros para o fortalecimento e desenvolvimento de capacidades no campo da saúde pública mundial. Entre suas principais inovações, o RSI reforçou a importância do papel da OMS no alerta mundial de surtos e na resposta a eventos de saúde pública, definindo de forma clara o mandato do Organismo multilateral em casos de eventos de saúde pública de interesse internacional.

De 2005 para cá, com base no RSI, a OMS já declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional por seis vezes: em 2009, para organizar ações de contenção contra

a disseminação do vírus H1N1; em maio de 2014, para conter um surto internacional de ebola; em agosto de 2014, contra um novo surto internacional de poliomielite; em 2016, para conter o surto internacional de Zika Vírus, este surto bastante conhecido dos brasileiros por ter sido primeiramente detectado em nosso território; em 2019, nova declaração de Emergência decorrente da disseminação do ebola, especialmente na República do Congo; e, em 2020, a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional para tentar conter a disseminação do novo coronavírus. Tudo indica que esses eventos internacionais de saúde pública se sucederão com periodicidade cada vez mais frequente, exigindo dos sistemas de saúde nacionais e da governança global em saúde esforços ainda mais contundentes visando à saúde humana.

Com efeito, em 30 de janeiro deste ano, em sua segunda reunião, o Comitê de Emergência criado pelo Diretor-Geral da OMS para avaliar a situação da Covid-19 “concordou que o surto agora atende aos critérios para uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional e propôs o seguinte conselho a ser emitido como Recomendações Temporárias”⁽¹³⁾. Entre as recomendações exaradas pelo Comitê de Emergência da OMS aos Estados Partes, encontram-se medidas tais como contenção, incluindo vigilância ativa, detecção precoce, isolamento e gerenciamento de casos, rastreamento de contatos e prevenção da disseminação progressiva da infecção pela Covid-19, bem como compartilhar dados completos com a OMS.

O Diretor-Geral da OMS, atendendo às recomendações do Comitê de Emergência, declarou a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, com base nos dispositivos do RSI de 2005, impondo aos Estados Membros um conjunto de obrigações relacionadas com a contenção da doença, entre elas, por exemplo, o isolamento dos infectados, a quarentena, o diagnóstico e tratamento compulsórios, bem como o compartilhamento de informações.

O Brasil ratificou o RSI por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 2009⁽¹²⁾. O art. 5.1 do RSI dispõe sobre a vigilância em saúde, prevendo que “cada Estado Parte deverá desenvolver, fortalecer e manter, o mais breve possível, no mais tardar dentro de cinco anos a contar da entrada em vigor deste Regulamento para este Estado Parte, as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos de acordo com este Regulamento, conforme especificado no Anexo 1”⁽¹⁵⁾.

No mesmo ano de ratificação do RSI no Brasil, a Revista de Direito Sanitário publicou como Tema em Debate justamente os desafios jurídicos que envolvem a organização da vigilância em saúde em Estados Democráticos de Direito⁽¹⁴⁾. Nesse número da Revista, publicado há mais de dez anos, já se apontava para a necessidade de o Brasil aperfeiçoar a sua legislação relacionada com a vigilância em saúde, especificamente relacionada à vigilância epidemiológica.

A legislação geral brasileira de controle epidemiológico vigente ainda tem como base a Lei nº 6.259, de 1975⁽¹⁵⁾, que não prevê de forma adequada e com os detalhamentos necessários as medidas e instrumentos de controle epidemiológicos a serem adotadas pelo Estado em casos de emergências de saúde pública. Aprovada no meio do regime militar no Brasil, essa Lei não

dialoga nem prevê como o Estado deve agir em casos de crise epidêmica em respeito às liberdades democráticas e aos direitos humanos.

Apesar das evidências científicas apontarem para a necessidade de uma nova legislação abrangente sobre o tema da vigilância em saúde no Brasil, o país não caminhou nesse sentido. Ao invés de enfrentar a questão de forma abrangente e permanente, os sucessivos governos e legislaturas vêm tratando o tema de forma pontual e por espasmos, criando um cipoal desconexo de normas que não resolvem de forma eficaz as lacunas regulatórias atualmente existentes.

Vale lembrar, nesse aspecto, alguns dos principais espasmos legislativos sobre o tema nesse período no Brasil: i) a publicação do Decreto de 6 de dezembro de 2010, que instituiu o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII⁽¹⁶⁾; ii) a Lei nº 13.301, de 2016, que dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika⁽¹⁷⁾; iii) e a mais recente Lei nº 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019⁽¹⁸⁾.

As medidas e os instrumentos necessários para conter uma epidemia podem ser bastante agressivas e limitadoras de liberdades individuais. São alguns exemplos clássicos já vistos na história: isolamento, quarentena, cordão sanitário, tratamento e diagnóstico compulsórios, controle de venda e comércio de produtos, controle e vedação da prestação de serviços, uso de propriedade privada pelo Estado, limitação do direito de ir e vir, limitação do direito de reunião, sepultamento coletivo, entre outras medidas com igual potencial de limitação a direitos e liberdades individuais.

Todo esse atraso normativo levou o Brasil a uma encruzilhada federativa, na medida em que o governo federal adotou posição notoriamente contrária às recomendações da OMS, entrando em conflito com as medidas que Estados e Municípios se viram na obrigação de adotar para evitar ainda mais mortes decorrentes da pandemia no Brasil.

A Constituição Federal prevê que “cuidar da saúde” é tarefa que incumbe a todos os entes federativos, razão pela qual a Carta Magna enumerou entre as competências comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 23, II)⁽⁷⁾. Por outro lado, a obrigação de “legislar para proteger e defender a saúde” foi prevista como sendo de competência legislativa concorrente (art. 24, XII)⁽⁷⁾. Expressamente, no Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a competência para legislar sobre a saúde, ou seja, para produzir fontes específicas do Direito Sanitário, é concorrente da União e dos estados e, de forma suplementar, dos municípios. Existe, no entanto, um critério hierárquico subjacente às competências concorrentes. A Constituição prevê que “no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais”, esclarecendo que “a competência da União para legislar sobre normas gerais não

exclui a competência suplementar dos Estados” (art. 24, §§ 1º e 2º)⁽⁷⁾. Na ausência de lei federal sobre normas gerais de Direito Sanitário, os Estados poderão exercer a competência legislativa plena para atender as suas peculiaridades (art. 24, §3º)⁽⁷⁾. Nesse aspecto, as leis estaduais terão a aplicação limitada aos seus territórios. Estabelece ainda a Constituição que “a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário”⁽⁷⁾.

A análise dos referidos dispositivos constitucionais nos permite aferir, quanto ao modo de produção das normas jurídicas de Direito Sanitário, que embora União e Estados possuam competência concorrente, existe uma supremacia evidente das normas jurídicas da União quando tratar-se do estabelecimento de normas gerais de Direito Sanitário. Tanto assim é que a legislação estadual, no que se refere às normas gerais, não pode contrariar a legislação federal, sob pena de perda de eficácia. De outro lado, na ausência de lei federal, a competência legislativa dos Estados é plena, isto é, os Estados podem suplementar a legislação federal sempre que se mostrar necessário para a defesa do Direito à saúde. Na ausência de normas gerais federais, poderá o Estado elaborar as suas próprias normas gerais. Advindo a lei federal que institui normas gerais, a legislação estadual perde a sua eficácia no que lhe for contrária. É essa a lógica dada pela Constituição Federal. Com relação aos Municípios, as Câmaras Municipais também participam da produção do Direito Sanitário brasileiro de forma suplementar, conforme disposto no art. 30, II: “Compete aos Municípios [...] suplementar a legislação federal e a estadual no que couber”⁽⁷⁾.

O Supremo Tribunal Federal, em decisão recente no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341⁽¹⁹⁾, deixou claro o sentido da Constituição Federal de 1988, explicitando que as normas jurídicas adotadas pela União para enfrentamento da COVID-19 não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. A regra hermenêutica básica a ser seguida é a de que, havendo conflito entre as normas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a norma mais protetora da saúde tende a prevalecer. A União continua tendo, portanto, papel estratégico na normatização do sistema de saúde brasileiro, inclusive no que se refere ao combate a epidemias.

É chegada a hora de o Brasil, sem mais perda de tempo, debruçar-se sobre o tema de forma aprofundada e responsável, para elaborar uma legislação moderna e eficaz, capaz de, ao mesmo tempo, dotar o Estado dos instrumentos necessários para o controle de epidemias. A Lei 6259, de 1975⁽¹⁵⁾, não é suficiente para organizar a ação estatal. Fazem-se necessárias a elaboração e a aprovação de uma nova lei geral de vigilância em saúde capaz de, por meio da previsão clara das medidas que podem ser tomadas pelo Estado, organizar os seus respectivos procedimentos e estabelecer de forma estruturada como será feito o controle das ações estatais em tempos de epidemia, definindo claramente de que forma se dará o acesso às informações públicas, bem como o papel do Ministério Público, do Poder Judiciário, dos conselhos de saúde ou, ainda, dos demais órgãos democráticos e participativos de controle existentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando, o direito à saúde, reconhecido como um direito fundamental no Brasil e no direito internacional, ainda necessita de grandes esforços das sociedades e dos Estados para se tornar uma realidade.

No campo internacional, é preciso reforçar o sistema de governança global, dotando a OMS de maior capacidade de detecção e resposta às emergências internacionais em saúde que vierem a existir, inclusive no que se refere à supervisão da atuação dos Estados nacionais.

No Brasil, de um lado, temos um Sistema Único de Saúde, que organiza importantes garantias para o direito à saúde, abarcando princípios e garantias fundamentais como a universalidade, a integralidade, o acesso igualitário, a participação da comunidade, entre outros. Esse Sistema permite ao cidadão um acesso bastante amplo ao Poder Judiciário para a proteção do direito à saúde, havendo ações que vão desde o pedido de medicamentos básicos até o pedido de procedimentos de alta complexidade, inclusive fora do país. A saúde pode ser entendida, à luz da Constituição Federal, como um direito subjetivo público do cidadão, que pode requerer do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios, indistintamente), por meio de ação judicial, para que este preste um serviço de saúde específico. São volumosos os casos de judicialização do direito à saúde, mostrando que se trata de um direito de grande repercussão social⁽²⁰⁾. De outro lado, o Brasil ainda é um país com enormes desigualdades sociais e com uma história democrática e republicana bastante incipiente. Os desafios que se impõem para a proteção do direito à saúde, nesse sentido, vão desde a consolidação das garantias fundamentais (financiamento, regionalização, universalização, integralidade) até a organização adequada e eficiente dos serviços públicos de saúde.

Os avanços verificados desde a promulgação da Constituição de 1988 permitem que sejamos otimistas quanto ao futuro da proteção do direito à saúde no país. Para tanto, é fundamental manter vigilância ativa sobre os ocupantes dos cargos públicos e sobre a sociedade, para que todos se esforcem ao máximo na proteção deste bem comum que é a saúde; e, em última instância, a própria vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 25 jan 1949 [acesso 2019 set 12]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>.
2. Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. ONU; 1948 [acesso 2019 set 12]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>.
3. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [Internet]. Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966. Organização dos Estados Americanos. [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20pacto%20internacional%20sobre%20os%20direitos%20econ%C3%B3micos,%20sociais%20e%20culturais.pdf>
4. Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos. Carta da Organização dos Estados Americanos [Internet]. Buenos Aires; 1967 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: <http://www.oas.org/csh/portuguese/doccon&tracarta%20da%20oea.asp>.
5. Fukuyama F, The origins of political order: from prehuman times to the French Revolution. Londres, Reino Unido: Profile Books; 2011, pág. 477.
6. Gostin LO, Wiley FL, Frienden TR. Public Health Law: Power Duty, Restraint. University of California Press; 2000. p. 229.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2019 set 12]]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. [acesso 2019 set 12].
8. Bucci MP. O conceito de política pública em direito. In: Bucci MP, organizador. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva; 2006.
9. Comparato FK. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. Revista de informação legislativa [Internet]. 1997 [acesso 2018 ago 13];35(138):39-48 Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/364/r138-04.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
10. Gloppen S. Litigating Health Rights: Framing the analysis. In: Yamin AE, Gloppen S editores. Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health. USA: Harvard University Press; 2011. p. 17-42.

11. Aith F. Institucionalização normativa de políticas públicas de saúde no Brasil: estudo de caso com o programa nacional de controle da dengue – PNCD. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* 2013;7(1):349-66. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1301>.
12. Brasil. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 395, de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. *Diário Oficial da União* [Internet]. 10 jul 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/decretolegislativo-395-9-julho-2009-589324-acordo-114307-pl.html>
13. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva; WHO; 30 jan 2020 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
14. *Revista de Direito Sanitário* [Internet]. 2009 [acesso 2020 dez 27];10(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/issue/view/1053>.
15. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 30 out 1975.
16. Brasil. Decreto de nº 6, de dezembro de 2010. Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESP), e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 7 dez 2010 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12959.htm.
17. Brasil. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. *Diário Oficial da União* [Internet]. 28 jun 2016 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13301.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20ado%C3%A7%C3%A3o%20de,20%20de%20agosto%20de%201977.
18. 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* [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.

19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6341 MC-Ref/DF. Relator: Ministro Marco Aurélio, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgamento em 15 abr 2020 (ADI-6341). In: Informativo 973. Data de divulgação: 23 abril 2020.
20. Azevedo PF, Aith FMA, coordenadores. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução [Internet]. Instituto de Ensino e Pesquisa, Conselho Nacional de Justiça. Brasília; 2019 [acesso 2020 dez 27]. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%C-C%81DE-NO-BRASIL.pdf>.

COVID-19 E AS CIDADES

Paulo Saldiva¹

RESUMO: O ambiente urbano fornece condições favoráveis para a disseminação da COVID-19. O adensamento populacional, a precariedade de algumas moradias, o grande número de pessoas compartilhando ambientes fechados, como os comércios, os espaços de convívio social e o transporte coletivo, assim como as desigualdades sociais e econômicas da população, compõem o cenário que favorece a transmissão viral. Os grandes centros urbanos têm conexões com outras cidades através de entroncamentos aéreos e de transporte terrestre, catalisando a transmissão do SARS-CoV-2 em nível regional. O manejo das epidemias impõe novos desafios para o setor de Saúde, que terá que dialogar com gestores e planejadores urbanos, de tal forma a auxiliar políticas públicas capazes de promover maior sustentabilidade e saúde no complexo ecossistema das cidades de hoje.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Cidades. Manejo das epidemias.

¹ Departamento de Patologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Graduado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1977, PhD em 1983, Professor Associado em 1986 e Professor Titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1996. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Ciências. Membro do Conselho Científico do GURME/Organização Meteorológica Mundial. pepino@usp.br.



I. INTRODUÇÃO

As epidemias surgem a partir da transição do modo de vida do *Homo sapiens*, que passa de caçador/coletor para habitar as cidades. As pandemias surgem com o desenvolvimento do comércio entre nações; a migração de bens e pessoas permitiu o intercâmbio de novos agentes infecciosos entre povos e continentes. As comunidades de caçadores/coletores eram, em geral, compostas por algumas centenas de membros altamente dependentes da disponibilidade de recursos do meio ambiente para a manutenção do grupo. A estrutura das moradias era suficientemente simples para permitir a migração da comunidade quando do esgotamento desses recursos naturais do entorno. A densidade populacional e a reduzida mobilidade das comunidades coletoras favoreceram a seleção de doenças com baixa letalidade, no mais das vezes com transmissibilidade dependente de vetores ou meio aquoso. A malária e a esquistossomose são exemplos desse tipo de doença, em que os agentes causadores das moléstias conseguiam circular por longos tempos nas comunidades humanas, por permitirem a sobrevivência dos infectados e terem vetores capazes de promover a sua distribuição e espalhamento.

O modo de vida dos caçadores/coletores era extremamente difícil nas regiões com maior escassez de recursos naturais. A luta pela sobrevivência estimulou a criatividade do cérebro humano a ponto de criar agricultura, com manejo de espécies vegetais e animais para a produção de alimentos. A combinação de aumento da densidade populacional com a deterioração do saneamento foi fundamental para o surgimento de epidemias, muitas vezes causadas por novos agentes infecciosos vindos dos animais domesticados para a produção dos alimentos. O excesso de produção fez nascerem estoques, acúmulo de riquezas e comércio, permitindo a troca de mercadorias e, também, de agentes infecciosos. A posse de bens acumulados quebra o paradigma da relativa igualdade existente entre os caçadores/coletores e estabelece os princípios da desigualdade social e econômica, inerente ao ambiente urbano.

A peste negra (a peste bubônica, transmitida pela *Yersinia pestis*) que assolou o continente europeu a partir da Ásia talvez seja o exemplo mais eloquente da devastação causada por um agente infeccioso de alta letalidade quando disseminado no ambiente urbano. O bacilo foi transportado até a Europa pelos navios que faziam a rota comercial do Mediterrâneo e tinha, como reservatório, os ratos habitantes do lixo acumulado nas ruas, assim como as pulgas e insetos vetores de transmissão que persistiam nas vestimentas por conta das precárias condições de higiene da população.

O aumento da população das cidades europeias a partir do século XVIII contribuiu para o surgimento da varíola, assim como o comércio do Império Britânico no século XIX levou o cólera a todos os continentes. As grandes migrações causadas pela primeira guerra mundial contribuíram para a pandemia de H1N1 em 1918. A centralidade da combinação entre adensamento populacional e atração de mobilidade global para os grandes centros urbanos mais uma vez se manifesta na pandemia causada pelo SARS-CoV-2 no século XXI.

Como se vê, as febres percorrem as ruas das cidades desde a Antiguidade e, a despeito da evolução tecnológica, continuam cobrando um preço alto dos seres humanos nos dias de hoje. O presente estudo visa apresentar, de forma objetiva, os aspectos determinantes da relação entre o meio urbano e a pandemia de COVID-19.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A bibliografia que dá suporte ao texto foi selecionada a partir da busca ativa na base de dados PubMed, por meio da combinação do termo COVID-19 com os seguintes tópicos: urban geography (36 artigos), urban (579 artigos), air pollution (324 artigos), urban mobility (33 artigos) and socioeconomic (1203). Todos os resumos foram lidos, sendo selecionados 237 artigos completos por se encaixarem melhor ao escopo do presente estudo. A seguir, foram sumarizados os achados mais representativos de cada tópico. Serviram também de base os relatórios das Secretarias Estadual e Municipal da Saúde de São Paulo.

3 RESULTADOS

3.1 COVID-19 E ADENSAMENTO URBANO

A magnitude e a velocidade de espalhamento de um vírus de transmissão interpessoal são altamente dependentes do adensamento populacional urbano. As epidemias caudadas pelos β -coronavírus não fogem a essa regra. Em 2002, é relatada a epidemia de SARS na cidade de Foshan, província de Guangdong (China), uma cidade com mais de 7 milhões de habitantes. O atual surto de SARS-CoV-2 tem seus primeiros casos identificados em dezembro de 2019

na cidade de Wuhan (11 milhões de habitantes) pertencente à província chinesa de Hubei. Após uma disseminação no continente asiático, a COVID-19 chega ao continente europeu já em janeiro de 2020, transportada por aviões, desembarcando nos diferentes continentes seguindo os grandes entroncamentos aeroviários do mundo. A partir da entrada do vírus nas grandes cidades, a disseminação local exibiu um comportamento altamente influenciado pelo uso e ocupação do solo e adensamento urbano. Estudos geostatísticos conduzidos em Wuhan ⁽¹⁾ demonstraram que a progressão de casos foi modificada por fatores distribuídos não homogeneamente no território urbano: a proximidade de estabelecimentos de grandes hospitais; a densidade de grandes empreendimentos comerciais; áreas urbanas com expansão recente; estações de metrô; e áreas ocupadas pelos segmentos da população com maior faixa etária. A mesma associação de maior frequência de casos com a proximidade de grandes hospitais já fora detectada em Toronto para a SARS de 2012 ⁽²⁾.

A disseminação da COVID-19 no território alemão também foi influenciada pelas características urbanas, mostrando associações significativas com densidade do espaço construído, distribuição de centros de encontros comunitários, condições do mercado de trabalho e infraestrutura de transporte ⁽³⁾. Uma análise combinada entre informações espaciais da China e da Itália mostrou, mais uma vez, a importância da densidade populacional urbana na rapidez da disseminação e maior permanência da doença em cidades com estas características ⁽⁴⁾.

Em Fortaleza, ficou evidente que a disseminação da COVID-19 estava associada às características urbanas, tais como precariedade das habitações e vulnerabilidade socioeconômica ⁽⁵⁾. A mesma combinação de fatores foi descrita em São Paulo ⁽⁶⁾ e em Salvador ⁽⁷⁾.

3.2 FATORES SOCIOECONÔMICOS COMO PROMOTORES DA VARIABILIDADE INTRAURBANA DA INCIDÊNCIA E GRAVIDADE DA COVID-19

Os exemplos acima citados indicam que a morfologia urbana, o padrão de uso e ocupação de solo, a conectividade social e o sistema de transporte são fatores importantes para a disseminação da COVID-19, mas que estão longe de serem eventos dissociados da desigualdade social e econômica.

A população com menor poder aquisitivo e resiliência familiar faz uso do transporte coletivo de massa para conseguir sustento, dificultando, desta maneira, o isolamento social preconizado pelas autoridades de saúde. Não é possível também ignorar a densidade domiciliar nessas comunidades, que somada à densidade regional e à barreira cultural facilitam o contato entre pessoas e, conseqüentemente, a disseminação do SARS-Cov-2. Nesse sentido, estudos conduzidos em várias partes do mundo, incluindo o Brasil, indicam que a COVID-19 tem a sua incidência, gravidade e letalidade altamente influenciadas pelos indicadores sociais e econômicos.

Estudos comparando a variabilidade espacial da distribuição de casos de COVID-19 em diferentes cidades dos EUA indicaram que a comunidade negra e menos favorecida economicamente apresentou taxa acumulada de incidência três vezes maior do que a observada na população branca ⁽⁸⁾. Comparando os pontos de maior incidência das cidades de Nova York e Chicago, foi demonstrado que a densidade de pessoas por habitação – um índice de vulnerabilidade econômica – interagia com a densidade demográfica regional aumentando risco de contrair a COVID-19 ⁽⁹⁾.

Os conjuntos dos achados acima apontados mostram que não somente o tamanho e a densidade populacional de uma cidade determinam a incidência de COVID-19, mas que o ambiente social e econômico contribui de forma decisiva para a variabilidade intraurbana de disseminação e gravidade da doença.

3.3 MOBILIDADE COMO FATOR DE TRANSMISSÃO DA COVID-19

A velocidade e a disseminação da transmissão interpessoal da COVID-19 são altamente dependentes do espalhamento pela mobilidade de indivíduos transmissores. Foi a mobilidade aérea que propiciou que essa doença infecciosa se espalhasse por todos os continentes em poucas semanas após o surgimento dos primeiros casos. Uma vez disseminada pelas cidades de diferentes partes do mundo, o surgimento de casos autóctones também foi dependente do perfil de mobilidade dentro de cada território.

No caso brasileiro, a doença chegou do exterior por via aérea e, dadas as características de transporte em nosso país, incorporou também o modal rodoviário como veículo de disseminação. Tomando como exemplo o estado de São Paulo, os primeiros casos observados de COVID-19 foram detectados em pessoas que contraíram a doença no exterior. A partir desses casos iniciais, a doença espalhou-se em escala estadual a partir do transporte de passageiros e de cargas na região Metropolitana de São Paulo, atingindo outras cidades e regiões metropolitanas interligadas pelas rodovias paulistas ⁽⁶⁾. Isso também parece ter acontecido com as outras regiões brasileiras, aonde a doença chegou predominantemente por via aérea nos pontos de entroncamento e, a partir destes, avançou rumo às menores cidades por meio de rodovias. Excetuando a região Amazônica, onde o transporte fluvial por grandes distâncias em embarcações com dormitórios compartilhados parece ter contribuído muito para o espalhamento da COVID-19 nas pequenas cidades.

O tamanho do território brasileiro e a relativa lentidão da mobilidade rodoviária contribuíram de forma significativa para a variabilidade da incidência da doença, tanto em escala nacional como estatal. Ao contrário do que aconteceu na Europa, o Brasil apresentou curvas de infecção não sincronizadas ao longo do seu território, que apresentaram momentos distintos de ascensão, platô e redução de novos casos.

Hoje, é reconhecido pelas autoridades de saúde que a transmissão do SARS-CoV-2 pode

ocorrer em ambientes fechados não hospitalares também por via aérea por transmissão de gotículas da moda fina do aerossol (diâmetro aerodinâmico inferior a 2,5 micrometros) produzidas pela fala, tosse ou espirros⁽¹⁰⁾. Essas partículas infectantes podem se espalhar a distâncias muito superiores aos 1,5 metro de distância recomendados pelas autoridades de saúde, e podem também permanecer em suspensão por horas em ambientes desprovidos de ventilação adequada. Coerentemente, estudos da distribuição intraurbana da doença já haviam mostrado a associação entre uso de transporte coletivo e maior risco de desenvolvimento de COVID-19^(1,4). Estudos em curso na cidade de São Paulo também mostraram que a utilização de transporte coletivo pode ser um fator adicional de risco para contrair a doença⁽¹¹⁾.

As características da mobilidade das cidades brasileiras podem também contribuir para a disseminação da COVID-19 pela produção de poluentes atmosféricos de efeito local. Na maior parte das cidades brasileiras, a poluição do ar tem como uma das suas fontes principais as emissões automotivas. Estudos baseados em dados combinados de várias cidades norte-americanas estimam que a exposição crônica dos habitantes urbanos aumente substancialmente o risco para o desenvolvimento da COVID-19. As estimativas dos modelos epidemiológicos realizados indicam que um acréscimo de 1 micrograma por metro cúbico da concentração ambiental de partículas finas de poluição (com diâmetro aerodinâmico inferior a 2,5 micrometros) está associado a um aumento de 8% de risco de contrair a COVID-19⁽¹²⁾.

4. DISCUSSÃO

O caminho pavimentado pela moderna ciência biomédica criou as condições para o desenvolvimento de vacinas eficazes e agentes antimicrobianos. Apesar dos recursos terapêuticos hoje disponíveis, as epidemias e pandemias continuam a assolar a espécie humana. A progressiva urbanização da população criou as condições propícias para o surgimento de epidemias e pandemias. O adensamento populacional aproximou as pessoas facilitando a transmissão de inóculos infectantes. A velocidade e a extensão da mobilidade para todas as partes do planeta contribuíram para a disseminação global de doenças infecciosas. A deterioração do ambiente urbano e a desigualdade social e econômica coexistem e fragilizaram segmentos importantes da população urbana. Ansiamos por soluções técnicas, como, por exemplo, novas vacinas. Mesmo que vacinas estejam disponíveis para o controle da COVID-19, é bom lembrar o fato de que mesmo vacinas eficientes não foram capazes de extinguir doenças como o sarampo e a poliomielite. Fatores culturais e a propagação de mitos e ignorâncias têm criado barreiras para a vacinação e controle de doenças infecciosas. Além disso, há pontos de nosso planeta onde os sistemas de saúde não são estruturados de tal forma que consigam efetivamente executar medidas de controle e tratamento das epidemias.

O cenário impõe a necessidade de novas formas de atuação para a Saúde. O conceito de saúde urbana passa a ser absolutamente necessário e deve ser compreendido sob o prisma de novos conceitos de ação e de proposição de políticas públicas. Saúde urbana não deverá ser compreendida somente como a forma de melhorar a saúde das pessoas que habitam as cidades,

mas provavelmente evoluirá para o conjunto de processos e ações voltadas para a melhoria da funcionalidade e sustentabilidade do complexo ecossistema urbano.

Ao colocar o ser humano como parte de um ecossistema complexo, fica implícito o conceito de que a obtenção de um equilíbrio sustentável do ambiente das cidades beneficiará a saúde das pessoas que nela habitam. Nessa perspectiva, incorpora-se a ideia de que a saúde do homem depende da sustentabilidade do ambiente em que vive, em contraposição ao conceito de que as cidades devem subsistir às custas dos recursos ambientais do seu entorno.

Serviços como o provimento de água, saneamento básico e controle da temperatura de uma cidade dependem do respeito e preservação dos espaços urbanos e periurbanos. O uso do solo como uma mercadoria fez com que as porções mais estruturadas do espaço urbano fossem despovoadas, abrigando grandes empreendimentos comerciais. A população mais vulnerável, conseqüentemente, foi deslocada para as regiões mais periféricas, muitas vezes comprometendo as áreas de preservação ambiental e de mananciais. Esse padrão, que pode ser definido como a perda de sustentabilidade ambiental e deterioração da infraestrutura de serviços e moradia nas periferias urbanas, mostrou ser, no caso da COVID-19, um importante determinante da transmissão, extensão e gravidade do adoecimento.

Embora a qualidade da estrutura urbana seja um fator importante para regular o balanço entre saúde e doença no curso de uma epidemia, certamente a gestão integrada do espaço urbano não é de responsabilidade do setor Saúde. É, porém, extremamente relevante que os profissionais da Saúde dialoguem com os demais setores que determinam a gestão urbana e transmitam os efeitos adversos da falta de sustentabilidade das cidades como um dos elementos centrais da patogenia das doenças, tanto as infecciosas (como na presente situação da COVID-19) como também moléstias não transmissíveis. Pela sua credibilidade e capilaridade, o setor Saúde está muito capacitado a integrar os diferentes setores das municipalidades, tendo como foco central a saúde do ecossistema urbano e das cidadãs e cidadãos que nele habitam.

REFERÊNCIAS

1. Li X, et al. Associating COVID-19 Severity with Urban Factors: A Case Study of Wuhan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):E6712. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186712>.
2. Affonso DD, Andrews GJ, Jeffs L. The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's health care. *J Adv Nurs*. 2004;45(6):568-78. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003>.
3. Scarpone C, et al. A multimethod approach for county-scale geospatial analysis of emerging infectious diseases: a cross-sectional case study of COVID-19 incidence in Germany. *Int J Health Geogr*. 2020;19(1):32. doi: <https://doi.org/10.1186/s12942-020-00225-1>.
4. Rader B, et al. Crowding and the shape of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. 2020;26(12):1829-34. doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1104-0>.
5. Braga JU, et al. Propensity for COVID-19 severe epidemic among the populations of the neighborhoods of Fortaleza, Brazil, in 2020. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1486. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09558-9>.
6. Nakada LY, Urban RC. COVID-19 pandemic: environmental and social factors influencing the spread of SARS-CoV-2 in São Paulo, Brazil. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;1-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10930-w>.
7. Oliveira LA, Aguiar Arantes R. Neighborhood Effects and Urban Inequalities: The Impact of COVID-19 on the Periphery of Salvador, Brazil. *City Soc (Wash)*. 2020;32(1):10.1111/ciso.12266. doi: <https://doi.org/10.1111/ciso.12266>. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32508395.
8. Parcha V, et al. Geographic Variation of Racial Disparities in Health and COVID-19 Mortality. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2020;4(6):703-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2020.09.005>.
9. Maroko AR, Nash D, Pavidonis BT. COVID-19 and Inequity: a Comparative Spatial Analysis of New York City and Chicago Hot Spots. *J Urban Health*. 2020;97(4):461-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00468-0>.
10. Morawska L, Milton DK. It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2020;71(9):2311-2313. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>.
11. Ziegler MF. Mapa de hospitalizações pode servir de base para planos territorializados de combate à pandemia. Agência Fapesp [Internet]. 9 jun 2020 [acesso 2020 dez 16]. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/mapa-de-hospitalizacoes-pode-servir-de-base-para-planos-territorializados-de-combate-a-pandemia/33343/>.
12. Wu X, et al. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study. Version 2. medRxiv. Preprint. 2020 abr 7. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054502>.

SALA DE EMERGÊNCIA PLANETÁRIA: A ENCRUZILHADA CIVILIZATÓRIA E AS AFLIÇÕES DO SÉCULO XXI

Lilian Rose Lemos Rocha¹

RESUMO: O artigo pretende discutir as aflições que hoje envolvem nossas relações planetárias. Estamos vivenciando emergências ambientais, climáticas e na saúde pública mundial. Essas emergências refletem em todos os nossos modelos de desenvolvimento (econômico, social e político). Estamos diante de uma encruzilhada civilizatória entre o ecologicamente (in)correto e o socialmente justo. A humanidade está na sala de emergência, e a sua sobrevivência depende de uma mudança de comportamento dos indivíduos e de suas relações com o meio ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência Climática. Encruzilhada Civilizatória. Sala de Emergência. Queimadas. Saúde.

1 Possui graduação em Direito pela Universidade Federal da Bahia (1993). Mestrado em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília / Centro de Desenvolvimento Sustentável (2005). Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde-Unb (2015). Pós-Doutoranda pela a UERJ sob orientação do Professor Doutor Daniel Sarmento. Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-Graduação *Lato sensu* em Direito e do Centro Brasileiro de Estudos Constitucionais e do Observatório das Cortes Constitucionais da América Latina do Centro de Ensino Universitário de Brasília UniCEUB. <http://lattes.cnpq.br/8960977928455115>. E-mail: lilian.rocha@ceub.edu.br.



I. INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende analisar alguns dos fenômenos que moldam de forma emblemática o mundo contemporâneo. A forma de interação da sociedade com o meio ambiente tem produzido um impacto cada vez maior sobre os comportamentos individuais – tanto nas relações intrapessoais como nas relações do homem com outros seres vivos e com a própria natureza.

Para o desenvolvimento da discussão, utilizar-se-ão dados descritivos, qualitativos e quantitativos. Coletaram-se os dados em alguns artigos científicos relacionados com o tema, pesquisas sobre desmatamento e seus efeitos na saúde das populações e demais fontes necessárias ao bom desenvolvimento do assunto. Como resultado, buscar-se-á fazer uma reflexão sobre o nosso modelo de desenvolvimento e sobre os seus reflexos nas alterações climáticas, no desmatamento e nas queimadas do meio ambiente natural. Observou-se uma estreita relação entre os referidos reflexos e a qualidade da saúde humana.

A interação do homem com o mercado de trabalho e suas relações interpessoais têm desafiado a sociedade e exigido soluções sustentáveis em múltiplas dimensões.

De acordo com Luís Roberto Barroso:

O século XX talvez não tenha sido tão breve, mas certamente foi uma era de extremos, teve simultaneamente, a marca de guerras e genocídios, de um lado, e a consagração dos direitos humanos e a expansão da democracia do outro ⁽¹⁾.

Também, não se pode esquecer que, ao final do século XX, pensava-se que as batalhas ideológicas entre o fascismo, o comunismo e o liberalismo resultariam na vitória arrasadora do liberalismo.

A impressão que se tinha era de que a democracia, os direitos humanos e o capitalismo estavam destinados a conquistar o mundo. O que assistimos neste momento, com grande aflição quanto à atuação de alguns atores (políticos e gestores públicos), é o emperramento do liberalismo e o enfraquecimento da democracia no mundo.

Os desafios ambientais fazem parte de todas estas aflições globais que hoje enfrentamos. São o resultado da falta de vontade política na busca de um novo paradigma, da conveniência dos gestores públicos em não implementar práticas ambientais devidas, para minimizar os impactos da mudança climática que hoje é uma realidade sem retorno.

Corremos risco de extinção. Nos próximos anos, várias ameaças existenciais estão na eminência de acontecer: colapso ambiental, colapso na saúde e colapso dos nossos modelos políticos.

Estamos numa sala de emergência planetária. Os humanos desestabilizaram a biosfera global. As práticas de desenvolvimento do homem vêm pilhando a natureza e retirando cada vez mais recursos, e despejando lixo, veneno, poluindo a água, provocando alterações na atmosfera. Somos um grande problema para todos os demais seres vivos.

Alteramos nossas práticas na agricultura, ampliando a produção em grande escala, em que fertilizamos artificialmente o solo e envenenamos os rios, lagos e oceanos, alterando a vida marinha.

O resultado dessas práticas insustentáveis é conhecido: habitats degradados, animais e plantas em extinção. Ecossistemas inteiros são destruídos.

No ano de 2020, desde janeiro, o mundo passa por um grave problema de saúde que interrompeu, abruptamente, todos os nossos modelos sociais e econômicos. As nossas relações com a política afetam a saúde dos seres humanos e não humanos. Teria a crise de saúde escancarado o colapso da sociedade humana? A nossa espécie está em risco de extinção?

O artigo pretende discutir as aflições que envolvem as nossas relações planetárias na atualidade. Vivemos uma emergência ambiental, climática e uma emergência de saúde pública mundial. Essas crises refletem em todos os nossos modelos de desenvolvimento econômico, social e político. Na verdade, estamos diante de uma encruzilhada civilizatória que exige uma mudança de comportamento do homem e das suas relações com o meio ambiente.

2. A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA: QUANDO VOCÊ CRESCER, TALVEZ O PLANETA SEJA DIFERENTE!

O aquecimento do planeta é o maior exemplo do coquetel da modernidade. No começo do século XX, nenhum ser humano poderia imaginar que os nossos modelos de

desenvolvimento resultariam no aumento da temperatura de todo o sistema planetário – alterando definitivamente o clima terrestre.

Segundo o pesquisador Yuval Harari:

Ninguém sabe exatamente quanto dióxido de carbono podemos continuar lançando na atmosfera sem desencadear um cataclismo irreversível. Mas nossas melhores estimativas científicas indicam que a menos que cortemos drasticamente a emissão de gases de efeito estufa nos próximos vinte anos, a temperatura média global se elevará em 2 °C, o que resultará na expansão de desertos, no desaparecimento de eventos das calotas de gelo, na elevação dos oceanos e em maior recorrência de eventos climáticos extremos, como furacões e tufões ⁽²⁾.

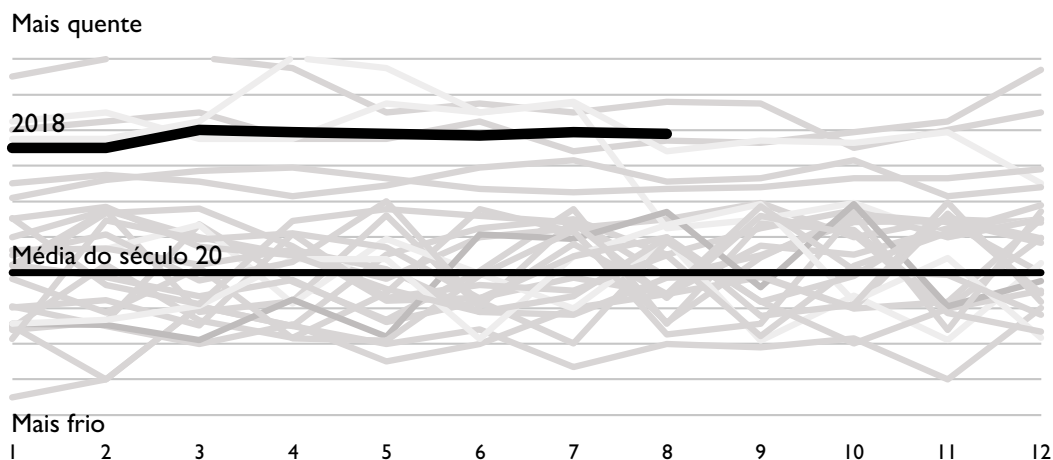
Essas mudanças afetaram a nossa produção agrícola e ocasionaram inundações nas cidades. Com efeito, grande parte do planeta pode se tornar inabitável. De acordo com os dados fornecidos em 2018 pela Organização das Nações Unidas (ONU) ⁽³⁾, a meta de limitar o aumento da temperatura global, prevista no Acordo de Paris (2015), “abaixo de 2 °C em relação aos níveis pré-industriais” corre o risco de não ser atingida, pois as grandes economias não se demonstram comprometidas com suas promessas.

Vários pesquisadores e cientistas do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) alertaram os integrantes do Acordo de Paris que a temperatura média global deveria ser mantida abaixo de 1,5 °C para restringir os efeitos nefastos da poluição. Dessa forma, mesmo que fosse respeitado o acordo firmado, manter a elevação dos 2 °C não seria suficiente para evitar uma catástrofe ambiental.

De acordo com dados da National Oceanic And Atmospheric Administration – U.S. Department Commerce ⁽⁴⁾, segundo cinco relatórios de dados globais mantidos de forma independente, nos primeiros 10 meses de 2018, a temperatura média global ficou 0,98 °C acima dos níveis registrados entre 1850 e 1900.

O **Gráfico 1** a seguir ilustra a referida situação.

GRÁFICO 1. Temperatura global comparada à média do século XX (1880 - agosto 2018)

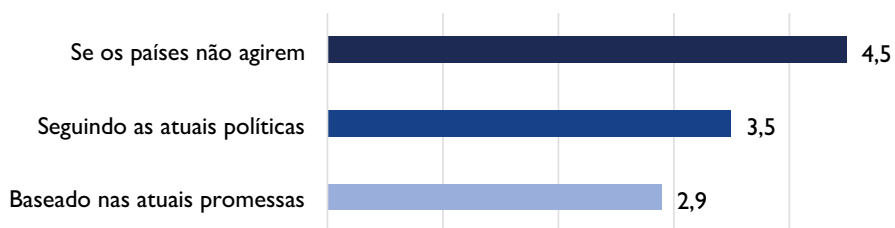


Fonte: National Oceanic And Atmospheric Administration ⁽⁴⁾.

Conforme dados fornecidos pela Climate Action Tracker ⁽⁵⁾, o período de 2015 a 2018 ocupou os primeiros lugares no *ranking* mundial de períodos de aquecimento global. Faz-se necessário informar que, mesmo com a tendência de aumento da temperatura, não houve mudança nos modelos de desenvolvimento nem investimentos em larga escala para subsidiar mecanismos de desenvolvimento limpo. A ONU afirma que, continuando a mesma forma de industrialização e mantendo a cultura de permissividade com o desmatamento, as temperaturas planetárias subirão de 3 °C a 5 °C até 2100.

De acordo com o **Gráfico 2**, numa projeção da média de aquecimento global até 2100 realizada pela Climate Action Tracker ⁽⁵⁾, fica claro que, se os países não internalizarem mudanças radicais (tanto coletivas quanto individuais), o planeta sofrerá um aquecimento de 4 °C a 5 °C. Mesmo aplicando as políticas atuais de controle do aquecimento global, o aumento ainda seria significativo (na casa de 3,5 °C).

GRÁFICO 2. Média de aquecimento global projetada para 2100 (°C)

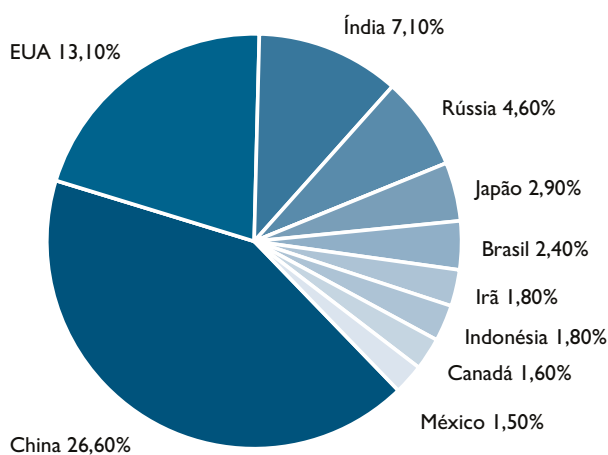


Fonte: Climate Action Tracker ⁽⁵⁾.

Segundo o Climate Action Tracker ⁽⁵⁾, se os países não tomarem atitudes eficientes e eficazes para minimizar o aquecimento global, o mundo enfrentará mudanças catastróficas, tais como: subida do nível do mar, elevação na temperatura e acidez dos oceanos; e a própria capacidade de produção dos alimentos estará fortemente ameaçada.

Ainda conforme os mesmos dados, no ano de 2018, foram registradas temperaturas altas em vários lugares do planeta. Os países com maiores emissores de gases de efeito estufa do mundo estão representados no **Gráfico 3**:

GRÁFICO 2. Países que são os maiores emissores de gases de efeito estufa, 2020



Fonte: Joint Research Center/ PBL Netherlands Environmental Assessment Agency ⁽⁶⁾.

Observa-se que os países com uma forte industrialização têm pouca preocupação com as questões ambientais, sendo os maiores emissores de gases que provocam o efeito estufa. O Brasil é responsável por 2,4% devido às práticas de desmatamento. Essa realidade foi escancarada na (anti)política ambiental do governo do Presidente Jair Bolsonaro.

Conforme o Centro Comum de Pesquisa Europeia e a Agência Holandesa de Avaliação Ambiental, os maiores emissores de gases de efeito estufa são a China e os Estados Unidos da América (EUA) (responsáveis por mais de 40% das emissões globais). Essa mudança climática conduz o nosso planeta à sala de emergência da humanidade e constitui um problema grave e real, tendo como uma das principais causas as atividades humanas (a queima de combustíveis fósseis, do gás natural, das atividades industriais, dos meios de transportes, da agricultura extensiva, do desmatamento, da desertificação) ⁽⁶⁾.

As causas da mudança climática são problema global ocasionado pela própria humanidade, portanto, a sua solução exige de nós um comprometimento (global, local e regional) de todos os atores envolvidos. Todos devemos colaborar e assumir as suas responsabilidades.

É necessária uma atuação efetiva e eficaz dos Organismos Internacionais e dos Governamentais para desenvolverem projetos eficientes de educação ambiental, fiscalização das atividades econômicas e aplicação imediata de mecanismos de desenvolvimento limpo.

Evidentemente, apenas a criação de programas de educação ambiental não obtém resultados satisfatórios e não ocasiona uma mudança de comportamento nos usuários de bens e serviços que comprometem a atmosfera. Faz-se necessária uma mudança no comportamento individual e coletivo (das empresas, dos governos e de todos os integrantes da sociedade). Não basta apenas a criação de legislação e protocolos, é essencial que os mecanismos de comando e controle sejam aplicados com eficiência e eficácia para inibir os atos danosos.

Vejam alguns dados alarmantes dos efeitos das mudanças na agricultura e, principalmente, na saúde das populações. Conforme pesquisa apresentada por Stefan Cunha Ujvari ⁽⁷⁾, no século XX, a mídia divulgou algumas enchentes que devastaram o Peru e incêndios florestais na Austrália. Esses efeitos decorreram do fenômeno *El Niño*.

No ano de 1876, a Índia sofria uma grande seca, que hoje se sabe era devida ao *El Niño*, e a produção de grãos começou a diminuir, provocando fome em toda população. Os indianos, com fome e sem trabalho, saem para ocupar as faixas litorâneas.

De acordo com Stefan Ujvari, naquele ano:

50 milhões de indianos haviam sido atingidos pela fome e as epidemias, e aproximadamente 7 milhões de pessoas haviam morrido. Percebe-se o mesmo problema na China, quando a seca atingiu a China, ocasionando o mesmo problema, fome, êxodo da zona rural, e o surgimento de epidemias como a cólera, aumentando assim o número de mortes ⁽⁷⁾.

No Brasil, no mesmo período que atingiu a China e a Índia, o fenômeno *El Niño* também provocou alterações no clima (gerando longos períodos de estiagem no Nordeste e fortes chuvas no Sul). Sendo que “entre 1876 e 1878 levou milhares de flagelados migrantes às estradas secas, em busca de alimento ou local melhor para viver” ⁽⁷⁾.

A migração ocorrida nesse período ocasionou um aumento populacional na cidade de Fortaleza. Circunstância que, efetivamente, foi favorável ao aparecimento da epidemia de varíola na cidade – castigando ainda mais os já empobrecidos trabalhadores.

Kovats e Patz ⁽⁸⁾ afirmam que várias doenças transmitidas por mosquitos, ratos, carrapatos e outros transmissores são provocadas por alterações (naturais ou artificiais) no ambiente e trazem o surgimento de novas doenças e até de doenças que já estavam controladas.

Kovats ⁽⁹⁾ pondera que, quando ocorre o fenômeno *El Niño* e as temperaturas e as chuvas aumentam, em determinadas regiões, criam-se as condições favoráveis para a reprodução

dos mosquitos da malária. No ponto, são exemplos do supracitado problema, o surgimento da malária no Paquistão em 1981 e 1991 e também em Ruanda e Uganda.

Em uma pesquisa desenvolvida por Bouma ⁽¹⁰⁾, percebeu-se que as chuvas e a elevação de temperaturas na América Latina aumentam a proliferação do mosquito da malária. Alguns focos epidêmicos aconteceram na Bolívia, no Peru e no Equador em 1983. De acordo com o autor, na Venezuela, o número de casos aumentou em 37% no ano seguinte. Já a Colômbia sofreu um aumento de 17% dos casos nos anos seguintes (1991 e 1992).

Também não podemos ignorar que as mudanças climáticas e o fenômeno do *El Niño* aumentaram a incidência de outras doenças. Por exemplo, o brasileiro que tem o hábito de viver em proximidade com animais silvestres passou a conviver mais de perto com a leishmaniose, pois a proliferação desenfreada dos mosquitos (fruto dos problemas supracitados) aumenta o risco de contaminação dos animais não humanos e da transmissão para os humanos.

Outra pesquisa, realizada por Arias ⁽¹¹⁾, indica que, no período de 1993 a 1994, os estados do Piauí e do Maranhão registraram um aumento dos casos de leishmaniose. Os estados tiveram entre 40% e 50% de todas as ocorrências vislumbradas no Brasil. Um ano antes do estudo (1992), o estado do Piauí apresentou apenas 1.400 casos. Já no ano seguinte ao período estudado, o aumento foi de mil casos. Além do aumento de casos, os registros não estavam limitados apenas à zona rural, mas surgiam também nas capitais.

Assim, como visto, os impactos ambientais provocados desde a revolução industrial têm alterado as relações dos homens com a natureza e com todos os seres vivos (humanos e não humanos).

O século XX foi um marco de ruptura com a harmonia ambiental, e o retorno parece impossível. As causas das mudanças no ambiente e suas consequências estão interligadas. Estamos na sala de emergência, mas o paciente não quer tomar a medicação prescrita pelos cientistas. Os gestores e o mercado produtivo negligenciam os investimentos necessários para modificar esse quadro. Ocorre que problemas globais exigem respostas globais.

3. A EMERGÊNCIA AMBIENTAL E A CRISE NO SISTEMA DE SAÚDE: ENTRE O ECOLOGICAMENTE (IN)CORRETO E O SOCIALMENTE JUSTO

Diante das práticas insustentáveis dos gestores públicos (governos locais, globais), como equacionar o desenvolvimento sustentável? A nossa pegada ecológica tem depredado o ambiente e pilhado a natureza. A expansão das fronteiras agrícolas, a pecuária extensiva e o modelo de desenvolvimento adotado têm gerado externalidades negativas que afetam a saúde das populações.

Como resolver este dilema de obter crescimento econômico e um desenvolvimento sustentável e saudável? Os formuladores de políticas públicas têm uma tarefa enorme pela frente – refletir sobre estas questões –, mas não são questões simples de serem equacionadas pelos gestores públicos.

Vários são os autores⁽¹²⁾ que apontam para três postulados sobre o processo de desenvolvimento na sociedade moderna:

O primeiro deles seria que a humanidade criou “o mito da natureza infinita, do progresso e do crescimento ilimitado, do sucesso garantido nos grandes centros urbanos”, da força da tecnologia para resolução de todos os problemas sociais – gerando, de acordo com as autoras, uma “crise societal ecológica”.

O segundo postulado, afirmam as autoras, é que internalizamos uma prática social às avessas, alicerçada nas sociedades ocidentais modernas no mundo globalizado; e para o Brasil, os padrões de desigualdade e pobreza não permitem internalizar os mitos do mundo globalizado.

O terceiro postulado, de acordo com as autoras⁽¹²⁾, prescreve que o nosso modelo de desenvolvimento é irreversível e gera externalidades que implicam em danos irrecuperáveis, pois a natureza não tem capacidade de autorregeneração necessária para suportar esse tipo de degradação. Nessa linha, o doutrinador Kuhn⁽¹³⁾ pondera que as contradições e as crises vivenciadas na atualidade podem ser temporárias, mas que levam a mudanças profundas de paradigmas. Assim, surge a crença da natureza infinita, da água infinita e da força da tecnologia como solução para todos os problemas.

Os postulados acima demonstram as dificuldades das sociedades contemporâneas em internalizar o conceito de desenvolvimento sustentável. Segundo Gómez⁽¹⁴⁾, essa mudança no modelo de desenvolvimento pressupõe um processo de transição que pode ser lento ou abrupto e com resultados inesperados.

O debate sobre desenvolvimento sustentável deve persistir e ser condicionado por novos elementos que delineiem o futuro. A sustentabilidade exige postulados para o seu desenvolvimento: a) nenhum país se desenvolve sem um projeto nacional de educação ambiental em longo prazo; b) não existe projeto de desenvolvimento sustentável sem proteção à natureza; e c) não existe projeto de desenvolvimento sustentável sem um forte vetor de investimento na saúde pública.

No Brasil, a emergência ambiental no momento tem sido o desmatamento na região da Amazônia e os efeitos das queimadas na saúde das populações. A acelerada dinâmica do uso de terras e a elevada incidência de pontos de queimadas atingiram proporções alarmantes – atraindo a atenção de ambientalistas, políticos e especialmente de gestores da área de saúde.

Não é que não existiam políticas de monitoramento orbital e controle de queimadas voltadas para conter o deslocamento e o avanço da fronteira agrícola nas áreas de vegetação natural. Ocorre que o governo atual enfraquece as políticas públicas e retira os instrumentos de ação dos órgãos de controle. Esse desmonte no desenho institucional implica altos índices de desmatamento.

De acordo com dados da Imazon⁽¹⁵⁾, o Sistema de Alerta ao Desmatamento (SAD) detectou 529 quilômetros quadrados de desmatamento na Amazônia Legal. Os dados demonstram um aumento de 171% em relação a abril de 2019 (quando o desmatamento somou 195 quilômetros quadrados).

Os estados com maior índice de desmatamento no período de abril de 2020 foram: Pará (32%), Mato Grosso (26%), Rondônia (19%), Amazonas (18%), Roraima (4%) e Acre (1%).

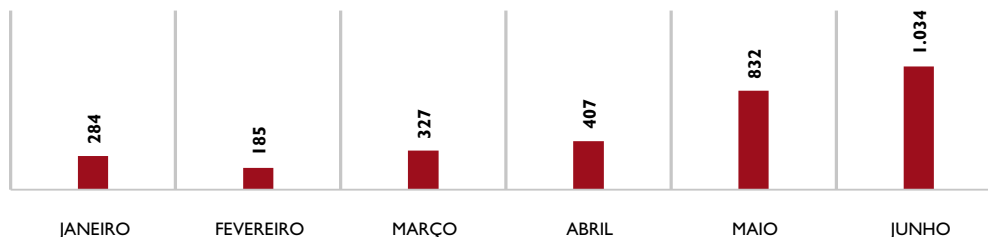
Observa-se que, no período de janeiro a abril de 2020, o desmatamento acumulado é de 1.073 quilômetros quadrados – o que representa um aumento de 133% em relação ao mesmo período de 2019 (quando o desmatamento totalizou 460 quilômetros quadrados).

As florestas degradadas na Amazônia Legal somaram 62 quilômetros quadrados em abril de 2020 – representando uma redução de 39% em relação a abril de 2019, época em que a degradação detectada foi de 102 quilômetros quadrados. Em abril de 2020, a degradação foi detectada em Mato Grosso (77%), Pará (16%) e Rondônia (7%)⁽¹⁵⁾.

Dados do período de maio a junho de 2020⁽¹⁵⁾ indicaram uma alta ainda maior de desmatamento. Os alertas de desmatamento do Instituto Nacional de Pesquisa Espacial (Inpe) apontaram um desmatamento na Amazônia de 22% no período acima mencionado.

O estado do Pará foi a região com a maior área de alertas de desmatamento nos primeiros cinco meses do ano de 2020. Somente nesse período, foram desmatados 631,48 km² – correspondentes a 34,5% do total desmatado no bioma. Em seguida, está Mato Grosso com 558,93 km² desmatados. O terceiro é o Amazonas, com 318,01 km².

GRÁFICO 4. Derrubada de árvores durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Impe⁽¹⁶⁾. (km²).

O desmatamento acelerado na região aconteceu em solo exposto. Quanto à perda de cobertura de vegetação, em torno de 1.765,60 km² (correspondentes a aproximadamente 95,7%) e cerca de 1.3% do desmatamento corresponde à atividade de mineração⁽¹⁶⁾.

O uso do fogo é uma prática internalizada na região, dadas as finalidades absolutamente próprias e culturais. Na região, hoje, observa-se a ausência do estado, os órgãos de fiscalização

encontram-se enfraquecidos e desaparelhados, as políticas públicas estão sendo desmanteladas pelo próprio governo – efetivamente estimulando o aumento das queimadas na região⁽¹⁷⁾.

As medidas proibitivas e punitivas não vêm obtendo resultados satisfatórios – causando o incremento do desmatamento e das queimadas que aumentam todos os anos na denominada região do arco do desmatamento (essa região abrange desde o estado de Mato Grosso até o estado do Pará). Não se pode ignorar que a ausência do Estado na região e a ausência de aplicação de mecanismos de controle e fiscalização trazem consigo enormes repercussões na saúde da população⁽¹⁷⁾.

Os efeitos das queimadas na saúde das populações na região do arco do desmatamento são decorrentes do modelo econômico prevalente na região. Esse modelo está baseado na extração de matéria-prima, madeira, levando a extensa devastação e deterioração do meio ambiente. Além disso, têm-se como subprodutos: a poluição, a contaminação do solo pelo uso abusivo de agrotóxicos e os problemas respiratórios na região⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se que, na região, acontecem todos os tipos de problemas que, de alguma forma, afetam a saúde ambiental: a poluição dos rios pelo mercúrio dos garimpos, a contaminação da água por falta de infraestrutura e de saneamento, a fumaça oriunda das queimadas (gerando problemas respiratórios que afetam crianças e idosos)⁽¹⁷⁾.

De acordo com Lilian Rocha⁽¹⁷⁾, os grupos mais suscetíveis com os efeitos do desmatamento, por via de queimadas, são os de crianças, idosos e indivíduos portadores de doenças no aparelho respiratório. Quanto às crianças, as doenças mais comuns e com maior taxa de mortalidade são aquelas que afetam o aparelho respiratório, em especial, as infecções respiratórias agudas (asma e bronquite). O quadro ainda é agravado pela má nutrição, principalmente, no grupo de baixo nível socioeconômico.

No caso dos idosos, embora a mortalidade esteja mais relacionada aos problemas cardiovasculares, o principal motivo de morbidade são as doenças no aparelho respiratório. Os agravos que podem ocorrer em razão do desmatamento são: a malária, os efeitos respiratórios da fumaça, as epidemias e tantos outros que afetam a qualidade de vida das populações da região amazônica⁽¹⁷⁾.

Minayo e Miranda⁽¹⁸⁾ apontam que a “emergência e reemergência” de doenças no mundo atual estão fortemente potencializadas pela interação dos fenômenos da degradação “socioecológica” dos interesses econômicos e da deterioração dos programas de saúde pública.

Entre os resultados desse processo, há o surgimento de novas doenças, o recrudescimento de outras e a exposição da população a riscos inéditos. Negligenciados pelos governos, todos esses fatores (novos e antigos) colaboram para o complexo cenário que envolve a saúde pública.

Veja-se o **Quadro 1** a seguir.

QUADRO I.

Fator	Exemplos de fatores específicos	Exemplos de doenças
Mudanças ecológicas	Agricultura, represas, desflorestamento, enchentes/secas, fome, mudanças climáticas	Leishmaniose, arbovírus (Sabiá, Rocio, Mayaro), hantavirose
Demografia e comportamental	Crescimento, migrações, guerras, deterioração dos centros urbanos, adensamento	Dengue, tuberculose
Comércio e viagens internacionais	Globalização de alimentos e mudanças no processamento, uso irracional de antibióticos	Malária de aeroporto, Cólera, dengue nas Américas
Adaptação às mudanças dos agentes	Evolução dos microrganismos, resistência	Variações de vírus, bactérias, resistência a antibióticos, pesticidas
Colapso nas medidas de saúde pública	Saneamento e controle inadequado de vetores, cortes nos programas de prevenção	Cólera, dengue

Fonte: Minayo e Miranda ⁽¹⁸⁾.

Segundo a Funasa, em relatório apresentado em 2003 ⁽¹⁷⁾, os principais problemas ambientais que ingressaram no cenário público internacional podem ser divididos em: 1) riscos ecológicos globais; 2) a extinção/destruição de espécies animais e vegetais ameaçadas pela grande exploração de matéria prima; e 3) a destruição de florestas e a redução da biodiversidade (implicando, inclusive, previsões de escassez de recursos naturais).

Em pesquisas realizadas por Samet e White (apud Lilian Rocha) ⁽¹⁷⁾, a facilidade de as pessoas adoecerem devido à poluição seria influenciada por três fatores: I) seu estado de saúde prévio; II) seu período de vida fisiológica; e III) o nível de resposta do organismo à poluição. Uma revisão realizada por Ballester et al. (apud Lilian Rocha) ⁽¹⁷⁾ indicou que as mortes de idosos ocorridas entre 1995 e 1997 na cidade de Fênix (Arizona-EUA) decorreram de uma associação da mortalidade em geral com os altos níveis de CO e NO₂.

Em revisão de Sartor et al. ⁽¹⁹⁾, percebemos que as importantes elevações na temperatura, tais como as ocorridas na Bélgica em 1994, também favorecem um aumento na mortalidade de idosos. Além disso, as queimadas influenciam a mortalidade de toda a população, pois implicam o surgimento e o agravamento de doenças respiratórias e cardiovasculares.

Dessa forma, devemos nos questionar, o que nos reserva este modelo de desenvolvimento e apropriação de recursos naturais? Em que encruzilhada civilizatória a humanidade se encontra neste momento? Como lidar com as doenças que ainda não conhecemos e que estão afetando várias regiões do mundo?

Em uma revisão de pesquisas, o autor Balter⁽²⁰⁾ apresentou o caso de Marburg (Alemanha). No local, existia um pequeno laboratório que realizava algumas pesquisas virais para a pólio, repentinamente, alguns trabalhadores começaram a adoecer. Inicialmente, os médicos trataram como uma virose e diagnosticaram como diarreia bacteriana, mas os antibióticos não surtiram os efeitos esperados, e os doentes sangravam muito (alguns foram ao óbito). A população também começou a desenvolver os sintomas, e o contágio tornou-se um fator preocupante – devido à alta mortalidade. Ocorre que, provenientes de Uganda, alguns macacos foram trazidos para o laboratório, e seus tecidos haviam sido manipulados pelos trabalhadores (implicando o surgimento do vírus desconhecido). A epidemia foi controlada, os macacos foram exterminados e queimados, mas resta claro que se desconhece o potencial letal existente nas florestas – vírus que não conhecemos, e que o homem não tem imunidade para este tipo de doenças.

De acordo com Ujvari⁽⁷⁾, outro caso importante ocorreu em 1976 – um novo vírus que tinha origem nas florestas Africanas, – o patógeno ficou conhecido como ebola; entre os seus graves efeitos, ocasiona febre hemorrágica.

Nesse período, o vírus foi reconhecido como o mais letal tipo de infecção viral⁽²⁰⁾, hoje assistimos ao avanço da COVID-19 sobre a população e percebemos um lastro de mortes muito maior que o Ebola.

As florestas ainda escondem vírus desconhecidos pelos pesquisadores e, quando há uma interação equivocada do homem com a natureza, esses vírus ocasionam epidemias.

Mediante pesquisas, Balter⁽²⁰⁾ aduz que, tanto no caso do vírus Ebola como no caso de Marburg, os macacos não seriam os portadores, pois também iam a óbito quando contraíam o vírus. O vírus deveria ser procedente de algum lugar da natureza e infectou os macacos. Em 1996, houve uma nova epidemia de Ebola no Gabão, com 60 africanos que contraíram a doença e 45 foram a óbito. O período de 1999 a 2000 não seria diferente, foram registrados 99 casos, com mais de 80% de mortes.

As causas dessas epidemias estão ligadas ao desmatamento crescente, à forte urbanização, ocupação desordenada de solo – fatores conhecidos no mundo e no Brasil. Especialmente nos países pobres, as populações encontram-se mais expostas a todo tipo de doenças. As áreas empobrecidas não apresentam sistema de saneamento básico, as crianças ficam expostas a todo tipo de doenças e, constantemente, apresentam quadros clínicos de diarreia, problemas respiratórios agravados pelos desmatamentos, dengue, malária e tantos outros agravos que afetam estas populações.

De acordo com Boaventura de Souza Santos⁽²¹⁾, no século XXI, estamos vivenciando uma emergência planetária, mas, na verdade, algumas populações já viviam em quarentenas sociais – como os jovens das favelas do Rio de Janeiro “que sempre foram impedidos pela Polícia de ir aos domingos à praia de Copacabana para não perturbar os turistas.”

As pandemias desnudam o que as sociedades modernas tentam esconder, principalmente, desnudam o capitalismo e o mercado. Como pedir para as comunidades pobres, os refugiados, os

morados de pequenos cômodos que fiquem isolados? Não é que se ignore que vivemos uma emergência sanitária causada pelo coronavírus. O problema é que as populações pobres já enfrentam outras emergências (como ausência do estado na educação, na saúde, na falta de segurança pública).

Para Boaventura de Souza Santos⁽²²⁾, as emergências sanitárias decorrentes de outras epidemias ainda não foram debeladas. O autor pontua que, neste ano de 2020, já foram registrados 1.833 casos de dengue em Buenos Aires. A maioria dos casos aconteceram na Villa 21, bairro dessa cidade, local onde a maioria da comunidade não tem água potável. Além da epidemia do novo coronavírus, que também é uma emergência de saúde, não se pode esquecer da emergência alimentar, pois a fome atinge os bairros que estão em colapso. Finalmente, não se pode olvidar a emergência da violência doméstica, bastante grave nos bairros das periferias dos grandes centros urbanos e da permanente emergência da violência policial e do encarceramento em massa. A lista dos quarentenados é exaustiva nesta sala de emergência do Brasil e do mundo neste século.

4. CONCLUSÕES ARTICULADAS

Os dados apresentados neste artigo apontam para a importância da avaliação das causas das doenças respiratórias e suas relações com o desmatamento e com as queimadas na região amazônica. Estudos apontam que a queima da floresta traz consigo vários vetores de doenças para as populações locais, como malária, dengue, aumento das doenças respiratórias (asma, bronquite). As pesquisas também apontam que estamos em uma sala de emergência – cabe aos gestores de saúde reforçar os cuidados e vislumbrar o efetivo diagnóstico de doenças respiratórias nos grupos populacionais sensíveis, como idosos e crianças.

É essencial que haja uma modificação das políticas públicas ambientais e de saúde. Não se deve priorizar apenas os critérios de produção em nível de pressão, mas, também a proteção à saúde da população (centrando seus objetivos na busca de melhores condições de vida). Implantar, fortalecer e divulgar unidades produtivas sustentáveis, talvez com programas para recuperação de áreas degradadas ou resgate de passivos de Áreas de Preservação Permanente. Não se pode esquecer que o modelo agropecuário é quem mais contribui para o desmatamento na região amazônica.

Ademais, a presença do estado também é necessária por meio de uma fiscalização mais intensa e um cumprimento com as normas insculpidas no Código Florestal. Não restam dúvidas de que há necessidade de implantação imediata de instrumentos econômicos e de controle para fomentar a mudança no padrão de utilização extensiva do território amazônico (viabilizando bens econômicos e serviços ambientais, dando sustentabilidade para as ações de controle e monitoramento do desflorestamento/ saúde).

É de fundamental importância a participação dos órgãos responsáveis, integrantes do governo federal, no fomento econômico de atividades alternativas à supressão da floresta. Ou seja, carecemos de uma política pública voltada para estas atividades sustentáveis e econômicas.

Outro fator determinante é o fortalecimento e o respeito aos órgãos de monitoramento e controle de queimadas. Os órgãos de monitoramento e controle de queimadas apresentam dados para subsidiar as políticas públicas e agem de forma preventiva na tentativa de informar os gestores públicos para que tomem medidas preventivas de alterações climáticas na região amazônica.

Os modelos de desenvolvimento econômico, social e ambiental levaram a humanidade para uma situação de catástrofe ecológica. A exploração de recursos naturais é uma das características essenciais desse modelo, que implode o lugar da humanidade no planeta. Segundo Boaventura de Souza Santos⁽²¹⁾, as pandemias são reflexos das violações da natureza. Cuida-se de uma forma de autodefesa da natureza.

Em todas as epidemias ou pandemias que a humanidade já viveu ao longo da sua trajetória no planeta, fica claro que as pandemias “não matam tão indiscriminadamente quanto se julga⁽²²⁾. Boaventura Souza Santos⁽²²⁾ afirma que são menos discriminatórias do que outras violências que sofrem os trabalhadores empobrecidos, as mulheres, os negros, os indígenas, os imigrantes, os refugiados, os sem-teto e os idosos. Os mais pobres sofreram e morreram muito mais do que outras classes sociais com um poder econômico maior, pois os mais abastados podem usufruir ou mesmo pagar por serviços mais especializados. Nos processos de exclusão na atualidade, a violência que os grupos vulneráveis vem sofrendo os deixa na sala de emergência da saúde no Brasil e no mundo.

O nosso modelo político, enquanto modelo social, não tem mais futuro, principalmente sua vertente focada no neoliberalismo e no domínio do capital financeiro. Está socialmente e politicamente desacreditado, em face das tragédias na saúde pública e na interação com o meio ambiente. Tudo isso resulta em uma grande crise humanitária mais evidente do que nunca.

Espera-se que, depois de toda a emergência de saúde, climática e ambiental que a humanidade está atravessando, a extrema-direita e a direita hiperliberal fiquem definitivamente desacreditadas. A população global percebeu efetivamente o que está em “jogo”: a precariedade da saúde, a ausência do estado, a desigualdade social e a econômica.

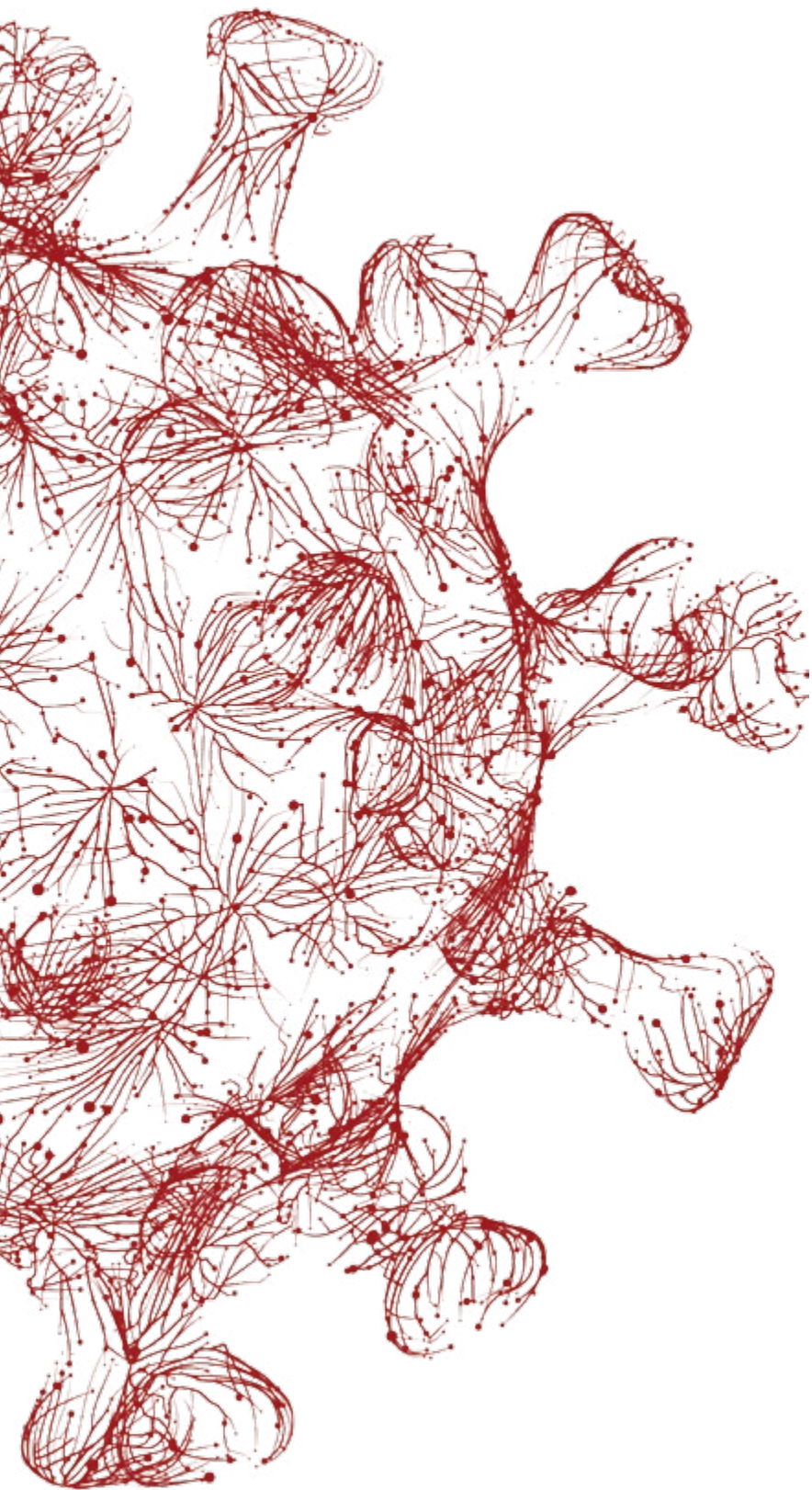
O mundo continua agindo de forma “colonialista”; as epidemias e pandemias só se tornam “globais” quando afetam os países ricos. Por fim, assim como a atual pandemia que vivenciamos, as pandemias e epidemias ao longo da história mostram de forma cristalina como o capitalismo neoliberal deixou o Estado incapaz de responder às emergências.

A comunidade global está numa encruzilhada civilizatória. Ou, como dito neste artigo, numa sala de emergência. Não podemos ignorar as desigualdades sociais, os problemas sanitários globais, os problemas econômicos globais, os problemas climáticos e, principalmente, uma ausência de política de saúde global. Espera-se que a humanidade, os gestores e os demais atores consigam retirar alguma lição que viabilize uma mudança de comportamento em toda a sociedade global. Diante de uma encruzilhada civilizatória, qual o caminho que a humanidade escolherá? O futuro pode começar hoje!

REFERÊNCIAS

1. Barroso LR. Revolução tecnológica, crise da democrática e mudança climática: limites do direito num mundo em transformação. REI. 2019;5(3):1262-1313.
2. Harari YN. 21 lições para o século XXI. São Paulo: Companhia das letras; 2018. 153 p.
3. Organização das Nações Unidas. Página inicial [Internet]. Nova York: ONU; 2020 [acesso 2020 jul 15]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org>.
4. National Oceanic and Atmospheric Administration. Inicial [Internet]. Washington: NORA; 2020 [acesso 2020 jul 13]. Disponível em: <https://www.noaa.gov>.
5. Climate Action Tracker [Internet]. CAT; 2020 [acesso 2020 jul 13]. Disponível em: <https://climateactiontracker.org>.
6. Joint Research Center [Internet]. JRC; 2020 [acesso 2020 jul 15]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/>.
7. Ujvari SC. Meio Ambiente & Epidemias. São Paulo: Senac; 2013. 106 p.
8. Patz J, Kovats RS. A Hotspots in Climate Change and Human Health. BJM. 2002;325(7372):1904-8.
9. Kovats RS. El Niño and Human Health. Bull. W.H.O. (Print). 2000;78(9):1127-33.
10. Bouma MJ, Dye C. Cycles of Malaria Associated with El Niño in Venezuela. J Am Med Assoc. 1997;278:1772-4.
11. Arias JR, Monteiro PS, Zicker F. The Reemergence of Visceral Leishmaniasis in Brazil Emerg Infec Dis. 1996;2(2):145-6.
12. Duarte LM, Theodoro SH. Dilemas do Cerrado. Rio de Janeiro: Garamound; 2002. 248 p.
13. Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1990. 264 p.
14. Gómez WH. Desenvolvimento Sustentável, agricultura e capitalismo in: Becker DF. Desenvolvimento Sustentável: necessidade e/ou possibilidade? Santa Cruz do Sul: Edunic; 1997. p. 95-116.
15. Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia. Boletim de Desmatamento em abril de 2020 [Internet]. Pará: Imazon; 2020. [acesso 2020 jul 14]. Disponível em: <http://imazon.org.br>.
16. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais [Internet]. Brasília: Inpe; 2020 [acesso 2020 jul 14]. Disponível em: <http://www.inpe.br>.

17. Rocha LR. Desmatamento e Queimadas na Amazônia. Curitiba: Juruá; 2017. 204 p.
18. Minayo MC, Miranda A. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 344 p.
19. Sartor F, et al. Mortality in Elderley and ambiente ozone concentration during de summer, 1194, in Belgium. Environ Res. 1997;72(2):109-17.
20. Balter M. On the Trail of Ebola and Marburg Viruses. Science (Wash.). 2000;290(5493):923-5.
21. Santos BS. A Cruel Pedagogia do Vírus. São Paulo: Editora Boitempo; 2020. 35 p.



TRANSMISSÃO DE ARBOVIROSES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E PERSPECTIVAS PARA ESSA SINDEMIA

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti¹

RESUMO: Desde o início da década de 1980, o dengue permanece como um problema de saúde pública no Brasil. A partir de 2015, chikungunya e zika passaram a ocorrer de forma autóctone na maior parte dos estados. Essa tripla circulação de arboviroses já vinha impondo aos serviços de saúde um grande desafio no que tange não apenas às ações de vigilância e controle, mas também de diagnóstico e manejo clínico adequado. No início de 2020, o Brasil reconheceu a circulação comunitária do SARS-CoV-2, causador da COVID-19, fato que gerou problemas ainda mais graves na rede de atenção que já vinha sobrecarregada por conta das epidemias frequentes por arboviroses. Considerando a possibilidade de que essas doenças possam coexistir, com picos de transmissão coincidindo espaçotemporalmente, teremos um novo desafio para desenvolver ações de vigilância e controle vetorial, casa a casa, sem aumentar o risco de transmissão da COVID-19. Dessa forma, este texto teve como objetivo traçar um panorama do cenário epidemiológico no Brasil, em virtude desta sindêmica (circulação das arboviroses e ocorrência da pandemia de COVID-19). Esperamos que essa reflexão possa ser útil não apenas para os profissionais de saúde, gestores públicos e privados, mas para toda a população.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Dengue, Zika. Chikungunya. Arboviroses.

¹ Biólogo, epidemiologista e Doutor em Ciências Médicas. Docente dos cursos de Medicina da Universidade Federal do Ceará e Centro Universitário Christus. <http://lattes.cnpq.br/9221903025439098>. <https://orcid.org/0000-0002-3440-1182>. pamplona.luciano@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

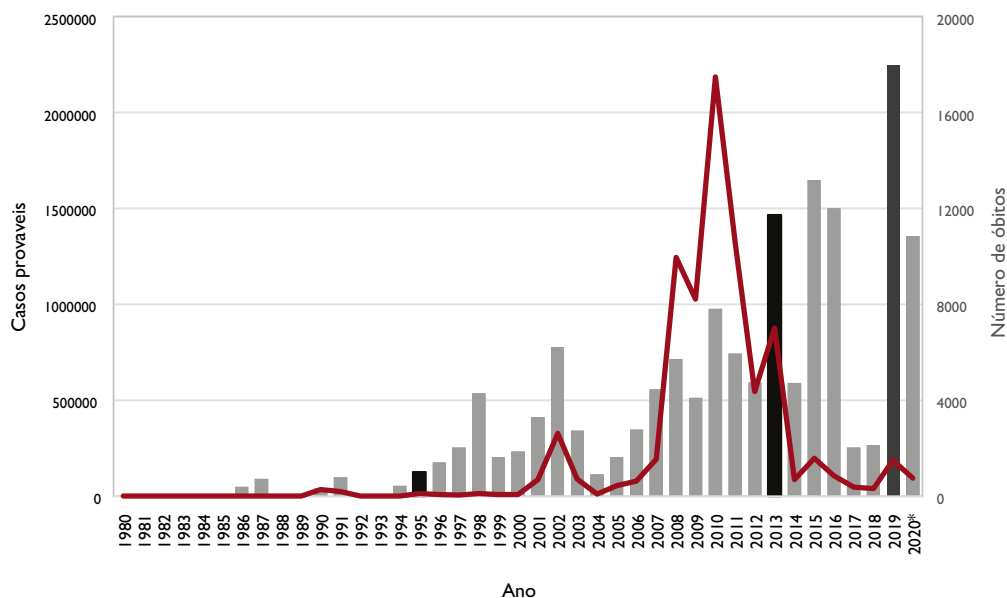
I.1 PERFIL DAS ARBOVIROSES NO BRASIL

Em 1982, foi confirmada a circulação dos vírus dengue (DENV-1 e DENV-4) na cidade de Boa Vista, Roraima⁽¹⁾. Entretanto, existem relatos da circulação do vírus no Brasil desde o século XIX⁽²⁻³⁾ e de seu principal vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, nos anos de 1851/52, durante uma epidemia de febre amarela urbana⁽⁴⁾.

A primeira epidemia de dengue, oficialmente confirmada no Brasil, ocorreu nos anos de 1986 e 1987⁽⁵⁾. Já a partir de 1986, a doença se disseminou pelo Brasil com registro de casos em diversos estados, principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste, com registro frequente de anos epidêmicos.

Os primeiros casos graves foram relatados a partir de 1990, com a introdução do sorotipo DENV-2⁽⁶⁻⁸⁾, atingindo, em 2010, o maior número de óbitos confirmados (17.489) em um único ano.

Em 1995, foi registrada pela primeira vez a ocorrência de mais de 100 mil casos em um único ano. Em 2013, ultrapassamos 1 milhão de casos prováveis de dengue no Brasil. Em relação ao número de óbitos, que teve seu primeiro registro em 1986, em 2002, passamos de 2 mil confirmados; e, em 2010, de 17 mil óbitos confirmados por dengue (**Figura 1**).

FIGURA 1. Casos prováveis e óbitos por Dengue no Brasil, de 1980 a 2020*


* Dados sujeitos a revisão. Atualizados em setembro de 2020.

Só em 2019, foram notificados mais de 2 milhões de casos prováveis de dengue. Nesse mesmo ano, apenas os estados de Minas Gerais, São Paulo e Goiás concentraram mais de 60% desses casos⁽⁹⁾. Já em 2020, até a semana epidemiológica (SE) 36, foram notificados mais de 900 mil casos prováveis, destacando-se os seguintes estados: Acre, Bahia, São Paulo, Paraná, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal com incidências acima da incidência média do Brasil⁽¹⁰⁾.

Desde o início da década de 1980, portanto, o dengue (DEN) permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil.

Mais recentemente, a partir de 2014, casos de chikungunya (CHIK) e zika (ZIK), outras duas doenças transmitidas pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, passaram a ocorrer de forma autóctone no território brasileiro.

Os primeiros casos autóctones de chikungunya foram confirmados em setembro de 2014, atingindo seu maior número em 2016, com mais de 280 mil casos prováveis⁽¹¹⁾. É importante registrar a epidemia ocorrida no estado do Ceará entre os anos de 2016 e 2017, com registro de mais de 140 mil casos confirmados e 245 óbitos; com predomínio desses óbitos na população idosa⁽¹²⁾.

Em 2019, foram notificados 132.205 casos prováveis de chikungunya, com destaque para os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Norte (>75% dos casos). Dados até a SE 36 de 2020 mostram quase 70 mil casos prováveis, com destaque para o estado da Bahia⁽⁹⁾.

Com relação a zika, os primeiros casos foram registrados em abril de 2015, chamando atenção principalmente por conta da sua posterior associação a ocorrência de casos de microcefalia em bebês, cujas mães se infectaram durante a gestação. Esse fenômeno deu origem a uma nova síndrome (Síndrome Congênita pelo Zika vírus), sendo chamado por muitos pesquisadores brasileiros de um novo capítulo da história das doenças infecciosas no mundo. Após o período inicial, houve uma queda no registro de casos novos no Brasil, chegando a 2019 a pouco mais de 10 mil casos prováveis e a 2020 com pouco mais de 6 mil casos, destacando-se a Bahia.

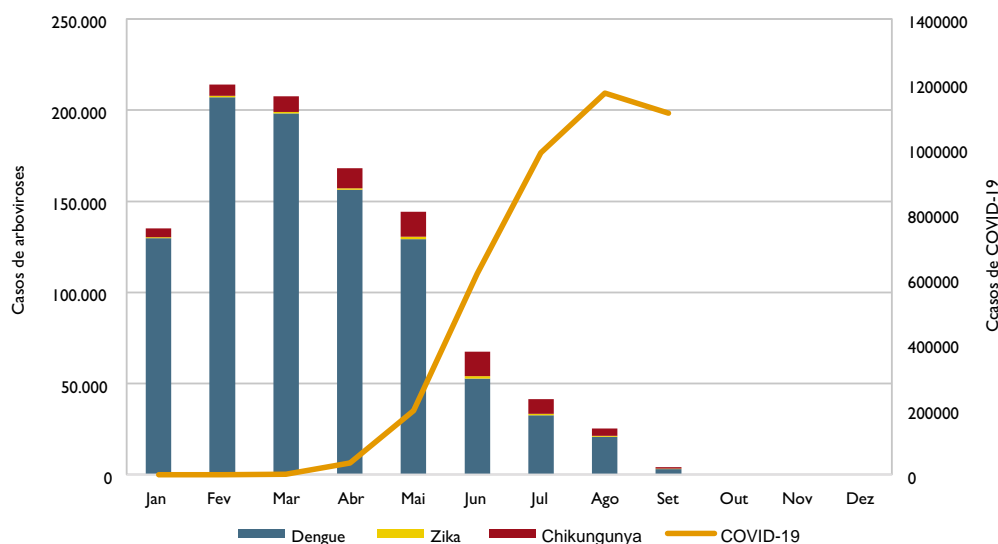
Claro que nunca é demais lembrar da possibilidade de resposta cruzada que há entre os vírus da DENV e ZIKV, o que pode, certamente, comprometer a interpretação desses dados oriundos da vigilância passiva no Brasil.

Merecem destaque também as altas taxas de letalidade e mortalidade por dengue e chikungunya, quando avaliados os idosos, principalmente os maiores de 80 anos. Em 2019, o risco relativo (RR) de morrer por dengue entre as pessoas com mais de 80 anos foi 129,7 vezes maior que na faixa etária de 1 a 4 anos, enquanto na chikungunya o RR na faixa etária maior ou igual a 80 anos foi 87,4 vezes maior que no grupo de comparação (10 a 19 anos). Esses dados apontam para uma maior chance de evolução para gravidade e óbito entre os acometidos, principalmente nesse extremo de idade.

Mesmo após a descentralização das ações de vigilância e controle de vetores no Brasil (portaria nº 1.399/99), e a despeito das ações de controle desenvolvidas pelos serviços de saúde no Brasil, continuam os registros da ocorrência de grandes epidemias recorrentes e crescentes.

Como mais um complicador dessas ações, veio a pandemia causada pela transmissão do vírus SARS-CoV-2, que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020 e interferiu diretamente nas ações de vigilância e controle de vetores. O número de casos confirmados por COVID-19 aumentou de forma acentuada superando, em maio de 2020, o número de casos prováveis por arboviroses (**Figura 2**).

FIGURA 2. Casos prováveis de arboviroses (dengue, Zika e chikungunya) e COVID-19, por mês, no Brasil, 2020*.



* Dados sujeitos a revisão. Atualizados em setembro de 2020.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi relatar a situação de sindemia ocorrida em 2020 no Brasil, com a ocorrência simultânea de epidemias por arboviroses e COVID-19, além de projetar cenários e os possíveis complicadores para o controle dessas doenças.

1.2 O PAPEL DO AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS E AS LIMITAÇÕES DAS ATIVIDADES DE CAMPO EM TEMPOS DE COVID-19

O controle de vetores no Brasil, principalmente no caso das arboviroses, tem forte dependência das ações de visitas feitas casa a casa, realizadas por Agentes de Combate às Endemias (ACE). Vale lembrar aqui que essa função admite várias denominações nos diferentes estados (Agente de endemias, guarda de endemias, agente comunitário de endemias, agente de saúde ambiental, vigilante em saúde etc.).

Essas ações, que tiveram inspiração no trabalho do guarda da Sucam, com o passar do tempo, e imposições de questões de segurança e saúde do trabalhador, têm limitado cada vez mais o escopo dessas visitas domiciliares.

Hoje, provavelmente, há regiões em muitos municípios brasileiros em que esses agentes públicos não têm acesso à casa das pessoas por questões ligadas à violência e à falta de segurança. A despeito de tudo isso, os programas municipais de controle de endemias sobrevivem bravamente,

adequando-se às necessidades locais, ao cenário existente em cada município, ao subfinanciamento, à falta de compromisso de alguns gestores e à falta de reconhecimento da sociedade. Tudo isso contribui para que o indicador de taxa de pendência (% de casas que deveriam ser visitadas pelos agentes e não o são) aumente de forma que possa comprometer os resultados do controle de vetores; principalmente em grandes centros urbanos.

Ainda no primeiro trimestre de 2020, por conta do cenário de transmissão da COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Nota Informativa nº 8/2020-CGARB DEIDT/SVS/MS, com recomendações aos ACE. Essa nota tratava da adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses diante da atual situação epidemiológica referente à COVID-19. A nota recomendava a suspensão de visitas domiciliares, caso o responsável pelo imóvel, no momento da atividade, tivesse idade superior a 60 anos, e o não desenvolvimento de atividades no intradomicílio, devendo priorizar ações na área peridomiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno). Além disso, a nota segue orientando sobre o estímulo ao autocuidado da população sobre as ações de remoção mecânica dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti* e outras medidas de prevenção e controle de doenças⁽¹³⁾.

Ora, se em parte do Brasil a maior proporção dos criadouros se encontra dentro dos domicílios, e os casos mais graves de dengue e chikungunya estão concentrados principalmente na população mais idosa; essa medida, compreensível do ponto de vista da transmissão da COVID-19 (pessoa a pessoa), também contribuiria para o potencial aumento da chance de proliferação do vetor nesse ambiente e conseqüente aumento do risco de transmissão de arboviroses para essa população mais vulnerável.

Para que possamos compreender melhor esse problema, precisamos ter clareza ainda de que os principais tipos de criadouros de *Aedes aegypti* no Brasil mudam bastante em cada região, também entre diferentes bairros de cada cidade brasileira. Portanto, todos os potenciais criadouros de mosquito têm importância relativa, dependendo da região, da estação do ano e das condições de oferta de água e esgoto para população adstrita.

Por outro lado, com a maior permanência das pessoas isoladas nos seus domicílios, aumentou a chance de que essas pessoas pudessem cuidar não apenas de suas casas, mas do seu peridomicílio, contribuindo para redução da infestação pelo *Aedes aegypti*. Essa situação imposta pelas medidas restritivas está sendo uma possibilidade que deve ser considerada e aproveitada pela comunidade, pois o papel do(a) dono(a) da casa vai ser fundamental para redução do número de potenciais criadouros de mosquitos.

Nesse cenário de cocirculação, passa a ser ainda mais fundamental o trabalho de educação desenvolvido pelos ACE, informando sobre o ciclo de vida dos vetores, incentivando esses moradores a evitarem o acúmulo desnecessário ou desprotegido de água, a eliminação adequada de resíduos sólidos e proteção dos depósitos com água. Seria um cenário mais fácil de reforçar na comunidade a importância de cuidar, pelo menos uma vez por semana, do seu ambiente domiciliar e evitar a proliferação de vetores.

O Programa Nacional de controle do *Aedes aegypti* no Brasil tem como uma das estratégias recomendadas para Estados e Municípios a realização periódica do levantamento do índice de infestação pelo vetor. Esse Levantamento Entomológico (LIRAA e/ou LIA) deve ser realizado em períodos estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde, com o objetivo maior de informar a situação entomológica nas regiões, para que as ações possam ser planejadas a partir de cada realidade local. Entretanto, para a realização dessa atividade, o ACE precisa entrar nas residências; contudo, por causa, mais uma vez da pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde suspendeu, por meio da nota (Nota Informativa nº 9/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS), a realização do 2º LIRAA (Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*) do ano de 2020⁽¹⁴⁾. Isso contribuirá para que entremos no próximo ciclo sazonal das arboviroses sem a informação precisa dos atuais índices de infestação pelo vetor, muito menos em que tipo de criadouro eles estariam predominando. Certamente, essa falta de informação qualificada irá prejudicar as ações de controle e limitar sua eficácia diante da presença de vetores nos domicílios.

Outro agente público com grande influência nesse controle do ambiente domiciliar é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que visita as residências para fornecer serviços de saúde diretamente aos habitantes e fornecer informações sobre os riscos à saúde pública àqueles que estão com maior risco de infecção. Esses profissionais, assim como os agentes de endemias, na maior parte do Brasil, já trabalham de forma territorializada, visitando casas e interagindo ativamente com as comunidades.

Um aspecto histórico importante que precisa ser lembrado é o risco de deslocar os servidores das endemias para atuar nas ações de COVID-19. Esse desvio de função dos servidores das endemias já foi documentado como complicador da epidemia de cólera ocorrida no nordeste do Brasil, na década de 1990, quando eles foram deslocados para atuar nessa ocorrência. No ano seguinte, foi registrado um grande aumento da infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* e a maior epidemia de dengue até então registrada⁽¹⁵⁾.

2. O DESAFIO DE LIDAR COM A SINDEMIA

Este cenário, em que temos arboviroses circulando intensamente com a presença da COVID-19, trouxe de volta o termo sindemia, que implica uma rede complexa de fatores sociais e ambientais que promovem e ampliam os efeitos negativos de interações entre doenças⁽¹⁶⁾. Considerando todo o país, os mesmos locais em que temos a presença de mosquitos vetores de arboviroses serão aqueles onde a COVID-19 terá mais impacto. Nesses ambientes, predominam condições de pobreza, baixos níveis de escolaridade, altas densidades populacionais, falta de saneamento e acesso adequado à água de qualidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, moradias e gestão de resíduos sólidos precárias, e deverão contribuir para maior ocorrência dessas doenças. Isso, com a alta prevalência de comorbidades como diabetes e hipertensão, deverá contribuir para aumento da gravidade e mortalidade, podendo levar os serviços de saúde ao colapso.

Outro aspecto que pode potencializar essa tragédia anunciada se deve ao fato de que estamos falando de doenças que apresentam seus picos de transmissão em momento semelhante, na maior parte do Brasil. Se a COVID-19 se manifestar de forma sazonal, como as outras doenças respiratórias que já circulam no país (influenza), coincidindo com o período de aumento da pluviometria, calor e maior proliferação de vetores, poderemos ter no próximo verão a segunda onda recentemente relatada na Europa.

Essa coincidência espaçotemporal da circulação de arboviroses e COVID-19, num sistema de saúde que já apresentava limitação de acessibilidade e que teve de se adequar à nova demanda em um tempo muito curto, poderá contribuir para um novo colapso nos sistemas, tanto público como privado. Isso trará grandes danos à população e, portanto, requer atenção e priorização.

Um complicador que também não pode ser desconsiderado é o fato de que os sintomas clínicos iniciais são difíceis de distinguir. O paciente manifesta aspectos clínicos e laboratoriais que se confundem, dificultando não apenas o diagnóstico precoce e assertivo como também a indicação do tratamento mais adequado⁽¹⁷⁾. Já há relatos de casos que foram erroneamente diagnosticados como dengue, mas posteriormente confirmados como COVID-19⁽¹⁸⁾. As manifestações dessa cocirculação já foram documentadas em vários países das Américas, onde um pico de dengue coincidiu com a disseminação do SARS-CoV-2, e o excesso de mortalidade extremo não pôde ser atribuído apenas à COVID-19⁽¹⁸⁾.

Nos estágios iniciais, tanto dengue como COVID-19 são difíceis de distinguir porque compartilham sinais, sintomas, dados clínicos e laboratoriais semelhantes. Ambos, quando sintomáticos, frequentemente se apresentam inicialmente como febre indiferenciada e presença de sinais e sintomas inespecíficos.

A falha no reconhecimento precoce de um caso de dengue, por exemplo, pode levar a um atraso da terapia de hidratação adequada e contribuir para o aumento do número de mortes evitáveis. Por isso, estimular o desenvolvimento de forma rápida de testes para SARS-CoV-2/arboviroses e disponibilizar o quanto antes esses testes virológicos nas unidades de saúde, para diferenciar arboviroses da COVID-19, passa a ser mais um desafio para as rede pública e privada de saúde.

Vários casos de coinfeção começam a ser relatados em alguns países⁽¹⁹⁻²¹⁾, o que sugere que esses relatos possam se tornar mais frequentes no próximo verão. Essa coinfeção representa um desafio ainda maior para um diagnóstico preciso e tratamento adequado, especialmente quando sintomas como febre e dores no corpo são semelhantes e presentes em várias dessas doenças virais.

A pandemia de COVID-19 colocou sobre um sistema de saúde já sobrecarregado uma grande pressão, não apenas pelo aumento do número de atendimentos, mas também de internações em leito de terapia intensiva e óbitos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permanecerá o desafio de pensar qual estratégia poderemos adotar diante de um novo cenário de aumento de casos de COVID-19 durante a estação de arboviroses. Como poderemos continuar a desenvolver as ações de vigilância e controle vetorial, casa a casa, sem aumentar o risco de transmissão da COVID-19? Apenas o uso de EPI, por parte dos agentes públicos, seria suficiente para isso? Será que a população geral e os profissionais de saúde que já tiveram COVID-19 estariam realmente livres de uma nova infecção? Já temos relatos brasileiros de possíveis reinfecções ou recidiva ou reativação viral, principalmente, envolvendo profissionais de saúde que se expõem com mais frequência⁽²²⁻²³⁾, e apenas o tempo confirmará se a reinfecção é um evento raro. Até o momento em que este texto foi escrito, não tínhamos evidências claras sobre uma imunidade definitiva para COVID-19. Muito menos sobre o potencial risco de maior ou menor imunidade prévia no caso de pessoas que já foram expostas a outros arbovírus. E como será a resposta imune de pessoas que tiveram COVID-19 agora e pegarão alguma arbovirose no futuro?

Para muitas das nossas perguntas, ainda não há uma resposta assertiva, muito menos, definitiva. Diante da limitação de eficácia comprovada dos tratamentos farmacológicos disponíveis, diferentes estratégias de distanciamento físico e o isolamento social foram adotadas pela maioria dos países, assim como pelos estados brasileiros, com a premissa que tal distanciamento evitaria que a população fosse infectada ao mesmo tempo e que sobrecarregasse as unidades hospitalares, numa tentativa de coibir, ou mesmo adiar, o colapso dos sistemas de saúde.

A despeito de todas as limitações existentes, a pandemia evidenciou a pujança do Sistema Único de Saúde (SUS) e da resposta dada pelos serviços de saúde pública nos mais variados municípios brasileiros. A capilaridade do SUS certamente minimizou o impacto ainda mais trágico que poderíamos ter tido com a pandemia – que nos mostrou também a capacidade da ciência em nos trazer novas descobertas, mas serviu para mostrar o quanto ainda precisaremos investir em pesquisas clínicas. Estamos falando de doenças para as quais sequer existe um tratamento antiviral específico.

Não poderemos comparar as diferentes respostas dadas pelos municípios que tiveram seus picos em momentos distintos. Os desafios daqueles que tiveram pico de transmissão durante o segundo trimestre de 2020 foram maiores que aqueles em que o pico se deu nos meses seguintes. Aprendemos sobre a importância do uso de máscaras de forma disseminada, da atenção básica como porta de entrada, do monitoramento da saturação das pessoas e da internação precoce.

Dessa forma, o que deverá ficar, por enquanto, é a compreensão da importância da atenção básica como primeira porta de entrada para pessoas sintomáticas, a disponibilização de EPI em quantidade e qualidade suficiente para os profissionais de saúde, o uso indiscriminado de máscara por pessoas sintomáticas, uma estratégia “pronta” para ampliação rápida do número de leitos em caso de nova onda e implementação da capacidade das vigilâncias epidemiológicas locais para que consigam detectar com a maior precocidade possível aumento de casos que necessitem

de uma intervenção mais elaborada. O desafio de fazer monitoramento e rastreamento de casos deverá ser vivenciado pelas vigilâncias locais, com os serviços de atenção básica, no sentido de identificar oportunamente e abortar possíveis cadeias de transmissão.

Se voltaremos ao normal, se teremos um novo normal ou se nos acostumaremos a esse “novo normal” são perguntas que só o tempo irá nos permitir enxergar saídas. O fato é que, certamente, perdemos o direito de pensar da mesma forma de antes, quando pessoas sintomáticas respiratórias saíam para trabalhar, sem proteção, em ambientes fechados; em que crianças gripadas frequentavam salas de aula lotadas; quando não valorizávamos as medidas de saúde baseadas em evidências científicas. Vivemos o momento de valorizar experiências, consumir de forma rápida a evidência científica disponível, entender que uma gestão de crise não pode ser feita pela mesma equipe que trabalha as rotinas dentro do sistema de saúde e, por fim, compreender que não deveremos julgar gestores e técnicos pelo que fizeram no começo da pandemia, a partir dos conhecimentos que temos apenas hoje.

REFERÊNCIAS

1. Osanai CH, et al. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 1983;25(1):53-54.
2. Rego JP. Esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870. Rio de Janeiro: Typhographia Nacional; 1872. p. 44-50.
3. Reis TJ. A febre dengue em Curitiba. *Gaz Med Bahia*. 1896;28(7):263-266.
4. Franco O. A história da febre amarela no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1976.
5. Teixeira MG, Barreto ML, Guerra Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. *Info Epidemiológico do SUS*. 1999;8(4):5-33. doi: <https://doi.org/10.5123/S010416731999000400002>.
6. Schatzmayr HG. Dengue situation by year 2000. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2000;95(Suppl 1):179-81. doi: <https://doi.org/10.1590/S0074-02762000000700030>.
7. Silva JB, et al. Dengue in Brazil: current situation and control activities. *Epidemiol Bull*. 2002Mar; 23(1): 3-6. PubMed PMID: 12197500.
8. Cavalcanti LP, et al. Clinical and epidemiological characterization of dengue hemorrhagic fever cases in northeastern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;(43):355-8. PubMed PMID: 20802929.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 06];51(2):1-16. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10];51(38):1-30. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017 [acesso 2020 out 10];48(34):1-13. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.
12. Simião AR, et al. A major chikungunya epidemic with high mortality in northeastern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20190266. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0266-2019>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e doenças transmissíveis. Coordenação-Geral de vigilância de arboviroses. Nota Informativa nº 8/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS. Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/covid19_espe_Nota-Informativa-08-2020-sobre-os-ACES.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e doenças transmissíveis. Coordenação-Geral de vigilância de arboviroses. Nota Informativa nº 9/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS. Suspensão da realização do 2º do Levantamento Entomológico (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID – 19) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/501380/>.
15. Pontes RJ, et al. Vector densities that potentiate dengue outbreaks in a Brazilian city. *Am J Trop Med Hyg.* 2000;62(3):378-83. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2000.62.378>.
16. Mendenhall E, et al. Sindemia: una nueva categoría que reúne lo social y lo biológico. *Intra-Med* [Internet]. 7 maio 2017 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90525>.
17. Rocklov J, Sjodin H. High population densities catalyze the spread of COVID-19. *J Travel Med.* 2020;27(3):taaa038. doi: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa038>.
18. Rodriguez-Morales AJ, et al. COVID-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101613. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>.
19. Joob B, Wiwanitkit V. COVID-19 can present with a rash and be mistaken for dengue. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(5):e177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.036>.
20. Ayub J. Stung by dengue, patient dies of coronavirus co-infection in Bhopal. *The Times of India* [Internet]. 23 abr 2020 [acesso 2020 jun 25]. Disponível em: <https://timesofindia.indiatimes.com/city/bhopal/stung-by-dengue-patient-dies-of-coronavirus-co-infection-inbhopal/articleshow/75330826.cms>.
21. Star Online Report. A double struggle: Home ministry PRO battling Covid-19, dengue. *The Daily Star* [Internet]. 22 maio 2020 [acesso 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www.thedailystar.net/coronavirus-deadly-new-threat/news/doublestruggle-homeministry-pro-battling-covid-19-dengue-1905013>.
22. Takeda CF, et al. Recurrent Clinical Symptoms of COVID-19 in Healthcare Professionals: A Series of Cases from Brazil. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;103(5):1993-6. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0893>.
23. Brito CA, et al. Second Episode of COVID-19 in Health Professionals: Report of Two Cases. *Int Med Case Rep J.* 2020;13:471-475. doi: <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S277882>.

O MUNDO PÓS-COVID: AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE COLETIVA

Fernando Passos Cupertino de Barros¹
Anna Raphaella Matos de Faria Rezende²
Fernanda Raquel Martins Abreu²
Gabriel Pessoa Gouveia Borges²
Gabriel Widamarks Cintra de Oliveira²
Guilherme Bueno Tiago²
Gustavo Santana de Mendonça²

RESUMO: Este ensaio contém a visão de estudantes de medicina que, devido à pandemia de COVID-19, estiveram afastados da universidade e, diante disso, passaram a se encontrar virtualmente, sob a mediação de um professor, discutindo e investigando o novo contexto e as notícias que o cercavam. Tais encontros, que eram uma forma de permanecerem no mundo acadêmico, geraram frutos, e um deles é este ensaio. Seu objetivo foi analisar, especialmente no Brasil, as alterações causadas pela pandemia de COVID-19 nos diferentes campos da ação humana, seja nos setores econômico, político, científico, cultural e ambiental; e, a partir disso, refletir sobre as possíveis consequências dessas mudanças para as atividades de saúde no presente e no futuro, propondo, quando cabíveis, ações que possam prevenir os efeitos negativos e efetivar os positivos.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Saúde Coletiva.

1 Médico; mestre e doutor em Saúde Coletiva; professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. fernandocupertino@conass.org.br.

2 Estudantes de Medicina do módulo Saúde, Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.



I. INTRODUÇÃO

A COVID-19 ⁽¹⁾, doença causada por uma nova cepa do coronavírus, foi identificada inicialmente em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Desde então, iniciou-se uma cooperação global para tentar frear sua disseminação. No entanto, após a doença alcançar grandes proporções geográficas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, caracterizou-a como uma pandemia ⁽²⁾, anunciando, ainda, a necessidade de os países criarem estratégias para minimizar seus impactos na saúde pública. A adoção dessas novas estratégias, certamente, já acarretou mudanças no comportamento das populações do mundo. Inicialmente, nota-se que a humanidade, em todo o seu curso, conviveu com as mais variadas enfermidades, sendo elas, pois, fomentadoras de grandes mudanças. O médico estadunidense George Rosen ⁽³⁾ afirma que:

A história mostrou mais de uma vez como os destinos dos maiores impérios foram decididos pela saúde de seu povo e de seu exército; não há mais dúvida de que a história das doenças epidêmicas deve ser uma parte inseparável da história cultural da humanidade.

Tal argumento é validado, por exemplo, na narrativa histórica brasileira quando pensamos em doenças como a febre amarela e o cólera ⁽⁴⁾. Acerca disso, Chalhoub ⁽⁵⁾ elucida que a cidade como conhecemos hoje, socialmente desigual, surgiu após a epidemia de febre amarela no Brasil (1849 – 1850), uma vez que se acreditava que os pobres eram os responsáveis pela disseminação da doença. Assim, houve repressão aos cortiços – antes lado a lado com os casarões –, e as cidades passaram a ser divididas em regiões dos ricos e regiões dos pobres. Além disso, o mesmo autor afirma que a epidemia de cólera (1855) resultou em uma mudança no mercado de trabalho, já que a doença matou grande parte dos escravos, suscitando, por conseguinte, a imigração de trabalha-

dores. Ante o exposto, pode-se perceber como as doenças detêm o poder de provocar mudanças sociais. Com o novo coronavírus, portanto, não deverá ser diferente. Tendo afetado quase todo o globo, provocando milhões de infectados e milhares de mortes⁽⁶⁾, a COVID-19, que já produz mudanças devido às políticas de prevenção adotadas por diferentes governos⁽⁷⁾, possivelmente transformará o mundo que conhecemos hoje, funcionando como um “acelerador”⁽⁸⁾ e antecipando mudanças que já estavam em curso. Serão alterações que envolvem os âmbitos econômico, político, ambiental e interpessoal que, de alguma forma, implicam conseqüentemente impactos na saúde coletiva. Diante disso, é preciso, então, que se esteja preparado para o que porventura virá.

2. ECONOMIA

Não há dúvidas de que a transição ao neoliberalismo transformou a dinâmica econômica e política no cenário global. Com a tribulação global iniciada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda de crescentes inflações da década de 1980, houve um declínio do Estado de Bem-Estar Social (*welfare state*), gradualmente substituído pela doutrina neoliberal⁽⁹⁾. Nessa nova organização, a condenação de todo ato do Estado que limite os mecanismos de mercado revelou uma doutrina que, diferentemente de como foi concebida, deixou de ser considerada uma forma moderada de liberalismo para ser entendida como um conjunto de ideias mais radicalmente favoráveis ao capitalismo *laissez-faire*⁽¹⁰⁾ e, portanto, aliadas à busca do lucro. Isso contribuiu para o aparecimento de certo antagonismo com relação a determinados quesitos de extrema relevância, como é o caso da saúde pública.

Em meio à atual crise decorrente da pandemia de COVID-19 (*corona vírus disease 2019*), observa-se, globalmente, uma dificuldade crescente dos sistemas de saúde em lidar com a doença e até mesmo em proteger profissionais e pacientes do contágio do vírus⁽¹¹⁾. Tal insustentabilidade não é repentina, já que decorre, entre outros fatores, da transição política e econômica supracitada. Como foi dito, o sistema que guia os atuais governos mundiais, no geral, privilegia uma intervenção mínima do Estado, aplicando, como essência, o livre curso do mercado como mediador das relações societárias⁽¹²⁾. Essa política de Estado mínimo, pressuposto de um cenário democrático, entretanto, priva os cidadãos que não têm condições de investir em um plano de saúde de direitos essenciais, à medida que a importância e o foco em investimentos em áreas de suma relevância são orientados com base no lucro que essas áreas podem gerar⁽¹³⁾. Em tal cenário, esse serviço essencial é transformado em produto de comercialização por agentes do capital, que encontram dificuldade em aceitar a universalização e a integralidade da saúde oferecidas pelos sistemas universais de saúde. Um bom exemplo é a posição do Banco Mundial (BM) em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro⁽¹⁴⁾. Dessa maneira, a própria saúde passa a dever à população, seja com equipamentos de proteção individual (EPI), seja com atendimentos gratuitos, já que, mesmo sendo um direito humano universal, investimentos nessa área implicam gastos dos governos, ocasionando uma preferência pela privatização dos sistemas de saúde de parte considerável dos países, fazendo ainda com que, em diversos deles, haja algum grau de dependência de outras nações.

Atualmente, por exemplo, a China produz 90% de todos os EPI e um quinto dos respiradores⁽¹⁵⁾, essenciais ao combate do COVID-19, até então vendidos a preços inferiores aos dos demais países. Isso se deve, entre outras condições, à mão de obra disciplinada, à capacidade logística e tecnológica e à moeda desvalorizada⁽¹⁶⁾. Tal cenário tornou a compra desses produtos da China pelas demais nações muito mais rentável, criando um quadro de preferência pela aquisição, em contraposição à produção, que evoluiu para uma situação de intensa dependência. Em meio à atual crise, por sua vez, essa dependência gera um cenário global que mais se parece com um “leilão”, em que a China passa a vender seus respiradores e EPI para aqueles países que estão dispostos a pagar mais⁽¹⁷⁾. Desse modo, nações incapazes de competir ficam à mercê da doença, sofrendo mais com colapsos dos seus sistemas de saúde.

Assim, nota-se uma conexão entre o neoliberalismo e a problemática atual no que tange ao poder de resposta global ao vírus, o que permite delinear parte das transformações que serão observadas após a COVID-19. A falta de uma participação mais efetiva de grande parte dos Estados aliados à doutrina neoliberal, provocada por uma preocupação massiva no lucro, acabou por negligenciar a saúde, entre outras áreas, ocasionando a dependência já mencionada. Portanto, no pós-COVID, poderá ser contemplada uma participação mais ativa dos governos no que se refere ao sistema público de saúde e aos seus equipamentos de combate às enfermidades. No Brasil, por exemplo, mesmo que se observe uma dificuldade de combate ao vírus, há um sistema público de saúde, o SUS, que pode ser considerado um importante contraponto aos postulados do neoliberalismo⁽¹⁸⁾, já que possibilita maior abrangência dos cuidados de saúde à população, tanto em matéria de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência, além de possibilitar investimentos voltados à produção de EPI e respiradores, realidade que provavelmente será mais evidente no futuro.

Entretanto, por mais que o SUS seja ideologicamente favorável ao enfrentamento mais equânime das variadas doenças e agravos que podem atingir as diversas camadas da sociedade, na prática, os investimentos são mínimos, tornando, do mesmo modo, o país sujeito à dependência de nações como a China e a Índia a respeito de EPIs. Por conseguinte, cabe propor, quando possível, ante as conturbadas dificuldades do momento, uma mudança na postura do Brasil no que concerne à produção interna dos equipamentos a serem usados na saúde, garantindo maior independência no enfrentamento das situações de saúde e doença da população, por meio da implementação de uma política pública de fortalecimento do complexo industrial da saúde que não se atrele, essencialmente, à expectativa do lucro.

3. POLÍTICA

Desde o anúncio da OMS que caracterizou o surto de COVID-19 como uma pandemia⁽¹⁹⁾, as atenções para com a atuação das principais lideranças políticas têm crescido significativamente⁽²⁰⁾, ao ponto de sua popularidade variar na dependência de suas escolhas para o enfrentamento da crise causada pela disseminação global do novo coronavírus⁽²¹⁾. Ao longo do desenvolvimento

da pandemia, essa resposta social é justificada pela relação direta entre o controle da crise e da proliferação do vírus com a adoção, por parte dos governos, de medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias e pela comunidade científica, tais como o isolamento social, o uso de máscaras e a higiene das mãos⁽²²⁾. Somando-se a isso, a evolução da pandemia, especialmente no Brasil, destacou a necessidade de as lideranças políticas atuarem nos desafios que a ampla desigualdade social produz na proteção de grupos em situação de vulnerabilidades, como as que habitam comunidades e favelas⁽²³⁾. Dessa forma, a crise atual contém uma confluência de fatores que exigem grande responsabilidade das lideranças políticas, tornando necessário pensar as implicações da pandemia na atuação desses líderes para que se possam mensurar as consequências para a saúde no atual período de pandemia e no futuro pós-pandemia.

Ao se analisarem os elementos constituintes de uma crise, observa-se a multidimensionalidade e a intersetorialidade dos impactos gerados por ela⁽²⁴⁾, o que produz diversos efeitos na ação das lideranças governamentais. No entanto, o impacto mais importante que a crise causada pela pandemia de COVID-19 produziu foi sobre a forma pela qual os líderes gerenciam as ações governamentais, em especial no campo da saúde. Com o crescimento do quadro de pandemia, os líderes políticos adotaram diferentes formas de encarar esse cenário, que iam da imediata adoção de restrições recomendadas até o negacionismo, que rejeita as recomendações e desacredita os riscos, como ocorreu no Brasil⁽²⁵⁾. Dentro desse grande espectro de posturas governamentais, os líderes que promoveram uma integração e cooperação das pessoas e das ferramentas de governo (ministérios, secretarias e conselhos), com vistas a encontrar soluções, obtiveram resultados incrivelmente superiores no controle da pandemia⁽²⁶⁾. Assim, a atual crise tem sua gravidade e amplitude ligadas diretamente à maneira como se dá o gerenciamento pelos líderes políticos, revelando a necessidade de unidade das ações e discursos dos governos.

A literatura tradicional sobre gestão política mostra que dificuldades de coordenar iniciativas envolvendo múltiplos atores gera ineficiência de gastos e de resultados⁽²⁷⁾. Em tal perspectiva, ignorar as orientações técnicas dos órgãos competentes no contexto de uma pandemia compromete o principal resultado esperado da parte dos gestores em uma crise de saúde, que é salvar vidas. Não obstante, diversos líderes escolheram ignorar recomendações e alertas das instituições de saúde em prol da validação de um discurso político que é fortemente marcado pelo negacionismo⁽²⁸⁾. A realidade brasileira tornou-se um exemplo dessa postura devido à divergência entre as orientações técnicas dadas por órgãos e profissionais competentes no início da pandemia e as ações das lideranças políticas. No início do desenvolvimento da pandemia no Brasil, órgãos participantes e não participantes da estrutura de governo divulgaram artigos e estudos com orientações técnicas para o controle da disseminação da COVID-19 no país, destacando a importância de ação conjunta dos órgãos governamentais^(24,29). Apesar disso, o governo brasileiro teve diversos conflitos com o próprio Ministério da Saúde por divergências ideológicas que levaram a demissões, com a consequente desarticulação da agenda de saúde⁽³⁰⁾. O resultado desse descompasso entre os níveis administrativos é o grande número de casos registrados e de óbitos devidos à doença no país, tornando o Brasil um dos focos principais da pandemia⁽³¹⁾.

Em parte, a ausência de cooperação no gerenciamento das ações é característica do recente ressurgimento de uma postura governamental autoritária no Brasil, com concentração de decisões e ações⁽³²⁾. Além disso, a literatura alerta que, em momentos de crise, há riscos de rompimento da ordem democrática que determina a aliança entre as instâncias de poder em um Estado⁽³³⁾. Sob essa perspectiva, as projeções futuras para a saúde brasileira dependem da continuidade ou não dessa política de governo instaurada no país. A manutenção desse cenário político deixa poucas esperanças para a efetivação das medidas necessárias à contenção da pandemia no Brasil em razão da desarticulação dos órgãos e das instituições que propõem soluções. Isso aumenta a dependência do Brasil em relação a alianças externas, por exemplo, a coalizão internacional para a produção de uma vacina, na qual o atual governo brasileiro decidiu participar após dois meses de hesitação⁽³⁴⁾. Por outro lado, o sucesso das medidas de saúde, durante a pandemia de COVID-19 e após ela, depende diretamente da superação desse modelo político. Portanto, durante a atual crise, as condições de saúde da população, no presente e no futuro, tornaram-se consequência da resposta governamental para com a responsabilidade de coordenar e integrar todos os esforços na multidimensionalidade e na intersetorialidade dos efeitos gerados pela pandemia.

4. CIÊNCIA

O hodierno cenário de obscurantismo e ideários anticiência teve seus alicerces abalados diante da total imersão global em um momento pandêmico, cuja solução está diretamente ligada à Ciência. Desse modo, enfatiza-se o panorama nacional, uma vez que o histórico brasileiro de descaso para com a pesquisa científica é fruto de gestões políticas que desdenham a vitalidade dos avanços científicos na vida em sociedade. Governo após governo, verificam-se cortes orçamentários em programas e bolsas, recursos e insumos escassos e uma infraestrutura defasada nos centros de pesquisa⁽³⁵⁾. Tais ações descomedidas imprimiram impactos que hoje, no ápice de uma proliferação viral, vêm à tona aos olhos de todos.

O Brasil está inserido (embora com exíguo destaque) em uma verdadeira corrida científica⁽³⁶⁾, na qual as nações pelo globo se empenham a todo custo em trazer suportes no enfrentamento da crise de saúde pública. Entretanto, trata-se de uma competição desigual, já que determinados países possuem estrutura e apoio potentes para alavancar estudos e descobertas, enquanto outros ainda engatinham no usufruto de mirrados recursos e políticas de incentivo ao trabalho do pesquisador. Por conseguinte, essa clara vantagem de nações desenvolvidas existe porque seus habitantes, ao longo de centenas de anos, entenderam que investimentos em educação, ciência e tecnologia só acarretam benefícios para o progresso econômico e qualidade de vida da população.

O desenvolvimento de novos equipamentos hospitalares e materiais de segurança mais acessíveis; estudos para mensurar o ritmo de contágio; testes diagnósticos com maior acurácia e praticidade; a análise do código genético do vírus e a busca incessante por soluções terapêuticas e vacinas eficientes constituem enfoques centrais no contexto de degradação pela COVID-19. Ao

redor do mundo, tivemos diversas conquistas nessa jornada, pois, a cada dia, inúmeros artigos, relatórios e trabalhos científicos são postados para que a informação correta e real se propague e haja melhores resultados a partir do compartilhamento de evidências já constatadas⁽³⁷⁾. Essa corrente mundial entre os cientistas corrobora o senso de humanidade e solidariedade trazida pelo novo coronavírus.

Apesar disso, incontáveis falhas foram escancaradas quando a Ciência se mostrou a melhor arma para o combate às chagas contemporâneas. Uma investigação científica consistente e incisiva exige, obviamente, dispêndios generosos e justos por parte de empresas financiadoras e de mecanismos estatais. Nota-se, entretanto, pelas circunstâncias vivenciadas, uma realidade bastante desmotivadora. Vários países – entre eles o próprio Brasil – carecem do devido apoio a profissionais que fazem ciência. Segundo Luiz Davidovich, presidente da Academia Brasileira de Ciências (ABC), no ano de 2019, a Ciência foi golpeada com um contingenciamento de 42% na pasta de Ciência e Tecnologia (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC)⁽³⁸⁾. A aprovação de fármacos ou vacinas depende diretamente de tempo e de altos investimentos; e quanto a esse último quesito, os esforços foram feitos tardiamente, sob uma perspectiva global. Ainda que as instituições públicas e privadas se mobilizem a todo custo hoje, para rápidos resultados na área de contenção da pandemia, como mostram as recentes designações de fundos⁽³⁹⁾ do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), entre outros órgãos; estratégias em longo prazo⁽⁴⁰⁾ são cruciais e devem englobar o estímulo maciço, ideológico e material à elaboração e expansão de conhecimento. A ausência de indústrias especializadas na fabricação de equipamentos hospitalares e sanitários e a dependência dos povos ao mercado chinês são aspectos alarmantes⁽⁴¹⁾.

No entanto, o que tudo isso revela acerca do papel da Ciência no planeta pós-COVID? Ora, como nunca, mostrou-se a imprescindibilidade da Ciência para além dos limites teóricos. Ela é parte fundamental para uma vida mais segura, sustentável, rentável e que não dependa exclusivamente do serviço médico para garantir a saúde comum, já que prevenção e bem-estar são primordiais para descongestionar os hospitais gradativamente. Segundo os trabalhos de Sagan e Druyan⁽⁴²⁾, a Ciência deve ser sempre priorizada; e, dividi-la com a massa, nos tira das trevas dos “achismos” e das más conjecturas provenientes de tais pensamentos. Dito isso, a produção de conhecimento deve ser incentivada e custeada em proporções muito maiores daqui em diante. Assim como foi ressaltado por Negri⁽⁴³⁾, o fomento público é peça-chave nos trabalhos de alto nível. A Ciência deverá ser levada em conta pelos líderes na condução dos rumos da humanidade e na tomada de decisões, pois está claro que o *deficit* nesse campo só promove prejuízos na evolução social e intelectual. Os tempos difíceis serviram para evidenciar que uma nação exportadora de cérebros⁽³⁸⁾ e importadora de inovação só tem a perder com o retardo tecnológico, especialmente em momentos que exigem soluções que só o desenvolvimento científico e tecnológico pode oferecer. Cabe assim, aos responsáveis, abrir os olhos e, finalmente, reverter o triste atraso observado em lugar de proliferar informações sem comprovação e de negligenciar o caos acumulado pelos anos, o que nada contribui para uma esfera social menos vulnerável a problemas como a atual crise de saúde.

5. HÁBITOS

Segundo o historiador britânico Eric Hobsbawm, o breve século XX teve seu início com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e o fim das utopias características da Belle Époque ⁽⁴⁴⁾. Analogamente, a brasileira Lilia Schwarcz diz que o século XXI só terá seu começo após o fim da atual pandemia de COVID-19 ⁽⁴⁵⁾. Considerando-se esse novo momento histórico, esperam-se, para os próximos anos, diversas mudanças de paradigmas e hábitos lideradas pelas demandas sociais que surgiram ou se intensificaram devido à emergência de saúde enfrentada por todo o planeta. Assim, é plenamente justificável e necessária a análise referente aos impactos de tais modificações na saúde coletiva.

Entre as alterações esperadas para o momento posterior à pandemia, é possível observar algumas que já começaram a ocorrer na mobilidade urbana, na engenharia e na organização das cidades. Bogotá, por exemplo, abriu 75 km de ciclovias temporárias, e Milão planeja construir 35 km de novas ciclovias ⁽⁴⁶⁾. Esse tipo de iniciativa, presente também em alguns outros países, tem o potencial não só de melhorar a qualidade do ar nesses locais, devido ao aumento do uso de bicicletas em detrimento de automóveis ⁽⁴⁷⁾, mas também de diminuir a ocorrência de doenças tais como a obesidade, o diabetes e as cardiopatias, como reflexo da prática de exercícios físicos por maior parcela da população ⁽⁴⁸⁾. Já na República Tcheca, uma empresa criou as chamadas “Zonas Gastronômicas Seguras”, em que marcações no chão delimitam espaços a serem evitados pelos transeuntes em uma tentativa de manter distância em relação aos clientes nas refeições ao ar livre ⁽⁴⁶⁾. Entretanto, a percepção é de que a pandemia está funcionando apenas como catalisador dessas transformações, uma vez que elas estão ocorrendo majoritariamente em localidades em que já pairava a intenção de realizar esse tipo de mudança mesmo antes do cenário atual ⁽⁴⁶⁾. A expectativa, portanto, é de que um número maior de países seja capaz de implementar esse tipo de reforma – inclusive o Brasil –, aumentando o alcance de seus resultados positivos.

Ademais, em se tratando de uma pandemia, uma alteração aguardada seria a melhoria dos hábitos de higiene e de prevenção de doenças da população, tanto em âmbito pessoal quanto em relação ao ambiente em que se está inserido. Isso é notável quando se observa o efeito de outras emergências de saúde ao redor do mundo nas últimas décadas: após o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002, na Ásia, causado por um diferente tipo de coronavírus, diversas sociedades daquele continente adotaram o uso de máscaras, por exemplo, como um aspecto cultural, um símbolo de proteção e solidariedade, visto que esse hábito diminui a propagação de gotículas de saliva no ar – uma das principais formas de transmissão da COVID-19 e de outras doenças ⁽⁴⁹⁾. No Brasil, a respeito desse tipo de transformação, diversos dados já foram apurados, começando pelo fato de que 66% dos brasileiros mudaram seus hábitos de higiene desde a chegada do novo coronavírus ao país. Dentre essas mudanças, é possível destacar o aumento do uso de álcool em gel e de sabonete líquido (citados, respectivamente, por 86% e 48% dos entrevistados), além da utilização de um maior número de produtos de limpeza na higienização da casa (60% dos entrevistados) ⁽⁵⁰⁾. Outra pesquisa apontou que, em um período mais próximo ao início das contaminações no Brasil (entre o primeiro e o décimo dia do mês de abril de 2020),

66,3% da população seguiram as práticas complementares de higiene, nas quais se inserem o não compartilhamento de objetos de uso pessoal e a troca de roupas e sapatos ao chegar em casa⁽⁵¹⁾. A dúvida que prevalece, contudo, é se essas alterações no modo de vida do brasileiro são passageiras ou serão, de fato, incorporadas à cultura local, o que não só ajudaria na contenção da pandemia atual, mas também na prevenção de diversas doenças posteriormente, como a gripe e o sarampo.

6. MEIO AMBIENTE

Se, por um lado, o setor da economia lamenta os efeitos financeiros negativos oriundos da conduta adotada por muitos países para o enfrentamento do novo coronavírus⁽⁵²⁾, por outro, o meio ambiente agradece o alívio dado por aquele setor⁽⁵³⁾, que há muito tempo o tem agredido de forma predatória e ininterrupta. Nesse contexto, sabendo-se que a saúde humana é afetada por fatores de risco intrínsecos, como os genéticos, e extrínsecos, como os nutricionais e ambientais⁽⁵⁴⁾, pode-se inferir que o decréscimo das atividades comercial e industrial implicou, ainda que momentaneamente, além da redução do impacto ambiental, redução de impacto na saúde das pessoas.

Na conjuntura da pandemia, Rodriguez-Morales e colaboradores⁽⁵⁵⁾ fizeram previsões sobre o cenário da propagação da COVID-19 na América Latina após a confirmação do primeiro caso da doença no Brasil. Os autores preocuparam-se em alertar a população latino-americana sobre a importância de adotar ações compatíveis com as recomendações da OMS, a qual primou, entre outras, por propor práticas de higiene e de isolamento social. Aparentemente, a maioria dos líderes políticos dos países da América Latina tem respeitado as indicações feitas pela OMS. No Brasil, no entanto, a liderança máxima do Poder Executivo tem resistido veementemente a essas indicações⁽⁵⁶⁾. Fato é que, no país, a COVID-19 dispersou-se de modo incontrolável, repercutindo de forma dramática no número de infecções (mais de 3 milhões até meados de agosto) e de mortes (mais de 100 mil até o mesmo período)⁽⁵⁷⁾.

Nesse panorama, o texto da atual Constituição Federal Brasileira (CF de 1988), que insere a saúde como direito universal (art. 196) e consagra a preocupação com o meio ambiente (art. 225), parece ser apenas letra morta⁽⁵⁸⁾. Apesar de tais preocupações serem, ainda, reiteradas por meio de legislação infraconstitucional, caso em que o meio ambiente e o saneamento básico são elencados, entre outros, como fatores determinantes e condicionantes da saúde (Lei nº 8.080, de 1990, art. 3º), o Estado brasileiro tem negligenciado fortemente tanto a saúde pública quanto o meio ambiente⁽⁵⁹⁾.

Populações que não possuem sistemas bem consolidados de saneamento básico podem sofrer com maior disseminação de doenças, como a COVID-19⁽⁶⁰⁾, como é o caso do Brasil. Isso pode ser comprovado pela análise de dados apresentados por organismos brasileiros, como o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), apontando que somente 53% da população nacional possui acesso à rede de coleta de esgoto e, além disso, menos da metade (46%) do esgoto coletado do país é tratado⁽⁴⁹⁾. Convém perceber, pois, que a maior parte do esgoto é despejada na natureza sem tratamento adequado, ameaçando a fauna e a flora locais,

repercutindo negativamente no meio ambiente e, portanto, na saúde da sociedade. Assim, vê-se a necessidade urgente de investir em infraestrutura de saneamento e aterro sanitário como uma necessidade básica de saúde pública⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Para acentuar o caos no país, em meio à pandemia, problemas ambientais como o desmatamento, principalmente da Floresta Amazônica, têm sido intensificados de forma amedrontadora. Dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) corroboram esse argumento, já que, segundo o Inpe, o desmatamento teve um aumento de 64% no acumulado dos últimos 11 meses (até junho de 2020) comparado ao mesmo período anterior (últimos 11 meses até junho de 2019). Nesse cenário, vários alertas têm sido emitidos para as consequências desse desmatamento desenfreado, desde a perda inestimável da biodiversidade da Floresta Amazônica, até os efeitos catastróficos para alterações climáticas, além de retaliações político-econômicas como, por exemplo, as da União Europeia⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Nessas circunstâncias, o Brasil, que nas últimas décadas portou-se como líder crítico em matéria de políticas globais, tem mudado seu papel no mundo, pois, atualmente, o país tem perdido o posto de liderança em temas como saúde, integração regional, cooperação Sul-Sul entre outros, graças à postura adotada pelo governo federal atual, que tem propagado o descrédito à educação, à ciência e ao meio ambiente⁽⁵²⁾. Percebe-se, pois, que importantes temas (saúde coletiva e meio ambiente) estão sendo negligenciados, com consequências graves para a população.

Em suma, vê-se que o Brasil se encontra envolto em uma teia de problemas com forte viés político que, no entanto, não podem ser explicados de forma simplista, necessitando, para sua superação, especialmente de um efetivo empenho das forças vivas da sociedade. Assim, para alcançar qualidade de vida e desenvolvimento sustentável, é necessário que a coletividade exija do Estado que os indicadores sanitários, ambientais e de educação sejam temas prioritários nas políticas públicas brasileiras. Além disso, devem ser pleiteados os necessários e constantes investimentos em estudos que levem em consideração não meramente a evolução de doenças específicas, mas o impacto das crises sobre a saúde da população, enfrentando, também, as causas sociais, ambientais, econômicas e políticas da epidemia e de outras condições que impõem riscos à saúde da população. Para isso, cabe aos pesquisadores, à comunidade científica e a todos os cidadãos a adoção de uma postura crítica à atual política brasileira, de modo a manter o apreço pela pesquisa em saúde, e pela incorporação da sustentabilidade, de modo que as pessoas e o meio ambiente estejam em primeiro lugar^(54,50-52).

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Qual a perspectiva enquanto alunos da área da saúde diante da pandemia?

Faz-se necessário indicar um setor social que certamente sofrerá alterações devido à atual situação: o educacional, especialmente o do ensino superior, no qual são esperados ou já

perceptíveis diversos acontecimentos. Dentre eles, destaca-se a utilização mais intensa do ensino a distância nas universidades, como meio de continuação do ensino, fato que, apesar de ser uma modernização da educação e apresentar potenciais melhorias para esse campo (por exemplo, a possibilidade de reuniões ou aulas expositivas com mais comodidade), tem como desafios a falta de plataformas específicas; de um corpo docente apto ao exercício desse método; de acesso universalizado a aparelhos eletrônicos e à internet por parte dos estudantes; e de ferramentas adequadas à inclusão e à acessibilidade de discentes com deficiência. Em adição, existe a questão da saúde dos envolvidos na metodologia de ensino a distância (estudantes e educadores). Sabidamente, o isolamento, a ansiedade e a sobrecarga de trabalho podem gerar esgotamento físico e mental em discentes e docentes, agregando mais problemas ao já complexo quadro do ensino remoto.

Ademais, é temida a precarização da formação dos futuros profissionais decorrente da diminuição da qualidade de ensino e do aproveitamento dos cursos por parte dos alunos, cenário possível caso os obstáculos anteriormente citados não sejam satisfatoriamente superados. Finalmente, cabe a reflexão a respeito da necessidade da interação humana na construção dos conhecimentos técnico e pragmático dos acadêmicos: por exemplo, um médico que vai ao internato sem antes ter a oportunidade de ser introduzido ao ambiente e à dinâmica ambulatorial e hospitalar ou de participar de aulas práticas nos laboratórios da faculdade e dos trabalhos nos campos de prática nas comunidades estará realmente preparado para a continuação de sua jornada até o término da graduação?

Pode-se ressaltar também, como uma consequência das circunstâncias, a evasão e a inadimplência nas universidades privadas, causadas pela crise econômica derivada da pandemia. Também em decorrência dela, espera-se a diminuição dos investimentos em universidades públicas, o que dificultará ainda mais a sua recuperação e o trabalho dos pesquisadores no Brasil, classe tão desvalorizada no país, porém essencial no combate à emergência de saúde hodierna. Outro ponto relevante é que deve se atentar para a importância do SUS no combate à pandemia, já que ele abrange uma parcela significativa da população, principalmente os menos favorecidos financeiramente. A esse respeito, cabe à universidade um maior incentivo aos estudantes do curso de Medicina, por meio de mecanismos de integração ao SUS, para que se dediquem ao sistema público de saúde brasileiro, visando à sua evolução, o que trará benefícios substanciais à sociedade civil. Nota-se, portanto, que os desafios da academia serão numerosos, complexos e exigirão esforço e determinação de todos os seus integrantes para que sejam devidamente superados.

A sociedade brasileira vai melhorar após a pandemia? Irá se tornar menos consumista e individualista e mais solidária e justa?

Provavelmente não. É válido ressaltar que a pandemia apenas acelerará as mudanças que já estavam em curso e alguns hábitos positivos que ainda não eram uma realidade para o Brasil – um país emergente cuja política é voltada para o crescimento econômico ante a preservação de seu território e alicerçado sob cultura histórica marcada por práticas de corrupção. Além disso, esse “embrião” sequer foi implantado durante a quarentena, uma vez que não tivemos, verdadeiramente, uma quarentena. Em contrapartida, ao invés de um isolamento social consistente, notou-se, na

verdade, uma população confusa diante do desacordo entre os diferentes níveis governamentais para o combate à doença e seus efeitos.

Inicialmente, é preciso pensar nas ações empreendidas pelo governo federal em face da pandemia da COVID-19. A incapacidade e o despreparo da mais alta autoridade do país foram comprovados com o vídeo da reunião ministerial do dia 22 de abril, quando o Brasil já se encontrava em plena ascendência de casos da doença. Nele, fica claro que, durante mais de duas horas de discussão, não foram debatidas políticas para combater o vírus e amenizar a crise na saúde pública. Logo, é possível perceber que, incapaz de resolver o problema e com a certeza de futura recessão econômica, o governo quis, por fim, transferir adiante a responsabilidade pela crise. Dessa forma, instaurou-se uma verdadeira “guerra” contra o isolamento social e, conseqüentemente, contra alguns governadores e prefeitos que acataram as recomendações da OMS, já que a culpa pelo desequilíbrio econômico seria não mais do governo federal, mas dos governos estaduais e municipais.

Assim, viu-se uma população desassistida, ou seja, com tímidas ou mesmo inexistentes políticas públicas, seja para convencê-la a aderir às recomendações de saúde, seja para assegurar a renda de famílias e empresas durante a quarentena (momento em que serviços e comércios estavam paralisados). O raciocínio parece ter sido o de que essa mesma população, quando se vê com dificuldades financeiras, enxerga o isolamento social como o causador daquela realidade, o que acarretaria descontentamento com o nível governamental que lhe deu causa. Talvez por isso se pode perceber, com clareza, a pressão exercida por parte da população sobre prefeitos e governadores para o retorno às atividades comerciais. Dessa forma, muito provavelmente não se poderá perceber uma sociedade atenta aos exageros do capitalismo, mas, sim, uma sociedade mais sedenta e ávida para retomar a normalidade e superar a renda perdida ou as condições mínimas de subsistência.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [Internet]. 11 mar 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-affirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.
3. Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica [Internet]. Rio de Janeiro: Graal; 1980 [acesso 2020 Jun 15]. 401p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Da_policia_medica_a_medicina_social_ensaios_sobre_a_historia_da_assistencia_medica/53.
4. Kodama K, et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): Uma análise preliminar. *Hist Ciencias, Saude - Manguinhos* [Internet]. 2012;19(suppl.1):59-79. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000500005>.
5. Fallet J. Pandemia desmascara “arrogância da ignorância” de governantes, diz historiador. BBC News Brasil [Internet]. 19 abr 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52250448>.
6. Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
7. Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus. UMA-SUS [Internet]. 16 mar 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/saude-anuncia-orientacoes-para-evitar-a-disseminacao-do-coronavirus>.
8. Melo C. Como o coronavírus vai mudar nossas vidas: dez tendências para o mundo pós-pandemia. *El País Brasil* [Internet]. 13 abr 2020 [acesso 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-04-13/como-o-coronavirus-vai-mudar-nossas-vidas-dez-tendencias-para-o-mundo-pos-pandemia.html>.
9. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, editors. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p. 9-23.
10. Boas TC, Gans-Morse J. Neoliberalism: From new liberal philosophy to anti-liberal slogan. *Stud Comp Int Dev*. 2009;44(2):137-61.

11. Helioerio MC, et al. COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00289121. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.
12. Rizzotto MLF. neoliberalismo e saúde [Internet]. [acesso 2020 Jun 6]. p. 1-6. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>.
13. Queiroz R. Direitos Humanos e Saúde. *Saúde e Direitos Humanos*. 2006;3(3):45-50.
14. Rizzotto ML. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. *Cien Saude Colet*. 201823(6):1717-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05682018>.
15. Mercado internacional tem disputa por máscaras, luvas e respiradores. *G1* [Internet]. 6 abr 2020 [acesso 2020 jun 8]. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/04/06/mercado-internacional-tem-disputa-por-mascaras-luvas-e-respiradores.ghtml>.
16. Raupp M. Por que os produtos da China são mais baratos? [Internet]. *Engeplus*. 5 ago 2017 [acesso 2020 Jun 8]. Disponível em: <http://www.engeplus.com.br/noticia/economia/2017/por-que-os-produtos-da-china-sao-mais-baratos>.
17. Carvalho C. “china vende para quem paga mais”, diz diretor de cadeia produtiva da saúde. *Época* [Internet]. 6 abr 2020 [acesso 2020 jun 8]. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/china-vende-para-quem-paga-mais-diz-diretor-de-cadeia-produtiva-da-saude-1-24352681>
18. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estud Avançados*. 1999;13(35):139-46.
19. World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 11 mar 2020 [acesso 2020 jun 15]. 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>.
20. Líderes políticos são cobrados por adesão a distanciamento social na pandemia. *Estadão* [Internet]. 26 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,lideres-politicos-sao-cobrados-por-adesao-a-distanciamento-social-na-pandemia,70003314897>.
21. Zarur C. De 12 líderes globais, oito tiveram aumento de popularidade durante a pandemia de coronavírus. *Jornal O Globo* [Internet]. 20 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/de-12-lideres-globais-oito-tiveram-aumento-de-popularidade-durante-pandemia-de-coronavirus-24418593>.
22. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the Covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto Contexto – Enferm*. 2020;29:e20200106. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>.

23. Santos JV, Fachin P. Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias? Entrevista especial com Guilherme Werneck. Instituto Humanitas Unisinos - IHU [Internet]. 27 mar 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>.
24. Schmidt F, Mello J, Cavalcante P. Estratégias de coordenação governamental na crise da Covid-19 [Internet]. Nota Técnica nº 32. Brasília, DF: Ipea; 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9828>.
25. Troi PM, Leeuwenhoek A. Coronavírus : lições anti-negacionistas e o futuro do planeta Introduçã. SciELO em Perspectiva [Internet]. 31 mar 2020 [acesso 2020 jun 15]. p. 1–10. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340829236_Coronavirus_licoes_anti-negacionistas_e_o_futuro_do_planeta.
26. Líderes que promovem cooperação ajudam a superar pandemias. Agência Fapesp [Internet]. 2 jun 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/lideres-que-promovem-cooperacao-ajudam-a-superar-pandemias/33286/>.
27. Lodge M, Wegrich K. The Problem-Solving Capacity of the Modern State: Governance Challenges and Administrative Capacities. New York, NY: Oxford University Press; 2014.
28. Sánchez-tarragó N, et al. Emergência de saúde pública global por pandemia de COVID-19: desinformação, assimetria de informações e validação discursiva. Folha de Rostoto: Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação. 2020;1-28. doi: <https://doi.org/10.46902/2020n2p5-21>.
29. Barreto ML, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? Rev Bras Epidemiol. 2020;23.
30. Zylberkan M, Campos JP. Queda de dois ministros em apenas um mês deixa Saúde à deriva. Veja [Internet]. 22 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/queda-de-dois-ministros-em-apenas-um-mes-deixa-saude-a-deriva/>.
31. Max Rose, et al. Brazil: Coronavirus Pandemic Country Profile. Our World in Data [Internet]. 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/brazil?country=-BRA>.
32. Lima RS, et al. Medo da violência e adesão ao autoritarismo no Brasil: proposta metodológica e resultados em 2017. Opinião Pública. 2020;26(1):34-65.
33. Boin A. The Transboundary Crisis: Why we are unprepared and the road ahead. J Contingencies Cris Manag. 2019;27(1):94-9.

34. Chade J. Dois meses depois, Brasil agora pede para integrar aliança por vacinas. UOL Notícias [Internet]. 26 jun 2020 [acesso 2020 jun 27]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/06/26/dois-meses-depois-brasil-agora-pede-para-integrar-alianca-por-vacinas.htm>.
35. Norte DB. Cortes e mais cortes: o que será da ciência e da pesquisa no Brasil? Você s/a [Internet]. 9 mar 2020 [acesso 2020 jul 15]. Disponível em: <https://vocesa.abril.com.br/carreira/cortes-bolsas-pesquisa-ciencia/>.
36. Oliveto P. Corrida pela imunidade: cientistas do mundo buscam vacina contra a covid-19. Correio Braziliense [Internet]. 17 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2020/05/17/interna_ciencia_saude,855624/corrida-pela-imunidade-cientistas-do-mundo-buscam-vacina-contr-a-cov.shtml.
37. OMS e países elaboram plataforma para compartilhar dados sobre medicamentos e vacinas para COVID-19. ONU Brasil [Internet]. 18 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-e-paises-elaboram-plataforma-para-compartilhar-dados-sobre-medicamentos-e-vacinas-para-covid-19/>.
38. Vascolcelos G. Fuga de cérebros é realidade, diz chefe da Academia Brasileira de Ciências. Valor Econômico [Internet]. 13 ago 2019 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/08/13/fuga-de-cerebros-e-realidade-diz-chefe-da-academia-brasileira-de-ciencias.ghtml>.
39. Ramos LFR, Cabral MAM. Investimento em ciência, tecnologia e inovação é essencial na crise. Conjur [Internet]. 13 maio 2020 [acesso 2020 jun 15]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-13/ramos-cabral-investimento-ciencia-tecnologia-inovacao>.
40. Academia Brasileira De Ciências. Por uma política de Estado para Ciência, Tecnologia e Inovação: contribuições da ABC para os candidatos à Presidência do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: ABC; 2014 [acesso 2020 jun 09]. Disponível em: <https://goo.gl/IYHLDO>.
41. Fernandes D. Covid-19 expõe dependência de itens de saúde fabricados na China. BBC News Brasil [Internet]. 10 maio 2020 [acesso 2020 mai 21]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52465757>.
42. Sagan C, Druyan A. O Mundo Assombrado pelos Demônios. [s.l.] Random House; 1995.
43. Negri F. Novos caminhos para a inovação no Brasil [Internet]. Washington, DC: Wilson Center; 2018 [acesso 2020 mai 21]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180615_novos_caminhos_para_a_inovacao_no_brasil.pdf.
44. Hobsbawm E. Era dos extremos: O breve século XX. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
45. Schwarcz L. O século 21 só começa depois da pandemia. YouTube [Internet]. 1 maio 2020 [acesso 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dXHnwrT9asg>

46. Holand O. Pós-pandemia: Nossas cidades podem nunca mais ser as mesmas depois da pandemia. CNN [Internet]. 11 maio 2020 [acesso 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/estilo/2020/05/11/nossas-cidades-podem-nunca-mais-ser-as-mesmas-depois-da-pandemia>.
47. Guarieiro LL, Vasconcellos PC, Solci MC. Artigo Poluentes Atmosféricos Provenientes da Queima de Combustíveis Fósseis e Biocombustíveis: Uma Breve Revisão. Rev Virtual Quim [Internet]. 2011 [acesso 2020 Jul 8];3(5). Disponível em: <http://www.uff.br/rvq>.
48. Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. Rev Bras Med do Esporte [Internet]. 2004 [acesso 2020 Jul 8];10(4):319–24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000400009&lng=pt&tlng=pt.
49. Gagliioni C. O uso de máscaras na pandemia: da recomendação ao hábito. Nexo Jornal [Internet]. 26 mar 2020 [acesso 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/26/O-uso-de-mascaras-na-pandemia-da-recomendação-ao-hábito>.
50. 7 em cada 10 brasileiros mudaram hábitos de higiene por coronavírus. Revista Galileu [Internet]. 13 mar 2020 [acesso 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/03/7-em-cada-10-brasileiros-mudaram-habitos-de-higiene-por-coronavirus.html>.
51. Brasil. Ministério da Saúde. 8 em cada 10 brasileiros adotam hábitos de higiene contra o coronavírus [Internet]. 23 abr 2020 [acesso 2020 Jul 8]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46762-8-em-cada-10-brasileiros-adotam-habitos-de-higiene-contra-o-coronavirus>.
52. Nicola M, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. Int J Surg. 2020;78:185–93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018>.
53. Sarkodie SA, Owusu PA. Global assessment of environment, health and economic impact of the novel coronavirus (COVID-19). Environ Dev Sustain. 2020;(0123456789). doi: <https://doi.org/10.1007/s10668-020-00801-2>.
54. Ribeiro H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. Saúde Soc. 2004;13(1):70-80.
55. Rodriguez-Morales AJ, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Travel Med Infect Dis. 2020;35:101613. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>.
56. Mendes Á, Carnut L. Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. XXV Encontro Nacional de Economia Política. 2020;1-19.
57. Coronavirus Update (Live): 20,060,607 Cases and 734,667 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic. Worldometer [Internet]. 2020 [acesso 2020 Aug 10]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

58. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 Jul 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
59. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 Jul 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
60. Espíndola IB. ODR Convida: Covid-19: saneamento básico, cooperação e integração são parte da solução, por Isabela Battistello Espindola. Observatório de Regionalismo [Internet]. 12 maio [acesso 2020 Jul 20]. Disponível em: <http://observatorio.repri.org/2020/05/12/odr-convida-covid-19-saneamento-basico-cooperacao-e-integracao-sao-parte-da-solucao-por-isabela-battistello-espindola/>.

A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: CONSEQUÊNCIAS DE UM NOVO FUTURO PARA A SOCIEDADE BRASILEIRA

Muna Muhammad Odeh¹

Jamila Odeh-Moreira²

RESUMO: A pandemia do novo coronavírus, denominado COVID-19, é a maior emergência de saúde pública que a comunidade internacional já enfrentou. De dimensões globais e afetando todos os países do mundo, a forma como cada nação escolheu enfrentar o vírus teve grande impacto nos resultados vivenciados. No Brasil, a crise sanitária foi acrescida de outras grandes crises, na esfera política, econômica e educacional principalmente. As consequências já estão sendo vividas pela população, mas ainda há espaço para evitar que maiores danos sejam concretizados. Este artigo analisa os fatores que levaram o Brasil a se tornar a segunda nação mais afetada pelo vírus e como a população brasileira lidou com os fatos.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Brasil. Crise Sanitária. Novo Normal.

1 Bióloga pela American University-Washington DC, EUA e doutora em Educação pela UFSCar, SP. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1829695481288524>. modeh@unb.br.

2 Antropóloga e Cientista Social pela Universidade de Brasília e mestranda em Ação Humanitária Internacional pela Uppasala Universitet, Suécia. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8340593613763697>. mila.odehmoreira@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 veio para mudar o mundo como se conhecia. Após surto inicial ser detectado na província de Wuhan, na China⁽¹⁾, em dezembro de 2019, o vírus logo se espalhou e chegou a afetar todos os territórios do planeta. Em 11 março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a situação, anteriormente uma epidemia, como pandemia global⁽²⁾ devido às proporções atingidas. Nessa data, a doença já se encontrava na maioria dos países europeus e estava gerando grandes crises nos sistemas de saúde na Itália e na Espanha.

O mundo se assustava com as proporções que o vírus estava tomando, rapidamente se espalhando por diversos países, regiões e continentes distintos. As Américas, localidades mais distantes da origem do surto (China) e do principal foco na época (Europa), tinham grandes vantagens em relação à mitigação e ao controle da doença, podendo os países americanos servirem de exemplo no combate da disseminação e na aplicação de métodos para frearem a contaminação antes de atingir o nível de descontrole. O Brasil, referência mundial no quesito de acesso à saúde graças ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus programas, foi apontado como uma aposta promissora⁽³⁾. No entanto, isso não se concretizou, e tanto o Brasil como os continentes americanos logo se tornaram o principal foco de disseminação da COVID-19, atingindo níveis alarmantes de taxas de transmissão e mortes diárias⁽⁴⁻⁵⁾.

Este artigo irá focar o caso do Brasil e sua resposta à pandemia do novo coronavírus. Analisando principalmente os discursos políticos de diversos atores nas esferas de poder do país, buscaremos compreender como as falas e as atitudes políticas impactaram o curso da história brasileira em relação à pandemia. O embate entre os poderes foi claro desde o início do surto, primeiramente representado pelas discordâncias públicas entre o presidente Jair Bolsonaro e governadores dos estados brasileiros, em especial de São Paulo, Rio de Janeiro e o consórcio de estados nordestinos. Os problemas na esfera política também estiveram presentes nos diferentes níveis

de poderes, nominalmente entre o Executivo (representado pelo presidente Jair Bolsonaro) e os demais poderes, Legislativo e Judiciário. Além disso, houve uma crise interna no governo Executivo que resultou em dois diferentes ministros da saúde nos primeiros meses de combate à pandemia e, logo após, na nomeação de um ministro interino militar para o cargo, que efetivamente significou deixar o país sem um ministro da saúde por meses durante a maior crise sanitária já vivida.

Na esfera econômica, a questão principal gira em torno do auxílio emergencial, benefício criado para amparar a população no contexto de pandemia e imprescindível para que se efetivasse o isolamento social da população para frear a disseminação do vírus. A discussão também traz elementos para compreender a crise econômica instaurada durante a pandemia, analisando discursos políticos e empresariais que clamavam por e “justificavam” a necessidade do fim do isolamento e retorno de atividades econômicas.

Na saúde, o país atinge a infeliz marca de 5 milhões de casos confirmados e mais de 150 mil mortes⁽⁶⁾ em menos de 7 meses de pandemia (março a outubro). Estados e regiões diferentes do país passaram por graus de gravidade da crise da pandemia em momentos distintos, e como o governo local e a população reagiram, além das condições sanitárias, sociais e hospitalares, influenciaram como a situação foi superada ou não. Surtos em períodos e locais diferentes deram a oportunidade de localidades “abrirem” enquanto outras “fechavam” para o isolamento e atividades econômicas e sociais. Apesar disso, é notável que estados com menor acesso a recursos e maior desigualdade social sofreram mais com a pandemia, podendo ser observado um nível diferente na gravidade da doença, que, por um lado, pode se manifestar com poucos sintomas e ser resolvida com isolamento do infectado, acesso hospitalar e internações particulares, não sendo tão letal para os mais favorecidos; e por outro lado, espalha-se descontroladamente nas regiões mais pobres onde não há condições para um isolamento efetivo, em que a população não pode parar de trabalhar, pois a renda é diária, e nas quais o acesso à saúde e saneamento básico em geral se mostra quase que completamente inacessível. É importante também mencionar o caso das populações mais vulneráveis e, em especial, isoladas, como povos indígenas e populações quilombolas e ribeirinhas, que se mostram ainda mais impactadas pela doença.

Em seguida, o artigo analisa como a pandemia e seus desdobramentos tiveram consequências na vida da população brasileira, como a opinião pública divergiu ao longo dos meses e como o comportamento mudou em relação à saúde. Também é discutido como, num país com proporções continentais como o Brasil e onde a desigualdade social se mostra sempre presente, camadas diferentes da sociedade tiveram que lidar de modos distintos em resposta à COVID-19, especialmente em relação ao isolamento social.

Os últimos tópicos e a conclusão migram o olhar para o futuro: quais serão as sequelas e consequências dessa pandemia? Como as atitudes tomadas (ou não) no início e no combate ao vírus vão influenciar o que virá pela frente? O “novo normal” já parece ser uma realidade, porém será que algum dia voltaremos à realidade pré-COVID-19? Reflexões são necessárias para que erros não sejam novamente cometidos e para que a sociedade brasileira consiga superar esta crise de modo inclusivo e igualitário.

2. A PANDEMIA NO BRASIL

2.1 SOBRE A COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto (SARS-CoV-2). Segundo a OMS⁽⁷⁾, infectados com o vírus apresentam, em sua maioria, sintomas fracos a moderados relacionados com doenças respiratórias e se recuperam sem a necessidade de tratamento médico específico. No entanto, indivíduos que possuem algumas pré-condições médicas, como problemas cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer, além do grupo de idosos, são mais propensos a desenvolver complicações sérias.

Para prevenir a doença e controlar sua transmissão, a OMS recomenda estar constantemente atualizado sobre o vírus, a doença causada por ele e como ela se espalha na população. Para garantir a sua proteção e daqueles à sua volta, indivíduos devem utilizar máscaras faciais, evitar tocar o rosto, lavar as mãos frequentemente e utilizar álcool em gel para constante desinfecção.

A transmissão do vírus se dá principalmente a partir de gotículas de saliva ou secreção eliminadas pelas narinas a partir de tosse ou espirro de alguém infectado.

2.1.1 DISCURSOS DE AUTORIDADES

Como mencionado anteriormente na introdução do artigo, os discursos das autoridades, tanto no Brasil como no mundo, foram cruciais para definir qual seria o curso a ser tomado por cada nação em resposta à crise da pandemia. Seguindo a retórica exposta inicialmente pelo presidente dos Estados Unidos da América, Donald Trump, o presidente brasileiro, Jair Messias Bolsonaro, expôs, em seus primeiros pronunciamentos relativos à COVID-19, desdém e incredibilidade à doença e à preocupação gerada pelo anúncio da pandemia.

Inicialmente, o presidente demonstrou certa preocupação com o vírus, ao decretar, em 4 de fevereiro, estado de emergência, e tendo o governo lançado, no mesmo mês, por intermédio do Ministério da Saúde, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19⁽⁸⁾, que trazia um projeto de lei para a criação de quarentena, vacinação e exames obrigatórios. Em 24 de março de 2020, por meio de um pronunciamento feito em rede nacional, o presidente afirma que a doença “não passa de uma gripezinha”, minimizando a gravidade da pandemia. Segundo Bolsonaro, o Brasil “vencerá” essa doença e “não há motivo para pânico”, já dando a entender que seu posicionamento era contrário ao isolamento social.

Deve-se mencionar que, nesse exato momento do pronunciamento, dia 24 de março, a Europa alcançava um total de 8,5 mil mortes diárias, o maior número já registrado⁽⁹⁾ (até a publicação deste artigo). Ou seja, a situação no contexto global já indicava para uma profunda

crise mundial, e países cada vez mais demonstravam preocupação em relação ao alastramento da doença. Em um segundo pronunciamento, indo completamente na contramão do que foi reforçado pelo então ministro da Saúde Henrique Mandetta, que pedia um isolamento social rígido por parte dos brasileiros, em 29 de março, Bolsonaro diz em coletiva que pretendia “liberar o retorno de atividades de trabalhadores informais”⁽¹⁰⁾. O ministro Mandetta se posicionou durante seu mandato (até abril) completamente alinhado às recomendações da OMS, defendendo a adoção do isolamento social para poder “achatar a curva” da doença. Ao mesmo tempo, o presidente se dizia contra, e clamava pelo isolamento vertical, que abrange apenas aqueles classificados como grupos de risco, chegando a dizer que os discursos de Mandetta “semeavam pânico” na população⁽¹¹⁾.

Na esfera estadual, discursos de líderes, no geral, concordavam com Mandetta e com as recomendações da OMS, em particular os governadores João Doria, de São Paulo, e Wilson Witzel, do Rio de Janeiro. Ambos os governadores criticaram a postura e os discursos do presidente, apontando irresponsabilidade em suas falas. O embate político escalou, entre os meses de março e maio, quando os governadores insistiam em aplicar o isolamento social, principalmente após uma alta de casos nos dois estados. Em diversos pronunciamentos, tanto o presidente quanto os governadores se alfinetaram e mostraram publicamente haver discordâncias profundas. Esse fato é muito importante para a análise, pois indica três figuras que eram grandes aliadas do presidente – Doria, Witzel e Mandetta – tornarem público o desapontamento com os discursos e ideias de Bolsonaro. Witzel, inclusive, chegou a indicar que as atitudes do presidente poderiam ter consequências legais.

Eu não estou aqui para fazer pré-julgamento de ninguém, mas se pudesse dar um conselho como jurista diria que está colocando em risco sua liberdade. A um chefe de Estado não se admite que vá na contramão do que dizem organizações internacionais como a ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial de Saúde). Temos o artigo 7º do Estatuto de Roma, de crime contra a humanidade. Cada um que tome as ações conforme sua consciência determinar e depois seja responsabilizado por seus atos. Amanhã a responsabilidade virá e infelizmente pode ser muito dura. Esse não é o momento de desafiar ou fazer política. Wilson Witzel⁽¹²⁾.

Nem todos os governadores, porém, foram contra as palavras do presidente. O governador do Distrito Federal (DF), Ibaneis Rocha, apesar de ter adotado o isolamento social no DF e de ter criticado certas falas e interferências⁽¹³⁾ do presidente, mostrou-se firme em alinhamento a Bolsonaro.

Além dos governadores, outros líderes contrariaram os discursos de Bolsonaro e sua crítica ao isolamento social. David Alcolumbre, presidente do Senado, teve COVID-19 em abril, no início da pandemia. Após sua recuperação, que durou mais de 20 dias, o político fez questão de afirmar publicamente que o vírus “não é gripe”⁽¹⁴⁾, citando os dias difíceis que passou ao estar infectado. Rodrigo Maia, presidente da Câmara, também infectado pelo vírus no mês de setembro, igualmente se pronunciou sobre a seriedade da doença, reiterando a necessidade do uso da má-

cara de proteção facial⁽¹⁵⁾. Bolsonaro atacou Maia em seus discursos, e isso tornou-se um embate entre os poderes, com Alcolumbre defendendo o presidente da Câmara, e governadores do país assinando um manifesto pela democracia⁽¹⁶⁾ em apoio aos dois parlamentares e repudiando as falas de Bolsonaro.

Os discursos oficiais de autoridades no Brasil, portanto, eram contrastantes, evidenciando uma falta de coesão e união para combater a pandemia. Todos esses fatos geraram grande instabilidade na esfera política do Brasil, adicionados à já existente crise de saúde e à cada vez mais grave crise econômica.

2.1.2 ATUAÇÃO DOS PODERES

Se os discursos de poderes e autoridades brasileiras destoavam entre si e geraram interpretações contraditórias em relação ao combate à pandemia, a atuação e as atitudes tomadas pelos representantes dos poderes no Brasil também o foram.

Novamente, destaca-se o caráter isolado de Bolsonaro e membros de seu governo em relação ao resto de políticos atuantes. Como expressado em seus discursos, o presidente tomou atitudes para que o isolamento social não fosse adotado e que a economia do país não parasse. Uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF)⁽¹⁷⁾, tomada em março, definiu que os governadores teriam liberdade e autonomia para, de forma independente do governo Executivo, tomar decisões relativas ao combate à COVID-19. Isso significava que o presidente não teria o controle sobre a adoção de medidas de isolamento e fechamento de atividades econômicas. O presidente Bolsonaro utilizou-se dessa decisão para se isentar de responsabilidade em medidas de mitigação e controle da doença.

As atitudes de Bolsonaro, em geral, foram completamente contra todas as recomendações da OMS. Além do presidente, membros de seu governo, seus filhos (todos atuando em esferas políticas de poder) e aliados fizeram pouco caso da pandemia, incluindo: não utilizar máscaras em público⁽¹⁸⁾, causar aglomerações de população⁽¹⁹⁻²⁰⁾, incentivar e comparecer a protestos e manifestações⁽²¹⁾ a favor do governo. Essas atitudes se mostram alinhadas à do líder dos Estados Unidos da América, Donald Trump, que, liderando o país com maior número de casos e mortes desde abril, recusa-se até hoje a utilizar máscaras e a aderir ao isolamento social.

As trocas de ministros da Saúde (e de outros ministérios, também) confirmam uma crise política instaurada no combate à pandemia. Vendo seus antigos aliados tornarem-se seus maiores opositores, o presidente Bolsonaro procurou se cercar de uma equipe alinhada com seus pensamentos e que não questionaria suas decisões. O ministro interino da Saúde Pazzuello, um militar sem formação na área médica, admitiu em coletiva em outubro que “não sabia o que era o SUS”. O ministro da Educação Weintraub, que saiu clandestinamente às pressas do país em junho, teve embates com parceiros chineses, tendo publicado *posts* racistas e preconceituosos. Além disso, ele compareceu a encontros com a

população sem utilizar a máscara, promovendo aglomerações e expondo as pessoas desnecessariamente. Esses exemplos ilustram o posicionamento e a atuação de Bolsonaro e de seus aliados em relação à pandemia, assim como a falta de importância e empatia praticada por eles.

Em maio, após a demissão do segundo ministro da Saúde, o governo já havia novamente mudado o método de divulgação de análises estatísticas da pandemia no país. Indo na contramão das redes de notícia, que divulgam diariamente o número de casos e de mortes no país, o governo passou a liberar apenas informações sobre os recuperados, procurando minimizar o alarme por conta do grande número de novos casos confirmados e mortes registradas diariamente. Isso foi revertido, e passaram a divulgar os números completos novamente. No entanto, essa não foi a única atitude tomada pelo governo para manipular dados: o *site* oficial no qual os casos são divulgados diariamente passou a revelar os números somente ao final do dia, fazendo com que a divulgação não fosse possível em jornais de grande alcance, como o Jornal Nacional. Como resposta a essa falta de transparência, diversas fontes jornalísticas se juntaram e formaram um Consórcio de Veículos da Imprensa⁽²²⁾, em que juntos apuravam e divulgavam os números diários, para que os resultados fossem exibidos nos horários de pico de audiência, atingindo o máximo da população possível.

A atuação de outros poderes na esfera política merece atenção:

No início da pandemia, no dia 15 de abril, o STF decidiu pela autonomia de prefeitos e governadores em relação à determinação de medidas para enfrentar o novo coronavírus⁽¹⁷⁾. Isso garantiu que estados e municípios poderiam definir e regulamentar individualmente medidas de isolamento social, fechamento de atividades econômicas (comércio) e restrições em geral. A decisão dos ministros do STF foi logo contestada por Bolsonaro, que entendia que o governo federal deveria regulamentar quais serviços seriam considerados essenciais e que não seriam afetados pelo isolamento. Esse entendimento do presidente havia sido oficializado pela Medida Provisória (MP) nº 926/2020 para enfrentamento do novo coronavírus. Segundo a proposta da decisão do STF⁽²³⁾, essa MP não afasta a competência (concorrente ou não) de tomada de ações normativas e administrativas realizadas por poderes locais (estados, distritos e municípios). A proposta apresentada pelo ministro Eduardo Fachin e apoiada pela maioria deixa claro que o artigo 3º da Lei nº 13.979/2020 deve ser interpretado de acordo com a Constituição brasileira, garantindo que a União tenha direito de legislar sobre as medidas de enfrentamento do novo coronavírus, porém explicitando que o exercício das medidas deve resguardar a autonomia dos demais poderes.

O ministério da Cidadania ficou responsável pela criação e disponibilização do Auxílio Emergencial, benefício de proteção social criado para garantir renda mínima durante o período da pandemia. Inicialmente, em março, foi proposto pelo presidente um auxílio de R\$ 200,00 para trabalhadores informais, durante um período de três meses. Diante do valor absurdamente baixo, indignação foi observada entre a população e também entre deputados. Após pressão de parlamentares e adoção de grandes nomes como o presidente da Câmara Rodrigo Maia, o valor estipulado teria um mínimo de R\$ 500,00. No dia 1º de abril, após votação na Câmara e no

Senado, foi aprovada a criação de um auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00. Deve-se frisar que o valor do salário mínimo no Brasil, à época, era de R\$ 1.045. Ou seja, esse auxílio não representava nem o correspondente ao considerado valor mínimo de sobrevivência no país. O governo de Bolsonaro fez questão de, após ter o projeto inicial derrotado, divulgar que a criação e a definição do auxílio eram próprias dele, e não dos outros poderes. Isso foi feito a partir de *posts* em redes sociais⁽²⁴⁾ e propagandas do governo. Com isso, Bolsonaro buscou se apropriar de um projeto de benefício social que ele inclusive fora contra⁽²⁴⁾. Apesar de inicialmente ser um benefício calculado para três meses, ele foi garantido até dezembro, com ajuste de valores e parcelas.

No âmbito educacional, a pandemia impactou fortemente todas as instituições educacionais do país. A suspensão de atividades presenciais⁽²⁶⁾ escolares e universitárias teve grande impacto na população brasileira. Inicialmente, foi determinada uma suspensão temporária das atividades, mas logo tornou-se necessário continuar de maneira remota, o denominado EAD. Para além das dificuldades de se adaptar o ensino para o meio digital e a distância, essa mudança evidenciou ainda mais as desigualdades de acesso das diferentes camadas sociais. Milhões de alunos ficaram desamparados ao não terem acesso a computadores, celulares⁽²⁷⁻²⁸⁾, materiais escolares em casa ou mesmo a presença de um familiar responsável para auxiliar no processo de aprendizagem a distância. A precarização do ensino também ficou nítida ao se pensar no futuro com o novo normal: em um país como o Brasil, extremamente desigual, onde escolas e instituições públicas muitas vezes não contam com itens de higiene básica (água nos banheiros, sabonete, privadas em funcionamento)⁽²⁹⁻³¹⁾, como exigir uma volta de atividades em meio a uma crise sanitária? Como garantir distanciamento social e normas de higiene pessoal? Esses dilemas não foram discutidos o suficiente pelos líderes dos poderes ao considerarem a volta de aulas pelo Brasil.

3. COMPREENSÃO SOCIAL DA PANDEMIA: EVIDÊNCIAS DE DESIGUALDADES INTRÍNSECAS

Para além das esferas política e econômica, e totalmente ligada a ambas, está a esfera social. O artigo traz, como tema de discussão, a compreensão social da população para procurar entender como foi a interpretação da população em relação à pandemia, inclusive os discursos e as atuações analisados anteriormente.

3.1 SAÚDE VERSUS ECONOMIA

O maior dilema criado com a pandemia, e apoiado nos discursos do presidente Bolsonaro e de seu governo, era o da saúde *versus* economia⁽³²⁾. Criando uma suposta “escolha” entre as duas dimensões, Bolsonaro procurou enfatizar que a ‘gripezinha’ não poderia parar o país, e que atividades econômicas deveriam seguir normalmente, com exceção daqueles considerados grupos de risco. A população se mostrou, desde o início do surto da COVID-19, preocupada

com a questão financeira e econômica, em especial os trabalhadores informais. Por ganharem o dinheiro de sustento no dia a dia do trabalho, sem acesso a direitos trabalhistas, esses trabalhadores se encontravam em uma situação delicada diante do isolamento social ⁽³³⁾.

O auxílio emergencial deveria ser uma solução a esse problema, trazendo uma tranquilidade diante do pânico e das incertezas criados pela crise. Países ao redor do mundo criaram programas parecidos, com o intuito de garantir o máximo isolamento possível, e para que a crise não se estendesse por diversos meses. No Brasil, o argumento criado pelo líder nacional ia totalmente contra essa lógica: não apenas Bolsonaro desmereceu a gravidade da doença e da pandemia no geral como também advogou por menores valores do auxílio, além de ter criticado o valor total pago, – fora o fato de que o presidente desestimulou o isolamento e fez diversos pronunciamentos pedindo o seu fim. Portanto, sua postura demonstrou que não apenas ele não concordava com o isolamento como também não procurava auxiliar aqueles que estavam sendo mais diretamente afetados pela crise.

3.2 DESIGUALDADES SOCIAIS

Não podemos deixar de mencionar um fato preocupante que se evidenciou com o agravamento da pandemia, que foi a acentuação das desigualdades sociais ⁽³⁴⁾. Esse fenômeno foi observado no mundo inteiro, quando populações vulneráveis se mostraram cada vez mais à mercê do abandono e da morte, sem acesso à saúde e a direitos básicos, enquanto bilionários aumentavam suas fortunas ⁽³⁵⁾. No Brasil, houve casos de indivíduos infectados sendo levados em jatinhos particulares para serem internados em outros estados ⁽³⁶⁻³⁷⁾, enquanto pobres com COVID-19 morriam na porta de hospitais aguardando atendimento. Outro caso notório no Brasil que ilustra essa situação de desigualdade ocorreu no início da pandemia e evidencia as diferenças nas chances de sobrevivência da doença a depender de classe social e acesso. Uma família, residente do Alto Leblon, bairro com o metro quadrado mais valorizado no país, teve membros infectados enquanto estavam em uma viagem no exterior. No entanto, mantiveram seus funcionários trabalhando normalmente na residência da família. O resultado foi que uma das empregadas domésticas acabou infectada e morreu. O caso se tornou emblemático por ser a primeira morte por COVID-19 confirmada no Rio de Janeiro ⁽³⁸⁾. Esse é só um exemplo que se tornou público e gerou indignação, mas não foi nem de longe o único a ocorrer na sociedade brasileira.

Registros de levantamentos independentes também analisaram como a doença atingia e matava desproporcionalmente. Notícias e contagens oficiais evidenciavam, ainda em abril, para os números contrastantes observados em bairros diferentes de São Paulo: enquanto no Morumbi havia 297 infectados confirmados e 7 mortes, no bairro periférico de Brasilândia, na Zona Norte, com apenas 89 infectados, já havia 54 mortes confirmadas ⁽³⁹⁾. Não há como negar que essa discrepância gigante é resultado de desigualdades e falta de acesso a serviços de saúde. Portanto, apesar da inicial classificação da doença da COVID-19 como causada por um vírus “democrático”,

por supostamente atingir todas as classes sociais, cores, idades etc., ficou claro que a forma que acontece na realidade é diferente. Em estudo publicado pelo portal Rio on Watch⁽⁴⁰⁾, a partir de publicações em redes sociais de residentes de favelas, moradores, chama atenção a desigualdade em acesso a direitos básicos em cidades como o Rio de Janeiro. Destaca-se como a pandemia do novo coronavírus tem acelerado e aprofundado o estado de exceção vivido nas favelas brasileiras, a partir de uma política da morte praticada pelo Estado. No Brasil, único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde universal e público, questões de inacessibilidade se tornam mais graves ainda. Evidências de práticas de necropolítica são observadas nos números crescentes de mortes por COVID-19 nas favelas. Necropolítica é refletida em políticas nas quais o Estado ativamente escolhe quem morre e quem vive, decidindo o destino da população não apenas ao roubar o direito de viver a partir de violência armada, mas também ao tornar as condições de vida e sobrevivência ainda mais precárias nas favelas, ao negar o direito fundamental a cuidados de saúde, mesmo durante a pandemia da COVID-19. Isso tudo além de não providenciar as condições mínimas de uma vida digna. Um estudo publicado pela Fiocruz⁽⁴¹⁾ discute e evidencia como, além das desigualdades sociais, a pandemia revelou atingir desproporcionalmente por cor também: negros são mais afetados e morrem mais por infecção pelo vírus.

Ocorre que a realidade da classe trabalhadora de baixa renda, majoritariamente negra e moradora de territórios vulnerabilizados, é outra. São predominantemente trabalhadores precarizados, que não têm o privilégio de ficar em casa, em regime de trabalho remoto; que utilizam os transportes públicos superlotados; têm acesso precário ao saneamento básico; e estão na linha de frente do atendimento ao público no setor de serviços, incluindo os de saúde.

A análise mostra que, depois de chegar ao país com viajantes das classes média e alta, o vírus se disseminou de modo a afetar mais a população negra.

Na Semana Epidemiológica 15 (4 a 10 de abril), a população branca representava 73% das internações e 62,9% dos óbitos. Cerca de um mês e meio depois, na Semana Epidemiológica 21, os dados mostram proporções semelhantes de brancos e negros em relação às hospitalizações. Nos óbitos, entretanto, a população negra passa a representar 57%, enquanto a branca representa 41%⁽⁴¹⁾.

3.3 REAÇÕES SOCIAIS

É necessário apontar que a compreensão social não se limitou a crenças pessoais, mas também incluiu reações da população. Dois casos merecem destaques: protesto de enfermeiros é interrompido, e profissionais são atacados; homenagem aos mortos por COVID-19 é vandalizada. A primeira ocorreu em Brasília, quando, em um protesto pacífico realizado por enfermeiras, os manifestantes foram hostilizados e atacados, ao realizarem um protesto silencioso em respeito aos profissionais de saúde⁽⁴²⁾. Um homem (depois descobriu-se que ele era funcionário público do ministério de Direitos Humanos), chegou a cuspir nas enfermeiras, além da agressão verbal sofrida por diversos indivíduos com bandeiras do Brasil

e a favor do governo⁽⁴³⁾. O segundo caso foi no Rio de Janeiro, onde familiares que haviam perdido membros para a doença prestaram homenagem com cruzeiros pelas praias da cidade. Um indivíduo hostilizou os familiares e vandalizou a homenagem, derrubando as cruzeiros⁽⁴⁴⁾. Ambas as situações evidenciam dois lados contrastantes de resposta social à pandemia do novo coronavírus: por um lado, homenagens e protestos daqueles que se importam com as vidas perdidas e clamam por uma responsabilização social, externalizando a dor e a dificuldade do momento vivido pelo país; e, por outro, indivíduos alinhados ao presidente e aqueles que negam a gravidade da pandemia, que desprezam e desrespeitam as tantas vítimas de COVID-19, suas famílias e os profissionais de saúde que estão na linha de frente contra a doença. Nos dois casos, os hostilizadores eram apoiadores declarados de Bolsonaro.

4. CONCLUSÃO

Como citado anteriormente, a pandemia do novo coronavírus realmente mudou a nossa sociedade como conhecíamos. A necessidade de adaptação a uma nova realidade reconfigurou relações sociais, hábitos de saúde e limpeza, redefiniu prioridades políticas e definitivamente mostrou que a humanidade não está preparada para todos os desafios.

Este artigo buscou analisar o contexto da pandemia no Brasil e entender quais os principais acertos e erros no combate à disseminação do vírus. Destacaram-se os discursos e atuações políticas e as consequências causadas por essas decisões. É fato que o mundo já não é mais o mesmo, mas fica a dúvida sobre se um dia a “normalidade” voltará. Enquanto essas questões não são esclarecidas, enfatiza-se a importância e a necessidade de compreender a pandemia para além de uma questão simplesmente relacionada com a saúde, uma vez que o maior resultado deste momento é a acentuação das desigualdades sociais. É imprescindível que ouçamos autoridades de saúde e que vejamos a pandemia com um olhar sério, pois só assim poderemos nos livrar dela. A questão social também não deve ficar para trás: benefícios para os mais vulneráveis devem ser considerados direito sem questionamentos, e populações isoladas devem ter sua proteção garantida.

Falta de benefícios e auxílio social revelam que a quarentena e o isolamento social são privilégios a que poucos podem ter acesso. Após meses de isolamento, desgaste mental, falta de emprego, saúde e educação, torna-se necessário questionar como exigir que a população pobre, a mais afetada pela pandemia e que mais depende de auxílio, fique em casa e não gere aglomerações. As adaptações para o novo normal, com regras de distanciamento, atendimento exclusivo e sem contato, *delivery* e *drive in*, mostraram-se não inclusivas e, na realidade, são uma extensão da desigualdade social. Enquanto aqueles que têm o privilégio de acesso a fazendas particulares, casas de praia, reservas de mesas individuais em restaurantes e iates para assistirem a shows lidam facilmente com a adaptação ao isolamento e ao distanciamento social, os pobres ficam sem acesso a nenhuma dessas opções de lazer, esporte ou socialização. É necessário questionar como tornar o contexto de enfrentamento e pós-COVID mais igualitário, garantindo que as camadas menos

favorecidas não precisem escolher entre se expor ao vírus e trabalhar/descansar-lazer/socializar. É dever do governo proporcionar a todos os brasileiros um ambiente seguro e com condições mínimas de sobrevivência digna.

A normalização de mortes ⁽⁴⁵⁾, a banalização da doença e a falta de empatia devem ser discutidas para que conscientizemos a população. Uma questão de extrema importância ao se pensar no futuro pós-pandemia é a mudança nos hábitos sociais e de saúde da população. O transtorno da saúde mental da população, o consumo excessivo de álcool e outras drogas, o aumento da violência doméstica contra mulheres e crianças nos dão sinais de que haverá grandes sequelas deste delicado momento pelo qual estamos passando. Ter um líder do governo do país que é despreparado e desinteressado no bem-estar da população é uma ameaça à sociedade brasileira. Devemos aprender com a realidade vivida e com os erros cometidos, porém sempre olhando para a frente e buscando melhorias e progresso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Novel Coronavirus – China [Internet]. Genebra: OMS; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.
2. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]. Genebra: OMS; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. “O Brasil tem uma vantagem em relação aos outros países: nós temos o SUS” [Internet]. Brasília: Conass; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <https://www.conass.org.br/o-brasil-tem-uma-vantagem-em-relacao-aos-outros-paises-nos-temos-o-sus/>.
4. Al-Arshani S. The US and Brazil account for 7% of the world population — but they have nearly 40% of all coronavirus cases. Business Insider [Internet]. 29 jul 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/us-and-brazil-percent-coronavirus-cases-2020-7>.
5. DW. Coronavirus: Red Cross slams US and Brazil response [Internet]. DW; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.dw.com/en/coronavirus-red-cross-slams-us-and-brazil-response/a-54006454>.
6. Worldometer. Worldometer Coronavirus [Internet]. Worldometer; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/brazil/>.
7. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. Genebra: OMS; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>.
9. Worldometer. Covid-19 Daily Deaths [Internet]. Worldometer; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
10. Andrade H, Melo I. Após tour, Bolsonaro fala em “decreto” para liberar trabalho sem isolamento. UOL [Internet]. 29 mar 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/29/bolsonaro-diz-estudar-decreto-para-liberar-trabalho-sem-isolamento.htm>.
11. Bolsonaro diz que Mandetta ‘semeava pânico’ e volta a criticar quarentena. UOL [Internet]. 16 jul 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ulti->

[mas-noticias/redacao/2020/07/16/bolsonaro-diz-que-mandetta-semeava-panico-e-volta-a-criticar-quarentena.htm](#).

12. Mello I. Bolsonaro pode ser julgado por crimes contra a humanidade, diz Witzel. UOL [Internet]. 30 mar 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/30/bolsonaro-pode-ser-julgado-por-crimes-contra-a-humanidade-diz-witzel.htm>.
13. Leitão M. Menos interferência de Bolsonaro na Saúde ajuda o país, diz Ibaneis: Governador do DF planeja reabrir comércio de Brasília em 10 dias, a depender da distribuição de máscaras, e defende trabalho dos técnicos do Serviço Público. Veja [Internet]. 14 abr 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/matheus-leitao/menos-interferencia-de-bolsonaro-na-saude-ajuda-o-pais-diz-ibaneis/>.
14. Truffi R, Vandson L. Alcolumbre diz que covid-19 “não é gripe” e que viveu dias “muito difíceis”. Valor Econômico [Internet]. 7 abr 2020 [acesso 2020 dez 13] Disponível em <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/04/07/alcolumbre-diz-que-covid-19-nao-e-gripe-e-que-viveu-dias-muito-difices.ghtml>.
15. Clavery E, Resende S. Maia volta à Câmara após Covid, diz que vírus ‘não é brincadeira’ e pede uso de máscara ‘até a vacina’: Deputado citou ‘período de isolamento e sofrimento’ e disse que ‘não foi internado por pouco’. Brasil registrou 149.034 mortes até esta quinta, segundo consórcio de veículos de imprensa. [Internet] Brasília: G1; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/08/maia-volta-a-camara-apos-covid-diz-que-virus-nao-e-brincadeira-e-pede-uso-de-mascara-ate-a-vacina.ghtml>.
16. Governadores assinam carta de apoio a Maia e Alcolumbre contra Bolsonaro: Mandatários estaduais ressaltam atuação dos chefes do Executivo por estados e municípios e dizem que presidente afronta princípios democráticos. Veja [Internet]. 8 out 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <https://veja.abril.com.br/politica/governadores-assinam-carta-de-apoio-a-maia-e-alcolumbre-contra-bolsonaro/>.
17. Vieira A. Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado. Brasília: Agência Senado [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/decisao-do-stf-sobre-isolamento-de-estados-e-municipios-repercute-no-senado>.
18. Lacerda N. 125 mil mortos: Bolsonaro desestimula uso de máscara de proteção contra a covid: sem apresentar fontes, presidente diz que equipamento não serve para “bulhufas” e incentiva criança a tirar o acessório. Brasília: Brasil de Fato [Internet]. 4 set 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2020/09/04/125-mil-mortos-bolsonaro-desestimula-uso-de-mascara-de-protecao-contra-a-covid>.

19. Sem máscara, Bolsonaro anda de moto no Guarujá, fala com apoiadores e aglomera: Bolsonaro provocou aglomeração ao para tirar fotos com simpatizantes. IG [Internet]. 10 out 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/politica/2020-10-10/sem-mascara-bolsonaro-anda-de-moto-no-guaruja-fala-com-apoiadores-e-aglomera.html>.
20. Gomes PH. Sem máscara, Bolsonaro vai a churrasco com aglomeração em Brasília. G1 [Internet]. 20 set 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/09/20/sem-mascara-bolsonaro-vai-a-churrasco-com-aglomeracao-em-brasilia.ghtml>.
21. Sem máscara, Bolsonaro participa de ato que defendeu medidas antidemocráticas: Presidente acenou para grupo à distância, mas depois liberou acesso de pessoas à rampa do Planalto, onde pegou uma criança no colo. Tribunal de Jundiaí [Internet]. 3 maio 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://tribunadejundiai.com.br/politica/sem-mascara-bolsonaro-participa-de-ato-que-defendeu-medidas-antidemocraticas/>.
22. Consórcio de Imprensa [Internet] São Paulo: Isto é; 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://istoe.com.br/tag/consorcio-de-imprensa/>.
23. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Portal STF [Internet]. 15 abr 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>.
24. SeconVc (Twitter da Secom). Imagem [Internet]. 9 abr 2020, 3:48 PM [acesso 2020 dez 13]. Disponível em <https://twitter.com/secomvc/status/1248321973719117824/photo/1>.
25. Roubicek M. Como o governo se apropria da criação do auxílio emergencial. Jornal Nexo [Internet]. 12 jun 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/06/12/Como-o-governo-se-apropria-da-cria%C3%A7%C3%A3o-do-aux%C3%ADlio-emergencial>.
26. Coronavírus/Covid-19: aulas suspensas em todo país. Luanda: Novo Jornal [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <http://www.novojornal.co.ao/sociedade/interior/coronaviruscovid-19-aulas-suspensas-em-todo-o-pais-86233.html>.
27. Aragão E, Muniz M. Ensino à Distância exclui milhares de alunos e não tem efetividade, dizem educadores: com direitos ameaçados, trabalhadores e trabalhadoras da educação se dizem preocupados com direito à educação universal, ano letivo e ainda enfrentam ameaças para mentir sobre presença virtual dos alunos. Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo [Internet]. 6 maio 2020. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em <https://spbancarios.com.br/05/2020/ensino-distancia-exclui-milhares-de-alunos-e-nao-tem-efetividade-dizem-educadores>.

28. Oliveira E. Quase 40% dos alunos de escolas públicas não têm computador ou tablet em casa, aponta estudo: dados sobre conectividade em escolas e acesso de estudantes à internet mostram cenário em que a educação entrou na pandemia em 2020 e indicam possível desafio no ensino remoto. G1 [Internet]. 9 jun 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/06/09/quase-40percent-dos-alunos-de-escolas-publicas-nao-tem-computador-ou-tablet-em-casa-aponta-estudo.ghtml>.
29. Tokarnia M. Quase metade das escolas não tem todos os itens de saneamento básico: dados fazem parte de levantamento feito pela plataforma Melhor Escola. Agência Brasil [Internet]. 22 jun 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2020-06/quase-metade-das-escolas-nao-tem-todos-os-itens-de-saneamento-basico>.
30. Alfano B, et al. Brasil tem dois milhões de alunos em escolas sem água potável. Extra [Internet]. 5 jul 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/educacao/brasil-tem-dois-milhoes-de-alunos-em-escolas-sem-agua-potavel-rv1-1-24516119.html>.
31. Gomes R. Escolas de São Paulo não tinham sabão e papel higiênico. Agora vão ter álcool gel? Relatório do Tribunal de Contas apontava falta de sabão líquido, papel higiênico e papel toalha em fiscalização nas escolas de São Paulo no ano passado. Rede Brasil Atual [Internet]. 30 jul 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/educacao/2020/07/escolas-de-sao-paulo-nao-tinham-sabao-e-papel-higienico-agora-va-ter-alcool-gel/>.
32. Ferrari A, Cunha AM. A pandemia de Covid-19 e o isolamento social: saúde versus economia [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 28 mar 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-a-pandemia-de-covid-19-e-o-isolamento-social-saude-versus-economia/>.
33. Covid-19 evidencia maior vulnerabilidade para trabalhadores informais, alerta pesquisador do ISC [Internet] Salvador: Portal UFBA; 5 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://coronavirus.ufba.br/covid-19-evidencia-maior-vulnerabilidade-para-trabalhadores-informais-alerta-pesquisador-do-isc>.
34. Desigualdade social e econômica em tempos de Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 13 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-covid-19>.
35. Aumentan los milmillonarios de América Latina a medida que la región más desigual del mundo se hunde bajo el impacto del coronavirus. Oxfam [Internet]. 27 jul 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/aumentan-los-mil-millonarios-de-america-latina-medida-que-la-region-mas-desigual>.

36. Campbell U. Coronavírus: Ricos de Belém escapam em UTI aérea de colapso nos hospitais da cidade. *Época* [internet]. 6 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/coronavirus-ricos-de-belem-escapam-em-uti-aerea-de-colapso-nos-hospitais-da-cidade-1-24412850>.
37. Lemos V. Com estado em colapso, milionários de MT com covid-19 recorrem a jatinhos para buscar tratamento em SP. *UOL* [Internet]. 17 jul 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/bbc/2020/07/17/com-estado-em-colapso-milionarios-de-mt-com-covid-19-recorrem-a-jatinhos-para-buscar-tratamento-em-sp.htm>.
38. Melo ML. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. *UOL* [Internet]. 19 mar 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
39. Rodrigues R, Borges B, Figueiredo P. Morumbi tem mais casos de coronavírus e Brasi-
lândia mais mortes; óbitos crescem 60% em uma semana em SP: mapa divulgado pela
Secretaria Municipal da Saúde mostra a distribuição de casos e mortes por distrito da
cidade, entre o período epidemiológico que vai de 23 de fevereiro a 17 de abril. *G1*
[Internet]. 18 abr 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/18/morumbi-tem-mais-casos-de-coronavirus-e-brasilandia-mais-mortes-obitos-crescem-60percent-em-uma-semana-em-sp.ghtml>.
40. Covid-19 Exposes 12 Proofs of Necropolitics at Play in Rio Favelas #VoicesFromSocial-
Media. *Rio on Watch* [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.rioonwatch.org/?p=59602>.
41. Oliveira RG, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre
a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020
dez 14];36(9). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1177/%20desigualdades-raciais-e-a-morte-como-horizonte-consideracoes-sobre-a-covid-19-e-o-racismo-estrutural>.
42. Vídeo: Enfermeiros fazem protesto e são hostilizados por apoiadores de Bolsonaro no
DF. Isto é [Internet]. 1 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://istoe.com.br/video-enfermeiros-fazem-protesto-e-sao-hostilizados-por-apoiadores-de-bolsonaro-no-df/>.
43. Costa F. Homem que atacou enfermeiras trabalha para o Ministério de Direitos Hu-
manos. *UOL*. 5 maio 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/05/05/servidor-terceirizado-de-ministerio-de-direitos-humanos-agrediu-enfermeiras.htm>.

44. Bolsonaro supporter knocks over Copacabana's symbolic Covid-19 'graveyard' – video. Londres: The Guardian [Internet]. 21 jun 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/global/video/2020/jun/12/bolsonaro-supporter-knocks-over-copacabanas-symbolic-covid-19-graveyard-video>.
45. Matta M, et al. A Pandemia de COVID-19 e a Naturalização da Morte [Internet] Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/artigo-pandemia-de-covid-19-e-naturalizacao-da-morte-1>.

O MUNDO QUE QUEREMOS: A PANDEMIA DE COVID-19 E REFLEXÕES SOBRE O FUTURO

Polliane Xavier Ferreira¹

Nara Ayres Britto²

Alethele de Oliveira Santos³

RESUMO: O presente artigo traz uma análise crítica acerca de um possível legado positivo à luz das repercussões e perspectivas dos impactos da pandemia de COVID-19. Apresenta elementos sobre sua consequência nos sistemas públicos de saúde, a importância de sua existência e valorização, em especial do modelo brasileiro materializado no Sistema Único de Saúde. Discorre brevemente sobre os efeitos na política externa, sobretudo no âmbito da diplomacia em saúde global, as expectativas acerca da retomada do Estado como precursor e garantidor do Estado de Bem-Estar e sua assunção na tessitura social do país.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Sistema Único de Saúde. SUS. Diplomacia em Saúde.

1 Advogada. Pós-Graduada em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-PUC/MG. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (Uniceub). Membro da Comissão de Assuntos Constitucionais OAB/DF. Orcid nº <https://orcid.org/0000-0002-8972-1511>. pollianexavier@gmail.com.

2 Advogada, Doutoranda e Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), Pós-graduanda em Processo Civil pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (Uniceub). Orcid nº <https://orcid.org/0000-0002-0106-1062>. nara@ayresbritto.com.br.

3 Advogada. Doutora em Saúde Coletiva. Professora convidada do Centro Universitário de Brasília (Uniceub). Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Orcid nº <https://orcid.org/0000-0001-7952-6408>. alethele.santos@conass.org.br.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 ocasionou uma parada do sistema econômico global, até então, em moldes inconcebíveis. Por todos os lugares, as pessoas tiveram que experimentar muitas mudanças em seus hábitos, em suas formas de socialização, trabalho, comunicação e, até mesmo, em seu convívio íntimo familiar.

Nesse cenário, tornou-se imprescindível uma intervenção por parte do Estado, por uma atuação imediata e proativa dos governantes, colocando em prática uma série de políticas públicas de caráter emergencial, que, em outro cenário, passariam por muita deliberação.

Diante disso, questões sobre o sistema econômico, a respeito dos modelos de intervenção estatal e, em especial, acerca dos sistemas sanitários dos países tornaram-se cruciais e vieram ao primeiro plano dos debates públicos.

Essa conjuntura tem levado quase todo o planeta a uma crise sanitária, econômica e humanitária concomitantemente, trazendo consigo um conjunto de incertezas como as gerações atuais jamais vivenciaram. Outrossim, especificamente no cenário brasileiro, a situação é preocupante, pois instalou-se, simultaneamente, uma crise de saúde, econômica, política e social.

Dessa maneira, na busca por uma melhor compreensão sobre as repercussões, especialmente na área da saúde, o presente ensaio faz uma análise sobre um possível legado positivo desse cenário, visto que as grandes crises sanitárias, em que pese o lastimável número de vidas ceifadas, promoveram mudanças, inovações e oportunidades para o amadurecimento da sociedade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de ensaio de abordagem qualitativa, elaborado a partir de revisão bibliográfica e pesquisa documental.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E UNIVERSAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

A crise sanitária foi, em um primeiro momento, a maior preocupação, na medida em que o vírus SARS-CoV-2 passou a ser tido pelas ciências e pelos profissionais da saúde como o ‘inimigo invisível’. Em seguida, veio a necessidade de intervenção, e o mundo tornou-se um grande laboratório, em que inúmeros estudos vêm dando o contorno necessário para orientar e organizar as ações de enfrentamento da pandemia⁽¹⁾.

Diante dessa situação, quando se considera a possibilidade de minorar os riscos de adoecimento e morte, são conduzidas diferentes ações e serviços com vistas a prevenção, controle, tratamento, promoção da saúde, mitigação de riscos e em prol de uma vida com qualidade. Para isso, conforme a abordagem feita por Castellanos, é imprescindível que haja compreensão do binômio ou processo saúde-doença, que é conceito da epidemiologia social, que se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional⁽²⁾.

Perceber que o conceito de doença não é simplesmente um dado estático, tampouco somente estatístico; por considerar que há doentes físicos, mentais ou sociais, exige a compreensão de dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e, até mesmo, políticas nos países. Isso porque foi bem definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a Saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Dessa forma, para sua efetivação, é preciso que haja estruturas sólidas e estáveis que atuem no reconhecimento da saúde como um bem comum⁽³⁾.

A Constituição Federal 1988 (CF/88) consagrou o direito fundamental à saúde nos arts. 1º, III, ao dispor entre os fundamentos da república a dignidade da pessoa humana; 6º, no rol dos direitos sociais; no 23, II, ao atribuir como competência dos entes federados os cuidados da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Além disso, dispõe, em seus arts. 196 a 200, de uma seção para tratar da saúde⁽⁴⁾. O direito à saúde é qualificado pela doutrina como direito de segunda dimensão, o qual, para seu implemento, exige uma atuação ativa do poder público por meio de prestações positivas e materiais que podem ser legitimamente reivindicadas pelos cidadãos⁽⁵⁾.

Quando o assunto é saúde, o Brasil possui grande destaque no mundo, isso porque detém um dos maiores sistemas públicos de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido nos arts. 196 a 200 da CF/88 que preceitua:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de garantir um acesso universal e igualitário da população às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁽⁴⁾.

Em seu art. 198, a Constituição elenca as diretrizes a serem seguidas pelo SUS, em que orienta que as ações e serviços públicos devem ter acesso integral e igualitário, dando prioridade para aquelas atividades de caráter preventivo, sem prejuízo dos serviços assistenciais, com a participação da comunidade⁽⁴⁾.

Essas garantias constitucionais foram reafirmadas pela Lei Orgânica de Saúde de 1990⁽⁶⁾, que adotou a definição dada pela OMS e evidenciou os fatores que são determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a primazia do acesso a bens e serviços essenciais que possam garantir uma vida digna aos indivíduos, como emana do art. 1º, III, CF/88⁽⁴⁾.

Isso demonstra que a saúde e a doença são componentes integrados, que dependem das condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais, em que cada situação de saúde específica, seja ela individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos.

Ter um sistema público e universal de saúde é crucial, cuja importância é ainda mais elevada nas crises sanitárias; pois, ainda que seus recursos sejam limitados, a existência de um sistema de saúde público, acessível a qualquer cidadão, contribui imensamente para o bem da população, em especial, no enfrentamento de pandemias.

Um exemplo que apresenta similaridades com o SUS é o National Health Service (NHS), modelo adotado pelo Reino Unido e que serviu de inspiração nacional, o qual consiste num serviço de saúde financiado publicamente cujos princípios fundamentais apoiam-se no atendimento das necessidades de todos; que seja gratuito no ponto de entrega; e baseado na necessidade clínica, não na capacidade de pagamento⁽⁷⁾.

Percebe-se que o NHS e o SUS apresentam semelhanças como modelos de sistemas universais de saúde com fundos públicos, apesar de que, para ambos, haja desafios constantes, na experiência com orçamentos limitados em detrimento de uma demanda progressiva crescente. Por certo que a medida da escassez para o SUS é notoriamente mais severa, o que é inversamente proporcional à população atendida, entretanto, para assegurar o acesso universal ao sistema, ambos precisam ser aprimorados constantemente⁽⁷⁾.

Apesar das dificuldades advindas do subfinanciamento do SUS – que é um problema crônico, pública e academicamente assumido, e um dos principais obstáculos apontados por profissionais e pesquisadores da área desde sua criação –, o modelo brasileiro possui muitas vantagens em relação ao modelo adotado pelos Estados Unidos da América (EUA) e por outros países da América Latina⁽⁷⁾.

Vale destacar que esses são sistemas fortemente baseados no ‘seguro social’ ou no ‘mercado privado’, nos quais o acesso da população é condicionado à sua inserção no mercado de trabalho, ao *status* social ou nível de renda, ou seja, está atrelado à sua capacidade de pagamento, seja por um plano de saúde ou pagamento por desembolso direto⁽⁷⁾.

Isso não quer dizer que esses sistemas sejam ineficientes, mas podem ser propulsores de desigualdades e, num momento de crise sanitária, possuem uma capacidade de resposta limitada quando comparados aos universais, pois tendem a ter mais dificuldade de dar respostas rápidas, integradas e coordenadas na atenção à população. Nessa medida, esse modelo pode ser visto como um “modelo de fragilidade” no enfrentamento da pandemia, pois um sistema primordialmente privado exclui um contingente populacional elevado e que não pode pagar pelos custos da atenção à saúde⁽⁷⁾.

Embora marcado por contradições, o Brasil, na América Latina, tornou-se uma exceção ao criar um sistema universal de saúde, que reconhece a responsabilidade do Estado em prover as mais diversas ações, em dimensão continental, para aproximados 212 milhões de habitantes⁽⁸⁾.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, hoje, cerca de 160 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS (o que representa cerca de 75% da população), sem contar que aproximadamente 47 milhões de pessoas que têm planos de saúde também se beneficiam do sistema público, em programas ou serviços como os de vacinação, vigilância sanitária e epidemiológica, no controle e tratamento do HIV/aids e também nos transplantes⁽⁹⁾.

Não obstante os desafios e as contradições, não restam dúvidas do saldo positivo de ter um sistema público e universal de saúde, antes, durante e depois de uma crise sanitária, como a atualmente representada pela COVID-19, pois, ainda que o número de infectados e óbitos seja doloroso e alarmante, sem a política pública de maior inclusão social, expansão e capilaridade, sem qualquer distinção econômica ou de classe social, o impacto poderia ser ainda mais devastador⁽¹⁰⁾.

O SUS é a materialidade, na área da saúde, da redução de desigualdades, de modo que se alcance a equidade; e isso, terminantemente, obriga a lutar por sistemas igualitários porque não basta a Constituição prever a política pública, também é preciso lutar para que haja medidas econômicas que possam garanti-los⁽¹¹⁾.

Por óbvio que a equidade e o reposicionamento social do Brasil não implicam unicamente o SUS e devem contemplar elementos que funcionam como condicionantes e determinantes, desde o esgotamento sanitário até a inovação tecnológica, para toda a população. Nesse cenário,

leva-se em consideração o contexto da vida nas cidades, o planejamento urbano, a renda per capita média, a desigualdade, a distribuição de renda, entre outros fatores. Trata-se das relações imbricadas entre o Produto Interno Bruto (PIB) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Assim, esta discussão abre espaço para o entendimento de que, para construir uma saúde adequada, é muito mais do que pensar só na questão assistencial, é compreender o que dizia o médico e cientista Adib Jatene, ao buscar mais instrumentos e recursos para aprimorar o SUS, que “a política não é a arte do possível. É a arte de tornar o possível necessário”⁽¹²⁾.

Dessa maneira, um efeito inesperado desta pandemia é o fortalecimento da ideia de que a atenção e o cuidado à saúde devem estar sob o olhar atento do Estado, ainda que permitida a participação do mercado, como no caso brasileiro, disposto no art. 199 da Constituição⁽⁴⁾. Nessa toada é que o SUS se enquadra como elemento justo e correto, que deve ser perseguido e aperfeiçoado, que cumpriu e vem cumprindo um papel fundamental em prol do progresso da sociedade brasileira.

Espera-se que o cenário pandêmico vivenciado na segunda década do século XXI amplie, não só no Brasil, mas também no mundo, o reconhecimento da importância dos sistemas públicos universais, que a população comece a valorizar os sistemas igualitários, reflita sobre a importância de sua manutenção e, por consequência, repense seus financiamentos.

3.2 A PROJEÇÃO NA POLÍTICA EXTERNA – SURGIMENTO DE UMA CULTURA INTERNACIONAL FOMENTADA PELA CRISE

Outro ponto que merece ser observado é atuação do Estado no âmbito da política externa, em que as instabilidades sociais e econômicas exigiram respostas e ações pragmáticas por parte de países e seus governos. Estes, por sua vez, vêm desempenhado um papel estratégico ao proporcionar recursos e meios para o combate ao vírus e a recuperação da economia global.

Nesse contexto, estão as iniciativas, discussões e decisões coletivas, sobretudo das organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a OMS⁽¹⁴⁾.

Assim, a ‘Diplomacia em Saúde Global’ veio tomando novos contornos a partir dos vários compromissos firmados por países que formaram uma coalizão em torno da OMS com a iniciativa que visa tornar vacinas, testes, tratamentos e outras tecnologias de saúde para combater a COVID-19 acessíveis a todos⁽¹⁴⁾, em que pese a existência de elementos que destoam da solidariedade social, quando foram adotadas medidas de contenção e combate ao vírus, como exemplo as ações dos EUA diante de outros países e da OMS⁽¹⁵⁾.

Num cenário de disputa global, vários países fizeram denúncias contra os EUA por tentarem e sequestrarem seus pedidos de equipamentos médicos, cujo governo invocou a Lei de

Produção de Defesa, o que serviu de fundamento para dificultar o cumprimento contratual entre fornecedores locais com outros países⁽¹⁵⁾. Outro episódio ocorreu quando o governo americano ameaçou deixar de contribuir com recursos financeiros e de cooperação para a OMS, com a exclusão do governo americano, caso não houvesse – a seu ver – melhorias substanciais no combate ao novo coronavírus⁽¹⁷⁾.

Mesmo com percalços, prevaleceu o modelo que segue as diretrizes e orientações da OMS, dando suporte para países em situação emergencial, a título de exemplo, os países fomentadores do COVID-19 *Technology Access Pool* (C-TAP), como Brasil, África do Sul, Argentina, entre outros⁽¹⁴⁾.

No que diz respeito à área comercial, apesar da suspensão de muitas atividades e transações, muitos países continuaram negociando, de forma emergencial, equipamentos e insumos. No entanto, o desabastecimento interno de equipamentos e insumos foi notadamente um grande desafio, e isso revelou a alta dependência nacional de produtos vindos de países altamente industrializados, como alguns integrantes do continente asiático⁽¹⁷⁾. Exemplo notório da dependência nacional dos fornecedores internacionais pôde ser observado em diferentes ocasiões, em especial, quando do desabastecimento do que foi denominado ‘Kit-intubação’, principalmente para a classe dos neurobloqueadores musculares.

Essa dependência é consequência da divisão internacional de matéria-prima e do trabalho, da concentração do acesso a tecnologias e à produção em algumas regiões do mundo. Esse fato implica fazer uma avaliação acerca da autorregulação da indústria e do mercado, bem como a necessidade de ter a produção e o abastecimento de produtos essenciais à saúde produzidos nos mercados internos, ou ainda, com garantia de acesso pelos países produtores aos países periféricos⁽¹⁷⁾.

Assim, esse ambiente de tomada de decisões para contenção do vírus e recuperação da economia reitera a necessidade da cultura de cooperação internacional em prol do desenvolvimento humano e da sustentabilidade.

3.3 O IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DA PANDEMIA E A NECESSIDADE DE VALORIZAÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

O analista econômico e presidente do Banco Mundial, David Malpass, evidencia um cenário no qual cerca de 100 milhões de pessoas serão levadas à linha da extrema pobreza em razão de uma combinação de fatores, como o aumento do desemprego e problemas que possam dificultar o acesso aos alimentos⁽¹⁸⁾.

Dados como esses são preocupantes uma vez que a pandemia de COVID-19 poderá deixar algumas situações ainda mais acentuadas, como o que revelam as análises relativas à concentração de riquezas; considerando que, com a expansão da pandemia pelas periferias e interiores do Brasil, foi ainda mais escancarada uma realidade perversa de desigualdade social e econômica.

Nessa situação, a atuação do Estado foi indispensável com a criação de pacotes emergenciais para ajudar as famílias mais vulneráveis e todos aqueles que, de certo modo, eram considerados invisíveis ou esquecidos no contexto dinâmico da sociedade⁽¹⁹⁾. Essa é uma das questões mais preocupantes, na medida em que revela que a distribuição desigual (e desumana) de riquezas impõe um contraste nas condições de saneamento básico e representa uma grande barreira às recomendações de higiene e distanciamento físico, haja vista que muitos indivíduos não têm acesso aos mínimos necessários para o enfrentamento da pandemia, elevando o risco da sociedade integralmente⁽¹⁹⁾.

Além dos cenários geográficos – periferias e interiores –, esse tipo de análise estendeu-se a populações específicas, que passaram a requerer estratégias descentralizadas adaptadas a contextos distintos da realidade brasileira. Diante disso, notou-se a necessidade de especial proteção a grupos em situação de vulnerabilidade, pessoas com deficiência, população indígena, carcerária, baixa renda, miserabilidade e do mercado informal⁽¹⁹⁾.

Essa parcela da população mereceu a atenção das autoridades, iniciativa privada, movimentos e organizações sociais, cuja máxima é de que, nesse momento, é essencial que sejam garantidas pelo Estado as condições de uma vida digna aos indivíduos, por meio do aprimoramento da articulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social⁽²⁰⁾.

Lidar com essas desigualdades é o maior desafio da pandemia de COVID-19, pois, enquanto para uma parcela da sociedade a preocupação é com as mudanças em seus hábitos e estilo de vida, como a abstenção de momentos de lazer, para outras, a maior preocupação é mais com a próxima refeição, independentemente de as mãos estarem limpas.

Essa cena pode ser ainda mais agravada com a possibilidade de que trabalhadores de baixa renda percam seus empregos, que o aumento do desemprego leve a uma precarização ainda maior das condições de vida e, por conseguinte, reduza as arrecadações estatais⁽²¹⁾, impondo um ciclo absolutamente desfavorável a perdurar por anos.

Contudo, num esforço acadêmico de buscar por cenários um pouco mais otimistas, a pergunta que se faz é: o que aconteceria se a pandemia da COVID-19 funcionasse como mola para a ampliação dos juízos de ponderação entre ricos e pobres, internamente e entre países?

Parte-se do pressuposto que o conjunto de medidas emergenciais, promovidas pelos entes federados e advindos da relação público-privada, voltado à proteção socioeconômica, sobretudo a alocação de diferentes recursos em áreas que se mostraram essenciais para o enfrentamento dessa crise nas áreas da saúde, ciência e tecnologia, educação e proteção social, pode vir servir de *in put* a diferentes ondas de desenvolvimento⁽²¹⁾.

Isso porque, em que pese o modelo econômico neoliberal ter sido colocado em xeque, mostrando toda sua fragilidade diante da “coronacrise”, diferentes atividades estatais com pouca ou nenhuma notoriedade, seja pelos governantes, seja pela sociedade ou ainda concedidas ou

executadas pela iniciativa privada, por necessidade, foram priorizadas pelo Estado, manifestando-se assim a importância e a essência do Estado do Bem-Estar⁽²²⁾, ainda que com roupagens mais contemporâneas e tecnológicas.

Entretanto, a história tem demonstrado que alterações econômicas e sociais, com o objetivo da permanência, não significam a plena aceitação de todos os envolvidos⁽²³⁾. Eventuais transformações se darão no âmbito da luta de classes, e a correlação de forças será, neste como em outros casos, o fator determinante com vistas a apontar qual será o rumo que essas mudanças tomarão⁽²⁴⁾.

Tanto os governos quanto as sociedades devem sobrepesar os modelos de Estado para cotejarem a importância da garantia e efetivação dos direitos sociais, para que, assim, haja a compreensão do verdadeiro significado dos direitos humanos e se consolide o Estado do Bem-Estar, em seus mais intrínsecos objetivos⁽²⁴⁾.

No caso brasileiro, nada é mais legítimo do que uma sociedade bem constituída, integrada, educada sobre seus direitos e deveres para assumir o protagonismo dessas mudanças, que revelam o verdadeiro *l'esprit des lois* na medida em que a própria CF/88 expressa, no parágrafo único de seu art. 1º, que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”⁽⁴⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia que paralisou a humanidade em pleno século XXI, retornando-a a práticas milenares – como o lavar as mãos e a quarentena –, talvez seja capaz de pôr lentes sobre as formas de organização política adotadas pelos países, assim como os parâmetros (ou a mais completa ausência deles) acerca da distribuição de riquezas.

Entre os desafios, a superação da crise da pandemia de COVID-19 pode vir a ser, em estudos de avaliação *a posteriori*, em que pesem as milhares de vidas lamentavelmente perdidas, considerada como elemento de fortalecimento e consolidação das instituições democráticas. Inclui-se aí, no fortalecimento institucional, o SUS como política de Estado, que, para além dos princípios democráticos, seja capaz de evidenciar a essencialidade e a necessidade de relacionar progresso, sustentabilidade e direitos humanos.

Num cenário de mudanças, ou ao menos de expectativas de mudanças, há que se atentar para o quão importante é a escolha dos representantes e constituidores dos poderes de modo que o escrutínio próprio das democracias seja a mola propulsora para a observância da lei e a promoção do bem-estar geral.

Enquanto as perguntas movem o mundo, a certeza que se pode apresentar é de que o futuro não será mais o mesmo!

REFERÊNCIAS

1. Cambi E, organizador. Pandemia da COVID-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta [Internet]. Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020 [acesso 2020 set 11]. Disponível em: https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCovid-19Reflexoes_sobreasociedadeeoplaneta.pdf.
2. Castellanos PL. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. Boletim Epidemiológico da Organização Pan-Americana de Saúde. 1990;10(4):25-34.
3. Brasil. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946 [Internet]. [acesso 2020 set 11]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
5. Coelho MVF. A Nova Constituição. O Direito Constitucional, a saúde e sua evolução. Conjur [Internet]. 10 maio 2020 [acesso 2020 set 11]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao>.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass Debate: O futuro dos sistemas universais de saúde [Internet]. 8. ed. Brasília: Conass; 2018 [acesso 2020 set 13]. p. 72-74. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2018/08/CONASSDebateN8.pdf>.
8. Santos AO, Delduque MC, Rey Filho M. O Novo Constitucionalismo na América Latina e Caribe, e a construção do direito à saúde. Rev Bras de Políticas Públicas. 2019;9(2)443-58. doi: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v9i2.6056.9>.
9. Guimarães C. Especialistas analisam a disponibilidade de leitos no país e discutem possibilidades. Portal Fiocruz [Internet]. 8 maio 2020 [acesso 2020 set 13]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/especialistas-analisam-disponibilidade-de-leitos-no-pais-e-discutem-possibilidades>.

10. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saude Soc [Internet]. 2006 [acesso 2020 out 10];15(2):34-46. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2006.v15n2/34-46/>.
11. Nunes A. As Teorias de Justiça e a Equidade no Sistema único de Saúde no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas [Internet]. 2011 [acesso 2020 set 18];(37):9-37. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9189/1/ppp_37_teorias.pdf.
12. Paim JS. Período FHC. In: Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. pp. 203-239.
13. Ribeiro H, Ventura D. (2019). Health Diplomacy and Global Health. Rev Saúde Pública. 2019;53:37. [acesso 2020 set 18]. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000936>.
14. World Health Organization. International community rallies to support open research and science to fight COVID-19 [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-05-2020-international-community-rallies-to-support-open-research-and-science-to-fight-COVID-19>.
15. Lister T, Shukla S, Bobille F. Pandemia de coronavírus desencadeia disputa global por máscaras de proteção. CNN Brasil [Internet]. 5 abr 2020 [acesso 2020 set 11]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2020/04/05/pandemia-de-coronavirus-desencadeia-disputa-global-por-mascaras-de-protecao>.
16. Mars A. Trump ameaça cortar as verbas e retirar os EUA da OMS. El País [internet]. 19 maio 2020 [acesso 2020 out 09]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-05-19/trump-ameaca-cortar-as-verbas-e-retirar-os-eua-da-oms.html>.
17. Monteiro N. O Estado em desmonte frente à epidemia da COVID-19. Physis. 2020;30(3):e300304. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300304>.
18. Malpass D. Pandemia pode levar 100 milhões à extrema pobreza, adverte Banco Mundial. Entrevista concedida a Agência France-Presse (AFP). Isto é [Internet]. 20 ago 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://istoe.com.br/pandemia-pode-levar-100-milhoes-a-extrema-pobreza-adverte-banco-mundial/>.
19. Informe Ensp. Desigualdade social e econômica em tempos de COVID-19. Fiocruz [internet]. 13 maio 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-COVID-19>.
20. Vallias L. Antes invisíveis, hoje no centro do debate: a COVID-19 transformou o mercado dos idosos. Folha de São Paulo [Internet]. 13 maio 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2020/05/antes-invisiveis-hoje-no-centro-do-debate-a-COVID-19-transformou-o-mercado-dos-idosos.shtml>.

21. Mahler DG, et al. Estimaciones actualizadas del impacto de la COVID-19 (coronavirus) en la pobreza mundial. Blog de Datos [internet]. 8 ago 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata>.
22. Nunes J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. Cad Saúde Pública. 2020;36(5):e00063120. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063120>.
23. Hobsbawm E. A Era dos Extremos – O breve século XX 1914-1991. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2003. p. 253-281.
24. Silva HA. Habermas, Honneth e os Movimentos Sociais: Repensando Diagnósticos e Alternativas. Kínesis [Internet]. 2016 [acesso 2020 out 11];8(17):201-222. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Kinesis/11_helioalexandre.pdf.

INFOESTRUTURA PARA APOIO À DECISÃO ESTRATÉGICA NO SUS

Felipe Ferré¹

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta em sua história uma estrutura de informação e informática legada dos modelos predecessores. Esta revisão narrativa objetiva apresentar como os marcos regulatórios constituíram, tacitamente e, após, formalmente, a estratégia de informação e informática do SUS e quais bases foram deixadas para resposta estratégica aos desafios atuais. A estrutura de grandes repositórios de dados viabiliza achados epidemiológicos com técnicas de *bigdata* e inteligência artificial. Contudo, 2020 é uma época de transição onde ainda há elevada fragmentação na identificação de usuários, procedimentos, medicamentos e estabelecimentos de saúde e, ao mesmo tempo, esforço nacional para integração de dados como proposto, em anos recentes, pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

PALAVRAS-CHAVE: Informática em Saúde Pública, Estratégia de Saúde Digital, Sistemas de Informação em Saúde, Big Data, Epidemia de Pneumonia por Novo Coronavírus de 2019-2020

¹ Farmacêutico, especialista em informática em saúde, doutor em bioinformática. Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass. <http://lattes.cnpq.br/4576024816602810>. labxss@gmail.com.br.



I. INTRODUÇÃO

Infoestrutura é a capacidade organizacional para coleta e distribuição de informação. O termo é correntemente utilizado no âmbito da internet, com conteúdo categorizado, interconectado (*hyperlinked*) e recuperável, conforme o contexto, em repositórios com crescimento exponencial (*big data*)^(1, 2).

A estrutura do sistema público de saúde brasileiro, universal, integral e de gestão tripartite, espelha o formato da infoestrutura. A operacionalização do sistema de saúde, seja para o controle social, gestão (*policy-making*) ou tomada de decisão (*policy decision-making*) advém dos mecanismos para estruturação da informação^(3, 4). No pensamento estratégico situacional os atores, cenários e as regras do jogo (normas) devem ser conhecidos e mapeados ao longo do tempo⁽⁵⁾. A capacidade humana em processar grandes quantidades de dados é limitada, mas a quantidade de dados armazenados cresce exponencialmente⁽⁶⁾. Logo, a capacidade de resposta das instituições de saúde às demandas correntes ou emergentes, a exemplo da COVID-19, está atrelada à estratégia de informação e informática adotada, tanto para empoderar o conhecimento analógico de profissionais e gestores, quanto para viabilizar tarefas descritivas, preditivas e prescritivas com inteligência artificial. Apresentar a potencialidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em formar repositórios passíveis de extração conhecimento não trivial (*knowledge discovery in databases*, KDD)^(6, 7), envolvendo instituições governamentais e acadêmicas, é o objeto deste trabalho.

A presente abordagem sumariza o contexto normativo do SUS conjuntamente com as diferentes práticas políticas dos gestores relativas ao registro de informações. São apresentados adicionalmente exemplos e diagnósticos que culminam na capacidade de resposta à pandemia de 2020, com ênfase nos sistemas de informação com dados abertos, fundamental para ciência colaborativa e estratégica no suporte à decisão de demandas correntes e emergentes.

2. MÉTODOS

Revisão narrativa acerca da relação entre políticas de saúde e respectivos sistemas de informação do SUS e caracterização da capacidade de resposta estratégica mediante coleta não sistemática na base SciELO. Adicionalmente, foi pontuada a capacidade de resposta à pandemia da COVID-19 como *proxy* da infoestrutura constituída até 2020.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O SISTEMA DE SAÚDE LEGADO PELO SUS

Para entender a capacidade de resposta estratégica do sistema de saúde é necessário conhecer como foi tecido o controle burocrático, sobretudo do financiamento, via sistemas de informação.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF1988), o acesso à saúde tenderia a sair do âmbito do privilégio para se tornar direito⁽⁸⁾. Porém, as bases do SUS não contaram com a construção imediata de novas instituições e instalações, mas com o aproveitamento das existentes⁽⁹⁾. A renovação das instituições se daria com cidadãos conscientes do direito e participativos, profissionais de saúde não corporativistas, formados para cuidado de populações deslocando o foco na clínica individual, gestores que operem a transversalidade das ações e políticos dispostos a fomentar o desenvolvimento uniforme do país equilibrando desigualdades regionais⁽¹⁰⁾. De modo geral, antes do SUS, o acesso à saúde era um privilégio, seja para quem poderia pagar, seja adquirido com carteira assinada via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou cedido via caridade, a exemplo das Santas Casas.

O modelo da saúde praticada nos anos 1980, da formação à operação, era hospitalocêntrico⁽⁸⁾. A estatização, ainda que parcial dos recursos existentes, trouxe do sistema anterior a predominância do pagamento por procedimento, ao invés de contratos de gestão cujo recurso é relacionado a indicadores locorregionais de saúde, integrados em níveis de atenção^(11, 12), o que afeta ainda hoje o SUS e a forma de registrar dados de saúde^(13 p. 10).

Em 2020, apesar do país possuir, há mais de duas décadas, uma sofisticada rede de captação de dados ambulatoriais e hospitalares dos municípios aos estados e destes à União, o prontuário eletrônico universal ainda está em fase de implantação. Ou seja, o primeiro sistema de informação de saúde (SIS) universal a ser desenvolvido foi o último. Consequentemente, políticas informadas por evidência, usualmente de literatura estrangeira, podem ser avalizadas com decisões pautadas em dados de mundo real, desde que as instituições estatais ou da sociedade civil se esforcem para integrá-los.

3.2 O SUS E AS INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A primeira cisão no desenvolvimento dos sistemas de informação da saúde universal brasileira é a da informação pública na perspectiva do direito e a da privada na perspectiva da saúde enquanto mercadoria. A gênese da fragmentação de dados pode ser atribuída ao dispositivo “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, presente logo no Art. 199 da CF1988. A autonomia de gestão da informação faz parte do modelo competitivo de mercado⁽¹⁴⁾, mas complexifica eventuais mecanismos de indução⁽¹⁵⁾. A Lei 8.080/1990 é tida como marco fundante do SUS, porém a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é mais ampla, pois trata das “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” na prestação pública e privada. No Título II, a Lei 8.080/1990 trata do SUS definido como aquilo sob a égide do Estado. Entretanto, no breve Título III, trata distintamente dos serviços privados de assistência à saúde, reiterando no Art.21 o Art. 199 da CF1988. Em outras palavras, privado é o que não se enquadra no “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, ainda que o limiar do público e do privado não seja claro, pois “quando as suas disponibilidades forem insuficientes [...] o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”⁽¹⁶⁾.

O gestor do SUS deve alocar recursos financeiros de forma eficiente com a potencialidade de cobrir toda a população. Frequentemente, o SUS arca com atendimentos privados, sobretudo hospitalar e de apoio a diagnóstico sem conhecer detalhadamente a produção da rede privada e o detalhamento da cobertura dos serviços dos planos privados de saúde⁽¹⁷⁾.

A não regulação da coleta compulsória de informações do setor privado pelo público implicou em não haver um vocabulário comum em diversos âmbitos fulcrais para formulação de políticas de saúde, vigilância epidemiológica e fiscalização. Por exemplo, ainda hoje vigoram no Brasil duas tabelas de procedimentos, a Tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) e a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS). Outra divisão derivada do acesso à saúde cindido em privilégio ou direito é a de medicamentos. O varejo utiliza correntemente o código de barras atrelado ao registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), enquanto o SUS apresenta relações de medicamentos essenciais (REMUME – municipal, RESME – estadual e RENAME - federal) na denominação genérica, isto é, sem codificação direta com o rol de produtos existentes, os quais são cadenciados usualmente por critérios de oferta e procura pelo Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Outra dificuldade do gestor do SUS é conhecer quem e como utiliza o setor privado. O pressuposto do acompanhamento da trajetória individual do usuário nos registros admi-

nistrativos do SUS é a identificação. Uma estratégia em consolidação no âmbito nacional para viabilizar a vinculação do usuário a registros de diferentes origens é o Cartão Nacional de Saúde (CNS) mantido pelo Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS), cujo marco é a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS 940/2011, primeiro ensejo concreto em direção à interoperabilidade⁽¹³⁾. Porém, apenas em 2012, a Resolução Normativa 295/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obriga operadoras de planos de saúde a registrar dados cadastrais, incluindo o número do CNS e o status de segurado no CADSUS. Entretanto, a norma não prevê a tipificação do escopo da cobertura.

A separação entre público privado afeta também a terminologia do domínio do negócio. No universo das operadoras de saúde usa-se conceitos não afeitos ao SUS como “vidas”, “sinistralidade” (despesa *versus* utilização de serviços) e “cobertura”. O termo “cobertura” é restrito ao privado, uma vez que o SUS opera sob o princípio da integralidade e universalidade, sendo projetos distintos em disputa⁽¹⁸⁾.

A dificuldade para o planejamento de serviços com o desconhecimento da trajetória individual do usuário e a falta de clareza da cobertura privada é agravada com a judicialização e decorrente dificuldade no ressarcimento de procedimentos que poderiam ter sido prestados pelos planos de saúde^(19, 20). Na pandemia pelo novo coronavírus, em 2020, grande parte das ações judiciais decorreram da negação de acesso a vagas de UTI por planos de saúde, devido à carência contratual, e de usuários que pleitearam vagas no SUS⁽²¹⁾.

3.3 O SUS E AS INFORMAÇÕES TRIPARTITE

A segunda cisão dos sistemas de informação da saúde brasileira ocorreu no escopo do SUS. Na Lei 8.080/1990 foi estabelecido, no capítulo V, das competências e atribuições, que seria comum às três esferas a “organização e coordenação do sistema de informação de saúde”. A menção única a sistemas de informação de âmbito geral foi sintomática. Na referida Lei não foi atribuída como competência da direção nacional, ao menos, coordenar a interoperabilidade, isto é, a comunicação entre sistemas de informação distintos e a formação de repositórios nacionais acessados de forma tripartite, por ação em saúde.

As ações de saúde previstas no Capítulo I da Lei 8.080/1990 contemplam vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica, incluindo a farmacêutica. Coube à direção nacional definir e coordenar os sistemas de: “a) redes integradas de assistência de alta complexidade; b) rede de laboratórios de saúde pública; c) vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária” e, às instâncias infranacionais, coordenar em caráter complementar e executar⁽¹⁶⁾. O Legislador incluiu o dever do gestor federal de participação, coordenação, identificação, controle, prestação, promoção e auditoria, restando subjacentes os papéis dos atores em relação a como as informações circulariam. A lacuna da não indicação de política de informação e informática logo no início do SUS, iniciada em

2003 e instituída com a Portaria MS 589/2015^(13 p. 10), levou ao desenvolvimento de sistemas de informação fragmentados nas três esferas de governo⁽²²⁻²⁴⁾ espelhando o fenômeno que ocorreu no âmbito do Ministério da Saúde:

[...] os SIS foram conformados historicamente, de acordo com necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por meio de uma estratégia mais ampla que considerasse o setor saúde como um todo. Isto por sua vez, acarretou uma profunda fragmentação das bases de informação do SUS, além de uma grande redundância na produção de informações em saúde no contexto de cada sistema de informação^(13 p. 10).

Após a Lei Orgânica da Saúde, a edição de leis e de cada Norma Operacional Básica (NOB), levou, no conjunto, à ampliação do poder indutor e regulador do governo federal no processo de descentralização da saúde para municípios e estados, atrelado ao sistema tributário centralizado com mecanismos de transferências por ações e programas assistenciais⁽¹²⁾, com marchas e contramarchas no manejo da informação.

Na formulação das políticas de financiamento nos anos 1990,

As mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo em 1991 foram formadas, em sua essência, pela cultura político-institucional e pelo instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS⁽¹²⁾.

Recursos federais seriam transferidos de forma automática e regular segundo critério populacional, definido pela Lei 8.142/1990, a qual obrigava gestores infranacionais a se guiarem por bases de informação e por instrumentos, como Plano Plurianual de Saúde, manejar Fundos de Saúde e apresentar Conselho de Saúde. Ao longo da década, a transferência automática (não-tributária regular) guiada pela LOS e modulada pela NOB SUS 01/91, entre outras portarias de 1991 e 1992, finalmente regulamentada com o decreto nº 1.232/1994, ocorre em paralelo com mecanismos de transferência negociada (vinculadas a programas específicos com dependência de mecanismos convencionais) para os municípios numa tentativa de centralização por parte do governo federal^(10, 12).

Os diferentes arranjos dos repasses na efetivação dos modelos de descentralização de recursos foram passíveis de monitoramento, inicialmente, via o sistema de Finanças do Brasil (Finbra), criado em 1989, sob competência do Ministério da Fazenda, seguido pelo desenvolvimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), institucionalizado com a Portaria Conjunta MS/PGR-1163/2000, retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR-446/2004^(25, 26) e outros, como o Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC) e a própria Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e sistemas de informação do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A qualidade das informações financeiras de saúde apresentou avanço incremental. O primeiro marco para o controle estatal foi a austeridade imposta com a da Lei Complementar (LC) 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a qual, sob os pilares: planejamento, transparência, controle e responsabilidade, impõe, dentre outras medidas, restrições a gastos com recursos humanos, o que impulsionou a contratação de serviços privados. O segundo marco é a Emenda Constitucional EC29/2000, a qual estabeleceu gastos mínimo com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de 12% para estados e 15% para municípios em relação aos recursos arrecadados. Contudo, apenas com a Lei Complementar LC141/2012 se torna obrigatória a declaração de aplicação dos mínimos constitucionais.

Ainda que não obrigatória, a declaração em blocos de financiamento, estabelecida no chamado “Pacto pela Saúde” (PGM/MS 399/2006 e PGM/MS 204/2007), segundo os componentes “atenção básica”, “atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar”, “vigilância em saúde”, “assistência farmacêutica”, “gestão do SUS”, e “investimentos na rede de serviços de saúde”, ofertou um instrumento para modular a gestão, segundo a agenda nas três esferas, e ofertar transparência para o controle social, o qual poderia aferir o percentual destinado em cada grupo de ação. Embora a tipificação dos repasses tenha sido destituída com a PGM/MS-3992/2017, a qual estabeleceu em apenas dois blocos, a saber, custeio e investimento, os sistemas de informação persistiram com as categorias anteriores em consonância à configuração do SUS. Com o congelamento de gastos estipulado na Emenda Constitucional EC 95/2016, um novo ciclo de austeridade é inaugurado, cujos impactos nos sistemas de informação devem ser averiguados.

Na atenção à saúde e vigilância, os sistemas de informação dos anos 1990 trouxeram como legado pré-SUS⁽²⁷⁾ dificuldades semelhantes para desenho de novas políticas a partir do traçado do perfil nosológico e epidemiológico^(13, 27). Entretanto, mesmo sem terminologia comum e falhas na integração, a adoção ampla da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), viabilizou estudos epidemiológicos longitudinais com a trajetória dos usuários ou, ao menos, estudos ecológicos com agregações por município quando não disponibilizado (deliberadamente ou devido à ausência) o identificador do usuário. Apesar das limitações, robustos repositórios se formaram, mantidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os Sistemas Nacionais de Informação, Censos e Inquéritos Domiciliares relacionados à saúde, que acumulam as principais informações para tomada de decisão, geridos pelo Ministério da Saúde são: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 1975), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 1990); Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB, 1994); Sistema de Informações Hospitalares (SIH, 1991), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA, 1991), Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN, 1993). Já a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1981), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) e Assistência Médico-Sanitária (AMS, 1978-2009) são geridos pelo IBGE^(13, 28, 29).

Os anos de criação pontuados acima, na verdade, podem ser anteriores, se considerada a herança do modelo administrativo, sobretudo dos sistemas relacionados à atenção à saúde, com as dificuldades de identificação de estabelecimentos e usuários. Passaram-se seis anos, após a LOS, para a primeira menção direta a um cadastramento nacional de usuários do SUS, a portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (Norma Operacional Básica – NOB96)⁽¹³⁾. Os dados de identificação viriam a ser pacificados a partir da Portaria 940/2011 com o barramento do CNS, cujos movimentos incluíram a formação do registro “padrão ouro” do usuário com o *Master Patient Index* (MPI) e de aplicação para verificação de usuários com o *Patient Identifier Cross-Referencing* (PIX)⁽³⁰⁾.

A colaboração com a academia vem sendo fundamental para o processo de deduplicação com técnicas de vinculação probabilístico-determinística⁽³¹⁻³³⁾. O processo de identificação do usuário é determinante para as estatísticas de diagnósticos, internações e óbitos, realizadas por diferentes sistemas de informação. Os cuidados com registros identificados devem atender à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) 13.709/2018, de modo a preservar a privacidade do usuário⁽³⁴⁾ e viabilizar a gestão da saúde pública.

A coleta de dados hospitalares e ambulatoriais avançou com a Portaria GM/MS 221/1999, instituindo a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), substituída, mais tarde, pela Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), com a Portaria GM/MS 1.171/2011, de modo a conter os atendimentos não registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), porém, com relatos de baixa cobertura, por exemplo, no registro de partos não SUS em comparação ao de nascidos vivos esperados, deduzidos os partos realizados no SUS⁽³⁵⁾. Nesse período, outros intentos como o Sistema de Centrais de Regulação (SISREG, 2006) e o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI, 2010) foram acompanhados de inflexão nos dados nacionais de saúde, em parte, devido à Portaria SAS/MS 311/2007, a qual estabeleceu que a

[...] atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal, devendo ser encaminhados, ao Departamento de Informática do SUS DATASUS/SE/MS.

Conjuntamente com o estabelecido pela Portaria SAS/MG 472/2008, da tabela de procedimentos mantida pelo SIGTAP, os dados após essa data apresentam aumento em volume, conforme ilustrado na **Tabela 1** com dados abertos.

TABELA I - Exemplo de repositórios disseminados pelo Ministério da Saúde.

Sistema de Informação de Saúde	Megabytes do arquivo DBC*		registros		período
	1992-2007	2008-2020	1992-2007	2008-2020	
CIH - Comunicação de Internação Hospitalar		157 (0,1%)		7.676.888 (0,1%)	01/2008 04/2011
CIHA - Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial		2.071 (0,8%)		144.569.559 (1,6%)	01/2011- 08/2020
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	2.810 (1,1%)	26.253 (10,6%)	79.262.467 (0,9%)	719.417.278 (7,7%)	08/2005 08/2020
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial	5.746 (2,3%)	150.052 (60,7%)	59.6416.686 (6,4%)	5.097.541.728 (54,9%)	07/1994 08/2020
SIH - Sistema de Informação Hospitalar	16.336 (6,6%)	37.546 (15,2%)	853.529.012 (9,2%)	1.642.006.458 (17,7%)	01/1992 08/2020
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade	627 (0,3%)	1.257 (0,5%)	14.372.740 (0,2%)	15.746.471 (0,2%)	12/1996 12/2018
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	57 (0,0%)	887 (0,4%)	1.298.773 (0,0%)	17.141.798 (0,2%)	12/2001 12/2019
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	997 (0,4%)	2.252 (0,9%)	4.7486.941 (0,5%)	43.919.848 (0,5%)	12/1994 12/2018
SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante		222 (0,1%)		5.591.213 (0,1%)	01/2012 12/2014
Total	247.269	(100,0%)	9.285.977.860	(100,0%)	01/1992 08/2020

Fonte: Elaboração própria com dados coletados em 11/10/2020 de <ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/> com a ferramenta SABELS⁽³⁷⁾.

* DBC é o formato disseminado pelo MS, um compactado de *dBase File* (DBF) o qual pode ser aberto pelo *tabwin*⁽³⁶⁾.

O aumento de registros foi acompanhado pelo de qualidade⁽³⁸⁾. Contudo, determinadas estatísticas poderiam ser mais confiáveis com a integração de bases, como o número de óbitos ocorridos em ambiente hospitalar público ser mais representativo no SIM do que no SIH^(38, 39).

Exemplos de fragmentação da informação, devido à identificação, decorrem em diversas ações do SUS. Existem diversos sistemas de informação da assistência farmacêutica desenvolvido pelo gestor federal como o SIA, o hórus (criado em 2009)⁽⁴⁰⁾ e o sistema autorizador do Farmácia Popular (FP, criado em 2004)⁽⁴¹⁾. Na assistência farmacêutica, o escopo do FP é a atenção básica. O escopos do SIA e hórus é a atenção básica, média e alta complexidade. O SIA identifica os usuários com CNS e medicamentos com a tabela mantida pelo SIGTAP. O hórus utiliza CNS e Catálogo de Materiais (CATMAT, Ministério do Planejamento) e o FP utiliza Cadastro de Pessoa Física (CPF, Receita Federal) e código de barras. Os sistemas não são integrados e os dados de

dispensação não estão disponíveis para o gestor local, o que dificulta, por exemplo, o planejamento do elenco disponibilizado em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) sem o conhecimento da sobreposição do atendimento nas farmácias privadas, ou mesmo, se houve dupla dispensação^(41, 42).

Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é outro obstáculo para a integração. Criado em 2000 pela Portaria SAS/MS nº 403/2000, cujo sistema foi lançado em 2005 (SCNES), o CNES mapeia mensalmente a infraestrutura física e recursos humanos em saúde. Ainda que a ANVISA tenha estabelecido a obrigatoriedade⁽⁴³⁾, muitos estabelecimentos públicos e privados, tais como drogarias que prestam serviços ao SUS, são mais facilmente identificados, ou deduplicados, pelo Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ⁽⁴⁴⁾. Em que pese este fato, o CNES é uma estratégia de integração de dados, a qual deve ser fortalecida para auxiliar municípios e estados que não mantêm atualizadas informações relativas a abertura, fechamento e serviços existentes⁽⁴⁵⁾.

Outra camada da fragmentação foi a utilização de ferramentas proprietárias em detrimento do uso de código-fonte aberto, o que dificultou a formulação conjunta e incorporação de sistemas de informação^(24, 37).

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE (PNIIS)

O conjunto de normas relativas ao registro de dados constituiu de forma tácita uma política de informação e informática. A PNIIS é o amadurecimento de diversas ações esboçadas inicialmente em comunidades, como a do grupo formado em 1992, quando a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) promoveu uma oficina intitulada “Utilização de grandes bancos de dados nacionais”. O grupo técnico formado no encontro apontou, em 2000, a necessidade da construção “de uma Política Nacional de Informações em Saúde para o país”. Porém, apenas com a Portaria 589/2015 que instituiu a PNIIS é possível dizer que há uma condução formal estruturante, a qual estabelece os princípios e diretrizes da estratégia de saúde digital (e-saúde), monitoramento e avaliação, financiamento e responsabilidades^(22, 23, 46, 47).

A Portaria 589/2015 destacou a produção da informação como elemento estruturante da universalidade, a integralidade e a equidade social com democratização do seu acesso para ações de controle e participação social, coletiva e individual. Estabeleceu ainda outros marcos fundamentais para operar o SUS e nortear ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC), como a garantia de desenvolvimento de sistemas de informação pactuados de forma tripartite, controle de acesso autorizado a bancos de dados, autonomia infranacional, garantindo interoperabilidade com bases nacionais e o estabelecimento de metodologias de monitoramento e avaliação. Foi estipulado que as ações da PNIIS devem estar presentes nos instrumentos de planejamento do SUS: I) planos de saúde, II) Programações Anuais de Saúde; e III) Relatórios Anuais de Gestão⁽²³⁾.

Estabelecido pela Portaria nº 2.073/GM, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade, desdobramentos da PNIIS levaram à integração de sistemas não apenas com a interoperabilidade funcional, com base em regras estabelecidas, tal como citado entre SIGTAP e TUSS, mas a interoperabilidade semântica com base em conceitos de domínio^(22, 48).

A frente mais recente para integrar os dados do SUS é a Rede Nacional de Dados em Saúde (<https://rnds.saude.gov.br/>), instituída pela Portaria 1.434/2020, a qual fundamenta, na prática, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). A RNDS une dados dos sistemas de informação: SIA, SIH, SIM, SINAN, SI-PNI, hórus, entre outros, incluindo abertura para alimentação da rede de assistência privada. A RNDS foi desenhada em *blockchain* federado entre todos os estados, com o padrão estado da arte para interoperabilidade *Fast Healthcare Interoperability* (FHIR) sob modelo de comunicação HL7 da *International Standards Organization* (ISO)⁽⁴⁹⁾.

A lacuna histórica de prontuário eletrônico universal a ser preenchida pela RNDS tem repercussão no manejo da pandemia de 2020. A Portaria 1.792/2020 estabeleceu, em julho, a obrigatoriedade de envio à RNDS de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública e da rede privada. A partir do dispositivo, cabe aos gestores das três esferas aderirem e consumirem a base para tomada de decisão clínica. Um movimento natural da RNDS, atualmente focada no indivíduo, é a disponibilização de dados anonimizados e individualizados para estudos populacionais, sendo previsto *data lake* para ciência de dados⁽⁴⁹⁾.

3.5 CIÊNCIA DE DADOS, DADOS ABERTOS E CIÊNCIA ABERTA

A estratégia de disseminação é essencial para a gestão infranacional, a qual se aproveita da integração dos próprios dados disseminados⁽³⁶⁾. Nesse sentido, merece destaque a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), atualmente em <http://www.ripsa.org.br/>, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.390/1996, e a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), <https://sage.saude.gov.br/>, instituída pelo Portaria GM/MS nº 406/2012, sendo o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS) o órgão responsável pela gestão e manutenção dos dados e indicadores para saúde pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Portaria GM/MS nº 1.839/2020.

A RIPSA categorizou centenas de indicadores demográficos, socioeconômicos, morbidade, mortalidade, fatores de risco e proteção, recursos e cobertura, e foi um marco na qualificação da informação sobre saúde pública brasileira^(50, 51). A SAGE e o tabnet⁽³⁶⁾ dão acesso à informação em saúde e possuem a vantagem de acessar dados atualizados e agregados via plataformas de Inteligência de Negócios (BI, do inglês, *Business Intelligence*). A apresentação de informações é consonante com a estratégia de disseminação de dados individualizados e desidentificados, dando liberdade para o desenvolvimento de soluções personalizadas de análise de situação. Inúmeros esforços de consolidação e apresentação de dados foram realizados nesse sentido^(37, 52-57).

Uma estratégia acertada constituída com os repositórios de saúde foi a disseminação, sobretudo a partir de sistemas transversais como o SIA. Embora sistemas com mais de dez anos como o hÓrus e o FP não apresentem dados abertos e individualizados por usuário, parte dos registros de dispensação são disseminados via SIA. Dados do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) se destacam, uma vez que é possível avaliar a dispensação de mais de 500 medicamentos para 6 milhões de usuários, sob protocolos clínicos do âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias no SUS (CONITEC), a partir da avaliação do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME)⁽³⁷⁾.

A não apresentação do dado individualizado por usuário nos registros administrativos é uma dificuldade para estabelecer indicadores, restringindo muitas análises a estudos ecológicos⁽⁵¹⁾. Entretanto, nos dados abertos do SIA é possível encontrar informações individualizadas com o CNS criptografado de dados referentes a cirurgia bariátrica, confecção de fístula, nefrologia, quimioterapia, radioterapia, entre outros. Infelizmente, os demais repositórios disseminados, como o SIH e SIM, são individualizados, porém, não apresentam uma chave para atrelar registros ao mesmo indivíduo, ou seja, não são vinculados. Sem essa chave não é possível saber, com os dados abertos, se o usuário de medicamento foi internado ou veio a óbito, por exemplo⁽³⁷⁾.

Recentemente, o Datasus, em consonância com a política da Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) e visando transparência ativa com painéis e dados abertos, lançou o <https://opendatasus.saude.gov.br/>. Embora ainda não apresente dados na magnitude dos nove bilhões de registros abertos via <ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/>, o opendatasus nasce com os paradigmas atuais de automação com o recurso de Interface de Programação de Aplicações - API (do inglês *Application Programming Interface*). Dentre as bases de dados recentes, destacam-se o Registro de Ocupação Hospitalar COVID-19, Notificações de Síndrome Gripal, SRAG 2020 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave e Distribuição de Equipamentos de Proteção Individual e Insumos. O MS disponibiliza diariamente, ainda, a planilha dos casos e óbitos por COVID-19 por município, a qual pode ser baixada manualmente em <https://covid.saude.gov.br/>. Outra iniciativa de divulgação ocorreu pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) com o painel COVID-19⁽⁵⁸⁾ e de excesso de mortalidade⁽⁵⁹⁾.

A resposta à pandemia contou com informações pgressas do CNES (leitos; profissionais enfermeiros, técnicos e assistentes de enfermagem, fisioterapeuta e médicos e equipamentos, com destaque para ventiladores pulmonares), e com estudos pgressos do perfil de morbimortalidade para síndrome respiratória aguda grave (SRAG) advindos do SIH e SIM⁽⁶⁰⁾. Contudo, tais bases de dados abertos são disponibilizadas com algumas semanas de atraso, gerando uma corrida para consolidação de dados por cada ente federativo e pela sociedade civil. Assim, boa parte dos dados circulou com variado grau tecnológico e padrões de informação, seja em planilhas, seja por meio de API.

Inúmeros esforços para consolidação de dados e disponibilização de ferramentas para tomada de decisão foram realizados, tais como a Rede COVID da Fiocruz-BA⁽⁶¹⁾; o repositório brasil.io, o mais acessível e aberto da pandemia⁽⁶²⁾; o relatório de mobilidade comunitária

da google⁽⁶³⁾; as calculadoras de insumos, casos e óbitos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); e a calculadora de pressão hospitalar desenvolvida por pesquisadores voluntários da USP e UnB⁽⁶⁴⁾.

Apesar do modelo de negócios com patentes e investidores ainda ser predominante no século XXI, vem crescendo esforços de ciência aberta, seja com código-fonte aberto, dados abertos ou acesso livre, sobretudo em situação de crise como a pandemia de 2020⁽⁶⁵⁾. Algumas iniciativas de inteligência artificial foram realizadas durante a pandemia no Brasil e no mundo para detecção de casos suspeitos, monitoramento em larga escala, interação com terapias experimentais, diagnóstico de pneumonia e uso de dados coletados automaticamente via dispositivos no universo da Internet das Coisas (IoT, do inglês, *Internet of Things*), como apontado em revisões recentes^(66, 67). Iot aplicada para Covid-19 reduziu carga de trabalho para prevenção e controle clínico com rastreamento em tempo real, monitoramento remoto, diagnóstico rápido, rastreamento de contatos com dispositivos móveis em sinergia com técnicas de inteligência artificial para agrupamento, triagem e vigilância⁽⁶⁸⁾.

A aplicação dinâmica de novas tecnologias requer novas práticas de gestão. Ante à miríade de técnicas e formas de teste e coleta realizados no território brasileiro, a não pactuação dos parâmetros em tempo hábil impossibilitou estabelecer dados confiáveis de prevalência nas semanas epidemiológicas cruciais da pandemia⁽⁶⁹⁾. Ainda que tenhamos tecnologias, estado da arte, à disposição, o principal desafio do gestor brasileiro ainda é o mesmo desde a fundação do SUS: pactuação e coleta de dados com semântica comum entre os atores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gestor do século XXI, sanitarista ou não, possui algo que os formuladores do SUS não tinham: grandes repositórios de dados e poder computacional. Novos recursos são acompanhados de novos perfis profissionais. Além das consolidadas estatística e epidemiologia, o tomador de decisão deve conhecer informática em saúde e ciência de dados, bem como estar ciente que decisões políticas precisam ser tomadas com base em evidência, sobretudo de mundo real. A evidência decorre com informação e esta com uma política formal de informação e informática.

A capacidade de resposta pelos gestores do sistema de saúde deriva da infoestrutura dos mecanismos de controle, sobretudo, dos registros eletrônicos de saúde (RES). A inteligência, humana ou computacional, do sistema de saúde enquanto instituição é resultado da forma orgânica como usuários, trabalhadores e gestores processam sinais e operam seus múltiplos sentidos, resultando na efetividade e aprimoramento das ações.

A fragmentação dos sistemas de informação entre esferas de governo, níveis de atenção e disseminação para o controle, e o decorrente ruído na comunicação herdado, é vencida com esforços de integração, sobretudo os ocorridos em face da Sars-Cov-2. A pandemia de 2020 tomou

de assalto os gestores, os quais tiveram que acelerar o desenvolvimento de ferramentas, sobretudo para controle epidemiológico identificado. Ainda restam perguntas, por exemplo, se conseguiremos monitorar com bases administrativas a efetividade e segurança das vacinas para Sars-CoV-2 de forma longitudinal, isto é, com coortes onde a identificação unívoca do indivíduo é imprescindível. O desafio da identificação do usuário do SUS e integração de dados clínico-laboratoriais, de procedimentos e de morbimortalidade ainda é presente e, se vencido, trará para o sistema de saúde o uso mais custo-efetivo de tecnologias de saúde no atendimento das especificidades de cada população. As bases massivas consolidadas trarão, cada vez mais, para o SUS, decisões baseadas no processo de descoberta de conhecimento KDD com técnicas automatizadas de aprendizado de máquina e inteligência artificial.

Grandes lições foram aprendidas nesses trinta anos. A principal delas é que construímos um sistema único que urge se articular entre níveis assistenciais e esferas de gestão com ações retroalimentadas por dados e informações sob estratégia de informação e informática pactuada como motriz da sinergia entre as partes.

REFERÊNCIAS

1. KEARSLEY, Greg e Michael J. MARQUARDT. Infostructures: Technology, learning, and organizations. *Web-based training* [online]. 2001, 27–32. Disponível em: https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=bfKmplYXrFIC&oi=fnd&pg=PA27&dq=Infostructures+Technology+learning+and+organizations&ots=dD1csHM3gd&sig=MrDjtBj6Qb_j4ikrPwnI_xm0tU4
2. MARCHILDON, Gregory P. e Kathleen MCNUT. *Infostructure and the revitalization of public health in Canada* [online]. 2007. ISSN 1488-917X. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.18757>
3. ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *DADOS-Revista de Ciências Sociais* [online]. 2010, 53(3), 587–620. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/218/21817696003.pdf>
4. ARRUDA, C., S. G. R. LOPES e Mhal KOERICH. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc. Anna Nery Rev* [online]. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/lil-741495>
5. MATUS, C. Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo. *Recife: Litteris*. 1989.
6. ZAKI, Mohammed J. e Jr WAGNER MEIRA. *Data Mining and Analysis: Fundamental Concepts and Algorithms*. B.m.: Cambridge University Press, 2014. ISBN 9780521766333.
7. MOONEY, Stephen J. e Vikas PEJAVER. Big Data in Public Health: Terminology, Machine Learning, and Privacy. *Annual review of public health* [online]. 2018, 39, 95–112. ISSN 0163-7525. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014208>
8. SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de, Jairnilson Silva PAIM, Carmen Fontes TEIXEIRA, Lígia BAHIA, Reinaldo GUIMARÃES, Naomar de ALMEIDA-FILHO, Cristiani Vieira MACHADO, Gastão Wagner CAMPOS e Gulnar AZEVEDO-E-SILVA. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, 24, 2783–2792 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
9. BAHIA, Ligia e Mario SCHEFFER. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate* [online]. 2018, 42, 158–171 [acessado. 2019-07-31]. ISSN 0103-1104. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s312>
10. MOREIRA, Laura Monteiro de Castro, Felipe FERRÉ e Eli Iola Gurgel ANDRADE. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017, 4(22), 1245–1256.

11. UGÁ, Maria Alicia Domínguez e Elaine Machado LÓPEZ. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, 12, 915–928 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013>
12. LEVCOVITZ, Eduardo, Luciana Dias DE LIMA e Cristiani Vieira MACHADO. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas* [online]. 2001. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232001000200002>
13. BRASIL. *Sistemas de Informação da atenção à saúde. Contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ISBN 9788562258107.
14. PORÉM, Maria Eugênia, Tamara DE SOUZA BRANDÃO GUARALDO, Raquel CABRAL e Roseane ANDRELO. *Competência em comunicação e cultura de inovação nas organizações: breves reflexões* [online]. 2016. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.13037/ci.vol17n33.3485>
15. NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política* [online]. 2001, (52), 29–69. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452001000100003&script=sci_arttext
16. BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Casa Civil. Diário Oficial da União* [online]. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
17. VIACAVALHO, Francisco, Ricardo Antunes Dantas de OLIVEIRA, Carolina de Campos CARVALHO, Josué LAGUARDIA e Jaime Gregório BELLIDO. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, 23, 1751–1762 [acessado. 2019-11-14]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
18. GIOVANELLA, Ligia, Adriana MENDOZA-RUIZ, Aline de Carvalho Amand PILAR, Matheus Cantanhêde da ROSA, Gabrieli Branco MARTINS, Isabela Soares SANTOS, Danielle Barata SILVA, Jean Mendes de Lucena VIEIRA, Valeria Cristina Gomes de CASTRO, Priscilla Oliveira da SILVA e Cristiani Vieira MACHADO. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, 23, 1763–1776 [acessado. 2020-11-18]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
19. CHRIZOSTIMO, Raquel Marinho, Zenith Rosa SILVINO, Miriam Marinho CHRIZOSTIMO, Maritza Consuelo Ortiz SÁNCHEZ, Helen Campos FERREIRA e Fernanda Pessanha de OLIVEIRA. Judicialização da saúde decorrente dos planos de pré-pagamento e o direito sanitário: revisão integrativa. *Revista brasileira de enfermagem* [online]. 2020, 73(3). ISSN 0034-7167. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000300300&script=sci_arttext&tlng=pt

20. BAHIA, Ligia, Mario SCHEFFER, Mario Dal POZ e Claudia TRAVASSOS. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, 32, e00184516 [acessado. 2020-10-18]. ISSN 0102-311X. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184516>
21. CONTE, Danielle, Ligia BAHIA, Elza Laurentino DE CARVALHO, Artur Monte CARDOSO e Paulo Marcos SOUZA. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil [online]. sem data. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1316>
22. VASCONCELLOS, Miguel Murat e OTHERS. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. *Saúde em debate* [online]. 2005, 29(69), 86–98. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345217011.pdf>
23. BRASIL. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. ISBN 9788533423534.
24. CORTIZO, Carlos Tato. *Sistemas de informática e informação da atenção básica do Sistema Único de Saúde e o software livre: possibilidades e perspectivas* [online]. B.m., 2007. MSc. Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.11606/d.6.2007.tde-24102008-171441>
25. MEDEIROS, Katia Rejane de, Paulette Cavalcanti de ALBUQUERQUE, George Tadeu Nunes DINIZ, Fabio Lima ALENCAR e Ricardo Antônio Wanderley TAVARES. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Revista de Administração Pública* [online]. 2014, 48(5), 1113–1133. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122014000500003&script=sci_arttext
26. FELICIANO, Marciana, Katia Rejane de MEDEIROS, Simara Lopes DAMÁZIO, Fabio Lima ALENCAR e Adriana Falangola Benjamin BEZERRA. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2019, 43, 341–353 [acessado. 2020-10-18]. ISSN 0103-1104. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912104>
27. DE MENDONÇA, Maria Cristina L. G., Maria Suzana de L. SOUZA, Rosa Maria Q. NEHMY, Eli G. A. CUNHA, Jorge A. N. BICHUETTI e Alaneir F. dos SANTOS. Avaliação de dados nosológicos em prontuários ambulatoriais. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1990, 6, 293–305. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/1990.v6n3/293-305/es/>
28. PINTO, L. F. e M. P. S. FREITAS. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais *Ciência & Saúde* [online]. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1859-1870/pt/>

29. TEIXEIRA, Hugo Vocurca e Marcelo Gouvêa TEIXEIRA. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003, 2(8), 379–391.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Barramento do CNS* [online]. 2020 [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/inter/642-barramento-do-cns>
31. JUNIOR, Augusto Afonso Guerra, Ramon Gonçalves PEREIRA, Eli Iola GURGEL, Mariângela CHERCHIGLIA, Leonardo Vinicius DIAS, Juliano ÁVILA, Núbia SANTOS, Afonso REIS, Francisco Assis ACURCIO e Wagner Meira JUNIOR. Building the National Database of Health Centred on the Individual: Administrative and Epidemiological Record Linkage-Brazil, 2000-2015. *International Journal of Population Data Science* [online]. 2018, 3(1). Disponível em: <https://ijpds.org/article/view/446>
32. CHERCHIGLIA, Mariângela Leal, Augusto Afonso GUERRA JÚNIOR, Eli Iola Gurgel ANDRADE, Carla Jorge MACHADO, Francisco de Assis ACÚRCIO, Wagner MEIRA JÚNIOR, Bruno Diniz de PAULA e Odilon Vanni de QUEIROZ. A construção da base de dados nacional em terapia renal substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: aplicação do método de linkage determinístico-probabilístico. *Revista brasileira de estudos de populacao* [online]. 2007, 24(1), 163–167. ISSN 0102-3098. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982007000100010&script=sci_arttext&tlng=pt
33. DE ANDRADE, Kaio Vinicius Freitas, Joilda SILVA NERY, Julia MOREIRA PESCARINI, Anna RAMOND, Carlos Antônio DE SOUZA TELES SANTOS, Maria Yury ICHIHARA, Maria Lucia FERNANDES PENNA, Elizabeth B BRICKLEY, Laura C RODRIGUES, Liam SMEETH, Mauricio L BARRETO, Susan MARTINS PEREIRA e Gerson OLIVEIRA PENNA. Geographic and socioeconomic factors associated with leprosy treatment default: An analysis from the 100 Million Brazilian Cohort. *PLoS neglected tropical diseases* [online]. 2019, 13(9), e0007714. ISSN 1935-2727. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007714>
34. ALMEIDA, Bethania, Danilo DONEDA, Maria Yury ICHIHARA, Manoel BARRAL-NETTO, Gustavo Correa MATTA, Elaine Teixeira RABELLO, Fabio CASTRO GOUVEIA e Mauricio BARRETO. *Preservação da privacidade no enfrentamento da COVID-19: dados pessoais e a pandemia global* [online]. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.421>
35. PINHEIRO, Rejane Sobrino, Juliana Romualdo do Nascimento DA SILVA, Cláudia Risso DE ARAUJO LIMA e Cláudia Medina COELI. *Cobertura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) utilizando os partos registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Brasil, 2006 a 2009* [online]. 2012. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1590/s0102-311x2012000500018>
36. SILVA, N. P. A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde [Dissertação de Mestrado]. *Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*. 2009.

37. FERRÉ, Felipe, Gustavo DE OLIVEIRA, Mariana DE QUEIROZ e Flávio GONÇALVES. Sala de Situação aberta com dados administrativos para gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de tecnologias providas pelo SUS. In: *Anais Principais do XX Simpósio Brasileiro de Computação Aplicada à Saúde* [online]. B.m.: SBC, 2020, p. 392–403 [acessado. 2020-10-16]. ISSN 0000-0000. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.5753/sbcas.2020.11530>
38. CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro, Paloma Palmieri ALVES, Danilo Santa Cruz COELHO, Milena V. M. REIS e Adriana S. LIMA. Uma Análise da base de dados do Sistema de Informação Hospitalar entre 2001 e 2018: dicionário dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores sobre violência [online]. 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9409>
39. AMARAL, Tereza Cristina Lins. *Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira?* [online]. B.m., 2002. MSc. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_Tereza_Cristina_L_Amaral.pdf
40. COSTA, Karen Sarmiento e José Miguel do NASCIMENTO Jr. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2012, 46, 91–99 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 0034-8910. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2012.v46suppl1/91-99/>
41. ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva, Patrícia Sodrê ARAÚJO, Ediná Alves COSTA, Rafael Damasceno BARROS, Yara Oyram Ramos LIMA e Jairnilson Silva PAIM. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde em Debate* [online]. 2018, 42, 159–172 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 0103-1104. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s211>
42. MATTOS, Leonardo, Rondineli SILVA, Gabriela CHAVES e Vera LUIZA. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2019, 28, 287–298 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 0104-1290. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170442>
43. BRASIL. *Resolução RDC No 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde* [online]. B.m.: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
44. MACHADO, Juliana Pires, Mônica MARTINS e Iuri da Costa LEITE. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*. 2016, 3(19), 567–581. ISSN 1415-790X.

45. ROCHA, Thiago Augusto Hernandez, Núbia Cristina da SILVA, Allan Claudius Queiroz BARBOSA, Pedro Vasconcelos AMARAL, Elaine THUMÉ, João Victor ROCHA, Viviane ALVARES e Luiz Augusto FACCHINI. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, 23, 229–240 [acessado. 2020-10-17]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16672015>
46. CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, Marta Macedo Kerr PINHEIRO, Yoshimi José Ávila WATANABE e Cristiano José da SILVA. Grupo técnico de informação em saúde e populações: contribuições para a política nacional de informação e informática em saúde. *Perspectivas em Ciência da Informação* [online]. 2015, 20(1), 92–119 [acessado. 2020-10-19]. ISSN 1413-9936. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/1905>
47. CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, Marta Macedo KERR-PINHEIRO, Eliete Albano de Azevedo GUIMARÃES e Richardson Machado MIRANDA. Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, 31, 960–970 [acessado. 2020-10-19]. ISSN 0102-311X. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095014>
48. EPALM. *Interoperability in Healthcare* [online]. 30. julho 2020 [acessado. 2020-10-17]. Disponível em: <https://www.himss.org/resources/interoperability-healthcare>
49. BRASIL. *Book de aniversário de 29 anos do DATASUS. Realizações do último ano (2019-2020). A estrada para a transformação digital do SUS* [online]. B.m.: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%B5es-de-2019-a-2020-A-Estrada-para-a-Transforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS.pdf>
50. JÚNIOR, Risi e João BAPTISTA. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. *Ciência & saúde coletiva* [online]. 2006, 11(4), 1049–1053. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400025&script=sci_arttext
51. SIA, Informações Ambulatoriais e Ambulatorial Básico SIGAB. Compatibilização de Sistemas e Bases de Dados (CBD) da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA)-Informe Final [online]. sem data. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731997000300006&script=sci_arttext
52. PEREIRA, Bernadete dos Santos e Elaine TOMASI. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2016, 25, 411–418 [acessado. 2020-01-18]. ISSN 2237-9622. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200019>
53. CÂMARA, Tarsila Myrtle Alves e OTHERS. Plano de implantação da sala de situação na diretoria geral de gestão do trabalho da secretaria municipal de saúde do Recife [online]. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29224>

54. DEININGER, Layza de Souza Chaves, Kerle Dayana Tavares de LUCENA, Daniela Cristina Moreira Marculino de FIGUEIREDO, César Cavalcanti da SILVA, Ana Eloísa Cruz de OLIVEIRA e Ulisses Umbelino dos ANJOS. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2014, 38(100), 50–56 [acessado. 2019-07-12]. ISSN 0103-1104. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140013>
55. MOYA, José, João Baptista RISI JUNIOR, Ayrton MARTINELLO, Ernani BANDARRA, Helvécio BUENO e Otaliba Libânio de MORAIS NETO. *Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. B.m.: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.
56. SANTOS, Ricardo da Silva, Ricardo DA SILVA SANTOS e Marco Antonio GUTIERREZ. *MINERSUS Ambiente computacional para extração de informações para a gestão da saúde pública por meio da mineração dos dados do SUS* [online]. 2008. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.4322/rbeb.2012.050>
57. SELLERA, Paulo Eduardo Guedes, Christiane Braga Martins de BRITO, Márcia Benévolo JOVANOVIC, Soraia Ofugi RODRIGUES, Carlos Fernando Dal Sasso de OLIVEIRA, Soraya Oliveira dos SANTOS e Luci Fabiane Scheffer MORAES. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, 24(6), 2085–2094 [acessado. 2019-12-09]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07952019>
58. CONASS. *Painel Covid-19* [online]. 2020 [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>
59. CONASS. *Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil em 2020* [online]. 2020 [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/>
60. ROSSETTO, Erika Valeska e Expedito José de Albuquerque LUNA. Relacionamento entre bases de dados para vigilância da pandemia de influenza A(H1N1)pdm09, Brasil, 2009-2010. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, 32, e00014115 [acessado. 2020-10-19]. ISSN 0102-311X. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014115>
61. *Cidacs* [online]. [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/plataforma/rede-covid/>
62. *Home - Brasil.IO* [online]. [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://brasil.io/home/>
63. GOOGLE. *COVID-19 Community Mobility Reports* [online]. [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://www.google.com/covid19/mobility/>
64. *Covid-calc – Pressão hospitalar por Covid-19 – COVID-19 BRASIL* [online]. [acessado. 2020-10-19]. Disponível em: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/covid-calc-pressao-hospitalar-por-covid-19/>

65. TSE, Edwin G., Dana M. KLUG e Matthew H. TODD. Open science approaches to COVID-19. *F1000Research* [online]. 2020, 9, 1043. ISSN 2046-1402. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.26084.1>
66. NEVES, Barbara Coelho. Metodologias, ferramentas e aplicações da inteligência artificial nas diferentes linhas do combate a Covid-19. *Folha de Rostto* [online]. 2020, 6(2), 44–57 [acessado. 2020-10-19]. ISSN 2447-0120. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.46902/2020n2p44-57>
67. ADLY, Aya Sedky, Afnan Sedky ADLY e Mahmoud Sedky ADLY. Approaches Based on Artificial Intelligence and the Internet of Intelligent Things to Prevent the Spread of COVID-19: Scoping Review. *Journal of medical Internet research* [online]. 2020, 22(8), e19104. ISSN 1439-4456. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.2196/19104>
68. SWAYAMSIDDHA, Swati e Chandana MOHANTY. Application of cognitive Internet of Medical Things for COVID-19 pandemic. *Diabetes & metabolic syndrome* [online]. 2020, 14(5), 911–915. ISSN 1871-4021. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.014>
69. HALLAL, Pedro Curi, Bernardo L. HORTA, Aluísio J. D. BARROS, Odir A. DELLAGOSTIN, Fernando P. HARTWIG, Lúcia C. PELLANDA, Cláudio José STRUCHINER, Marcelo N. BURATTINI, Mariângela Freitas da SILVEIRA, Ana M. B. MENEZES, Fernando C. BARROS e Cesar Gomes VICTORA. Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Rio Grande do Sul, Brasil: inquéritos sorológicos seriados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, 25, 2395–2401 [acessado. 2020-10-19]. ISSN 1413-8123. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.09632020>

AVALIAÇÃO COMO DISPOSITIVO POTENTE À GESTÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Marly Marques da Cruz¹

RESUMO: Diante da crise sanitária, social e econômica que se impõe nos últimos anos e agravada pela pandemia da COVID-19, instaura-se um cenário de emergência em saúde pública no Brasil escancarando as desigualdades socioeconômicas e acelerando o desmonte do SUS como política pública. O objetivo foi contribuir para o debate acerca dos desafios e perspectivas do monitoramento e da avaliação (M&A) como dispositivo potente para a gestão em saúde na resposta à COVID-19. Para tal, foi realizada revisão de narrativa utilizando os descritores: avaliação em saúde, avaliação de políticas, avaliação de efetividade, COVID-19, coronavírus, em português e inglês. Além disso, foram consultadas bases de dados secundários sobre COVID-19 e assistidas ‘lives’ de forma complementar. O material foi submetido à análise textual dos discursos a partir da relação entre texto e contexto na busca de interface entre M&A e COVID-19. A emergência e a gravidade da pandemia num cenário de incertezas põem em evidência as avaliações de tecnologias das inovações testadas, contudo, há que se enfatizar outras modalidades de avaliações necessárias com uso de modelos e abordagens sistêmicas, tendo como base a utilidade e a conexão do global com o local para um agir em situado.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em Saúde. Monitoramento. Políticas Públicas de Saúde. Infecções por Coronavírus. Gestão em Saúde.

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pós-Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa. Pesquisadora titular em saúde pública no Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp/Ensp). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do *Stricto Sensu* da Ensp/Fiocruz. Líder do grupo de pesquisa de Avaliação de Políticas e Programas de Controle de Processos Endêmicos certificado pelo CNPq. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4791464A4> . E-mail: marly@ensp.fiocruz.br

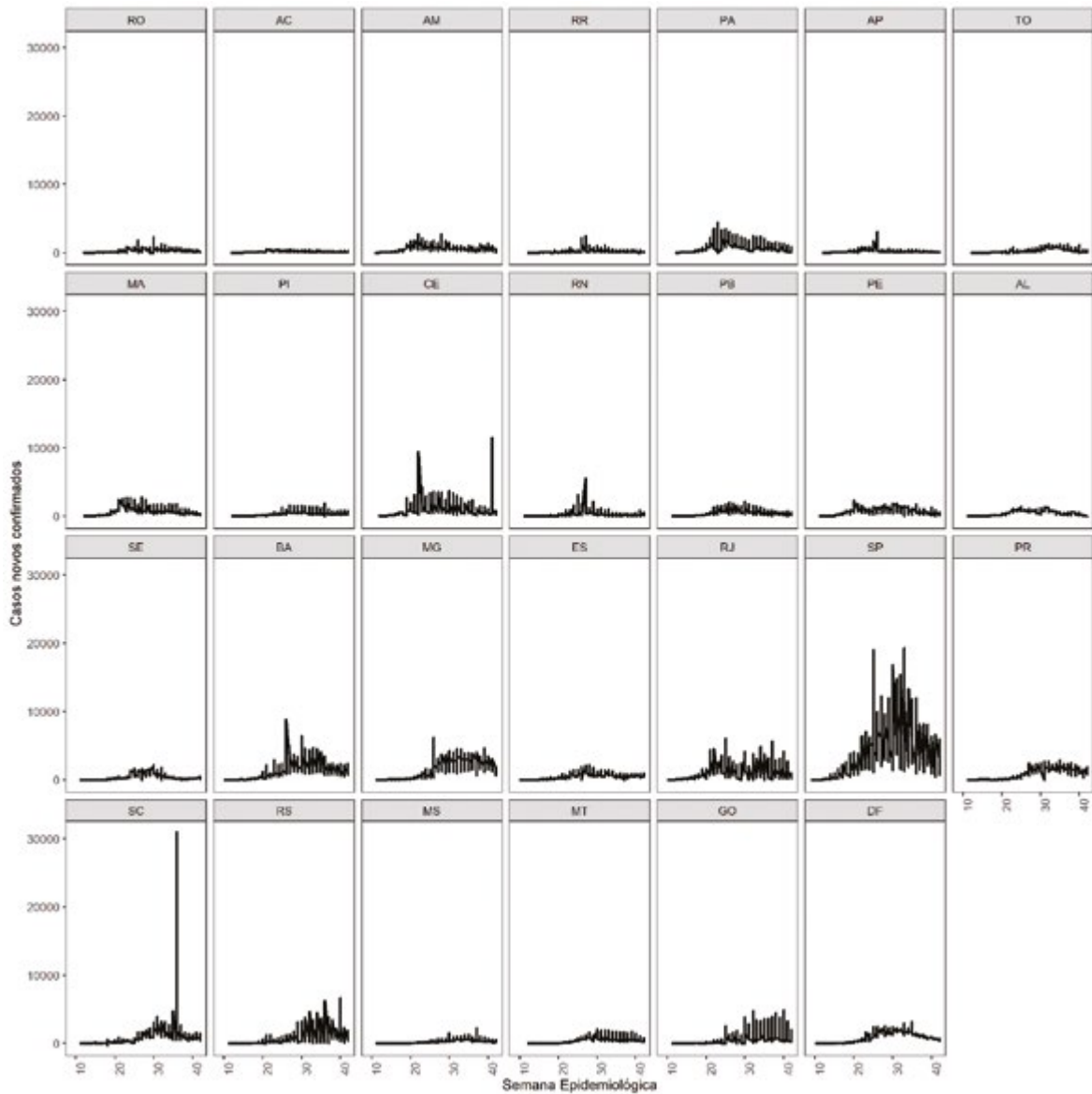


I. INTRODUÇÃO

O ponto de partida deste ensaio é o de trazer pontos de reflexão para o debate das políticas e programas de saúde, tomando como analisador da avaliação em saúde, enquanto *locus* potente de saberes e de práticas no contexto da pandemia da COVID-19. Esta que teve início com surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e disseminação rápida do vírus, instaurando uma crise global gerada pela sua alta transmissibilidade e gravidade de formas distintas em várias regiões do mundo, com diferentes e profundos impactos em todos os âmbitos da sociedade⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, foi caracterizada como uma pandemia. Foram confirmados no mundo 36.361.054 casos de COVID-19 e 1.056.186 óbitos até 9 de outubro de 2020⁽²⁾. No Brasil, até o dia 14 de outubro de 2020, foram registrados 5.140.863 casos confirmados, sendo 27.235 casos novos e taxa de incidência de 2.446,3 por 100 mil hab. e 151.747 óbitos acumulados, 3,0 % de letalidade e 72,2 de taxa de mortalidade por 100 mil hab.⁽³⁾. As **Figuras 1 e 2** apresentam os casos e óbitos acumulados de COVID-19 nas diferentes unidades federadas do país, mostrando assim a sua heterogeneidade e distintas dinâmicas.

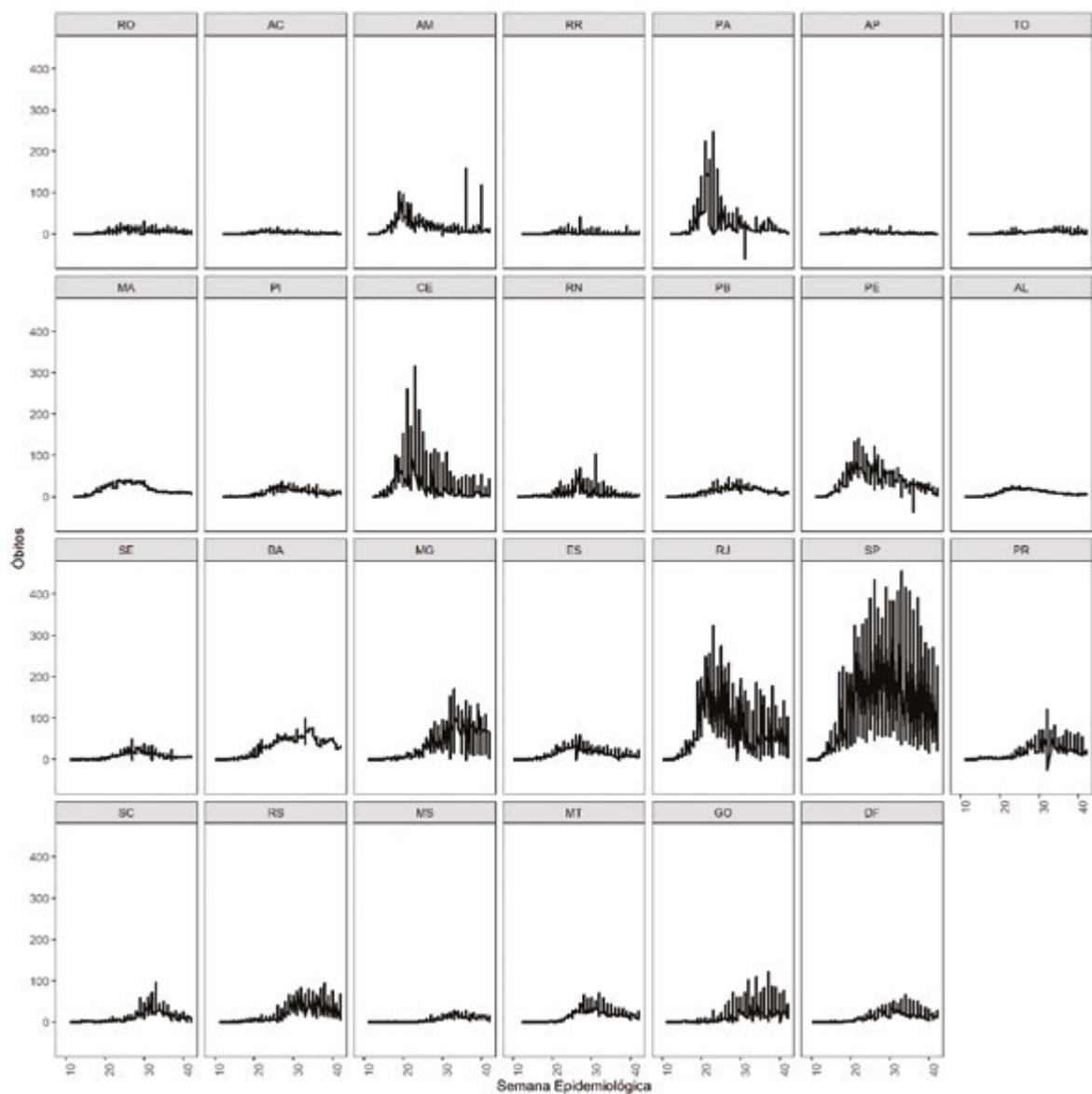
FIGURA I. Casos acumulados de COVID-19 por Unidades Federadas do Brasil, no período de março a outubro de 2020*



Fonte: DATADET COVID-19, 2020.

* Até 14 de outubro de 2020.

FIGURA 2. Óbitos acumulados de COVID-19 por Unidades Federadas do Brasil, no período de março a outubro de 2020*



Fonte: DATADET COVID-19, 2020.

* Até 14 de outubro de 2020.

A distribuição desigual dos casos e óbitos de COVID-19 no país expressa as condições materiais de produção e reprodução do agravo, revelando a determinação social do processo saúde-doença nos diferentes territórios⁽⁴⁻⁵⁾. As figuras mostram a concentração da pandemia na região Sudeste, em particular no estado de São Paulo, onde se verifica grande adensamento populacional, intensa mobilidade social, um contingente expressivo de pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade social e desigualdades de acesso a bens, recursos, informações e condições mínimas de vida digna⁽⁵⁾. Gradativamente, a pandemia se dissemina de forma desigual para todas as regiões e para os diferentes municípios, revelando ainda mais as iniquidades sociais e o agravamento de outros problemas de saúde que se impõem no país, sendo este um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e toda a população brasileira⁽⁵⁻⁷⁾.

Assim, ao pensar na relação entre os problemas de saúde pública e as desigualdades sociais, colocam-se em evidência as políticas públicas e os programas sociais direcionadas para o enfrentamento das iniquidades em saúde – cujas avaliações têm se fortalecido no Brasil nas últimas décadas, como consequência da ampliação do escopo e da escala das políticas públicas⁽⁸⁻¹⁰⁾. Vale ressaltar a Constituição Federal de 1988 como marco na consolidação de um conjunto abrangente de direitos sociais e princípios básicos de atuação do Estado no combate à pobreza, na mitigação da desigualdade e na garantia de serviços de educação, saúde e assistência social à população⁽¹⁰⁾.

Diante da crise sanitária, social e econômica enfrentada nos últimos anos e agravada pela situação da COVID-19, instaura-se um cenário de emergência em saúde pública no Brasil que escancara as desigualdades socioeconômicas e acelera o desmonte das políticas públicas e, particularmente, do Sistema Único de Saúde – o SUS⁽¹¹⁾. Apesar de todas as suas fragilidades, a existência, a abrangência e a capilaridade do SUS, como um sistema único, público e universal, têm representado um grande diferencial no enfrentamento da pandemia para a população brasileira⁽¹²⁾.

Mesmo com a presença de serviços públicos de saúde em todo o território nacional, as violações de direitos e os dilemas do SUS se expressam pelas dificuldades de acesso e assistência adequada dos grupos sociais em condição de maior vulnerabilidade⁽¹³⁾. Entre estes, estão os povos indígenas, quilombolas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, moradores de comunidades de favelas, entre outros, que apresentam os piores indicadores de saúde em comparação com a população geral^(7,14-15).

Tendo como uma de suas contribuições auxiliar o processo decisório da gestão pública, a avaliação tem muito a compor como prática que visa à transformação social, especialmente no contexto do SUS⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e, sobretudo, diante de uma crise agravada pela pandemia⁽¹⁸⁾. No entanto, a questão que se coloca é: quais os desafios que a avaliação de políticas e programas de saúde precisa enfrentar num cenário de pandemia no qual os discursos predominantes no atual momento da sociedade brasileira tendem mais à diferenciação e distinção social e ao individualismo do que propriamente à solidariedade, à coletividade e à igualdade – valores tão caros ao alicerce da Constituição Cidadã e do SUS?

Ao chamar atenção para as políticas e os programas de saúde no contexto da pandemia da COVID-19, não podemos deixar de afirmar a ainda necessária definição de uma política de avaliação para o SUS tendo em vista a baixa cultura avaliativa no país⁽¹⁹⁻²⁰⁾, apesar das diferentes iniciativas em curso. Outrossim, essa é uma constatação que nos leva a pressupor a necessidade de se revisitarem os modelos de monitoramento e avaliação (M&A) e propor um alargamento das perspectivas epistemológicas e metodológicas do campo para lidar com a complexidade dos problemas de saúde pública, como no caso da COVID-19⁽¹⁸⁾.

Sem dúvida que as novas estratégias e tecnologias de prevenção, controle e atenção precisarão ser avaliadas para possibilitar decisões, muitas delas rápidas⁽²¹⁾; visto que as informações geradas pelo M&A aumentam a compreensão e a atuação mais estratégica por parte dos gestores e da própria sociedade.

Ao procurar aprofundar sobre essa questão, Patton⁽¹⁸⁾ mencionou que os avaliadores vão precisar se tornar avaliadores do desenvolvimento. Ou seja, recupera um aspecto que vem discutindo há um tempo, que é a capacidade dos avaliadores de se adaptar a sistemas dinâmicos complexos, preparando-se para as incertezas, turbulências, não linearidades e para o surgimento do inesperado. Na visão do autor, este é o mundo em que a avaliação existirá no futuro próximo, e, pode-se ousar a dizer, que é o mundo no qual a avaliação se encontra imersa.

Além disso, apesar do reconhecimento dos avanços e potencialidades do M&A em saúde no Brasil, um ponto pertinente destacado por Januzzi⁽¹⁰⁾ se refere à discussão sobre critérios e valores avaliativos como algo pouco presente nas comunidades científicas, visto que algumas destas estão esquecidas. O autor faz uma ponderação atentando para o quanto há que se pensar no arranjo político dentro do processo valorativo, incluindo os diferentes interesses e interessados no jogo e que interferem na qualidade, e, conseqüentemente, na melhoria das políticas públicas. Isso pode trazer mais as dimensões técnico-políticas da avaliação e estimular o debate público, a aprendizagem social e organizacional e inovar na produção de avaliações com melhores resultados a serem de fato utilizados⁽²²⁻²³⁾. Nesse sentido, as avaliações precisam envolver mais os gestores, técnicos e usuários, pois estes podem se aproveitar do conhecimento produzido para o aperfeiçoamento das políticas, dos programas e das tecnologias em saúde.

Diante do exposto, o presente ensaio visa contribuir para o debate acerca dos desafios e perspectivas do monitoramento e da avaliação como dispositivo potente para a gestão em saúde na resposta à COVID-19. O intuito é explorar os pontos de convergência e divergência, de forma reflexiva e dialógica, buscando atualizar o debate na área, com um espectro de dilemas presentes no campo da avaliação e possíveis alternativas, sobretudo no cenário atual de emergência socio sanitária.

2. METODOLOGIA

A produção deste ensaio se deu a partir de uma revisão narrativa da literatura, pelo fato de esta não utilizar critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos nas bases do Scielo, Web of Science e *sites* oficiais não esgotaram as fontes de informações nem foram aplicadas estratégias de busca sofisticadas e exaustivas⁽²⁴⁾. A seleção dos estudos visava à relação com o tema da avaliação em saúde e COVID-19, e a interpretação das informações estiveram sujeitas à subjetividade da autora.

Buscaram-se as publicações mais atuais por considerar-se a atualidade da produção científica sobre COVID-19. Os descritores utilizados foram: avaliação em saúde, health evaluation, avaliação de políticas, policy evaluation, avaliação de efetividade, effectiveness evaluation, COVID-19, coronavírus, coronavirus, em português e inglês. Foram localizados 42 artigos; e para a presente revisão, foram utilizados 18 artigos.

Além dos artigos localizados e utilizados a partir da busca, foram também consultadas as bases de dados disponíveis com dados secundários sobre COVID-19. Entre elas foram utilizadas os dados da Folha Informativa COVID da Organização Pan-Americana da Saúde (<https://www.paho.org/pt/covid19#>), os dados de COVID-19 do Ministério da Saúde (MS) publicado no Dataset (<https://brasil.io/dataset/covid19/files/>), os dados do MonitoraCOVID (<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>) e o Observatório COVID da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>). Essas duas últimas foram estratégias criadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que visam produzir informações para orientar a ação, a tomada de decisão oportuna por meio de análises integradas, tecnologias, propostas e soluções para enfrentamento da pandemia pelo SUS e pela sociedade brasileira.

Uma outra fonte de dados complementar foram os encontros virtuais realizados no período de distanciamento social, denominados *lives*, organizadas por instituições de ensino, pesquisa, associações e organizações da sociedade civil organizada. Em tempos de pandemia e de atividades remotas, as *lives* tornaram-se um dos meios mais usuais de comunicação e disseminação de informações e conhecimentos acerca da COVID-19 e de seus temas correlatos.

A análise do material coletado envolveu a leitura dos resumos e, posteriormente, dos textos de maior interesse, análise dos dados secundários e a escuta orientada das *lives*, com base em alguns eixos de análise: entre eles: M&A para gestão em saúde e COVID19; implicações da COVID-19 para M&A; principais desafios para M&A; recomendações para M&A no SUS. Procurou-se, com a análise, identificar o contexto de produção dos achados, o sentido e a pertinência dos argumentos sobre COVID-19 e M&A para de um debate sobre a problemática, conjugando a relação entre texto e contexto⁽²⁵⁾.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO COMO DISPOSITIVOS POTENTES PARA GESTÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Para iniciar este tópico, cabe mencionar que M&A estão sendo enunciados como dispositivos, partindo da concepção de Foucault⁽²⁶⁾, em que ele vai conceituar dispositivos como um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. [...] O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante.

Diante dessa concepção, tem-se que, no Brasil, o sistema de M&A ainda está em formação em relação a outros países. A sua institucionalidade não foi estabelecida de fato, como uma prática contínua e sistemática. Muitas são as iniciativas e experiências pontuais de M&A, em sua maioria acadêmicas seja com financiamento nacional ou internacional, mas ainda são pequenos o incentivo e o investimento para a uma política pública de fato. As variadas atividades nessa área exigem diretrizes para melhor orientar as múltiplas abordagens existentes sobre como monitorar e avaliar, a partir de uma reflexão norteadora que possa agregar valores a processos sociais⁽¹⁷⁾. Ou seja, o país carece de uma *“política de avaliação para a avaliação de políticas”*, como bem destaca Hartz⁽²⁰⁾, e a ausência desta acaba repercutindo numa baixa cultura avaliativa.

Sem dúvida que esse pouco investimento na cultura avaliativa tem implicações não tão favoráveis num contexto de crise sanitária e de necessidade de respostas mais acertadas e ágeis. Enquanto outros países optaram por uma coordenação técnica e política da vigilância e da atenção a COVID mais centralizada e integrada entre os níveis de atuação, o Brasil escolheu descentralizar aos estados e municípios a condução da resposta, com pouca articulação entre os entes que esvaziou a responsabilidade da federação na coordenação das ações de prevenção, controle e atenção⁽¹³⁾. Ou seja, como bem ressaltaram Oliveira et al.⁽⁷⁾, houve uma ausência de concertação federativa em relação às medidas de contenção da transmissão como o isolamento social; ausência de efetivo sistema de proteção social para as populações mais vulnerabilizadas; adesão a medidas terapêuticas controversas e não consensuadas; não priorização da estratégia de testagem dos sintomáticos respiratórios e dos expostos; baixa efetivação na ampliação da oferta de dispositivos de cuidados intensivos hospitalares e insuficiente abastecimento de recursos críticos ao tratamento do agravo.

Com essa decisão de condução, o próprio escopo do M&A ficou deslocado, em especial, no contexto dos estados e municípios, sobrecarregados em atender às demandas locais e regionais de leitos e assistência à saúde. Mesmo assim, acredita-se que o campo do monitoramento e da avaliação carece de modelos e abordagens para atuar com as emergências de saúde pública, que requerem modelos sistêmicos, métodos rápidos, respostas mais ágeis e melhores estratégias de

difusão do conhecimento para o uso^(18,27). No entanto, esse é um passo importante daqui para a frente. Afinal, quais as mudanças a serem implementadas para que o monitoramento e a avaliação possam, de fato, orientar a tomada de decisão e influenciar transformações sociais necessárias?

É importante recuperar que, em 2018, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas) ensaiou a formulação da política de M&A com a participação de diferentes atores e entidades envolvidas com a temática⁽¹⁹⁾. Assim como, alinhado ao Plano Plurianual e ao Plano Nacional de Saúde em 2012, o MS pactuou agenda orientada por resultados e adotou o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car) como ferramenta do monitoramento governamental, sendo incumbência das secretarias do MS alimentá-lo mensalmente⁽²⁸⁾. No entanto, todo esse processo de institucionalização do M&A foi interrompido, o que levou à retirada deste da agenda de prioridades do MS. Algo que, sem dúvida, seria fundamental num momento como este para melhor situar e organizar a resposta à COVID-19 no país.

Outro esforço que vale mencionar foi o de construção do Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a partir da parceria entre pesquisadores, instituições acadêmicas e gestores do SUS. O objetivo foi de tomar a gestão do SUS como objeto de compreensão e intervenção, considerando processos e práticas em seus aspectos normativos, e disponibilizar um instrumento que incluísse indicadores da gestão do SUS em termos de Demandas, Insumos, Processos, Produtos e Resultados. Essa iniciativa teve o intuito de disponibilizar um instrumento simples, ágil e útil para a avaliação em qualquer instância de gestão, mais transparente e de mais fácil comunicação com todos os interessados na tomada de decisão⁽¹⁶⁾.

O que Faria⁽²⁹⁾ vai sublinhar é que as concepções de avaliação presentes nessas iniciativas enfatizam a perspectiva normativa e deixam de reconhecer o caráter político da avaliação, ou seja, os interesses e as controvérsias que marcam o campo. Assim, para o autor, é possível observar que:

[...] nos debates e nos estudos correlatos mais recentes [há uma] prevalência de um viés normativo e/ou uma priorização dos aspectos mais técnicos da avaliação das políticas públicas, bem como uma ênfase em seu papel de instrumento gerencial^(29 p. 98).

Essa questão suscita o debate relativo à fragilidade ou ausência do caráter político do M&A com maior inclusão dos interesses dos interessados nas intervenções, assim como a do monitoramento contínuo e sistemático das políticas públicas, em particular as de saúde, desde o seu planejamento, para orientar e reorientar a atuação dos gestores, profissionais de saúde e do controle social⁽³⁰⁾. Essas lacunas apontam para o fato de como as normas acabam sendo preestabelecidas como padrão de qualidade, sem levar em conta a interação com o contexto que pode ser mediada por processos contínuos de reflexividades sobre o feito e o efeito.

Desse modo, considerando a complexidade da implementação de políticas públicas, faz-se necessário reconhecer que a proposição de sistemas de monitoramento para acompanhar as ações e os programas governamentais e a especificação de pesquisas de avaliação destes últimos

ainda padecem de uma série de dificuldades. Essas dificuldades no M&A de políticas e programas no Brasil, na visão de Januzzi⁽³¹⁻³²⁾, são consequência, em boa medida, de desenvolvê-los seguindo modelos e prescrições muito particulares e padronizados, sem a devida “customização” que deveriam ter em função do momento do “ciclo de vida” em que eles se encontram, ou, ainda, de conduzi-los sem uma análise do grau de avaliabilidade dos programas.

Esse debate ressalta a importância de reconhecimento das potencialidades da complementariedade do M&A situado nos contextos das políticas e programas de saúde. Isso, tendo em vista que as lacunas do monitoramento podem ser aprofundadas com questões avaliativas e desenhos mais apropriados. E essa não é uma necessidade somente para os momentos de crise, e, sim para o ciclo de vida das intervenções.

4. AS IMPLICAÇÕES DA EMERGÊNCIA DA COVID-19 E OS DESAFIOS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A emergência e a gravidade de um problema de saúde pública como o da pandemia de COVID-19 e o cenário de incertezas sobre a efetiva resposta para o seu controle põem em evidência as avaliações de tecnologias das inovações testadas para essa finalidade. A avaliação de tecnologias em saúde (ATS), como apresentada por Casas et al.⁽¹⁾, é baseada em análise sistemática das propriedades, efeitos e/ou impactos das tecnologias em saúde por meio de métodos e instrumentos validados internacionalmente para avaliar a qualidade e o rigor metodológico dos estudos que demonstrem eficácia, efetividade e segurança. No entanto, essa área vem sofrendo pressões, sem precedentes, devido à pandemia, e a autorização emergencial do uso de tratamentos e testes diagnósticos que conflita com os preceitos da ATS tem sido uma questão.

Além das avaliações de tecnologias, muito tem se trazido para o debate sobre o uso de *big data*, a construção de modelos matemáticos, as análises de incidência, mortalidade, taxas de internação e letalidade como meios para melhor se orientar as ações de prevenção, controle e cuidado em tempos de COVID-19. No entanto, parte-se do princípio de que o campo da avaliação necessitará incorporar novos referenciais e se ancorar em vertentes teóricas que tratem da complexidade de modelos e abordagens sistêmicas para lidar com a complexidade de intervenções que visam a controlar problemas de saúde complexos⁽¹⁰⁻¹⁸⁾.

Para melhor compreender a questão da complexidade das intervenções, temos a COVID-19, apresentada por Santos, Pontes e Coimbra Jr.⁽¹⁵⁾ como um “fato social total” que expõe as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil. Os autores apontam como ficam evidentes não só os impactos como também as modalidades de resistência e enfrentamento do ‘movimento etnopolítico indígena’, agregando aspectos das tradições culturais que atravessam a pandemia e os contornos das políticas de enfrentamento considerando-se tais particularidades.

Ademais, diante desse cenário, existe a necessidade de aprofundar a questão dos contextos e espaços culturais em que a investigação avaliativa ocorre em um esforço de sua descolonização como tem sido referido internacionalmente⁽³³⁾.

Um aspecto a ser trazido para o debate é a ideia apresentada por Jannuzzi⁽¹⁰⁾ da necessidade de avançarmos para um conjunto mais plural de dimensões para além da eficácia, efetividade e eficiência. Em texto recente, o autor aponta como dimensões como a relevância e a sustentabilidade, também contempladas pela OCDE, têm sido esquecidas nas avaliações de políticas e programas sociais. E qual o dilema apresentado nessa questão tão fundamental e oportuna? Primeiro, que não podemos restringir nossas avaliações às dimensões de eficácia, efetividade e ou eficiência, três dimensões em disputa na avaliação de políticas sociais⁽³²⁾, principalmente ao lidar com intervenções complexas. Por exemplo, em relação às estratégias de enfrentamento da COVID-19, estas vão exigir respostas sobre a disponibilidade, oportunidade, adequação, utilização, aceitabilidade, vinculação, entre outras dimensões mais relacionadas com a implementação.

A inclusão das outras dimensões recai sobre a condução estratégica de processos avaliativos mais participativos e colaborativos; ou seja, processos avaliativos mais equitativos, inclusive em termos de redes de parcerias⁽³³⁾. Nessa linha de raciocínio, tem-se que o envolvimento dos interessados garante as condições de uso do conhecimento produzido nas avaliações, e tais conhecimentos têm mais chances de serem transladados, ou seja, transformados em ação efetiva⁽²³⁾.

Patton⁽¹⁸⁾, ao se deter nas implicações da emergência do novo coronavírus para a avaliação, destacou algumas recomendações para os avaliadores, e aqui estão três das que guardam relação mais próxima com o debate. A primeira diz respeito a ‘fazer avaliação sobre o uso’; a segunda, de ‘envolver-se no pensamento sistêmico’; e, por último; a de ‘pensar globalmente e agir localmente’. Enfatiza, assim, o valor das avaliações com uso de modelos e abordagens sistêmicas, tendo como base a utilidade e a conexão do global com o local para um agir situado.

De modo geral, verifica-se que as pesquisas acadêmicas e o campo científico da avaliação em saúde tiveram pouca influência na condução de decisões públicas e políticas nas tomadas de decisão com relação à COVID-19 no Brasil. Isso coloca como premente o desafio de fortalecer a produção, a gestão e a translação do conhecimento em avaliação para o enfrentamento de grandes emergências na medida em que a credibilidade do campo passa pela legitimidade de seus produtos pela sociedade.

Cabe apontar, como um dos desafios que têm afetado também o M&A em tempos de COVID-19, o ataque à ciência, em particular com o advento das ‘*Fake News*’ e com o ‘*negacionismo*’⁽³⁴⁾. Esses são fenômenos que vão na contramão dos investimentos em ciência, tecnologia e inovação no Brasil, assim como em outros países, para a criação das condições mais propícias de acesso à informação e comunicação em saúde, algo tão fundamental num contexto de pandemia.

Na perspectiva de Travassos⁽¹³⁾, as sociedades democráticas deveriam ser aquelas a valorizar e fortalecer a ciência, para melhor poder se organizar para responder às incertezas do futuro de modo a preservar vidas e reivindicar direitos. Nesse sentido, o predomínio do projeto neoliberal

de apropriação e privatização do Estado e a condução de políticas de austeridade fiscal por parte do governo federal, que exime as responsabilidades do Estado da garantia de direitos básicos da população, não têm assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica, científica e tecnológica do SUS^(10,35).

Esses eventos, de gravidade imprevisível, clamam, indiscutivelmente, no sentido do fortalecimento de sistemas e serviços de saúde universalmente acessíveis, integrados, seguros e com ampla e ágil capacidade de resposta. As transformações em curso nos sistemas e serviços de saúde afetarão os ambientes de cuidado e podem ocasionar o agravamento das desigualdades sociais e territoriais no acesso ao cuidado de saúde efetivo⁽¹³⁾.

Apesar do predomínio das avaliações da tecnologia farmacológicas, de interesse do mercado, devem ser valorizadas as avaliações das tecnologias não farmacológicas de contenção da doença e seus impactos na economia doméstica e internacional, bem como as intervenções judiciais que impactam as decisões dos gestores no contexto excepcional da pandemia de COVID-19⁽¹⁾.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num cenário de esperança pela vacina, por uma terapêutica específica mais efetiva e por rede de atenção à saúde adequada para acompanhar os efeitos pós-COVID-19, é nítida a importância do SUS como política pública de muito valor numa conjuntura de crise como a atual. Muitos ainda são os desafios que envolvem questões macro e microestruturais para enfrentar a pandemia, que não se restringem ao setor saúde e às iniciativas atuais de M&A, e as que forem se conformando precisam construir interface com essa realidade de sobredeterminações.

Os avanços da atual pandemia exigem medidas rápidas de prevenção e controle, mobilização social e atuação coordenada por parte dos dirigentes da saúde. Ainda que alguns políticos tenham declarado que só passaram a saber ou a entender o que é o SUS após a pandemia, há que se investir muito na visibilidade do SUS como política pública que salva vidas e promove a saúde da população brasileira. Nesse sentido, o M&A como dispositivo técnico-político de gestão pode apoiar e mostrar as potencialidades do SUS com informações qualificadas e lhe conferir mais relevância e sustentabilidade.

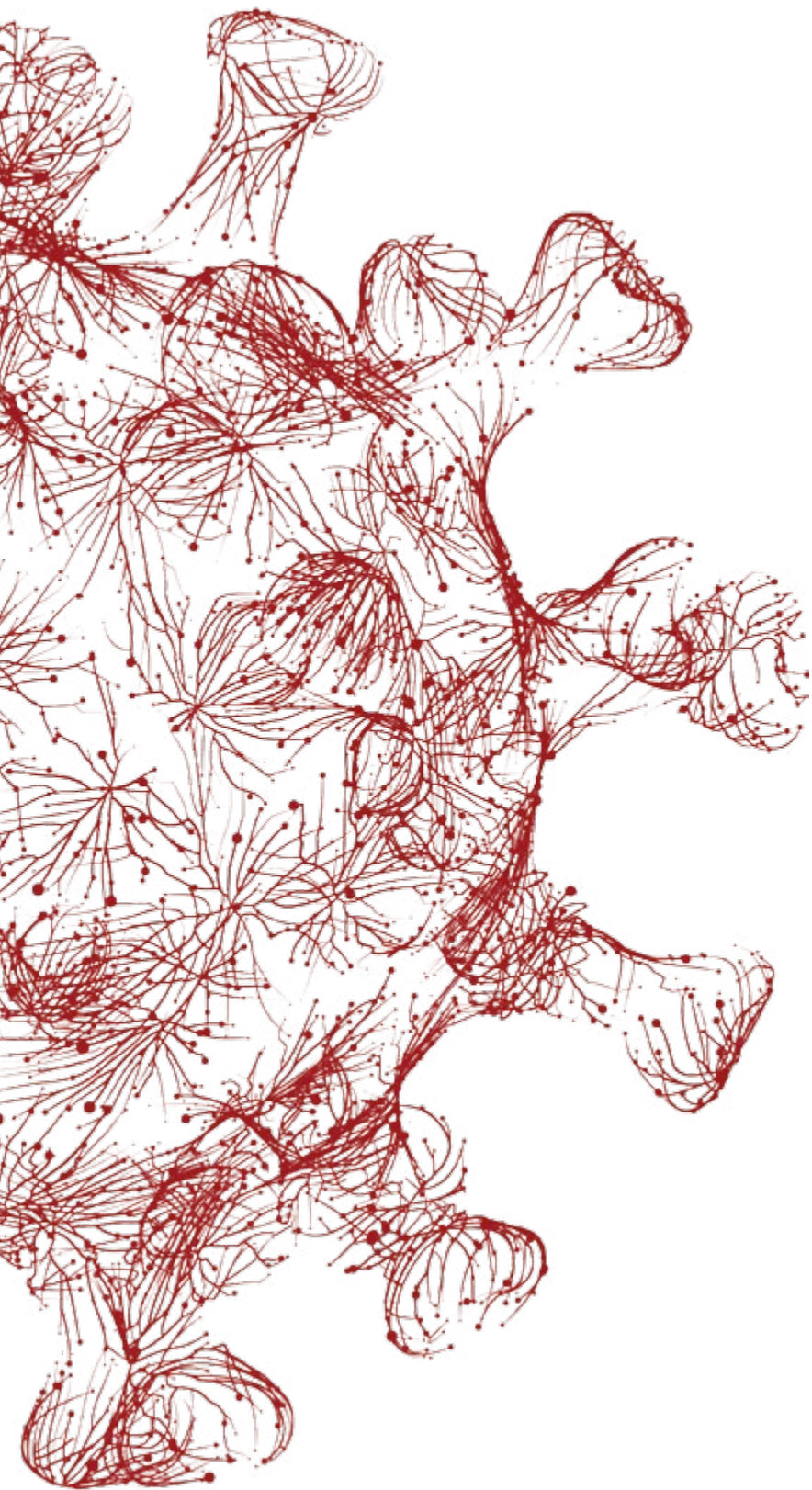
Daí a perspectiva de maior interlocução que motive em múltiplas direções entre academia, gestão, sociedade civil organizada, serviços de saúde na produção, gestão e os usos da avaliação em saúde. Possibilidades de promoção da avaliação equitativa no alcance de justiça social, com redução das desigualdades sociais. Para tal, há que se investir na formação e na atuação de avaliadores com postura ético-política diante de emergências de saúde pública e que afirmem o direito à saúde como um valor.

REFERÊNCIAS

1. Casas CP, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: tensões metodológicas durante a pandemia de COVID-19. *Estud. Av.* 2020;34(99):77-96. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.006>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2020 [acesso out 11]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=Em%2011%20de%20mar%C3%A7o%20de,9%20de%20outubro%20de%202020>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Interativo Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso out 12]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
4. Borghi CM, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(3):869-97. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.
5. Santos JA. COVID-19, causas fundamentais, classe social y territorio. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(3):e00280112. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>.
6. Brito SB, et al. COVID-19 pandemic: the biggest challenge for the 21st century. *Vigil Sanit Debate.* 2020;8(2):54-63.
7. Oliveira RG, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(9):e00243920. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150120>.
8. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(12). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187113>.
9. Cruz MM, Oliveira SR, Campos RO. Research groups of health evaluation in Brazil: an overview of collaborative networks. *Saúde Debate.* 2019;43(122):657-67. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912201>.
10. Januzzi PM. Relevância e sustentabilidade: dimensões esquecidas na avaliação de programas sociais. *Nexo Políticas Públicas;* 2020.
11. Silva WM, Ruiz JL. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis (Rio J.).* 2020;30(3):e300302.
12. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós-COVID [Internet]. 22 set 2020 [acesso out 14]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/o-sus-foi-importante-para-pandemia-e-tera-papel-fundamental-no-periodo-pos-covid-avaliam-especialistas-durante-debate-organizado-pelo-conass/>.

13. Travassos C. A investigação em serviços de saúde e a pandemia de COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00243920. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00243920>.
14. Santos MP, et al. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. Av.* 2020;34(99):225-44. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.
15. Santos RV, Pontes AI, Coimbra JR. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(10).
16. Tamaki EM, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(4):839-49. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>.
17. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Mattos MA, et al. organizadores. *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 285-317.
18. Patton M. Evaluation Implications of the Coronavirus Emergency. *Social Science Space*, 3 mar 2020.
19. Campelo LM, Santos EM, Oliveira PT. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):34-49. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s04>.
20. Hartz ZM. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;7(3):419-421.
21. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2). doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>.
22. Weiss C. Where Politics and Evaluation Research Meet. *Evaluation Practice*. 1993;14(1):93-106.
23. Alkin MC, King JA. Definitions of Evaluation Use and Misuse, Evaluation Influence, and Factors Affecting Use. *Am J Eval*. 2017;38(3):434-50. doi: <https://doi.org/10.1177/1098214017717015>.
24. Tipos de Revisão de Literatura [Internet]. Botucatu: Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos; 2015 [acesso out 13]. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura>.
25. Macedo LC, et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(26):649-57. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>.
26. Foucault M. Sobre a História da Sexualidade. in: Foucault M. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal; 1998. p. 243-76.

27. Natal S, Oliveira LG, Machado MT. O método rápido de avaliação de programas de saúde. *Rev APS*. 2014;17(1).
28. Ubarana JÁ, et al. Avaliação da Implantação do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (Sistema e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, no período de 2012 a 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):1-12. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000200006>.
29. Faria CAP. A política da avaliação de políticas públicas. *Rev Bras Ci Soc*. 2005;20(59):97-109. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000300007>.
30. Cruz MM, Reis AC. Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde. In: Gondim R, et al., organizadores. *Qualificação de Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD; 2011. p. 415-26.
31. Jannuzzi PM. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. *Planejamento e Políticas Públicas – PPP*. 2011;36:251-75. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/issue/view/30>.
32. Jannuzzi PM. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. *Desenvolvimento em Debate*. 2016;4(1).
33. Craveiro I, Hatz MZ. A Equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em saúde para o desenvolvimento. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2017;16(2). doi: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.54>.
34. Caponi S. COVID-19 no Brasil: entre o Negacionismo e a Razão Neoliberal. *Estud Av*. 2020;34(99):224. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.
35. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1723-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.



A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DIANTE DA COVID-19 – DESAFIOS E LIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE FUTURAS

Carlos Machado de Freitas¹

Rivaldo Venâncio Cunha²

RESUMO: Neste ensaio, tendo como referência a estrutura de gestão de risco de desastres e emergências em saúde (GRDES), analisou-se a situação da pandemia de COVID-19 nos primeiros seis meses, identificando alguns dos principais limites na perspectiva da vigilância em saúde. Simultaneamente, apontaram-se possibilidades de integração com a Atenção Primária à Saúde, tendo como norte experiências e o próprio debate sobre sua atuação em interface com a vigilância em saúde. Por fim, com base em algumas das lições aprendidas com a COVID-19 e outras emergências em saúde, destacaram-se elementos considerados importantes para os processos de preparação para a GRDES em futuras ocorrências no Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde Pública. Pandemias. Atenção Primária à Saúde. Gestão de Riscos.

1 Graduado em História, Mestre em Engenharia de Produção. Doutor em Saúde Pública. Pós-Doutorado em Ciências Ambientais. Coordenador do Observatório COVID-19 da Fundação Oswaldo Cruz <http://lattes.cnpq.br/0204282623531336>.

2 Graduado em Medicina. Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Medicina Tropical. Coordenador da Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) <http://lattes.cnpq.br/2378892964036544>.



I. INTRODUÇÃO

No nível do nosso país, a vigilância em saúde para situações de emergências em saúde pública, pandemias e desastres deve integrar o projeto de nação inscrito na Constituição Federal de 1988, cujos objetivos fundamentais são de sociedade justa e solidária, com um modelo de desenvolvimento que combina erradicação da pobreza, redução das desigualdades sociais e promoção do bem de todos⁽¹⁾. A Lei Orgânica do SUS expressa esse projeto. Considera que a saúde é tanto expressão dos determinantes e condicionantes relacionados com a organização social e econômica, como também um direito fundamental, sendo dever do Estado garanti-lo através da:

[...] formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No nível global, que se reflete também no nível do país, uma vigilância em saúde como parte fundamental de uma boa estrutura de saúde é fundamental para proteger e fortalecer um modelo de desenvolvimento que esteja em sintonia com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular o ODS 3, que envolve assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, o que exige “Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde”⁽²⁻³⁾.

É nesse contexto que, ao longo da primeira década do século XXI, vêm sendo realizados diversos movimentos dentro da Organização Mundial da Saúde e outros organismos internacionais

de estruturar políticas e ações mais integradas para os eventos que envolvem crises que afetam a saúde, como proposto no documento de 2019, “Estrutura de gestão de risco de desastres e emergências em saúde”⁽²⁾. Exigem que a vigilância seja tratada a partir de uma abordagem integral e como parte de uma gestão prospectiva dos riscos, em lugar de abordagens setoriais e de gestão reativa sobre os danos e consequências que são frequentes em abordagens focadas apenas nas respostas.

2. A RESPOSTA DADA PELO SISTEMA BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA À PANDEMIA DE COVID-19 – POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁾, reafirma seu caráter de

[...] política pública de Estado e função essencial do SUS, com caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios [...] visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

É nessa perspectiva que deve ser compreendida a resposta do sistema nacional de vigilância à pandemia, para um evento que é simultaneamente singular e sistêmico⁽⁵⁻⁶⁾.

Singular por envolver a emergência de um novo vírus (SARS-CoV-2) e doença (COVID-19), com suas características de transmissão e infecção, sinais e sintomas, respostas imunológicas e interações com outras doenças, bem como suas interfaces com outros níveis hierárquicos para além do biomolecular e clínico, que envolvem processos ecológicos, sociais, tecnológicos, econômicos, políticos e simbólicos simultaneamente, em um contexto histórico e social específico e que torna esta pandemia única⁽⁵⁻⁶⁾.

Sistêmico por envolver estruturas de reprodução social, determinantes e condicionantes da saúde, relacionados com a organização social, política e econômica que produz as desigualdades e iniquidades, combinando diversos processos que se sobrepõem. Produzem determinados grupos sociais e lugares com maior vulnerabilidade e menor acesso aos diagnósticos e testes, monitoramento da saúde e acesso aos hospitais, leitos e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) quando necessário⁽⁶⁻⁷⁾.

Posto isso, consideramos que, na vigilância em saúde, não se pode dissociar o que se deseja conhecer acerca da pandemia, o que envolve desde a coleta de dados até a análise e disseminação das informações; do que se deseja fazer em relação a esta, o que envolve o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública. O modo de perceber a realidade e de organizar os dados e fatos relacionados com a pandemia tem implicações,

embora nem sempre visíveis, nos aspectos das políticas públicas e de justiça social: quem se deve proteger de determinados riscos, a que custo e deixando de lado que populações e quais alternativas⁽⁸⁾.

Tendo como referência a pandemia de COVID-19, destacamos alguns elementos da singularidade e sistêmicos que devem ser considerados para uma vigilância em saúde como parte de uma estrutura de gestão de risco de desastres e emergências em saúde (GRDES) e expressos de modo simplificado na **Figura 1**⁽⁹⁾.

FIGURA 1. Modelo de Impacto da pandemia por SARS-CoV-2



Fonte: Freitas e col. 2020

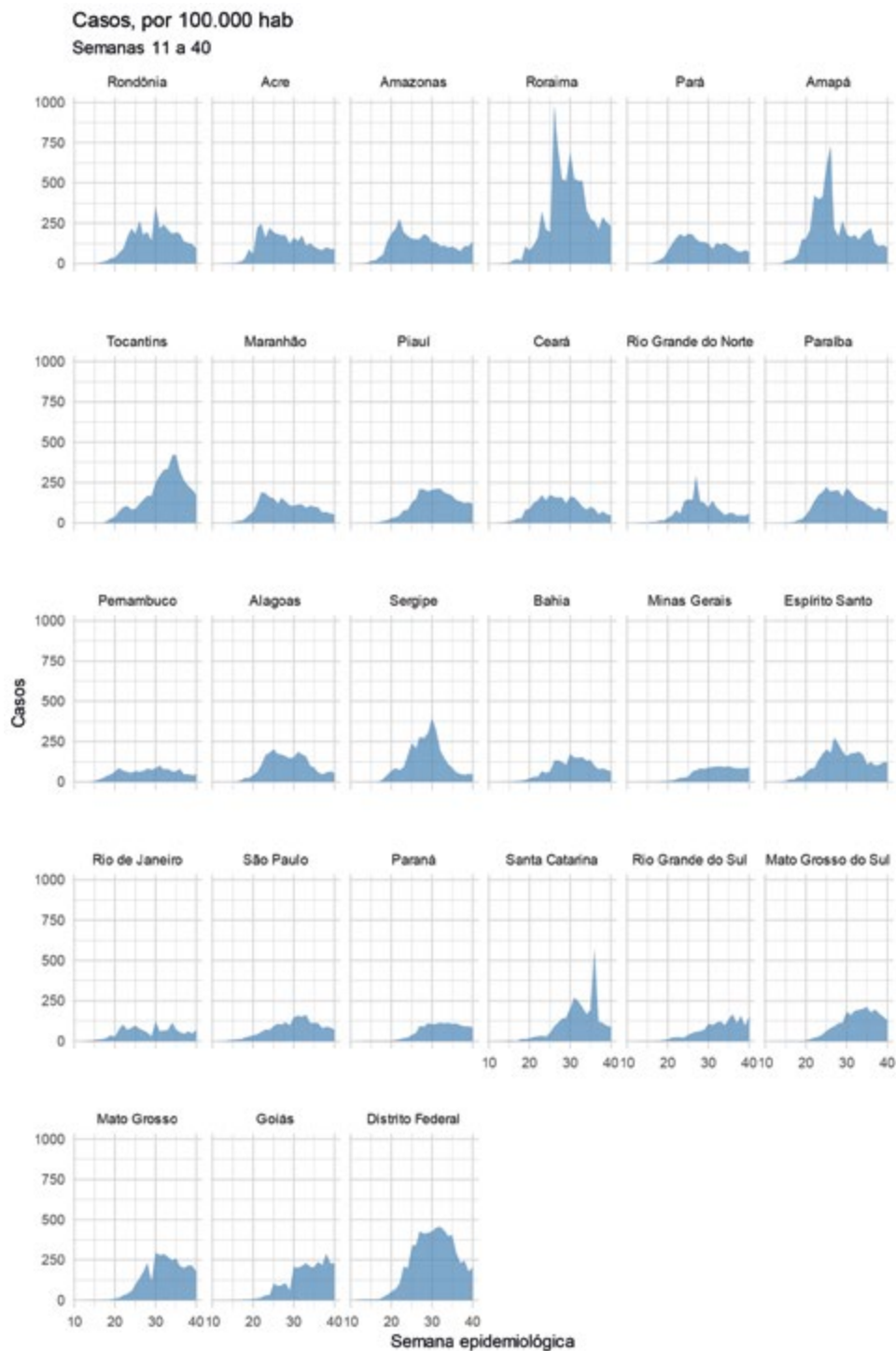
Como observa Roux⁽⁶⁾, muitos aspectos da pandemia se relacionam com as características específicas do vírus SARS-CoV-2, tornando-a única. Como o vírus é transmitido e infecta os indivíduos; quais são os sinais e sintomas e em que momento aparecem; como o vírus e a doença interagem com outras doenças preexistentes; que tipo de respostas imunológicas ele desencadeia e como isso afeta suas manifestações clínicas, assim como a presença e a duração de imunidade após a infecção. É nos níveis biomolecular e da clínica, nos laboratórios e serviços de saúde, que são produzidos os registros a partir de indivíduos infectados e doentes, constituindo a base para a sistematização dos dados e produção de informações epidemiológicas sobre a singularidade desta pandemia.

Desde o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, registros sobre casos, óbitos e recuperados, combinados com indicadores como taxas de incidência, mortalidade e letalidade, expressos em acumulados, semanas epidemiológicas ou médias móveis, têm sido apresentados em diversos painéis, sistematizados e analisados, subsidiando parte do debate e decisões sobre as medidas de saúde pública para o enfrentamento da pandemia.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com grande diversidade ambiental e climática, e imensas desigualdades sociais e econômicas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 211,8 milhões de habitantes, apenas os 17 municípios com mais de 1 milhão de habitantes (que corresponde a apenas 0,3% do total de 5.570) concentram 21,9% da população. Destes municípios, 14 são capitais estaduais que envolvem Regiões Metropolitanas, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Fortaleza, Recife e Salvador, que não só agregam grande contingente populacional no seu entorno, mas também intenso fluxo de populações, transportes públicos e mercadorias, assim como áreas de favelas com grande concentração populacional e vulnerabilidade socioambiental. No outro extremo, 3.783 municípios com até 20 mil habitantes (68% do total municípios) somam 31,8 milhões, representando 15% da população do país, com muitos desses com grande proporção da população em situação de pobreza.

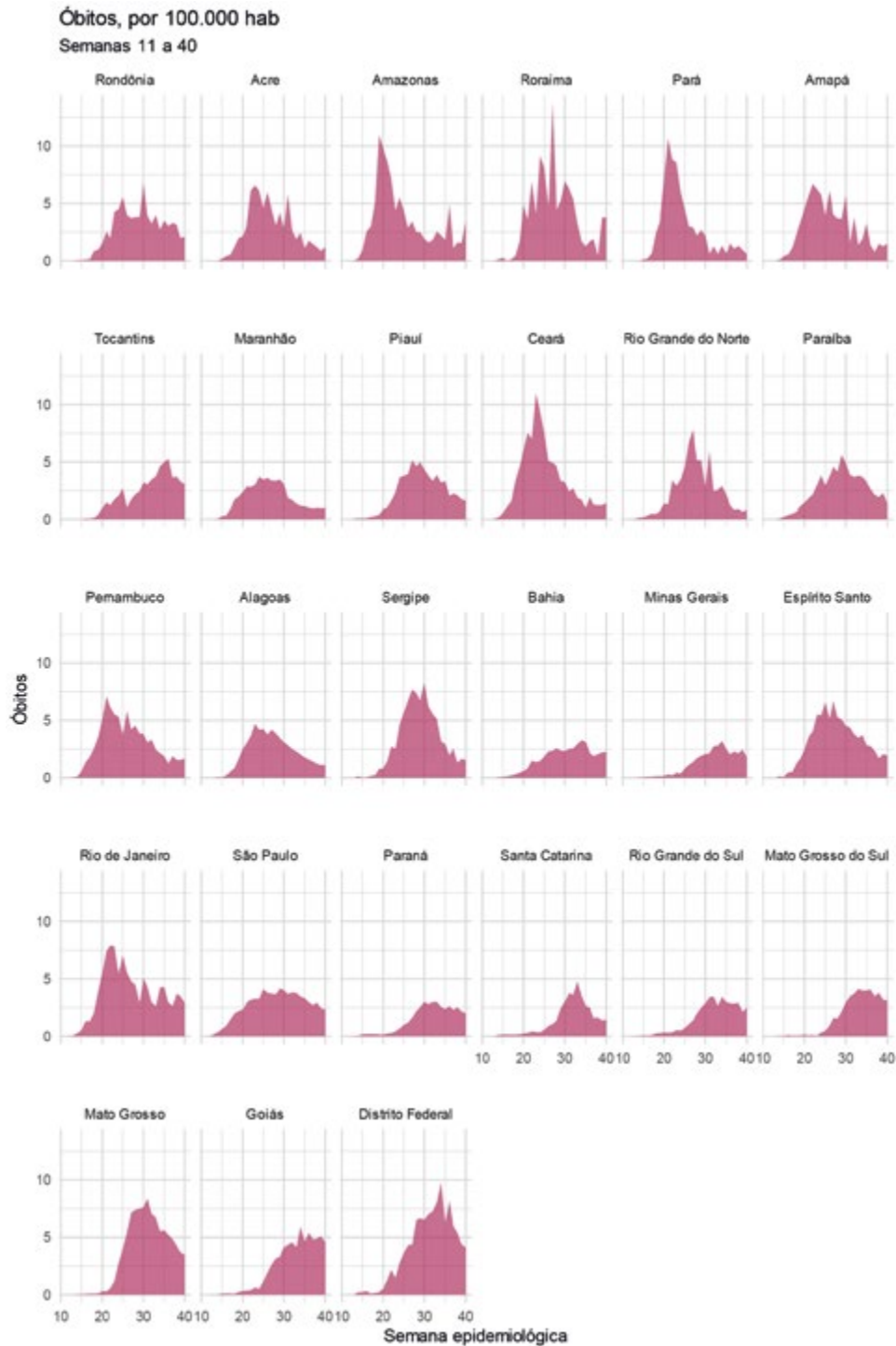
Uma sistematização realizada pelo Observatório Fiocruz COVID-19 até a 40ª semana epidemiológica permite visualizar, por meio dos registros, um processo gradual e depois acelerado de casos e óbitos, constituindo um longo patamar de transmissão desde junho e que começou a apresentar uma ligeira tendência de queda a partir de setembro. Os dados revelam a heterogeneidade da evolução das taxas de incidência e mortalidade nos diferentes estados e Distrito Federal no país (**Gráficos 1 e 2**), que também se refletiu nas escalas municipais, com diferentes padrões de evolução ⁽⁷⁾.

GRÁFICO I. Evolução dos casos COVID-19 no Brasil



Fonte: Observatório COVID-19/Fiocruz

GRÁFICO 2. Evolução dos óbitos COVID-19 no Brasil



Fonte: Observatório COVID-19/Fiocruz

Como observam Teixeira et al.⁽¹¹⁾, durante a pandemia, a capacidade instalada no país para realização do teste RT-PCR não foi suficiente para processar todas as amostras coletadas, mesmo com inclusão emergencial dos laboratórios das Universidades Públicas e dos Centros de Pesquisa da Fiocruz à rede laboratorial do Sistema Único e Saúde (SUS). Tornou-se visível uma rede de laboratórios do SUS fragilizada, tanto pela disponibilidade de equipamentos (ausência de máquinas para PCR no mês de março em alguns estados) e falta de insumos (em alguns casos não se dispunha de *Swabs* mesmo tendo equipamentos)⁽¹²⁾ como pelo imenso atraso tecnológico para realização de diagnósticos de doenças emergentes, muitos operando de modo manual e lento quando poderiam já estar automatizados há muitos anos, além da carência de recursos humanos e de insumos e dispositivos para garantir a segurança dos trabalhadores desde a coleta até as análises nos laboratórios⁽¹¹⁾.

A combinação de um número crescente de casos e dos limites das capacidades instaladas resultou em imensa sobrecarga para a vigilância e a maioria dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen). Somado a isso, estados de grande dimensão territorial não tiveram como montar uma estrutura de laboratórios que atingisse o interior⁽¹²⁾. Nesse contexto, muitos municípios acabaram comprando e realizando testes rápidos, que não são indicados tanto para a uma intervenção clínica precoce quanto para interrupção da transmissão por meio de medidas de isolamento de casos e quarentena de contatos, além das medidas mais gerais de distanciamento físico e social.

Como resultado, estados e municípios com pouca testagem e direcionada apenas para pacientes graves podem apresentar maiores taxas de letalidade, pois não consideram o número real de casos. Outrossim, mesmo para os óbitos, há subnotificação, com elevado número sem sua causa confirmada, o que também compromete a qualidade dos registros⁽¹³⁾. Essa subnotificação pode ser acentuada e gerar graves distorções, como no caso do município do Rio de Janeiro, em que a prefeitura apresentou em maio um novo método, considerando na contagem somente sepultamentos que tivessem certidões de óbito com causa de morte atribuída à COVID-19, desconsiderando os classificados como suspeita de COVID-19 e sujeitos à investigação pela vigilância epidemiológica. Além de não possibilitar estratificar os óbitos por bairro (local de residência ou ocorrência), sexo ou faixa etária, produziu grande divergência nos dados, uma vez que, em 25 de maio, enquanto o painel da SES-RJ para COVID-19 registrava 2.978 óbitos, o painel da prefeitura do Rio de Janeiro contabilizava apenas 1.801 óbitos confirmados, resultando em uma diferença de 39,5%⁽¹⁴⁾.

Por fim, além da subnotificação, há ainda a defasagem na temporalidade e divergências entre os registros de casos e óbitos segundo o SIVEP-Gripe e o SUS VE. Em uma Nota Técnica da Fiocruz sobre o tema, para os registros de casos, constatou-se uma defasagem de uma a sete semanas entre a data dos primeiros sintomas e a data de divulgação dos registros, com uma defasagem menor para os casos de óbitos⁽¹⁵⁾.

Com isso, mesmo considerado os dados relacionados com a singularidade da pandemia, já encontramos várias limitações nos registros.

Ao mesmo tempo, devem ser superadas outras limitações de modo a fornecer uma perspectiva sistêmica para uma vigilância em saúde, em que implementação de medidas de saúde pública inclui a intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde.

Nessa perspectiva, a coleta, a consolidação e a análise de dados devem também, e simultaneamente, fornecer informações sobre o impacto nas condições de vida e saúde na população e seus diferentes resultados (taxas, incidência, mortalidade e letalidade) sobre determinados grupos populacionais (por raça/cor, etnia e classe social) ou territórios (locais e bairros, por níveis de pobreza), por exemplo. As estruturas de reprodução social que condicionam os modos e intensidades de exposição ao vírus (por exemplo, superlotação em ônibus, habitações precárias, saneamento precário e densidade populacional em favelas, trabalhos informais e precários sem proteção), além de resultarem em maiores riscos de infecção, combinam-se com outros que afetam a gravidade e a fatalidade da doença entre os infectados, como o precário acesso aos serviços de saúde para prevenção e cuidados, bem como maior incidência e óbitos mais precoces por doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão arterial, diabetes, cardiovasculares, metabólicas e respiratórias crônicas) para as populações com piores condições de vida, vivendo em áreas como favelas⁽¹⁶⁾.

O Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas Favelas⁽¹⁷⁾, tendo como base dados do município do Rio de Janeiro, demonstra que os bairros com maior concentração de favelas tiveram o dobro da letalidade quando comparados com bairros considerados “sem favelas” (19,47% e 9,23% respectivamente). A análise por raça/cor revelou que, enquanto para negros o percentual de óbitos e incidência por COVID-19 foi de 48,2% e 44,6%, para brancos, foi de 31,12% e 37,04%, expressando o processo de vulnerabilização e precarização de vidas negras. Esses resultados apontam para falta de acesso ao diagnóstico em tempo adequado e tratamento oportuno, bem como aos serviços de saúde de mais complexidade assistencial, sendo maiores em grupos populacionais e territórios que apresentam um conjunto de vulnerabilidades (socioambientais e comorbidades) que se concretizam em indicadores de maior impacto.

Numa perspectiva sistêmica, os impactos da pandemia vão além dos que se referem ao SARS-CoV-2 e à COVID-19. Algumas doenças crônicas, que apresentam maior incidência e óbitos mais precoces nas populações com piores condições de vida, podem ter sido agravadas durante a pandemia, tanto diretamente com agravamento a partir da infecção pelo vírus como indiretamente pelos limites nas capacidades de respostas do sistema de saúde. Conforme observado pela Nota Técnica da Fiocruz sobre o impacto da COVID-19 no excesso de mortalidade e óbitos desassistidos⁽¹⁸⁾:

[...] desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) até Unidades de Pronto Atendimento (UPA), incluindo as atividades de vigilância em saúde e investigação epidemiológica [que] não foram capazes de detectar e encaminhar adequada e oportunamente os casos graves de diversas doenças, além da COVID-19, e evitar óbitos. (p. 13).

Essa mesma Nota Técnica demonstra que, nos meses de abril e maio de 2020, os óbitos tiveram um crescimento de 55% nos hospitais, 110% nos estabelecimentos de saúde e 95% nos domicílios.

No contexto brasileiro, a vigilância em saúde, principalmente nos municípios, apresenta estruturas mais frágeis e em algumas situações com uma rede de vigilância quase inexistente, que não conseguimos ampliar e fortalecer durante a pandemia⁽¹²⁾. Isso foi amplificado pelos limites das capacidades instaladas dos laboratórios combinado com a falta de insumos em tempo hábil, bem como de profissionais capacitados para atuar na vigilância, sobrepujando em muito as capacidades já limitadas na grande maioria dos municípios. Como observam Teixeira et al.⁽¹¹⁾, um contexto de baixa testagem resultou em uma vigilância baseada na detecção passiva de casos confirmados, de modo que os dados sobre COVID-19 disponíveis no Brasil não refletem a real incidência da doença, nem sua distribuição espacial, na medida em que a estrutura para coleta e processamento de exames é desigual em cada grande cidade e entre municípios, dificultando a identificação de fatores de riscos de exposição e infecção, as desigualdades sociais de acesso, os problemas de saúde preexistentes, que se combinam e resultam em maiores riscos e possibilidades de óbito devido às dificuldades de prevenção e assistência precoce e adequada aos casos que evoluem com maior gravidade.

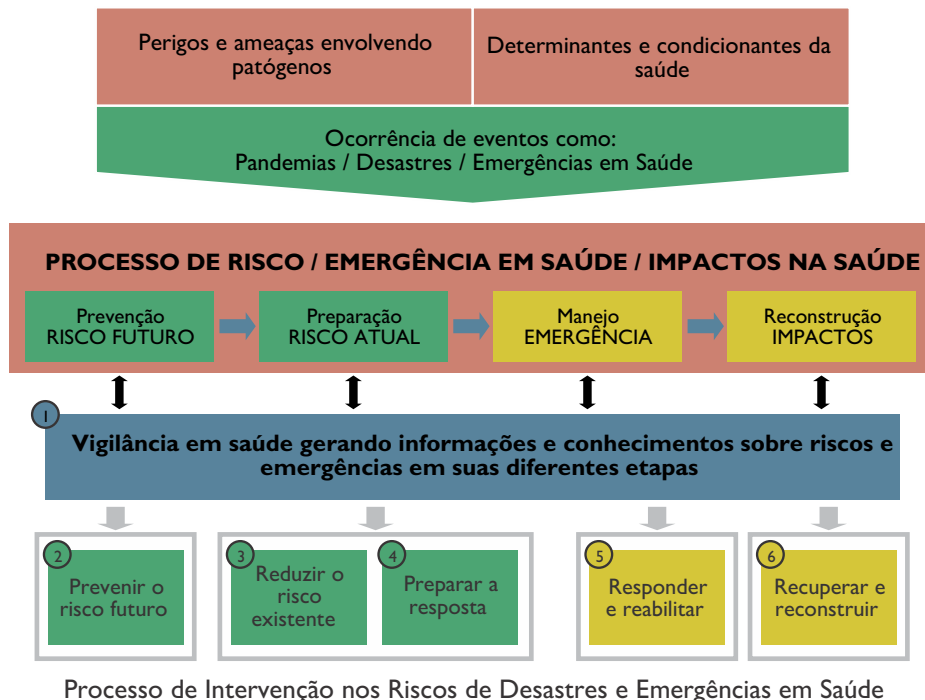
Como resultado, tivemos uma série de limites em termos de informações oportunas como insumo fundamental para as ações de vigilância em saúde, assim como de representatividade e sensibilidade, não refletindo a magnitude da pandemia no país, nos estados, municípios e no nível intramunicipal, principalmente nos territórios onde vivem as populações com piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde e que mais vêm sofrendo o impacto da pandemia.

3. LIÇÕES APRENDIDAS DIANTE DA PANDEMIA E RECOMENDAÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES FUTURAS

Dentre as lições que se podem extrair da pandemia por COVID-19, é que, a qualquer momento, patógenos altamente transmissíveis e/ou letais podem surgir e representar um risco de propagação global. Em tempos de globalização, diversos perigos/ameaças de origem biológica, climática ou tecnológica podem resultar em desastres e emergências em saúde, com impactos que vão do nível local ao global. Além disso, podem ocorrer de modo simultâneo, resultando na sobreposição de riscos, danos, doenças e agravos (crises humanitárias ou conflitos são muitas vezes seguidas de desastres, que por sua vez são seguidos de emergências em saúde pública envolvendo epidemias; desastres de origem natural e relacionados com a emergência climática podem ser combinados com desastres tecnológicos e vice-versa; potencial de transmissão simultânea de arboviroses, como dengue, chikungunya e zika)⁽²⁾.

Nesse cenário, a vigilância em saúde deve ser tratada a partir de uma abordagem integral e como parte de uma gestão prospectiva dos riscos, constituindo o eixo transversal à estrutura e processos de gestão de riscos de desastres e emergências em saúde (GRDES) (**Figura 2**), gerando informações e conhecimentos sobre o que é singular e sistêmico nos riscos e emergências em suas diferentes etapas (prevenção, preparação, manejo e reconstrução) ^(2,9). Nesses processos, a preparação possui um papel fundamental, sendo a etapa em que as lições aprendidas devem produzir políticas e ações intersetoriais desde a prevenção de futuras emergências até os processos de reconstrução (tendo com princípio que a prevenção e preparação para eventos futuros envolve sempre ter estruturas e recursos de saúde melhores do que antes) dos impactos das já ocorridas.

FIGURA 2. Modelo de gestão de riscos para desastres, emergências em saúde & pandemias



Fonte: Adaptado de Narváez e col., 2009.

Antes da COVID-19, tendo como base os planos divulgados de preparação para pandemias, países como Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido foram identificados como os mais bem preparados segundo o Índice de Segurança de Saúde Global. Vietnã e Nova Zelândia foram classificados em 50º e 35º respectivamente ⁽¹⁹⁾. Durante a pandemia,

Vietnã e Nova Zelândia foram exemplares nas respostas, com taxas de óbitos por milhão de habitantes de 0,37 e 5,12 respectivamente, contra 662,78 nos EUA e 649,78 no Reino Unido, que ainda estão abaixo do Brasil, com 727,84, segundo dados de 15 de outubro⁽²⁰⁾. Como observado pela Comissão do *Lancet* sobre Preparação para ameaças epidêmicas emergentes⁽²¹⁾, a preparação para ameaças epidêmicas não é um exercício estático ou binário (preparado ou não), mas um processo dinâmico refletindo um mundo em constante mudança.

Na perspectiva da GRDES, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel basilar e fundamental na resiliência do sistema de saúde e das comunidades para o enfrentamento dos desastres e emergências em saúde^(2;22).

Dados de julho de 2020⁽²³⁾ apontavam para uma cobertura populacional estimada em 159.339.319 habitantes (75.82%) por equipes de Atenção Básica e 133.955.548 de habitantes (63.74%) por equipes de saúde da família, o que demonstra o grande potencial da APS integrada com a vigilância em saúde nos territórios, em particular pela Estratégia de Saúde da Família que reúne “[...] atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, participação social e abordagem territorial e comunitária [...]”, a qual deve ter sua cobertura ampliada⁽¹¹⁾ como parte de construção de uma robusta estrutura de saúde pública e gestão de riscos de emergências em saúde desde o nível territorial e comunitário^(2;22).

Tendo como referências as respostas à COVID-19 e outras emergências em saúde, trazemos algumas das lições importantes para subsidiar uma melhor preparação do setor saúde, integrando vigilância e APS, para futuras ocorrências.

Combinar a vigilância passiva e ativa, especialmente entre grupos de alto risco⁽²⁴⁾. Essa combinação, para qualquer tipo de emergência em saúde pública, envolve o necessário e urgente investimento na modernização tecnológica dos Lacen em termos de máquinas, estoque de insumos para testes, pessoal capacitado e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), incluindo capacidades de expansão durante situações como pandemias. Esse processo deve estar combinado com ampliação e fortalecimento do complexo industrial da saúde, de modo a garantir capacidades de autonomia e expansão necessárias em situações de crise⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Tendo como proposta a integração da vigilância com a APS na COVID-19, para além da vigilância passiva, Teixeira et al.⁽¹¹⁾ e Sales et al.⁽²⁷⁾ propõem ampliar e fortalecer uma vigilância ativa. Esta envolve a identificação rápida e o monitoramento dos casos (incluindo a possibilidade de inclusão de casos “prováveis” e permitir a ampliação das medidas de proteção e redução da transmissão), de modo a manter o isolamento e o monitoramento para os casos que não necessitaram de internações, combinada com uma vigilância epidemiológica com capacidades de rastreamento e monitoramento de contatos colocados em quarentena, permitindo tanto avaliações do momento epidemiológico mais contextualizadas socialmente e territorialmente quanto identificação dos grupos sociais e populacionais mais vulneráveis e necessitados de políticas e ações de proteção social, garantindo assim o princípio da equidade.

Nessa perspectiva de integração, em que a vigilância tem um papel fundamental na produção de informação para a ação, governos municipais e estaduais estariam mais bem informados tanto para a adoção de medidas de saúde pública, como de distanciamento físico e social mais restritivas para reduzir a curva epidêmica ou para os processos graduais de retomada dos serviços não essenciais e das atividades econômicas e sociais, no caso da COVID-19. Ao mesmo tempo, permitiria, no nível dos territórios, o acompanhamento dos casos considerados mais leves mediante monitoramento de sua evolução e encaminhamento para os cuidados clínicos e assistenciais quando necessário, reduzindo a demanda e sobrecarga nos hospitais e leitos de UTI ^(11,27).

Para que essa integração constitua a base de um novo modo de fazer vigilância em saúde e de assistência às comunidades, as emergências devem ser tratadas como problemas de saúde e de informações simultaneamente ⁽²⁸⁾, o que demanda uma estrutura de fluxo de dados e informações que possibilite avaliações rápidas dos riscos no nível local em tempo real ⁽²⁹⁾. Isso exige um fluxo não apenas de envio de dados da APS para a vigilância, mas também de outros níveis de atenção, como as internações hospitalares e em UTI, para os níveis locais de saúde, uma vez que, durante a pandemia, essa comunicação não foi regular.

Para que essa integração e fluxos se tornem concretos, são necessários investimentos em ampliação de recursos tecnológicos (internet, celulares, etc.), combinadas propostas inovadoras de monitoramento que utilizem sistemas e/ou plataformas de detecção digital de doenças e vigilância participativa, mineração de dados na *web* e *crowdsourcing* ativo e aplicativos móveis ^(11;30).

Esse investimento em tecnologias deve vir acompanhado desde a integração e implementação rápida dos instrumentos de notificação específicos e/ou fortalecimento dos preexistentes considerando as características clínico-epidemiológicas da doença ⁽¹¹⁾; uma maior automatização na entrada dos dados, de modo a reduzir os erros e tempo de entrada dos dados; e uma maior integração entre os diferentes sistemas de informações que possibilitem o acompanhamento dos resultados dos testes em tempo real e detecção oportuna dos casos ⁽²⁶⁾.

Embora a GRDES envolva várias etapas conectadas, de dados e informações, do singular ao sistêmico, a preparação deve ser considerada como a chave dessa integração e que deve ser claramente expressa em planos (preparação, respostas e contingência), mas colocada à prova por meio de testes e simulados, avaliações e lições aprendidas. Planos de preparação, como vimos nos exemplos dos EUA e Reino Unido, não são um fim ⁽²¹⁾, mas um passo necessário para o planejamento contínuo e uma vigilância como parte da GRDES ativa, participativa e prospectiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avançar na integração da APS com a vigilância como parte integrante da GRDES demanda a constituição de quatro processos fundamentais que devem estar presentes.

O primeiro é a flexibilidade para diferentes cenários de riscos (multiriscos) ⁽²⁵⁾, combinando diferentes estruturas e recursos que sejam capazes de responder à singularidade das emergências em saúde sem perder uma perspectiva sistêmica deles, o que abarca uma abordagem baseada no envolvimento de todo o sistema de saúde, com comprometimento importante da APS e na vigilância em saúde de modo integrado ⁽³⁾.

O segundo é a capacidade de expansão, como demonstrado a partir das lições aprendidas com a SARS e o H1N1 ^(29;31). Na **Figura 2**, a vigilância em saúde tem um papel transversal e estratégico em todas as etapas da GRDES, produzindo informações e conhecimentos. Em situações de pandemia, constituem uma parte vulnerável do sistema de saúde, que também pode ser sobrecarregada, necessitando de capacidades de expansão, não só de equipamentos e insumos para testes, mas também de EPI e recursos humanos que podem sofrer fadiga e esgotamento.

O terceiro envolve abordagens inclusivas e centradas nas pessoas e comunidades, que vivenciam as emergências e seus impactos na saúde e nas suas condições de vida e sustento. Os processos de preparação e planejamento para que alcancem o nível local e sejam territorializadas devem envolver participação ativa dessas comunidades nas políticas e ações relacionadas com a GRDES, ampliando e fortalecendo a construção de capacidades para mitigação, preparação, resposta, recuperação e reconstrução ⁽²⁾. Essas capacidades, em articulação com a APS, demandam simultaneamente reduzir as desigualdades que tornam alguns grupos mais vulneráveis, criando condições que, combinando ações intersetoriais de apoio social (envolvendo órgãos governamentais e não governamentais), com as de proteção e segurança relativas à saúde, possibilitem também maior participação destas comunidades ⁽¹¹⁾.

O quarto e fundamental é uma coordenação integrada, envolvendo todo o sistema de saúde, e intersetorial, de modo a produzir consensos, políticas e ações articuladas entre os diferentes setores e níveis de administração governamental, como estados, municípios e níveis locais ^(2;32). Países em que o Governo Central e o Ministério da Saúde assumiram a liderança nacional e foi estabelecido um consenso sobre a gestão de riscos durante a pandemia conseguiram reduzir o patamar de transmissão e apresentaram quedas mais acentuadas de casos e óbitos, diminuindo o sofrimento da população e o impacto sanitário, social e econômico ⁽⁷⁾. Coordenação e consenso com base nos dados, informações e evidências são centrais para orientar as políticas e ações para a gestão de riscos em situações de desastres e emergências em saúde ^(6;32). Como demonstrado anteriormente, mesmo países ricos e com recursos, como EUA e Reino Unido, ao terem planos muito bons, mas ausência de governos centrais que tenham assumido a liderança nacional e produzido consensos com base em evidências durante a pandemia tiveram resultados muito piores do que países em que os governos centrais, com o ministério da saúde, assumiram a liderança com base em dados e informações científicas ⁽²⁹⁾.

Por fim, a ausência de uma resposta coordenada envolvendo lideranças e produção de consensos produz impactos negativos na confiança que os diferentes setores da sociedade terão nas informações e conhecimentos produzidos a partir da vigilância em saúde e nas evidências que

orientam as decisões do setor saúde (do nível ministerial e central aos níveis estaduais e municipais)⁽⁹⁾. Em contextos como estes, não só controvérsias nos meios de comunicação, envolvendo diferentes cientistas e grupos de pesquisas, mas também dissenso e desconfiança serão crescentes, criando contextos favoráveis para que as diferentes tecnologias de comunicação combinadas com mídias sociais produzam fatores disruptivos⁽²¹⁾, os quais adicionam às situações de emergência, tanto epidemias de rumores e notícias falsas nas redes sociais quanto o surgimento de influenciadores sociais que acabam por ter ascendência nas decisões de governantes e tomadores de decisões.

Embora haja portarias e resoluções que apontam para a necessária integração entre a APS e a vigilância em saúde, é fundamental ir além, incorporando como rotinas nas SMS, SES e Ministério da Saúde os processos de preparação envolvendo testes e simulados, bem como da ampla discussão das lições aprendidas com eventos passados, integrando todo o sistema de saúde. Esse processo deve vir, necessariamente, acompanhado de mais recursos (financeiros, tecnológicos e humanos) e modernização de toda a rede de vigilância em saúde (incluindo os laboratórios) e da APS. São essenciais mudanças qualitativas também, combinando ações sobre os aspectos singulares e sistêmicos das emergências, numa perspectiva de gestão prospectiva dos riscos (multirrisco) e com participação ativa dos atores no nível local, incluindo as comunidades expostas e afetadas por esses eventos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf?ua=1>.
3. Freitas CM, et al. Mudanças Climáticas, Redução de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde Pública nos níveis Global e Nacional. Iniciativa Brasil Saúde Amanhã - Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%Aancias-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União [Internet]. 13 ago 2018 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.
5. Almeida Filho N. Modelagem da pandemia COVID-19 como objeto complexo (notas samajianas). Estudos Avançados. 34(99):97-118; 2020.
6. Roux AV. Population Health in the Time of COVID-19: Confirmations and revelations. Milbank Quarterly, 98(3):629-40; 2020.
7. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório COVID-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Observatório COVID-19 – Informação para a ação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_COVID_6meses.pdf.
8. Jasanoff S. Bridging the Two Cultures of Risk Analysis. Risk Analysis. 1993;13:123-29.
9. Freitas CM, et al. A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório Técnico. Fiocruz: Observatório COVID-19 – Informação para a ação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-fiocruz-discute-isolamento-social-e-gestao-de-riscos>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE estima população do país em 211,8 milhões de habitantes. Agência IBGE Notícias [Internet]. 27 de agosto de 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/28676-ibge-estima-populacao-do-pais-em-211-8-milhoes-de-habitantes>.

11. Teixeira MG, et al. Vigilância Universal da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Rede COVID. Universidade Federal da Bahia. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde; junho de 2020. 18 p.
12. Lula C. Almeida Filho N. Roux AV. Webinar Fiocruz. A pandemia de COVID-19: Interface entre populações, os sistemas de saúde e as desigualdades sociais [Internet]. 30 set 2020 [acesso 2020 out 15]. <https://www.youtube.com/watch?v=HDMpHpIjF0I>.
13. Souza CD, et al. Evolução espaçotemporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(4):1-3.
14. Reis AC, et al. Nota técnica: Registro de óbitos por COVID-19 e a produção de informações pelo SUS. Fiocruz: Observatório COVID-19 – Informação para a ação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_obitos_v31mai2020.pdf.
15. MonitoraCOVID-19 - ICICT. O tempo dos dados: explorando a cobertura e oportunidade do SIVEP-Gripe e o e-SUS VE. FIOCRUZ: Observatório COVID-19 – Informação para a ação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_13.pdf.
16. Melo SP, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(8):3159-68.
17. Angelo JR, et al. Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas Favelas. FIOCRUZ: Observatório COVID-19 – Informação para a ação. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_COVID_nas_favelas_1.pdf.
18. MonitoraCOVID-19 - ICICT. Óbitos desassistidos no Rio de Janeiro. Análise do excesso de mortalidade e impacto da COVID-19. Fiocruz: Observatório COVID-19 – Informação para a ação [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoraCOVID-19_excesso_mortalidade3.pdf.
19. Fisher D, et al. Assessing national performance in response to COVID-19. Lancet. 2020;396(10252):653-55.
20. Best R. COVID-19 deaths worldwide per million. Statista [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/>.
21. Lee V, et al. Preparedness for emerging epidemic threats: a Lancet Infectious Diseases Commission. Lancet Infect Dis. 2020;20(1):17-19. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30674-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30674-7).

22. World Health Organization. Emergency risk management for health—Overview [Internet]. Geneva: WHO; 2013[acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://www.who.int/hac/tech-guidance/preparedness/risk_management_overview_17may2013.pdf?ua=1.
23. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica [Internet]. [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
24. Ahmad A, et al. Controlling SARS: a review on China's response compared with other SARS-affected countries. *Trop Med Int Health*. 2009;14(Suppl 1):36-45. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02146.x>.
25. Hernández-Ávila M, et al. Mexico: Lessons learned from the 2009 pandemic that help us fight COVID-19. *Healthc Manage Forum*. 2020;33(4):158-63.
26. Lana RM. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):1-5.
27. Sales CM, et al. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):1-6.
28. Ovchinnikov A. A national health data infrastructure could manage pandemics with less disruption. Canada: The Conversation [Internet]. 16 ago 2020[acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://theconversation.com/a-national-health-data-infrastructure-could-manage-pandemics-with-less-disruption-140407>.
29. Fischer D, et al. Pandemic response lessons from influenza H1N1 2009 in Asia. *Respirology*. 2011;16:876–82.
30. Leal-Neto OB, et al. Digital disease detection and participatory surveillance: overview and perspectives for Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(17):1-5.
31. Goddard NL, et al. Lessons learned from SARS: The experience of the Health Protection Agency, England. *Public Health*. 2006;120:27-32.
32. Forman R, et al. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*. 2020;124:577-580.
33. Narváez L, et al. La Gestión del Riesgo de Desastres: Un Enfoque Basado en Procesos. Secretaría General de la Comunidad Andina: Lima, Peru; 2009.

DESAFIOS PARA O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES DIANTE DA PANDEMIA COVID-19

Carla Magda Allan Santos Domingues¹

RESUMO: A partir da estruturação dos programas de imunização, houve uma drástica redução das doenças imunopreveníveis, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. A partir de 2016, começa-se a observar redução no alcance das metas preconizadas para os índices de coberturas vacinais (ICV). Em decorrência da pandemia de COVID-19, a procura aos postos de vacinação diminuiu em todo o país, aumentando o risco da ocorrência de novos surtos de doenças evitáveis por vacinação. Foi realizado estudo descritivo, com base em dados dos Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) referentes ao período 2013-2020. Em 2020, está havendo uma queda mais acentuada no comparecimento às salas de vacinação. Nesse sentido, foram sugeridas estratégias para reverter esse quadro, como aceleração dos esquemas vacinais, maior participação da Estratégia Saúde da Família e uma intensa mobilização de toda a sociedade, garantindo as medidas de distanciamento social e de segurança, para que a população se sinta segura para comparecer aos serviços de vacinação. Buscar estratégias para garantir elevadas coberturas vacinais é fundamental para que as conquistas do passado não sejam perdidas, transformando-se em um retrocesso inadmissível na saúde pública do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Programas de Imunização. Vacinação. Cobertura Vacinal. Doenças Transmissíveis. COVID-19.

¹ Cientista social, doutora em medicina tropical; epidemiologista. Orcid 0000-0003-1463-4939. e-mail: cmasdomingues@gmail.com



I. INTRODUÇÃO

Fruto de muitos anos de investimento em pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico, a vacinação é considerada uma das mais importantes conquistas da saúde pública do mundo. No Brasil, entre os anos de 1940 e 2018, a expectativa de vida ao nascer apresentou um aumento de cerca de 30 anos como resultado, principalmente, da redução de óbitos por doenças infecciosas preveníveis por vacinas⁽¹⁾.

A vacinação de crianças, além de reduzir casos de doença na população-alvo estabelecida para a vacinação, contribui para a diminuição da circulação de agentes infecciosos nas comunidades, impactando positivamente na saúde de adultos e idosos, uma vez que passam a estar protegidos indiretamente (imunidade coletiva ou de rebanho)⁽²⁾. Portanto, a importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas também porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e de saúde da população.

No início da década de 1970, as taxas de mortalidade e morbidade causadas por doenças imunopreveníveis eram altas em países ao redor do mundo. No entanto, a execução das ações de vacinação não era adequada devido à falta de programas consolidados. Com objetivo de dar sustentabilidade às ações de vacinação, em 1974, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a criação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI). A partir da definição das bases fundamentais para a estruturação do PAI, houve uma coordenação conjunta das nações do mundo e de diversos organismos internacionais, interessados em apoiar essas ações, buscando alcançar a cobertura vacinal universal e, dessa forma, estabelecendo um forte compromisso político com o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis⁽²⁾.

Um ano antes, o Brasil dá início à sistematização das ações de vacinação, criando o Programa Nacional de Imunizações (PNI) ⁽³⁾.

A taxa de mortalidade infantil chegava a mais de 100 crianças mortas para cada mil nascidas vivas, ou seja, praticamente 10% das crianças morriam até os 5 primeiros anos de vida. Em 2018, essa taxa foi de 12,8 a cada mil nascidos vivos ⁽¹⁾.

As doenças evitáveis por vacinas também são uma das principais causas de adoecimento e de incapacidade de longo prazo entre crianças, tanto nos países desenvolvidos quanto nos de médio e baixo ingresso. O exemplo clássico de prevenção de deficiências graves tem sido a prevenção da poliomielite parálitica em centenas de milhares de crianças, desde o lançamento da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite (GPE, sigla em inglês) ⁽⁴⁾.

Embora a poliomielite seja uma memória distante na maior parte do mundo, a doença ainda existe no Paquistão e Afeganistão e afeta principalmente as crianças menores de 5 anos. Uma em cada 200 infecções causa a paralisia irreversível (geralmente membros inferiores). Entre os que apresentam a forma parálitica, 5% a 10% vão a óbito ⁽⁵⁾. Em 2015, a OMS declarou erradicado o poliovírus 2; e, em 2019, o poliovírus 3 ⁽⁶⁾.

O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa. Continua sendo importante causa de morte entre crianças em todo o mundo, apesar da disponibilidade de uma vacina segura e eficaz. As ações de vacinação reduziram drasticamente as mortes por sarampo, apresentando uma queda de 73% entre 2000-2018 em todo o mundo. No entanto, os ganhos duramente alcançados podem ser facilmente perdidos devido ao baixo alcance das metas estabelecidas para os índices de coberturas vacinais (ICV) em muitos países nos últimos anos. Várias regiões foram atingidas por grandes surtos de sarampo desde 2017, causando muitas mortes ⁽⁷⁾.

No Brasil, a situação não é diferente. Em 2016, o país recebeu a certificação da eliminação do sarampo pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). No entanto, devido aos baixos índices na vacinação infantil com a vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) a partir desse mesmo ano, houve acúmulo de suscetíveis e o retorno da circulação do sarampo. Depois de mais de dois anos de transmissão sustentada, o país perdeu o título de área livre da circulação do vírus autóctone ⁽⁸⁾.

A incidência do sarampo em crianças menores de 1 ano de idade tem sido elevada, sendo o grupo etário mais acometido, com um coeficiente de incidência de 39,1 e 104,0 por 100 mil habitantes, para 2019 e 2020, respectivamente ⁽⁹⁻¹⁰⁾. Esse fato aponta que, atualmente, a imunidade passiva recebida da mãe já não é suficiente para proteção dessas crianças, reforçando a importância de manter elevado ICV nos grupos-alvos da vacinação para a criação da imunidade coletiva e, dessa forma, proteger aqueles indivíduos que não podem ser vacinados ou que não estão incluídos na estratégia de vacinação, como é o caso das crianças menores de 1 ano de idade.

As crianças também são as mais afetadas com relação à gravidade do sarampo. Dos 15 óbitos registrados em 2019, 8 ocorreram em menores de 5 anos de idade, sendo 6 em menores de 1 ano de idade. Em 2020, até a semana epidemiológica nº 32, dos 5 óbitos registrados, 3 foram em crianças menores de 1 ano de idade, e 2 eram em crianças de 1 ano de idade⁽⁹⁻¹⁰⁾. Além da elevada taxa de mortalidade, o sarampo pode deixar sequelas por toda a vida, apresentando complicações como infecções respiratórias, otites, doenças diarreicas e neurológicas⁽¹¹⁾.

As doenças pneumocócicas representam importante causa de morbidade e mortalidade. A OMS estima a ocorrência de 1 milhão de mortes por ano por doença pneumocócica, a maioria em crianças menores de 5 anos⁽¹²⁻¹³⁾. Entre as crianças que sobrevivem a um episódio de meningite pneumocócica, uma proporção é afetada por deficiências de longo prazo, como perda da audição, distúrbio de linguagem, retardo mental, anormalidade motora e distúrbios visuais⁽¹¹⁾. A partir da introdução da vacina pneumocócica no Calendário Nacional de Vacinação (CNV), em 2010, observou-se significativa redução, em torno de 30% de internação e de 17% dos óbitos por pneumonia em crianças menores de 1 ano de idade⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Da mesma forma, a vacina contra o rotavírus demonstrou reduzir as visitas às clínicas e as hospitalizações devido à diarreia por rotavírus^(15,18-19).

Portanto, embora o impacto sobre a mortalidade infantil por si só seja um argumento suficiente para administrar vacinas em crianças, a redução de deficiências de longo prazo em crianças e a economia alcançada pela diminuição dos custos de tratamento e hospitalizações mais do que justificam seu uso nessa população ao redor do mundo⁽⁴⁾.

No entanto, depois de mais de duas décadas atingindo elevados ICV, o PNI tem identificado importante queda nesses índices, não só para o sarampo, mas para todas as vacinas que compõem o CNV. A despeito de todas as conquistas, grandes desafios surgem para o PNI na atualidade. Muitas doenças tornaram-se desconhecidas, fazendo com que muitas pessoas não tenham noção da gravidade representada por elas, com consequente risco de reintrodução ou recrudescimento de doenças controladas ou em processo de eliminação no país.

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto do novo coronavírus uma emergência de saúde pública de interesse internacional (PHEIC), o mais alto nível de alarme. Desde então, entre as medidas para evitar a disseminação da doença, considerada como uma pandemia, foi recomendada que só as atividades essenciais fossem mantidas em funcionamento, indicando a necessidade de que a população garantisse o isolamento social, em especial, em localidades com elevação do número de casos⁽²⁰⁾.

Em decorrência da pandemia de COVID-19, a procura aos postos de vacinação diminuiu em todo o país, e os números, que já estavam aquém do esperado, ficaram ainda menores, aumentando o risco da ocorrência de novos surtos de doenças evitáveis por vacinação que estão disponíveis no CNV. A necessidade de distanciamento social não pode ser motivo para deixar de se vacinar, em especial crianças, adolescentes e gestantes, além de portadores de comorbidades e

grupos de risco. A OMS e a Opas têm publicado diretrizes afirmando ser imperativo manter a continuidade dos serviços de imunização, desde que possam ser realizadas em condições seguras^(21,22).

Tão importante quanto a preocupação em evitar a transmissão da COVID-19, é fundamental a manutenção da vacinação para as doenças que deixaram de circular ou estão controladas no território brasileiro graças às ações de vacinação. Com o aumento drástico de pessoas suscetíveis, essas doenças podem voltar a acometer a população, trazendo mortes e sequelas que são irreversíveis, sem falar no aumento da demanda aos serviços de saúde, que já estão trabalhando no seu limite, devido ao excessivo registro do número de casos de COVID-19 em todas as regiões do país.

Nesse sentido, é de extrema importância analisar os possíveis efeitos da pandemia para coberturas vacinais e propor ações que possam melhorar a adesão da população e a organização das salas de vacina para evitar uma queda ainda mais drástica nos ICV e, dessa forma, possibilitar o retorno da população aos serviços de atenção primária o mais precoce possível.

2. MÉTODOS

Trata-se de um descritivo do tipo ‘estudo de caso’, sobre a importância da estruturação dos Programas de imunização não só no Brasil, mas no mundo, abordando-se os fatos desde a formulação do PNI, em 1973, aos dias atuais. Focalizaram-se os avanços e os desafios do Programa no momento da pandemia de COVID-19, sobretudo no cumprimento da missão de proteger a população contra doenças preveníveis por meio de vacinação. Utilizaram-se, como fonte de dados, publicações relacionadas com o tema imunizações, em periódicos de publicação nacional e internacional, acessados via internet, ou fornecidos e produzidos pela Coordenação Geral do Programa de Imunizações (CGPNI), entre os quais: Informes Técnicos; Portarias, Instrução Normativa e Calendários de Vacinação Nacional; Boletins Epidemiológicos, Sistema de Informação do Programa de Imunizações (Sipni), acessados nos sítios eletrônicos do Sipni ou do Ministério da Saúde⁽²³⁻²⁴⁾.

A simultaneidade da vacinação foi avaliada pelos ICV, com esquemas vacinais equivalentes em relação aos meses de vida a partir de 2013.

Com o objetivo de avaliar se houve uma aceleração na diminuição da vacinação das crianças em decorrência da pandemia de COVID-19, foi avaliada a cobertura mensal, no período de janeiro a agosto de 2020.

Mediu-se a perda de oportunidade de vacinação (não vacinados simultaneamente) comparando-se os ICV para vacinas aplicadas no mesmo período, tendo por base a maior cobertura encontrada para as vacinas em análise.

Estima-se o ICV utilizando no numerador o total de doses aplicadas de acordo com o esquema vacinal completo de cada vacina; e no denominador, a população-alvo da vacinação,

multiplicando-se por 100, para cada ano analisado. O denominador utilizado para o cálculo de coberturas vacinais da criança foi obtido do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) ⁽²⁵⁾, última base de dados disponível em nível nacional para cada ano avaliado.

Definiu-se, como marco inicial para a descrição do estudo, o ano de 1973, quando foi formulado o PNI, e para o final, o ano de 2020, conforme a disponibilidade dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o fortalecimento das ações do PNI, desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por uma rede descentralizada, articulada, hierarquizada e integrada, com discussão permanente sobre normas, metas e resultados, propiciando a modernização de sua infraestrutura e a operacionalização entre as três instâncias do governo, foi possível reduzir as desigualdades regionais e sociais, ao viabilizar o acesso à vacinação para todos os brasileiros, em todas as localidades, sendo essas de fácil ou de difícil acesso, a partir de uma rede de aproximadamente 36.500 salas de vacinação em todo o país ⁽⁸⁾.

No período de 1980 a 1988, as coberturas vacinais médias mantiveram-se abaixo de 70%, quando estavam disponíveis apenas quatro vacinas: BCG, poliomielite oral, DTP (difteria, tétano e coqueluche) e sarampo. A partir de 1990, com o fortalecimento das ações de vacinação em todo o país, há uma elevação dos ICV e, a partir do ano 2000, mesmo com a ampliação na oferta de vacinas, chegando, em 2015, com pelo menos nove vacinas disponibilizadas no CNV, os ICV mantiveram-se elevados, acima de 95% para a maioria das vacinas. No entanto, a partir de 2016, começa a ser observada a queda nos ICV para todas as vacinas, inclusive para BCG, que nas últimas décadas atingia 100% de cobertura, e que, apesar de se manter acima da meta (90%), teve queda ao redor de 10% nesse período ⁽⁸⁾.

Vale destacar que a redução dos ICV, nos últimos anos, não pode ser atribuída a uma única causa. Múltiplos fatores têm sido apontados como causa dessa diminuição, como o desconhecimento da importância da vacinação, a hesitação em vacinar, as falsas notícias veiculadas especialmente nas redes sociais sobre o malefício que as vacinas podem provocar à saúde, o desabastecimento parcial de alguns produtos, problemas operacionais para a execução adequada da vacinação, incluindo o inadequado registro dos dados, falta de profissionais, horário de funcionamento dos serviços de saúde, até a dificuldade de acesso à unidade de saúde ⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Nos últimos anos, tem sido verificada irregularidade no fornecimento dos imunobiológicos por parte do Ministério da Saúde, decorrente de problemas de produção, relacionados ao processo produtivo tanto dos laboratórios públicos quanto dos privados. Ao ocorrer o desabastecimento de uma vacina, mesmo que em curto prazo, pode fazer com que o responsável pela criança não tenha tempo de voltar ao serviço no momento oportuno da vacinação. Essa criança poderá ser vacinada posteriormente, com atraso, mas, dependendo da sua idade, essa dose não

contará para os cálculos do ICV, o que pode comprometer o seu monitoramento. Somado a esse fato, se a criança comparecer ao posto de vacinação fora da idade preconizada e se o profissional de saúde não souber orientar quais vacinas deverão ser feitas simultaneamente no momento do comparecimento, poderá haver atraso na vacinação. A simultaneidade de esquemas permite que, em uma mesma oportunidade, a criança seja vacinada com maior número de vacinas e, conseqüentemente, que haja proteção para um maior número de doenças.

A avaliação da simultaneidade da aplicação das vacinas pode apontar se o desabastecimento tem sido o principal motivo da queda dos ICV; neste sentido, avaliaram-se os ICV para o período de 2013 a 2020. A partir de 2016, as vacinas que tiveram maior problema de fornecimento foram as vacinas BCG, Penta e DTP, com períodos de desabastecimento total ou parcial. Ao se analisar os ICV das vacinas que são aplicadas simultaneamente, conforme **Tabela 1**, pode-se observar que parece que o desabastecimento não pode ser considerado a principal causa. Os ICV para as vacinas aplicadas ao nascer, em todos os anos analisados, foram maiores para a vacina BCG em relação à vacina Hepatite B, havendo uma variação em torno de 10% de diferença entre as duas vacinas em todos os anos. As vacinas aplicadas aos 2 e 4 meses de vida (rotavírus e pneumo 10 valente) não tiveram desabastecimento no período analisado, e o cumprimento das metas foi irregular ao longo do período analisado. Aos 6 meses, não houve desabastecimento da vacina contra a poliomielite (VIP) e os ICV são sempre menores do que o da vacina pentavalente (penta), na qual se identifica um importante desabastecimento no ano de 2019. Portanto, o desabastecimento pode ter contribuído para a diminuição do ICV para a penta, não se justificando para a VIP. A vacina febre amarela é aplicada aos 9 meses de idade, e em nenhum ano houve desabastecimento; no entanto, os ICV se mantiveram ao redor de 50%. Para as vacinas aplicadas a partir de 1 ano de idade, a situação é ainda mais crítica. Houve importante desabastecimento da vacina DTP, mas para todas as vacinas aplicadas nessa idade, os ICV ficaram muito abaixo das metas preconizadas. Ressalta-se que, em 2020, os ICV para a pólio (1º ref) e tríplice viral (D2), vacinas que não tiveram desabastecimento nesse ano, ficaram abaixo da DTP.

TABELA 1. Coberturas vacinais para vacinas do calendário da criança menor de 1 ano e 1 ano de idade, por ano. 2013 a 2020. Brasil

Período	Vacina	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*
Ao nascer	BCG	107,4	107,3	105,1	95,6	98,0	99,7	85,1	74,6
	Hepatite B ¹	-	88,5	90,9	81,8	85,9	88,4	77,5	65,7
2º e 4º mês de vida	Rotavírus Humano	93,5	93,4	95,4	89,0	85,1	91,4	86,8	76,3
	Pneumo	93,6	93,5	94,2	95,0	91,1	95,3	87,4	80,0
3º e 5º mês de vida	Meningo C	99,7	96,4	98,2	91,7	87,4	88,5	85,6	76,1
2º, 4º e 6º mês de vida	Penta	95,9	94,9	96,3	89,3	84,2	88,5	69,6	73,9
	Polio	100,7	96,8	98,3	84,4	84,8	89,5	82,7	72,6

Período	Vacina	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*
9º mês de vida	Febre Amarela	51,5	46,9	46,3	44,6	47,4	59,5	61,4	50,1
aos 12 meses de vida	Tríplice Viral D1	107,5	112,8	96,1	95,4	86,2	92,6	91,6	78,8
	Meningo C (1º ref)	92,4	88,6	87,9	93,9	78,6	80,2	84,4	67,4
	Pneumo (1º ref)	93,1	88,0	88,4	84,1	76,3	82,0	82,4	63,1
aos 15 meses de vida	Tríplice Viral/ tetra viral D2	68,9	92,9	79,9	76,7	72,9	76,9	80,2	65,1
	Polio (1º ref)	92,9	86,3	84,5	74,4	73,6	72,8	73,5	58,6
	DTP (1º ref)	91,0	86,4	85,8	64,3	72,4	73,3	56,5	69,7
	Hepatite A	-	60,1	97,1	71,6	78,9	82,7	83,7	72,3

Fonte: [http:// sipni.datasus.gov.br](http://sipni.datasus.gov.br) * Dados preliminares, 2020 até o mês de agosto, acesso em 12/10/2020. Meta: 95%, exceto BCG e Rotavírus 90%

1 só deve ser aplicada até o 30º dia de vida, após esta data, recomenda-se a aplicação da vacina pentavalente, a partir dos 2 meses de vida

Em 2019, a OMS estima que quase 14 milhões de crianças perderam vacinas vitais, como sarampo e DTP, sendo que dois terços dessas crianças estão concentradas em 10 países, e o Brasil consta entre eles, com Angola, Etiópia, Filipinas, Índia, Indonésia, México, Nigéria, Paquistão e República Democrática do Congo⁽²⁸⁾.

Ao analisar os ICV para esse ano no país (**Tabela 1**), estima-se que em torno de 770 mil crianças e 1,7 milhão crianças não iniciaram ou não completaram esquema vacinal para as vacinas penta (3 doses) e sarampo (2 doses) respectivamente, ou seja, em torno de 26,5% a 59% das crianças estão com esquemas incompletos. Esses dados são preocupantes, uma vez que a falta de vacina tríplice viral foi pontual, e o número de crianças com esquema incompleto é mais que o dobro de crianças que não foram vacinadas adequadamente com a penta, vacina que teve um importante desabastecimento, principalmente levando em conta a atual situação epidemiológica do sarampo, visto que 14 Unidades da Federação se encontravam com circulação do vírus nesse mesmo período. A situação brasileira é realmente grave, já que o PNI já teve reconhecimento internacional e foi considerado um exemplo a ser seguido e agora o país está classificado entre aqueles que historicamente têm dificuldade para estruturar as ações de vacinação.

É fundamental, portanto, que os gestores do SUS se debrucem diante desse problema, buscando identificar quais são os fatores que estão contribuindo para a queda dos ICV, e no cenário da pandemia, essa avaliação é ainda mais premente, para evitar o aumento da população suscetível às doenças imunopreveníveis, em especial as crianças.

Com o objetivo de analisar o impacto das ações de controle da pandemia nos ICV, realizou-se uma comparação dos dados mensais de coberturas vacinais para 2015, último ano em que as metas foram alcançadas, 2019, o ano em que se teve o menor índice, e para 2020,

no período de janeiro a agosto dos referidos anos (**Tabela 2**). Pode-se observar que, no ano de 2015, para todas as vacinas, não houve variação de aplicação delas ao longo dos meses. Em 2019, pode-se perceber a baixa captação das crianças já no início do ano e mantendo a estabilidade de vacinação em níveis aquém do recomendado durante todo o período. Em 2020, os ICV já estavam bem abaixo da meta no mês de janeiro, antes mesmo da declaração da pandemia. No entanto, a partir de fevereiro, houve uma queda mais acentuada no comparecimento às salas de vacinação. As medidas de distanciamento social ou *lockdown* (confinamento, que restringe a circulação das pessoas em lugares públicos) começaram a ser adotadas, no país, a partir de março, quando houve a confirmação dos primeiros óbitos por COVID-19, acentuando ainda mais a diminuição da vacinação das crianças nos meses de março a junho. Em julho, parece haver uma recuperação dos ICV, no entanto, se essa média de aplicação mensal verificada até o mês de agosto for mantida, no final do ano, haverá uma drástica redução dos ICV, ainda maior do que a verificada em 2019.

Esse fenômeno tem sido verificado em vários países. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) vêm alertando que há um declínio alarmante no número de crianças não que receberam vacinas vitais em todo o mundo, em virtude da interrupção no fornecimento das vacinas e da descontinuação das ações de vacinação causadas pela pandemia de COVID-19. Mesmo quando os serviços continuaram oferecendo as vacinas, muitas pessoas não puderam acessá-los devido à relutância em sair de casa, às interrupções dos transportes públicos, dificuldades econômicas, medidas de restrições de movimento adotadas por várias cidades ou medo de as pessoas serem expostas à COVID-19 ao irem aos serviços de saúde. Houve também a indisponibilidade de profissionais de saúde nos serviços de vacinação, devido a restrições de viagens ou deslocamento de suas tarefas para enfrentamento da resposta à COVID-19, além da falta de equipamento de proteção. Diante desse quadro, esses organismos têm recomendado adoções imediatas de estratégias para retomar a vacinação e elevar os ICV ainda em 2020 ⁽²⁹⁾.

É ainda mais preocupante o número de crianças que ainda não iniciaram o esquema de vacinação ou ainda estão com o esquema incompleto até o mês de agosto de 2020. Se compararmos o número de crianças não vacinadas com o ano de 2019, verifica-se que o não comparecimento varia de duas a três vezes a mais em 2020, apresentando em torno de 500 mil crianças com esquemas incompletos para a maioria das vacinas disponíveis no CNV. Pode-se observar, ainda, que esses valores eram irrisórios em 2015, apresentando, para muitas vacinas, números negativos, ou seja, houve maior comparecimento do que a estimativa populacional para o período. A vacina que apresentou o menor comparecimento nesse período foi a pólio, que teve a avaliação realizada em 2016, ano que foi implantado o esquema de três doses da vacina VIP (**Tabela 2**).

TABELA 2. Coberturas vacinais, por tipo de vacinas em crianças menores de 1 ano de idade e 1 ano de idade, por mês de vacinação. 2015, 2019 e 2020. Brasil

Vacina	Ano	Meses								sem vacinação	esquema incompleto	total
		jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago			
BCG ao nascer	2015	114,5	102,2	104,3	106,1	106,7	107,3	107,6	109,0	-175.130	-	-175.130
	2019	101,6	94,2	93,9	93,8	94,1	92,6	91,8	90,8	179.486	-	179.486
	2020	74,2	82,0	78,6	76,9	75,8	75,5	75,7	74,6	494.119	-	494.119
Hepatite B ao nascer ¹	2015	112,0	102,9	107,5	109,1	109,3	108,7	107,9	107,9	-134.341	-	-134.341
	2019	88,8	90,4	89,0	88,0	87,6	86,0	85,6	84,8	296.099	-	296.099
	2020	64,3	78,9	73,8	71,0	69,3	67,9	67,2	65,7	669.007	-	669.007
Pneumo 4 meses	2015	105,3	96,5	96,8	95,0	95,0	95,0	95,7	101,0	-198.883	178.930	-19.953
	2019	107,5	93,9	92,3	90,5	90,0	88,4	89,8	90,3	137.197	52.030	189.227
	2020	94,6	78,8	74,7	72,0	73,0	74,3	77,6	80,0	313.229	76.510	389.739
Rotavírus 4 meses	2015	104,3	95,0	96,4	94,8	94,5	94,4	94,9	100,1	-197.226	194.837	-2.389
	2019	105,0	91,3	90,1	88,1	87,3	85,8	87,1	87,5	140.530	102.975	243.505
	2020	92,2	75,8	71,7	69,7	70,3	71,5	74,2	76,3	378.689	83.442	462.131
Polio 6 meses	2016 ²	65,6	66,6	72,9	74,1	74,8	75,3	76,2	78,6	24.431	390.691	415.122
	2019	106,4	92,2	100,8	88,5	87,3	84,3	84,5	85,1	153.762	137.470	291.232
	2020	91,6	76,0	71,6	68,1	68,4	68,9	71,1	72,6	299.541	234.835	534.376
Penta 6 meses	2015	105,9	97,7	99,0	96,4	95,3	94,2	95,0	101,1	-220.010	210.288	-9.722
	2019	105,8	98,4	104,8	94,0	92,6	89,0	88,6	86,4	184.388	147.842	332.230
	2020	90,9	74,5	70,0	67,7	68,8	70,0	72,5	73,9	340.420	168.894	509.314
Meningo C 5 meses	2015	105,3	98,4	98,9	97,2	96,7	96,0	96,7	101,7	-198.883	178.930	-19.953
	2019	106,4	96,0	93,4	91,6	90,1	87,3	88,9	89,0	137.197	52.030	189.227
	2020	90,1	77,7	72,7	69,2	70,4	71,1	74,2	76,1	342.712	122.145	464.857
Tríplice viral (D1) 12 meses	2015	100,0	97,5	101,1	101,2	102,4	100,8	100,7	109,7	-188.659	-	-188.659
	2019	105,4	95,2	93,0	93,2	93,7	90,7	92,6	95,2	93.052	-	93.052
	2020	91,8	82,5	77,7	71,9	74,3	75,7	77,7	78,8	413.536	-	413.536
Hepatite A 15 meses	2015	100,2	97,7	101,3	100,2	100,2	98,4	98,4	97,4	49.870	-	49.870
	2019	95,5	86,1	84,3	83,8	84,1	81,2	83,4	85,7	279.631	-	279.631
	2020	86,6	75,8	70,6	64,5	66,8	68,0	70,6	72,3	539.922	-	539.922
Tríplice viral (D2) 15 meses	2015	73,2	68,3	66,6	65,2	93,7	66,4	68,1	80,7	373.064	-	373.064
	2019	88,1	79,1	77,5	76,7	77,6	75,5	77,2	79,8	393.262	-	393.262
	2020	79,8	76,1	68,8	61,9	62,8	63,0	64,5	65,1	680.624	-	680.624

Fonte: [http:// sipni.datasus.gov.br](http://sipni.datasus.gov.br) * Dados preliminares, acesso em 10/09/2020. Meta: 95%, exceto BCG e Rotavírus 90%.

¹ só deve ser aplicada até o 30º dia de vida, após esta data, recomenda-se a aplicação da vacina pentavalente, a partir dos 2 meses de vida.

² esquema vacinal de 3 doses da VIP foi implantado em 2016.

Nesse sentido, buscar estratégias para retomar a vacinação da população e garantir elevadas coberturas vacinais devem ser consideradas uma atividade essencial, e os serviços devem restabelecer as atividades de vacinação.

Aqueles serviços que interromperam suas atividades devem retomá-las, adotando as medidas de segurança recomendadas (utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde, garantindo o distanciamento social nas filas de vacinação e adoção das recomendações de higiene nas salas de vacina).

Os serviços de saúde devem fazer um levantamento das crianças que estão com esquema em atraso e realizar busca ativa dessa população. A Estratégia Saúde da Família deve estar atuante nessa atividade e garantir que a população em sua área de abrangência de atuação esteja devidamente vacinada. Deve-se priorizar a vacinação de doenças com elevada carga de morbimortalidade como as pneumonias e meningites, bem como aquelas que tem potencial de ocorrência de surtos, como o sarampo, difteria, coqueluche e pólio, no entanto, deve-se buscar aplicar o maior número de vacinas na mesma visita, respeitando a recomendação de simultaneidade para cada produto.

É fundamental uma articulação com a sociedade civil, envolvendo os líderes comunitários que possam apoiar a mobilização da sociedade, alertando a importância da vacinação, a exemplo da relevante atuação do Rotary, da Pastoral da Criança, entre outros organismos que sempre foram parceiros das ações de vacinação no país.

Os meios de comunicação devem ser envolvidos, e cada município deve divulgar os respectivos ICV para as vacinas do CNV, apontando as áreas que estão com menores índices.

Em virtude do fechamento das escolas e creches, o envolvimento desses profissionais também é de extrema relevância, e é preciso que, ao haver o retorno das crianças e adolescentes ao ambiente escolar, a caderneta de vacinação esteja em dia, pois as escolas podem ser um local propício para a disseminação de doenças na comunidade, caso haja elevado número de pessoas suscetíveis às doenças imunopreveníveis que irão retornar às aulas. É fundamental que população inserida no Bolsa Família tenham suas crianças devidamente vacinadas, portanto, a integração do setor saúde com outros setores é de extrema relevância para que essa população vulnerável esteja devidamente vacinada.

Municípios que têm populações localizadas em regiões de difícil acesso deverão organizar atividades extramuros, mantendo as medidas de segurança e de distanciamento.

Por fim, a OMS tem recomendado a revisão dos esquemas vacinais para pessoas que não iniciaram ou estão com a esquema de vacinação em atraso. Deve-se reiniciar os esquemas vacinais sem repetir as doses anteriores, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. A adoção de esquemas com intervalos menores que aqueles preconizados pelo CNV permite garantir que crianças que estão com esquemas atrasados possam se beneficiar em completar os esquemas vacinais em curto prazo de tempo e, dessa forma, podem atualizar a sua caderneta de vacinação com todas as doses recomendadas para a sua idade e estar devidamente protegidas, não perdendo a oportunidade de receber todas as doses do esquema de cada vacina⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, é fundamental que os gestores busquem garantir, no menor prazo de tempo, a recuperação dos esquemas vacinais, adotando os intervalos mínimos estabelecidos para

cada vacina. No **Quadro 1**, pode-se verificar como esses esquemas podem ser acelerados neste momento e, dessa forma, garantir que as crianças recebam o máximo das doses previstas no CNV. É fundamental que as três esferas de gestão do SUS trabalhem de forma articulada, repassando as mesmas orientações, visando evitar a confusão, tanto dos profissionais de saúde como da população, na adoção dessa estratégia.

QUADRO 1. Recomendações para esquemas interrompidos ou atrasados para o Calendário da Criança – tabela simplificada

Vacina	Esquema de vacinação	Dosagens para quem inicia o esquema atrasado		
		< 12 meses de idade	> 12 meses de idade	Reforço
BCG	1 dose ao nascer	1 dose	1 dose - administrar uma dose da vacina até 4 anos, 11 meses e 29 dias	Não recomendado
Hepatite B ao Nascer	1 dose até 30 dias após o nascimento	Para a criança maior de 1 mês de idade não vacinada, agendar a vacina penta para os 2 meses de idade.	concluir o esquema básico da penta.	Não recomendado
Pólio	VIP 1ª dose aos 2 meses 2ª dose aos 4 meses 3ª dose aos 6 meses	3 doses - Após 4 meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses	3 doses- considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Administrar até os 4 anos, 11 meses e 29 dias,	Não recomendado
	bVOP Reforço aos 15 meses e aos 4 anos	Não recomendado	1 dose bVOP Administrar até os 4 anos, 11 meses e 29 dias,	1 dose bVOP administrar o reforço com intervalo mínimo de 30 dias após a última dose, até os 4 anos, 11 meses e 29 dias.
Penta DTP	1ª dose aos 2 meses 2ª dose aos 4 meses 3ª dose aos 6 meses DTP Reforço aos 15 meses e 4 anos	3 doses Após 4 meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses	3 doses considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses Administrar até os 6 anos, 11 meses e 29 dias,	Criança a partir de 15 meses e menor de 4 anos de idade, sem reforço: administrar o 1º reforço com DTP, e agendar o 2º reforço para os 4 anos de idade. Criança com até 4 sem nenhum reforço administrar o 1º reforço com DTP. Nesse caso estas crianças ficam liberadas do segundo reforço. Agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço.
Pneumocócica Conjugada 10 valente	1ª dose aos 2 meses 2ª dose aos 4 meses Reforço aos 12 meses	2 doses Após 4 meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses	1 dose Administrar até os 4 anos, 11 meses e 29 dias,	1 dose administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose, até os 4 anos, 11 meses e 29 dias.

Vacina	Esquema de vacinação	Dosagens para quem inicia o esquema atrasado		
		< 12 meses de idade	> 12 meses de idade	Reforço
Rotavírus	1ª dose aos 2 meses 2ª dose aos 4 meses	2 doses 1ª dose: criança com idade de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias 2ª dose: criança com idade de 3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias	Não recomendado	Não recomendado
Meningite C	1ª dose aos 3 meses 2ª dose aos 5 meses Reforço aos 12 meses	2 doses Após 5 meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses	1 dose Administrar até os 4 anos, 11 meses e 29 dias,	1 dose administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose até os 4 anos, 11 meses e 29 dias.
Febre amarela	1ª dose aos 9 meses Reforço aos 4 anos	1 dose	1 dose	1 dose Pessoas que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade, administrar uma dose de reforço, independentemente da idade em que a pessoa procure o serviço de vacinação. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses
Tríplice viral (SRC) Tetra viral	1ª dose aos 12 meses 2ª doses aos 15 meses	Crianças a partir dos 6 meses de idade deverão receber uma dose extra, em função do surto de sarampo. Esta dose deve ser considerada uma dose zero (D) e deverão ser aplicadas duas doses subsequentes (D1) e (D2), de acordo com o calendário nacional.	Criança a partir dos 15 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias deverá receber: 1ª dose da tríplice viral 2ª dose da vacina tetra viral ou tríplice viral mais varicela (atenuada), conforme a disponibilidade da vacina. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.	Não recomendado
Hepatite A	1 dose aos 15 meses	Não recomendado	Criança a partir de 15 meses até 4 anos 11 meses e 29 dias deverá receber uma dose	Não recomendado

Fonte: Elaborada a partir da Tabela 3 - esquemas de vacinação em atraso da OMS: https://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table3.pdf e do Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança do Adolescente -2020.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos ICV aponta que, nos últimos anos, cada vez mais está se perdendo a oportunidade de garantir a completude do calendário da criança em tempo oportuno, ou seja, mesmo as crianças que estão comparecendo aos postos de saúde, não estão sendo vacinadas simultaneamente, conforme esquemas vacinais estabelecidos pelo PNI, uma vez que vacinas que são aplicadas no mesmo período apresentam índices diferentes, inclusive menores do que para aquelas

vacinas em que houve desabastecimento, e essa situação pode se agravar durante a pandemia de COVID-19. Aliado a esse fator, outra importante preocupação é o elevado número de crianças que sequer receberam ao menos a primeira dose do esquema vacinal preconizado pelo CNV, o que implica um enorme risco para a saúde dessas crianças, pois estão completamente desprotegidas, aumentando, conseqüentemente, a população suscetível às doenças imunopreveníveis na maioria dos municípios brasileiros. Neste momento, é necessário que haja uma forte mobilização da população, esclarecendo o risco que o país está correndo em virtude da diminuição da vacinação, em especial nas crianças. O surto do sarampo já demonstrou que esse recrudescimento é uma realidade, e é preciso interromper imediatamente essa cadeia de transmissão que se instalou no país, além evitar que outras doenças possam voltar a circular no território brasileiro.

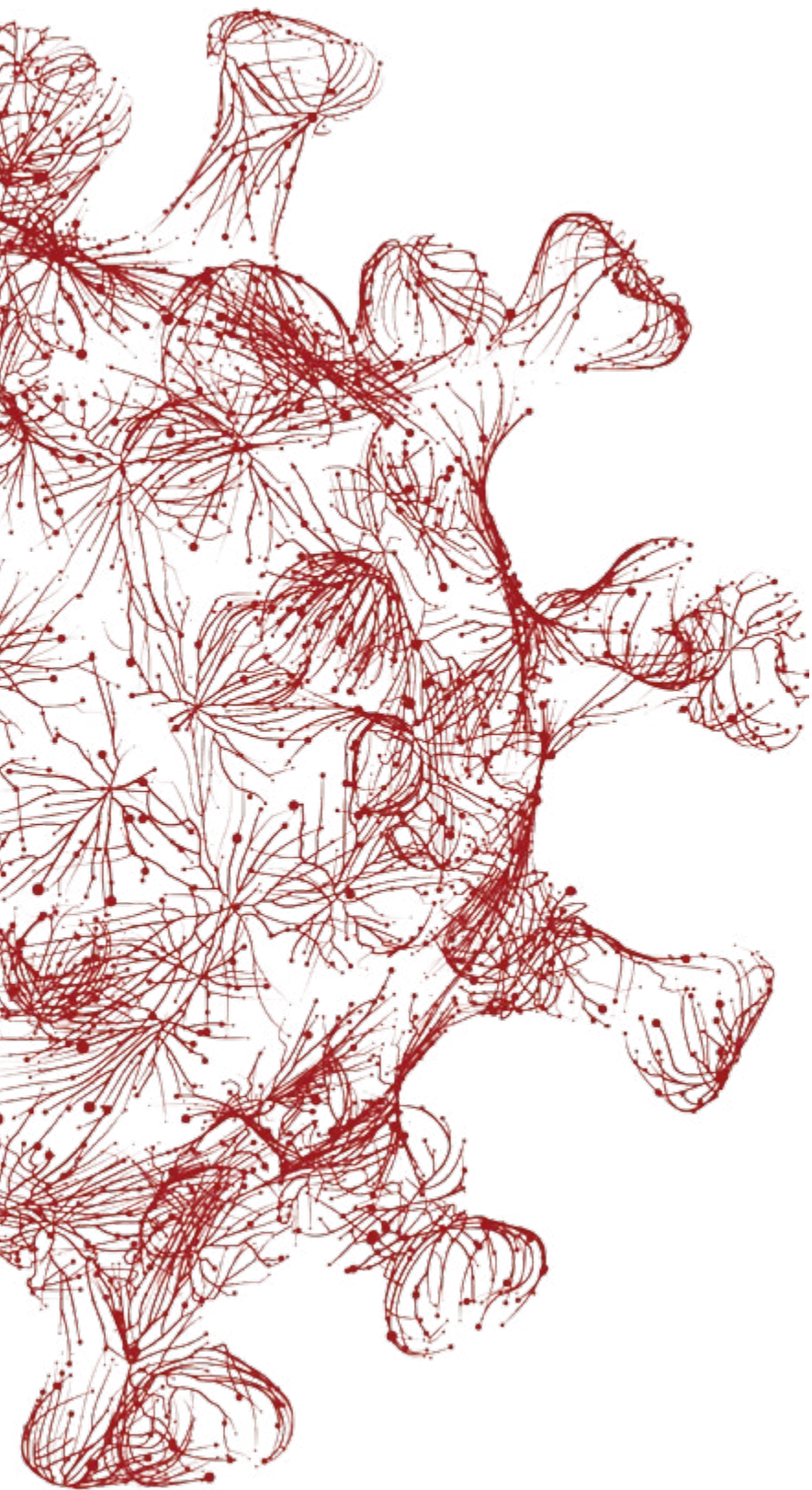
O PNI precisa voltar a constar na agenda prioritária do SUS, com o envolvimento de vários setores da sociedade, como foi feito no passado, e garantiu a estruturação e fortalecimento das ações de vacinação em todo o país. Portanto, é necessário um amplo debate da sociedade brasileira para garantir elevados ICV e assim evitar o retorno e a propagação de doenças imunopreveníveis, evitando o aumento da morbimortalidade das doenças que podem ser prevenidas por fazerem parte do CNV. Buscar estratégias para garantir elevadas coberturas vacinais é fundamental para que as conquistas do passado não sejam perdidas, transformando-se em um retrocesso inadmissível na saúde pública do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal IBGE [Internet]. [acesso 2020 set 10]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
2. World Health Organization. Vaccines and immunization [Internet]. [acesso 2020 set 08]. Disponível em: <https://www.who.int/topics/immunization/en/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos [Internet]. Brasília, DF; 2003 [acesso 2020 set 02]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial [Internet]. 3. ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2010 [acesso 2020 set 04]. 236 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/list/immunization_sowvi/es/.
5. World Health Organization. 10 facts on polio eradication [Internet]. 1 abr 2017 [acesso 2020 set 04]. Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/polio/en/>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – Poliomielite [Internet]. 2019 [acesso 2020 set 08]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5735:folha-informativa-poliomielite&Itemid=820.
7. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Measles [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 08]. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Avaliação dos indicadores de desempenho da vacinação do Programa Nacional de Imunizações e os desafios para elevar as coberturas vacinais no Brasil. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização [Internet]. Brasília.: Editora MS; 2019 [acesso 2020 set 12]. 520 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 39 a 50 de 2019 [Internet]. Editora MS; 2019 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – 2020: semanas epidemiológicas 1 a 32. [Internet]. Editora MS; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 3. ed. Brasília.: Editora MS; 2019 [acesso 2020 set 09]. 740 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf.
12. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Global action Plan for Prevention and control of Pneumonia (GaPP) [Internet]. 2009 [acesso 2020 set 09]. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_nch_09_04/en/.
13. World Health Organization. Biologicals. Pneumococcal Disease [Internet]. 2015 [acesso 2020 set 08]. Disponível em: <https://www.who.int/biologicals/vaccines/pneumococcal/en/>.
14. Vieira IL, Kupek E. Impacto da vacina pneumocócica na redução das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de 5 anos, em Santa Catarina, 2006 a 2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 08];27(4):e2017378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400307&lng=en&nrm=iso.
15. Novaes HM, Sartori AM, Coelho de Soárez P. Hospitalization rates for pneumococcal disease in Brazil, 2004 - 2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 2020 set 08];45(3):539-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300012&lng=en.
16. Afonso ET, et al. Effect of 10-valent pneumococcal vaccine on pneumonia among children, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 19(4):589-97. doi: <https://doi.org/10.3201/eid1904.121198>.
17. Sgambatti S, et al. Appropriateness of administrative data for vaccine impact evaluation: the case of pneumonia hospitalizations and pneumococcal vaccine in Brazil. *Epidemiol Infect*. 2015;143(2):334-42. doi: <https://doi.org/10.1017/S0950268814000922>.
18. Sáfadi MA, et al. Hospital-based surveillance to evaluate the impact of rotavirus vaccination in São Paulo, Brazil. *Pediatr Infect Dis J*. 2010;29(11):1019-22. doi: <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181e7886a>.
19. Masukawa ML, et al. Impacto da vacina oral de rotavírus Humano nas taxas de hospitalizações em crianças. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):243-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500041>.
20. World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>.
21. World Health Organization. Princípios orientadores para atividades de imunização durante a pandemia COVID-19: orientação provisória, 26 de março de 2020. Organização Mundial da Saúde [Internet]. 2020 [acesso 20 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>.

22. Organización Panamericana de la Salud. El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19, 26 de marzo de 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51991>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <http://sipni-gestao.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/dosesAplicadasCampanhaInfluenza.jsf>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos [Internet]. [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A queda da imunização no Brasil. Saúde em Foco [Internet]. 2017 [acesso 2020 set 15];25. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>.
27. Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. Pesquisa Fapesp [Internet]. 2018 [acesso 2020 set 12];270. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/>.
28. The United Nations Children's Fund. Immunization coverage [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 12]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/immunization-coverage-are-we-losing-ground/>.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS e UNICEF alertam para declínio na vacinação durante pandemia de COVID-19. [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6232:oms-e-unicef-alertam-para-declinio-na-vacinacao-durante-pandemia-de-COVID-19&Itemid=820.
30. World Health Organization. WHO recommendations for routine immunization - summary tables [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 20]. Disponível em: https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/.



ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO UNIVERSO DA COMUNIDADE DOS ESTADOS E TERRITÓRIOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA: APRENDIZADOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Paulo Ferrinho¹

Inês Fronteira²

RESUMO: O ensaio discorre sobre o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos 10 Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa (ETLOP). Apresenta uma descrição macro dos ETLOP; a evolução das cinco epidemias nacionais (do SARS-CoV-2, do medo, da negação de cuidados, da violência intrafamiliar e a infodemia); as ações desencadeadas e seus resultados. Discerne, também, sobre os aprendizados da resposta à primeira onda da pandemia. Num comentário final, refere os principais desafios ainda presentes e aqueles que virão no futuro. Destaca, ainda, a importância de as respostas encontradas e desenvolvidas serem enquadradas nos objetivos de desenvolvimento sustentável.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa. Intervenções não Farmacológicas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Pandemia. Saúde Pública. Sistemas de Saúde. SARS-CoV-2.

1 MBChB, DTM&H, MSc, MMed, PhD, DrHC; Professor de Saúde Internacional; Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal; ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>; Autor correspondente: pferrinho@ihmt.unl.pt

2 MSP, PhD; Professora de Saúde Internacional; Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal; ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-1406-4585>.

Agradecemos os apoios de Fernando Cupertino de Barros do Conass, de Manuel Lapão do Secretariado Executivo da CPLP e da bibliotecária do IHMT, Paula Saraiva.

O texto foi escrito originalmente em português de Portugal.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, declarada emergência de Saúde Pública de âmbito global em 31 de janeiro, e pandemia em 11 de março, originou-se na China em dezembro de 2019 ⁽¹⁾, de onde se propagou a outros países da Ásia (13 de janeiro), América do Norte (20 de janeiro), Europa e Oceânia (25 de janeiro), África (14 de fevereiro) e América do Sul (26 de abril) criando epidemias nacionais desfasadas ⁽²⁾.

O mundo não estava preparado. Mas deveria estar. Pandemias recorrentes desde o século XX criaram uma consciência sobre os riscos para as populações, os sistemas económicos e de saúde ⁽³⁾, com repetidos apelos ao reforço da capacidade de resposta ⁽⁴⁻⁶⁾.

As epidemias tendem a ter um reconhecimento tardio de medo, estigmatização, fuga, culpabilização, compromisso seguido de cansaço progressivo e de reforço da autoridade do Estado e das autoridades nacionais (de saúde pública e outras) ⁽⁷⁻⁸⁾.

A forma como os Estados respondem é importante. Os 10 Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa (ETLOP) [Angola, Brasil, Cabo Verde (CV), Guiné-Bissau (GB), Guiné Equatorial (GE), Moçambique, Portugal, Região Administrativa de Macau (Macau), São Tomé e Príncipe (STP) e Timor Leste (TL)] refletem a diversidade de realidades geográficas, político-administrativas, sociais e epidemiológicas em que a pandemia se espalhou. Todos integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Analisamos a evolução da pandemia nos ETLOP e as respostas de saúde pública, relacionando-as com a sua geografia humana e a organização dos Estados e dos sistemas sociais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este ensaio segue uma abordagem de “síntese de melhores evidências” sobre a situação da COVID-19 nos ETLOP, que incluiu a consulta de múltiplas fontes *on-line*⁽⁹⁾. Para enquadrar a discussão, recorreremos à classificação de sistemas de saúde em bismackianos ou beveridgianos⁽¹⁰⁾; ao triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson⁽¹¹⁾, à discussão de dependência de percursos ou de transferência de políticas entre sistemas⁽¹²⁻¹⁵⁾ e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁽¹⁶⁾. A nomenclatura para descrever a epidemiologia é a adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS ETLOP

Os ETLOP partilham séculos de história, a Língua Portuguesa e um compromisso estatutário com a paz, a democracia, os direitos humanos, a justiça social e o respeito e a promoção dos Estados de direito⁽¹⁹⁾.

Caracterizam-se, ainda, pela diversidade geográfica: países gigantes e territórios minúsculos, Estados continentais e Estados insulares, agregando algumas das megalópolis do mundo e territórios dos mais densamente povoados e outros com grande desertificação humana, em contextos climáticos díspares, em ambos os hemisférios.

A realidade político-administrativa reflete imperfeições em algumas das suas democracias, persistindo regimes autoritários. A maioria dos Estados são unitários com alguma descentralização (administrativa e territorial), destoando a estrutura federal do Brasil; Macau integra a China na perspectiva de um país com dois sistemas. A maioria dos regimes são semipresidencialistas (presidencialista em Angola, Brasil e GE).

O desenvolvimento socioeconômico é diverso. As crises econômicas e políticas na última década têm minado o potencial de crescimento e de resposta à pandemia⁽²⁰⁾. As desigualdades persistem em todos, mesmo nos mais desenvolvidos. Na maioria, existe “uma delicada competitividade econômica [...] exponenciada pelo fardo da dívida (e um) apreciável grau de dependência externa”⁽¹⁶⁾.

Os ETLOP têm mais de 300 milhões de habitantes, com grande diversidade étnica, linguística e religiosa. Na maioria, a urbanização da população é uma realidade, associada a um crescimento descontrolado de subúrbios de habitações precárias nas imediações das cidades.

Os perfis epidemiológicos refletem diferentes fases da transição epidemiológica⁽²¹⁻²²⁾: Angola, Moçambique, GB e TL na fase 2; CV na fase 3; Macau na fase 4; e Portugal na fase 5. O Brasil seguiu um modelo polarizado prolongado com subgrupos populacionais em diferentes fases da transição. Essas situações influenciam a resposta à pandemia: pelo envelhecimento da população (por exemplo, Portugal, Brasil, CV e Macau), pela experiência prévia na resolução de epidemias ou pela imunidade não específica atribuível a doenças tropicais endêmicas. Todos

têm experiência de resposta a epidemias e emergências de saúde pública, geralmente orientadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em que os ETLOP, com exceção de Macau (China), Brasil e Portugal, têm uma pontuação média insatisfatória nos 13 indicadores de capacidade básica⁽²³⁻²⁴⁾.

Apesar dessa diversidade, os sistemas de saúde nos ETLOP são Beveridgianos, existindo um serviço nacional de saúde (SNS). A capacidade dos SNS é diversa, e o acesso aos serviços é extremamente variável. Todos, menos STP e TL, têm Institutos Nacionais de Saúde Pública (INSP).

Essas características identificam questões e complexidades estruturais que qualificam muitos dos ETLOP como estados frágeis (**Tabela 1**).

TABELA 1. Caracterização dos Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa

Indicadores	África			Am. do Sul			Ásia		Europa	
	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Guiné Equatorial	Moçambique	São Tomé e Príncipe	Brasil	Macau	Timor Leste	Portugal
Geografia humana										
Área Km ²	1247000	4033	36125	28050	801590	1001	8516000	29	15006	92212
Hemisfério	Sul	Norte	Norte	Norte	Sul	Sul	Maioritariamente no Sul	Norte	Sul	Norte
População (milhões) (2018)	30,8	0,5	1,3	1,9	29,5	0,2	209,5	0,6	1,3	10,3
Densidade populacional (2018-20)#	23,46	136,49	44,42	48,42	35,74	201,58	25	21645	78,24	111,59
% da população >65 anos (2019)#	2	5	3	2	3	3	9	11	4	22
% da população urbanizada (2019)#	66	66	44	73	37	74	87	100	31	66
Clima (principal padrão)	Subtropical	Desértico quente	Tropical	Tropical	Tropical	Equatorial	Tropical a temperado	Subtropical húmido	Equatorial	Mediterrânico
Sistema político-administrativo										
Regime político	Democracia representativa	Democracia representativa	Democracia representativa	Autocracia	Democracia representativa	Democracia representativa	Democracia representativa	A China é uma autocracia	Democracia representativa	Democracia representativa
Índice de democracia (2019)**	3,71	7,78	2,63	1,92	3,65		6,86	2,26 (RPC)	7,19	8,03
Índice de Fragilidade do Estado (2020)**	87,3	64,8	92,9	83,0	91,7	70,3	73,0	14,6	82,7	23,5
Índice de percepção da corrupção (2019)***	26 (146°)	58 (41°)	18 (168°)	16 (173°)	26 (146°)	46 (64°)	35 (106)	41 (80°)	35 (106°)	62 (30°)
Indicadores de desenvolvimento#										
Nível de renda	média baixa	média baixa	baixa	média alta	baixa	média baixa	média alta	alta	média baixa	alta
PIB per capita PPP (current internacional \$(2018)	6550	6860	1990	15740	1290	4060	14520	123290	4520	33490

Indicadores	África						Am. do Sul	Ásia		Europa
	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Guiné Equatorial	Moçambique	São Tomé e Príncipe	Brasil	Macau	Timor Leste	Portugal
Indicadores de desenvolvimento#										
IDH (posição) (2019)	0,574 (149°)	0,651 (126°)	0,461 (178°)	0,588 (144°)	0,446 (180°)	0,609 (137°)	0,761 (79°)	0,758 (85°) (RPC)	0,626 (131°)	0,850 (40°)
Coeficiente de Gini (2018)	51,3	52,4 (2015)	50,7 (2010)	indisponível	54,0 (2014)	56,3 (2017)	53,9	38,5 (2016) (RPC)	28,7 (2014)	33,8 (2017)
Índice de desigualdade de género (2018)#	0,578 (144°)	0,372 (83°)	indisponível	indisponível	569 (142°)	0,547 (136°)	0,386 (89°)	0,163 (39°)	indisponível	0,081 (17°)
Matrículas no ensino primário (% bruta)	113,5	104,0	118,7	61,8	112,6	106,8	115,4	100,4	115,3	106,2
% da pobreza a \$1.90 por dia (2011 PPP)	47,6 (30,1 em 2010)	3,2 (8,1 em 2010)	67,1 (2010)	indisponível	68,7 (2010)	66,2 (2010)	4,4 (4,7 em 2010)	indisponível	50,4 (2010)	0,4 (0,1 em 2010)
Subscrições de telefones celulares (%)	43,1	112,2	79,0	45,2	47,7	77,1	98,8	345,3	115,8	115,6
Utilizadores da Internet (%)	14,3	57,2	3,9	26,2	10,0	29,9	70,4	83,8	27,5	74,7
Sistema de saúde##										
Índice CUS (2017)	40	69	40	45	46	55	79	indisponível	52	82
Médicos por 10000 hab (2010-2018)	2,1	7,8	1,3	4,0	0,8	0,5	21,6	indisponível	7,2	51,2
Enfermeiros/parteras por 10000 hab (2010-2018)	4,1	13,0	6,9	5,0	6,8	19,2	101,2	indisponível	16,7	69,7
Média de 13 indicadores de capacidade básica do RSI	63	48	25	22	60	32	87	93	37	82

Abreviaturas: CUS – cobertura universal de saúde; IDH – Índice de Desenvolvimento Humano; PEID – pequeno Estado Insular em Desenvolvimento; PNB – produto nacional bruto; PPP – paridade de poder de compra; RPC – República Popular da China; RSI – Regulamento Sanitário Internacional 2005; Fontes: * Índice de democracia <https://www.eiu.com/topic/democracy-index>; ***Índice de fragilidade do Estado <https://fragilestatesindex.org/>; **Índice de percepção da corrupção <https://www.transparency.org/en/countries/afghanistan?redirected=1>; # World Bank Open Data <https://data.worldbank.org/> e Índice de desigualdade de género <http://hdr.undp.org/en/content/table-5-gender-inequality-index-gii>; ## <https://www.who.int/data/gho>;

4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS RESPOSTAS

Na maioria dos ETLOP, várias situações contribuíram para desfocar a atenção da pandemia: ciclos eleitorais ou início de novos ciclos governativos (no Brasil, CV, Moçambique, Portugal); problemas de política interna (em TL, na GB e no Brasil); o conflito militar no centro-norte de Moçambique (associado a um problema de deslocados); desafios da política e diplomacia regional; e tensões na política global.

No Brasil, a postura negacionista e pouco científica da Presidência da República trouxe inegáveis prejuízos à coesão e harmonia na definição e aplicação de medidas e levou governadores e prefeitos, com o apoio do Supremo Tribunal Federal, a assumir o processo de combate à epidemia⁽²⁰⁾.

Na GB, o impasse relativo às eleições presidenciais atrasou a tomada de posse do governo e levou à instabilidade na gestão e a atrasos na implementação das medidas necessárias. Como no Brasil, a postura não científica do presidente, que anunciou a compra de um chá de Madagascar (covid-organics)⁽²⁵⁾ para ajudar o combate à epidemia, não foi uma contribuição positiva.

Os aparelhos dos Estados exerceram um papel de coordenação, orientação e de gestão, de acordo com a situação epidemiológica, legislando, acompanhando e adaptando as orientações e diretrizes da OMS e dos organismos regionais em que se integram, ativando as respostas previstas no RSI, mobilizando recursos disponíveis nos SNS e recorrendo a mecanismos de solidariedade tanto internos como internacionais^(20,26-29).

Muitas das medidas implementadas não seriam possíveis sem o engajamento das populações e o apoio das mais diversas empresas e das Organizações da Sociedade Civil: religiosas, acadêmicas, tradicionais, profissionais, de jovens e mulheres^(20, 26-29).

As parcerias e cooperação internacional bilateral [por exemplo, apoio de brigadas de saúde cubanas nos ETLOP africanos (PALOP) e TL] e multilateral (como ações no âmbito de Rede de INSP da CPLP) têm complementado os esforços na luta contra a pandemia⁽²³⁻²⁴⁾.

Em geral, as respostas implicaram: elaboração de um plano de contingência, ativação de um centro nacional de coordenação da emergência, mobilização de diferentes setores do governo, adoção de intervenções não farmacológicas (INF), reforço da capacidade laboratorial e de testagem e das equipas de saúde pública, expansão da capacidade de internação e de unidades de cuidados intensivos^(20,26-29). Nem sempre da forma mais racional: na GB, por exemplo, os mecanismos de gestão da pandemia só viriam a ser ajustados dois meses após a notificação do primeiro caso e depois da adoção de medidas avulsas⁽²⁶⁾.

Algumas das respostas tiveram um impacto negativo no desenvolvimento de outras respostas: o fechamento dos aeroportos e da ligação com o exterior atrasou a disponibilização de insumos e reagentes de laboratório, equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos hospitalares. A falta de EPI contribuiu para uma elevada taxa de infeção dos técnicos de saúde (TdS), entre outros, o que dificultou ainda mais a implementação das respostas^(20,26,30). A capacidade de testagem foi sendo reforçada ao longo do tempo, mas com fortes diferenças entre ETLOP e entre sub-regiões dos diferentes territórios.

Entretanto, desenvolveram-se ações de mobilização dos TdS e da sua capacitação para lidar com a pandemia^(20,26,30,31).

Percebeu-se um incremento na pesquisa sobre COVID-19, sobretudo das universidades públicas e instituições de pesquisa em saúde. Realçam-se: a celeridade em estudar o genoma do SARS-CoV-2; os inquéritos sorológicos; os modelos matemáticos para projetar casos e óbitos; as pesquisas em ciências sociais para a compreensão de aspetos culturais, das desigualdades, dos fatores psicosso-

ciais e da comunicação de risco; a pesquisa clínica em busca de produtos seguros e eficazes para prevenir, tratar ou proteger contra a COVID-19 (vacinas, medicamentos, vitaminas, plantas medicinais tradicionais); o desenvolvimento de EPI e de protótipos de equipamentos de suporte ventilatório; e a assessoria dos cientistas aos gestores de saúde^(20,26-29,32-34).

5. ADOÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE BASE POPULACIONAL

A procura da eficácia com recurso a instrumentos jurídicos (leis, decretos-leis, despachos) em contextos potencialmente limitativos dos direitos e garantias dos cidadãos (estado de emergência, quarentenas obrigatórias, cercas sanitárias), procurou manter o respeito pelos direitos humanos e os princípios de uma prática ética da saúde pública⁽³⁵⁾, embora se tenham verificado abusos condenáveis⁽³⁶⁾.

6. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIFERENTES FASES DOS PLANOS DE PROTEÇÃO CIVIL

Em todos os ETLOP, à exceção de Macau, que implementou medidas restritivas, mas nunca declarou o estado de emergência, foram decretados estados de alerta, contingência, calamidade e/ou emergência, tendo em vista o controle da epidemia e/ou a sua mitigação (**Tabela 2**). A declaração de algum grau de proteção civil permitiu aos governos a adoção de medidas que, de outra forma, não seriam possíveis, (por exemplo, confinamento, encerramento dos serviços públicos, das instituições de ensino, de espaços de lazer e de restauração)^(20,26-29). No Brasil, a declaração do estado de calamidade permitiu abolir o teto à despesa federal no combate à pandemia e a transferência temporária de alguns poderes estaduais para os governos federais, que declararam estado de calamidade em fases distintas e implementaram medidas com graus e tempos distintos⁽²⁰⁾.

TABELA 2. Implementação das diferentes fases dos planos de proteção civil

Continente	País ou Região	Estado de alerta		Estado de contingência		Estado de calamidade		Estado de emergência	
		semana epidémica	data	semana epidémica	data	semana epidémica	data	semana epidémica	data
África	Angola	-	-	-	-	10	26/mai	1	27/mar
	Cabo Verde	-	-	0	18/mar	1	26/mar	1	28/mar
	Guiné-Bissau	-	-	-	-	-	-	1	03/abr
	Guiné Equatorial	0	15/mar	-	-	-	-	-	15/mar
	Moçambique	1	14/mar	-	-	26	07/set	3	01/abr
	São Tomé e Príncipe	-	-	11	16/jun	-	-	-3	17/mar
América do Sul	Brasil	-	-	-	-	-3	20/mar	-6	18/fev

Continente	País ou Região	Estado de alerta		Estado de contingência		Estado de calamidade		Estado de emergência	
		semana epidémica	data	semana epidémica	data	semana epidémica	data	semana epidémica	data
Ásia	Macau	-	-	-	-	-	-	-	-
	Timor Leste	-	-	-	-	-	-	-1	28/mar
Europa	Portugal	-1	13/mar		15/jun		30/abr	2	18/mar

Nota: a definição de cada um dos estados (alerta, contingência, calamidade ou emergência) difere de acordo com o ordenamento jurídico do país ou território.

Alguns países anteciparam-se à epidemia, adotando planos de proteção civil antes da identificação do primeiro caso no território: TL, STP e Brasil declararam o estado de emergência uma, seis e três semanas antes respectivamente. Contudo, e apesar do aparente sucesso de TL, os demais países não conseguiram evitar, mas apenas protelar, a entrada da infecção no país (**Tabela 3**).

TABELA 3. Respostas dos serviços de saúde pública por data e semana de evolução da epidemia nos ETLOP

Continente	País ou Região	Confinamento		Quarentena obrigatória		Encerramento e controlos fronteiriços	
		semana	data	semana	data	semana	data
África	Angola	1	27/03		14/07	1	20/03
	Cabo Verde	1	28/03	1	22/03	1	19/03
	Guiné-Bissau	1	03/04			-1	18/03
	Guiné Equatorial	-	15/03	-1	13/03	-1	13/03
	Moçambique	3	01/04	1	23/03	3	01/04
	São Tomé e Príncipe	-2	29/03	-2	29/03	-2	29/03
América do Sul	Brasil	2	13/03	-	-	12	22/05
Ásia	Macau	-	-	7	14/03	1	26/01
	Timor Leste	-1	28/03	-1	28/03	2	13/04
Europa	Portugal	2	22/03	-	NA	2	18/03

Abreviatura: ETLOP – Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa; Fontes: Angola – OECD Country Policy Tracker (disponível em <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/#Containmentmeasures>; consulta a 25/09); Fronteiras - Decreto Legislativo Presidencial Provisório n.º 1/20 Diário da República 1ª Série n.º 31 de 18 de março de 2020; Brasil - Portaria N.º 454, de 20 de março de 2020; Portaria N.º 356, de 11 de março de 2020; Portaria N.º 255, de 22 de maio de 2020; Cabo Verde - <https://www.governo.cv/>; Guiné-Bissau – OECD Country Policy Tracker <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/#Healthandsocialcontext-OECDIndicators>; Guiné Equatorial - Decree declaring Health State of Alarm <https://www.guineaequatorialpress.com/noticia.php?id=15226>; Macau - Portal do Governo da RAE de Macau - <https://www.gov.mo/pt/>; Moçambique – Portal do Governo de Moçambique <https://www.portaldogoverno.gov.mz/>; Portugal – EstamosON informação oficial sobre COVID <https://covid19estamoson.gov.pt/>; São Tomé e Príncipe – Diário da República Eletrónico São Tomé e Príncipe (pesquisa COVID) <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/basic?q=COVID>; Timor Leste – Governo de Timor Leste <http://timor-leste.gov.tl/?cat=10&page=6&lang=pt>

Após a definição do nível mais elevado de proteção civil, controlada (por achatamento da curva epidémica) ou não a epidemia, os ETLOP iniciaram, com variações temporais subnacionais (por exemplo, Brasil e Portugal), o levantamento e/ou revisão progressiva das medidas implementadas, geralmente quinzenalmente, com a decisão política apoiada em pareceres de peritos e, geralmente, com envolvimento da sociedade civil.

7. ADOÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE BASE POPULACIONAL

Nos ETLOP, assistiu-se à adoção de INF de base populacional, à semelhança do que ocorreu por todo o mundo (Tabelas 3 e 4). Em todos eles, a higienização das mãos e a etiqueta respiratória foram trabalhadas nas populações com materiais de divulgação e com campanhas de sensibilização da população.

TABELA 4. Data e semana epidemiológica de adoção de algumas intervenções não farmacológicas por ETLOP

Continentes	País ou Região	Distanciamento social		Encerramento das escolas		Encerramento das atividades econômicas não essenciais / teletrabalho		Utilização de máscaras	
		semana	data	semana	data	semana	data	semana	data
África	Angola	1	26/03	1	24/03	1	26/03	10	27/05
	Cabo Verde	-	ND	1	26/03	1	28/03	5	24/04
	Guiné-Bissau	-	ND	1	27/03	-	ND	7	15/05
	Guiné Equatorial	-1	15/03	-1	15/03	-1	15/03	6	01/05
	Moçambique	1	23/03	1	23/03	2	01/04	20	04/08
	São Tomé e Príncipe	2	17/03	2	17/03	2	29/03	2	22/04
América do Sul	Brasil	3	20/03	3	16/03	3	20/03	16	03/07 com variações Estaduais
Ásia	Macau	-	ND	1	26/01	2	Aprox 5 Fev	1	28/02
	Timor Leste	-	ND	-1	23/03	-	ND	1	29/03
Europa	Portugal	1	10/03	2	16/03	2	20/03	8	01/05

Abreviatura: ETLOP – Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa; Nota: semana refere semana após ocorrência do 1º caso

Medidas de distanciamento social foram recomendadas em todos os ETLOP pouco antes ou pouco depois da notificação do primeiro caso de COVID-19: alguns implementaram-nas sem terem ocorrido casos (GE e TL), outros na semana em que ocorreram os primeiros casos (GB e Macau), e um terceiro grupo, uma a três semanas após a notificação do primeiro caso (Angola, Brasil, Moçambique, Portugal e STP). Já o encerramento das escolas aconteceu em todos em março, à exceção de Macau que, por ter registado mais precocemente os primeiros casos, aplicou a medida em janeiro.

A intervenção dos Estados procurou “não deixar morrer a economia, sem deixar morrer as pessoas”⁽²⁸⁾. A cessação das atividades econômicas não essenciais, bem como a adoção do regime de teletrabalho, ocorreu logo após a notificação dos primeiros casos. Contudo, a precariedade das infraestruturas de comunicação e de internet pode ter concorrido para a falta de eficácia dessa medida em alguns ETLOP. As medidas de distanciamento foram difíceis de serem seguidas nas economias com maior peso de atividades de proximidade, de

comércio informal e de trabalhadores autônomos, levando à sua interrupção precoce (isto é, antes do “achatamento” da curva epidémica) e à retoma da atividade econômica informal, particularmente nos PALOP e em alguns Estados brasileiros^(20,26-29).

Foi na implementação da obrigatoriedade de utilização de máscara que se verificou maior heterogeneidade. Macau e TL, com incidências menores de doença e, à data, com a epidemia controlada, impuseram o uso de máscaras cerca de uma semana após a notificação do primeiro caso. Já Moçambique e Brasil, atualmente ainda lutando para controlar a epidemia, adotaram a medida mais tardiamente, na 20ª e na 16ª semana de evolução da epidemia respectivamente.

O confinamento dos cidadãos foi implementado em todos os ETLOP com exceção de Macau. O tempo de implementação dessa medida ocorreu, por vezes, antes da notificação do primeiro caso (STP e TL), mas majoritariamente uma a duas semanas após a detecção do primeiro caso. Moçambique apenas adotou a medida na terceira semana de evolução da epidemia.

Em relação à quarentena obrigatória (14 dias) para cidadãos oriundos de outros países, apenas Portugal Continental e Brasil não implementaram a medida.

O fechamento de fronteiras e/ou controle fronteiriço foi adotado por todos os ETLOP. A GB, a GE e STP implementaram-no entre uma e duas semanas antes da notificação do primeiro caso. Os restantes ETLOP adotaram a medida até a segunda semana de evolução da epidemia, à exceção do Brasil, que a adotou na 12ª semana. Estas intervenções pecaram por falta de uniformidade das medidas adotadas e ausência de pesquisa ativa de casos entre os recém-chegados e pela permeabilidade das fronteiras nos territórios de maior dimensão.

8. AS CINCO EPIDEMIAS

Assumimos a existência de cinco epidemias confluentes: a primeira, baseada na evolução da COVID-19, que, pela natureza da doença, das intervenções de saúde pública e das políticas adotadas, levou a uma epidemia do medo, bem descrita por Delgado et al.⁽²⁹⁾ para CV e por Robalo et al. para a GB⁽²⁶⁾.

A terceira epidemia resulta da percepção do risco de infecção associado ao deslocamento aos serviços de saúde, que levou doentes não COVID-19 a evitar a procura de cuidados, o que foi agravado pelo desvio de recursos para cuidar dos doentes com COVID-19, evidenciando as fragilidades dos sistemas de saúde e comprometendo a prestação dos serviços, criando um “triplo fardo da doença”⁽²⁸⁾ e uma “terceira onda” desnecessária e evitável⁽³¹⁾.

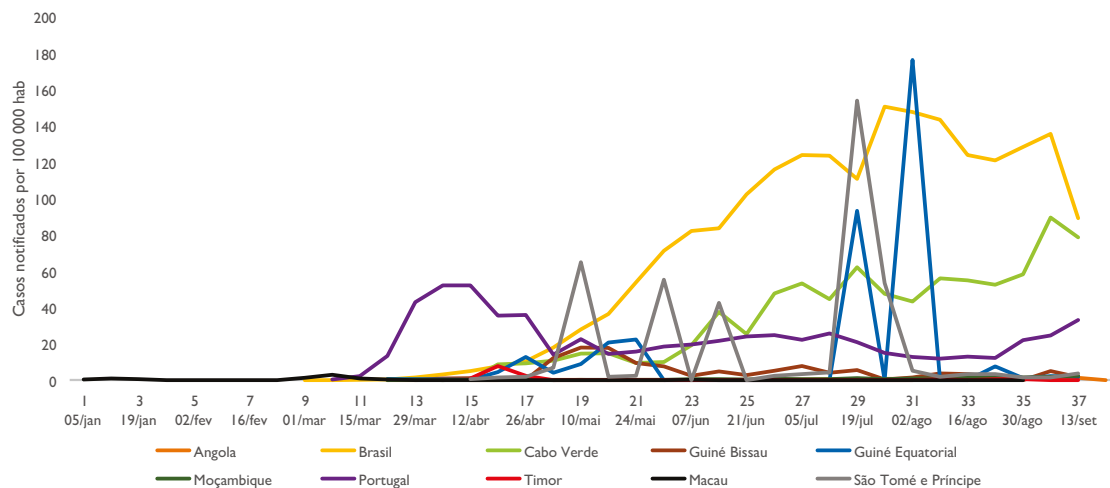
O confinamento contribuiu para desproteger a vítima e dificultar a fuga, o pedido de ajuda e a denúncia, levando a uma epidemia de violência doméstica, sexual (incluindo a infantil) e de gênero^(26,29,31).

Todas elas estão, de alguma forma, associadas à infodemia de excesso de informações, precisas ou não, que limitam a confiança nas orientações divulgadas⁽³⁷⁾.

9. EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA DE SARS-COV-2

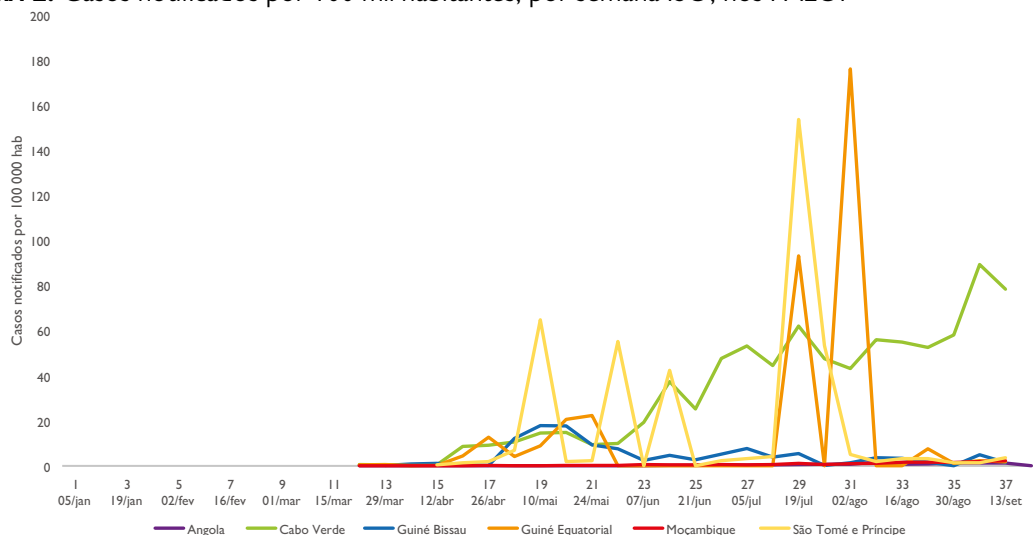
Aprofundamos aqui a epidemia de SARS-CoV-2 nos diferentes ETLOP, descrevendo-a desde a identificação do primeiro caso até ao dia 18 de setembro de 2020 (**Figuras 1-3; Tabelas 5 e 6**).

FIGURA 1. Casos notificados por 100 mil habitantes, por semana ISO, nos ETLOP



Abreviatura: ETLOP – Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa; Fonte: OMS, 2020; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>; Serviços de Saúde do Governo da Região Administrativa Especial de Macau <https://www.ssm.gov.mo/apps/PreventCOVID-19/pt.aspx#clg17046>

FIGURA 2. Casos notificados por 100 mil habitantes, por semana ISO, nos PALOP



Abreviatura: PALOP - Países africanos de língua oficial portuguesa; Fonte: OMS, 2020; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

FIGURA 3. Casos notificados, por semana ISO, nos ETLOP

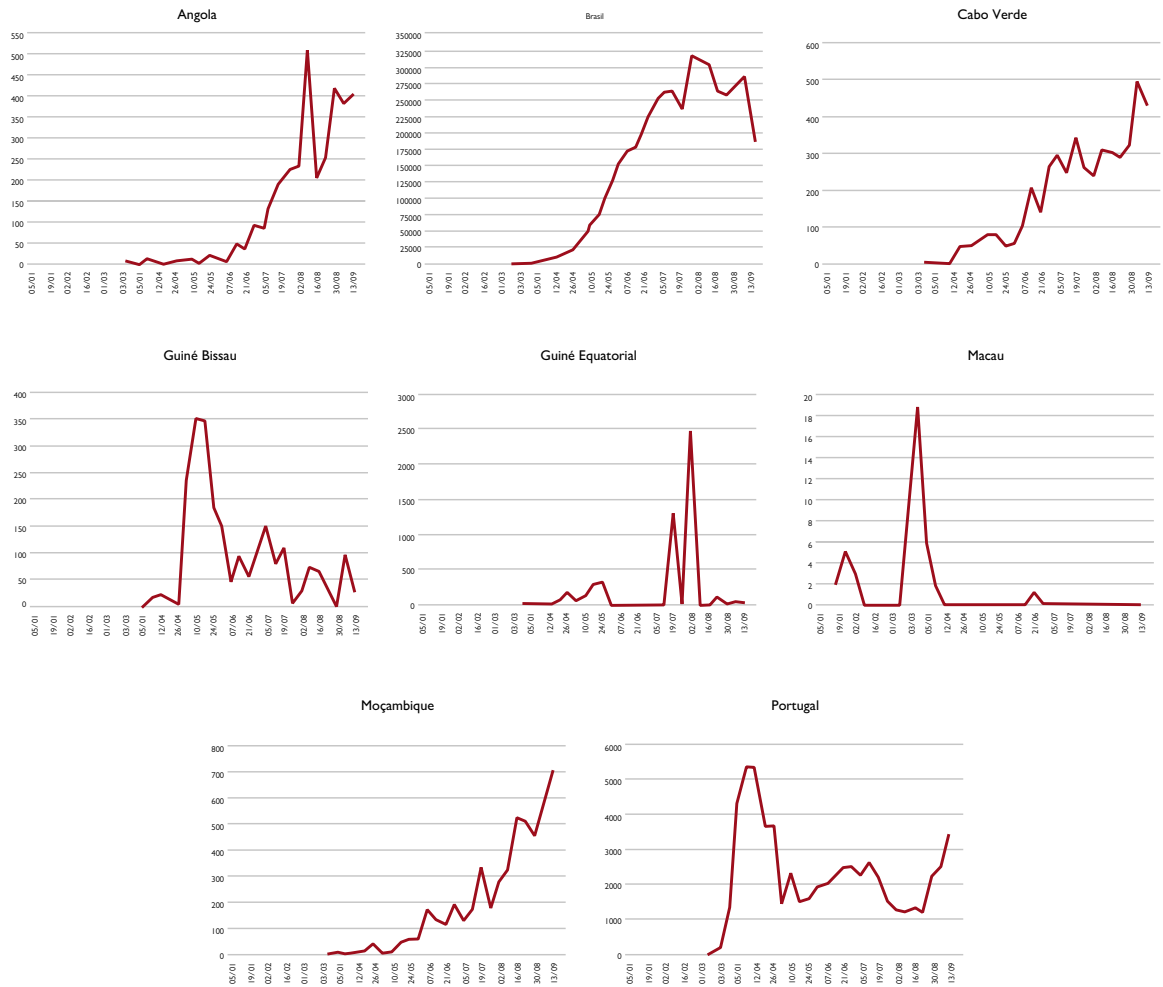


TABELA 5. Data e semana epidémica do primeiro caso, primeiro caso adquirido localmente, casos (total e total por milhão), óbitos (total e total por milhão), número de semanas de evolução da epidemia e fase da epidemia nos ETLOP, continente e mundo (dados atualizados em 18 de setembro de 2020)

País ou Região	Data do primeiro caso		Data do primeiro caso adquirido localmente		Total de casos		Casos por milhão		Data da primeira morte		Óbitos por milhão	Semanas de evolução epidemia	Fase da epidemia	
	semana	data	semana	data	semana	valor	semana	valor	semana	data				Óbitos
Angola	12	21/mar	15	09/abr	26	3675	26	111,82	14	02/abr	143	4,35	26	2
Cabo Verde	12	20/mar	15	07/abr	26	4978	26	8953,45	13	28/mar	47	84,53	26	2
Guiné-Bissau	13	26/mar	15	08/abr	25	2275	25	1156,00	18	30/abr	39	19,82	25	3
Guiné Equatorial	12	18/mar	14	31/mar	26	5000	26	3563,83	17	24/abr	83	59,16	26	3
Moçambique	12	22/mar	13	25/mar	26	5994	26	191,77	22	27/mai	39	1,25	26	3
São Tomé e Príncipe	15	06/abr	15	06/abr	23	907	23	4138,55	18	30/abr	15	68,44	23	2
Total África	18	30/abr			20	1131482	20	78141,69			24400	1184,17	20	
Brasil	9	28/fev	10	06/mar	29	4382263	29	20616,65			133119	626,27	29	3
Total Américas	4	23/jan			34	15095402	34	395767,28			518459	9693,50	34	
Macau	4	22/jan	5	02/fev	34	46	34				0	0,00	34	
Timor Leste	14	01/abr	15	08/abr	24	27	24	20,48		ND	0	0,00	24	
Total Sudeste Asiático	3	13/jan			35	5871987	35	26957,17			12480	201,11	35	
Portugal	10	02/mar	11	13/mar	28	65626	28	6436,00		16/mar	1878	184,00	28	2
Total Europa	4	25/jan			34	5011212	34	363873,55			227971	11834,28	34	
Mundo	0	dez de 2019			38	30055710	38	3809,41			937391	120,08	38	

Abreviatura: ETLOP – Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa; Fonte: Adaptado dos relatórios de situação da OMS disponíveis em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>, última consulta a 18 de setembro; dados sobre Macau retirados de <https://www.ssm.gov.mo/apps/PreventCOVID-19/pt.aspx#clg17046>; Notas: A semana nas colunas “Data do primeiro caso”, “Data do primeiro caso adquirido localmente” e “Data da primeira morte” correspondem a semanas ISO tendo sido considerada a semana zero da pandemia a última semana do ano de 2019. A data do primeiro caso adquirido localmente foi determinada de acordo com os relatórios de situação da OMS disponíveis em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>, tendo-se considerado o dia em que a transmissão passou de casos importados a casos transmitidos localmente ou transmissão esporádica. Os valores apresentados na coluna “semanas de evolução da epidemia” foram obtidos tomando como início da epidemia o dia 31 de Dezembro, que corresponde à primeira semana ISO de 2020. Para os países da região África, a fase da epidemia refere-se àquela apresentada no relatório African Union, Africa CC. Outbreak Brief #33: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Date of Issue: 1 September 2020. Para os restantes países, a classificação é dos autores com base na classificação descrita em Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

TABELA 6. Valor máximo alguma vez registado de casos notificados por 100 000 habitantes por semana de evolução da epidemia e número total de semanas de epidemia (em 18 de setembro de 2020)

ETLOP	Casos notificados por 100 000 habitantes		Total de semanas de evolução da epidemia
	Valor max	Semana evolução da epidemia	
Angola	1,5	20	26
Brasil	150,4	21	29
Cabo Verde	89,4	24	26
Guiné-Bissau	17,8	6	25
Guiné Equatorial	176,1	19	26
Macau	2,9	8	34
Moçambique	2,2	25	26
Portugal	52,1	4	28
São Tomé e Príncipe	153,8	14	23
Timor Leste	7,8	2	14

Fonte: Adaptado dos relatórios de situação da OMS disponíveis em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>, última consulta a 18 de setembro; dados sobre Macau retirados de <https://www.ssm.gov.mo/apps/PreventCOVID-19/pt.aspx#clg17046>

As epidemias nacionais aparecem defasadas, inicialmente, com uma base urbana e uma transição tardia e mais fugaz para as zonas rurais.

Macau, mais exposto ao epicentro da pandemia na China, foi o primeiro ETLOP a registar casos e, mais isolado e periférico⁽³⁸⁾⁸, 9 semanas mais tarde, STP, o último. Macau é, assim, o ETLOP com maior duração da epidemia, apesar de não registar qualquer caso desde junho de 2020. A epidemia em STP tem menor tempo de evolução (23 semanas), ainda que a diferença para outros PALOP oscile entre 3 semanas (Angola, CV e GE, com 26 semanas) e 2 semanas (GB com 25 semanas).

Em termos da temporalidade da epidemia, encontramos dois grandes grupos nos ETLOP.

Com uma maior incidência da infecção por SARS-CoV-2 nas primeiras semanas da epidemia, encontramos Macau, TL, GB e Portugal.

A situação observada em Macau, de aparente sucesso no controle da epidemia, explica-se provavelmente pela: proximidade (geográfica, comercial e econômica) à China; adoção precoce das medidas de controle; dimensão do território; experiência com epidemias anteriores (por exemplo, SARS); e utilização habitual de máscaras comunitárias. A letalidade da infecção é de 0%.

Em TL, a epidemia iniciou-se mais tarde que nos restantes ETLOP, na 15ª semana, e tem sido pouco expressiva, com um pico de casos logo em abril com escassos casos esporádicos, tendencialmente importados, desde então. Na realidade, a fragilidade da rede de laboratórios e da capacidade de testagem, assim como do próprio sistema de saúde, pode explicar a ausência de identificação de casos adquiridos localmente, principalmente quando países vizinhos mantêm

epidemias ativas. No entanto, alguns observadores atribuem a situação ao respeito pela autoridade tradicional nos sucos⁽³⁹⁾, que contribuiu para a adesão da população às medidas de contenção. A letalidade da infecção é igualmente de 0%.

Na GB os dois primeiros casos (importados) foram notificados em 25 de março; e o primeiro óbito, em 26 de abril, o que, num contexto de crise política, e sem possibilidades de isolamento institucional dos casos confirmados e suspeitos, desencadeou uma propagação comunitária com um aumento exponencial de casos em poucas semanas. O Ministério dos Negócios Estrangeiros envolveu-se também em contatos com a China, dada a importante comunidade de estudantes guineenses ali presente, dos quais várias centenas regressaram ao país até fins de março, de forma intempestiva e não programada, o que, em parte, explica o aumento observado a partir de abril, estabilizando em maio e decrescendo desde então. Ao mesmo tempo, estabeleciam-se cadeias de transmissão em Biombo e Cacheu, com origem num empresário estrangeiro infectado⁽²⁶⁾. A letalidade da infecção é de 1,7%.

Em Portugal, os primeiros casos foram identificados no início de março, em alinhamento com a propagação observada no continente europeu. A propagação foi rápida, com um maior número de casos em abril, diminuindo progressivamente por força de uma política de confinamento obrigatório implementada. O levantamento progressivo das medidas, a partir de maio, levou a um aumento ligeiro no número de novas infecções, particularmente nas zonas metropolitanas, que tem se agravado desde setembro indiciando o início de uma segunda onda. O Inquérito Serológico Nacional COVID-19 indica uma soroprevalência de 2,9% na população residente em Portugal, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre regiões e grupos etários. A letalidade da infecção é de 2,9%.

O segundo grupo, com uma maior incidência da infecção numa fase mais adiantada, inclui Angola, CV, Moçambique, Guiné Equatorial, STP e Brasil.

Embora com uma baixa densidade populacional devido a grande parte do território ser pouco habitada, Angola tem a mais alta taxa de população urbana dos PALOP, o que leva a que a densidade populacional efetiva das zonas habitadas seja muito alta, criando condições que favorecem a transmissibilidade do SARS-CoV-2 e explicam a ocorrência quase exclusivamente em zonas urbanas. A epidemia reveste-se de fraca intensidade, mas ainda não atingiu o pico. Rastreio de casos de COVID-19 com testes sorológicos por província mostram taxas de positividade que variam de 0% no Cuando Cubango a 14,4% na Lunda Norte com a mediana entre os 5,4% de Benguela e os 4,0% de Malanje. A letalidade, de 3,9%, está entre as mais altas do continente africano⁽⁴⁰⁾.

Sendo CV fortemente dependente do turismo, o SARS-CoV-2 entrou pela ilha mais turística, a Boavista. A epidemia encontra-se numa fase de crescimento lento, o que pode, em parte, ser explicado pela insularidade do país e pela adoção de medidas precoces de restrição à mobilidade de pessoas. O levantamento das medidas de emergência em 31 de maio, com a resti-

tuição do direito de circulação, terá contribuído para o aumento de casos verificado. O estudo de soroprevalência nacional mostra que 0,4% dos inquiridos em todas as ilhas e conselhos do país tiveram contacto com o SARS-CoV-2⁽²⁹⁾. A letalidade da infecção é de 0,9%.

Moçambique é dos ETLOP em que a epidemia tem apresentado sinais de maior benignidade. A letalidade de 0,7% está entre as mais baixas do mundo. Contudo, é certo que a epidemia ainda não atingiu o pico. Os 3 focos urbanos da doença estão em Nampula e Pemba no Norte e Maputo no Sul. Os inquéritos sorológicos realizados nessas três cidades e em Quelimane mostram taxas de positividade de 5,0%, 2,5%, 3,8% e 2,5% respectivamente. Essas taxas nos trabalhadores do setor informal da economia são cerca do dobro da média populacional, sendo mais altas que as observadas entre os TdS. Uma das especificidades da epidemia em Moçambique é o elevado número de casos importados, em particular nas zonas rurais, onde vive dois terços da população, isolada pela falta de vias de comunicação, sendo os casos aí registados majoritariamente importados de um dos seis países vizinhos por moçambicanos lá residentes^(27,40). Os deslocados do conflito militar no norte e centro criam focos de difícil acesso⁽⁴¹⁾.

O Brasil, sem liderança política nacional efetiva, destacou-se pela agressividade e pela persistência da epidemia. Foi também o ETLOP que registou maior número de casos notificados por 100 mil habitantes na vigésima primeira semana da epidemia, embora a curva descendente possa refletir que o país já ultrapassou a fase mais crítica desta primeira onda. O quadro mais precoce e intenso foi observado em megalópolis como São Paulo e Rio de Janeiro, mas também em capitais menores como Fortaleza e Manaus. Os primeiros casos confirmados foram de pessoas de maior renda, com histórico de regresso recente de viagens ao exterior. A doença propagou-se rapidamente e atingiu as comunidades mais pobres das grandes cidades e, posteriormente, expandiu-se para o interior do país, atingindo todos os estados e a maior parte dos municípios. Um inquérito sorológico no município de São Paulo revelou que a soroprevalência corresponde a 22,0% nas famílias do estrato de baixa renda (até R\$ 3.349), e de 18,4% e 9,4%, respectivamente, para as famílias dos grupos de rendas intermediária (R\$ 3.350 a R\$ 5.540) e alta (a partir de R\$ 5.541). No Estado do Espírito Santo, a soroprevalência é de 6,7%, e em Campinas, de 2,2%. Esses resultados permitem esclarecer que os sistemas de vigilância só detectam entre 1/4 a 1/10 das pessoas infectadas. A letalidade da infecção é de 3,0%.

A situação de STP e GE com picos acentuados e recorrentes de novos casos, para além de revelar a força da epidemia, indicia, igualmente, a fragilidade das instituições, refletidas numa insuficiente capacidade sustentada na área da vigilância epidemiológica e de testagem, corroborada por pedidos de assistência técnica à OMS. A letalidade em ambos os países é de 1,7%.

Nos PALOP, o valor mais elevado de casos de COVID-19 por 100 mil habitantes alguma vez registado ocorreu na GE, na décima nona semana de evolução de epidemia e o valor mais baixo, em Angola, à vigésima semana de evolução da epidemia no país, o que demonstra bem a disparidade epidemiológica entre países.

Os resultados dos inquéritos sorológicos sugerem uma maior prevalência entre os 20 e os 59 anos (menor acima dos 80 anos), nos homens mais do que nas mulheres, nas zonas urbanas mais que nas rurais, em algumas minorias e nas classes sociais mais baixas. As soroprevalências estimadas refletem uma limitada extensão da infecção nas populações estudadas e inferiores aos valores necessários para alcançar uma imunidade de grupo.

10. PRINCIPAIS APRENDIZADOS

A pandemia da COVID-19 representa o maior desafio de saúde global dos últimos cem anos. O desconhecimento sobre o comportamento do SARS-CoV-2 determinou incertezas, avanços e recuos na adoção de ações para frear a sua propagação. A epidemia não começou em todos os países ao mesmo tempo e está sendo experienciada de maneiras e em contextos diferentes nos ETLOP, o que facilita a extração de alguns aprendizados, agrupados de acordo com o triângulo de análise proposto por Walt e Gilson: contexto, atores, conteúdo e processos⁽¹¹⁾.

11. CONTEXTO

O contexto geográfico (com grande permeabilidade de fronteiras nos PALOP e Brasil), climático, político-administrativo, de desenvolvimento, demográfico, cultural e epidemiológico é diverso entre os ETLOP.

O momento político nacional, regional e global adicionou camadas de complexidade aos desafios das respostas necessárias.

O desinvestimento nos setores da saúde e social nos últimos anos, associado à crise econômica, reduziu a capacidade de resposta dos sistemas de saúde à epidemia.

As profundas desigualdades acentuaram-se, sendo difícil, para os mais pobres, respeitar normas de confinamento e distanciamento social. Rapidamente, esta doença se tornou uma doença da pobreza e da exclusão social.

O desemprego, a falta de rendimento no setor informal e setor primário, a dificuldade na manutenção de empresas privadas, em particular em atividades econômicas de proximidade, o encerramento de fronteiras, a ameaça da fome, o agravamento de outros diagnósticos pela falta de acesso a consultas, o medo e a estigmatização dificultaram a implementação das possíveis soluções.

Outros fatores poderiam explicar as diferenças na dinâmica da propagação e na letalidade da COVID-19 entre os ETLOP: a densidade populacional, o grau de urbanização, a precariedade habitacional e das vias rodoviárias e ferroviárias e a dependência de transportes públicos; o peso relativo das doenças crônicas não transmissíveis e da população idosa na população e a sua concentração em lares sem condições; os fatores climáticos e o grau de exposição a raios ultravioletas

nas zonas intertropicais (fonte natural de vitamina D); a extensão da cobertura com vacinas vivas atenuadas e a prevalência de grandes endemias tropicais, o que pode reforçar os mecanismos de imunidade não específica⁽⁴⁰⁾.

Os contextos descritos são, na maior parte dos ETLOP, de condições altamente favoráveis à propagação da COVID-19 e que fizeram recluir uma enorme catástrofe sanitária o que, aparentemente, só ocorreu no Brasil.

12. ATORES

Os governos dos ETLOP assumiram a liderança dos processos, corroborando que as respostas não dependem do regime democrático ou ditatorial que governa o país, mas da dimensão das desigualdades sociais e da mobilização de recursos, capacidades e estruturas para lidar com emergências. As dificuldades foram maiores nos países mais descentralizados, como o Brasil com a sua estrutura federal, ou atravessando crises políticas ou transições democráticas.

A liderança estatal foi facilitada por os países terem um SNS e INSP, com sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, permitindo aos poderes públicos envolvimento direto no planeamento e gestão dos serviços e na destinação de recursos, utilizando-se, em maior medida, com a exceção do Brasil, a gestão central. Os SNS e os INSP aguentaram o principal impacto de pandemia, em nível hospitalar, de cuidados de saúde primários e de equipas de saúde pública. Em alguns dos ETLOP (Brasil e GB), os setores privados e sociais do sistema de saúde tiveram muita relevância nas respostas desenvolvidas.

Em todos os ETLOP, o Estado recorreu ao apoio de outros atores da sociedade civil, nacionais e internacionais. Das parcerias internacionais, são de realçar a cooperação no âmbito da CPLP, bi e multilateral, a cooperação com Cuba, os apoios técnico-normativos da OMS e as dinâmicas das organizações regionais: União Africana, União Europeia e os respetivos Centros de Controle de Doenças.

O sistema científico nacional de todos os países mobilizou-se para contribuir com os conhecimentos e inovações para reorientar as respostas e se preparar para uma futura segunda onda da epidemia.

13. CONTEÚDOS

Todos os ETLOP tomaram medidas idênticas, como recomendadas pela OMS, e as diferenças observadas foram, sobretudo, no grau de intensidade, na firmeza de implementação e no cronograma de aplicação dessas medidas⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

No início da pandemia, a principal preocupação dos governos foi a proteção dos sistemas de saúde, para que não fosse ultrapassada a capacidade de resposta sem destruir a capacidade de

sobrevivência econômica dos Estados e famílias. Dispersar a ocorrência dos casos no tempo, promovendo o distanciamento social, foi um aspecto-chave para manter a oferta de serviços de saúde em relação à demanda. Investiu-se em INF com a adoção de medidas emergenciais de proteção social das populações vulneráveis; na capacitação e reorganização dos serviços hospitalares, de cuidados de saúde primários e laboratoriais, com camas, equipamentos de proteção e formação dos recursos humanos; no reforço das equipas de saúde pública; no rastreio e identificação de casos; no controle de fronteiras; na comunicação frequente com parlamentares, comunidade científica, profissionais e cidadãos. Criaram-se sistemas de gestão do conhecimento para canalizar as hordas de informação produzida por todo o mundo para os decisores políticos e operacionais.

A falta de recursos para realizar o nível de testagem necessário foi comum a todos os países, nuns mais que noutros⁽⁴¹⁾. É possível que uma busca ativa deficiente de novos casos, aliada à limitação da capacidade de testagem diagnóstica e à subnotificação, explique a baixa incidência observada em muitos dos ETLOP ou que tenha definido um teto à capacidade de detecção de novos casos, criando um *plateau* artificial no limite da capacidade de detecção. Martins et al. consideram que esse argumento não explica a benignidade da epidemia na África⁽⁴⁰⁾. No entanto, não restam dúvidas que a epidemia está se portando de forma mais benigna na África do que no resto do mundo, exigindo menos recursos para tratamento hospitalar⁽⁴²⁾.

14. PROCESSOS

A importância da gestão central das respostas já foi referida.

As respostas encontradas nos ETLOP refletiram tanto a dependência de percurso como a transferência de políticas⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A dependência de percurso refletiu a capacidade instalada em cada ETLOP, no sistema de saúde, de assistência social, econômico, educacional, isto é, em todos os setores envolvidos na resposta, mais ou menos bem enquadrada pelo RSI. Essa dependência de percurso foi limitada pelo desinvestimento observado nos setores sociais e da saúde nos últimos anos.

A transferência de políticas foi consequência da novidade do agente infeccioso, do desfaseamento das epidemias nacionais, da liderança internacional pela OMS e pelo Secretariado Executivo da CPLP, do ambiente de intensa procura de intervenções eficazes e eficientes para prevenir e tratar a doença pela comunidade científica, incluindo-se nesta categoria os 13 webinars organizados pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa em que, durante 13 semanas, foram debatidos temas tão variados como o desenvolvimento da pandemia na Europa, Ásia e África, a telemedicina e a resposta extra-hospitalar à pandemia, entre muitos outros⁽⁴³⁾.

No entanto, novas políticas que resultaram do que foi bem-sucedido noutros países falharam quando não houve a devida adaptação⁽⁴⁴⁾: na GB, a adoção de medidas sem adaptação ao contexto nacional desencadeou uma onda de desconfiança relativamente à existência da doença no país⁽²⁶⁾.

15. REFLEXÕES FINAIS

Restam desafios, atuais e futuros. Urge superar a fragmentação das ações de enfrentamento da pandemia, por meio de um discurso único e de uma coordenação nacional e internacional efetiva, sinérgica, cooperativa e solidária entre as esferas subnacionais, nacionais, regionais e globais.

É essencial contar com o concurso imprescindível da sociedade civil organizada e otimizar a universalidade e o funcionamento dos sistemas de saúde, os institutos de saúde pública e a funcionalidade dos RSI para esta pandemia e para outras que certamente virão ⁽¹⁶⁾.

Indícios de que a distribuição da COVID-19 decorre de desigualdades sociais são claros e aumentam os desafios à gestão das epidemias e criam oportunidades para corrigi-las ⁽⁴⁵⁾.

Com os aprendizados desta primeira onda, e perante uma segunda onda que já se adivinha nas curvas apresentadas, por exemplo, para Portugal, e que já se instalou em muitos dos países da Europa, é preciso definir uma abordagem que reconheça as diferentes camadas de risco nas populações, adotando uma estratégia de saúde pública de maior precisão (SPP) ⁽⁴⁶⁾. Em muitos países, e em regiões mais remotas, um acesso limitado à internet e às tecnologias de comunicação e informação limita a capacidade de uma SPP apoiada nelas ⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

Parece óbvio que a COVID-19 passará a fazer parte de outra normalidade – imediata, instável, alternativa – que resulta de avanços e recuos perante conquistas ou a reemergência de surtos. Falar desta normalidade alternativa significa compreender que, por mais que as rotinas se alterem, o novo poderá vir a ser interiorizado como normal no funcionamento das instituições e nos comportamentos ^(29,45). As dúvidas estão em perceber até que ponto estas alterações de normas e valores nas relações humanas, nas instituições e entre países e organizações multilaterais deveriam persistir ⁽⁴⁵⁾.

Como as pandemias anteriores ⁽⁴⁻⁶⁾, esta é também mais um alerta para que a humanidade nunca mais volte a permitir que uma ameaça desta dimensão ponha em risco o nosso modo de vida, a nossa capacidade de garantir a saúde planetária ⁽⁴⁹⁾, apresentando-nos oportunidades à plena concretização da Agenda 2030, com a adoção de estratégias de complementaridade, sustentabilidade e aproveitamento mais eficiente das parcerias e oportunidades, com referência aos ODS ⁽¹⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Chams N, et al. COVID-19: A Multidisciplinary Review. *Front Public Health*. 2020;8:383. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00383>.
2. World Health Organization. Timeline of WHO's response to COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
3. Cook AH, Cohen DB. Pandemic Disease: A Past and Future Challenge to Governance in the United States. *Rev Policy Res*. 2008;25(5):449-71. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.2008.00346.x>.
4. Gates B. Innovation for pandemics. *N Engl J Med*. 2018;378(22):2057-60. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1806283>.
5. Gates B. Responding to COVID-19 — A Once-in-a-Century Pandemic? *N Engl J Med*. 2020;382(18):1677-1679. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003762>.
6. Gates B. The next epidemic — lessons from Ebola. *N Engl J Med*. 2015;372(15):1381-4. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1502918>.
7. Van Damme W, Van Lerberghe W. Epidemics and fear. *Trop Med Int Health*. 2000;5(8):511-4. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2000.00599.x>.
8. Chandrashekar V. From leprosy to COVID-19, how stigma makes it harder to fight epidemics. *Science* [Internet]. 16 set 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://www.sciencemag.org/news/2020/09/leprosy-covid-19-how-stigma-makes-it-harder-fight-epidemics>.
9. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101-17. doi: [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6).
10. Simões J, et al. As Formas de Organização do Estado em Seis Países da Região Europeia, os Modelos de Sistemas de Saúde e os Resultados em Saúde em Resposta à COVID-19. In: Barros F, et al., editores. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa)*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
11. Walt G and Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis'. *Health Policy Plan*. 1994;9(4):353-70. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>.
12. Dolowitz DP, Marsh D. Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*. 2000;13:5-23. doi: <https://doi.org/10.1111/0952-1895.00121>.

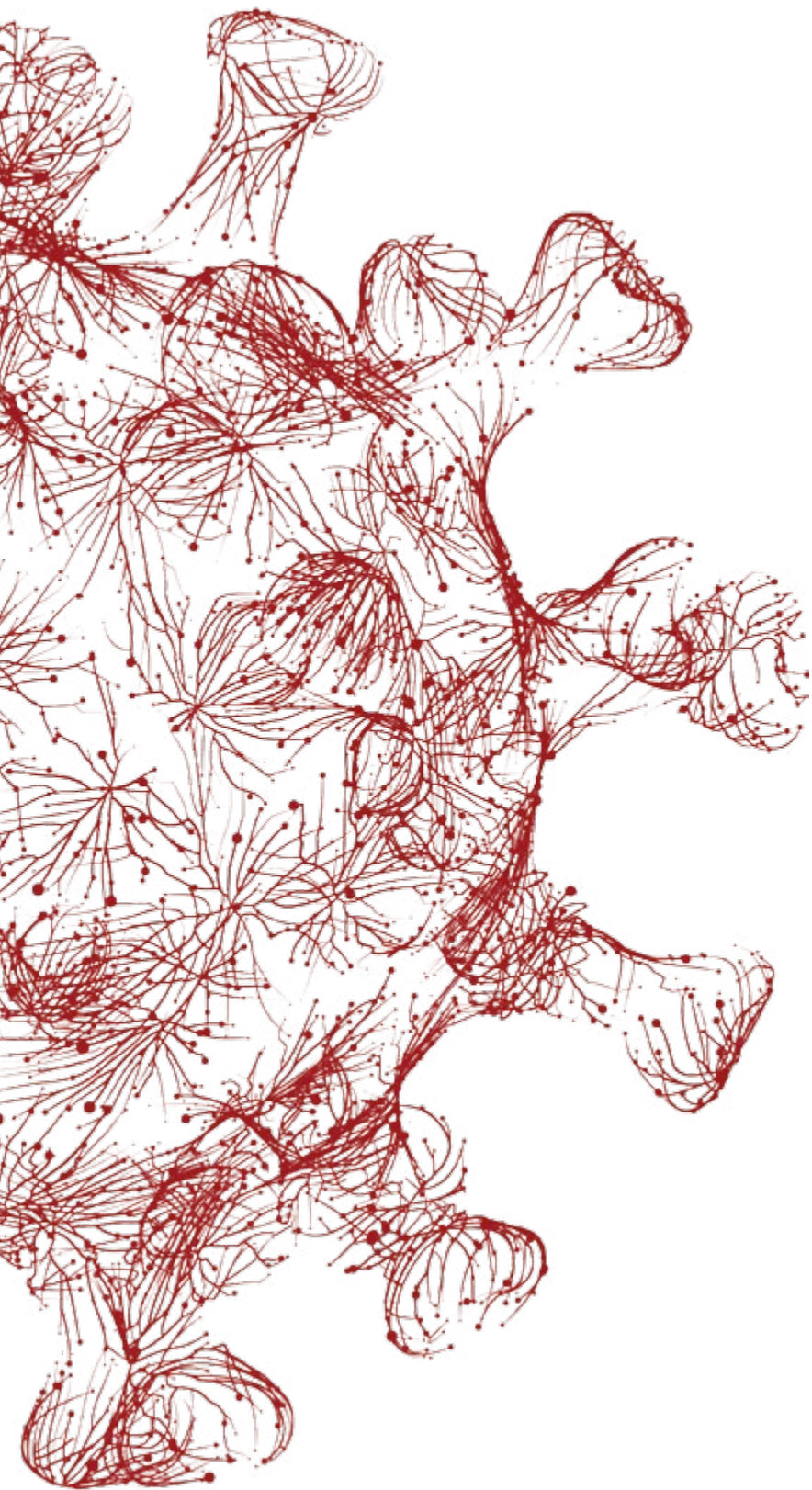
13. Dolowitz DP, Marsh D. Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature. *Political Stud.* 1996;44(2):343–57. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x>.
14. Marsh D, Sharman JC. Policy diffusion and policy transfer. *Policy Studies.* 2009;30:269–88. doi: <https://doi.org/10.1080/01442870902863851>.
15. Jensen C, McPake B, Jones A. Learning for Across Health Systems: Literature Review of International Health Policy Transfer Processes. Oxford: Oxford Policy Management; 2017. p. 12.
16. Lapão MC. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no pós-COVID 19. Exemplos para a CPLP. In: Barros F, et al., editores. O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde, vol. 5; 2020.
17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
18. World Health Organization. Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. Geneva: WHO; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Infopédia [Internet]. Porto: Porto Editora, 2003-2020 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa](https://www.infopedia.pt/$comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa).
20. Barros FPCD, Silva JF, Mansano NH. O Brasil e o enfrentamento da COVID-19. Barros F, et al., editores. O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
21. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the Epidemiology of population change. 1971. *Bull World Health Organ.* 2001;79(2):161-70.
22. Mejía-Guevara I, et al. Age distribution, trends, and forecasts of under-5 mortality in 31 sub-Saharan African countries: A modeling study. *PLoS Med.* 2019;16(3):e1002757. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002757>.
23. World Health Organization. International Health Regulations (2005): State Party self-assessment annual reporting tool [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272432/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?sequence=1>.

24. World Health Organization. Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005) [Internet]. Geneva; WHO; 2018 [acesso 2020 set 19]. Disponível em: <https://www.who.int/ihr/publications/>.
25. Fresta M. COVID-Organics no tratamento da COVID-19: notícias e debates sobre o seu valor. *Rev Cient Clín Sagrada Esperança*. 2020;10:24-32.
26. Robalo M, et al. A Primeira Onda COVID-19 nos Estados Membros da CPLP: o caso da GB. In: Barros F, et al., editores. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa)*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
27. Sidat M, Jani I. Epidemia da COVID-19 em Moçambique: experiências e desafios. In: Barros F, et al., editores. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa)*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
28. Fresta M, Freiras H, Lourenço H. COVID-19 em Angola: do início à circulação comunitária (Dados e Desafios). In: Barros F, et al., editores. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa)*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
29. Delgado AP, et al. A Primeira onda COVID-19 nos Estado Membros da CPLP: CV de Março a Agosto de 2020. In: Barros F, et al. editores. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa)*. Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde), vol. 5; 2020.
30. Ferrinho P, et al. Proteger os profissionais de saúde contra o SARS-CoV-2. *An Inst Hig Med Trop* 2020;19:43-9. doi: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.354>.
31. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. Produto 1 do Contrato nº 028/2020 assinado com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasil. Agosto 2020.
32. Mobilisation of funding for COVID-19 research in sub-Saharan Africa – 2020. BCG-COVID-RTC – BCG vaccine to reduce absenteeism due to infectious diseases of health workers during the COVID-19 pandemic. A multi-centre randomised controlled trial RIA2020EF-3049 [Internet]. 2020 [cacesso 2020 out 10]. Disponível em: <http://www.edctp.org/projects-2/edctp2-projects/mobilisation-funding-covid-19-research-sub-saharan-africa/#>.
33. COVID-19: BCG. As Therapeutic Vaccine, Transmission Limitation, and Immunoglobulin Enhancement (BATTLE). *ClinicalTrials.gov* [Internet]. 30 abr 2020 [acesso 2020 out 10].

Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04369794?term=BCG&cond=COVID19&cntry=BR&draw=2&rank=1>.

34. BCG Vaccination to Protect Healthcare Workers Against COVID-19 (BRACE). ClinicalTrials.gov [Internet]. 31 mar 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04327206?term=BCG&cntry=AU&draw=2&rank=5>).
35. Ferrinho P, et al. Principalism in public health decision making in the context of the COVID-19 pandemic. *Int J Health Plann Mgmt*. 2000;35(5):997-1000. doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.3015>.
36. Teens killed by Angolan police enforcing virus curbs: Amnesty. Aljazeera News [Internet]. 25 ago 2020 [acesso 2020 set 26]. Disponível em: <https://www.aljazeera.com/news/2020/8/25/teens-killed-by-angolan-police-enforcing-virus-curbs-amnesty>.
37. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020;395(10225):676. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X).
38. Teixeira AAC, Nascimento S. FDI in small states and unattractive markets: the case of São Tomé and Príncipe. *Contemp Afr. Stud*. 2019;3(4):351-78. doi: <https://doi.org/10.1080/02589001.2019.1569753>.
39. Brown MA. Formação do Estado e da comunidade política em Timor-Leste - A centralidade do local. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2014;104:101-22. doi: <https://doi.org/10.4000/rccs.5717>.
40. Martins H, Hansine R. Análise epidemiológica e demográfica da COVID-19 em África. *An Inst Hig Med Trop*. 2020;19:7-42. doi: <https://doi.org/10.25761/anaisiht.353>.
41. Nacheva JB, et al. From Easing Lockdowns to Scaling Up Community-based Coronavirus Disease 2019 Screening, Testing, and Contact Tracing in Africa—Shared Approaches, Innovations, and Challenges to Minimize Morbidity and Mortality. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa695. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa695/5849218>.
42. Mbow M, et al. COVID-19 in Africa: Dampening the storm? *Science*. 2020;369(6504):624-6. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abd3902>. PMID: 32764055.
43. IHMT-NOVA.2020. Web.Seminars – COVID-19 – Conhecer, Organizar, Vencer, Diagnosticar, Investigar [Internet]. Lisboa; 2020 [acesso 2020 out 11]. http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/download/Comunicacao/E-BOOK_Online.pdf.
44. Renzaho AM. Challenges Associated With the Response to the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic in Africa - An African Diaspora Perspective. *Risk Analysis*. 2020;00(0):1-6. doi: <https://doi.org/10.1111/risa.13596>.

-
45. Correia T. A gestão política da COVID-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional. *Saúde Debate*. 2020;44(spe 4):62-72. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E403>.
 46. Rasmussen SA, Khoury MJ, del Rio C. Precision Public Health as a Key Tool in the COVID-19 Response. *JAMA*. 2020;324(10):933-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14992>.
 47. Muyingo RI, Mpoza A, Kasadha J. Coronavirus in the era of digital connectivity: Opportunities. and challenges. *J Public Affairs*. 2020;e2246. doi: <https://doi.org/10.1002/pa.2246>.
 48. Nachega JB, et al. Mobile Health Technology for Enhancing the COVID-19 Response in Africa: A Potential Game Changer? *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(1):3-5. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0506>.
 49. Smith MJ, Upshur REG. Learning Lessons from COVID-19 Requires Recognizing Moral Failures. *J Bioethical Inq*. 2020;17:563-6. doi: <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10019-6>.



A PANDEMIA EM PORTUGAL: UMA ALIANÇA ENTRE GOVERNO E SOCIEDADE – UMA HISTÓRIA DE SUCESSO?

Francisco Ramos¹

RESUMO: A rápida disseminação do vírus SARS-CoV-2 causou uma enorme perturbação em nível mundial, revelando a falta de preparação científica, profissional e política da generalidade dos países para gerir uma pandemia de grande dimensão. Em Portugal, à surpresa inicial, sucederam o medo e o alarme ante as notícias que chegavam da Itália e da Espanha. A resposta organizada pelo governo e pela sociedade foi muito positiva, conseguiu atingir indicadores favoráveis comparados com outros países europeus e evitou o colapso do sistema de saúde, embora sofrendo uma séria recessão econômica, estimada numa quebra do Produto Interno Bruto de cerca de 10% em 2020, e uma quebra de dimensão ainda não integralmente conhecida na prestação de cuidados de saúde a doentes não COVID. A persistência da pandemia no outono/inverno 2020/21, com uma “segunda onda” forte e de limites ainda desconhecidos, está causando cansaço e dúvida na sociedade portuguesa, como na generalidade dos países europeus. Espera-se, entretanto, que o reforço realizado no Serviço Nacional de Saúde volte a produzir resultados satisfatórios na minimização das consequências da pandemia. Dúvidas persistem quanto à capacidade de promover uma resposta mais estruturada e abrangente, equilibrando as prioridades dos doentes não COVID e corrigindo as tradicionais deficiências e lacunas do sistema de saúde português. Maior influência da política da saúde nas orientações e prioridades políticas gerais, maior adesão da população a comportamentos “amigos da saúde”, salto gigante na digitalização na prestação de cuidados de saúde são ganhos esperados para o presente e para o futuro. A experiência portuguesa evidencia as vantagens de uma liderança política forte, transparente e disponível para acolher o conhecimento científico e a experiência daqueles que estão em maior proximidade com a população.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Sistema de saúde e serviços sociais. Políticas públicas.

¹ Professor Associado Convidado. Departamento de Ciências Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. fvramos@ensp.unl.pt.



I. INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um coronavírus, SARS-CoV-2. A doença foi inicialmente reportada em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, República Popular da China, seguindo-se uma muito rápida disseminação, o que se revelou uma enorme surpresa que apanhou o mundo despreparado para enfrentar as consequências de um surto pandêmico de grande dimensão, apesar da declaração de situação de pandemia pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março ⁽¹⁾. A quase total orientação da investigação científica e operacional no domínio da saúde e da organização dos sistemas de saúde nos países mais desenvolvidos nas últimas décadas do século XX, para as áreas das doenças crónico-degenerativas e do cancro, fez esquecer a organização e a preparação da luta contra as doenças infecciosas, apesar de repetidas chamadas de atenção de peritos e especialistas em saúde pública para o muito provável risco de ocorrência de fenómenos pandêmicos. Conforme referido em recente conferência promovida pelo Conselho Económico e Social de Portugal, dedicada ao tema da saúde no pós-COVID-19, o sucesso da investigação e do combate ao HIV/sida foi a exceção que confirma a regra do quase abandono das doenças infecciosas e da saúde pública como prioridades das políticas e dos negócios da investigação científica.

2. A PANDEMIA EM PORTUGAL

Surpresa foi também o sentimento dominante inicialmente em Portugal. Os primeiros casos de COVID-19 foram reportados no dia 2 de março. A primeira morte causada por essa doença ocorreu duas semanas depois ⁽²⁾. As notícias com origem no norte da Itália e na comunidade autónoma de Madrid, na Espanha, eram aterradoras, com hospitais em pré-colapso, unidades de cuidados intensivos sobrelotadas, doentes “arrumados” em hospitais de campanha improvisa-

dos, em evidente cenário de catástrofe. Essa realidade, bem vizinha de Portugal, causou alarme e facilitou um amplo consenso social e político na rápida tomada de medidas sem precedente na democracia portuguesa. Mesmo antes das decisões do governo, os portugueses imediatamente reduziram atividade e mobilidade e se recolheram voluntariamente a suas casas sempre que possível ⁽³⁾, contrariando a atitude inicial do Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa que, até as primeiras semanas de março, persistiu em comportamento público de negação da evidência da pandemia que se aproximava.

A primeira grande discussão pública teve, como tema, o fechamento das escolas, decidido pelo governo, a partir do dia 16 de março, determinando a suspensão obrigatória de todas as atividades presenciais, substituídas por ensino a distância, incluindo aulas transmitidas pela estação pública de televisão, a RTP. Também nessa data, foi decidido restabelecer o controle nas fronteiras externas, terrestre e aérea, proibindo a livre circulação rodoviária na fronteira com a Espanha. Merecem também destaque as medidas de suspensão de visitas a idosos residentes em lares e a doentes internados, por razões de proteção aos mais vulneráveis e de salvaguarda das unidades de saúde ⁽⁴⁾.

Foram instaurados gabinetes de crise, em nível político, para melhor coordenar as diferentes estruturas da administração pública, central e municipal. Para proteger a economia, o governo lançou medidas de apoio extraordinário à proteção social do rendimento dos trabalhadores e de apoio à tesouraria das empresas, como um regime simplificado de *layoff* e um conjunto alargado de moratórias no crédito bancário, nas obrigações fiscais e no pagamento de serviços essenciais, como habitação, energia, comunicações e abastecimento de água ⁽⁴⁾. Em tempo de crise, as pessoas esperam e obtiveram apoio do Estado, não do mercado, que se viu obrigado a interromper todas as atividades consideradas não essenciais. Para segurança jurídica das decisões de encerramento obrigatório das atividades econômicas e sociais e de confinamento domiciliar dos cidadãos, foi decretado o estado de emergência no dia 19 de março, medida que, pela primeira vez desde a revolução democrática em 1974, limitou fortemente as liberdades individuais dos portugueses. Todos os partidos políticos com representação parlamentar e as principais forças sociais, associações patronais, sindicatos, associações de economia social apoiaram a medida.

No domínio específico da saúde, foram criadas estruturas técnicas logo no início de abril, nomeadamente a comissão de acompanhamento da resposta nacional em medicina intensiva e os gabinetes regionais de crise de saúde mental, áreas particularmente sensíveis na resposta do sistema de saúde à pandemia e suas consequências ⁽⁵⁾. Particularmente importante revelou-se a decisão estratégica de limitar o papel dos hospitais na assistência aos doentes COVID-19, encarregando os profissionais de medicina geral e familiar da assistência a todos os doentes que não necessitassem de internação, medida que veio a se revelar essencial para evitar o colapso no acesso aos hospitais. Por outro lado, a existência de uma rede nacional de médicos de saúde pública, com funções de autoridade de saúde, estabelecida há várias décadas, em modelo de proximidade às populações, cobrindo todo o País, coordenada por uma única entidade, a Diretora Geral da Saúde, foi um

fator diferenciador da organização do sistema de saúde em Portugal e decisivo para o sucesso na fase de contenção, conseguindo o desejado “achatamento” da curva epidemiológica. Essa rede de profissionais de saúde pública possibilitou, desde o início da crise sanitária, a realização com sucesso de ações de prevenção, vigilância, despistagem e quebra das cadeias de contágio⁽⁵⁾.

As autoridades portuguesas manifestaram sempre grande preocupação em manter uma comunicação próxima aos cidadãos. A informação dos primeiros casos no início de março foi assumida em conferência de imprensa pela Ministra da Saúde, Marta Temido, e pela Diretora Geral da Saúde, Graça Freitas, responsáveis política e técnica pelo combate à pandemia. Essas responsáveis replicaram essas conferências de imprensa diárias (incluindo sábados e domingos) durante 12 semanas. No final de outubro, ainda se mantêm 3 edições semanais desse instrumento de informação ao país, o que demonstra o cuidado do governo em assumir uma atitude de liderança, responsabilidade e transparência. A comunicação de risco incluiu ainda produção e atualização de informação para o cidadão na página da Direção Geral da Saúde e nas redes sociais, e divulgação na generalidade dos órgãos de comunicação social convencionais.

Adicionalmente, também desde o final de março, o governo promoveu reuniões quinzenais com outros órgãos de soberania, Presidente da República, Presidente da Assembleia da República, todos os partidos políticos com representação parlamentar, todos os parceiros sociais com assento no Conselho Económico e Social, com responsáveis técnicos de organismos de saúde e cientistas de saúde pública e de virologia. Nessas reuniões, foi partilhada a melhor informação científica disponível para fundamentar a tomada de decisão política nos diferentes momentos da gestão da crise pandémica. Elas ocorreram até julho, foram interrompidas em agosto, tendo ocorrido uma reunião esporádica no final do mês de setembro. Essa ligação próxima entre decisores políticos e cientistas não é habitual na vida pública portuguesa, mas foi motivada pela falta de conhecimento sobre como atuar perante o fenómeno pandémico. Nos momentos iniciais da pandemia, a insegurança causada pelo desconhecimento levou a que a decisão política fosse baseada na ciência possível. Embora, nas últimas décadas, a ciência tenha se concentrado na investigação das doenças crónico-degenerativas e desprezado as doenças infecciosas, neste contexto, a ciência serviu de escudo protetor aos decisores políticos. Esta parceria ciência/política foi bem acolhida pelas forças sociais e revelou-se muito importante na definição da estratégia executada em Portugal.

A tática inicial de combate à pandemia levou a uma prioridade quase absoluta dos doentes COVID face aos não COVID no acesso aos serviços de saúde. Foi decretado, por despacho da Ministra da Saúde, em 16 de março⁽⁶⁾, que as entidades do Serviço Nacional de Saúde “deviam, na medida do necessário, para dar resposta a doentes COVID-19, suspender a atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes, limitação no seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância”. Esta determinação foi válida até 7 de maio, data em que novo despacho ministerial determinou “a identificação e o reagendamento de toda a atividade assistencial não realizada por força da pandemia COVID-19”. Essa suspensão conduziu a uma queda muito significativa na

utilização de consultas médicas e de enfermagem (queda de 23% nas consultas hospitalares), de cirurgias programadas (reduções de 51% nas cirurgias realizadas e de 11% no número de doentes inscritos para cirurgia), atendimentos de urgência (queda de 44%) e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ⁽⁷⁾, com consequências ainda não totalmente esclarecidas. Continua a ser muito problemática a retomada da atividade normal na generalidade dos serviços de saúde, crescendo a preocupação em face dos números de mortalidade acrescida, não integralmente explicada pela COVID-19 ⁽⁸⁻⁹⁾.

Portugal teve sucesso no combate inicial à pandemia, conseguindo não reproduzir as situações ocorridas na Espanha e na Itália, tomando as medidas restritivas da liberdade individual necessárias, usando o seu aparelho de saúde pública (comando único da Diretora Geral da Saúde, unidades operacionais espalhadas por todo o país em lógica de proximidade às populações) e escolhendo utilizar os cuidados de saúde primários para acompanhar todos os doentes COVID que não necessitaram de internação hospitalar. Essas medidas permitiram que a capacidade hospitalar nunca fosse esgotada, vários hospitais de campanha foram instalados e nunca utilizados ⁽¹⁰⁾. O confinamento quase geral do país, a capacidade de reorganização e resposta do Serviço Nacional de Saúde, a liderança exercida pelos dirigentes políticos dos municípios, em grande proximidade à população e envolvendo outros agentes locais de proteção civil e a muito positiva reação global da sociedade, acolhendo e até antecipando as limitações impostas pela pandemia, contribuíram para que Portugal tivesse resultados de sucesso nos primeiros meses de combate à pandemia.

O Serviço Nacional de Saúde agilizou todas as plataformas informáticas disponíveis para cuidar dos cidadãos, substituindo, da forma possível, os cuidados prestados de forma presencialmente. Destacou-se o reforço da linha telefônica SNS24, ativada para triagem e encaminhamento de casos suspeitos de COVID-19, a criação de uma Linha de Apoio ao Médico e a concepção de uma nova plataforma informática, “Trace COVID-19”, para registo de informação sobre os casos, rastreio de contatos e integração do trabalho das equipas de saúde pública, saúde familiar e cuidados hospitalares no acompanhamento clínico dos potenciais doentes e respectivo rastreio de contatos. Dessa forma, evitou-se o colapso das unidades de saúde, não se registando episódios dramáticos, como a seleção de doentes no acesso a ventiladores, relatada nos países vizinhos Espanha e Itália.

A permanente informação prestada pelas autoridades de saúde e pelo governo foi essencial para o sucesso. Nessa lógica, pela primeira vez, foi aplicada e executada a máxima prescrita pela Organização Mundial da Saúde: “a saúde em todas as políticas”. No entanto, esta situação durou muito pouco tempo! Aos primeiros sinais de abrandamento da incidência, a gestão do processo de desconfinamento voltou à lógica habitual, secundarizando o conhecimento científico e a prudência aconselhada pelo desconhecido. Os principais responsáveis políticos em Portugal, Presidente da República e Primeiro-ministro, adotaram uma estratégia de apoio ao rápido retorno à normalidade, no discurso e na sua prática de forte visibilidade mediática da frequência de restaurantes e espetáculos culturais. No início de outubro, o discurso volta a ser de rigor, prudência e

até repressão autoritária, causando natural desconforto e talvez desorientação nos cidadãos perante o novo discurso agora responsabilizador dos comportamentos individuais e desculpabilizador das insuficiências das políticas públicas.

A ciência da comunicação se mostrou ser fundamental, pois as orientações comportamentais devem chegar aos cidadãos em formato informativo claro e coerente, não repressivo nem intimidatório. Em Portugal, a generalidade da população acolheu as instruções das autoridades de saúde, com um forte sentimento de medo nas primeiras semanas, progressivamente substituído pela vontade de retorno à normalidade e pela imperiosa necessidade de regresso ao trabalho. O exemplo da incidência acrescida nos municípios da periferia de Lisboa evidenciou que a pandemia é desigual, atinge em maior grau os grupos sociais economicamente mais desfavorecidos e mais dificilmente disciplináveis para adesão aos comportamentos isentos de risco.

Combinar liderança política forte e esclarecida, apoio público à atividade econômica, ativação rápida e eficaz de todos os apoios sociais disponíveis e priorizar a saúde e os cuidados de saúde são o muito difícil e instável equilíbrio que a sociedade portuguesa tenta alcançar neste ano de 2020, longe ainda de o sucesso estar garantido.

3. CONCLUSÕES

Embora a principal prioridade continue a estar no combate à pandemia, já é possível formular várias lições para o futuro próximo, a partir da análise crítica desta pandemia de COVID-19⁽¹¹⁾. As prioridades da investigação científica em saúde devem voltar a incluir as doenças infecciosas, em linha com as necessidades de saúde da população. Também a investigação sobre a saúde pública deve ser priorizada, estudar as melhores práticas de comunicar com as populações, encontrar a “dose” adequada de volume de informação, prevenir os populismos e a falsa informação e investigar quais as melhores formas de utilização das redes sociais como inevitável instrumento de saúde pública.

Proteger a componente pública dos sistemas de saúde parece ser outra conclusão óbvia. Em momentos de forte perturbação, próximos de ambiente de catástrofe, as vantagens da organização dos serviços de saúde em ambiente de mercado desaparecem de imediato. Em Portugal, houve mesmo situações de hospitais privados que, no auge da primeira onda da pandemia, fecharam as portas e colocaram os seus trabalhadores em *layoff*. A capacidade de resistência e de reorganização na prestação de cuidados aos doentes COVID foi quase exclusiva da oferta pública de saúde⁽¹²⁾.

Promover a digitalização nos serviços de saúde, facilitando a prestação de cuidados e o monitoramento de doentes de forma não presencial, é outra evidente lição. Em múltiplas situações, estavam identificadas as vantagens da telessaúde, mas a inércia impedia que as mudanças necessárias ocorressem com o ritmo adequado. A situação pandêmica veio acelerar fortemente

essas mudanças, sendo frequentemente a única forma de os doentes conseguirem contatar os profissionais de saúde.

A resposta à primeira onda da pandemia teve, em Portugal, resultados positivos, graças à rapidez de tomadas de medidas pelo governo, à forma como as autoridades acolheram o conhecimento científico e partilharam responsabilidades na gestão quotidiana, à preocupação em realizar uma comunicação transparente e frequente por intermédio dos mais diversos meios de comunicação e à resiliência e capacidade de reorganização rápida do Serviço Nacional de Saúde, com a rede de âmbito nacional de médicos de saúde pública, o forte envolvimento dos profissionais de saúde familiar, que preveniu o esgotamento da oferta hospitalar, nomeadamente da capacidade instalada em cuidados intensivos.

A persistência da pandemia neste outono/inverno 2020/21 está causando natural cansaço motivado pelas medidas cautelares e restritivas das liberdades individuais em vigor e pelas dramáticas consequências sociais que decorrem da crise económica associada. O sucesso nesta “corrida de fundo” exige uma linha de orientação determinada e clara, discriminação positiva em favor dos mais vulneráveis e uma grande capacidade de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Timeline of WHO's response to COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 Aug 14]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
2. Direção-Geral da Saúde. COVID-19 - Página Inicial [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020 [acesso 2020 Jul 23]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/>.
3. Ricoca Peixoto V, et al. “Timing”, Adesão e Impacto das Medidas de Contenção da COVID-19 em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2020.
4. Nicola M, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg*. 2020;78:185-93.
5. World Health Organization. Strengthening the health system response to COVID-19: Recommendations for the WHO European Region. Policy brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. 1-10 p.
6. Portugal, Despacho nº 5314/2020. Diário da República nº 89/2020. Série II (2020-0507): 79-81.
7. Santana R, et al. The Demand for Hospital Emergency Services: Trends during the First Month of COVID-19 Response. *Port J Public Heal*. 2020;38(1):30-6.
8. Nogueira PJ, et al. Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal. *Acta Med Port*. 2020;33(6):376–83.
9. Vieira A, et al. Mortalidade colateral durante o desconfinamento COVID-19. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa 2020.
10. Conselho Nacional de Saúde. Portugal e a resposta à COVID-19. A posição do Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem. Lisboa, outubro; 2020.
11. Auener S, et al. COVID-19: A Window of Opportunity for Positive Healthcare Reforms. *Int J Health Policy Manag*. 2020;9(10):419-422. doi: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.66>.
12. Stevens S, Pritchard A. Letter to NHS trusts: “Important and urgent – next steps on NHS response to COVID-19”. *Natl Heal Serv Engl*. 2020;1-17.

A CEGUEIRA DOS ESTADOS EM FACE DA PANDEMIA: O CASO DO CANADÁ E DE QUEBEC

Rémy Trudel¹

O político não pode decidir que medidas adotar frente à epidemia, sem a expertise de médicos e de especialistas, mas, em última instância, é ele, sozinho, quem decide.

“O sábio diz o fato, o político o que fazer, mas um não se deduz do outro” (Max Weber, O sábio e o político, 1919)⁽¹⁾

RESUMO: A província do Quebec, no Canadá, foi também fortemente atingido pela COVID-19, assim como as outras províncias canadenses e outras regiões do mundo. Desde 2001, o governo do Quebec estava ciente de que uma eventual pandemia poderia ocorrer ao longo de uma próxima década. A questão não era saber se haveria o surgimento de uma pandemia, mas quando ela ocorreria e que medidas de prevenção deveriam ser adotadas para enfrentá-la. A adoção de uma lei sobre a saúde pública, desde 2001, viria a conferir os poderes necessários ao Diretor Nacional de Saúde Pública para agir. O primeiro caso de COVID-19 no Quebec apareceu em 28 de fevereiro de 2020; no Canadá, o primeiro óbito ocorreu em 9 de março; e, dois dias mais tarde, a Organização Mundial da Saúde declarou instalada a pandemia. Até o presente momento, o Quebec conta já mais de 6 mil mortos, dos quais 80% eram pessoas com 70 anos ou mais. Mais de 75% delas residiam em centros públicos de cuidados prolongados (CHSLD), ou em residências privadas para idosos (RPA). Desde os primeiros dias da pandemia, as reservas de material necessário para enfrentar a crise revelaram-se insuficientes. Ademais, tanto os profissionais de saúde, quanto seus dirigentes revelaram-se também muito mal preparados. Todas as diretivas sobre o uso obrigatório de máscaras pela população, visando reduzir o contágio, foram aplicadas de forma desigual. A decisão de cerrar completamente as portas de todas as empresas, comércios e escolas, em 12 de março, provocará um grande choque econômico e social, atenuado pelo apoio financeiro do governo federal canadense. Apesar de tudo, o Quebec apresenta-se como um território onde o número de óbitos por milhão de habitantes é um dos mais alarmantes do mundo. Para além das investigações e busca de culpados, assim como das medidas necessárias e não adotadas nos últimos 20 anos, impõe-se, antes de tudo, uma política consistente com respeito à questão do envelhecimento da população.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Sistema de saúde e serviços sociais. Políticas públicas.

¹ PhD, ex-Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais, professor da Escola Nacional de Administração Pública (Enap) de Québec.

Texto original em francês traduzido por Fernando Passos Cupertino de Barros.



I. UMA AMEAÇA CONHECIDA DESDE 2001

Um primeiro caso do novo coronavírus, fora da China, foi declarado em 13 de janeiro de 2020 e comunicado à Organização Mundial da Saúde (OMS). Todos os membros da Organização, assim como a comunidade internacional, tinham plena ciência, desde 2005, não apenas do perigo de uma pandemia, mas também da absoluta certeza de sua aparição no curso das próximas décadas, a tal ponto que a OMS publicou, em 2005, após o trabalho de equipes de cientistas e especialistas em populações, um guia completo sobre “alerta e respostas às epidemias, uma lista de controles da OMS para o planejamento prévio a uma pandemia de gripe”⁽¹⁻²⁾.

Nas Américas, o espectro de uma pandemia permanecia como objeto de curiosidade para um pequeno número de especialistas em saúde pública, como se as evidências fossem coisa de ficção científica. O discurso político da época preocupava-se, bem mais, com o equilíbrio do terror induzido pela ameaça nuclear como elemento de demonstração de poder. A ameaça, entretanto, muito mais mortífera de um vírus agressivo que iria atingir todos os países beligerantes dessa época, seria apenas produto de uma imaginação fértil.

No Canadá, esse alerta da OMS não foi formalmente retransmitido às províncias, que são constitucionalmente responsáveis pela organização e pela dispensação dos serviços de saúde. Entretanto, as próprias equipes de saúde pública do Quebec, por exemplo, alertaram formalmente as autoridades políticas, desde 2001, sobre a iminência de uma inevitável pandemia mortal de gripe, no curso da próxima década. Esse alerta foi acompanhado por um diagnóstico não menos implacável sobre as insuficiências de poderes e de meios para que a Saúde Pública pudesse enfrentar a eventual epidemia⁽³⁾.

Para enfrentar a catástrofe anunciada, as autoridades de saúde pública do Quebec, à época, pressionaram o legislador sobre a necessidade de aprovar, pela Assembleia Nacional, uma nova lei de proteção da saúde pública, que dotaria as autoridades sanitárias de poderes de intervenção que estivessem além dos interesses políticos e de suas motivações eleitoreiras. As autoridades sanitárias também pressionaram os tomadores de decisão sobre a necessidade de haver uma política de destinação de pessoal adequada, a fim de enfrentar uma eventual situação de crise.

Uma lei assim, sobre a saúde pública, foi aprovada em junho de 2001. Ela é bastante incisiva, por exemplo, em seu art. 54, que obriga todos os ministérios e organismos governamentais a procederem à uma avaliação de impactos sobre a saúde (EIS), antes da proposição de quaisquer novas disposições legislativas. As autoridades de saúde pública foram, dessa forma, dotadas de poderes de intervenção robustos, inéditos em matéria de proteção, promoção, prevenção e de vigilância em saúde⁽⁴⁾.

A organização dos meios para chegar a exercer esses novos poderes foi deixada, entretanto, à vontade das autoridades políticas. Desde então, essas mesmas autoridades, responsáveis por garantir a segurança sanitária das populações de seus territórios, entraram num longo período de negação e de letargia em relação às medidas preventivas a serem implementadas para enfrentar a pandemia atual, cuja ocorrência inevitável havia sido demonstrada pelos especialistas.

Ademais, o desejo impetuoso de solucionar o acesso aos serviços médicos de urgência adquiriu tamanha importância em matéria de organização dos serviços de saúde e serviços sociais, que a saúde pública e seus profissionais foram postos de lado. “Os médicos e o pessoal de saúde pública não tratam de feridas”, era o que mais se ouvia. As equipes de profissionais e de especialistas viram-se, conseqüentemente, reduzidas pela simples e equivocada razão de que “eles não pegam na mão dos doentes”.

Na seqüência da crise bancária e financeira de 1988, os governos foram pressionados pelas agências de crédito em nível internacional. Os Estados engajaram-se, então, em vastos programas de luta contra o *deficit*; e, em meio às primeiras vítimas, estava a saúde pública, porque as vezes que defendiam a necessidade de investir em medidas preparatórias de luta contra uma pandemia foram enterradas por aquelas tonitruantes dos *lobbys* corporativos. No entanto, a epidemia terminaria por alcançá-los, aqui e em outros lugares. No dia 24 de janeiro de 2020, o Diretor Nacional de Saúde Pública do Quebec, Dr. Horácio Arruda, transmitia tranquilidade ao dizer que “o Quebec é proativo no assunto porque nosso sistema de saúde está pronto a enfrentar um eventual aparecimento de casos”⁽⁵⁻⁶⁾. A insuficiência de fontes de informação e de comunicações invalidaram essa afirmativa. Somente no dia 28 de fevereiro é que o primeiro caso foi declarado no Quebec. O primeiro óbito, no Canadá, ocorreu em 9 de março; e, somente no dia 11 do mesmo mês, a OMS qualificou a epidemia de COVID-19 como pandemia. Para o Quebec, toda uma série de ações não implementadas ao longo dos últimos 20 anos, em matéria de saúde pública, vieram à tona.

2. A CONSTATAÇÃO DE DANOS NO INÍCIO DA SEGUNDA ONDA DE CONTAMINAÇÃO

No Canadá, somente no dia 17 de março o governo federal decidiu pelo fechamento das fronteiras aos turistas e outros visitantes estrangeiros. Somente os cidadãos canadenses poderiam entrar no país. Foram excluídos de tal medida, entretanto, os cidadãos americanos, por motivos que continuam desconhecidos até os dias atuais. Suspeita-se de pressões políticas do país de Donald Trump para resistir aos imperativos da saúde pública. Somente no dia 21 de março, as fronteiras com os Estados Unidos da América (EUA) foram fechadas. Com a velocidade de propagação do vírus, essa exceção na fronteira comum com os EUA produzirá efeitos desastrosos.

Desde os primeiros casos detectados na China, nas Américas (especialmente nos EUA) e no Ocidente, as autoridades políticas fizeram uma pausa para um balanço sobre os inconvenientes e desvantagens de fechar os céus à livre circulação de pessoas por via aérea, apesar dos perigos para a saúde pública. Durante esse tempo, milhares de pessoas assintomáticas e outras, oligossintomáticas, puderam circular em toda impunidade, carregando o vírus consigo.

Os poderosos *lobbys* da indústria aérea e das multinacionais que exigem deslocamentos intercontinentais, assim como das empresas ligadas ao turismo, puseram-se em ação para intervir contra qualquer interdição de viagem, ou pior ainda, para não se obrigarem a períodos de confinamento, quando do regresso de voos intercontinentais.

Diante da velocidade de propagação e do número de óbitos, particularmente nas instituições de longa permanência para idosos, o Quebec terminou por ordenar, no dia 23 de março, o fechamento completo das escolas e de todos os comércios julgados não essenciais⁽⁷⁾.

No final do mês de setembro de 2020, a situação é ainda mais alarmante, e a insuficiência de recursos humanos em saúde fez virem à tona as negligências e omissões em matéria de prevenção e de formação em saúde pública nos últimos 20 anos.

Em meados de outubro, para o Quebec, mais de 90 mil casos foram confirmados; 5.977 óbitos; 488 hospitalizações; e 74.483 pessoas recuperadas. No conjunto do Canadá, são 154.628 casos confirmados; 13.371 casos ativos e 9.310 mortos. Quando se compara o número de casos por 100 mil habitantes, o Quebec atinge a cifra de 1.048 casos, enquanto os EUA e o Brasil ultrapassam 2.300 casos.

O Instituto Nacional de Saúde Pública do Quebec (INSPQ) informou, em 15 de setembro, um total de 677 óbitos por milhão de habitantes. Na mesma data, a taxa foi de 604 por milhão de habitantes, para o mesmo período, nos EUA, e de 706 no Brasil.

Outros dados indicam uma taxa de 583 por milhão de habitantes para a Suécia; 475 para a França; 590 para a Itália e 856 para a Bélgica. Notemos, ainda, uma taxa de apenas 5 óbitos por milhão de habitantes na Nova Zelândia; 11 no Japão e 32 na Austrália.

A taxa de contágio, de multiplicação (Rt) de casos no Quebec era de 1,37 em 18 de setembro. Trata-se de uma estimativa média do número de pessoas que um caso confirmado contaminará seus comunicantes.

O comportamento muitas vezes ligado à indolência do presidente americano (607 óbitos por milhão de habitantes) nos deixa, entretanto, perplexos quando analisamos os resultados observados no caso do Quebec (677 óbitos por milhão de habitantes)⁽⁸⁾.

3. OUTRAS VÍTIMAS COLATERAIS DA COVID-19

Desde o momento em que o número de casos declarados e a progressão foram observados, as autoridades sanitárias foram tomadas pela “síndrome italiana” diante do número de hospitalizações e da insuficiência de equipamentos médicos necessários ao atendimento dos doentes. Os médicos foram obrigados a viver o terrível dilema de escolher quem poderia e deveria ter acesso aos tratamentos ligados à sua condição. De modo claro, diante da velocidade de propagação e da eventualidade do esgotamento da capacidade dos hospitais, uma redução drástica de serviços médicos e de intervenções cirúrgicas, e mesmo de serviços diagnósticos, foi decretada.

No Quebec, 8 mil leitos, de um total de 17.240 disponíveis nos hospitais, foram fechados para torná-los acessíveis às vítimas da COVID-19. Os analistas do impacto de tais medidas estimam que cerca de 5 mil pessoas tiveram seus diagnósticos adiados, ou cirurgias canceladas. No caso dos tratamentos oncológicos, isso fez com que os pacientes passassem do estágio de tratamento curativo ao de tratamento paliativo⁽⁹⁾. Os observadores da situação indicam, ainda, um aumento importante de casos ligados à saúde mental, que se agravaram de maneira importante.

4. UMA MÃO DE OBRA MAL PREPARADA PARA ENFRENTAR A PANDEMIA

Uma constatação rapidamente se impôs ante a amplitude do desafio. A mão de obra que intervém em todos os níveis do sistema de saúde permaneceu na ignorância de conhecimentos e sem a formação necessária para enfrentar a pandemia inevitável.

A primeira observação que a violência da crise nos ensina é que todo o pessoal de saúde, cerca de 300 mil pessoas, de todas as categorias de emprego, para uma população de 8 milhões de habitantes no Quebec, sofre de uma carência quase absoluta quanto aos conhecimentos e meios a serem empregados no enfrentamento de uma pandemia de tal amplitude e virulência como a COVID-19.

A luta contra os *deficit* orçamentários, que se tornou a nova religião dos Estados, tanto em Quebec como alhures, nos faz imaginar facilmente sobre como o lugar da saúde pública, em

termos de conhecimentos, de ameaças e de prevenção, bem como de preparação à luta eventual, foi relegada a plano secundário.

A política exigia, então, colocar em primeiro plano uma luta contra o endividamento, sem ser capaz de ver as advertências da OMS, por exemplo, sobre uma crise de amplitude ainda maior, cuja fatalidade se conhecia, embora não se soubesse exatamente quando ela iria aparecer.

A situação que se tornou insustentável nas instituições de longa permanência para idosos (CHSLD) só pôde ser enfrentada graças ao concurso das forças armadas canadenses e da Cruz Vermelha, às quais se pediu socorro para apoiar e cuidar das pessoas internadas e confinadas nesses lugares, longe dos olhos do poder e de uma população indolente.

5. O DRAMA DOS IDOSOS

A crise fez aparecer uma brutal constatação. O desvio de uma sociedade produtivista, capaz de descartar, colocar de lado e para fora do circuito do contrato social as pessoas idosas, torna-se patente. O pessoal da saúde pública, reduzido em seu contingente, não podia afirmar, com certeza, que o modelo de aglomeração das pessoas idosas e vulneráveis nas residências e instituições de longa permanência para idosos viria a se tornar uma importante fonte de propagação, determinando, por fim, uma hecatombe sem precedentes.

Assim foi que 89% dos 5.800 óbitos ocorreram em pessoas de 70 anos e mais. A reação instintiva foi então de aumentar o isolamento para limitar o contágio, ignorando naquele momento que a origem da pandemia mortal nas instituições de longa permanência para idosos (CHSLD – públicos; e RPA – residências privadas para pessoas idosas) provinha do exterior, da parte de um pessoal frequentemente impotente diante da angústia e da amplitude do drama.

A medida derradeira para esses idosos e vulneráveis foi a de cortar todo contato com o exterior e confiná-los, 24 horas, num quarto compartilhado com uma ou mais pessoas. Suas condições deixavam transparecer que elas não podiam mais contar com a mão amiga de um cuidador natural, ou de um parente, para acompanhá-las em sua agonia, terminando muitas vezes desidratadas e famintas. Essa foi a constatação da Protetora do Cidadão, em seu relatório anual 2019-2020 ⁽³⁾.

Inúmeros relatórios de organismos independentes em 20 anos, no entanto, fizeram soar o alarme repetidamente. O drama era, pois, previsível. Em lugar de uma política para o envelhecimento global e multifatorial, os velhos reflexos de construir mais estabelecimentos para ter onde colocar essas pessoas, que não param de envelhecer e de demandar mais cuidados, vieram à tona. Os estabelecimentos de cuidados prolongados (CHSLD) iriam tornar-se, a partir de então, residências para os idosos, com dimensões reduzidas e sua construção, como para os castores, deveriam adotar uma feição mais humana.

6. OS ALERTAS INSISTENTES PARA CORRIGIR AS LACUNAS

Um primeiro relatório da Protetora do Cidadão sobre a alarmante situação das pessoas idosas em CHSLD, ou em domicílio, dirigido ao Ministro da Saúde de então, François Legault, foi publicado em 2002. Como um refrão que nos evoca uma lancinante melopeia sobre a condição dos idosos, a resposta política foi, mais uma vez, a de alocar alguns dólares a mais, que seriam recuperados pela redução da burocracia e do pessoal ligados à organização e à dispensação dos cuidados.

O método é bem conhecido e possui a dupla vantagem de, por um lado, colocar a carga sobre os ombros de cerca de 470 mil “servidores civis” do setor público, e, de outro, servir para alimentar um populismo crescente, para quem todos os males provêm desses “aproveitadores do sistema”, que enchem os bolsos à custa dos outros.

O método tem uma terceira vantagem: a construção de um discurso público que afirma que o mais importante é colocar o dinheiro no bolso das pessoas, a fim de alimentar a livre escolha individual das soluções no imediato, mandando às favas as necessidades coletivas de longo prazo. Isso é o que se convencionou chamar de “public choice”, uma doutrina econômica e social defendida por Ronald Reagan nos anos 1980: as necessidades individuais em primeiro e, também, minimizar o papel do Estado, restringindo-o a suas funções essenciais.

7. A AUSÊNCIA DE POLÍTICA DE MANUTENÇÃO EM DOMICÍLIO

A saúde pública esteve longe de ter em mãos a possibilidade de garantir uma preparação adequada em termos de materiais e de pessoal apto para o enfrentamento da pandemia. Ela não pôde, também, lançar mão dos arts. 54 e 57 da nova Lei sobre a saúde pública, de 2001, e dos poderes de restrição em matéria de vigilância epidemiológica e medidas impositivas à sua disposição para corrigir a situação. Ela nunca esteve, também, na condição de avançar sobre medidas preventivas ou de intervenções em relação a uma pandemia.

Sem política sobre o envelhecimento e o orçamento necessário, os cuidados domiciliares ficaram apenas no terreno das boas intenções e das promessas irrealizáveis. Pode-se imaginar facilmente que os cuidados e serviços requeridos por esses idosos, confinados em suas casas, continuaram a ser insuficientes e contribuem para manter essa parcela da população num significativo estado de precariedade.

8. A RECUSA DE UM REGIME DE SEGURO UNIVERSAL PARA A AUTONOMIA

O Ministro da Saúde, em 2001, encomendou a especialistas um estudo a fim de propor soluções que pudessem enfrentar o fenômeno do envelhecimento da população e as necessidades dele decorrentes, que iriam aumentar nos próximos 50 anos.

A primeira constatação desse estudo é que o Estado não terá, de forma alguma, os meios para cuidar de seus idosos, com o ritmo de envelhecimento da população nas próximas décadas. A tributação, por mais progressiva que seja, nunca poderá atingir um nível suficiente para atender às necessidades. Somente as artimanhas orçamentárias permitirão maquiagem a situação no curto prazo.

A solução documentada, que foi proposta, seria a de estabelecer um regime contributivo de seguro para que se possa obter os meios capazes de garantir o acompanhamento em domicílio e os cuidados em instituições de longa permanência para idosos. Às vésperas de uma nova eleição geral, em 2003, a mudança da liderança política no poder relegará as necessidades do projeto às estantes empoeiradas dos relatórios, pois o estabelecimento de uma nova política pública exige determinação e vontade para sua concretização.

Durante mais de 10 anos, a necessidade de um regime de seguro ficará engavetada antes de ser incluída na agenda por um novo ministro da saúde, em 2014. O projeto será, mais uma vez, relegado à lista das omissões, em razão da derrota do governo de então. De novo, uma omissão marcada pela cegueira política causada pela obsessão por visibilidade. A anemia dos meios disponíveis levará, conseqüentemente, a uma deterioração do nível dos profissionais necessários para proporcionar tais cuidados.

9. UMA REFORMA DE ESTRUTURAS BUROCRÁTICAS CENTRADA NO HOSPITAL

Em lugar de uma política de envelhecimento, uma grande reforma das estruturas burocráticas centrada em hospitais relegará os centros para idosos à simples categoria de locais de acomodação em uma estrutura megacentralizada.

O modelo Kaiser Permanente para as seguradoras, nos EUA, servirá de modelo de base para implantar, em 2017, um sistema hipercentralizado, com foco sobre o ato médico, fazendo com que todos os outros recursos gravitem em torno da figura do médico. A criação dos Centros Integrados de Saúde e Serviços Sociais (CISSS) levará à dispensa de 3 mil administradores de saúde, além da supressão das funções de direção em cada uma das instituições de longa permanência para idosos.

Esses estabelecimentos de saúde tornaram-se, assim, estruturas autossustentáveis, ligadas a uma direção central subordinada ao Ministro da Saúde. Essa autoridade centralizada assumirá, também, a direção dos hospitais, dos Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), dos Centros da Juventude e as diretorias de saúde pública. Todas elas subordinadas, doravante, a uma única administração central no território.

A primeira consequência, diante da pandemia, no decurso da primeira onda de ataque do vírus, equivale a um campo de batalha sem a presença de um general, numa luta para enfrentar a

situação. Disso resultará uma cacofonia organizacional mortal e um fim de vida desesperador para muitos outros. Cinco mil pessoas, abandonadas à própria sorte por falta de pessoal para ajudá-las, morrerão em condições semelhantes ao que se vê em países do Terceiro Mundo. A situação é de tamanha gravidade que o exército canadense e a Cruz Vermelha serão chamados para resgatar essas vítimas, assegurando-lhes os serviços essenciais de que necessitavam.

Os fracassos ao longo das duas últimas décadas, com respeito às pessoas idosas, surgirão à luz do dia de uma sociedade cada vez mais individualista e cada vez mais obcecada pelo seu PIB que pela sorte daqueles que, por sua idade, já não mais fazem parte da engrenagem ativa que busca o crescimento a qualquer preço.

10. A ECONOMIA ANTES DA SAÚDE PÚBLICA

Desde os primeiros alertas, as inquietações se deram muito mais sobre as repercussões econômicas dessa crise sanitária do que sobre as medidas a serem implementadas, segundo as prescrições da saúde pública.

Desde a aparição das primeiras manifestações do novo coronavírus na China e, depois, na Europa, assim como na África do Norte, foi a ameaça econômica real quem ocupou o lugar de destaque. O tratamento da pandemia e sua erradicação seguiriam o método habitual, isto é, garantir o máximo de controle sobre a velocidade de propagação do vírus e produzir uma vacina para colocá-lo fora de circulação. É semelhante a uma dor de dente repentina, que é curada pela extração, até que haja um novo dente cariado.

No Canadá e no Quebec, como em muitos outros Estados, os dirigentes políticos farão uma abordagem política populista, descrevendo a pandemia como uma agressão externa, da qual saberão se proteger como valentes cavaleiros a serviço do povo, comportando-se como seus baluartes contra um mal inventado para dominá-lo. Uma abordagem de poder que se espalhará e que estará na origem de um movimento conspiratório de fortalecimento do próprio poder, como um espelho que reflete uma imagem da necessidade de proteção contra essa agressão externa. Para muitos líderes, vai se deixar progredir lentamente o sentimento de desconfiança em relação aos cientistas que reforçam esse movimento “que visa controlar você”.

11. UM GABINETE DE CRISE PARA “CONSTRUIR O AVIÃO EM PLENO VOO”

Em 12 de março, o Primeiro-Ministro do Quebec constituiu um gabinete de crise, incluindo o Diretor Nacional de Saúde Pública, para alimentar as decisões a serem tomadas, não somente pela saúde pública, conforme o autorizado pela lei sobre a saúde pública de 2001, mas também pelas autoridades políticas legitimamente constituídas, que são responsáveis diante da população e da Assembleia

Nacional. Com todas as lacunas de conhecimentos, como de resto no mundo inteiro, em relação ao comportamento e agressividade do vírus, as autoridades políticas atuam no assunto como se pilotassem um avião sem instrumentos. Afirma-se, claramente, que as decisões tomadas são semelhantes a “construir um avião em pleno voo”.

No Canadá e no Quebec, foi a amplitude do drama vivido pela Itália e pela Espanha que obrigará as autoridades políticas a se colocarem na retaguarda da saúde pública, esperando que os dias de atraso nas ações não tenham permitido que o vírus se instalasse solidamente durante esse período de indolência em face de sua propagação. Esse prazo de reação será fatal para milhares de pessoas.

As análises sorológicas dos primeiros casos de quebequenses atingidos pela COVID-19 mostraram que 247 viajantes, que tiveram como ponto de partida a Europa, os EUA, as Antilhas e a América Latina, deram origem à epidemia no Quebec. O governo canadense terá todo tipo de contratempos com os EUA de Donald Trump, antes de fechar suas fronteiras. Isso será muito pouco, muito tarde e os impactos econômicos superarão a crise de saúde.

12. ADMINISTRAR A HECATOMBE PARA AS PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Desde os primeiros sinais da crise, o pesado legado das negligências do passado passou a determinar uma verdadeira hecatombe para as pessoas idosas, em instituições de longa permanência, tanto no sistema público quanto no setor privado.

Colocada em evidência pela pandemia, a falta de pessoal afeta dramaticamente essas instituições. No dia 23 de setembro de 2020, em um relatório especial, a Protetora do Cidadão enunciou sua preocupação sobre a problemática, que persiste, a despeito de suas diversas intervenções sobre o mesmo assunto, ao longo dos anos⁽¹⁰⁾.

O resultado desses problemas previamente existentes, apesar de numerosos lembretes sobre o drama em potencial, surgiu quando a epidemia se transformou em pandemia. Para os idosos, as consequências foram dramáticas, ao ponto de muitos morrerem sozinhos, com sede e em condições higiênicas que nos lembram às da gripe espanhola de 1918. O resultado mais dramático foi que os cuidados prestados aos idosos perderam o grande componente de humanidade que os caracterizava até então. As instituições, que os tinha recebido, entretanto, haviam assumido a responsabilidade de oferecer-lhes todos os cuidados necessários às suas condições de saúde.

13. PRIMEIRO, ACHAR OS CULPADOS

Os observadores experimentados com esse tipo de crise, que cursa com várias ondas, temem que a acalmia seja especialmente propícia para a busca de culpados pela situação catastró-

fica. O fenômeno é mais frequentemente observado quando do surgimento de um relaxamento e de um *deficit* de atenção para enfrentar uma segunda onda, sobre a qual a ciência nos previne que será mais virulenta que a primeira.

No plano político, o desastre da primeira onda deve ser assumido por alguém e, no Quebec, é a Ministra da Saúde, outrora colocada no topo dos gestores da saúde, quem virá a ser descartada. Ela será substituída por alguém competente, que virá do setor privado, a fim de fazer funcionar o sistema debaixo de vara, se for necessário. “Se somos capazes de demitir uma ministra da saúde, podemos despedir um administrador que não seja obediente em executar as ordens”, previne o novo Ministro. Antes de tudo, administradores obedientes às ordens da máquina político-administrativa.

A segunda onda reforçará uma visão centralizadora e executiva das políticas públicas, com foco sobre os resultados e com linhas diretivas de cima para baixo.

14. UMA SEGUNDA ONDA QUE REVELA OUTRAS OMISSÕES

A luta contra o *deficit* teve como resultado a restrição do número de vagas disponíveis para formação em enfermagem. No interior dos estabelecimentos de saúde, foram 4.500 pessoas que deixaram seus postos de trabalho desde 2001⁽¹¹⁾. Ademais, um grande número delas migrou para os consultórios privados, ou ainda para o serviço de organizações privadas, a fim de poder trabalhar em tempo parcial em diferentes estabelecimentos de saúde. E é aqui que o sapato aperta. Esses e outros trabalhadores são obrigados a se deslocar de um lugar para outro, a fim de suprir a falta de pessoal. Está comprovado que foram essas pessoas que, inconscientemente, introduziram o vírus nas instituições de longa permanência para idosos.

Para remediar a falta de mão de obra necessária ao serviço, a urgência e a gravidade da crise suspenderão uma hipoteca orçamentária que persistia há 20 anos e levará à formação acelerada de 10 mil profissionais de enfermagem, com aumento da remuneração, mesmo que isso provoque um desequilíbrio com as demais categorias profissionais do sistema.

Para limitar os contatos entre as pessoas infectadas e os membros da comunidade, o governo canadense autorizou o uso de uma plataforma digital que permite emitir aos demais membros de uma comunidade um alerta sobre uma pessoa infectada. As restrições ligadas à proteção das informações pessoais ficam, assim, suspensas, o que significa um grave precedente.

Um grande esforço será feito a fim de aumentar a testagem, de modo significativo, para melhor controlar eventuais focos de eclosão da doença⁽¹²⁾. Ainda aqui, o *deficit* de pessoal de análises clínicas para a realização dos exames e fornecimento dos diagnósticos provocará não somente atrasos nos resultados como também a possibilidade do surgimento de focos da doença por não se conhecer o estado real das pessoas. A centralização dos laboratórios de análises clínicas, ocorrida em 2018, restringiu ainda mais o acesso aos serviços diagnósticos.

15. CONCLUSÕES

A pandemia lembrou-nos cruelmente de que os fracassos e as omissões dos últimos 20 anos nos obrigam, agora, a definir uma linha de futuro para que a esperança alimente a ação de gerações, a começar por aquela das vítimas atuais e ainda pela que se considera invencível diante de ameaças mortais.

Para estabelecer um diagnóstico sobre as causas do colapso dos serviços, na primeira onda da pandemia, o político desistirá de uma investigação independente e, em lugar disso, confiará o trabalho a um comissário que se reportará ao Ministro da Saúde. O relatório estará pronto em... um ano!

Para o Canadá e o Quebec, os erros do passado impõem às autoridades políticas o dever de construir uma verdadeira política pública relacionada com o envelhecimento. O primeiro desafio para o futuro, nesse sentido, é claramente o de colocar a ciência antes do populismo.

A organização dos serviços públicos de saúde recuperou, em circunstâncias dramáticas, sua legitimidade e sua necessidade. Uma vez que a pandemia é universal, a Ciência apela aos especialistas e pesquisadores a uma nova tarefa humanitária.

O recurso de uma vacina poderá, certamente, desacelerar ou interromper a pandemia. É preciso, sobretudo, também temer que isso possa cegar as autoridades políticas, enquanto se aguarda uma próxima crise.

REFERÊNCIAS

1. Organisation Mondiale de la Santé. Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe [Internet]. 2005 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5/fr/.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe [Internet]. 2005 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/FluCheck_F4web.pdf.
3. Québec. Protecteur du citoyen du Québec, rapport annuel 2019-2020 [Internet]. 24 set 2020 [acesso 2020 set 22]. Disponível em: <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/rapport-annuel-2019-2020-du-protecteur-du-citoyen-communique-no-1/>.
4. Québec. Assemblée nationale. Loi sur la santé publique [Internet]. 10 mar 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2001C60F.PDF>.
5. Faucher M, Chevrier A, Béland A. La pandémie au Québec, en citations e en dates. Le Devoir [Internet]. 22 abr 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.ledevoir.com/documents/special/2020-04-22-pandemie-citations-dates/index.html>.
6. Institut national de santé publique du Québec Rapport annuel de gestion [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 13] Disponível em: <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1636/>.
7. Lecavalier C. Les écoles, les cégeps et les universités seront fermées pour deux semaines au Québec. Journal du Québec [Internet]. 13 mar 2020 [acesso 2020 out 08]. Disponível em: <https://www.journaldequebec.com/2020/03/13/la-fermeture-de-toutes-les-ecoles-envisagee>.
8. Institut national de santé publique du Québec. Données COVID-19 au Québec [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>.
9. Radio Canada. Retard dans le traitement des cancers: la mortalité va s'accroître [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1735476/coronavirus-cancers-diagnostics-retard-traitement-morts-COVID-19>.
10. Radio Canada. La protectrice du citoyen fait état des nombreux services publics déficients [Internet]. 26 set 2019 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1318361/protectrice-citoyen-services-publics-deficients-rinfret>.
11. Lepage G. 800 infirmières ont démissionné à Montréal depuis mars. Le Devoir [Internet]. 21 ago 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/584579/800-infirmieres-ont-quitte-le-reseau>.

12. Radio Canada. Dépistage: le gouvernement appelle des renforts pour la deuxième vague [Internet]. 04 set 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1731351/coronavirus-pandemie-tests-depistage-gouvernement-quebec-efforts>.

FINANÇAS PÚBLICAS, MERCADO E POLÍTICA GOVERNAMENTAL DE COMPRAS PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS PÓS-COVID-19

Lucas Bevilacqua¹

RESUMO: O presente artigo teve por propósito apresentar o atual cenário das Finanças Públicas pós-COVID-19 que implicou alterações severas no regime fiscal em execução, com mudanças sem paradigmas ante as profundas alterações no regime de mercado a impactar diretamente a execução da política pública de saúde, sobretudo, na política governamental de compras públicas de fármacos e medicamentos. Para tanto, apresenta-se, primeiro, o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional. Em um segundo momento, parte-se para análise do regime de compras públicas e modalidades de intervenções do Estado no domínio econômico, tendo em consideração o abuso de poder econômico em prejuízo à livre concorrência, equilíbrio de mercado e das finanças públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Orçamento de Guerra. COVID-19. Políticas Públicas. Compras Governamentais. Intervenção do Estado no Domínio Econômico.

¹ Doutor e Mestre em Direito Econômico, Financeiro e Tributário (USP), Professor Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Direito e Políticas Públicas (PPGDP/UFG) e Coordenador do Observatório da Macrolitigância Fiscal do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisa (IDP/Brasília). <https://orcid.org/0000-0002-4357-8481>. lucas.bevilacqua@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A eclosão de mais uma pandemia com a COVID-19, a partir de um novo sorotipo coronavírus, no mês de março de 2020, foi apta para evidenciar um Sistema Único de Saúde (SUS) muito bem concebido, que permite protagonismo das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), porém, muito mal organizado e controlado⁽¹⁾; o que trouxe uma série de lições éticas, sociais e financeiras.

O início da COVID-19 na China e sua rápida disseminação na Europa e América revelou que medidas antiquadas podem tornar mais eficaz o instrumento de contenção e controle da disseminação do vírus, a exemplo da própria quarentena, sobretudo, em economias mundiais ineficientes na testagem; seja em função de ausência de recursos para aquisição, seja diante de falhas de mercados ou mesmo ambos.

No Brasil, o histórico subinvestimento público em saúde, oficializado com o que ficou conhecido como “novo regime fiscal”⁽²⁾, consolidou um sucateamento do SUS atestado pelas ausências: (i) de um controle efetivo de arrecadação e aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)⁽³⁾, (ii) do cargo de médico como carreira pública de Estado e (iii) de uma política governamental eficiente de compras públicas de medicamentos.

Cada uma dessas ausências de respostas eficazes durante a COVID-19 encontra vínculo imediato com o regime fiscal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁽⁴⁾ e expedientes, legítimos e (i) legítimos empreendidos pelos gestores do SUS para atender às prescrições legais de Direito Financeiro, Administrativo e Sanitário.

Em julgamento histórico, depois de 20 anos de vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal⁽⁴⁾ (LC 101/2000), o Pleno do Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu o julgamento da

Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 2.238, relator Min. Alexandre de Moraes, referendando medidas cautelares pela inconstitucionalidade da limitação de empenho (art.9º, §3º) e confirmou vedação da redução de vencimentos quando da redução de jornadas com vistas a promover adequação das despesas com pessoal (art.23 §§).

Já em um cenário de crise fiscal, os governos subnacionais muito ansiavam pela revogação cautelar com vistas a promover contingenciamento de despesas simultaneamente ao “novo regime fiscal” imposto pela EC 95/2016⁽⁵⁾; o que foi objeto da ADI 5.595, relator Ministro Dias Toffoli, em julgamento, que implicou redução histórica dos investimentos em saúde.

Nesse cenário de macrolitigância fiscal, adveio a pandemia da COVID-19, que demandou medida rápida do governo federal com vistas a promover interpretação conforme de alguns dispositivos da LRF, mediante ajuizamento da ADI 6.357, relator Ministro Alexandre de Moraes, de modo que os gestores não viessem a incorrer em crime de responsabilidade fiscal ante a violação de dispositivos atinentes à execução de despesas e concessão de incentivos fiscais vinculados à COVID-19; o que foi concedido em medida cautelar referendada em Plenário.

Nesse ínterim, foi aprovado o “Orçamento de Guerra” (EC 106/2020)⁽⁶⁾ que institui o “Regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional” com alterações de ordem constitucional, administrativa, financeira e tributária.

Simultaneamente, a pandemia trouxe repercussões na ordem econômica ante a artificialidade de preços praticados pelos agentes econômicos; o que demanda investigação acadêmica e de mercado com vistas a melhor compreender eventuais intervenção do Estado no domínio econômico.

2. MÉTODOS

A partir do método dedutivo, partindo-se das diversas implicações jurídicas da pandemia, pretende-se empreender análise jurídico-financeira das compras públicas de medicamentos em um ambiente de economia de mercado que, muito antes de vedar a intervenção do Estado no domínio econômico, o pressupõe.

Para tanto, é fundamental compreender antes o “Regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional”; o que demanda investigação antes da própria execução orçamentária e fases de realização da despesa pública na perspectiva sempre da LRF⁽⁴⁾.

Em seguida, tendo em conta o propósito de evitar abusos de preço, baixa qualidade nos produtos e compras públicas que extrapolem demandas e formação de estoques desnecessários, é necessário esclarecer quais modos e medidas de intervenção do Estado no domínio econômico conformes os ditames da Ordem Econômica na Constituição de 1988 (CF/88)⁽⁷⁾.

Tal enfrentamento encontra limites nas Finanças Públicas, no Direito Financeiro e no Direito Econômico que balizam respostas às seguintes questões: o estado de calamidade legitima a realização de despesas públicas além dos limites estabelecidos nas leis orçamentárias e na LRF? Qual é a forma de suprimentos de medicamentos que autorizados pelas autoridades sanitárias que se deseja ter e aplicar em prol dos brasileiros? Quais fatores promovem o incremento do uso, consumo e preços dos medicamentos? O que a atual Ordem Econômica prevê como política governamental na indústria farmacêutica? Quais os instrumentos de intervenção do Estado no domínio econômico do setor de fármacos? O que caracteriza “abuso do poder econômico”, “sobre preço” e “superfaturamento” em prejuízo às Finanças Públicas?

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com vistas a apresentarmos os resultados do trabalho empreendido com o uso do método acima enunciado e respectivas técnicas de pesquisa adotadas, apresenta-se a seguir a discussão na expectativa de responder a cada uma das questões antes enunciadas.

Após praticamente duas décadas de vigência, apenas em 2020, o STF concluiu o julgamento da ADI 2.238/DF⁽⁸⁾, para reconhecer a constitucionalidade da Lei de Responsabilidade Fiscal.

No julgamento de medida cautelar da referida ação, o Eminentíssimo Ministro Néri da Silveira acentuou que “a Lei de Responsabilidade Fiscal é diploma da maior importância para a vida da Nação, e veio, exatamente, expressar o progresso institucional que o país experimenta, o qual há de nos dar fé exatamente na consolidação do regime democrático, no funcionamento dos Poderes”⁽⁸⁾.

Naquela assentada, o Ministro Luiz Edson Fachin assentou que “houve verdadeiro e necessário amadurecimento fiscal do Estado, o qual, por sua vez, com responsabilidade democrática, superou a cultura do desaviso e do improvisado nas finanças públicas”⁽⁸⁾. Para reconhecer, ao final, os papéis essenciais tanto a Lei de Responsabilidade Fiscal, quanto Leis de Diretrizes Orçamentárias.

A discussão se torna ainda mais tormentosa quando referente às limitações no tocante à geração de despesas públicas de caráter continuado, haja vista que o federalismo fiscal exige atribuição de liberdade alocativa dos recursos públicos pelos entes autônomos, como própria razão de ser da descentralização de competências e responsabilidades nos diversos níveis de governo, discussão esta relativa aos arts. 17 e 24 da LRF⁽⁴⁾.

Como consequência, consignou-se que a proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória deverá ser acompanhada de estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro. Normas que assegurem tal estimativa, ao revés de violar a autonomia política dos entes da federação, concretizam e salvaguardam os princípios democráticos e da sustentabilidade financeira, ambos de índole constitucional e intimamente associados nessa questão.

Logo, a LRF prevê planejamento orçamentário, transparência, formas de controle e acompanhamento sob um processo mais rigoroso, atendendo a confiança e os direitos da população ⁽⁴⁾.

Foi justamente ao entender pela constitucionalidade dos dispositivos mencionados, que reconhecido, em contexto republicano, torna-se imperativo que o Estado seja juridicamente estruturado para permitir que o governo aja em prol do *bem comum*, notadamente em prol da efetivação dos *direitos fundamentais*.

Justamente no ano em que celebrávamos os 20 anos da LRF, ante a pandemia instaurada, o Presidente da República ajuizou ação direta de inconstitucionalidade com pedido de medida cautelar para interpretação conforme à Constituição aos arts. 14, 16, 17 e 24 da LRF ⁽⁴⁾, bem como às disposições do art. 114, caput, *in fine* e § 14 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2020 ⁽⁹⁾.

Sustentava, em suma, que pandemia da COVID-19 gera uma conjuntura de colapso generalizado, atingindo todas as atividades produtivas e criando uma situação excepcional. Assim, há necessidade de destinação de políticas sociais à prevenção da disseminação do vírus e à proteção da população atingida, o que não pode ser compensado devidamente por meio do aumento da arrecadação segundo o previsto pelos dispositivos impugnados.

Em decisão monocrática de 29 de março de 2020, o relator Ministro Alexandre de Moraes concedeu medida cautelar, ad referendum, para conceder interpretação conforme à CF/88 ⁽⁷⁾ aos dispositivos impugnados para:

durante a emergência em Saúde Pública de importância nacional e o estado de calamidade pública decorrente de COVID-19, afastar a exigência de demonstração de adequação e compensação orçamentárias em relação à criação/expansão de programas públicos destinados ao enfrentamento do contexto de calamidade gerado pela disseminação de COVID-19 ⁽¹⁰⁾.

Igualmente, isto é, em razão da proteção dos direitos da população, constata-se que o surgimento da pandemia do novo coronavírus corresponde a uma condição superveniente absolutamente imprevisível à execução do orçamento planejado, o que exige atuação coordenada e urgente de todas as autoridades do país.

Nesse cenário, o Plenário do STF referendou a medida cautelar concedida para afastar a incidência dos dispositivos impugnados durante o estado de calamidade pública e para fins exclusivos de combate integral da pandemia de COVID-19, a fim de evitar contingenciamento de recursos e afastar sanções pelo descumprimento de limite de gastos com pessoal para, ato seguinte, reconhecer a perda do objeto da ação ante a edição da EC 106 ⁽⁶⁾ conhecida como “Orçamento de Guerra”.

A pandemia apresenta inúmeros impactos negativos sobre o sistema público de saúde, a execução das despesas públicas, a arrecadação de tributos, a atividade econômica, a população,

em especial, os grupos mais vulneráveis. Por esse motivo, são necessárias medidas de efeito imediato para dar efetividade à proteção da vida e da saúde, conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Essas diretrizes são consecutórias do próprio direito à saúde previsto no art. 196 da CF/88⁽⁷⁾. Na ordem internacional, igualmente definido no art. 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁽¹¹⁾, o direito à saúde é garantido por meio da obrigação dos Estados Partes de adotar medidas necessárias para prevenir e tratar as doenças epidêmicas. Interpretando esse dispositivo, o Comitê de Direitos Econômicos e Sociais, em seu Comentário Geral nº 14, sublinha a importância de os Estados aderirem às diretrizes da OMS, não apenas por serem elas obrigatórias nos termos do Art. 22 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (Decreto 26.042, de 17 de dezembro de 1948)⁽¹²⁾, mas, sobretudo, porque contam com a expertise necessária para dar plena eficácia ao direito à saúde.

Entre as deliberações tomadas pela Assembleia Geral da OMS está o Regulamento Sanitário Internacional que, embora não fosse necessário, foi promulgado pelo Presidente da República, por meio do Decreto 10.212, de 30 de janeiro de 2020⁽¹³⁾.

A ordem econômica vigente na Constituição de 1988 contempla três modalidades de intervenção do Estado no domínio econômico: intervenção por participação (a), intervenção por direção (b) e/ou intervenção por indução (c)⁽¹⁴⁾.

Constatam-se todas essas intervenções no âmbito da política governamental da indústria farmacêutica. A União, bem como alguns estados da federação, participam diretamente da produção de medicamentos e princípios ativos mediante empresas públicas ou sociedades de economias mistas por si constituídas.

Modalidades clássicas de intervenção indireta do Estado no domínio econômico constatarem-se através de expedientes regulatórios e indutores mediante normas comando-controle e leis de incentivos, respectivamente.

Em voto magistral, o Ministro Edson Fachin enuncia completo histórico-legislativo a propósito da política governamental de medicamentos como consecutória do direito à saúde:

No âmbito da assistência à saúde, está incluída a “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (art. 6o, VI, da Lei 8.080). A execução dessa política está a cargo da entidade responsável pelas ações de vigilância sanitária (art. 6o, I, “a”, e § 1o, da Lei 8.080 e art. 4o da Lei 9.782) que detém a competência para autorizar o funcionamento das empresas que fabriquem, distribuam, importem ou comercializem medicamentos (art. 7o, VII, da Lei 9.782) e para monitorar a evolução de preços desses produtos (art. 7o, XXV, da Lei 9.782⁽¹⁵⁾).

A decisão tomada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem por finalidade garantir a segurança, eficácia e qualidade do medicamento fornecido e, também, a

comodidade do preço. Entretanto, não apenas isso: a decisão que concede o registro a determinado medicamento é determinante para que ele possa ser fornecido pelo Sistema Único de Saúde (art. 19-T, II, da Lei 8.080) ⁽¹⁵⁾ – embora não implique necessariamente sua inclusão na lista de medicamentos básicos. Esse último elemento é fundamental para se compreender que a decisão que concede o registro não é apenas um exame quanto à segurança, a eficácia, a qualidade e o custo, mas o custo-efetividade do produto a ser liberado.

Desde o princípio, portanto, o setor econômico de medicamentos é regulado pelo Estado; o que foi incrementado com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), administrativamente vinculada à Anvisa. A CMED constitui órgão interministerial com a incumbência de regulação econômica do mercado de medicamentos no país, entre as quais, de controle de preços.

À CMED incumbe estabelecer limites de preços dos medicamentos e edição de regras, bem como, fiscalização dessas com vistas a fomentar a concorrência do setor.

A regulação da CMED alcança, também, as vendas praticadas aos entes públicos. Não é de hoje que as despesas públicas dos entes federativos correspondem a parcela significativa de seus orçamentos; o que se deve aos elevados preços dos medicamentos em função das pesquisas científicas envolvidas e o alto valor agregado

Com vistas a conferir maior eficiência no gasto público em medicamentos, foi criado o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) que corresponde a um desconto mínimo obrigatório para compras públicas de medicamentos. O CAP equivale a um percentual de desconto incidente sobre o Preço Fábrica (PF), resultando no Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é o preço teto para compras públicas, a partir do qual se deve iniciar o processo de negociação nos casos em que for aplicável.

Duas são as situações em que são aplicáveis os descontos: compras de medicamentos constantes da lista de medicamentos sujeitos ao CAP ou aquisição de qualquer medicamento por força de decisão judicial. A lista é composta por decisão do Comitê Técnico-Executivo da CMED, e os medicamentos eleitos podem ser: (i) produtos que estejam ou venham a ser incluídos no “Programa de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”; (ii) produtos que estejam ou venham a ser incluídos no Programa Nacional de DST/AIDS, (iii) produtos que estejam ou venham a ser incluídos no Programa de Sangue e Hemoderivados e (iv) medicamentos antineoplásicos ou medicamentos utilizados como adjuvantes no tratamento do câncer.

Em outras situações, quando não aplicável o CAP, nem quando a aquisição seja decorrente de determinação judicial, observa-se como preço máximo o PF.

Diante da regulação própria dos medicamentos, bem como, aquela do procedimento usual de compras públicas, resta saber: *o que caracteriza “abuso do poder econômico”, “sobrepreço” e “superfaturamento” em prejuízo às Finanças Públicas?*

A CF/88⁽⁷⁾ censura expressamente o “abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros” (art. 173, § 4º).

Integram, ainda, esse microssistema, a Lei Geral de Defesa da Concorrência (Lei n.12.529/2011), a Lei dos Crimes contra a Ordem Econômica e Tributária (Lei n.8.137/1990) e, ainda, a própria Lei de Licitações (Lei n.8.666/1993) que criminaliza, em seu art.90, a prática de cartel em licitações e, ainda, a punição objetiva de pessoas jurídicas que pratiquem cartéis em licitações (Lei n.12.846/2013, art.5º, IV).

O abuso do poder econômico no âmbito das compras públicas viola simultaneamente dois bens jurídicos: a ordem econômica (livre concorrência) e a probidade na Administração Pública, na medida em que frustra o propósito da licitação de alcançar a proposta mais vantajosa, sobretudo, quando praticado “sobrepço” e “superfaturamento.”

Oportuno resgatar que o discrimen principal entre “sobrepço” e “superfaturamento” é aspecto temporal em que constatada a prática de valor além do preço de mercado: no “sobrepço”, a ordem de pagamento ainda não foi efetivada, encontrando-se prevista tão somente no edital e/ou contrato, enquanto, no “superfaturamento” a administração pública já efetivou pagamento irregularmente.

Em decorrência da pandemia, foi editada a Lei nº 13.979/2020⁽¹⁶⁾, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.”

Dentre as medidas adotadas, ganha destaque seu art. 4º, que prevê dispensa de licitação nos casos em que o objeto contratado tenha por finalidade o enfrentamento do corona-vírus; o que não se confunde com o previsto no art. 24, IV, da Lei nº 8.666/1993⁽¹⁸⁾.

Importante inovação trazida pela Lei nº 13.979/2020⁽¹⁶⁾ foi a introduzida no art. 4º-E, §3º, ao excepcionar vedação de contratar com valores superiores aos de mercado quando decorrentes de oscilações causadas pela variação de valores por crise de demanda em função da pandemia; o que não prescinde de justificativa.

Nesse cenário legislativo, constata-se que o setor de medicamentos é altamente regulado no país. A pandemia trouxe ainda novos regramentos para reiterar e, simultaneamente, flexibilizar algumas regras de compras públicas considerando as crises de demandas reveladas por ocasião da rápida disseminação da COVID-19.

Entre as revelações da COVID-19, restou evidenciada a importância dos investimentos em pesquisa, desenvolvimento e inovação (P&D) com o propósito do alcance da vacina; o que, no entanto, não se realiza em curto e médio prazo, nem mesmo por iniciativa exclusiva de instituições públicas, quanto menos por meio de normas cogentes.

A própria natureza da pesquisa farmacêutica revela a importância de prestigiar a autonomia, seja do agente econômico, seja do paciente, conforme consta, inclusive, voto de lavra do Ministro Edson Fachin, do Supremo Tribunal Federal:

Como a pesquisa é, via de regra, feita pela indústria farmacêutica, o direito à saúde, é, nessa perspectiva, analisado no âmbito da sua eficácia horizontal. Há casos em que, como no Brasil, a pesquisa pode ser realizada por organizações públicas, o que, entretanto, não faz transmutar as balizas do juízo adjudicatório. Noutras palavras, na ambiência da pesquisa médica, a relação entre os pacientes e os pesquisadores é de ordem comutativa, e o Estado, nesse momento peculiar, deve garantir, dentre outros, a plena autonomia da vontade do paciente e o respeito integral a seus direitos. (Recurso Extraordinário n.657.718/MG, rel.Min.Edson Fachin)⁽¹⁷⁾.

A imperatividade em respeitar a autonomia dos agentes e/ou pacientes nos conduz à investigação dos modos de intervenção do estado na economia, mediante normas-convite a promover a adesão de agentes econômicos a políticas públicas de interesse dos entes governamentais.

A intervenção por indução é aquela realizada mediante normas indutoras a promover fomento econômico, seja via incentivos fiscais à P&D, seja mediante acesso a créditos bancários, insumos fórmulas estrangeiras e apoio às exportações⁽⁶⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto até aqui, constata-se que a pandemia da COVID-19 foi apta para denunciar o histórico subinvestimento em saúde no Brasil sob um pretexto de austeridade fiscal; o que demandou rápida alteração legislativa com vistas a permitir resposta eficaz às despesas públicas decorrentes da pandemia.

Simultaneamente, a fragilidade dos sistemas de controle veio à tona com a prática de abuso de poder econômico por alguns agentes que se valeram da alta demanda do setor público por medicamentos.

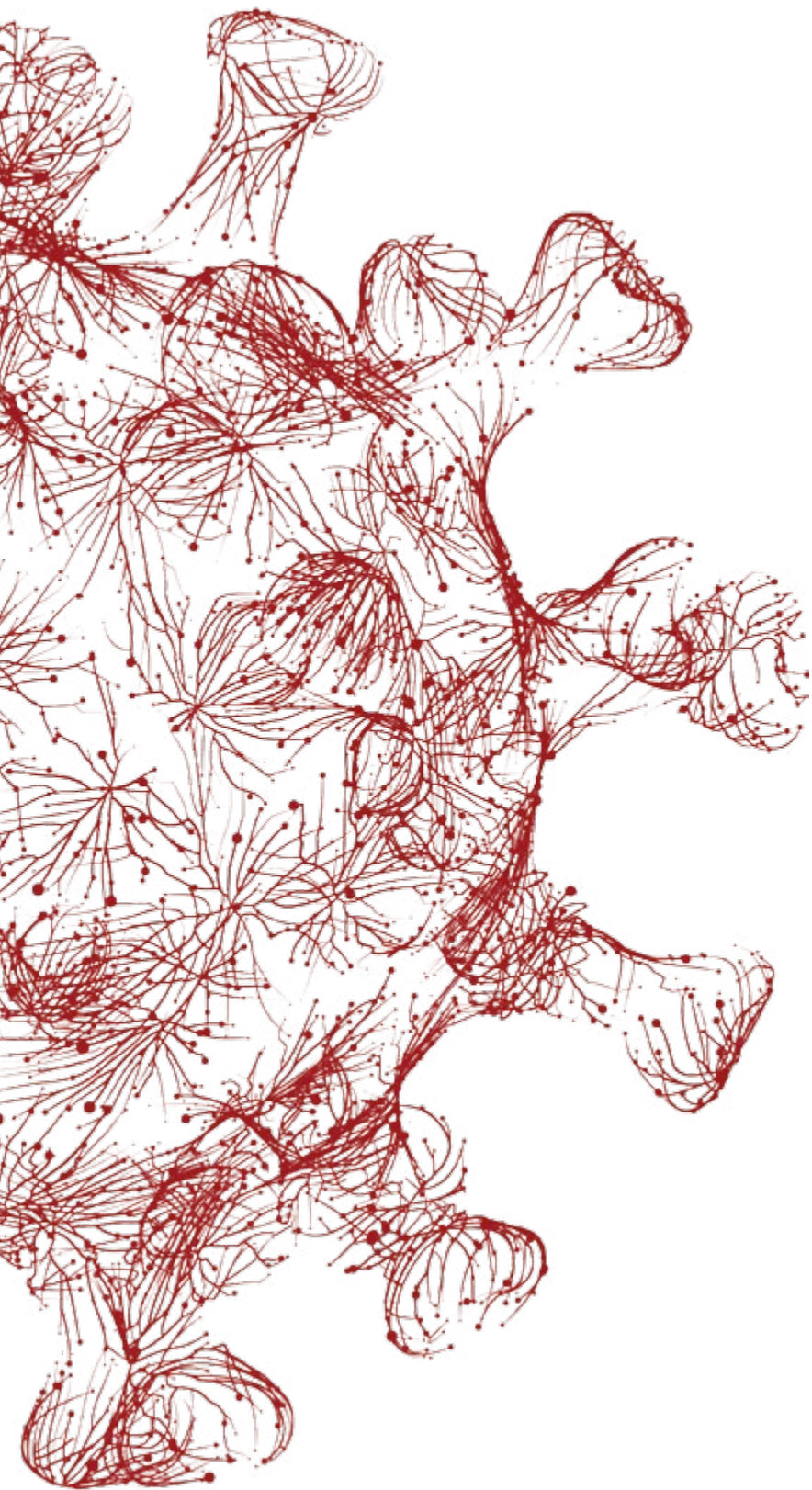
Tais ocorrências evidenciam a importância de os planejamentos econômico e orçamentário serem observados à risca pelos gestores governamentais, assim como, bem interpretados pelos agentes econômicos na alocação de seus investimentos.

Por fim, a pandemia da COVID-19 tem por virtude evidenciar, também, a importância de os órgãos de controle atentarem-se para íntima relação do Direito e da economia, na medida em que algumas situações excepcionais são aptas para promover alteração profunda nas normas jurídicas.

REFERÊNCIAS

1. Castellanos LG. Estratégias de saúde e seu impacto na sociedade: Como prevenir-se contra as pandemias? In: Saúde, previdência e assistência social- desafios e propostas para uma sociedade mais justa e moderna. Rio de Janeiro: FGV; 2005; p. 97.
2. Bevilacqua L, Soares FF, Santos JM. Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. *Cad Ibero Am Direito Sanit.* 2020;9(2):74-98.
3. Freitas LB, Bevilacqua L. Evolução da tributação e o custeio de políticas públicas de saúde no Brasil. *Interesse Público.* 2018;20(112):131-49.
4. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 5 maio 2000.
5. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 16 dez 2016.
6. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 106, de 7 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.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 2238 /DF. Relator: Alexandre de Moraes, julgamento em 24 jun 2020. In: Acórdão republicado em DJe 15 set 2020.
9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020 e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 11 nov 2019.
10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADI 6357 MC-Ref/DF. Relator: Ministro Alexandre de Moraes, julgamento em 13 maio 2020 (ADI-6357). In: Informativo 977. Data de divulgação 21 maio 2020.
11. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. *Diário Oficial da União.* 7 jul 1992.

12. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Diário Oficial da União. 25 jan 1949.
13. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 10.212, de 30 de jan de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União. 30 jan 2020.
14. Grau ER. A ordem econômica na Constituição de 1988. 11. ed. São Paulo: Malheiros; 2006. p. 93.
15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 2020.
16. Brasil. Presidência da República. 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 fev 2020.
17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 657.718/MG [Internet]. Voto do Ministro Edson Fachin. 28 set 2016 [acesso 2020 dez 4]. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2016/9/art20160929-02.pdf>.
18. Fonseca L, Fonseca R, Fonseca R. Regime de contratações públicas e o estado de calamidade pública em âmbito financeiro. In: Fonseca R, Costa D. Direito Regulatório - desafios e perspectivas para a Administração Pública. Belo Horizonte: Fórum; 2019. p. 19-35.
19. Bevilacqua L. Incentivos fiscais às exportações. Rio de Janeiro: Lúmen Juris; 2018.



COVID-19: RESPOSTAS EM CONSTRUÇÃO

Alethele de Oliveira Santos¹

Jurandi Frutuoso Silva²

Rita de Cássia Bertão Cataneli³

“Nunca soubemos tanto de nossa ignorância como agora”.

J. Habermas

RESUMO: O ensaio discorre sobre a política pública de saúde e sua convivência com as crises econômica, sanitária, ambiental e de liderança. Em relato descritivo e indutivo, reitera que as respostas estão no constitucionalismo democrático. A partir da análise descritiva e método intuitivo, fundamentado na opinião de alguns dos autores que se manifestaram sobre o futuro pós-pandemia, o texto debate a possível agenda que envolve saúde, diplomacia global e economia. Conclui que as respostas podem estar no constitucionalismo democrático e no compromisso dos poderes com a tessitura social.

PALAVRAS-CHAVE: Constitucionalismo. Democracia. Sistemas Públicos de Saúde. COVID-19.

1 Advogada. Doutora em Saúde Coletiva. Professora convidada do Centro Universitário de Brasília-Uniceub e do Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Orcid nº <https://orcid.org/0000-0001-7952-6408>. alethele.santos@conass.org.br.

2 Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Secretário Executivo do Conass. CV: <http://lattes.cnpq.br/5112567194722723>. E-mail: jurandi.frutuoso@conass.org.br

3 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Assessora Técnica do Conass. CV: <http://lattes.cnpq.br/6513211825553898>. E-mail: rita.cataneli@conass.org.br

Para Lourdes Almeida e Viviane Rocha de Luiz, bússolas nas nossas vidas e marca-passos em nossos corações.



I. INTRODUÇÃO

O que se tem por certo é que o mundo pós-moderno teve características fundantes: o aumento das zonas urbanas e da população. Tal cenário, admitido pela Carta de Atenas⁽¹⁾, deu ênfase aos verbos ‘morar’, ‘trabalhar’, ‘recrear’ e ‘circular’. A notoriedade dessas características é tão grande que, associadas ao pensamento dos higienistas – próprio da primeira metade do século XX, da teoria dos miasmas⁽²⁾ e da relação sujeira e doença – passou a moldar a estrutura arquitetônica das cidades e da vida da ampla maioria das pessoas.

Com as bases doutrinárias oriundas da Europa do século XVIII, temas de saúde foram alvo das movimentações sociais e, no século XIX, passaram a compor a medicina social^(3,4), que propiciou a elevação de expectativas acerca da solidariedade, justiça e democracia⁽⁵⁾.

Nos anos 1960, observou-se a alteração de currículos acadêmicos na América Latina^(6,7). Nos anos 1970, a Assembleia Mundial da Saúde, com o tema “Saúde para todos no ano 2000”, prenunciou a intenção de expansão de cobertura dos serviços básicos de saúde^(8,9), quando da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, que indicou a responsabilidade dos governos acerca da saúde dos cidadãos⁽¹⁰⁾.

Ainda nos anos 1970, a Declaração de Estocolmo⁽¹¹⁾ fortaleceu as iniciativas relativas ao ambiente, à sustentabilidade e à convivência harmoniosa e produtiva entre os países. A alteração do ambiente, para transformá-lo no correr dos anos no que se vê hoje, com elevados níveis de urbanização e uso de meios intensivos para a exploração da terra, transformou os cenários endêmicos, o que impôs aos humanos, vez por outra, máscaras, quarentenas, mãos limpas e a certeza da inexorável limitação no exercício dos verbos “conhecer” e “controlar”⁽¹²⁾.

Nos anos 1980, as cartas políticas dos países indicaram efeitos jurídicos com maior ou menor incidência sobre o direito à saúde. Já nos idos de 1990, seguindo a tradição ainda vigente, o Banco Mundial apresentou questionamentos acerca do desenvolvimento econômico e social para o campo da saúde^(13,14).

Santos, Delduque e Rey Filho⁽¹⁵⁾ asseveram que, na primeira década dos 2000, os governos latino-americanos adotaram a política assecuratória redistributiva que incluiu salário, emprego e renda, explicitando direitos do cidadão e responsabilidades do Estado. Contudo, “a saúde não passou incólume às alterações sociais e de mercado que atingiram o continente e que permitiram o retorno das teorias e práticas de austeridade fiscal”⁽¹⁶⁾.

É nesse cenário histórico, acrescido da pandemia da COVID-19, que se encerra a segunda década do século XXI e tem assento a formulação do presente texto. Com fundamento em alguns dos autores que se manifestaram sobre o futuro pós-pandemia, busca apresentar impressões sobre o cenário nacional, apresenta uma ‘agenda’, a partir de elenco de prioridades, com vistas ao fortalecimento do SUS.

2. SOBRE A SAÚDE

2.1 DESDE OS PRIMEIROS TEMPOS

A definição clássica da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença, foi elaborada para rechaçar a barbárie produzida pela Segunda Guerra Mundial, a partir de padrões de tessitura social e resguardo do minimamente necessário à existência humana⁽¹⁶⁾.

O conceito de saúde deve ser incluído entre aqueles tidos como imprecisos, sendo essa característica minimizada pela utilização de “atratores e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico”⁽²⁾.

No entanto, isso não ocorreu em um estalar dos dedos. Para chegar a esse conceito, a humanidade vivenciou a “fase mágica”, que tinha por pressuposto a atuação de um ‘curandeiro’, um ‘sábio’, que, por seu empoderamento e manipulação, vez ou outra acompanhados por uma erva medicinal, vigorou nos sistemas tribais e persevera, em graus variados e com prescrições já mais modernas, de geração em geração⁽²⁾; a “fase mística”, cuja explicação e controle das doenças, geralmente da alçada dos “representantes das divindades”, guardava relação com a desobediência, a impureza, o pecado – e a associação entre cura e poder fica estabelecida⁽¹⁷⁾; e, a “fase científica”, fruto do renascimento, dos estudos dos corpos e das doenças, da cultura e da natureza, promovidos desde Hipócrates e posteriormente por seus sucessores⁽¹⁸⁾.

O descolamento entre a “magia e o misticismo” e entre a “ciência e a racionalidade” abriu espaço para a teoria microbiana e o reconhecimento de que as caravelas e a colonização foram o princípio da globalização do processo saúde-doença, quatro séculos antes da fixação desse conceito⁽²⁾. Desde então, as estatísticas sobre as mortes e suas possíveis estratificações por causa, lugar, grupos sociais, gênero, faixa etária revelaram de forma incontestável a relação entre a saúde, a doença e o ambiente.

Tais estudos consumaram a ligação umbilical entre ‘saúde e trabalho’ e ‘doença e prejuízos’. São falsos os dilemas que desatrelam a saúde da economia, porque as medidas sanitárias estão associadas à proteção do capital desde o seu nascedouro, sob o pretexto de promover o desenvolvimento, e não necessariamente o bem-estar⁽²⁾.

Também foram estabelecidas as relações entre a saúde e a lei, vindo a constituir-se como um sistema de garantias, enquanto condição para as relações do trabalho e para a dignidade humana. A legislação passou a abordar, inicialmente, ações restritas à polícia médica, fiscalização de práticas nas instâncias políticas e jurídicas; e somente em meados do século XX alcança a responsabilidade do Estado⁽¹⁶⁾.

Assim, aquele que percebe a saúde de forma autossuficiente, sem a influência das condicionantes e determinantes sociais, incorre no mesmo equívoco daquele que pressupõe ser possível girar a roda do progresso com indivíduos doentes e a sociedade amedrontada.

2.2 O OVO OU A GALINHA?

Trata-se, com a certeza, de um cenário multifatorial em que, na atual conjuntura, convivem crises concomitantes: sanitária, econômica, ambiental e de liderança, e que se iniciaram bem antes de dezembro de 2019. Contudo, não é crível afirmar qual delas antecede a outra.

2.2.1 CRISE SANITÁRIA

Os diferentes sistemas de saúde – universais; por seguro e operadoras de planos de saúde; por corporações de categorias profissionais ou desembolso direto – ofertam, em diferentes escalas, ações e serviços de saúde a seus usuários, sendo determinantes no desenvolvimento e estruturação social.

A COVID-19 apresentou ao mundo o que já era conhecido por especialistas: (i) as diferentes tipologias dos sistemas de saúde: os públicos, os privados e os mistos; (ii) o debate sobre a cobertura universal e o sistema universal de saúde⁽¹⁹⁾; (iii) a escassez e a subserviência às políticas econômicas a que está submetida a gestão em saúde pública; (iv) a função da epidemiologia e da teoria microbiana; e, principalmente, (v) a força dos sistemas de saúde universais.

Os sistemas de saúde são capazes de funcionar como elemento essencial para as sociedades na medida em que controlam grupos, mudam hábitos e padrões, mantendo a roda da economia em funcionamento. Nesse sentido é que as ações de prevenção, controle e mitigação dos efeitos da pandemia da COVID-19 guardaram desempenho proporcional à estruturação dos diferentes sistemas de saúde.

Contam com um modelo em que as dimensões do individual e do coletivo; do biológico e do social; do curativo e do preventivo estão atreladas. Têm para si fundamentos centrados nos ciclos de doenças ou curvas epidemiológicas, segundo os quais a principal causa de morrer esteve ancorada nas doenças parasitárias, nas causas externas e nas doenças crônicas⁽²⁾.

Os sistemas sanitários escoram-se nos fundamentos das transições demográficas, com os seus padrões de ‘nascer’, ‘viver’ e ‘morrer’ e a sua implacável relação com a economia e a previdência. Estão inseridos nas causas e nos efeitos da chamada transição tecnológica, que altera a prática clínica em prol da incorporação de mais exames, imagens, incrementos laboratoriais e terapias gênicas. Ao passo que trouxe vantagens, não obstante deixar de cumprir a promessa de incontestável aumento da qualidade de vida, a tecnologia – aí em sentido lato – trouxe agregação (injustificada?) de preços, favorecimento aos proprietários das patentes e dos processos produtivos⁽²⁰⁾.

À incorporação tecnológica, estão associadas a criação e a manutenção de mercados dependentes, levando ao extremo o conceito de ‘concorrência imperfeita’, na medida em que os países periféricos são dependentes das nações economicamente mais desenvolvidas. Neste parágrafo, cabem as máscaras, os respiradores, os medicamentos, os insumos, entre outros – que ocuparam irremediavelmente os noticiários sobre a pandemia.

A atuação nos sistemas de saúde exige compreender conceitos que permitam a análise dos movimentos políticos, sociais e normativos com o poder, porventura, de alterar o estado de coisas. Os países e as instituições optam por planejamentos que revelam prioridades e correspondentes alocações financeiras, e disso depende a sustentação das políticas sociais.

Todavia, sistemas de saúde não são ilhas. Estão inseridos em ecossistemas e sofrem as consequências do seu entorno. Aqui cabe bem pontuar outra crise.

2.2.2 CRISE AMBIENTAL

Os pressupostos da era moderna figuram como fatores desencadeantes das alterações observadas no planeta⁽²¹⁾. A degradação ambiental vem se tornando mais severa, a partir do século XIX, levando à escassez e ao esgotamento dos recursos naturais⁽²²⁾.

Em que pesem os esforços de consolidação e efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), elaborados em 2015 na Cúpula de Desenvolvimento Sustentável, com metas para serem cumpridas até 2030, a manifestação do secretário-geral da ONU, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 21 de setembro de 2020, foi:

Nossas expectativas para os próximos cinco anos em relação a tempestades, secas e outros impactos dramáticos nas condições de vida de muitas pessoas em todo o mundo são absolutamente terríveis. É hora de acordar. [...] Acho que precisamos ter um mundo diferente, um normal diferente, e temos a oportunidade de fazer isso [...] estamos unidos ou estamos perdidos⁽²³⁾.

Com os olhos para o caso brasileiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informou que:

Biomass terrestres brasileiros perderam cerca de 500 mil km² de sua cobertura natural entre 2000 e 2018. Em números absolutos, a maior perda neste período aconteceu no bioma Amazônia (269,8 mil km²), seguido pelo Cerrado (152,7 mil km²), mas, em termos percentuais, o Pampa foi o que mais perdeu área natural, -16,8%. [...] Entre 2000 e 2018, o Pantanal teve as menores perdas, em área (-2,1 mil km²) e em percentual (-1,6%), mas desde 2010, cerca de 60% das mudanças foram de áreas naturais campestres para pastagem com manejo. [...] ⁽²⁴⁾.

Em setembro de 2020, o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) registrou que o bioma ‘Pantanal’ ultrapassou a marca de 16 mil focos de incêndio⁽²⁵⁾, acarretando importante desequilíbrio ambiental ainda a ser mensurado pela ciência. Associados ao registro da devastação, estão aqueles que dizem dos recursos financeiros do Ministério do Meio Ambiente (MMA)⁽²⁶⁾ e da audiência pública do Supremo Tribunal Federal (STF) no *corpus* da Ação Direta por Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) nº 60, cujos requerentes narram atos comissivos e omissivos da União, que comprometeriam o adequado funcionamento do Fundo Nacional sobre Mudança do Clima (Fundo Clima), bem como o direito de todos os brasileiros a um meio ambiente saudável⁽²⁷⁾.

Dos últimos anos, e em especial durante a pandemia da COVID-19, observa-se que conceitos como ‘desenvolvimento sustentável’ e ‘sustentabilidade’ ainda não exerceram influência suficiente na tomada de decisão, individual e coletiva, privada e pública, de modo a minimizar consideravelmente eventuais impactos na saúde humana.

Crê-se que cerca de 70% das doenças humanas tenham origem em animais. Tal ocorrência é derivada, em especial, pela busca crescente por alimentos, como já se viu com os casos da encefalopatia espongiforme bovina; da síndrome respiratória aguda grave (SARS) e do novo vírus influenza (H1N1)⁽²⁸⁾. Esse cenário inclui questões relacionadas com o aumento do comércio entre países; os elementos envolvidos na cadeia produtiva dos alimentos de origem animal; o comércio e transporte de animais vivos (legal ou não), além do uso da terra e as mudanças climáticas.

Tais razões indicam que o combate às doenças transmissíveis tende a ser cada vez mais dificultado, ocasionando uma corrida – sem garantias – pela busca por medicamentos e vacinas seguros e eficazes. Essa corrida, além dos elevados custos financeiros, pode vir a estimular a

desconfiança do senso comum nos sistemas de saúde⁽²⁹⁾, tornando cada dia mais atuais as lições de Carson acerca da retirada de controles e limites próprios do equilíbrio ecológico natural⁽³⁰⁾.

O cenário de crises é um novelo embaraçado, em que o começo pode estar bem antes da análise que o texto apresenta, e não há garantias que estudos acertem o ‘quando’ e ‘como’ isso vai terminar. Os sistemas de saúde sofrem as consequências do cenário ambiental e são dependentes da fluidez econômica.

2.2.3 CRISE ECONÔMICA

A COVID-19 não pode ser exclusivamente responsabilizada pela crise econômica atual. As crises econômicas são vistas sob o viés do crescimento de um país, a partir dos movimentos de deflação; as variações sobre o valor corrente das moedas; a inflação e a luta constante entre oferta e demanda. Esse cenário está sob a análise do mercado, do comércio e é observado por quem produz, quem compra e quem simplesmente ‘joga’ com o fluxo para investir ou retirar investimentos. Esse viés é que fez do Produto Interno Bruto (PIB) o indicador das ‘crises econômicas’, apesar de a ‘soma da riqueza’ não evidenciar aqueles que não têm comida na mesa, na medida em que são ‘engolidos’ pela média entre quem tem demais e quem não tem nada. Isso tem sido demonstrado pelos mapas da ‘extrema pobreza’ e da ‘pobreza’; os estudos sobre distribuição de renda, o alcance de indicadores mínimos de vida digna.

O comportamento negativo do mercado ganhou nomes de doenças: ‘depressão’ e ‘grande depressão’, que, de modo similar ao que se passa na medicina, consideram a intensidade e o tempo de duração. A sintomatologia também foi padronizada: iniciada pela (i) queda no consumo, que acarreta a (ii) queda na produção, que por sua vez faz o (iii) aumento do desemprego, levando ao (iv) crescimento da pobreza. Entretanto, se tudo está baseado no aumento do consumo, como fica a questão ambiental? E se a questão ambiental não é suficientemente considerada, o quanto essa relação afeta a política de saúde?

É preciso reconhecer que as últimas décadas trouxeram algumas mudanças. Enquanto há 20 ou 30 anos o alto valor de mercado estava concentrado nos combustíveis fósseis e nas engenharias, a conjuntura atual demonstra que esse lugar é ocupado pela tecnologia e pela comunicação, em que os novos mandatários são a ciência de dados e a inteligência artificial. Ainda é impreciso o modo como o capital humano está inserido nesse cenário.

Segundo o Banco Mundial⁽³¹⁾, a pandemia da COVID-19 pode levar a economia global a uma contração de 5,2% do PIB, o que se aproximaria da recessão vivida após a segunda guerra mundial.

Para essa mesma fonte, quanto mais grave a pandemia – em especial nos países dependentes de turismo, de produtos primários e financiamento externo –, maiores as consequências econômicas. O documento do Banco Mundial também previu um arrefecimento da pandemia até o meio do ano 2020 nos países desenvolvidos, e para os emergentes, meses

depois. A previsão parece não ter se concretizado, como se pode observar pelos estudos das imunidades individual e coletiva; pelas “ondas” e pela reinfecção. A pandemia está caracterizada como “nível incomum de incertezas”⁽³¹⁾.

O contexto aponta para o incremento das políticas de saúde e econômicas, de modo a atenuar as consequências. Ao Brasil, certamente caberiam o reforço ao sistema de saúde; a minimização dos impactos nas populações vulneráveis; a estabilização de redes de proteção e a inovação na geração de saídas capazes de produzir crescimento e sustentabilidade. Todavia, não é possível encontrar saídas isoladas, pois o mercado global exige saídas concertadas, numa dinâmica global:

Nossa primeira ordem do dia é fazer face à emergência global de saúde e econômica. Além disso, a comunidade global deve unir-se para encontrar maneiras de reconstruir a recuperação mais robusta possível para evitar que mais pessoas caiam na pobreza e no desemprego⁽³²⁾.

Saídas concertadas exigem lideranças que promovam pactos baseados em princípios comuns e relevantes para a humanidade, independentemente dos territórios, do poderio econômico e bélico, e, principalmente, do gradiente da cor da pele.

2.2.4 CRISE DE LIDERANÇA

O pós-segunda grande guerra trouxe ao mundo inovações na diplomacia global, nos direitos humanos e na conformação dos Estados. Entretanto, as complexidades são crescentes e, por consequência, requerem conhecimentos diversificados e constantes concertações.

E agora? A pandemia põe luzes em questões importantes, seja para a análise *interna ou externa corporis*, quando considerados os diferentes países. Assim, são vigentes perguntas do tipo: o Estado regulador ofereceu respostas suficientes para o equilíbrio entre interesses? O mercado é verdadeiramente autorregulável? É científico que o Estado provedor não oferece retorno à sociedade?

No âmbito da saúde, a análise, por certo, passará as vistas sobre os resultados sociais dos sistemas universais, além de casos emblemáticos (*hard cases*) como a falta de penicilina (2016/17); o desabastecimento do *kit* intubação (2020); a persistência das doenças negligenciadas; a manipulação genética; o conflito entre o interesse individual e o coletivo, e tudo mais que Wang chamaria de ‘dilemas da medicina moderna’⁽²¹⁾.

Para além das questões setoriais, há as ondas autoritárias que indicam potencial arrefecimento das democracias⁽³²⁾. Esse cenário também pode estar fundamentado na iniquidade da distribuição de renda; no descompromisso com a oferta do mínimo existencial; com a precificação dos valores; nas desinformações e a propagação em massa (e em segundos) de *fake news*, para além das regras escritas e não escritas.

A liderança requer discussão sobre o comportamento dos poderes, naquela tripartição clássica e no seu potencial descolamento da realidade das sociedades. Requer que tal análise seja capaz de considerar a força do *lobby* dos conglomerados econômicos e midiáticos sobre os poderes e suas decisões.

Essa análise, desde que intelectualmente honesta, possibilitará encontrar líderes que queiram estabelecer movimentos de concertação capazes de responder, entre tantas, a algumas questões: quem regula as redes? Como está inserida a ética na conformação dos algoritmos, na relação humano/máquina e humano/humano? A aceitação científica e a prática responsável estão presentes nas decisões ou elas se dão por voluntarismos? O atual direito internacional é capaz de ofertar respostas às necessidades intergeracionais?

Sobre o tema, o secretário-geral da ONU, declarou:

Acho que o fracasso demonstrado em conter a propagação do vírus – pelo fato de não haver coordenação internacional suficiente na forma como o vírus foi combatido deve fazer os países entenderem que precisam mudar de rumo. [...] Nunca fomos tão frágeis, nunca precisamos de tanta humildade, unidade e solidariedade como agora [...] é hora de acordar. [...] Acho que precisamos ter um mundo diferente, um normal diferente, e temos a oportunidade de fazer isso.⁽²⁸⁾

Mais recentemente, em especial após a segunda alavancada dos infectados na Europa, iniciada em outubro de 2020 – ocasião em que se escrevia este texto –, observa-se a atuação mais concertada dos países da comunidade europeia, na tomada de medidas não farmacológicas; na vigilância de fronteiras; na estruturação de ambientes hospitalares e na oferta de tratamentos, de modo a alterar a regulação do acesso:

[...] para facilitar os traslados, os países membros da UE deverão aumentar os níveis de troca de dados “exatos e em tempo real”, para permitir uma “coordenação mais eficaz” das operações. Embora os países do bloco e seus sistemas hospitalares tenham a experiência do ocorrido em março e abril, a segunda onda da doença atingiu com força os europeus.[...] ⁽³³⁾

A experiência europeia pode significar avanços na diplomacia sanitária global e nas funções/competências do direito internacional. É preciso crer em saídas ajustadas e comprometidas com a humanidade e sua vida saudável no planeta.

3. É UMA NAU COM RUMO?

Talvez o distanciar dos anos já permita tomar o século XX como notadamente paradoxal, por assumir a existência das grandes guerras e a ascensão dos direitos humanos e da democracia, confirmando o que Hobsbawn chamou de extremos ⁽³⁴⁾.

O século XX sagrou a ‘Democracia Constitucional’, no lado ocidental do planeta, legitimando os direitos dos cidadãos e a não intervenção na economia, com destaque para a centralidade da Constituição, a atuação da Corte responsável por sua interpretação e a submissão de todo o ordenamento jurídico.

Outro elemento que não pode escapar à análise é que a Constituição é, *per se*, o elemento de interface entre a política e o direito, nas democracias. É nela que estão determinados os poderes, as competências, o direito positivo, além de nuclearmente ter a função de desempenhar os papéis de condensar valores e consensos mínimos sobre direitos fundamentais e instituições, e de ordenar o processo político democrático, na medida em que assegura a alternância do poder; um governo ao eleito por maioria e, também, a participação da minoria⁽³⁵⁾.

A aliança dos pilares do constitucionalismo democrático com a tessitura social é que permite vislumbrar o estado de direito, o livre mercado, as liberdades individuais e a participação política que, no correr dos anos, levaram à derrocada, majoritariamente no ocidente, dos modelos que atuaram em seu contrário: o fascismo, o nazismo, os regimes militares, o comunismo.

Uma atuação em que o “Estado passou a ofertar aos cidadãos, mais fortemente, direitos sociais – em suma constituídos de padrões mínimos de saúde, renda, educação e trabalho – e que, por sua vez, propiciaram transformação considerável no papel do Estado em si”⁽³⁶⁾, também apresentou um sistema de garantias de direitos que contribuiu para o aumento da expectativa de vida, para a redução da mortalidade materno-infantil, para os avanços das tecnologias e da comunicação, para a diplomacia global, entre outros.

No entanto, nem tudo são flores! O conteúdo constitucional também revela rotas de colisão: progresso x meio ambiente; liberdade de expressão x desinformação; política pública x direito à vida; e, por não haver hierarquia entre as normas dispostas constitucionalmente, cabe ao julgador justificar suas decisões.

O cenário de primazia da Democracia Constitucional não exime os debates nem tem respostas para todas as questões, em especial nos tempos de crise.

4. COMPROMISSO SOCIAL, LEI E CIÊNCIA: O CASO SUS

No Brasil, a insatisfação com o governo autocrático promoveu uma assunção social por movimentos diferenciados. Nos anos 1980, os movimentos pró-democracia estavam vinculados à apropriação e ao pleito social por direitos humanos, sociais e civis⁽³⁷⁾, perseguindo a inspiração da Magna Carta de 1215, assinada pelo rei João Sem-Terra, na Inglaterra⁽³⁸⁾.

Santos, que analisou a produção legislativa nas três décadas do SUS, assevera que:

[...] a transição democrática: (i) alterou a forma de regime político; (ii) refutou o rompimento, todavia admitiu o enfraquecimento do pacto entre Estado e capital; (iii) adotou pensamento burocrático no conceito de reorganização da estrutura estatal e dos seus respectivos segmentos”⁽³⁹⁾.

Enquanto nos governos Sarney (1985/1990), Collor (1990/1992) e Itamar (1992/1994) as leis promoveram inclusões e alterações de carreiras do Estado, no governo Fernando Henrique Cardoso (1995/2002), foram marcadas pela maior separação entre público e privado, entre Estado e mercado, com vistas ao modelo gerencial, incluído o aprimoramento da gestão executiva federal nos planos fiscal e plano financeiro⁽³⁹⁾.

No governo Lula (2003/2010), a produção legislativa deu ênfase às políticas públicas de redução de desigualdades e inclusão social, associada à permissão de relações com o setor privado, em prol de parcerias e concessões.

Nos governos Dilma (2011/2016) e Temer (2016/2018), não houve alteração sistemática da agenda administrativa⁽³⁹⁾. Em que pese o estudo não alcançar a produção legislativa do período do atual governo, a conclusão de Santos sobre o tema ainda parece aplicar-se:

[...] o direito administrativo brasileiro foi concebido para ‘outro mundo’ e está cheio de ‘remendos’. Metaforicamente seria dizer que foi determinado por quem tem 80, aplicado por quem tem 50 e totalmente insuficiente para quem tem 20 anos. A revolução atual é da comunicação e da tecnologia, alia algoritmos e ética filosófica, revela e se impõe por movimentos rápidos, e terá em poucos anos, países orientais como expoentes da inovação e da economia, o que joga ao chão os regramentos contratualistas vigentes no Brasil⁽³⁹⁾.

Em resumo, as três últimas décadas revelaram alterações significativas no Brasil: do governo autocrático ao democrático; da primazia da indústria à excelência no agronegócio; dos parasitas à concomitância com as causas externas e as doenças crônicas; da atenção caritativa à um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo.

O pensamento que associou ‘Estado’ – enquanto responsável pela efetivação do direito à saúde, mediante política pública –; ‘Estado de Bem Estar Social’ – como provedor dos direitos humanos e fundamentais –; e ‘Princípio da Solidariedade’ – para os esforços de gestão e de financiamento –, fez nascer o Sistema Único de Saúde (SUS):

É preciso ressaltar que o SUS terminou com a figura do indigente sanitário e transformou todos os brasileiros em cidadãos portadores da saúde como um direito. Por essa razão, ele constitui, sem dúvida, a mais inclusiva de todas as políticas públicas brasileiras⁽⁴⁰⁾.

Ainda assim, tal como outros sistemas de saúde do mundo, o SUS está submetido a crises e desafios. Ainda que as evidências denotem resultados positivos e capazes de al-

ter a realidade sanitária (portanto, social), os usuários apresentam críticas relacionadas, majoritariamente, com o acesso ⁽⁴⁰⁾.

Ao tomar como adequado que “a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância)” ⁽⁴¹⁾ as evidências têm denotado que a “prática social tem gerado um sistema segmentado com notável competição predatória entre os componentes público e privado” ⁽⁴⁰⁾. A legislação nacional acerca do financiamento para o SUS não deu guarida à sua missão institucional ⁽⁴⁾, o que é corroborado quando comparado aos investimentos públicos em saúde de outros países.

Dessa forma, qual a diferença qualitativa de um sistema universal subfinanciado, num território multifacetado e continental, com população tão diversa?

4.1 DIÁLOGO E PRÁTICA DE CONCERTAÇÃO

O SUS, previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88), determina que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, a partir dos esforços de gestão e de financiamento dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (arts. 196/200) ⁽⁴²⁾.

Tanto a formulação quanto a operacionalização das políticas públicas de saúde, utilizam-se de modelo de governança expresso na Lei nº 8.080/90 ⁽⁴³⁾, cujas deliberações se dão: em âmbito nacional, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT); em âmbito estadual, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e, em âmbito regional, pela Comissão Intergestores Regional (CIR), estabelecidas pelo Decreto nº 7.508/2011 ⁽⁴⁴⁾.

Essa estratégia concertada de diálogos institucionais permite a atualização da política de saúde; a preservação da técnica/ciência e racionalidade; a expressão das opiniões dos entes federados, até que se chegue em consenso exequível.

A força do SUS está na atuação conjunta e concertada dos entes, que, no caso concreto da COVID-19, efetiva diagnósticos; trata e notifica no âmbito municipal; consolida dados no âmbito estadual; e ambas as esferas cooperam com o âmbito federal na emissão de diretrizes e regras gerais. Para qualquer cenário, de rotina ou pandêmico, o modelo de governança do SUS, democrático e pactuado por meio das decisões da CIT, mostra-se como o mais adequado, sendo o seu fortalecimento cada vez mais pretendido.

4.2 CONTROLES VERSUS AÇÃO VERSUS OMISSÃO

O cenário pandêmico em decorrência da COVID-19 colapsou diversos sistemas de saúde e alterou os vieses econômicos e práticas culturais. Até a finalização deste texto, não havia vacina

ou medicamentos que tenham demonstrado efetividade no combate ou na prevenção à doença. Além disso, os números de infectados voltavam a subir nos países da Europa, levando à readoção de medidas não farmacológicas de contenção e prevenção mais severas⁽⁴⁵⁾.

No Brasil, os números de óbitos já ultrapassam os 165 mil e os infectados superam a casa dos 5 milhões de pessoas. A pandemia impôs dificuldades de todas as ordens: patógenos e transmissão humana; escassez de equipamentos e medicamentos; carência de equipamentos de proteção individual; regras diferenciadas para a execução financeira; supremacia dos interesses mercadológicos, entre tantas outras.

Uma profusão de propostas tramitou nas casas legislativas, e parte delas foi acatada pelos congressistas, o que não pressupõe adesão às teses de especialistas, gestores ou entendidos em pandemias.

Aqui o debate que cabe é que o Judiciário também atua sob as luzes da política, ainda que com outros meios, uma vez que lida com os direitos fundamentais; com as ideologias; com os poderes; com aspectos técnicos e científicos complexos, o que pode ensejar efeitos absolutamente diferentes na micro e na macrojustiça⁽⁴⁶⁾.

Os tempos de COVID-19 certamente impõem ao Judiciário nacional conhecer sobre epidemiologia; evidências; redes de atenção à saúde; competências dos entes; financiamento público e privado; urgências; escassez: ética na escassez, entre outras tantas especificidades. Possivelmente, chegará à sua lavra os processos judiciais iniciados durante o período de excepcionalidade, e que se espera, sejam analisados com a contextualização devida. Qual a métrica para distinguir a ‘pressa responsável’? Como considerar a relação entre as ‘não aquisições’ e os ‘óbitos’?

Uma abundância de decisões judiciais também foi exarada no mesmo período, espera-se que sob o prisma da Recomendação nº 66/2020, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Na mesma toada, o desempenho dos membros do Ministério Público e das Cortes de Contas (TCU e TCE). Essa abundante movimentação de tipos processuais faz refletir sobre as lições de Barroso:

Isso deve ser feito não só por razões ligadas à legitimidade democrática, como também em atenção às capacidades institucionais dos órgãos judiciais e sua impossibilidade de prever e administrar os efeitos sistêmicos das decisões proferidas em casos individuais. Os membros do Judiciário não devem presumir demais de si próprios – como ninguém deve, aliás, nessa vida –, supondo-se experts em todas as matérias.⁽⁴⁷⁾

4.3 O QUE CABE A CADA UM?

O Poder Executivo brasileiro, com o seu sistema presidencialista, exerce as funções de chefe de Estado e de chefe de governo, o que lhe dá visibilidade nas políticas interna e externa.

Portanto, é inafastável reconhecer o atributo do Executivo federal para as tratativas com os agentes políticos dos demais entes federados e os congressistas.

Todavia, é preciso ter ciência que se ao Poder Executivo é permitido o que está na lei, e se cabe ao legislador conferir tal poder, é o Legislativo que se conforma como o espaço, por excelência, do processo político.

A atividade de interpretar e aplicar as normas é a função do Judiciário, que age por provocação, quando existe controvérsia. Se não for provocado, têm-se reveladas a apatia e a desconfiança social; se for excessivamente provocado, tem-se uma realocação de debates políticos em foros com competência distinta, requerendo, tal qual cada decisão, o equilíbrio e a ponderação.

Há ainda, e não se pode omitir, o poder constituído pelas mídias e veículos de comunicação, acrescido mais recentemente das redes sociais e canais providos pela internet. O fluxo secularmente estabelecido de debate/razão/lei/aplicação no ‘mundo da vida’⁽⁴⁸⁾ tem sido alterado e não se sabe ainda que tipos de danos individuais, sociais e institucionais os estudos fenomenológicos vão demonstrar.

Sem querer estabelecer nenhum tipo de *ranking*, quer-se crer que os elementos que circundam movimentos de concertação entre poderes possam ser alvo de futuros estudos nos processos judiciais que refiram a COVID-19, em especial aqueles apreciados pelo STF⁽⁴⁷⁾.

E os casos do futuro, que serão analisados em tempos de normalidade, considerarão as evidências e os erros grosseiros identificados durante a pandemia, a partir de que critérios?

5. E O FUTURO?

A primeira ponderação é sobre ter, de fato, a capacidade de antecipar mudanças e se, numa eventual concepção do futuro, compreende-se bem os valores preponderantes. Talvez a reflexão indique que não se pode antecipar o futuro, menos ainda reconhecer valores instituidores.

Para Bauman⁽⁴⁹⁾, a sociedade moderna está imersa em cenários de amedrontamento, uma vez que a ‘hiperconexão’ faz com que as pessoas permaneçam em constante estado de alerta, com perspectivas de manipulação, em que pese ser notório que o elo entre o presente e o futuro é, verdadeiramente, frágil.

Esse estado de alerta e a negação da fragilidade predispõem às mais variadas crenças e limitam ao manuseio do conjunto de riscos que figuram no âmbito da previsão, possibilitando a sensação de segurança e, com ela, alguma sanidade. O ano 2020 tem uma atipicidade ainda maior, uma vez que a pandemia asseverou o panorama já descrito. Esse ‘estado de coisas’ é que imporá o futuro.

5.1 POLÍTICAS DE SAÚDE

Espera-se que a ideia de sistemas de saúde universais e públicos, dos quais já se tem série histórica favorável, seja a aposta dos países. Os dados da pandemia colaborarão com as revelações feitas por *experts* há anos, no sentido de que a comparação de respostas para o cuidado à saúde é desfavorável ao setor privado, quando comparado ao público. Entretanto, há custos para sustentar bons sistemas de saúde.

Enquanto os tempos de normalidade admitem que parte governe o todo, as pandemias não admitem tal premissa – elas requerem colaboração integral. A cooperação deve dar-se entre pessoas e entre países ensejando decisões favoráveis ao desenvolvimento sustentável, à ampliação de acesso aos cuidados à saúde e, especialmente, à prevenção de doenças.

É nesse âmbito que merecerão observação mais acurada as experiências de cooperação entre países e instituições, na busca e produção de vacinas, podendo revelar-se experiência exitosa capaz de agregação de valor social.

5.2 ECONOMIA

Os efeitos indesejados da pandemia, para além dos milhares de óbitos e adoecimentos, alcançam a economia. Grynspan⁽⁵⁰⁾ afirma que o adoecimento pelo novo coronavírus alcança a sociedade de forma distinta, em face da distribuição desigual da renda, considerados os indivíduos, e porque países de ‘renda média’ tendem a possuir sistemas de saúde com menor capacidade de respostas.

Os cenários pós-pandemia ainda são incertos, mas tendem a deixar pobres ainda mais pobres e ricos ainda mais ricos. Outra associação possível é a capacidade de articulação de respostas dos sistemas de saúde e os sistemas econômicos, denotando a interrelação propulsora para a recuperação, o que poderá contar favoravelmente para a adoção de sistemas universais e públicos.

Há ainda, e aí contando com as possibilidades de incremento da cooperação internacional e diplomacia global, possibilidades de alteração das atuais regras aplicáveis ao direito internacional, enrijecendo os controles acerca da concessão/manutenção de fundos destinados à conservação ambiental; ao progresso econômico; à valorização de regimes democráticos; à irretroatividade dos direitos humanos e sociais, com vistas a minorar as diferenças abissais entre continentes, países e pessoas.

5.3 QUARTA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

Ao passo que o alcance da quarta revolução industrial e seu potencial tecnológico estão atrelados às nações mais desenvolvidas (assim como estiveram as outras), a característica vigente não é de inserção de pessoas nos respectivos mercados de trabalho. Ao contrário, é de sua exclusão, agravando os números relativos às vulnerabilidades. Esse é um viés que

onera sobremaneira os sistemas de saúde; impede a equidade e alavanca a distância entre os mercados produtores e os dependentes.

É nessa seara que estão a qualificação dos processos educacionais e de formação, tanto profissional quanto acadêmica; a valorização das diferentes competências; e ainda a pesquisa, a ciência e a inovação. Contudo, o crescimento e o aporte qualitativo nessas áreas não se converterão em benefícios sociais, coletivos e individuais, se não chegarem a um público amplo e intergeracional.

Esse alcance certamente passa pela comunicação e suas diferentes estratégias, mas o êxito estará condicionado às respostas e aos controles que a humanidade decidirá acerca das ‘desinformações’, ‘fake news’, ‘teorias da conspiração’ e o açodamento aos regimes de liberdade da imprensa.

6. AO FIM E AO CABO

De tempos em tempos, a humanidade altera suas rotas. Não ocorre de repente, ainda que assim pareça. Os modelos que contemplam a contraposição entre democracias e autocracias; estado de bem-estar social e liberalismo; preço e valor podem estar chegando ao seu esgarçamento total.

A conformação de novos modelos já tem sido considerada. Harari apresenta ponderações acerca dos atuais sistemas democráticos:

As mudanças tecnológicas estão tornando obsoleto o antigo sistema. [...] As atuais estruturas políticas e econômicas foram construídas quando essa tecnologia não existia. Agora é preciso reinventar a democracia e o sistema econômico. O que continua existindo é uma base universal absoluta sobre a ética e a moralidade que não muda⁽⁵⁰⁾.

Essa base ética universal é que deve estar no centro dos debates. Seu império estará centrado nas leis e no direito? Nas comunicações? Na diplomacia global? Na redução dos sofrimentos humanos? Não é possível dar respostas precisas, o que se tem são desejos ou meras apostas.

Ao SUS, caberá sobreviver e se fortalecer, para que represente, para o conjunto de brasileiros, a expressão material da irretroatividade dos direitos sociais, humanos e fundamentais relacionados à saúde:

[...] apenas a sociedade é quem tem o condão de reiterar a escolha por caminhos já percorridos, ou de mudá-los parcial ou completamente. Ao fim e ao cabo, é preciso entender os anseios dos brasileiros e o tipo de sistema de saúde que desejam para os dias atuais e para o futuro – e mais ainda – o quanto estão dispostos a pagar por suas escolhas⁽³⁶⁾.

Por hora, o caminho é o constitucionalismo democrático alicerçado no voto e no respeito às escolhas da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Carta de Atenas, de novembro de 1933 [Internet]. Iphan; [s.d.] [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Carta%20de%20Atenas%201933.pdf>.
2. Sabroza PC. Concepções de saúde e doença [Internet]. Abrasco; 2004 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.
4. Silva, G.R. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo. 1973;28(2):31-5.
5. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública [Internet]. 1998 [acesso 2020 ago 20];32(4):299-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593>.
6. Paim JS. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. Saúde Debate. 1976;1: 9-12.
7. Arouca, AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas [SP]: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campina; 1975.
8. Barreto ML. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa, DC, organizadora. Epidemiologia, teoria e objeto. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1990. p. 19-38.
9. Paim JS. Saúde, crises, reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA; 1992.
10. World Health Organization. Renewing the healthfor-all strategy: elaboration of a policy for equity, solidarity and health [Internet]. Geneva; 1995 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62764/56672_eng.pdf?sequence=1.
11. Universidade de São Paulo. Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano – 1972 [Internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos; [s.d.] [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Meio-Ambiente/declaracao-de-estocolmo-sobre-o-ambiente-humano.html>.
12. Passos, E; Walter, MTMT. Pandemias do passado, lições para o futuro e um pouco de legislação. 2020. [internet]. Disponível em: <https://www.cajur.com.br/index.php/cajur/article/view/264/341>.

13. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas (1990-1995). Washington: Opas; [s.d].
14. Organização Pan-Americana de Saúde. Orientações estratégicas e programáticas: 1995-1998. Washington, D.C.; 1995. (Documento Oficial, 269).
15. Santos AO, Delduque MC, Rey Filho M. O Novo Constitucionalismo na América Latina e Caribe, e a construção do direito à saúde. Rev Bras de Políticas Públicas. 2019;9(2):443-58.
16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents [Internet]. Geneva: WHO, 1946 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2020.
17. Pinto PGHR. O estigma do pecado: a lepra durante a idade média. Physis [Internet]. 1995 [acesso 2020 ago 20];5(1):131-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v5n1/07.pdf>.
18. Czeresnia D. Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/knm4c/pdf/czeresnia-9788575412565.pdf>.
19. Santos AO, Barros FCP, Delduque MC. O Direito à Saúde e a Proposta de Cobertura Universal. An Inst Hig Med Trop [internet]. 2016 [acesso 2020 ago 20];15(Supl. 1):S51-S55. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/106>.
20. Wang D. O Dilema da Medicina Moderna: Zolgensma, a droga mais cara do mundo. BEM [Internet]. 21 ago 2020 [acesso 2020 ago 21]. Disponível em: <http://medicinabaseadamevidencias.blogspot.com/2020/08/o-dilema-da-medicina-moderna-zolgensma.html>.
21. Cratella Neto J. Curso de direito internacional do meio ambiente. São Paulo: Saraiva; 2012.
22. Leite JRM. Manual de direito ambiental [Internet]. São Paulo: Saraiva; 2015 [acesso 2020 ago 20]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502622524/>.
23. Público. António Guterres: ameaça climática é “muito mais grave” do que a pandemia [Internet]. Portugal; 8 set 2020 [acesso 2020 set 9]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/09/08/p3/noticia/antonio-guterres-ameaca-climatica-grave-pandemia-1930818>.
24. IBGE retrata cobertura natural dos biomas do país de 2000 a 2018. Agência IBGE Notícias [Internet]. 24 set 2020 [acesso 2020 set 25]. Disponível em: <https://agen>

ciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28943-ibge-retrata-cobertura-natural-dos-biomas-do-pais-de-2000-a-2018.

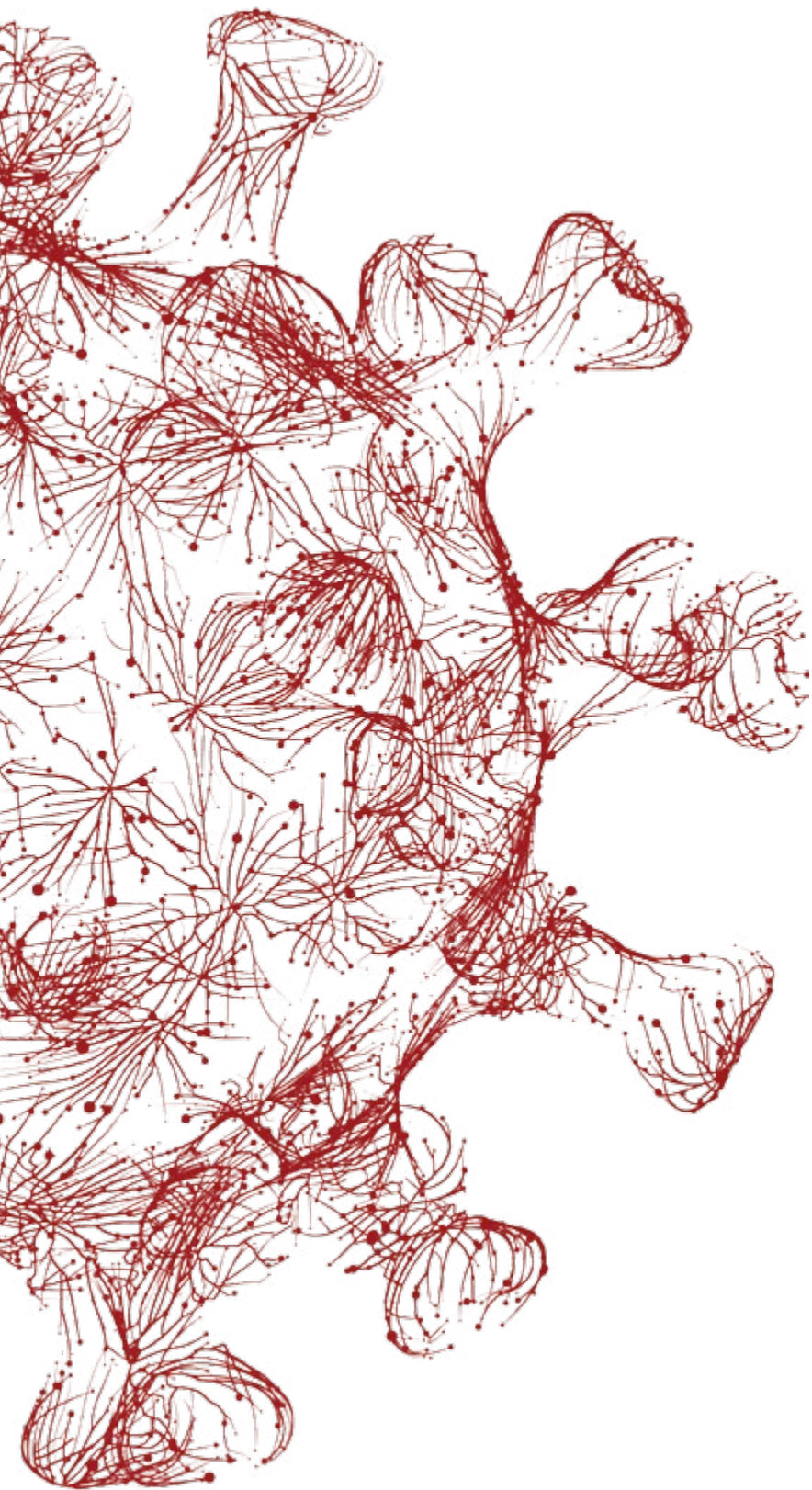
25. Brasil. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Situação Atual [Internet]. Inpe; 2020 [acesso 2020 set 25]. Disponível em: <http://queimadas.dgi.inpe.br/queimadas/portal-static/situacao-atual/>.
26. Brasil. Controladoria-Geral da União. Pesquisa de Relatórios [Internet]. 2020 acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/875381?colunaOrdenacao=dataPublicacao&direcaoOrdenacao=DESC&tamanhoPagina=15&offset=0&urlConfiguracao=875381&fixos=#lista>.
27. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 60 Ref/DF [Internet]. Relator: Ministro Roberto Barroso, decisão em 24 ago 2020 (ADI-60). Brasília, 24 ago 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADO60Decisa771oaudie770nciapu769blica.pdf>.
28. Food and Agriculture Organization of United Nations. World Livestock 2013: Changing disease landscapes [Internet]. Roma; 2013 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <http://www.fao.org/3/i3440e/i3440e.pdf>.
29. United Nations Enviromet Programme and Internacional Institute. Preventing the Next Pandemic: Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission [Internet]. Kenya; 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/32316/ZP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
30. Carson R. Primavera silenciosa. São Paulo: Gaia; 2010.
31. Banco Mundial. O COVID-19 Lança a Economia Mundial na Pior Recessão desde a Segunda Guerra Mundial [Internet]. 8 jun 2020 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>.
32. Levitsky L, Zibblatt D. Como as democracias morrem. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro. Editora Zahar; 2019.
33. UE vai destinar 220 milhões de euros a traslado de pacientes com covid-19. Uol Notícias [Internet]. 29 out 2020 [acesso 2020 out 30]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/10/29/ue-vai-destinar-220-milhoes-de-euros-a-traslado-de-pacientes-com-coronavirus.htm>.
34. Hobsbawn E. A Era dos Extremos – O Breve Século XX (1914-1991). São. Paulo: Companhia das Letras; 1995.
35. Mendonça EB. A constitucionalização da política: entre o inevitável e o excessivo. Revista da Faculdade de Direito da UERJ [Internet]. 2010 [acesso 2020 ago 24];1(18).

Disponível em: <http://www.revistadireito.uerj.br/atigos/Aconstitucionalizacaoodapoliticaentreoinveitaveleoexcessivo.pdf/>.

36. Santos AO, Barros FPC, Silva JF. O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde: o debate promovido pela gestão estadual do SUS [Internet]. Conass; 25 jun 2018 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>.
37. Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. 40. ed. São Paulo: Malheiros; 2017.
38. Inglaterra. Magna Carta [Internet]. UK: British Library; 28 jul 2014 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.bl.uk/magna-carta/articles/magna-carta-english-translation>.
39. Santos AO. Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada. 2019 [tese]. Brasília; Universidade de Brasília; 2019.
40. Conass. Os desafios do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
41. Santos AO, Delduque MC, Alves SMC. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad Saúde Pública. 2016;32(1):e00194815. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194815>.
42. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
43. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
44. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. 29 jun 2011 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20112014/2011/decreto/D7508.htm.
45. Coronavírus: o que a Europa está fazendo para tentar conter a segunda onda. BBC [Internet]. 28 out 2020 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54727218>.
46. Barroso LR. Constituição, Democracia e Supremacia Judicial: Direito e Política no Brasil Contemporâneo. Revista Jurídica da Presidência [Internet]. 2010 [acesso 2020

ago 24];12(96):5-43. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/230/219>.

47. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341, rel. min. Marco Aurélio, julg. 15/04/2020; Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.343, rel. min. Marco Aurélio, julg. 07/05/2020; Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672, rel. min. Alexandre de Moraes, julg. 09/04/2020; Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 668, rel. min. Roberto Barroso, julg. 31/03/2020; Reclamação 41.186/BA, rel. min. Roberto Barroso, julg. 05/06/2020; Reclamação 39.790/ES, rel. min. Luiz Fux, julg. 20/04/2020; Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 671, rel. min. Ricardo Lewandowski, julg. 03/04/2020. Brasília; 2020.
48. Miranda MS. O mundo da vida e o Direito na obra de Jürgen Habermas. Prisma Jurídico. 2009;8(1):97-119.
49. Bauman Z. Miedo líquido. Barcelona: Editorial Paidós; 2010
50. ‘O coronavirus pode deixar um legado positivo’: a visão de 3 grandes pensadores sobre a pandemia de covid-19. Uol [Internet]. 30 ago 2020 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2020/08/30/o-coronavirus-pode-deixar-um-legado-positivo-a-visao-de-tres-grandes-pensadores-sobre-a-pandemia-de-covid-19.htm>.



CONTEXTOS, NARRATIVAS E PESSOAS, REFLEXÕES SOCIAIS EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19

Ximena Pamela Díaz Bermúdez¹

Talvez minha história possa resultar útil a quem vem depois de mim, se alguma vez se vissem submetidos à mesma angústia e à mesma opção; por esta razão desejo que esta narrativa seja mais do que uma história dos meus atos, um guia para aqueles a quem muito pouco pode importar o que foi de mim.

Daniel De Foe, Diário do Ano da Peste⁽¹⁾

RESUMO: O ensaio apresenta reflexões a partir das Ciências Sociais, particularmente das abordagens da hermenêutica e da fenomenologia em diálogo com o campo da saúde coletiva, tendo como pano de fundo o contexto da atual pandemia da COVID-19. Desenvolve a ideia de que as condições de vida das pessoas são marcadores estruturantes da situação de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais e que estes se diferenciam entre si em termos de classe, raça, pertença étnica e gênero. Argumenta que as formas em que operam as respostas individuais e coletivas à pandemia da COVID-19 estão relacionadas com essas condições. Nesse sentido, a pandemia da COVID-19, como quase todas as doenças de natureza infecciosa, tem mecanismos de discriminação que favorecem a infecção, o adoecimento e a morte dos contingentes populacionais que vivem em contextos de vulnerabilidade associados às condições sociais, econômicas e políticas de desenvolvimento da vida. Finalmente, levanta algumas considerações relacionadas com a política da resposta e da gestão da pandemia e seus efeitos, assinalando o desafio e a responsabilidade cidadã que nos cabe para superar impactos sociais, econômicos e sanitários em nível nacional e internacional, na relação individual e coletiva ante a constituição de projetos de sociedade protetores e inclusivos.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Saúde Pública. Ciências Sociais. Pandemias. Iniquidades.

¹ Doutora em Antropologia. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Orcid: 0000-0002-3771-7684. ximena@unb.br.



I. DIÁRIO DO ANO DA PESTE

Assim que se tornaram públicos os relatos de infecções provocadas pelo novo coronavírus, que chegou silencioso no início do ano de 2020 e, muito depressa, de um mercado em Wuhan na China, desbordou fronteiras e atingiu pessoas em muitas outras cidades e países em forma exponencial, até assumir as características de pandemia que conhecemos, provocaram a produção, também crescente, de indagações de toda ordem: análises políticas, textos científicos, especulações e rumores, informações epidemiológicas e outras formas de narrativa constituídas ao redor deste fenômeno que, sobretudo, por inusitado, assombrou ao mundo.

Desde sua institucionalização, ocorrida aproximadamente na metade do século XIX, as ciências sociais registram e analisam minuciosamente o vasto repertório de acontecimentos históricos, políticos e econômicos da humanidade, contribuindo para entender a vida humana em sua extraordinária dimensão social. Isso significa pensar nas relações que os homens e as mulheres nas diversas épocas têm arquitetado historicamente para viver em sociedade. É no âmbito da vida social que, enquanto seres humanos, nos manifestamos e nos fazemos possíveis e concretos, e a vida humana se torna inteligível para os indivíduos e para os coletivos.

Desenvolvo, neste texto, reflexões sobre a sociedade, as práticas sociais e a nossa inserção no mundo considerando o contexto atual da pandemia da COVID-19, a partir de uma perspectiva compreensiva. Isto é, um horizonte interpretativo dos fenômenos sociais, (*verstehen*) imbrincados que estão com aspectos subjetivos e intersubjetivos que as relações sociais produzem⁽²⁾. A partir da perspectiva de cultura como forma de ver e estar no mundo, produzimos e nos nutrimos de códigos e símbolos sociais que são desvendados e reelaborados no cotidiano de nosso fazer como pessoas, na ação que realizamos como sujeitos, ou, como considera Giddens⁽³⁾, em termos de agentes. Em situações excepcionais como as pandemias, precisamos acurar nossa percepção e as

possibilidades de dar significados ao vivido. Ainda, olhando para os fenômenos biológicos com as lentes da cultura, é possível trazer à tona a pertinência de compreender as doenças e o sofrimento na interrelação da interface biológica e social que caracteriza o fazer da saúde coletiva.

As relações sociais que se estabelecem nas diversas sociedades são tremendamente diversas e dramaticamente desiguais. Nesse sentido, podemos dizer que as trajetórias do nosso percurso na sociedade, de nossa experiência no mundo trazem, de certa forma, as marcas de nascença. Não penso aqui apenas no sofisticado componente biológico que nos edifica como humanos, mas nas condições de vida que produziram nossa chegada ao mundo e que começam a perfilar o destino desse percurso que traçaremos enquanto indivíduos membros de uma determinada família, uma pertença étnica, uma sociedade, uma nacionalidade.

Outros marcadores sociais logo nos guiam e definem nesse tensionado mapa de possibilidades sociais com que se desenha nosso caminho e nossa própria experiência social. Mencionarei três deles cunhados pelo pensamento social em diversos momentos históricos e enriquecidos com contribuições intelectuais de profícuos pensadores.

O primeiro deles é a classe social, categoria diretamente relacionada com o lugar que ocupamos na hierarquia econômica e social e com a produção e acesso aos bens materiais e simbólicos da sociedade em que nos tocou nascer e desenvolver. Conceito clássico do materialismo histórico que aliou o exame da sociedade com um projeto político-ideológico de transformação social.

Não menos significativo, o grupo étnico ou a raça a que pertencemos considerado, também, elemento estruturante do lugar que ocupamos nesse mapa social histórico no qual estamos inseridos enquanto pessoas e coletivos. E, a terceira e mais nova categoria, a dimensão de gênero, produzida pelas intelectuais feministas em seus estudos sobre as relações de gênero, nos anos 1960, questionando o lugar de subordinação da mulher nas sociedades.

O gênero é uma construção social que, para além do sexo biológico, nos define nas atribuições tidas como femininas ou masculinas nas diversas sociedades. Por outro lado, esses estudos abonaram o campo teórico das ciências sociais e se consolidaram em importante matriz interdisciplinar para o estudo das mulheres, das relações de poder e de dominação, violência, saúde, política, educação e outros. Mais recentemente, os estudos de gênero incorporaram também a análise das masculinidades e os estudos sobre populações trans.

Por muito tempo, o pensamento social das mais distintas filiações teóricas olhou para esses conceitos classificatórios e produtores de lugar, de ordem e de sentidos como categorias separadas pelo peso e robustez de seus significados e pela forte tradição analítica de que se revestem. Entretanto, estudos contemporâneos das últimas três décadas, como os da jurista da Universidade de Columbia, Kimberlé Crenshaw⁽⁴⁾, feminista negra, nos munuiu de novas ferramentas analíticas e concepções teóricas para a análise social, ao pensar as interfaces e conexões possíveis entre estas clássicas categorias tomadas articuladamente no que ela denominou de interseccionalidades de classe, gênero e raça.

Essa nova maneira de se aproximar dos fenômenos sociais ampliou a perspectiva da exploração investigativa quando buscamos refletir sobre o que implica o lugar que ocupamos e os papéis que desempenhamos na sociedade quando somos homens, mulheres, ou assumimos diferentes identidades de gênero; quando pertencemos a uma classe social e a uma raça ou grupo étnico em um contexto que nos situa enquanto tais. Esse conceito tem sido fecundo e influenciou as análises sobre políticas públicas, instituições, movimentos sociais, formas de poder e outros cenários sociais de produção de relações sociais.

Não longe do que tem ocorrido com outras epidemias que afetaram o mundo – entre as mais notáveis, a peste na Idade Média, a denominada gripe espanhola de 1918, que coincide com o final da Primeira Grande Guerra, e a epidemia de HIV/aids no início da década de 1980, às quais se seguem o Ebola, a Zika e as síndromes respiratórias agudas –, as reações perante uma doença desconhecida revelam-se semelhantes em diferentes contextos e temporalidades.

Assistimos também agora, em ocasião da pandemia da COVID-19, a sentimentos coletivos de angústia, medo, pânico, julgamentos morais, elucubrações sobre a origem da infecção, teorias dos germes e do contágio, teorias de conspiração envolvendo as grandes potências e uma série de comportamentos e práticas que os grupos sociais adotam na medida em que vivem com esses eventos. Agrega-se ao seu redor uma vasta produção discursiva emanada dos mais diversos atores sociais que elaboram significados para iluminar a reflexão e a possível ação para desvendar o desafio que põe em risco a vida humana. Estas narrativas, contudo, têm sido não somente diversas, mas contraditórias e tensionadas por interesses que geram uma verdadeira disputa discursiva que é, ao mesmo tempo, um lugar de contradição política.

Observamos que uma grande autoridade discursiva se outorga às informações científicas que se produzem ao redor da COVID-19 para a descrição de condições clínicas, diagnóstico e formas terapêuticas, com lugar privilegiado para as vacinas. No entanto, a ciência não reina soberana nessa profusão de narrativas emanadas das interpretações sobre a pandemia. Há que se notar que o discurso científico é um acirrado espaço de disputa não somente para chegar primeiro com um produto vacinal eficiente, mas para identificar as formas de comportamento do vírus que pode apresentar grandes variações nas pessoas. A comunidade científica, portanto, não se exime de participar de um cenário de dissensos e contradições. Outras vozes dissonantes preenchem o cenário discursivo da COVID-19. Figuras políticas como chefes de estado e outras autoridades transmitem, por canais de comunicação institucionais ou não, suas representações sobre a pandemia e sobre as estratégias de prevenção e de cura que imaginam.

O Diário do Ano da Peste, do escritor inglês Daniel de Foe⁽¹⁾, que ilustro na epígrafe deste ensaio, nos mostra as reações das pessoas diante dessa nova doença que avançou ceifando vidas de jovens e adultos e assolou a Europa nas primeiras décadas de 1700. Descrentes, alguns não seguiam o confinamento prescrito pelas autoridades, protegidos que se imaginavam de serem atingidos. Pensada como castigo divino, outros se sentiam resguardados do pecado e se negavam a tomar as precauções recomendadas. O uso de máscaras durante a gripe espanhola e o distancia-

mento social também foram estratégias questionadas na época, como na cidade de São Francisco, com movimentos organizados contra o que se identificava como violações aos direitos individuais.

A historiadora Nancy Bristow⁽⁵⁾, uma das mais destacadas especialistas na história da influenza de 1918, mostra também algumas dessas manifestações recorrentes do comportamento social em tempos de epidemia e os vínculos possíveis entre passado e presente, tais como a falta de preparo, o esquecimento ou a negação de experiências passadas, as desconhecidas respostas de saúde pública dadas às epidemias e o trauma provocado por essas experiências, para mencionar algumas das conexões que ela interpreta, que são provocadas pela experiência das epidemias.

Percebe-se, pois, que as restrições impostas aos cidadãos em tempos de emergência de saúde pública esgotam a tolerância às estratégias de prevenção. No caso da epidemia de HIV/aids, também se observou esse fenômeno e chegou-se a desenvolver o conceito de *prevention fatigue*⁽⁶⁾ que buscava sintetizar uma certa apatia gerada pelo saturamento de mensagens e práticas de prevenção associadas, sobretudo, à prescrição de políticas de uso permanente de preservativo em qualquer contexto ou à disciplinarização da vida sexual das pessoas, inclusive como foi o decreto de políticas da abstinência sexual.

Por outro lado, assim como na peste, na gripe espanhola ou no HIV/aids, a COVID-19 está mostrando a precariedade da vida e as políticas de necropoder instauradas na sociedade contemporânea revestidas de novas feições. Quem morre e quem vive pela COVID-19? Como nos aponta magistralmente Achille Mbembe⁽⁷⁾ em seus estudos sobre biopoder, soberania e morte, as sociedades criam dispositivos de poder que permitem produzir e reproduzir contingentes sociais que terão traçados seus destinos de morte. É, de fato, a impossibilidade da existência, porque, a essas vidas, se imagina e atribui um quase estatuto do que poderíamos chamar de necrociudadania, que opera cotidiana e persistentemente nas dinâmicas de extermínio social pela violência, pela negação do acesso aos bens e serviços do Estado ou pelas doenças que incidem nos indivíduos na perspectiva dos determinantes sociais de saúde.

A convergência de um conjunto de fatores, entre os quais, o precário acesso às políticas sociais, tais como educação, saúde, emprego, moradia, se aliam à fragilizada participação social e política, além de canais de comunicação praticamente inexistentes nessas populações que vivem em contextos de vulnerabilidade. Entre outros fatores, tais circunstâncias limitam o pleno desenvolvimento e inserção social desses grupos e produzem situações estruturantes na vida dessas pessoas, do que denomino, aqui, como *deficit* de cidadania, que se produzem em contextos sociais precários.

Entendo que a possibilidade de exercitar a prática da cidadania plena trata não somente de valorizar o papel do indivíduo em uma perspectiva de direitos e deveres acolhidos na sociedade. Busco enfatizar que os direitos, enquanto valores, requerem ser equacionados na tensão entre o individual e o coletivo. Nesse exercício, parte significativa dos indivíduos pertencentes às populações que vivem em contextos de vulnerabilidade vêm secularmente estando fora da

vivência de sua cidadania no sentido, primeiro, de sua própria aproximação à ideia do direito e, conseqüentemente, à prática social desses direitos.

Provavelmente, são essas as populações que, em sua grande maioria, são os principais protagonistas das “fábricas de discriminação”, às que alude Bauman⁽⁸⁾ nas suas reflexões sobre a cultura que, a seus olhos, foi historicamente um espaço institucionalizado de diferenciação e de legitimação das desigualdades. Entretanto, também esse autor nos adverte que, no projeto de humanidade – e posso agregar no de cidadania –, o entendimento e o diálogo são constitutivos da nossa condição humana, habilidade que, segundo ele, é todo dia posta à prova.

Nessa perspectiva, não existe, portanto, um projeto acabado de cidadania nem de humanidade. O *deficit* de cidadania mencionado, e que nos cobre com misérias humanas, preconceito e exclusão, tem seu contraponto no verdadeiro reconhecimento do outro, no exercício de uma alteridade que incorpore as diferenças na perspectiva do direito e que também faça parte da experiência de vida cotidiana e da construção de um projeto de humanidade em contraponto às formas atuais de dominação essencialmente constituído pelo capitalismo de mercado.

O reconhecimento recíproco, segundo Honneth⁽⁹⁾, é esquecido nas sociedades modernas capitalistas, sendo os seres reificados sob um olhar especial de alienação que se associa a uma práxis deformada em que os sujeitos se tornam meros observadores, e não participantes do seu devir. A pandemia de COVID-19 chega a um cenário político nacional de exacerbada contradição política. No mundo, observa-se uma escalada da intolerância contra o outro, podendo ser nomeado como migrantes, população negra, pobres, povos indígenas e minorias. Ademais, essa alienação se mostra, entre outras formas, na imobilização da ação social e na fragilizada proposição de novos projetos humanitários. Por isso as crises sanitárias como as que produzem as epidemias têm impactos em toda a organização social de nossas formas de vida.

Levar em conta esse *deficit* de cidadania e essa reificação na abordagem das populações mais afetadas pela COVID-19 significa contextualizar as relações sociais que conduzem essas experiências humanas, ao passo que traduzem, com suas próprias narrativas, formas de se pensar como indivíduos e coletividades, além de maneiras possíveis de existir diferentes daquelas que colocam em desconforto o modelo hegemônico nas nossas sociedades. As argumentações de Amartya Sen⁽¹⁰⁾ no sentido de reconhecer que as diversidades dos indivíduos também estão dadas pelas habilidades ou pelos dispositivos com que contam para a construção de sua liberdade – e, podemos considerar, de sua cidadania – são fundamentais para entender a imaginação de indivíduos que pertencem a essas populações e seus percursos para encontrar caminhos de legitimação nas oportunidades da vida e na incorporação crescente de práticas de cidadania.

Por outro lado, as narrativas sobre a gestão das crises sanitárias e os riscos diferenciados para os diferentes setores sociais que estas implicam, colocam em evidência as incertezas. Não existe a possibilidade da completa proteção em todas as circunstâncias ou contextos. É necessário, no meu entendimento, reconhecer que há fenômenos que escapam à compreensão. Gadamer⁽¹¹⁾, em

reflexões sobre a saúde e doença em seu livro *Filosofia e Saúde*, indica que a necessidade de compreender a preocupação com a saúde das pessoas é um fenômeno originário da condição humana.

Nas ciências sociais, o conceito de risco está bem fundamentado e acompanha as reflexões sobre a vida em sociedade a partir de diversos autores. Mary Douglas, em *Pureza e Perigo*⁽¹²⁾, mostra a existência de sistemas classificatórios que ordenam o mundo cultural e põe em evidência aquilo que é considerado puro, impuro e se utiliza como marcadores de natureza normativa e simbólica nos grupos sociais. As práticas de higiene, a noção de contágio e de poluição são gramáticas culturais que alertam sobre a ordem social estabelecida nas diversas sociedades. Desde a fala, o que podemos dizer ou não publicamente, nossos pudores morais e físicos, até o que comemos e como comemos, os comportamentos corporais, utensílios e objetos que nos apoiam no cotidiano da vida, denotam princípios organizadores da nossa cultura e de nossos limites.

Em outra perspectiva, para Beck, que adota o conceito de “sociedade de risco”⁽¹³⁾, a definição se aproxima ao que presenciamos com a pandemia da COVID-19. Isto é, o risco que, de algum modo, se corre na vida, pelo próprio fato de estar vivo, implica para os indivíduos e os coletivos a realização, em algum grau, limitada pela autonomia que é sempre relativa ao contexto social e suas forças, as possibilidades de desenvolver opções e escolhas que podem ser oportunas ou não. Além disso, ao mesmo tempo, essa gestão do risco que as crises sanitárias impõem se conjugam com a incerteza e com a concretude dos limites e das ambiguidades do que é desconhecido e temido.

Em um pensamento crítico, autores contemporâneos, como Giorgio Agamben, Judith Butler, Byung-Chul Han e Slavoj Žižek e outros, reuniram muito rapidamente, ainda no mês de março, no livro digital *Sopa de Wuhan*⁽¹⁴⁾, suas primeiras reflexões e pontos de vista acerca do significado social que imprimiam à pandemia da COVID-19. Na linha da biopolítica de tradição foucaultiana, destaco o trabalho de Butler⁽¹⁴⁾, que aponta considerações sobre os efeitos da infecção nos grupos sociais diferenciados e o possível benefício da vacina, quando disponível, a grupos sociais privilegiados em países onde o acesso à saúde pública não está garantido.

Outrossim, mesmo nos países que desenvolveram sistemas de saúde públicos e universais, a pandemia tem mostrado as tremendas dificuldades para proteger todas as pessoas que, em milhares, têm se infectado ao longo da geografia planetária. No que Butler denomina de cenários de dor, trazidos pelo medo, o encerro desprotegido, a superlotação e outros traços das condições sociais de vida de grandes contingentes de pessoas nas periferias urbanas das cidades, distantes das pessoas poupadas da morte, poupadas inclusive da própria infecção, haverá aquelas condenadas pelas suas precárias vidas a não ter cuidado nem proteção alguma, talvez, tampouco saberão que estavam infectadas porque não chegam sequer a ter um diagnóstico.

Quando se articulam, nesses cenários sociais, as interseccionalidades de classe, gênero e raça, observamos que a maneira como a pandemia afeta as populações do mundo está suficientemente imbricada com os elementos sociais dos contextos nos quais as pessoas vivem, trabalham e circulam. As epidemias precisam ser sempre vistas em suas dimensões biológicas e clínicas, para

identificar os mecanismos de transmissão e replicação viral no caso da COVID-19 e, paralelamente, em sua dimensão social.

É realmente no mundo social e no mundo da interação em que ocorrem as infecções, por isso o contágio está dotado de revelações, representações e imaginários construídos ao longo de nossa experiência social. Esse conjunto de mecanismos de significação se revestem de sentidos porque atribuímos a elas os significados que podemos acessar dentro do repertório de conhecimentos, valores, conceitos, palavras e motivações das quais dispomos e que trocamos e compartilhamos nos processos de interação social.

A pandemia de COVID-19 evidenciou global e localmente uma série de tensões relativas ao modo dominante de organização do mundo.

Em primeiro lugar, no que tange às esferas públicas, menciono o papel do Estado que, em pleno século XXI, ainda é deficitário na organização de respostas rápidas e eficientes de proteção à população em emergências em saúde pública. Um elemento central da resposta a esse tipo de acontecimentos disruptivos é a capacidade de responder articuladamente aos desafios desses eventos que são usualmente fenômenos repentinos e que têm potencialmente vasto poder de extermínio. As vozes das lideranças dos países localmente e as vozes de liderança das instâncias globais por meio de comunicações, decisões programáticas e normativas não somente apresentaram contradições nas informações e respostas, mas os interlocutores deixaram à luz suas imperícias para alcançar consensos e gerar ações consertadas entre as múltiplas vozes das nações, na perspectiva de afiançar impactos efetivos na proteção das vidas humanas.

A proteção, por outro lado, não pode ser vista apenas como prevenção ao temido contágio. Precisamos olhar holisticamente para o conjunto das sociedades contemporâneas tremendamente marcadas pelas disparidades abismais entre classes, grupos étnicos e gêneros em uma dimensão que inclua um amplo conceito de proteção e de cuidado social com a vida humana. No entanto, nas condições de nossas sociedades, aqui me referindo, principalmente, ao Brasil, assim como caberia para outros países da região de América Latina, com projetos nacionais oriundos da dominação de elites, do colonialismo, dos resíduos escravocratas, improvisar respostas inclusivas parece um empreendimento quase impossível quando historicamente foi criado justamente o inverso.

Ou seja, tendo dispositivos organizacionais que produzem, reproduzem e fazem persistir as inequidades econômicas, sociais e políticas, seria um contrassenso pensar que respostas de proteção para a população possam ser improvisadas, mesmo considerando seu caráter emergencial e passageiro. Há que se apontar que as respostas às emergências de saúde pública, de acidentes da natureza e desastres ambientais e de qualquer outro tipo estarão completamente subordinadas aos modelos de sociedade com que se conte em cada contexto, que não podem ser classificadas apenas em termos de tecnologias. A resposta coletiva, por outro lado, reconhecida como um valioso capital simbólico, joga um papel essencial e não pode ser pensada desprovida das implicações do conceito de cidadania.

Em âmbito privado, assistimos a mulheres sobrecarregadas com a pesada tarefa de levar a cabo os trabalhos domésticos e a realização concomitante da ocupação laboral em forma presencial ou remota. Todavia, o cuidado das crianças, que, majoritariamente recai sobre as mulheres, tendo em vista as relações de gênero instituídas nas nossas sociedades e a representação de que o cuidado de crianças e de idosos é uma função das mulheres, imaginadas como cuidadoras. Nesse domínio, ainda estão por ser vistos os efeitos que o confinamento traz para as crianças que têm vivido esses meses dentro de seus núcleos domésticos, apartadas de outras crianças e de outras formas de convivência. Saberemos os impactos nas restrições de espaços e de socialização, ao passo que serão identificadas as experiências com formas alternativas criadas por pais e cuidadores em substituição das funções interrompidas das escolas.

Como aponta Fassin⁽¹⁵⁾, a ordem do mundo “se inscreve nos corpos” e pode-se falar não somente das políticas públicas, em que por exemplo, as estratégias de gestão das crises podem ser situadas, mas também da política do vivido que a pandemia da COVID-19 nos apela a refletir. Nesse sentido, mais uma vez a saúde pública se defronta com o desafio de promulgar medidas genéricas, próprias de seu campo de atuação, mas que, ao mesmo tempo, permitam focar em estratégias de prevenção e de cura mais sinérgicas com as necessidades das pessoas, seus contextos e suas formas de inserção social. O mundo social é fabricado com a experiência humana que investigamos, interpretamos e incorporamos ou não. No caso das epidemias e pandemias, o conhecimento é vasto, mas não basta saber disso. É necessário ir além. Estar disposto ao aprendizado dessas experiências que a história, como método e como disciplina, nos fornece⁽¹⁶⁾.

2. À GUIA DE CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 retrata dramaticamente as inquietações dos custos e efeitos produzidos pelo modo dominante de organização do mundo com pesos muito díspares entre as populações que estão sendo afetadas mais intensamente no Brasil e nos outros países. Representa a metáfora mais atual das desigualdades e das inequidades que governam nossas sociedades.

Mostrou-se no crescimento intenso da pobreza não somente no Brasil, mas também nos países ricos, como Estados Unidos, o aumento do desemprego, o incremento do trabalho informal precarizado, sem reconhecimento de direitos trabalhistas. Suscitaram-se novos problemas de saúde mental em jovens e adultos; abandono de idosos; pessoas que vivem em contextos de vulnerabilidade disputando a precariedade da vida; racismo exacerbado contra negros, principalmente jovens; e violência doméstica, dentre outras – as incertezas ao respeito do tempo que resta da pandemia.

Os dilemas éticos que a pandemia desvela no drama social que acarreta exigem de todos nós uma atenção. Continuaremos banalizando e contemplando indiferentes as mortes injustas, assim entendidas por que elas são evitáveis e desnecessárias e às quais assistimos desapegados e inertes todos os dias? Poderemos, como cidadãos, fazer nossa contribuição e repensar nossos modos de vida, de consumo, de relações com o outro ao fazer da experiência um odo de consciência?

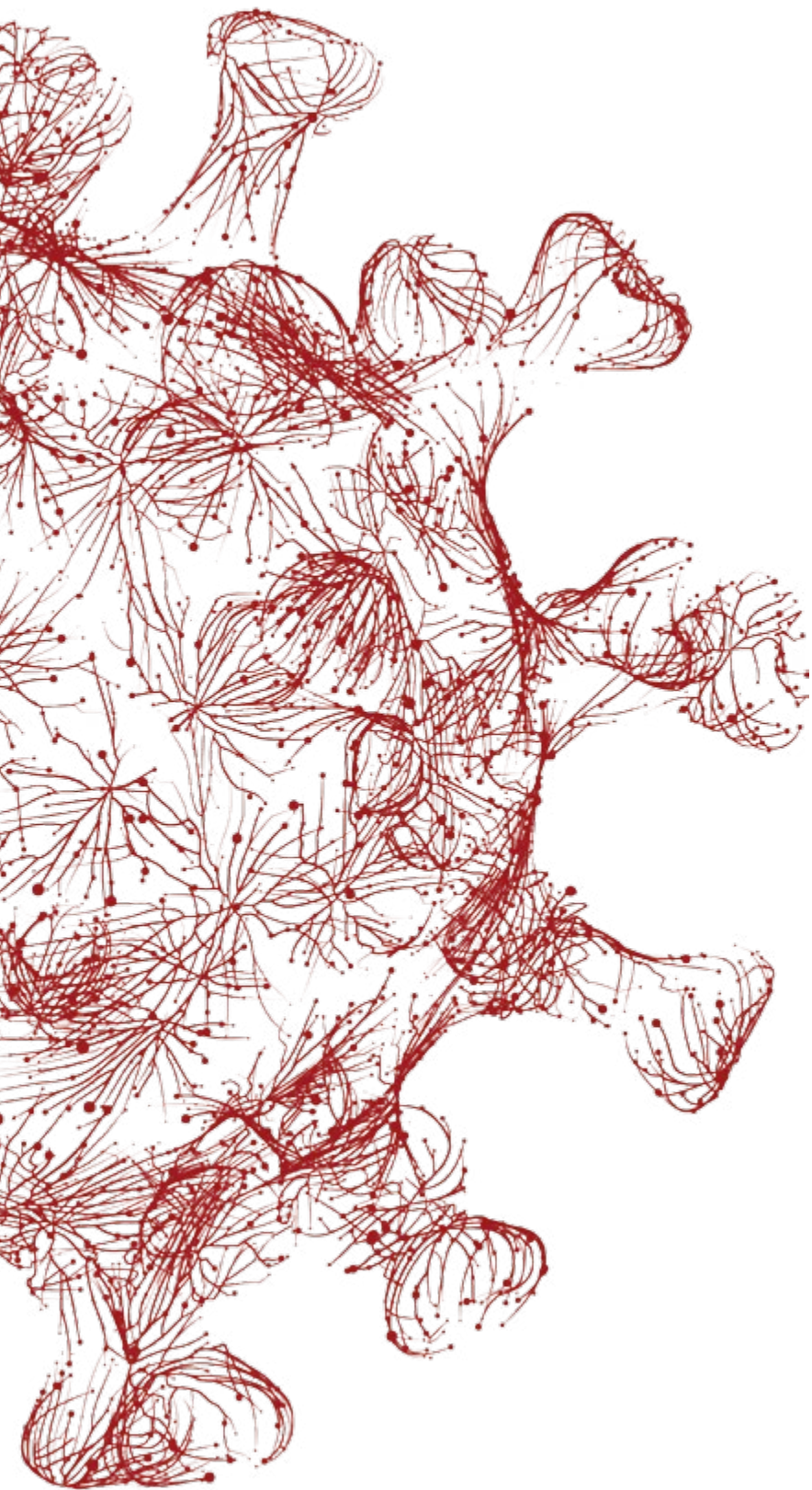
Enquanto finalizo a escrita deste ensaio, assistimos na Europa a uma segunda onda intensa de infecções. Cidades como Madrid, Barcelona, Paris, Marseille, Amsterdã e outras voltam a fechar seus lugares de circulação, e as restrições se impõem. Em diversas cidades dos Estados Unidos, há também um novo pico de infecções, algumas com perfis mais altos e mantendo-se assim. Dados da John Hopkins University nos mostram hoje, justo na metade do mês de outubro, um total de 38.588.292 casos de COVID-19 no mundo com um total de 1.093.359 mortes. Nesse cenário, os Estados Unidos ocupam o primeiro lugar em número absoluto de infecções e de mortes. O Brasil situa-se em segundo lugar no que tange ao número absoluto de mortes, contabilizando 151.747 e terceiro no ranking de casos, com 5.140.863 infecções, logo depois da Índia, que apresenta mais casos de infecção, porém menos mortes.

Nestes tempos excepcionais que alguns chamam de novo normal, parece improtelável, mais do que nunca, reinventar a vida. Fazem-se urgentes projetos de sociedade planetária que permitam vencer os desafios da desigualdade, a reedificação de outras perspectivas ecológicas e de relação das pessoas com a natureza, passíveis de criar mecanismos de produção e distribuição de bens. Há que se encontrar caminhos que permitam o reconhecimento de singularidades, pluralidades, alteridades e em que a experiência humana, em seus sucessos e seus fracassos, se aproxime das convergências necessárias para a manutenção equilibrada da vida em sociedade.

Haverá lugar nos nossos horizontes para uma nova concepção de humanidade, capaz de reverter o rumo da crise humanitária atual, da qual a COVID-19 é o mais recente componente?

REFERÊNCIAS

1. De Foe D. Diario del Año de la Peste [Internet]. [S.l.]: Biblioteca Virtual Universal; [s.d.] [acesso 2020 dez 18]. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20130614123132/http://jm-bd.es/LIBROteka/%20Daniel%20Defoe%20-%20Diario%20del%20a%C3%B1o%20de%20la%20peste.pdf>.
2. Schutz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2012.
3. Giddens A. Teoria social hoje. São Paulo: Editora Unesp; 1999.
4. Crenshaw KW. On Intersectionality: Essential Writings.. New York, NY: The New Press; 2017.
5. Bristow N. Pandemic Then (and Now): COVID-19 through the Lens of the 1918 Influenza Crisis [Internet]. Lecture at the University of Washington Department of History, the Center for the Study of the Pacific Northwest, and the Pacific Northwest Quarterly. 2 jun 2020 2020 [acesso 2020 dez 18]. Disponível em: <https://history.washington.edu/news/2020/06/03/nancy-bristow-lecture-1918-influenza-pandemic-and-COVID-19>.
6. Macapagal K, et al. HIV Prevention Fatigue and HIV Treatment Optimism Among Young Men Who Have Sex With Men. *AIDS Educ Prev*. 2017;29(4):289-301. doi: <https://doi.org/10.1521/aead.2017.29.4.289>.
7. Mbembe A. Necropolitics. *Public Culture*. 2003;15(1):11-40. doi: <https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>.
8. Bauman Z. Ensaios sobre cultura. Rio de Janeiro: Zahar; 2012.
9. Honneth A. Reificación. Un estudio en la teoría del reconocimiento. Buenos Aires y Madrid: Editora Katz Barp; 2007.
10. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora Record; 2008.
11. Gadamer HG. Philosophie de la Santé. Paris: Grasset Editions; 1998.
12. Douglas M. Pureza e Perigo. São Paulo: Editora Perspectiva; 1976.
13. Beck U. Sociedade de Risco, Rumo a Uma Outra Modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
14. Agamben G, et al. Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias [Internet]. Buenos Aires: ASPO; 2020 [acesso 2020 dez 18]. Disponível em: <https://bit.ly/sopadewuhan>.
15. Fassin D. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: Saillant F, Genest S. (orgs). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012:375-390, 2012.
16. Jones DS. History in a Crisis - Lessons for COVID-19. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1681-1683. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004361>.



A IMAGEM DO SUS DEPOIS DA PANDEMIA

Cláudia Collucci¹

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) se mostrou como o melhor instrumento para lidar com a pandemia do novo coronavírus no Brasil, mesmo com suas fragilidades crônicas. Houve uma mobilização de estados e municípios e a injeção de recursos federais extras para a criação de leitos destinados ao tratamento da COVID-19, o que evitou colapsos nas redes hospitalares, exceto em algumas capitais. A união de vários setores da sociedade civil também contribuiu para reduzir efeitos negativos da crise sobre os mais vulneráveis. A percepção é que, a partir desse reconhecimento público da sua importância, o SUS sairá mais fortalecido desta pandemia e que isso pode contribuir também para a melhoria da sua imagem. No entanto, para que isso ocorra, é preciso uma união de forças na defesa do sistema, especialmente em relação ao seu financiamento. Há possibilidade de ainda mais perdas orçamentárias para 2021. Ao mesmo tempo, está prevista uma forte pressão sobre o SUS devido aos atendimentos não COVID que deixaram de acontecer durante a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. SUS. Percepção social. Financiamento.

¹ Jornalista. Mestre em história da ciência pela PUC-SP e pós-graduada em gestão em saúde pela FGV-SP. Link para o CV: <https://www.linkedin.com/in/claudia-collucci-02ba8016>.
Email: claudia.collucci@gmail.com



I. INTRODUÇÃO

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 tem sido um enorme desafio sanitário e colocado à prova os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com suas fragilidades crônicas, conseguiu dar respostas rápidas, evitando um colapso generalizado na rede assistencial.

Embora o país tenha assistido a cenas como as de vítimas empilhadas e enterradas em valas comuns em Manaus (AM) e corpos mantidos em caminhões frigoríficos em Belém (PA), a situação mais crítica ficou restrita a essas capitais⁽¹⁾.

Houve mobilização de estados e municípios e uma injeção extra de recursos federais que possibilitaram ao SUS um ganho durante a pandemia de pouco mais de 15 mil novos leitos exclusivos para COVID-19 segundo dados do Ministério da Saúde.

No entanto, a pandemia deixou expostas muitas vulnerabilidades do sistema. Por exemplo, municípios que não conseguiram responder simultaneamente à crise sanitária e manter as atividades de rotina da atenção primária, como as consultas pré-natais e as de manejo das doenças crônicas. Também tiveram dificuldade de rastrear casos e contactantes e de fazer uma vigilância epidemiológica efetiva⁽²⁾.

Ao mesmo tempo, outras cidades, com a rede de atenção primária mais organizada, conseguiram, por meio das equipes de saúde da família, dar respostas não só à pandemia, atendendo os casos leves e fazendo testagem em domicílio, mas também às demandas não COVID, incorporando, inclusive, ferramentas da telemedicina na rotina⁽³⁾.

No âmbito federal, o país assistiu a posturas negacionistas do presidente Jair Bolsonaro em relação à gravidade da pandemia e às medidas sanitárias recomendadas. Também faltou coor-

denação de decisões técnicas pelo Ministério da Saúde, que teve duas trocas de seus mandatários em meio à crise sanitária. Ainda assim, a percepção é que o sistema público de saúde sairá desta pandemia mais fortalecido.

Historicamente, o SUS tem sido mal avaliado em pesquisas de opinião pública. Como pano de fundo são apontados o subfinanciamento crônico e os problemas de gestão. As principais causas de insatisfação são as filas que restringem o acesso ao sistema, atribuídas muitas vezes a uma atenção primária pouco resolutiva e a uma regulação ineficiente dos fluxos assistenciais. Há também amplas desigualdades regionais na quantidade e na qualidade da força de trabalho na saúde ⁽⁴⁾.

Alguns autores também atribuem à mídia a responsabilidade pela imagem negativa que a população tem do SUS, especialmente por reportar incansavelmente as mazelas do sistema e ignorar, muitas vezes, as conquistas.

Durante a pandemia, no entanto, parece ter havido uma trégua. Surgiram muitas manifestações de apoio e solidariedade ao SUS nos mais diversos segmentos da sociedade. Algumas delas, até então inéditas, como em julho de 2020, na retomada do Campeonato Paulista de Futebol. Naquela data, os árbitros da competição entraram em campo com o logotipo do SUS estampado em seus uniformes. Entre os políticos e gestores da saúde, a força do SUS durante a pandemia também tem sido enaltecida em vários eventos públicos.

Existe um temor, porém, que esse movimento favorável se enfraqueça à medida que os velhos problemas voltarem à tona, agora agravados por uma redução ainda maior de recursos. Diante da vigência do teto de gastos (Emenda Constitucional 95), que estabeleceu o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, a proposta de orçamento do governo para 2021 prevê uma perda para a saúde que pode chegar a R\$ 35 bilhões, segundo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No pós-pandemia, os desafios assistenciais devem ser enormes. A crise sanitária fez o SUS reduzir em 1,1 milhão o número de atendimentos eletivos, voltando a patamares de 12 anos atrás. Isso somado ao fato de que 69% dos municípios brasileiros tiveram orçamentos severamente afetados nesse período, o que deve trazer grande impacto na área da saúde, segundo pesquisa Ibope divulgada em outubro de 2020 ⁽⁵⁾.

Sociedades médicas também preveem o agravamento de quadros de saúde de pacientes crônicos, como os diabéticos e os hipertensos, e dos novos caso de câncer, que não foram atendidos durante o período mais crítico da pandemia, em que os atendimentos não urgentes foram suspensos.

2. MÉTODOS

Este artigo analisa, por meio de entrevistas feitas com especialistas da área, reportagens publicadas e textos acadêmicos, os desafios e a imagem do SUS antes da pandemia, as respostas e os gargalos do sistema e as diversas manifestações de apoio surgidas durante esta grave crise

sanitária, bem como o impacto que isso poderá trazer ao futuro do SUS em um momento de tantos desafios orçamentários e de demanda reprimida por assistência.

3. DISCUSSÃO

Maior sistema público de saúde do mundo e com programas reconhecidos internacionalmente, como o de transplantes de órgãos, de imunização e de tratamento de HIV/aids, o SUS contabilizou, nesses últimos 32 anos, incontáveis conquistas, mas é, historicamente, pouco compreendido e mal avaliado em pesquisas de opinião.

Diversos estudos apontam que a questão central está na falta de recursos. Desde a criação do sistema na Constituição de 1988, nenhum governo garantiu o financiamento necessário para que o art. 196, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, fosse, de fato, cumprido.

Países com sistemas de saúde universais e públicos tendem a investir significativamente mais do que o Brasil, que dedica menos de 4% do PIB ao SUS. O Reino Unido, por exemplo, investe cerca de 8% do PIB per capita no National Health Service (NHS).

O subfinanciamento crônico, associado muitas vezes a uma gestão pouco eficiente, resulta em desigualdades de acesso e no uso dos serviços, com longas filas de espera para consultas, demora para a realização de exames, mau atendimento, superlotação das emergências, falta de estrutura, entre outros.

Para muitos brasileiros, trata-se de um sistema burocrático, engessado, pouco resolutivo e voltado para o cuidado de uma população de menor nível socioeconômico. Ou seja, “um sistema pobre para os pobres”⁽⁶⁻⁷⁾.

O contato com o SUS parece melhorar a opinião de quem o utiliza. Pesquisa publicada em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostra que, entre aqueles que tiveram alguma experiência com o SUS, 30,4% avaliaram o serviço como bom ou muito bom; já entre os que informaram nunca ter utilizado, somente 19,2% têm a mesma opinião⁽⁸⁾.

Outros trabalhos indicam que, mesmo diante de um bom atendimento, a visão negativa sobre o sistema não esmorece em uma parcela da população⁽⁹⁾.

A certeza sobre a precariedade do sistema parece sedimentada em seu imaginário, talvez pelo uso pontual e esporso que fazem do sistema; talvez por uma disposição quase visceral de desacreditar no que é público no Brasil.

Heitor Werneck aponta razões históricas para entender essa “repulsa”. Afirmar que as raízes estão na aristocracia e na hierárquica sociedade brasileira, frontalmente avessas a políticas igualitárias. Na sua opinião, isso foi um passo para aprendermos a olhar o SUS como um sistema para pobres⁽¹⁰⁾.

Usá-lo é um estigma da pobreza e faz com que a classe média nutra por ele a mesma repulsa que tem de se imaginar pobre. Ter plano de saúde torna-se, antes de tudo, um sinal de status e uma ilusão de ascensão social.

Além disso, alguns autores também consideram que o estigma em relação ao SUS é resultado de fatores como interesses do mercado privado de saúde e da imagem negativa que a mídia faz do sistema. Ou seja, costuma-se dar muita visibilidade às notícias sobre precariedades e erros do sistema público e pouco espaço aos pontos positivos.

Afirmam que 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 ⁽¹¹⁾. “O fosso que se pode identificar entre a crítica equilibrada das potencialidades e limites do SUS [...] é a representação massiva e unilateral do SUS problema”.

Isso, segundo eles, foi operado de forma a confinar a agenda sanitária a uma verdadeira condição de semiclandestinidade. Assim, as campanhas pela superação dos gargalos financeiros do SUS sempre encontraram dificuldade de se enraizar no cotidiano dos cidadãos. “[...] e o SUS permaneceu como um ‘cidadão sem voz’, até a chegada da pandemia, sendo representado como caso reiterado de fracassos para boa parte dos seus próprios usuários.”

Em reportagem publicada na revista Radis em abril de 2011, Umberto Trigueiro, ex-diretor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz, afirma que a grande mídia tem “má vontade” em relação ao SUS.

Considera que esse viés midiático é resultante da ideologia neoliberal, que incentiva a privatização, assumindo uma postura que “o público não funciona”, não só na saúde, mas também em outros serviços públicos, como os transportes.

A mesma publicação lembra, no entanto, que instituições públicas também têm uma certa participação nesse estigma em relação ao SUS. Por exemplo, muitas não exibem a logomarca do sistema público de saúde, obrigatória não só na fachada dos prédios, mas também em uniformes, veículos, publicações.

À luz de novas teorias que estudam o desenvolvimento e a aplicação da comunicação social em todos os seus aspectos políticos, sociais, econômicos e tecnológicos, a responsabilidade imputada à mídia sobre a imagem do SUS soa como simplista.

De fato, a primeira das teorias comunicacionais, a Hipodérmica, surgida a partir do início do uso da comunicação de massa pelas políticas totalitárias da Europa no período entre guerras, tratava toda a massa de indivíduos de forma idêntica, supondo que a informação atingisse a todos da mesma maneira e sem resistência.

A Teoria da Persuasão, desenvolvida logo depois, baseia-se em aspectos psicológicos para defender que a mensagem enviada pela mídia não é assimilada imediatamente pelo indivíduo.

Ele tende a se interessar por informações que estejam inseridas em seu contexto sociocultural e político, e com as quais esteja de acordo.

Já Teoria Empírica de Campo, ou Teoria dos Efeitos Limitados, embora baseada na Teoria da Persuasão, entende que a mídia exerce influência social limitada na sociedade assim como qualquer outra força (igreja, política, escola etc.). Ou seja, a mensagem midiática passa por diversos filtros individuais de caráter social do indivíduo antes de ser absorvida por ele ⁽¹²⁾.

Na opinião do médico Gonzalo Vecina Neto, professor da Universidade de São Paulo (USP) e que já atuou com secretário da saúde de São Paulo (2003-2004) e foi diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a imprensa reflete uma realidade do SUS. Em entrevista concedida para a elaboração deste texto, ele disse: “A imprensa não cria o mal, apenas noticia o que nós, sociedade, criamos. Imprensa existe porque existe coisa errada, que precisa ser mudada. Aí a sociedade precisa se movimentar para que essas coisas sejam mudadas”.

Sob a ótica do usuário, o tempo de espera por atendimento e procedimentos é o fator com avaliação mais negativa do SUS. Acumula os piores resultados entre os vários aspectos relacionados com o atendimento. É o maior gargalo da rede pública para 61% dos entrevistados que buscam uma cirurgia, para 56% dos que precisam de um exame de imagem e para 55% dos que aguardam uma consulta ⁽¹³⁾.

Além do prejuízo à imagem do SUS, o não acesso aos serviços em tempo oportuno pode agravar condições que poderiam ser tratadas e aumentar as taxas de mortalidade, o que ficou claro na crise do novo coronavírus.

Muitos pacientes chegaram aos hospitais em condições muito críticas, o que fez com que a taxa de mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicas fosse bem maior do que nas privadas ⁽¹⁴⁾.

Existe uma avaliação também de que a resposta à pandemia poderia ter sido mais eficiente se a atenção básica fosse mais resolutiva e não tivesse perdido investimentos ao longo dos últimos anos. O sistema sofre com *deficit* de profissionais e baixa produtividade dos recursos humanos da saúde.

Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, cerca de 40% das internações são de condições sensíveis à atenção básica. Essa falta de resolutividade causa problemas para o sistema e para a saúde da população, como maior agudização dos quadros de doenças crônicas e sobrecarga dos níveis, não havendo necessidade da ida em massa aos serviços hospitalares de média e alta complexidade, tornando o sistema mais caro e menos eficiente.

No entanto, há uma percepção de diversos atores e setores da sociedade de que, mesmo com essas deficiências, o sistema de saúde deu uma resposta positiva às demandas geradas pela pandemia. Muitos hospitais foram reequipados; e equipes médicas, recompostas.

Em março, o SUS tinha 14.869 leitos de UTI. Dois meses depois, o número subiu para 19.564, elevando o índice de 7 para 9 leitos por 100 mil habitantes. Houve a realocação de leitos gerais para UTI, além da criação de leitos em hospitais de campanha.

Ainda assim, quando comparado com o setor privado, é possível observar o enorme fosso que separa essas duas realidades: são 15.754 leitos de UTI para 48 milhões de brasileiros que possuem planos de saúde, uma média de 32,8 leitos por 100 mil habitantes⁽¹⁵⁾.

A despeito disso, a impressão que se tem é que os brasileiros passaram a enxergar o SUS de outra forma. A sociedade se surpreendeu com a presença diária do sistema público nos noticiários, de forma nunca apresentada, salvando muitos brasileiros, e sofrendo a perda de tantos outros. “É um sentimento de reconhecimento do SUS e de seu valor como bem público”⁽¹⁶⁾.

A forte atuação do sistema foi reconhecida pelo presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia, que declarou só ter tomado ciência da dimensão do SUS a partir da pandemia. “Eu tinha uma visão muito pró-mercado privado de saúde, mas a gente vê que o SUS é importante”, disse ele em seminário virtual realizado em 14 de maio de 2020⁽¹⁷⁾.

Outro que “descobriu” o SUS foi o ministro da Saúde, Eduardo Pazuello. No lançamento da Campanha do Outubro Rosa de 2020, ele disse que só durante a pandemia é que veio a conhecer o SUS⁽¹⁸⁾. “Eu não sabia nem o que era o SUS. Eu passei a minha vida sendo tratado em instituição pública do exército, vim conhecer o SUS a partir deste momento da vida e compreendi a magnitude dessa ferramenta que o Brasil nos brindou.”

Para o médico e ex-deputado estadual Pedro Tobias, boa parte da classe política e da população têm compreendido que, graças à existência do SUS, milhares de brasileiros afetados pela COVID-19 estão tendo suas vidas salvas. “Sem o SUS, certamente, teriam morrido pelo menos dez, vinte vezes mais pessoas do que morreram até agora, porque elas não teriam como pagar o tratamento. Teríamos mortes em massa”.

Em artigo publicado na Folha de S. Paulo, intitulado “Vale a pena Salvar o SUS”, o médico Paulo Chapchap, diretor do Hospital Sírio-Libanês (SP), escreveu que o SUS é a instituição mais importante do país para o combate à pandemia⁽¹⁹⁾.

Ele argumenta que, embora haja críticas em relação a problemas de gestão e limitações causadas pelo insuficiente financiamento, não há dúvida sobre as evidências do enorme benefício do conceito do modelo igualitário desenhado para o SUS, sua equidade, universalidade e integralidade.

A consagração do conceito, se ainda não estivesse evidente, ocorre agora com o extraordinário serviço prestado à sociedade brasileira no enfrentamento da pandemia. Agora é a hora de sermos todos a favor. Temos que fortalecer os fundamentos da assistência à saúde, e esses fundamentos já existem no SUS.

Alguns autores pontuam que esse novo status da importância do SUS poderia representar a força e a pressão política para a consolidação do sistema⁽²⁰⁾. “Este é o momento para ampliar a consciência crítica que confere valor social sobre o direito à saúde e a defesa do SUS como basilar à democracia.”

Nessa linha, observa-se um fortalecimento de movimentos sociais, como o Frente Pela Vida, liderado pelas principais entidades sanitárias do país, e apoiado por mais de 400 organizações da sociedade civil, indo do MST à CNBB, da OAB a centrais e sindicatos de diversas categorias trabalhistas, passando por dezenas de associações profissionais e de lutas por direitos humanos.

A capacidade de articulação e resistência dos diversos coletivos das populações de favelas no Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e outras capitais brasileiras também ficaram evidentes durante a crise sanitária.

A iniciativa privada também lançou o movimento Todos pela Saúde, uma iniciativa de enfrentamento da pandemia lançada a partir da doação de R\$ 1 bilhão feita pelo Itaú Unibanco.

As falas das principais lideranças de saúde do país parecem convergir para o fato de que, sem o SUS, não haver saída. Em entrevista a esta publicação, Deisy Ventura, especialista em saúde global da USP, destaca:

O que a gente encontra no SUS é a resistência. Mesmo ferido e atacado ele resiste. Ele que explica que a nossa resposta não tinha sido pior do que foi. Foi o SUS que nos salvou. Não existe segurança sem um sistema único de saúde forte, respeitado.

O professor Gonzalo Vecina Neto lembra que essa valorização do sistema público de saúde ocorre também em outros países europeus, como a Itália, Espanha, Inglaterra, que estão descobrindo que é preciso rever o nível de prioridade que é dado à saúde pública e melhorar a capacidade de financiamento.

Luiz Augusto Facchini, professor de medicina social da Universidade de Pelotas, defende que a pandemia está revirando concepções e iniciativas de líderes mundiais e nacionais e tornou o SUS uma estrela de primeira grandeza no país, reforçando a necessidade de desenvolver um conjunto de intervenções efetivas da atenção primária à saúde⁽²¹⁾.

Apesar de suas fragilidades históricas, [o SUS] agiganta-se diante do desafio e, com todo sacrifício, enfrenta a pandemia. O coronavírus tornou-se uma oportunidade histórica de resgatar a centralidade do SUS na política social e da APS no sistema de saúde brasileiro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao mesmo tempo que a crise sanitária atual amplificou as fragilidades do SUS, mostrou também a grandiosidade do sistema. Embora ainda seja cedo para previsões e prognósticos sobre a imagem do SUS no pós-pandemia, é possível observar um movimento de apoio e de solidariedade ao sistema.

Isso pode ajudar a melhorar a forma como a sociedade brasileira enxerga o SUS, mas para que essa mudança seja consistente, outros fatores são necessários. O mais crucial é a necessidade urgente de aumento de financiamento.

Como durante a crise sanitária as prioridades foram os tratamentos de pacientes com a COVID-19, houve suspensão temporária de muitos atendimentos não urgentes relacionados com outras doenças, como o câncer e problemas cardíacos.

Em levantamento realizado em serviços especializados de todo o país, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e a Sociedade Brasileira de Patologia estimam que cerca de 70% das cirurgias oncológicas deixaram de ser realizadas nos primeiros três meses da situação de pandemia.

Assim, o problema crônico das longas filas de espera, o principal motivo de insatisfação dos usuários, deve se agravar em 2021. Isso em um momento em que o SUS já acumula perdas orçamentárias devido à Emenda Constitucional 95. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o sistema perdeu, somente em 2019, R\$ 20 bilhões. Em 2021, seriam R\$ 35 bilhões a menos, conforme já tratamos.

Para Gonzalo Vecina Neto, há dois comportamentos em curso em relação à imagem do SUS. O primeiro é de ceticismo geral, com uma expectativa de um futuro ainda mais sombria porque, passada a pandemia, voltarão os velhos problemas piorados.

O sistema seguirá desfinanciado e ainda tem um rastro de destruição do acréscimo de leitos de UTI, que vão ser desmontados e não mais financiados pelo Ministério da Saúde. Isso tudo é um cenário provável e pode ter impacto negativo na imagem do SUS.

Por outro lado, Vecina Neto lembra que a pandemia reuniu vários atores, como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Ministério Público, imprensa, iniciativa privada, movimentos sociais, que acreditam que a maior valorização do SUS é um legado da pandemia e que é preciso uma ampla mobilização nacional em torno da defesa do sistema. “Não podemos permitir retrocessos. Temos que recuperar o espaço destruído da atenção primária, expandir a Estratégia da Saúde da Família, garantir que o Ministério da Saúde mantenha no orçamento de 2021 os recursos injetados durante a pandemia.”

O caminho, na sua avaliação, é convencer a população de que é preciso lutar pelo seu sistema de saúde, como fazem os ingleses com o NHS.

Também existe uma percepção de que, para isso, é preciso que as lideranças sanitárias revejam determinados dogmas e haja um debate coletivo, público, sobre o futuro do SUS, com diferentes visões, para que se crie uma agenda política em defesa do sistema.

O médico e professor da Fundação Getúlio Vargas Adriano Massuda, que já atuou em diferentes gestões no SUS, por exemplo, como secretário municipal de saúde de Curitiba (2013-2015)

e secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (2015), reforça a importância de uma união das forças progressistas. “Se o pessoal ficar preso nas suas igrejinhas, nos departamentos acadêmicos pregando para convertidos, continuará sendo um discurso que não contribui”.

Para ele, é preciso uma síntese que expresse os acúmulos e os avanços que o SUS conseguiu fazer, mas que também olhe para as deficiências estruturais que não foram enfrentadas e faça os ajustes necessários em busca de um maior financiamento e eficiência e, conseqüentemente, uma melhoria da imagem do sistema.

É preciso lembrar ainda que, no pós-pandemia, os antigos e novos gargalos estarão somados ao aumento do desemprego e menor crescimento econômico. Com recessão reduzindo a receita das empresas e das pessoas, isso resultará em menor volume de impostos e, por conseguinte, haverá forte impacto ao orçamento público. O desemprego também deve fazer com que muitas pessoas percam seus planos de saúde, aumentando a demanda no SUS, que estará com menor capacidade de investimento.

Nessa discussão, não é possível deixar de fora outra questão que ainda gera muitos embates: a de que o SUS também precisa ter ganhos de eficiência. Isso passa por uma melhor coordenação da atuação de estados e municípios, transformando a atenção básica na principal porta de entrada e organizadora do fluxo de pacientes dentro do sistema.

A pandemia deixou claro que o uso da telemedicina pelas equipes de atenção básica, conectando-as com especialistas, aumenta a sua resolutividade, suprimindo assim lacunas na oferta de médicos e profissionais de saúde que existem em muitas regiões do país.

Uma comunicação pública eficiente que informe de uma maneira clara sobre a carteira de serviços do SUS e dê transparência (e solução) para o problema crônico das filas de espera também pode impactar positivamente na forma como os usuários enxergam o sistema.

Grande parte dos usuários do SUS ainda não tem clareza de como ele funciona, os serviços e tratamentos existentes e, muito menos, a responsabilidade dos entes da federação na prestação dos serviços.

Essa falta de transparência sobre o escopo dos serviços acaba sendo um fator de muita frustração da população, o que acaba contribuindo para a imagem negativa que ela tem do sistema público.

Mais do que nunca, o SUS mostrou nesta pandemia que é um patrimônio do país e que precisa ser preservado, fortalecido e valorizado. O momento é de união de forças para que ocorram ações efetivas em defesa do nosso sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Beatriz R. Caixões serão empilhados em valas comuns de Manaus para suprir demanda de enterros; famílias criticam medida: 'Não é digno'. O Globo [Internet]. 27 abr 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/27/corpos-serao-empilhados-em-valas-comuns-de-manaus-para-suprir-demanda-de-enterros-familias-criticam-medida-nao-e-digno.ghtml>.
2. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Agenda Saúde na Cidade [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://ieps.org.br/2020/10/15/agenda-saude-na-cidade/>.
3. Collucci C. Com saúde básica, cidades conseguem frear Covid-19. Folha de São Paulo [Internet]. 4 jul 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/07/com-saude-basica-cidades-conseguem-frear-covid-19.shtml>.
4. Fraga A. Reforçando o SUS. Folha de São Paulo [Internet]. 26 set 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/arminio-fraga/2020/09/reforcando-o-sus.shtml>.
5. Ibope Inteligência. Impacto da Covid-19 nos municípios [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: https://www.cidadessustentaveis.org.br/arquivos/pesquisa_PCS_Ibope/EMBARGO_Impactos_da_Covid-19_nos_municipios.pdf.
6. Barros FP. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. In: Santos R, organizador. Conass: para entender a gestão do SUS. Direito à saúde. CONASS [Internet] 2015 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_11B.pdf.
7. Gérvas J, Fernández MP. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família [Internet]. 2011 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf.
8. De Lavor A, Dominguez B, Machado K. O SUS que não se vê: Por que o verdadeiro tamanho do sistema desaparece aos olhos dos brasileiros. Revista Radis [Internet]. 2011 [acesso 2020 dez 15];(104):9-17. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/104>.
9. Reigada C, Romano VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis*. 2018; 28(3). doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280316>.
10. Werneck H. SUS para a classe média. O Globo [Internet]. 7 jan 2015 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniaosus-para-classe-media-14982407>.
11. Santos R, Guimarães J. Democracia sem sentimento de república: O SUS nos tempos de Covid-19. *Saúde Debate*. 2020; 44(4):73-87. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E404>.

12. Porto G. Teorias da Comunicação. InfoEscola [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 15]. Disponível em: <https://www.infoescola.com/comunicacao/teorias-da-comunicacao/>.
13. Conselho Federal de Medicina. Pesquisa Datafolha: Dobram queixas por tempo de espera [Internet]. 28 jun 2018 [acesso 2020 dez 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pesquisa-cfmdatafolha-dobram-queixas-por-tempo-de-espera/>.
14. Collucci C, Baran K. Mortalidade por coronavírus diminui com aprendizados novas práticas médicas. Folha de São Paulo [Internet]. 22 ago 2020 [acesso 2020 dez 15]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/08/mortalidade-por-coronavirus-diminui-com-aprendizados-e-novas-praticas-medicas.shtml>.
15. Moraes T. Pandemia reforça importância do SUS. JCNET [Internet]. 19 jul 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://www.jcnet.com.br/noticias/geral/2020/07/730017-pandemia-reforca-importancia-do-sus.html>.
16. Costa AM, Rizzotto ML, Lobato LV. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. Saúde Debate [Internet]. 2020; 44(125): 289-96. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.
17. Said F. Maia diz que mudou visão sobre o SUS: “Eu tinha uma visão muito pró-mercado”. Congresso em Foco [acesso 2020 out 22]. 14 maio 2020. Disponível em: <https://congresso-emfoco.uol.com.br/saude/maia-diz-que-mudou-visao-sobre-o-sus-eu-tinha-uma-visao-muito-pro-mercado/>.
18. Portal Uol. Nem sabia o que era o SUS, diz ministro da saúde em lançamento de campanha [Internet]. 7 out 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/10/07/nem-sabia-o-que-era-sus-diz-ministro-da-saude-em-lancamento-de-campanha.htm>.
19. Chapchap P. Vale a pena salvar o SUS. Folha de São Paulo [Internet]. 27 set 2020 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/09/vale-a-pena-salvar-o-sus.shtml>.
20. Costa AM, Rizzotto ML, Lobato L. Na pandemia de Covid-19, o Brasil enxerga o SUS? Saúde Debate [Internet]. 2020; 44(125):289-96. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>.
21. Facchini L. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? APS [Internet]. 2020; 2(1):3-10. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.73>.

GARANTIR UMA COBERTURA SANITÁRIA PARA TODOS, BASEADA NO VALOR, EM FACE DA COVID-19

Denis A. Roy¹

RESUMO: A crise da COVID-19 constitui-se ameaça imediata à saúde da população e à integridade do sistema de saúde, mas também oferece, ao mesmo tempo, uma excepcional janela de oportunidade para reorientar as políticas e as práticas voltadas para uma saúde baseada no valor, humano e coletivo, com foco na inovação sob todas as suas formas.

PALAVRAS-CHAVE: Valor. Avaliação. Cobertura Universal. Equidade. Complexidade. COVID-19.

¹ Vice-presidente para Estratégia do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais. Professor adjunto de Clínica Médica, Escola de Saúde Pública da Universidade de Montreal. Montreal, Quebec, Canadá. Orcid : ID : 0000-0001-5966-2066. denis.roy@inesss.qc.ca.
Texto original em francês traduzido por Fernando Passos Cupertino de Barros.



I. INTRODUÇÃO

Figurando em terceiro lugar no rol dos artigos do *New England Journal of Medicine* mais citados nas mídias sociais, o artigo de Fauci et al., intitulado *COVID-19: Navigating the uncharted*, suscitou um vivo interesse na comunidade científica⁽¹⁾. Até este momento, o artigo foi consultado mais de 1,8 milhão de vezes e foi citado por centenas de autores do mundo das ciências fundamentais, clínicas, sociais, econômicas, políticas, administrativas e de saúde pública. O impacto do artigo é um alerta importante sobre a necessidade de uma ação rigorosa para bem compreender o agente patogênico e para desenvolver uma resposta sanitária adequada.

Os responsáveis pelas políticas públicas, aconselhados por agentes da saúde pública, reagiram, num primeiro momento, diante da urgência da primeira onda, com base em informações incompletas e, às vezes, até contraditórias. Se um distanciamento social rigoroso permitiu salvar vidas aos milhares e proteger o sistema de saúde, as medidas empregadas também afrontaram as liberdades individuais e fragilizaram a economia. A manutenção das medidas atuais poderia revelar-se como uma tarefa difícil em longo prazo.

No momento em que a segunda onda atinge uma maioria de países pelo mundo afora, a gestão da pandemia deve inscrever-se, doravante, num contexto de gestão da complexidade, considerando-se o contexto persistente de incerteza científica e dos pontos de vista divergentes, cada vez mais manifestados. A fim de garantir o respeito às medidas, os dirigentes deverão manter a confiança do público e preservar sua credibilidade. Será crucial promover a evolução das estratégias de atenuação e comunicar, com clareza, suas justificativas, sem o que os compromissos sociais e econômicos requeridos poderiam ser percebidos como injustos ou iníquos pelo público⁽²⁾.

Serão expostos aqui alguns marcos estratégicos e científicos para guiarem a tomada de decisão no decorrer dessa próxima fase, altamente crítica, da gestão da pandemia. Dentre eles, é preciso destacar, preliminarmente, a noção de saúde fundamentada no valor. Em seguida, serão apresentados alguns parâmetros comprovados de avaliação a fim de guiar as escolhas num contexto de incertezas. Além disso, serão discutidas as implicações éticas e do direito à saúde, que fundamentam a eficiência e a viabilidade dos sistemas universais de saúde. Será visto, ainda, como os princípios reconhecidos de gestão em situação de complexidade podem ser aplicados no enfrentamento da presente pandemia, e como eles podem nos preparar para outras que, inexoravelmente, acontecerão no futuro.

2. SAÚDE COMO VALOR HUMANO E SOCIAL

Diversas jurisdições adotaram a proposta do *Instituto f Healthcare Improvement* em relação à tríplice finalidade do sistema de saúde⁽³⁾. Segundo essa visão, os sistemas de saúde eficientes devem permitir que se atinjam, simultaneamente, os melhores resultados sanitários e a melhor experiência de serviços para os usuários e profissionais de saúde e, isso, no melhor custo per capita possível.

Essa noção foi retomada e mesclada a correntes de pensamento contemporâneos em economia. O conceito de valor tornou-se, assim, um vetor central de transformação dos sistemas de saúde. Segundo Porter⁽⁴⁾, o valor é determinado pelos resultados e pelos custos ao longo de uma linha contínua de cuidados e serviços. Em linguagem corrente, o valor pode ser definido como aquilo que representa alguém, ou alguma coisa, financeiramente ou simbolicamente. Aplicado à política de saúde, a noção de valor fornece um marco objetivo e repleto de sentido, uma espécie de bússola para embasar a decisão calcada no que é bom, justo e razoável.

A noção de saúde baseada em valor representa uma alavanca poderosa em favor da perenidade dos sistemas universais de saúde⁽⁵⁾. Fazendo eco à noção de necessidades de saúde, ela surge como um parâmetro importante na decisão relativa à alocação de recursos e ao alcance de metas em um sistema de saúde.

Diferentes perspectivas, por vezes contraditórias, coabitam em torno dos problemas prioritários e dos meios de responder a eles. Essas perspectivas resultam de pressões sociais, de debates públicos e de processos estruturais de mudança. Evoluem no tempo e são determinadas por fenômenos que sobrevivem simultaneamente em escalas local, regional, nacional e mundial.

O valor comporta dimensões individuais e coletivas. Os termos utilizados pelos indivíduos na identificação de suas necessidades, a significação e a importância por eles atribuídas, bem como as respostas às quais conferem maior relevância, são influenciados por suas crenças, aspirações, conhecimentos e por sua cultura pessoal, e ainda por suas interações com diversos indivíduos e grupos de pertencimento.

As preferências dos indivíduos e aquelas de toda a população podem entrar em conflito, como revelado pelo debate público em torno das medidas de luta contra a pandemia. As intervenções eficazes, na escala de uma população, podem mesmo parecer uma restrição em escala individual. O caráter público do sistema de saúde e de serviços sociais, assim como os valores de solidariedade e de equidade que o sustentam, exige uma avaliação equilibrada sobre as necessidades dos diversos grupos sociais, notadamente o das pessoas vulneráveis. Nessa óptica, uma abordagem que considere e busque conciliar uma pluralidade de perspectivas, incluindo os fatos científicos, a perícia e a experiência das partes envolvidas, parece oferecer a melhor garantia de um progresso real na evolução duradoura e equânime de um sistema universal de saúde.

3. SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE E PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cobertura universal de saúde “consiste em zelar para que o conjunto da população tenha acesso aos serviços preventivos, curativos, paliativos, de readaptação e de promoção da saúde de que necessite, com qualidade suficiente para serem eficazes, sem que seu custo traga dificuldades financeiras para os usuários”⁽⁶⁾.

A avaliação constitui o fundamento das decisões inerentes à escolha de cobertura universal⁽⁷⁾. Avaliar implica concretamente fazer um juízo sobre o valor. A apreciação global do valor repousa sobre uma metodologia que associa evidências⁽⁸⁾, a ética da decisão⁽⁹⁾ e os princípios de uma abordagem reflexiva que utiliza múltiplos critérios⁽¹⁰⁾. Esta última leva em conta a multiplicidade das dimensões pertinentes à avaliação e favorece a construção de um juízo criterioso sobre uma intervenção ou um serviço, considerado no seu conjunto como visando ao bem comum.

Na lógica de uma cobertura universal de saúde, fundamentada sobre o valor, estima-se que um medicamento, uma tecnologia, uma ação ou um serviço de saúde adquirem valor na medida em que sua utilização, ou implementação, contribua a um triplo objetivo: (i) de uma melhor experiência de cuidados e serviços por parte dos usuários (dimensão clínica); (ii) de um melhor estado de saúde e de bem-estar por parte de toda a população, com vistas à distribuição dos recursos com equidade (dimensão populacional); (iii) de uma redução de custos, graças a uma gestão responsável e duradora dos recursos (dimensão econômica). A apreciação global do valor exige, também, considerar em que medida a tecnologia ou o modo de intervenção inscrevem-se: no contexto organizacional do sistema de saúde e de serviços sociais (dimensão organizacional); no contexto histórico, cultural e sociopolítico da sociedade (dimensão sociopolítica).

Essa apreciação global do valor requer que cada uma das dimensões da avaliação seja declinada em critérios de decisão (**Quadro 1**). Critérios de decisão adaptados ao contexto específico da COVID-19 foram publicados recentemente, permitindo melhor contextualizar a avaliação das ações próprias ao enfrentamento da pandemia⁽¹¹⁾.

QUADRO I. Dimensões e critérios de apreciação de valor

Grade de apreciação global de valor em saúde para uma determinada intervenção		
Dimensão de valor	Resultados visados	Justificativa
Clínica	Melhores resultados clínicos e experiências de cuidados	A criação de valor, em termos clínicos para os pacientes, depende dos resultados clínicos associados à intervenção, da experiência com os cuidados por parte dos pacientes e sua aceitação.
Populacional	Saúde do conjunto da população, melhorada segundo uma visão de melhor equidade em saúde.	A criação de valor, em termos de equidade para a população, depende da dimensão e das características da população-alvo da intervenção e da acessibilidade para todos os que dela necessitam.
Econômica	Custos menores, tendo em vista uma gestão responsável e sustentável dos recursos.	A criação de valor, em termos de economias para o sistema de saúde e serviços sociais e seus usuários, depende dos custos associados à intervenção que são arcados pelas instituições e pelos indivíduos.
Organizacional	Melhor qualidade dos serviços, da organização e da governança do sistema de saúde e dos serviços sociais.	A criação de valor, em termos de organização dos serviços e do sistema de saúde e dos serviços sociais, depende dos efeitos da intervenção sobre a prestação de serviços, sobre a organização dos recursos hospitalares, médicos e profissionais, e sobre a governança.
Sociopolítica	Contexto sociopolítico mais propício ao bem comum.	A criação de valor, em termos de melhoria do contexto sociopolítico, depende dos efeitos da intervenção sobre as relações interprofissionais, a coerência das práticas, a pesquisa e outros aspectos sociais e culturais.
Apreciação dos facilitadores e dos obstáculos à mudança (factibilidade)		
Categorias	Facilitadores e obstáculos	Justificativa
Padrões reconhecidos de uso otimizado	Existência de critérios bem fundamentados e aplicáveis ao contexto para definir o uso otimizado da intervenção.	Existência de critérios para uma utilização otimizada da intervenção, ou um contexto favorável à sua elaboração, podem facilitar a implementação de medidas de incremento da pertinência.
Outros aspectos da factibilidade	Existência de facilitadores ou de obstáculos à mudança, no que diz respeito aos médicos assistentes, aos pacientes, à organização dos serviços e ao contexto do sistema de saúde.	Certos aspectos relativos aos médicos assistentes, aos pacientes, à organização do sistema de saúde e ao contexto podem representar facilidades ou dificuldades para a implementação das medidas de incremento da pertinência.

Fonte : Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais do Québec.

A abordagem avaliativa pode declinar-se em torno de grandes princípios inerentes ao processo de avaliação.

Convém, inicialmente, examinar a pertinência do objeto da avaliação, a fim de concentrar os esforços sobre as intervenções que tenham o maior potencial de valor. É imperativo compreender o fenômeno em sua integralidade, empregando a maior clareza possível sobre as dimensões avaliadas, sejam elas as dimensões clínica, populacional e econômica, assim como a compreensão do objeto de avaliação em seu contexto organizacional e sociopolítico. Isso requer a mobilização de fontes de saberes pertinentes e complementares: (i) dados da literatura científica, incluindo a literatura cinzenta; (ii) dados das instituições e serviços (bancos de dados médico-administrativos, prontuários médicos, registros etc); e (iii) dados experimentais obtidos a partir da consulta às partes envolvidas (por exemplo, pacientes/usuários/acompanhantes, médicos assistentes, gestores, cidadãos, pesquisadores).

Uma síntese desses dados é, na sequência, essencial a fim de construir uma argumentação sólida sobre o valor da tecnologia ou do modo de intervenção. Tal argumentação permite conciliar as perspectivas necessárias às deliberações para que se chegue a uma decisão abalizada. O enunciado de uma argumentação, de modo claro e transparente, levando-se em conta as incertezas e as consequências potenciais, favoráveis ou desfavoráveis, é fundamental para as escolhas acertadas sobre o valor de uma tecnologia ou de um determinado serviço.

Em suma, a avaliação permite objetivar, para os gestores e outras partes envolvidas, os elementos-chave a serem considerados para que haja uma decisão justa e razoável, assim como para permitir a introdução responsável de uma tecnologia ou modo de intervenção, destacando-se as condições propícias à realização do valor no contexto do sistema universal de saúde.

É mister destacar que a legitimidade do processo deliberativo deve se apoiar sobre a representatividade diversificada das competências pertinentes ao objeto de avaliação. A preservação da finalidade de buscar o bem comum, quando da deliberação, baseia-se de fato sobre a prevenção, a identificação, a avaliação e a gestão sistemática dos conflitos de interesses e de papéis, de modo a manter a independência do processo⁽¹²⁾.

3. A HIPÓTESE DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição da OMS estabelece que “o gozo do melhor estado de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano.” O direito à saúde compreende o acesso, em tempo útil, aos serviços de saúde aceitáveis, de qualidade satisfatória e de um custo acessível⁽¹³⁾.

No contexto da pandemia, Michelle Bachelet, a Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, destacou que “os direitos humanos devem estar no primeiro plano de resposta [...] para lutar de maneira eficaz contra a epidemia e garantir que todos tenham acesso

ao tratamento, sem que se veja a recusa de cuidados de saúde em função da impossibilidade de pagar por eles, ou ainda por causa da estigmatização [...] ⁽¹⁴⁾.

Entretanto, na realidade atual da pandemia, várias implicações relacionadas com a equidade permanecem presentes. Vejamos alguns exemplos.

O primeiro deles refere-se à realidade das crianças e das famílias mais jovens ⁽¹⁵⁾. A literatura médica mostra que as crianças são pouco sensíveis à COVID-19, mas são duramente atingidas pelo impacto psicossocial da pandemia. O fato de serem colocadas em quarentena em suas casas, o fechamento da escola, a falta de atividade ao ar livre, os hábitos alimentares e de sono aberrantes são suscetíveis de perturbar o modo de vida habitual das crianças e favorecer o surgimento da monotonia, angústia, impaciência, tédio e manifestações neuropsiquiátricas variadas. Os casos de violência familiar, de maus-tratos às crianças estão em alta. Os filhos de pais solteiros e os de comunidades marginalizadas são particularmente sensíveis à infecção e podem sofrer graves consequências da pandemia, tais como o trabalho infantil, tráfico de crianças, casamentos precoces, e exploração sexual, entre outros. Fornecer materiais básicos de consumo, serviços sociais, cuidados de saúde e minimizar as desigualdades educacionais entre as crianças de diferentes camadas da sociedade aparece como uma prioridade, mas é isso mesmo o que acontece na prática?

É preciso, também, destacar o papel da saúde mental. Ao longo de toda eclosão de uma doença infecciosa, as reações psicológicas da população exercem um papel essencial na propagação da moléstia e no surgimento da angústia emocional e do transtorno social durante e após essa eclosão. Apesar disso, recursos suficientes não são fornecidos, no mais das vezes, para administrar ou atenuar os efeitos das pandemias sobre a saúde mental e o bem-estar ⁽¹⁶⁾. Ainda que isso possa ser compreensível durante a fase aguda do surgimento da pandemia, momento em que os sistemas de saúde conferem prioridade à redução de sua transmissão, à testagem e aos cuidados oferecidos aos pacientes, as necessidades psicológicas não devem ser negligenciadas na gestão da pandemia.

Existem várias razões para isso. Sabe-se que os fatores psicológicos exercem um papel importante na adesão às medidas de saúde pública (como a vacinação, por exemplo) e em como as pessoas reagem à ameaça de infecção e às perdas dela decorrentes. As pessoas sujeitas a problemas psicológicos são especialmente vulneráveis. Tanto assim, que a OMS reconheceu formalmente os riscos da COVID-19 para a saúde mental dos trabalhadores da saúde ⁽¹⁷⁾.

Esses problemas de saúde mental, relegados a plano secundário das prioridades, fornecem um exemplo patente sobre as questões relativas à equidade e ao direito à saúde, com as quais devemos nos confrontar na gestão da pandemia ⁽¹⁸⁾. Questões de mesma ordem estão presentes nas pessoas que necessitam de serviços de readaptação. Estes serão necessários para os sobreviventes da COVID-19, dos quais muitos são mais idosos, com problemas de saúde subjacentes. Além disso, a reabilitação será necessária para aqueles que perderam sua condição física como resultado de restrições de movimento, isolamento social ou pela incapacidade de acessar os serviços de saúde exigidos por uma condição não relacionada com a COVID-19 ⁽¹⁹⁾.

A questão ética afeta, de modo mais global, a situação dos idosos. O distanciamento social, necessário para salvar vidas e para preservar o sistema e os serviços de saúde, em curto prazo, pode, paradoxalmente, gerar repercussões importantes sobre a saúde dos idosos. As medidas de confinamento necessitam da suspensão dos cuidados médicos de rotina, das visitas para exames e das cirurgias eletivas. Além disso, o prolongamento dessas intervenções de saúde pública desperta temores sobre os efeitos em longo prazo do distanciamento social sobre a saúde, incluindo-se as reduções da atividade física e o aumento correspondente dos comportamentos sedentários; os desafios nutricionais; o aumento dos níveis de estresse devidos ao risco percebido para a saúde; às preocupações financeiras; à incerteza sobre o futuro etc. Para além de tudo isso, o acesso limitado aos cuidados habituais de saúde e/ou às visitas de cuidados domiciliares pode agravar o surgimento e a progressão do pesado fardo das doenças crônicas.

Questões semelhantes afetam, sobretudo, de forma cumulativa, grupos étnicos, grupos vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e imigrantes.

Dado que diferentes grupos sociais e comunidades locais vivem uma realidade diferente, ao mesmo tempo que têm uma compreensão desigual do conhecimento científico, uma das chaves para lidar com a epidemia poderia ser uma abordagem fundada sobre o valor humano e social da saúde, que coloca a equidade na vanguarda das considerações em nível das decisões políticas, gerenciais e clínicas. Os benefícios esperados das medidas em matéria de saúde para certos grupos-alvo poderiam, portanto, ser avaliados em função dos custos e quaisquer efeitos adversos intrínsecos para outros grupos da população ⁽²⁰⁾.

4. ADMINISTRAR EM SITUAÇÃO DE COMPLEXIDADE

Assistimos, atualmente, a um forte ressurgimento da COVID-19 em escala mundial, com epidemias locais, regionais e nacionais. A perturbação dos sistemas de saúde, em razão dos ajustes necessários para resposta à crise pandêmica, entrava a capacidade de oferecer os cuidados não COVID-19. Atrasos na oferta desses cuidados e tratamentos, que se originaram da suspensão dos cuidados clínicos de rotina, desencadearam um aumento do número de doenças crônicas mal conduzidas, ou não diagnosticadas. Ademais, uma eventual epidemia de gripe é sempre possível, senão mesmo provável.

Como permitir que o sistema universal de saúde dê conta dessa situação em evolução? Como apoiar sua capacidade em se adaptar ao novo normal e a desenvolver novos modelos de cuidados?

As estratégias reconhecidas para a gestão em situação de complexidade podem fornecer referências úteis. O sistema universal de saúde pode ser considerado como um sistema adaptativo complexo. Sendo um sistema vivo, ele pode se auto-organizar, adaptar-se a seu novo contexto ou ambiente em que está inserido, aprender com suas próprias experiências e evoluir.

De forma espontânea, pode-se procurar enfrentar os problemas encontrados no cotidiano utilizando uma abordagem racional: observar a situação; decompô-la em subelementos; analisar cada um deles e tentar encontrar uma solução para o todo. Uma abordagem assim é adequada para enfrentar problemas simples ou complicados, mesmo na área da saúde. Todavia, ela é mal adaptada aos problemas complexos causados por múltiplos fatores que se influenciam mutuamente na produção de resultados imprevisíveis. Lidar com a complexidade de uma situação como a da pandemia exige uma postura de humildade, é bem verdade, porém, certas estratégias podem nos orientar (**Quadro 2**)⁽²¹⁾.

QUADRO 2. Estratégias de intervenção num contexto de complexidade

1. Reduzir os graus de incerteza e de divergência

- Adotar uma visão comum sobre aquilo que se quer realizar
- Aumentar nossos conhecimentos e nossa compreensão sobre o sistema

2. Estimular a criatividade e dos comportamentos adaptativos

- Orientar com especificações e regras mínimas
- Estabelecer relações e facilitar a colaboração
- Aumentar a circulação da informação
- Estar aberto à diversidade
- Utilizar a análise positiva e buscar as divergências positivas
- Recorrer à planificação emergente e à experimentação

FONTE: Roy, Litvak, Paccaud^(21, p. 44).

5. REDUZIR OS GRAUS DE INCERTEZA E DE DESACORDO

Em situação de complexidade, estabelecer a visão é essencial. É a primeira responsabilidade dos dirigentes diante de uma situação de crise. A visão constitui-se num fator importante de estabilidade num ambiente complexo e em evolução. Obter desde logo uma visão que seja comum a todos confere um sentimento de propósito compartilhado, essencial para enfrentar a situação. A ilusão de complexidade pode ser devida à nossa ignorância. Em tais circunstâncias, adquirir mais informações e desenvolver nossos conhecimentos será um passo importante para agir melhor. Os organismos financiadores de pesquisas compreenderam isso rapidamente e se mobilizaram para identificar as prioridades em matéria de desenvolvimento de conhecimentos, a fim de evidenciar as escolhas quanto às ações a serem desenvolvidas em face da COVID-19⁽²²⁾.

Outro exemplo é a rede de evidências COVID-END, que reúne mais de 50 grupos mundiais de síntese de evidências, de avaliação de tecnologias e de elaboração de diretrizes no mundo inteiro⁽²³⁾. Esse grupo busca apoiar os tomadores de decisão a encontrar e a utilizar as melhores evidências disponíveis, assim como os melhores pesquisadores, no intuito de melhor coordenar as atividades científicas

e de reduzir a duplicação. O grupo mantém atualizadas as revisões de evidências disponíveis sobre as medidas de saúde pública (vigilância em saúde)⁽⁴⁾, o tratamento clínico, os arranjos organizativos dos serviços de saúde, bem como as respostas econômicas e sociais. Essa iniciativa ilustra, de forma eloquente, como uma visão compartilhada e uma mobilização eficaz dos conhecimentos podem oferecer um apoio tangível aos esforços de melhoria, mesmo num contexto de complexidade.

6. ESTIMULAR A CRIATIVIDADE E OS COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS

Diante de uma situação complexa, o enunciado de uma visão clara e a mobilização de conhecimentos são necessários, mas geralmente apenas isso não é suficiente. É preciso, também, apelar para a criatividade e para a inovação a fim de que o sistema de saúde possa desenvolver novas estratégias que o permitam adaptar-se a condições mutantes e frequentemente imprevisíveis.

Os seres humanos têm uma tendência natural em reagir, diante de uma situação de crescente complexidade, elaborando planos, regras, procedimentos e orientações. Planos e regras detalhadas não se adaptam bem à complexidade. Por outro lado, a descentralização acompanhada por especificações mínimas pode orientar as partes envolvidas, deixando-lhes uma margem de manobra. Se concebidas de forma engenhosa, as orientações mínimas podem garantir que os objetivos e os valores sejam respeitados pelo conjunto do sistema, mantendo-se, porém, o espaço necessário à inovação e à adaptação ao mundo real. Análises que comparam um sistema descentralizado com outro, de funcionamento mais centralizado, parecem confirmar empiricamente a vantagem da descentralização na luta contra a pandemia⁽²⁴⁾.

As relações entre as pessoas e as instituições são também cruciais. Elas constituem os principais canais pelos quais circula a informação, a fim de ser distribuída no sistema. Uma vez que as relações são estreitamente ligadas às interações, virtuais ou presenciais, elas são um ingrediente essencial do processo de surgimento e de inovação no interior de um sistema complexo adaptativo.

A transparência e o compartilhamento da informação podem, também, aumentar a capacidade adaptativa do sistema. Num contexto de complexidade, deve-se não somente pensar em utilizar a informação para aumentar nossos conhecimentos e nossa compreensão, mas também buscar o aumento da circulação dessa informação a fim de que esses conhecimentos sejam difundidos ao máximo possível de pessoas, incluindo aqui os cidadãos que são os juízes máximos da proposição de valor do sistema de saúde.

Visto que o contexto está sempre em constante evolução e que vários elementos no interior dos sistemas complexos são desconhecidos ou imprevisíveis, as estratégias de gestão devem traduzir-se por modalidades flexíveis que deem lugar a uma parte experimental. Ademais, o recurso à análise positiva é muito útil para focalizar a atenção sobre situações que funcionam excepcionalmente bem, tentando-se compreender o que as torna possíveis.

Para melhor compreender os sucessos, pensemos, por exemplo, no estudo dos territórios que conseguiram controlar a propagação da infecção, ou ainda no dos centros de saúde que não foram atingidos pela eclosão da doença. A análise positiva permite muito mais aprender dos resultados palpáveis que tentar resolver problemas mal definidos.

A pandemia, por fim, apontou as fragilidades dos sistemas de saúde e das respostas em matéria de saúde pública, algumas das quais podem ser tratadas por intermédio das tecnologias digitais. Um consenso emergente desponta, em segundo plano, sobre as melhores estratégias que possam explorar as possibilidades da saúde digital (**Quadro 3**)⁽²⁵⁾. Pode-se tomar por exemplo a Declaração de Ryad sobre a saúde digital. Trata-se de um apelo à ação para criar a infraestrutura necessária ao compartilhamento de práticas eficazes em matéria de saúde digital em escala mundial, a fim de fornecer informações importantes para um maior número de sistemas de saúde e de países. Os tomadores de decisões são, assim, desafiados a garantir que a tecnologia digital e a inovação se tornem a pedra angular de sistemas de saúde resilientes, capaz de colocar em primeiro plano a saúde baseada em valor.

QUADRO 3. Recomendações da Cúpula Mundial sobre a Saúde Digital, de Ryad

1. Implementar protocolos baseados em dados e evidências para uma comunicação clara e eficaz, com mensagens comuns, a fim de reforçar a confiança dos cidadãos.
2. Trabalhar com as partes mundiais envolvidas de modo a enfrentar a propagação da desinformação, ou da desinformação, por meio de plataformas de mídias sociais e outras mídias de massa.
3. Implementar um conjunto de dados mundiais padronizados para os relatórios sobre os dados de saúde pública, e uma estrutura de governança de dados adaptada às moléstias transmissíveis.
4. Garantir a prioridade atribuída aos países em matéria de saúde digital, particularmente a melhoria da infraestrutura de saúde digital e o alcance de um nível de maturidade digital.
5. Permitir que as organizações e serviços de saúde coletem dados de alta qualidade, em tempo oportuno, e promover seu compartilhamento a fim de criar informações sobre a saúde.
6. Desenvolver uma mão de obra em saúde com os conhecimentos, competências e formação em matéria de dados e tecnologia digital necessários para vencer os desafios atuais e futuros em termos de saúde pública (vigilância em saúde)
7. Zelar para que os sistemas de vigilância combinem uma resposta eficaz no âmbito da saúde pública, com o respeito aos princípios éticos e de proteção da vida privada.
8. Desenvolver instrumentos e serviços pessoais digitais para apoiar programas de saúde completos (na prevenção de doenças, testagem, gestão e vacinação), em escala mundial.
9. Manter, continuar a financiar e a inovar os sistemas de vigilância enquanto componentes essenciais do sistema de saúde mundial, conectado por uma preparação rápida e uma resposta global otimizada.

Fonte: Riyadh Global Digital Health Summit⁽²⁵⁾

Novos caminhos estão surgindo, cujo desenvolvimento será, sem dúvida, acelerado pela forte mobilização internacional em torno da pandemia. O movimento de inovação está já bem lançado em telessaúde⁽²⁶⁾, como também poderá ocorrer logo para a utilização dos testes⁽²⁷⁾, biossensores⁽²⁸⁾ e, evidentemente, para os programas de vacinação⁽²⁹⁾. Espera-se que novas colaborações, novas parcerias intersetoriais acelerem a transformação do sistema de saúde e permitam a integração de muitas inovações sustentáveis.

7. CONCLUSÃO

Pouquíssimas coisas poderiam competir com a COVID-19 na catalização da transformação dos cuidados de saúde. Há alguns anos somente, a área da saúde funcionava de maneira fragmentada. A comunicação e a colaboração eram fruto de conversas informais ou de relações colegiais. Os dados eram coletados em papel, de forma manual, e eram pouco utilizados. As tecnologias eram exploradas egoisticamente, como se fossem uma vantagem competitiva num meio concorrencial. Ao longo das últimas décadas, a saúde modernizou-se, mas muito lentamente.

Não haverá “retorno ao normal” uma vez terminada esta crise. Em resposta à ameaça pandêmica, os atores dos sistemas de saúde mobilizaram-se rapidamente: redes sociais; ferramentas de comunicação, de coordenação e de colaboração em tempo real; telessaúde e telemedicina; delegação de atos e prática clínica além do usualmente estabelecido; observação clínica remota; testagem em autosserviço; aplicativos de rastreamento movidos por inteligência artificial; análises preditivas e revisões de conhecimentos; colaborações intersetoriais – a lista não para de aumentar.

Mais ainda, assistimos agora à troca de dados e de informações em escalas local, regional, nacional e global, assim como à partilha das melhores práticas, ao mesmo tempo que se esforça a passar do diagnóstico e do tratamento da doença à predição e à prevenção da infecção.

Na esteira de nossa resposta coletiva à pandemia, começamos a perceber com o que poderiam parecer os cuidados de saúde, uma vez passada esta crise. E ela passará, deixando-nos e àqueles aos quais servimos com uma ideia muito diferente do que é possível esperar de um sistema de saúde transformado, centrado no valor.

Vários obstáculos ainda precisam ser vencidos, mas agora já possuímos os instrumentos conceituais, tecnológicos e operacionais para enfrentar tal desafio. O fim da crise da COVID-19 marcará para sempre o início de uma nova era para os sistemas universais de saúde.

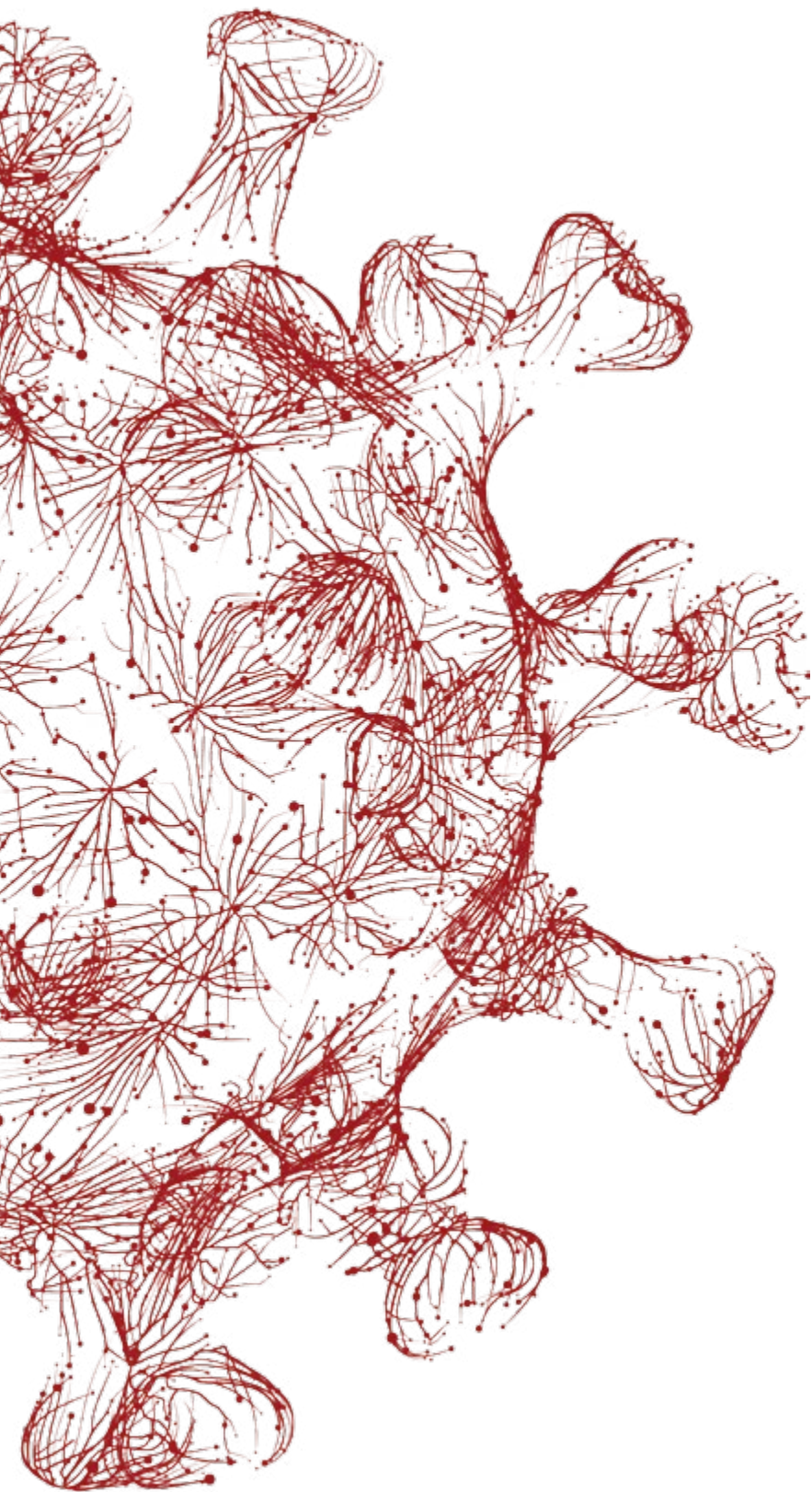
REFERÊNCIAS

1. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19 - Navigating the Uncharted. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1268-9. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387>.
2. Abideen AZ, Mohamad FB, Hassan MR. Mitigation strategies to fight the COVID-19 pandemic—present, future and beyond. *J Health Res*. 2020;34(6):547-62.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759-69. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
4. Porter M. What is Value in Health Care. *N Engl J Med* 2010;363:2477-81. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
5. Roy DA. Um sistema de saúde de aprendizagem voltado para o valor. in: *Conass: Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass; 2018.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Financement de la santé et couverture universelle [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 28]. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/#:~:text=la%20qualit%C3%A9%20%E2%80%93%20les%20services%20de,usagers%20%C3%A0%20des%20difficult%C3%A9s%20financi%C3%A8res.
7. O'Brien N, et al. How can we make better health decisions a Best Buy for all?: Commentary based on discussions at iDSI roundtable on 2nd May 2019. London, UK; 2019. Gates Open Research, 3.
8. Brownson RC, et al. *Evidence-based public health*. 3rd ed. New York, NY: Oxford university press; 2018.
9. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*. 2000;321(7272):1300-1. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1300>.
10. Goetghebeur M, et al. The art of priority setting. *Lancet*. 2017;389(10087):2368-9. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31573-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31573-8).
11. Dawson A, et al. Key Ethical Concepts and Their Application to COVID-19 Research. *Public Health Ethics*. 2020;13(2):127-32. doi: <https://doi.org/10.1093/phe/phaa017>.
12. Cigarroa FG, Masters BS, Sharphorn D. Institutional Conflicts of Interest and Public Trust. *Jama*, 2018;320(22):2305-6.
13. Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme [Internet]. 29 dez 2017 [acesso 2020 set 15]. Disponível em: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/>

[human-rights-and-health#:~:text=La%20Constitution%20de%20l%27E%80%99OMS,et%20d%27E%80%99un%20co%20C%3BBt%20abordable.](#)

14. Bachelet M. Coronavirus: les droits de l'homme doivent être au premier plan en réponse, dit Bachelet [Internet]. UNCHR; 2020 [acesso 2020 set 15]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25668&LangID=E>.
15. Ghosh R, et al. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* 2020;72(3):226-235. doi: <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9>.
16. Taylor S. *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease.* Newcastle upon Tyne, CambridgeScholarsPublishing; 2019.
17. World Health Organization. *Mental Health Considerations During COVID-19 Outbreak.* Geneva: World Health Organization; 2020.
18. Mental Health Commission of Canada. *COVID-19 and mental health: Policy responses and emerging issues [Environmental scan].* Ottawa, Canada; 2020.
19. Biase SD, et al. The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age and Ageing.* 2020;49(5):696-700. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa118>.
20. Giubilini A, et al. 2018 Quarantine, isolation and the duty of easy rescue in public health. *Dev World Bioeth.* 2018;18(2):182-189. doi: <https://doi.org/10.1111/dewb.12165>.
21. Roy DA, Litvak E, Paccaud F. *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé.* Mascouche: Le Point; 2010.
22. McMahon M, et al. Informing Canada's Health System Response to COVID-19: Priorities for Health Services and Policy Research. *Healthc Policy.* 2020;16(1):112-124. doi: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26249>.
23. McMaster University. *COVID-END – COVID-19 Evidence Network to support Decision-making [Internet].* 2020 [acesso 2020 out 2]. Disponível em: <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end>.
24. Kirchhof P. A tale of two countries: how decentralized organization and long-term investment build resilient healthcare systems. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes.* 2020;qcaa036. doi: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaa036>.
25. Al Knawy B. The Riyadh Declaration: the role of digital health in fighting pandemics. *Lancet.* 2020;396(10262):1537-1539. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31978-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31978-4).
26. Wosik J, et al. Telehealth Transformation: COVID-19 and the rise of Virtual Care. *J Am Med Inform Assoc.* 2020 Jun; 27(6): 957-62. doi: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa067>.

27. Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking COVID-19 test sensitivity—A strategy for containment. *N Engl J Med.* 2020;383(22):e120. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2025631>.
28. Asif M, et al. The role of biosensors in COVID-19 outbreak. *Curr Opin Electrochem.* 2020;23:174-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.coelec.2020.08.011>.
29. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/immunization-and-covid-19/en/.



A COVID-19, A ATUALIDADE DA REFORMA SANITÁRIA E AS POSSIBILIDADES DO SUS

Jairnilson Silva Paim¹

A vergonha, até mais que o amor, determina o vínculo de cidadãos com seus países.
(Carlo Ginzburg, historiador) ⁽¹⁾.

RESUMO: O aparecimento da pandemia de COVID-19 num momento em que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) passava por certo retrocesso, e o Sistema Único de Saúde (SUS) encontrava-se fragilizado, estimula o questionamento sobre a atualidade dessa reforma e as potencialidades do SUS. Com o objetivo de descrever o histórico da RSB, analisando a sua atualidade e discutindo as possibilidades do SUS no enfrentamento da COVID-19, o presente ensaio tem como pressupostos alguns tipos de mudança social e certos momentos dessa reforma (ideia, proposta, movimento, projeto e processo). Destaca a especificidade do caso brasileiro ao lidar com distintas crises (sanitária, econômica, política e social), assim como a excepcionalidade da conjuntura. Examina a situação do SUS antes da pandemia e seus esforços no enfrentamento da COVID-19, registrando proposições para a sua consolidação e aprimoramento. Finalmente, argumenta sobre as redefinições da RSB quando incorpora novas temáticas e busca coalizões políticas em defesa do SUS no Parlamento, sindicatos, Ministério Público e Judiciário, articulando múltiplos sujeitos sociais, individuais e coletivos. Admite que o SUS possa reencontrar, na sociedade civil, as forças que necessita para não se tornar um simulacro.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Reforma Sanitária.

1 Médico. Mestre em Medicina. Doutor em Saúde Pública. Professor Titular em Política de Saúde, aposentado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador I-A do CNPq. <http://orcid.org/0000-0003-0783-262X> ; jairnil@ufba.br.



I. INTRODUÇÃO

Num tempo em que a palavra “reforma” foi banalizada, passando a significar o seu oposto, ou seja, ações regressivas e desconstrução de direitos⁽²⁾ como as chamadas reformas trabalhista, previdenciária, tributária, administrativa e do Estado, parece pertinente pedir licença aos leitores deste ensaio para que seja apresentada uma reflexão sobre a atualidade e o caráter progressista da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), assim como sobre as potencialidades do Sistema Único de Saúde (SUS) diante da pandemia da COVID-19.

Para a compreensão e crítica da RSB, podem ser considerados quatro tipos de mudança social: a) reforma parcial; b) reforma geral; c) movimentos políticos revolucionários; d) revolução no modo de vida⁽³⁾. No caso da RSB, tem-se apresentado enquanto *reforma parcial* de caráter setorial e institucional, revelada pela implantação do SUS, embora constrangida pela natureza da *revolução passiva* presente na história do Brasil⁽⁴⁾, em que o componente da conservação/restauração subordina o elemento da mudança/transformação⁽⁵⁾.

Diferentemente dos países que adotaram um sistema de saúde universal a partir de um movimento político revolucionário ou de uma reforma geral vinculada ao *Welfare State*, a RSB não contou com o suporte expressivo dos trabalhadores organizados nos sindicatos nem de partidos a eles associados. Assim, a garantia do direito à saúde no Brasil e o desenvolvimento do SUS nas três últimas décadas não dispõem de uma sustentabilidade econômica, política, institucional e científico-tecnológica⁽⁶⁾.

A literatura não distinguia, claramente, os estudos sobre a RSB e o SUS; e esses não diferenciavam reformas do setor saúde (reformas setoriais) daquelas que tomavam como objeto a questão sanitária, incluindo a determinação social, a distribuição do poder e a dinâmica política (reformas sanitárias). Numa investigação contemplando o período de 1976 a 2006, foram ana-

lisados a *ideia*, a *proposta*, o *projeto*, o *movimento* e o *processo* da RSB⁽⁷⁾. Naquela oportunidade, foram identificados constrangimentos externos impostos ao *projeto* e ao *processo*, assim como as suas limitadas bases sociais e políticas. Posteriormente, outros estudos apontaram a supervalorização da democracia pelos seus intelectuais e militantes⁽⁸⁾, a insuficiente articulação com os sindicatos⁽⁹⁾, a exacerbação da privatização⁽¹⁰⁾ e as estratégias ocultas acionadas pelos seus oponentes⁽¹¹⁾. Têm sido formuladas novas hipóteses sugestivas de que a *revolução passiva* estaria invadindo o *processo* da RSB, configurando constrangimentos internos⁽⁵⁾, e outras relacionadas com a constituição de *sujeitos da práxis e da antítese*⁽¹²⁾. Fleury⁽¹³⁾, de outro modo, realizou um balanço sobre a produção intelectual referente à RSB; e, ao final de 2019, foram publicados outros estudos sobre o tema⁽¹⁴⁾.

A chegada da COVID-19 ocorre num momento em que a RSB vinha sendo negligenciada como um *projeto* que propunha uma “totalidade de mudanças”⁽¹⁵⁾, encontrando um SUS limitado pelo subfinanciamento de três décadas e pelo desfinanciamento desde 2016⁽⁶⁾. Entretanto, a pandemia aponta para a pertinência da RSB e certas potencialidades do SUS. Nessa perspectiva, o objetivo do presente capítulo é descrever, sucintamente, o histórico e as bases políticas, sociais e teórico-conceituais da RSB, analisando a sua atualidade e as possibilidades do SUS no enfrentamento da COVID-19.

2. BREVE HISTÓRICO

De início, cabe registrar a omissão do Estado brasileiro em relação ao direito à saúde desde a Proclamação da República. O “sanitarismo campanhista” voltava-se para o controle de doenças pestilenciais e epidemias que comprometessem a economia agroexportadora, enquanto as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) priorizavam os benefícios previdenciários⁽¹⁶⁾.

Na “era Vargas”, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), seguindo a mesma prioridade das CAP. Só em 1930, foi organizado o Ministério de Educação e Saúde Pública; e, em 1953, foi estruturado o Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾.

O período de vigência da Constituição de 1946 não produziu avanços significativos no setor saúde, reproduzindo campanhas e serviços verticais para o controle de endemias rurais ou construindo hospitais e postos de assistência médica (PAM), ligados aos IAP, que não se integravam com os serviços de saúde dos estados e municípios⁽¹⁸⁾.

A partir da ditadura de 1964, constata-se uma política explícita de privatização. Foi realizada a fusão dos antigos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Já a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1977 indica a institucionalização da assistência médica na previdência social. A crise do setor saúde, entretanto, impôs e formulação de políticas racionalizadoras, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde do Nordeste (Piass) ou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

(Prev-Saúde) e as Ações Integradas de Saúde e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, enquanto estratégias-ponte para o SUS⁽¹⁸⁾.

Assim, a *ideia* da RSB nasce vinculada às lutas pela democracia. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a *proposta* do SUS no documento *A questão democrática na área da saúde*⁽¹⁹⁾ são marcos para o *projeto* que emerge na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir de então, os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e os encaminhamentos e discussões na Constituinte resultaram no reconhecimento do direito à saúde e no estabelecimento do SUS pela Constituição da República⁽⁷⁾.

Só em 1988, portanto, foi reconhecido o direito à saúde no Brasil. Essa conquista pode ser creditada à sociedade civil e aos movimentos sociais que atuaram politicamente com os parlamentares constituintes e suas lideranças, não ao Estado, governos e partidos. Os governos posteriores, inclusive os dirigidos pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e pelo Partido dos Trabalhadores (PT), não se comprometeram com a RSB, não garantiram a seguridade social nem defenderam o SUS. Os sindicatos de trabalhadores, por sua vez, ao reivindicarem planos de saúde privados nas convenções coletivas, secundarizaram a defesa de um sistema de saúde universal⁽⁹⁾. Para além do escasso compromisso de governos, partidos e sindicatos com a RSB e o SUS, verifica-se uma sabotagem do Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário) em relação ao direito à saúde, radicalizada depois de 2013⁽⁶⁾.

Por conseguinte, analisar a RSB como *ideia, proposta, movimento, projeto e processo*⁽⁷⁾ pode ajudar a apreender a dialética desses momentos e as suas conexões com o SUS. Assim, a defesa do direito à saúde e a mudança do sistema ilustram a *ideia* da RSB difundida pelo *movimento*. Já o documento do Cebes⁽¹⁹⁾ conforma a *proposta*, o conjunto de políticas sistematizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, expressa o *projeto* da RSB enquanto as conjunturas ulteriores à Constituição configuram o *processo* da RSB⁽⁷⁾.

3. BASES POLÍTICAS, SOCIAIS E TEÓRICO-CONCEITUAIS

No que diz respeito às bases políticas da RSB e do SUS, podem ser mencionados estudantes, docentes, pesquisadores e parte dos trabalhadores da saúde, juntamente com as universidades públicas⁽²⁾, mas, sobretudo, entidades como Cebes, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Rede Unida, entre outras, que se articulam, em determinadas conjunturas, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em relação às bases sociais, podem ser destacados os segmentos populares, como as associações de moradores, estudantes, frações da classe trabalhadora, movimentos negros, indígenas, feministas, sindical da saúde do trabalhador (MSST), dos trabalhadores sem terra (MST) e sem teto (MTST), da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, entre outros⁽¹⁴⁾.

Quanto às bases teórico-conceituais, a RSB fundamentou-se, especialmente, no conceito ampliado de saúde, na determinação social do processo saúde-doença e nas práticas de saúde⁽⁷⁾. Outras categorias também têm sido contempladas como trabalho, necessidade, poder, gênero, racismo, entre outras⁽¹⁴⁻²⁰⁾.

4. CRISES SANITÁRIA, ECONÔMICA, SOCIAL E POLÍTICA

A pandemia da COVID-19 tem gerado crises sanitária, econômica e social em diferentes países⁽²¹⁾. No entanto, a situação específica do Brasil apresenta-se muito mais complexa quando se aprofunda uma crise política. O desenvolvimento simultâneo dessas quatro crises diante de um SUS fragilizado⁽²²⁾, de uma sociedade desigual, racista, machista, patriarcal e autoritária⁽²³⁾ e de um governo atípico ou da “tormenta”⁽²⁴⁾ revela a excepcionalidade dessa conjuntura.

4.1 CRISE SANITÁRIA

A elevada transmissibilidade do novo coronavírus torna a morbidade e a letalidade elementos de pressão sobre os sistemas de saúde. A gravidade da situação brasileira se expressou como uma das mais inclinadas curvas de aumento de casos do mundo, apenas atrás dos Estados Unidos da América em número absoluto de óbitos nos primeiros seis meses da epidemia. Constatam-se, ainda, desigualdades sociais, raciais, étnicas e de gênero: há excesso de mortes da COVID-19 entre mulheres, pobres, negros, indígenas, nortistas e nordestinos, enquanto menos óbitos, relativamente, entre ricos, brancos e centro-sulistas. São desfechos resultantes de processos de determinação social e de diferenças entre as ofertas de leitos públicos e privados⁽²⁵⁾.

A outra dimensão da crise sanitária diz respeito às fragilidades do SUS: propositadamente *subfinanciado* e reduzido nos últimos cinco anos, subordinado por uma articulação público-privada na qual um sistema privado *sub-regulado* é priorizado por governos, com respaldo dos três poderes do Estado. Assim, a infraestrutura pública é estrangida e refém do setor privado, sobretudo na atenção especializada e hospitalar, com investimentos insuficientes em Ciência, Tecnologia e Inovação (C&TI), bem como desvalorização dos trabalhadores, restrições ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) e dependência nas importações de equipamentos e insumos⁽⁶⁾.

4.2 CRISE ECONÔMICA

A economia brasileira sofre uma recessão e enfrenta obstáculos para a retomada do crescimento. Políticas neoliberais e monetaristas desde 2015 impuseram o “austericídio”, sob o pretexto do equilíbrio fiscal⁽²⁶⁾. Consta-se uma incapacidade dos economistas do governo de formularem alternativas à altura dos desafios postos pela pandemia. As medidas adotadas secundarizam trabalhadores, pessoas vulneráveis e pequenos empresários, e priorizam o capital financeiro.

4.3 CRISE SOCIAL

Verificam-se a persistência e o agravamento do desemprego. Predominam os empregos informais, precarizados, subprodutos da “reforma trabalhista”, com renda comprometida, anulada ou reduzida. Aumentam a pobreza, a miséria, as violências e as desigualdades, especialmente entre negros, índios e comunidades das periferias e de áreas rurais⁽²⁵⁾. Diante de um “auxílio emergencial” atrasado e insuficiente, não está descartado o aumento das tensões sociais.

4.4 CRISE POLÍTICA

Desde o início da pandemia, observam-se desatinos do governo federal, como sabotagem das medidas de controle, ameaças autoritárias e provocações nas mídias sociais contra o distanciamento físico. O negacionismo do novo coronavírus e da gravidade da crise sanitária⁽²⁵⁾ chegou ao extremo com a “prescrição” presidencial de hidroxicloroquina e com o questionamento da vacinação, ao lado da humilhação e da demissão de ministros e equipes técnicas, do boicote à atuação de governadores e prefeitos, do confronto ao Supremo Tribunal Federal (STF) e ao Congresso Nacional, da ocupação militar e do aprofundamento do fisiologismo no Ministério da Saúde.

5. O SUS ANTES DA PANDEMIA E OS ATAQUES AO DIREITO À SAÚDE

A mudança da correlação de forças na sociedade brasileira desde 2013, inclusive entre o Legislativo e o Executivo, propiciou um processo de desmonte do SUS, consubstanciado na aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95), intensificando o subfinanciamento crônico e ampliando o desfinanciamento, ao lado da privatização, financeirização da saúde⁽²⁷⁾, “reforma trabalhista”, lei das terceirizações, “reforma da previdência” e desvinculação dos recursos da saúde⁽²⁶⁾.

Apesar de um balanço positivo quando considerados os avanços, os obstáculos e as ameaças⁽⁶⁾, o SUS anterior à pandemia já se encontrava reduzido⁽²²⁾, não obstante as suas potencialidades para enfrentar desafios. Assim, a capilaridade que exibia nos territórios, especialmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias, bem como a experiência acumulada do Sistema de Vigilância em Saúde e a qualificação de sanitaristas, epidemiologistas, infectologistas e outros trabalhadores de saúde, apontavam possibilidades de respostas efetivas à COVID-19.

Entretanto, o gasto per capita em saúde era, em 2018, de R\$ 5.200; enquanto, em 2019, foram aplicados R\$ 122.269 bilhões em saúde. Nesse mesmo ano, foram retirados R\$ 22,5 bilhões do SUS por causa da EC-95. Assim, o investimento atual do SUS é de R\$ 3,60 por dia para cada brasileiro⁽²⁸⁾, com possibilidade de decréscimo no orçamento de 2021.

No que se refere à infraestrutura, havia 6.658 hospitais (apenas 36% públicos) e 426 mil leitos, pois 48 mil foram fechados entre 2009 e 2020. Eram 32 mil leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo 17.900 na rede pública⁽²⁹⁾. E quanto aos equipamentos utilizados em UTI, ficava flagrante a insuficiência do SUS desde 2016: respirador/ventilador - 5.521; bomba de infusão - 3.530; monitor de ECG; monitores de pressão - 7.836⁽³⁰⁾.

Em 2019, a saúde foi tratada pelo governo federal como um tema periférico⁽³¹⁾, e a pandemia encontrou um SUS numa situação extremamente difícil, apesar da resiliência⁽³²⁾ e do empenho de seus trabalhadores e de parte de gestores que continuaram atuando de modo criativo, diante dos obstáculos⁽³³⁻³⁵⁾, e aproveitando os acúmulos institucionais.

6. O SUS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A pandemia impôs ações imprescindíveis: o SUS acionou a vigilância em saúde, laboratórios e centros de pesquisa (*Kits* diagnósticos, testes de medicamentos, vacinas etc.); elaborou modelos epidemiológicos e matemáticos para a previsão, cenários e monitoramento da epidemia; e reforçou, por meio de gestores estaduais e municipais, a rede assistencial e a oferta de UTI (hospitais de campanha, desbloqueio de leitos, reativação de hospitais, centros de eventos, protocolos etc.), com ampliação da infraestrutura (equipamentos, insumos, estabelecimentos, pessoal, laboratórios, Ceis e C&TI), buscando alternativas para falta de equipamentos, (respiradores, EPI etc.) e a insuficiência de pessoal especializado na atenção hospitalar.

O SUS tem sido essencial para salvar vidas, garantindo acesso universal e integral à saúde nos níveis de atenção básica, especializada e hospitalar. A disponibilidade da Política Nacional de Vigilância em Saúde⁽³⁶⁾, contemplando a vigilância epidemiológica (controle de casos), a vigilância sanitária (controle de riscos), a vigilância socioambiental (controle de determinantes socioambientais da saúde), entre outros, representa uma ferramenta estratégica que pode se desdobrar em outras intervenções relevantes como o *Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia da COVID-19*⁽²⁵⁾.

A epidemia da COVID-19 apresenta diferenças entre os estados e municípios (crescimento, estabilidade e redução), o que leva especialistas a sublinharem a complexidade da situação sanitária, supondo epidemias simultâneas e o risco de novas ondas. Desse modo, ainda é precoce vislumbrar o SUS na pós-pandemia, pois o desmonte operado na última década impediu que proposições para o seu aperfeiçoamento prosperassem.

Em 2020, a aprovação do “orçamento de guerra” que contorna o teto de gastos estabelecido pela EC-95 foi responsável pelo aumento de R\$ 39 bilhões no financiamento do Ministério da Saúde. Para alguns especialistas, esses recursos financeiros deveriam ser incorporados para o cálculo do mínimo constitucional a ser investido em saúde pela União em 2021. No entanto, mantida a EC-95 e sendo retirados os créditos adicionais aprovados para

pandemia, o orçamento da saúde em 2021 regride aos valores de 2017⁽²⁸⁾. Assim, estimativas indicam a retirada de R\$ 35 bilhões em 2021 na comparação com o orçamento de 2020⁽³⁷⁾.

No entanto, o advento da pandemia e a visibilidade adquirida pelo SUS possibilitam destacar as seguintes proposições para o seu aprimoramento:

- i. Ampliar a participação do componente público do financiamento da saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), assegurando pelo menos 6% na proporção do gasto público do PIB destinado à saúde;
- ii. Garantir o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde para a população, ampliando a infraestrutura pública, com expansão de Unidades Básicas de Saúde, ESF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), policlínicas, leitos hospitalares, UTI, equipamentos, equipes de vigilância em saúde etc. nos territórios com vazios assistenciais e desenvolvendo redes regionalizadas de serviços com novos arranjos federativos de organização e gestão;
- iii. Mudar os modelos de atenção hegemônicos no sentido de assegurar a integralidade do cuidado, humanização e gestão participativa, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos⁽³³⁾, APS resolutiva e de qualidade, vigilância em saúde, acolhimento e linha de cuidado;
- iv. Reconstruir a institucionalidade do SUS, a partir de novos modos organizativos e de gestão centrados na efetividade, qualidade, eficiência⁽³⁵⁾, reduzindo drasticamente cargos de confiança e valorizando critérios técnicos e experiência acumulada no SUS nas posições de direção, gerência e assessoramento;
- v. Adotar uma política de pessoal unificada para o SUS, considerando as principais áreas do sistema para o estabelecimento de carreiras públicas⁽²⁾;
- vi. Eliminar filas com investimentos e melhorar a gerência de estabelecimentos e serviços de saúde⁽²⁾;
- vii. Aprimorar a governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽³⁴⁻³⁵⁾, acionando um novo modelo de gestão para o SUS;
- viii. Substituir o pagamento por procedimentos, assegurando a eficiência dos hospitais do SUS⁽³⁵⁾;
- ix. Enfatizar aspectos operacionais, organizacionais e técnico-assistenciais da APS, ESF e RAS, com acesso regulado à atenção especializada⁽³⁵⁾ fortalecendo os sistemas logísticos e de apoio das RAS;
- x. Proteger o SUS das restrições impostas pela EC-95, Desvinculação de Receitas da União (DRU) e de outras propostas que pretendem impedir a garantia de recursos para a saúde;
- xi. Blindar o SUS do clientelismo político;

xii. Valorizar e proteger os trabalhadores/as em saúde e áreas essenciais, inclusive a saúde mental ⁽²⁵⁾, como parte das medidas organizativas, administrativas e operacionais que priorizem a qualidade, a integralidade, o acesso, a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde.

xiii. Implementar e fortalecer ações de comunicação comunitária e educação em saúde, com o uso de novas tecnologias, preferencialmente em parceria com ações e movimentos locais ⁽²⁵⁾, estimulando a participação e o controle social.

Essas proposições merecem ser reforçadas, debatidas e adotadas. Neste particular, a Abrasco, o Cebes, o CNS e outras entidades elaboraram o já referido plano ⁽²⁵⁾ com 70 medidas para o enfrentamento da COVID-19 destinadas às autoridades políticas e sanitárias, aos gestores do SUS e a toda a sociedade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do apoio e do reconhecimento do SUS por importantes segmentos da sociedade brasileira durante a pandemia, eles ainda não são suficientes para garantir a sua sustentabilidade, diante da persistência de obstáculos contra a sua consolidação ^(22,38-39).

A limitação de recursos compromete o controle da COVID-19 e dos seus efeitos nos próximos anos, sobretudo tendo em conta o represamento da atenção a outros problemas e necessidades de saúde em 2020. Os aportes adicionais não podem se limitar ao reforço de pessoal e equipamentos para o nível especializado e hospitalar, nem mesmo para manter o funcionamento de hospitais, leitos e outros serviços implantados durante a epidemia.

Impõe-se o acréscimo de recursos para a ampliação da cobertura das equipes de APS, em articulação com as atividades de vigilância em saúde nos territórios ⁽²¹⁾, dispendo de equipamentos (internet, celulares etc.) e de ferramentas informacionais ⁽⁴⁰⁾. Essas medidas constituem a base de um “novo *modus operandi* da vigilância em saúde e de muitas ações de assistência no âmbito da APS junto às comunidades, favorecendo a participação e otimização do uso dos equipamentos sociais” ⁽⁴¹⁾.

Todavia, é preciso cautela ao associar o SUS à pandemia, pois pode reforçar a concepção de “SUS pobre para pobres”, confinando-o no espaço da saúde pública convencional, centrada em programas especiais focalizados e nas vigilâncias epidemiológica e sanitária. O SUS é mais que a saúde pública institucionalizada. O discurso da “saúde pública de qualidade” não corresponde ao *SUS constitucional*. Saúde pública não significa oposição à “saúde privada”. Saúde Pública é uma forma de intervenção estatal, derivada do liberalismo, para agir apenas nas situações em que o indivíduo e a iniciativa privada não são capazes de atuar.

Cumprе alertar, portanto, que é uma armadilha confundir sistema público de saúde com “sistema de saúde pública”. O SUS foi, justamente, uma proposta para superar a dicotomia

entre saúde pública e assistência médica, baseado no princípio e na diretriz da integralidade da atenção. E a sua consolidação depende da adoção de novas medidas organizativas, administrativas e operacionais para a melhoria da qualidade, humanização, eficiência e efetividade⁽³⁵⁾.

Ainda assim, o maior desafio do SUS continua sendo político⁽³³⁾. Justamente porque as questões que dizem respeito às relações público-privadas, ao financiamento e às desigualdades sociais, raciais e de gênero não podem ser enfrentadas exclusivamente no âmbito setorial por meio de medidas técnicas e administrativas – porque quando a democracia é atacada e subvertida, são, também, sacrificados os direitos sociais, especialmente o direito à saúde. Posto que a situação analisada requer da sociedade brasileira, presentemente e nos próximos anos, um amplo movimento contra a corrosão da democracia e em defesa das conquistas civilizatórias da RSB, visando à construção de alternativas para enfrentar a escalada autoritária.

Assim, a sustentabilidade do SUS passa pela arregimentação de forças para o enfrentamento do subfinanciamento crônico, desfinanciamento, relação público-privada⁽⁴²⁾, desigualdades sociais e financeirização^(11,17). No entanto, não cabe declinar proposições de caráter técnico e administrativo que possam ser discutidas, analisadas (a coerência, a factibilidade e a viabilidade) e implantadas depois da tormenta.

O fortalecimento do SUS depende da ampliação das suas bases sociais e políticas de modo a mudar a correlação de forças e assim pressionar o Executivo e o Legislativo para garantir o seu financiamento e viabilizar as adequações organizativas e técnico-operacionais. Desse modo, o SUS pode reencontrar, na sociedade civil, as forças que necessita para não ser confundido com um simulacro. Esta é uma das indicações da atualidade da RSB.

Nessa conjuntura, o *movimento* da RSB pode construir coalizões políticas em defesa da seguridade social e do SUS, atuando no Parlamento e sindicatos, formulando demandas ao Ministério Público e ao Judiciário, inclusive ao STF, e articulando múltiplos atores⁽⁴³⁾ tal como, presentemente, interage com a *Frente pela Vida*. A atuação no Congresso Nacional, como fazem o CNS, o Conass e o Conasems, reforça a via legislativo-parlamentar da construção da RSB.

O exercício do poder de mobilização de lideranças partidárias, institucionais, sindicais e de movimentos sociais (mulheres, LGBTQIA+, negras/os, indígenas, sem-terra, trabalhadoras/res etc.) revitaliza a via sociocomunitária da RSB. E a atuação no Judiciário, não cogitada no *projeto* original da RSB, deve ser explorada para garantir o respeito à Constituição e às leis da saúde.

Quanto ao *processo* da RSB, mesmo tendo como manifestação fenomênica, presentemente, um retrocesso, inclui a atuação do *movimento*, possibilitando a recriação do *projeto*. Surgem outros olhares para a RSB⁽¹⁴⁾ com o potencial de mobilizar diferentes sujeitos, individuais e coletivos. A constituição de *sujeitos da práxis* (servidores públicos, estudantes, trabalhadores de saúde, mulheres, populações LGBTQIA+, negras, negros, quilombolas, indígenas, ambientalis-

tas, ribeirinhos, boias-frias, sem-terra, sem-teto, trabalhadoras, trabalhadores, pessoas privadas de liberdade, portadores de sofrimento psíquico, pessoas com deficiências, entre outras), pode transcender a contradição capital-trabalho, conformando equivalências entre agendas e ações.

A hipótese da emergência de *sujeitos da antítese*⁽¹²⁾ aponta para a possibilidade de desequilibrar o binômio da conservação-mudança no sentido das transformações, incidindo sobre o *processo* da RSB e a consolidação do SUS⁽⁴⁴⁾. E a Saúde Coletiva brasileira, enquanto campo científico e âmbito de práticas, vem sendo convocada para um novo protagonismo capaz de reduzir os riscos de restauração da saúde pública⁽⁴⁵⁾. Estas apostas trazem a esperança de que o amor, mais do que a vergonha, possa fortalecer o vínculo de cidadãos com o país.

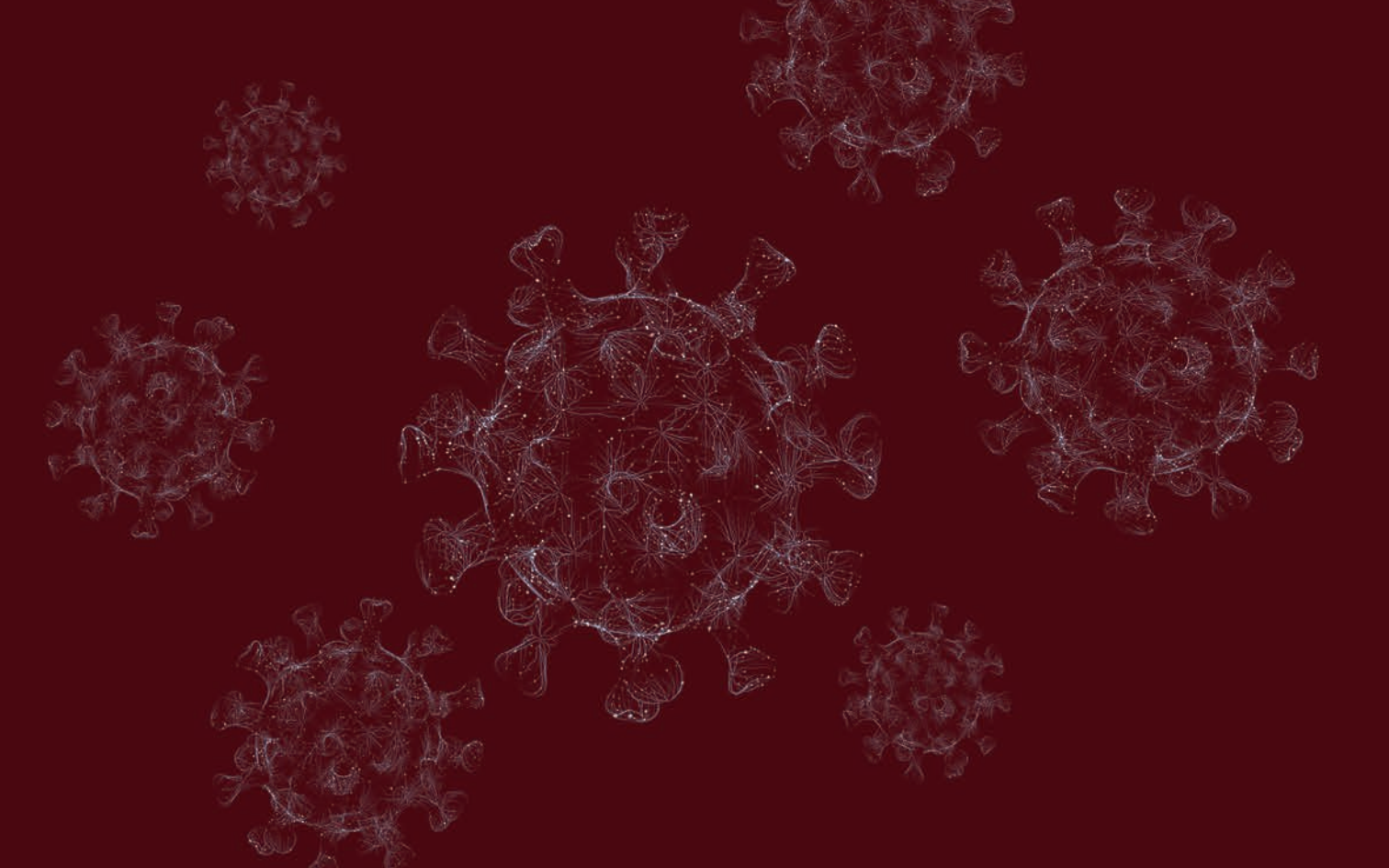
REFERÊNCIAS

1. Ginzburg C. Bolsonaro envergonha um país como Berlusconi. [entrevista a N. Haddad]. Folha de São Paulo, 5 de julho de 2020 (Ilustríssima).
2. Campos GWS. SUS: O que e como fazer? *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1707-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
3. Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península; 1986. 182p.
4. Vianna LW. Caminhos e descaminhos da revolução passiva brasileira. In: Aggio A. Gramsci, a vitalidade de um pensamento. São Paulo: Fundação Editora UNESP; 1998. p. 185-201.
5. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 85-114.
6. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1723-28. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
7. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
8. Dantas AV. A Questão Democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate tático e estratégico. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 145-181.
9. Teodoro R. A Teoria Sanitária e o Momento Corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 183-219.
10. Silva TH. Entre o Consenso e o Minotauro da Saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 291-336.
11. Monteiro MG. As Mudanças de Direção das Políticas Públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 247-289.
12. Paim JS. Sujeitos da Antítese e os Desafios da Práxis da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.115-143.
13. Fleury S. Revisitar a Teoria e a Utopia da Reforma Sanitária. In: Fleury S, organizadora. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p .31-84.

14. Baptista TW, Borges CF, Rezende M. Outros olhares para a Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde Debate*. 2019;43(spe 8):5-10. doi: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S800>.
15. Arouca AS. A reforma sanitária brasileira. *Tema – Radis*. 1998;11:2-4.
16. Braga JC, Paula SG. *Saúde e Previdência: estudo de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC; 1981.
17. Oliveira JA, Teixeira SM (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis (Rio de Janeiro): Editora Vozes-Abrasco; 1985.
18. Paim JS. Aspectos históricos. In: Paim JS, organizador. *SUS - Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber*. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. cp. 3-17.
19. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. *Saúde Debate*. 1980;(9):11-13.
20. Vaitsman J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: Fleury S, organizadora. *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; 1992. p. 157-73.
21. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*, 2020;36(8):e00149720.
22. Souza LC, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):2783-92.
23. Schwarcz LM. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
24. Oyama T. *Tormenta: o governo Bolsonaro: crises, intrigas e segredos*. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
25. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 [Internet]. Versão 2. 15 jul 2020 [acesso 2020 jul 15]. 110 p. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/07/plano-nacional-de-enfrentamento-a-covid-19-e-atualizado-para-uma-2a-versao/>.
26. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(spe 2):11-20, 2018.
27. Sestelo JA. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):2027-33. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>.
28. FPA Informa 216. 9 de julho de 2020: Fundação Perseu Abramo.
29. Betoni E, et al. O que é, de onde veio e para onde vai o SUS. *Nexo (especial)* [Internet].

- 28 abr 2020 [acesso 2020 mai 5]. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/especial/2020/04/28/O-passado-o-presente-e-o-futuro-do-SUS-para-ler-guardar-e-consultar>.
30. Santos MA. Infraestrutura do SUS. In: Paim JS, organizador. SUS - Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu ; 2019. p. 59-71.
 31. Bahia L, Cardoso AM. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: Brasil: incertezas e submissão? São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2019. p. 251-269.
 32. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1729-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.
 33. Paim JS, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. The Lancet. 2011;377 (9779):1778-97. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
 34. Castro MC, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. Lancet. 2019;394(10195):345-356. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
 35. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2019.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União. 13 ago 2018.
 37. Teto em disputa. Outra Saúde; 29 jul 2020.
 38. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):2043-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>.
 39. Noronha JC, et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e desaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):2051-60. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05732018>.
 40. Teixeira MG, et al. Reorganização da atenção primária em saúde para a vigilância universal e controle da COVID-19. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(4):e2020494. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400015>.
 41. Rede CoVida. Universidade Federal da Bahia. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Vigilância Universal da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Junho de 2020. 18 p.
 42. Scheffer M, Bahia L. Público e privado na saúde. In: Paim JS, organizador. SUS - Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 219-231.

43. Paim JS. Os sistemas universais de Saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*. 2019;43(5):15-28.
44. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde em questão. In: *CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: CONASS, 2018, p.66-78.
45. 45. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. In: *Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ; 2018. p. 191-221.



O volume 6 – Reflexões e Futuro – da Coleção COVID-19 debate questões ambientais, urbanas, relações humano-natureza, arboviroses – que juntos contribuem para a análise da conformação do futuro pós-pandemia. Os estudos relacionados à saúde pública, à sociedade brasileira, à infoestrutura e a avaliação, servem como apoio às decisões estratégicas. Aborda a Vigilância Sanitária como elemento primordial para o enfrentamento das emergências em saúde pública e insere o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Brasil. Apresenta narrativas acerca do enfrentamento da pandemia nos países de língua portuguesa, especialmente Portugal, no Quebec e no Canadá possibilitando aprendizados com as experiências de outros sistemas universais. Esse levante editorial se encerra, por ora, com o presente volume. Todavia, a pandemia continua e outros tantos elementos poderão ser percebidos, contextualizados e, certamente, merecerão registro.