

DOSSIÊ
ABRASCO

Pandemia de COVID-19



Novembro/2022

Índice | Geral

■ Diretoria da Abrasco	14
Presidente	14
Vice-presidentes	14
■ Conselho Deliberativo	16
■ Comissão Editorial	14
Editores Associados	14
■ Agradecimentos	14
■ Lista de Colaboradores	14
■ Grupos Temáticos da Abrasco	16
■ Apresentação	18
■ Resumo Executivo	20
■ Recomendações para o país	28
■ Introdução	30

A emergência da COVID-19 em um país desigual e injusto

1

■ A pandemia de COVID-19 em um mundo precário, integrado e veloz	34
O contexto global do enfrentamento da pandemia	37
A questão ambiental – viroses e perda da biodiversidade	40
Sindemia, complexidade e pandemia de COVID-19	42
Contexto sanitário e epidemiológico favorável a emergência e evolução da doença no Brasil	45
Contexto político, econômico e social brasileiro que antecede à pandemia	47
Sobre perdas e danos na política ambiental no Brasil	51
■ Desigualdades e iniquidades sociais, étnico-raciais, de deficiência e de gênero	54
Desigualdades de gênero: avanços tímidos, retrocessos importantes	55
As persistentes iniquidades sociais e em saúde entre povos indígenas: desafios na garantia de direitos e da justiça social	56
Avanços e retrocessos no reconhecimento do capacitismo em relação às pessoas com deficiência	59
Direitos sexuais e reprodutivos e pessoas LGBTI+: estigma, preconceito e lgbtifobia como entraves à equidade em saúde	60
A recente inclusão do racismo como determinante social de saúde e sua persistência na saúde população negra	61

A emergência da COVID-19 em um país desigual e injusto

1

■ A destruição da cidadania social após o golpe parlamentar	64
■ Desmonte da proteção social e necropolítica	66
■ O SUS no pré-pandemia da COVID 19: do subfinanciamento ao desfinanciamento	69
■ A esperança equilibrada: as fortalezas do sus e seu papel decisivo na chegada da pandemia	73
■ A desarticulação das iniciativas governamentais para a segurança alimentar e nutricional	74
■ A desconstrução do sistema único de assistência social no contexto de contrarreformas, e crise social brasileira	77
■ A devastação da ciência, tecnologia e inovação	79

A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade

2

■ Panorama clínico, demográfico e epidemiológico da COVID-19 no Brasil	84
Dimensões biológicas, clínicas da doença no Brasil	84
Dinâmica populacional e desigualdade	87
Panorama epidemiológico da doença no Brasil	89
■ O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental	98
■ Quantas mortes poderiam ter sido evitadas no Brasil? O impacto dos fracassos no enfrentamento da pandemia	102
■ Prevenção da doença no Brasil	104
Sistemas de vigilância à saúde na pandemia de COVID-19	104
Diagnóstico e detecção da doença	110
■ Vigilância Sanitária	114
A ANVISA sob fogo cruzado	114
Os desafios do trabalho das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais no contexto da pandemia de COVID-19	118
■ Medidas não-farmacológicas	124
Máscaras	124
O distanciamento social e seus inimigos	127

A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade

2

■ Vacinas e vacinação contra a COVID-19	130
Saúde e poder: a corrida pelas vacinas	130
■ Aquisição de vacinas pelos governos nacional e subnacionais	133
Produção de vacinas pela FIOCRUZ	136
Produção de vacinas pelo BUTANTAN	141
A vacinação no Brasil contra COVID-19	145
■ Drogas antivirais aprovadas autorizadas ou em avaliação para o tratamento da COVID-19	148
Recomendações para o tratamento de pacientes	153
■ APS e a pandemia COVID-19	153
A desmobilização da APS e a disseminação da pandemia	158
■ Rede assistencial da COVID-19	160
■ Descontinuidades administrativas e proposições de mudanças para APS	164
■ Leitos ociosos e a reorganização da assistência hospitalar durante a pandemia de COVID-19 no Brasil	165
Leitos de UTI para a atenção à COVID-19	168
■ Crise na oferta de respiradores, de kit intubação e de medicamentos	172
■ A judicialização da saúde no Brasil em tempos da pandemia do COVID-19	175

A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade

2

■ Efeitos da desigualdade no mundo do trabalho na saúde	179
O trabalho precário e a precariedade do trabalho na saúde	182
■ A comunicação fragmentada, desinformação e desigualdades	184
■ Grande imprensa e plataformas digitais	187
■ Negligência na coleta de dados raça/cor na pandemia da COVID-19	189
■ Políticas sociais e COVID-19	190
Monetizando a proteção social: auxílio emergencial e auxílio Brasil	190
O aprofundamento da crise do mercado de trabalho brasileiro	198
Perdas e aprendizagens da educação básica na pandemia	200
O impacto da pandemia de COVID-19 na segurança alimentar do Brasil	203
■ Os efeitos da austeridade sobre o sus: impactos sobre o direito à saúde, universalização, equidade e integralidade do cuidado	205
■ Os impactos da COVID-19 no Brasil nas populações vulnerabilizadas: violações do direito humano à saúde e à vida	209
COVID-19 em idosos	210
COVID 19, comorbidades e desigualdades sociais	212
Pandemia de COVID-19 e saúde das mulheres	214

A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade

2

A pandemia de COVID-19 e seu impacto em crianças e adolescentes	201
Transmissão de SARS-COV-2 entre crianças e adolescentes e o papel das escolas	219
Impacto do fechamento das escolas na saúde de crianças e adolescentes	220
A pandemia tem cor, renda e gênero	221
COVID-19 entre os povos indígenas no Brasil	225
Populações quilombolas e outras comunidades tradicionais e as desigualdades na pandemia	231
Saúde da população LGBTQIA+ e a pandemia da COVID-19	236
Pessoas com deficiência	239
Populações encarceradas	242
Populações em situação de rua	244
Frente pela vida e o plano nacional de enfrentamento da pandemia	247
■ A pandemia como fenômeno que revela e aprofunda as desigualdades sociais no Brasil	252

Lições aprendidas e desafios pós-pandemia

3

■ Repercussões da pandemia sobre a subjetividade e a sociabilidade brasileiras: entraves e soluções	254
■ Ciência, negacionismo e necropolítica em tempos de pandemia no Brasil	256
■ Bioética e civilização	259
As especificidades éticas na proteção dos mais vulneráveis	260
Perspectivas em tempos de incerteza	262
■ Os impactos da pandemia sobre as cidades brasileiras	265
■ Conflitos federativos e a pandemia da COVID-19 no Brasil	270
■ A CPI da pandemia do Senado Federal	276
■ O legado da pandemia	279
Política externa e saúde	279
O acirramento da crise ambiental	282
Sobre as desigualdades, sobre o SUS e sobre saúde coletiva: as disputas pelos legados da pandemia	284
O SUS pós-pandemia de COVID-19	286
O SUS e sua rede de serviços de saúde	289

Lições aprendidas e desafios pós-pandemia

3

■ A luta contra as desigualdades sociais em saúde	293
Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S)	298
O desenvolvimento do complexo econômico-industrial da saúde no Brasil	301
Financiamento do SUS	305
Proteção social	308
■ Conclusões (ainda que provisórias)	312

Índice | Boxes

Box 1: A crise do mercado de trabalho no Brasil	50
Box 2: As fases da pandemia no Brasil	93
Box 3: Sistema de vigilância a saúde durante a pandemia de Covid-19	106
Box 4: Diagnóstico e detecção da doença	113
Box 5: Consórcio de veículos de imprensa	122
Box 6: Antivirais autorizados para tratamento da COVID-19 no Brasil	149
Box 7: Pandemia de COVID-19 e promoção da saúde	157
Box 8: A educação popular em saúde diante da pandemia de COVID-19	159
Box 9: Campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva	193
Box 10: O controle social na pandemia: estratégias de ação para fortalecimento do SUS	208
Box 11: Povos Indígenas e a pandemia de COVID-19	230
Box 12: Povos e Comunidades Tradicionais: educação e resistência	233
Box 13: Frente pela Vida	263
Box 14: COVID-19 No nordeste do Brasil: o papel do Consórcio Nordeste	269
Box 15: Ações do CONASS no enfrentamento da pandemia da COVID-19	275
Box 16: Niterói (RJ) contra a COVID-19	291
Box 17: Afogados da Ingazeira (PE) contra a COVID-19	292
Box 18: Redes da Maré	297
Box 19: A organização social como forma de resistência ao racismo estrutural no Brasil	310

Índice | Gráficos

Gráfico 1: Evolução da taxa de desocupação e da taxa de extrema pobreza (1,99 ppp) (1992 a 2020), Brasil	51
Gráfico 2: Frequência das principais variantes do SARS-CoV-2 por mês de amostragem (Novembro/2020 a Setembro/2022) no Brasil	85
Gráfico 3: Média móvel de casos e óbitos por COVID-19 por milhão de habitantes de acordo com a renda dos países, março de 2020 a abril de 2022	90
Gráfico 4: Média móvel de 7 dias de casos e óbitos por milhões de habitantes da COVID-19 de março de 2020 a abril de 2022, Brasil	92
Gráfico 5: Casos, óbitos e positividade dos testes nas diferentes fases da pandemia (Março 2020 a Abril 2022), Brasil	96
Gráfico 6: Excesso de óbitos no Brasil (período de fevereiro 2020 a março 2022) no comparados aos anos anteriores	104
Gráfico 7: Impacto da vacinação nos casos e óbitos de SRAG por Covid-19 (janeiro de 2022), Brasil	148
Gráfico 8: Óbitos acumulados de médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem segundo mês do óbito. Março 2022, Brasil	181
Gráfico 9: Rendimento mensal nominal de todos os trabalhos segundo sexo e raça/cor - Brasil 2012-2021	199
Gráfico 10: Prevalência de segurança alimentar e níveis de insegurança alimentar nos anos de 2004, 2009, 2013, 2018 e 2020.	204
Gráfico 11: Taxas de mortalidade específicas por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) e faixa etária, na população geral brasileira e nos indígenas atendidos pelos Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasil, SE 9/2020 a SE 8/2021	226
Gráfico 11: Letalidade acumulada por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) em indígenas e não indígenas segundo regiões. Brasil, 2020, SE 8 a 35	227

Índice | Tabelas e Figuras

Tabela 1: Redução dos gastos federais do SUS com vigência das regras da EC 95 (2018-2022)	207
Tabela 2: Proporção de Municípios que adotaram ações não farmacológicas durante a pandemia da Covid-19 em 2020 (N=5570), Brasil	272
Tabela 3: Proporção de Municípios com mais de 500 mil habitantes que adotaram ações não farmacológicas por conta da pandemia da Covid-19 em 2020 (N=49), Brasil	273
Figura 1: Taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19. Brasil, 17/07/2020 – 21/03/2022	171
Figura 2: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da 4ª Revolução Tecnológica	302

Ficha Técnica

DIRETORIA DA ABRASCO

Presidente

Rosana Teresa Onocko Campos

Vice-presidentes

Bernadete Perez Coelho

Claudio Maierovitch Pessanha Henriques

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Diana Anunciação Santos

Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Marilia Cristina Prado Louvison

Reinaldo Felipe Nery Guimarães

Reni Barsaglini

Rômulo Paes de Sousa

Romulo Paes de Sousa (coordenador)

Tatiana Engel Gerhardt

Editores Associados

Isabela Soares Santos

Luiz Villarinho Pereira Mendes

Editores Associados

Isabela Soares Santos

Luiz Villarinho Pereira Mendes

AGRADECIMENTOS

À secretaria executiva da Abrasco Thiago Barreto e Elisa Mendonça e à Frente pela vida.

CONSELHO DELIBERATIVO

Ana Claudia Gastal Fassa

Ana Paula Nogueira Nunes

Antonio Fernando Boing

Carlos Machado de Freitas

Fernando José Herkrath

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Lilia Blima Schraiber

Paulo Eduardo Xavier Mendonça

Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Tatiana Engel Gerhardt

COLABORADORES

Adriano Massuda

Akira Homma

Alexandra Rodrigues

Ana Claudia Gastal Fassa

Ana Lucia de Moura Pontes

Ana Lúcia Gusmão Brindeiro

Ana Paula dos Reis

Ana Wladia Silva de Lima

André Calixtre

André Lázaro

Andrêa Ferreira

Antonio Tadeu Ribeiro de Oliveira

Arthur Amorim

Bernadete Perez

Bruno Cesar Dias

Bruno Moretti

Camilla Franco

Carlos Eduardo Lula

Carlos Gadelha

COMISSÃO EDITORIAL

Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Gulnar de Azevedo e Silva Mendonça

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Naomar de Almeida Filho

Reinaldo Felipe Nery Guimarães

Carlos Machado de Freitas
Carlos Ocké Reis
Carmen Teixeira
Célia Loch
Christovam Barcellos
Claudia Chamas
Cláudia de Souza Lopes
Claudio Maierovitch P. Henriques
Cristina Possas
Daniella Guimarães de Araújo
Deisy de Freitas Lima Ventura
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Diana Anunciação Santos
Diosmar M. de Santana Filho
Dirceu Greco
Ediná Costa
Edna Maria de Araújo
Eduardo Fagnani
Eduardo Hage
Eleonora Menicucci
Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine
Elisabetta Recine
Emanuelle F. Goes
Enny S. Paixão
Erika Aragão
Estela Aquino
Fausto Pereira dos Santos
Fernando Pigatto
Flavia B. Pilecco
Francine de Souza Dias
Francisco Funcia
Gabriela Lotta
Geovana Lunardi
Geraldo Lucchese
Giselle Bianca Toffoli
Givania Maria da Silva
Guilherme Franco Netto
Helvécio Miranda Magalhães Jr.
Hilton Pereira da Silva

Iara Veloso Oliveira Figueiredo
João Baptista Risi Jr.
José Agenor Alvares da Silva
José Antonio de Moura
José Augusto de Sousa Rodrigues
José Carvalho de Noronha
Jucimere Silveira
Leonardo Vidal Mattos
Ligia Bahia
Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr
Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo
Lucélia Luiz Pereira
Luciana Narciso
Luis Antonio Dias Quitério
Luis Eugenio de Souza
Luísa da Matta Machado Fernandes
Luiz Villarinho Pereira Mendes
Luna Arouca e Equipe Redes da Maré
Manoel Barral
Marcelo Rasga Moreira
Marco Akerman
Margareth Portella
Maria Cecília Martins Brito
Maria Fernanda Lima-Costa
Maria Fernanda Rios Grassi
Maria Glória Teixeira
Maria Helena Machado
Maria Luiza Rizzotti
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Yury Travassos Ichihara
Marina Magalhães
Mário Scheffer
Martinho Braga Batista e Silva
Maurício Lima Barreto
Milton Cosme Ribeiro
Mirian Fábia
Mônica Silva Monteiro de Castro
Nabil Bonduki
Naiá Ortelan

Naomar Almeida Filho
Nelson Rodrigues dos Santos
Nereu Mansano
Nilson do Rosário Costa
Nísia Trindade Lima
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Paulo Buss
Paulo de Martino Jannuzzi
Paulo Ernani Gadelha Vieira
Paulo Rogério Adamatti Mansan
Pedro Hallal
Pedro José Santos Carneiro Cruz
Rafael Felipe da Silva Souza
Rafaela Pacheco
Reinaldo Guimarães
Ricardo Palacios
Rita Gomes
Rivaldo Venâncio Cunha
Rodrigo Moretti
Rodrigo Murtinho
Rodrigo Oliveira
Rômulo Paes de Sousa
Rosana Aquino
Rosana Onoko-Campos
Rosana Salles-Costa
Rossano Cabral Lima
Sandra Valongueiro
Sinval Pinto Brandão Filho
Sonia Acioli
Sonia Fleury
Tadeu Ribeiro
Tatiana Engel Gerhardt
Tereza Campello
Unaí Tupinambás
Vera Lúcia Edais Pepe
Vinicius de Araújo Oliveira
Wanessa Debôrtoli Miranda

GRUPOS TEMÁTICOS DA ABRASCO

Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva
Bioética
Comunicação e Saúde
Deficiência e Acessibilidade
Envelhecimento e Saúde Coletiva
Gênero e Saúde
Informação em Saúde e População
Promoção da Saúde
Racismo e Saúde
Saúde da População LGBTI+
Saúde do Trabalhador
Saúde e Ambiente
Saúde Indígena
Violência e Saúde
Vigilância Sanitária



O Dossiê sobre a COVID-19 nos chega em um momento decisivo para debatermos os legados e as perspectivas da pandemia. Ao mobilizar seus associados, que atuam nas várias disciplinas da Saúde Coletiva, a Abrasco nos apresenta uma análise técnica e política que é, ao mesmo tempo, profunda e abrangente. Uma reflexão fundamental para aprendermos com o passado e nos prepararmos melhor para as emergências sanitárias do futuro.



Nísia Trindade Lima

Presidente da Fiocruz



O Dossiê Abrasco sobre a pandemia de COVID-19 é uma contribuição muito importante para o debate global sobre o enfrentamento da emergência sanitária. A análise da experiência do Brasil é muito rica em lições, pois joga luz sobre a contraposição entre o estímulo à propagação da doença pela autoridade máxima da República e a resistência da sociedade civil a esses desmandos. Esse aprendizado interessa a todos os países, pois o mundo segue ameaçado por novas emergências catastróficas, haja vista a persistência de um modo de produção gerador de iniquidades sociais e devastação ambiental.



Luís Eugênio Souza

Presidente da *World Federation of Public Health Associations*

Apresentação

Foi com grande preocupação que a diretoria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) acompanhou o desenrolar da pneumonia de origem indeterminada que começava a ser noticiada, em 2019, na China e que, em seguida, atingiu a Itália, vindo a receber o nome de COVID-19¹. Em fevereiro de 2020, com a chegada do primeiro caso ao Brasil, nossa preocupação aumentou, entendendo o enorme desafio que tínhamos pela frente enquanto entidade da área da saúde coletiva.

A Abrasco atuou científica e politicamente para diminuir os danos que o vírus e o governo vigente poderiam causar à população brasileira. Tomou como tarefa atuar rapidamente, realizando um diálogo qualificado com o campo da saúde coletiva, trazendo para o debate os temas diretamente relacionados à pandemia de COVID-19.

Realizado entre abril de 2020 até outubro de 2022, a iniciativa Ágora-Abrasco apresentou 132 painéis, colóquios e seminários, sendo 93 edições só em 2020. Participaram das atividades virtuais sanitaristas, pesquisadores, políticos, gestores e membros de movimentos sociais, do Brasil e de outros países. Uma grande rede de difusão de ideias, que ultrapassou as fronteiras da saúde coletiva, constituiu-se a partir de atividades planejadas que ocorreram semanalmente, mobilizando grande audiência. Com as nossas Ágoras, mantivemos-nos conectados e produzimos novas conexões por todo o tempo de pandemia.

A emergência agravou a crise política do país, instalada desde o impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016, e maximizada com o Governo Federal empossado em 2019, exigindo de nós uma resposta política firme. No início da COVID-19, as ações erráticas das autoridades políticas e sanitárias na esfera federal contribuíram de sobremaneira para a acelerada perda de vidas que ocorreu em todo o Brasil. A Abrasco contribuiu para expor à sociedade civil a gravidade do momento e o difícil cenário que se podia antever. Iniciamos uma articulação entre as entidades da saúde coletiva – que foram decisivas no movimento da reforma sanitária dos anos 1970 e 1980 –, o Conselho Nacional de Saúde, várias entidades científicas e organizações sociais, resultando na criação da Frente pela Vida. Essa iniciativa foi organizada em torno dos eixos de luta em defesa da vida, do meio ambiente, do SUS, dos direitos sociais e da democracia. Esta iniciativa

¹ A primeira parte do nome COVID-19 é composto pela junção das primeiras letras das palavras em inglês **corona virus disease**, que é o nome por extenso da doença provocada pelo vírus SAR-CoV-2. Já o número 19 refere-se ao ano 2019, quando os primeiros casos desta doença foram identificados.

transdisciplinar atuou firmemente, tanto na exigência de uma resposta para o enfrentamento da pandemia, como na proposição de alternativas para superação da crise.

Este Dossiê consolida o trabalho que desenvolvemos no curso da pandemia. Um período difícil e adverso que nos instigou a refletir e produzir propostas e estratégias, ampliando a atuação da Abrasco. Os textos aqui apresentados foram atentamente construídos com a colaboração de vários colegas, representando o conhecimento acumulado referente às propostas desenvolvidas pela saúde coletiva do país e áreas correlatas para se enfrentar a emergência provocada pela COVID-19 e seus efeitos na sociedade, sem descuidar de apresentar críticas à gestão do Governo Federal em sua desastrosa condução da pandemia.

Nossa análise parte do contexto de intensas desigualdades e iniquidades sociais, no qual o país já se encontrava no período pré-pandemia. Com base nessa realidade, abordamos a crise política, o baixo desenvolvimento econômico e o ataque às políticas públicas exitosas e ao meio ambiente. Mostramos como o SUS se encontrava quando o vírus SARS-CoV-2 se instalou no país. Em seguida, apresentamos nosso entendimento de como tem sido a pandemia no Brasil e sua complexidade, ressaltando os aspectos essenciais para a compreensão de todo o processo e suas consequências. Para finalizar, apresentamos o que a pandemia nos tem ensinado e os desafios que teremos pela frente.

Agradecemos a todas e todos os colegas das diretorias da Abrasco, nos 2 mandatos de luta contra a pandemia, aos respectivos participantes dos conselhos, à secretaria executiva da Abrasco e aos 131 colaboradores e participantes dos Grupos Temáticos da Abrasco que se somaram a nós nesta construção.

Não temos a pretensão de esgotar aqui todas as questões que este duro período vem trazendo para nós sanitaristas e para todos que compartilham conosco este tempo. Com a publicação deste Dossiê, nosso objetivo é apresentar o nosso registro sobre os fatos marcantes deste período histórico singular e o esforço da Abrasco em contribuir com a mobilização social para o enfrentamento desta crise gigantesca. Juntos, seguimos Resistindo e Avançando.

Rosana Onocko-Campos e Gulnar Mendonça



Resumo Executivo

Este Dossiê trata da pandemia de COVID-19, que se iniciou no final de 2019 e ainda estava em curso quando encerramos a produção deste documento, em novembro de 2022. O objetivo deste material é registrar a percepção da Abrasco sobre o desenvolvimento da doença no Brasil. Pandemias são basicamente epidemias em larga escala, que escapam do controle dos órgãos e sistemas de proteção da saúde pública de seu local de origem e cruzam fronteiras nacionais, atingindo inúmeros países e vários continentes.

O cenário macroeconômico global prévio à pandemia de COVID-19 já se mostrava desfavorável, em função das baixas taxas de crescimento e restrições fiscais derivadas de políticas de ajuste estrutural. Nas últimas décadas, políticas de austeridade e estrangulamentos econômicos diversos reduziram a capacidade dos governos nacionais em responder às demandas econômica, política e social.

Os sistemas de saúde apresentavam grandes déficits para o enfrentamento de uma emergência sanitária em proporções catastróficas. Uma análise da Organização Mundial de Saúde (OMS), referente ao período imediatamente anterior à pandemia, registrou que os países apresentavam como principais fragilidades: insuficiência das ações de vigilância, monitoramento e gerenciamento de risco; ausência ou inadequação da comunicação de risco; inexistência de uma rede global de vigilância genômica; deficiências dos sistemas nacionais de saúde em relação à assistência aos infectados e aos enfermos, incluindo a proteção dos trabalhadores de saúde; incapacidade de assegurar a provisão adequada de medicamentos, equipamentos e insumos, destacando-se o acesso equitativo a vacinas.

Nos 100 anos que antecederam o contato do agente causador da COVID-19, o vírus SAR-CoV-2, com a espécie humana, em Wuhan, na China, várias pandemias ou epidemias abalaram o planeta. Contudo, o contexto em que a pandemia de COVID-19 se realiza ultrapassa em muito a relevância e o impacto dos grandes eventos sanitários que a precedem.

Este Dossiê trata da pandemia de COVID-19, que se iniciou no final de 2019 e ainda estava em curso quando encerramos a produção deste documento, em novembro de 2022. O objetivo deste material é registrar a percepção da Abrasco sobre o desenvolvimento da doença no Brasil. Pandemias são basicamente epidemias em larga escala, que escapam do controle dos órgãos e sistemas de proteção da saúde pública de seu local de origem e cruzam fronteiras nacionais, atingindo inúmeros países e vários continentes.

O cenário macroeconômico global prévio à pandemia de COVID-19 já se mostrava desfavorável, em função das baixas taxas de crescimento e restrições fiscais derivadas de políticas de ajuste estrutural. Nas últimas décadas, políticas de austeridade e constrangimentos econômicos diversos reduziram a capacidade dos governos nacionais em responder às demandas econômica, política e social.

Os sistemas de saúde apresentavam grandes déficits para o enfrentamento de uma emergência sanitária em proporções catastróficas. Uma análise da Organização Mundial de Saúde (OMS), referente ao período imediatamente anterior à pandemia, registrou que os países apresentavam como principais fragilidades: insuficiência das ações de vigilância, monitoramento e gerenciamento de risco; ausência ou inadequação da comunicação de risco; inexistência de uma rede global de vigilância genômica; deficiências dos sistemas nacionais de saúde em relação à assistência aos infectados e aos enfermos, incluindo a proteção dos trabalhadores de saúde; incapacidade de assegurar a provisão adequada de medicamentos, equipamentos e insumos, destacando-se o acesso equitativo a vacinas.

Nos 100 anos que antecederam o contato do agente causador da COVID-19, o vírus SAR-CoV-2, com a espécie humana, em Wuhan, na China, várias pandemias ou epidemias abalaram o planeta. Contudo, o contexto em que a pandemia de COVID-19 se realiza ultrapassa em muito a relevância e o impacto dos grandes eventos sanitários que a precedem.

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o novo coronavírus uma emergência de saúde pública internacional, o mais alto

nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005), que é adotado por todos os Estados-membro para orientar as ações frente a emergências sanitárias. No entanto, o comunicado não foi suficiente para desencadear ações vigorosas de preparação e resposta na maioria dos países. Já em 11 de março do mesmo ano, a OMS declarou que estava em curso uma pandemia, mas falhou ao demorar em admitir que a transmissão do novo coronavírus se dava por meio de micropartículas, expelidas por pessoas infectadas, que ficam suspensas no ar.

Em relação às respostas apresentadas pelos diversos países, obtiveram melhores resultados sanitários e sociais aqueles que apresentaram respostas abrangentes, incluindo adaptação dos serviços de saúde, preservação das funções e dos recursos dos sistemas de proteção social e redução das situações de vulnerabilidade social.

A pandemia chega ao Brasil quando a pobreza, a desigualdade e o desemprego estavam em recrudescimento, depois de consistente declínio entre os anos de 2003 e 2014. A extrema pobreza, que acometia cerca de 9 milhões de pessoas em 2014, já alcançara a marca de 14 milhões, em 2019. A inversão na tendência de renda dos mais pobres está diretamente vinculada ao empobrecimento no país. Se entre 2002 e 2015 a renda domiciliar entre os mais pobres apresentou um aumento real de mais de 84%, no período de 2015 a 2019, este indicador apresentou uma queda de 10%.

Entendido como motor fundamental tanto do financiamento do Estado de Bem-Estar Social quanto do aumento da renda e da redução das desigualdades, o mercado de trabalho brasileiro experimentou rápida deterioração após as violentas mudanças políticas e institucionais de 2016, dificultando a sua recuperação imediata.

O Brasil havia se tornado também um território universal de vulnerabilidades, com intensas e profundas fraturas socioambientais: queima intensiva de biomassa em todos os biomas; intensificação, expansão territorial e duração de secas; aumento na intensidade e frequência de chuvas torrenciais; poluição urbana; desastres tecnológicos de proporções jamais registradas, como o de Mariana e de Brumadinho; e o registro

de maior área de desmatamento e queimada da Amazônia nos últimos 10 anos.

O desmonte das políticas de proteção social no Brasil teve início a partir do impeachment da presidente Dilma Rousseff, o que representou o rompimento da complexa convivência de um Executivo comprometido com a eliminação da miséria e garantia dos direitos sociais com um Legislativo e Judiciário conservadores, representando os interesses de setores capitalistas em aliança com políticos fisiológicos. Esse novo bloco no poder viu a crise econômica como a oportunidade para eliminar direitos sociais e ambientais, atingindo, sobretudo, povos indígenas e os das florestas, população negra das favelas e das periferias, trabalhadores ou trabalhadoras pobres (formais e informais).

Em 2018, o processo de regressividade social dá um passo decisivo com a eleição para presidente de um candidato de extrema direita. O presidente eleito torna a violência uma política governamental, que vai da liberação da compra e uso de armamentos e fomento e articulação com milícias à difusão de valores patriarcais, calcados em machismo, xenofobia, supremacia branca, individualismo, competição, meritocracia e o retorno dos conflitos à esfera privada – empresarial ou familiar –, eliminando a regulação pública e estatal. Em nome de uma liberdade que favorece o mais forte, são exemplos: a desregulação do trabalho, a educação domiciliar, o direito dos pais de não vacinar as crianças.

O processo de implementação do SUS encontrava-se, já há alguns anos, em um impasse quanto à sua real capacidade em prover adequadamente bens e serviços de saúde, de forma integral e universal, em função do déficit de investimento e de qualidade de grande parte dos serviços prestados. Entretanto, alguns aspectos do SUS foram essenciais para o enfrentamento da pandemia e merecem ser listados: a implementação do princípio da universalidade em termos de acesso aos serviços e aos bens de saúde, a existência de um sistema estruturado em todo o país e o pertencimento do SUS a uma cultura de política pública no Brasil.

O Brasil foi um dos países mais severamente impactados pela emergência de COVID-19 – cuja rápida e deletéria evolução foi agravada pela ausência de uma coordenação nacional técnica e politicamente comprometida com a população geral – por encontrar a população em situação de extrema vulnerabilidade social, sob os efeitos da expressiva redução dos investimentos públicos em políticas sociais e no SUS. Esses fatores, associados às altas taxas de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade no país, contribuíram sindemicamente para promover a ampla disseminação do SARS-CoV-2. As populações vulnerabilizadas da periferia dos grandes centros e dos municípios de menor renda sofreram desproporcionalmente os impactos da COVID-19. A inépcia e a incúria do Governo Federal no combate à pandemia podem ter sido responsáveis pelo maior volume de mortes evitáveis da história republicana brasileira.

A grande tragédia vivida pelo Brasil fica ainda mais evidente quando comparada ao restante do mundo: se em março de 2022, o Brasil concentrava 2,7% da população mundial, o país respondia, nessa mesma data, por 10,7% das mortes por COVID-19 no mundo. Enquanto a média global da mortalidade acumulada por COVID-19 era de 770 para cada 1 milhão de pessoas, a aferição no Brasil indicava 3.070 mortes para cada 1 milhão, ou seja, 4 vezes mais que a medida global.

O Dossiê detalha as inúmeras falhas que contribuíram para esse resultado desastroso, como: (a) baixas testagem, isolamento de casos e quarentena de contatos; (b) uso de uma abordagem clínica, e não populacional, para enfrentar a pandemia; (c) desestímulo ao uso de máscaras; (d) promoção de tratamentos ineficazes; (e) atraso na compra de vacinas e desestímulo à vacinação; (f) falta de liderança do Ministério da Saúde na articulação dos entes federados e com subsistema complementar; e (g) falta de uma política de comunicação unificada.

No país, as desigualdades se fizeram sentir em suas diferentes regiões no que tange ao acesso a equipamentos de saúde de qualidade e à prevalência de condições crônicas não transmissíveis. As elevadas prevalências dessas últimas ao se combinarem com a COVID-19 stressaram sobremaneira

os serviços de saúde públicos e privados, provocando número ascendente de casos graves e óbitos, substancialmente superiores na região Norte do que nas regiões Sul e Sudeste (tanto em termos de taxas de incidência quanto de mortalidade). Dentro de uma mesma região, inúmeros fatores contribuíram para os distintos quadros epidemiológicos, quais sejam: estrutura etária; capacidade de aquisição de equipamentos e de testagem; disponibilidade de leitos hospitalares e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); vacinas e capacidade de vacinação; proporção de população pobre; e determinação dos governantes de adotarem as medidas sanitárias adequadas, em especial as não farmacológicas.

Na perspectiva dos serviços de saúde, a resposta nacional à pandemia, predominantemente centrada no enfoque biomédico e hospitalocêntrico, gerou consequências dramáticas para a organização do sistema de saúde. No início da crise sanitária, não havia Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os trabalhadores que atuavam nos centros de saúde e nas unidades de saúde da família, que, por sua vez, também careciam de testes de detecção e de oxímetros. A maior parcela dos recursos assistenciais foi alocada em unidades hospitalares. Nesse primeiromomento, a rede de atenção primária não foi devidamente mobilizada. O potencial da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da pandemia foi, assim, subutilizado em favor de maior direcionamento e investimento a UTIs, leitos hospitalares e hospitais de campanha. Tal escolha privou o país de utilizar uma infraestrutura logística altamente capilarizada, que teria imenso potencial de apoiar ações de vigilância como testagem, rastreamento de contatos e isolamento de infectados.

As já existentes desigualdades em saúde, plasmadas nas intersecções entre distintos sistemas de opressão e discriminação, aprofundaram-se durante a evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil. Da mesma maneira, as prévias desigualdades contribuíram para o aumento do risco de infecção pelo SARS-CoV-2, adoecimento, hospitalizações e mortes pela doença. Quanto à distribuição da doença de acordo com atributos da população, observou-se que o Brasil seguiu o padrão encontrado em outros países, isto é, a COVID-19 atingiu

de modo muito desigual a população brasileira quanto ao seu pertencimento regional e territorial, apresentando um recorte de classe, raça/etnia e gênero. A evolução da doença vai repetir o mesmo trajeto de entrelaçamento de estruturas de opressão social que se inscreveram na história do país, abatendo-se, desproporcionalmente, sobre mulheres, populações pobres, negras indígenas, quilombolas e demais comunidades tradicionais e aqueles em situação de rua ou encarcerados.

Por fim, em contraponto a todos esses fracassos refletidos pela ausência de medidas adequadas de prevenção e tratamento empregadas no combate à pandemia, o Dossiê detalha, em sua segunda parte, as iniciativas mais decisivas para o enfrentamento direto contra o novo coronavírus e as principais responsáveis pela mudança da trajetória da pandemia no Brasil: a produção de vacinas realizada pela Fiocruz e pelo Butantan. Enquanto o Butantan optou por uma estratégia de aquisição imediata de uma solução que permitisse a provisão mais rápida da vacina, tendo o mérito de ter sido a primeira vacina administrada no país, a Fiocruz buscou uma solução sustentável que permitisse a apropriação tecnológica e consequente independência na produção do biofármaco, que, pela sua importância, viria a ser objeto de uma desigual disputa global. A soma das duas estratégias (Butantan e Fiocruz) permitiu um acesso mais rápido ao imunizante contra a COVID-19, seguido por uma produção sustentada de doses durante a pandemia.

Municípios e comunidades também constituíram alternativas bem-sucedidas de enfrentamento da pandemia. O Dossiê apresenta as experiências do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Consórcio Nordeste, dos municípios de Niterói (RJ) e Afogados da Ingazeira (PE), que representam contextos sanitários e arranjos institucionais muito diferentes, mas que mobilizaram seus recursos com níveis diferenciados de sucesso na proteção de populações diversas contra a doença. Muitas experiências positivas desenvolvidas pela sociedade civil emergiram como alternativa à omissão do Estado em realizar de forma adequada o controle da doença. Neste Dossiê, destacamos as ações da Frente pela Vida, da Redes da Maré (do município do Rio de Janeiro), do Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras

Rurais Sem Terra (MST), da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) e da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ).

A pandemia de COVID-19 é o principal acontecimento histórico neste primeiro quarto do século XXI. Um evento sanitário que, pela rapidez de sua evolução, extensão e intensidade e pela magnitude das respostas em termos de política pública, produziu um choque planetário com colossais impactos sobre as dinâmicas sociais, econômicas e políticas. A superação da crise atual e o preparo para prováveis emergências sanitárias futuras requerem o fortalecimento de pesquisas interdisciplinares que sejam especialmente atentas às interrelações de sistemas naturais e sociais – dicotomia que a pandemia denunciou cabalmente. Pela sua diversidade e riqueza, o campo da saúde coletiva pode, e deve, exercer um papel de destaque na definição de uma agenda científica e na proposta de políticas públicas embasadas nos conhecimentos adquiridos por esse esforço interdisciplinar. Tal esforço, aliás, deve valorizar a diversidade de conhecimentos teóricos e tradições disciplinares, mas, ao mesmo tempo, desafiá-los a um empreendimento mais amplo: urge implementar uma agenda científica coerente com as grandes questões do presente, antecipando-se aos desafios futuros a despeito de seu elevado grau de incertezas.

O combate à COVID 19 requer o aprofundamento da democracia e de relações virtuosas entre direitos individuais e coletivos, esses últimos de reconhecimento tardio, mas de importância crucial para o futuro da humanidade. De fato, só será possível construir projetos orientados por mais equidade, justiça e cidadania ao fortalecer a dimensão política das relações sociais. São esses valores que devem orientar o esforço interdisciplinar e as consequentes respostas a serem dadas frente à crise sanitária, econômica, social e humanitária que abalou o mundo neste início de século XXI.

Recomendações para o país

- 1 Renovar o contrato social entre governo e sociedade, de modo a reconstruir a confiança e abraçar uma visão abrangente dos direitos humanos;
- 2 Subscrever e obedecer às normas internacionais, buscando a adoção crítica das recomendações sanitárias e de desenvolvimento sustentável dos organismos multilaterais ao qual está afiliado;
- 3 Retornar à diplomacia da saúde, à cooperação Sul-Sul, à Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos (CELAC), dinamizar a cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e restaurar a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL);
- 4 Promover ações de cooperação multilateral para enfrentar fenômenos transfronteiriços, inclusive iniciativas globais e inclusivas de imunização;
- 5 Constituir uma instância adequada na estrutura do Ministério de Relações Exteriores para tratar da saúde;
- 6 Recuperar o protagonismo do Brasil junto às instâncias e agências das Nações Unidas e a organismos regionais, com especial atenção para Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), Conselho de Direitos Humanos da ONU, OMS e, na região, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e CEPAL;
- 7 Intensificar, por meio da Abrasco, as relações com a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública, e outras organizações internacionais da sociedade civil;
- 8 Promover um plano global para enfrentar a tríplice crise planetária de alteração climática, perda de biodiversidade e poluição;
- 9 Combater a infodemia global, produzindo consensos apoiados em fatos e no conhecimento científico;
- 10 Reconhecer e rejeitar a desigualdade estrutural da sociedade brasileira, com ampla mobilização social e política em seu combate;
- 11 Fortalecer as redes de solidariedade e suporte comunitários;
- 12 Combater racismo, machismo, idadeísmo, capacitismo, sexismo e outras formas de discriminação injustas, convertendo esse princípio em políticas públicas;
- 13 Fortalecer o SUS como sistema público universal, garantindo um financiamento adequado e sustentável;
- 14 Restabelecer o pacto federativo do SUS, assentado no federalismo cooperativo entre União, estados e municípios;
- 15 Aumentar a resiliência SUS para que seja capaz de enfrentar emergências sanitárias sem prejudicar suas demais funções;

Recomendações para o país

- 16 Organizar o SUS, por meio da implantação das redes de atenção à saúde, para atender os eventos agudos decorrentes de doenças infecciosas e desenvolver estratégias de retomada de serviços relativos às condições crônicas descontinuadas, à COVID longa e aos procedimentos eletivos;
- 17 Fortalecer e equipar a rede de Laboratórios de Saúde Pública e implantar laboratório de referência nacional, com condições máximas de biossegurança (nível 4) para fortalecer o sistema nacional de vigilância e para atender a emergência de novos patógenos de potencial pandêmico;
- 18 Desenvolver e implantar estratégias de expansão da saúde digital, garantindo conectividade e capacitando os profissionais de saúde para atividades remotas;
- 19 Desenvolver e implantar estratégias de apoio à força de trabalho do SUS, visando recuperar a saúde dos profissionais e criar uma cultura inclusiva e de compaixão nos ambientes de trabalho;
- 20 Instituir a APS integral como ordenadora do cuidado na trajetória do paciente/ usuário, com um adequado Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para que o sistema seja resolutivo;
- 21 Desenvolver e implantar estratégias de fortalecimento do complexo industrial da saúde, com foco em insumos críticos;
- 22 Fortalecer mecanismos de incentivo à construção de capacidade produtiva, científica e tecnológica em saúde, de modo a ampliar a autonomia do SUS para enfrentamento das crises sanitárias;
- 23 Revogar o teto de gastos e adotar um arcabouço compatível com o financiamento adequado de serviços públicos;
- 24 Prover financiamento sustentável para as políticas sociais;
- 25 Operacionalizar uma abordagem interseccional (classe, gênero, raça/etnia) na execução de políticas de combate à pobreza, transcendendo os modelos unidimensionais de enfrentamento de iniquidades;
- 26 Universalizar e integrar políticas de saúde, de previdência e de assistência social com foco na redução de assimetrias de cobertura e no acesso e na qualidade dos serviços;
- 27 Reconstruir e fortalecer as bases dos programas de transferência de renda.



Introdução

O Dossiê Abrasco sobre a Pandemia de COVID-19 no Brasil é um registro técnico e político, realizado pelos seus associados, sobre o maior flagelo sanitário vivido no mundo contemporâneo. Ele se soma a outras iniciativas realizadas por instituições distintas, como a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19 do Senado Federal, e por indivíduos sobre os diversos âmbitos da vida humana que foram afetados em mais de 3 anos de pandemia.

O registro da Abrasco é particularmente importante, porque as pandemias fazem parte do objeto de trabalho dos seus associados. Dessa forma, a entidade, além de agir institucionalmente procurando contribuir de forma qualificada para o enfrentamento da pandemia, teve seus membros plenamente envolvidos na produção de conhecimento e em todas as frentes relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de riscos e da doença e à atenção e reabilitação dos efeitos da COVID-19. Seus associados fazem parte das categorias de profissionais profundamente envolvidas em compreender e prover soluções para o combate à doença.

Trata-se de um texto institucional sob responsabilidade da Abrasco. Autoras e autores são registrados em página específica como colaboradoras e colaboradores. O grupo editorial procurou evitar as sobreposições e redundâncias entre os textos e reduzir o tom epistolar de alguns textos em favor de um relato mais institucional. Também, buscou-se homogeneidade nos conceitos utilizados. Mesmo assim, as diferentes vozes que teceram este relato poderão ser percebidas ao longo destas páginas, marcadas eventualmente por diferenças quanto ao ritmo, escolhas vocabulares e lógica argumentativa. Entretanto, tratam-se de vozes convergentes na busca da precisão técnica e no rigor crítico para trazer aos leitores uma análise qualificada sobre a pandemia vivenciada no Brasil. Esta escolha editorial não enfraquece o sentido institucional do texto, mas destaca a riqueza das narrativas sustentadas por colaboradores que conhecem com profundidade os temas abordados.

Pela diversidade e detalhamento contido, o Dossiê pode ser lido como obra consultiva ou em toda a sua extensão. Os que optarem pela segunda forma de leitura encontrarão um texto cuidadoso, pontuado por boxes que destacam experiências bem-sucedidas de enfrentamento da pandemia empreendidas por governos subnacionais e pela sociedade civil.

O registro do período coberto neste relatório compreende duas gestões distintas na direção da entidade. Uma presidida por Gulnar Azevedo e Silva, até julho de 2021, e outra por Rosana Onocko Campos, a partir de agosto de 2021.

O Dossiê está dividido em três partes, que se referem ao período observado da pandemia. A primeira parte, “Emergência da COVID-19 em um país desigual e injusto”, compreende o período que antecede imediatamente à pandemia. Nela, procuramos descrever o contexto em que se encontrava o planeta, mas principalmente o Brasil, avaliando as dimensões política, econômica, social e ambiental, com o intuito de aferir as condições que o país dispunha para enfrentar uma emergência sanitária. Esta parte abarca as condições sanitárias, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a ferramenta fundamental da qual a sociedade brasileira depende para enfrentar uma crise sanitária do porte da COVID-19, que, por sua vez, desencadeou ou contribuiu para desencadear crises políticas, sociais e econômicas.

A segunda parte, “Gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade: atores, contextos, resultados”, concentra-se no período da pandemia propriamente dita, sobretudo em seus dois primeiros anos. Nela, descrevemos e analisamos o período desde a identificação e dimensionamento de sua gravidade como fenômeno sanitário até a sua absorção pelo sistema de saúde. São abordadas suas múltiplas dimensões, provocadas pela justaposição de condições adversas, que é caracterizada neste Dossiê como “sindemia”. Essa reflexão crítica busca conectar as deficiências identificadas na primeira parte com as dificuldades e os equívocos cometidos no curso do enfrentamento da pandemia. Na observação do período, não limitamos nossa atenção aos entes governamentais em seus vários níveis; o pujante movimento

social que irrompe em função da tradição já acumulada e em reação às deficiências das ações estatais também foi considerado.

Na terceira parte, “Lições da pandemia e desafios pós-pandemia”, buscamos indicar as principais lições e os legados da experiência com a COVID-19 e elencar um conjunto amplo de políticas necessárias para preparar o país para futuras epidemias e pandemias.

O texto foi preparado por especialistas em pesquisa, gestão e outras atividades que compreendem o campo de atuação da saúde coletiva. Contudo, trata-se de uma publicação que se destina a todos os interessados no tema. Por isso, buscamos uma linguagem que fosse precisa, porém de fácil compreensão para os que não militam nas profissões vinculadas à saúde coletiva. Dessa forma, esperamos que esta publicação contribua para o rigoroso balanço que esta nação, nos seus vários âmbitos, precisará fazer para dar conta dos equívocos e acertos realizados no curso de uma pandemia.

Parte

1

A emergência da COVID-19 em um país desigual e injusto



Vista da comunidade de Paraisópolis, zona sul de São Paulo-SP. Ao fundo, prédios de alto luxo dos bairros de classe alta, também na zona sul. Crédito: Rovena Rosa/Agência Brasil.

A pandemia de COVID-19 SARS-CoV-2 em um mundo precário, integrado e veloz

A pandemia de COVID-19 é o principal acontecimento histórico neste primeiro quarto do século XXI. Um evento sanitário que, pela rapidez de sua evolução, extensão e intensidade e pela magnitude das respostas em termos de política pública, produziu um choque planetário com colossais impactos sobre as dinâmicas sociais, econômicas e políticas. Um complexo fenômeno, ainda em curso, que projetará seus efeitos por muitos anos.

Nos 100 anos que antecederam o contato do agente causador da COVID-19, o vírus SARS-CoV-2, com a espécie humana, em Wuhan, na China, várias pandemias e epidemias abalaram o planeta. A gripe espanhola (1918-1920), a gripe aviária – H2N2 (1956-1958), a gripe de Hong Kong – H3N2 (1968-1969), HIV/AIDS (1981-até o presente), a gripe causada pelo SARS-CoV ocorrida na China (2002-2004), a gripe A – H1N1 (2009-2010) e o Ebola (2013-2016) foram eventos sanitários que demandaram intervenções para além do campo da saúde, impactando em maior ou menor grau o meio ambiente, a economia e os comportamentos sociais.

A pandemia que eclodiu no final de 2019 não foi de fato uma surpresa. Em 1992, o Comitê sobre Ameaças Microbianas Emergentes à Saúde, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, concluía, em seu relatório¹, que “*o próximo agente infeccioso a emergir como uma ameaça à saúde (...) pode ser um patógeno que não tenha sido previamente reconhecido*”. Como principais fatores relacionados à emergência dessa ameaça, o Comitê identificava: (a) demografia e comportamento humano, (b) tecnologia e indústria, (c) desenvolvimento econômico e uso da terra, (d) viagens e comércio internacional, (e) adaptação e mudança microbiana e (f) colapso das medidas de saúde pública.

No início deste século, a pandemia causada pelo primeiro coronavírus, SARS-CoV, o surgimento e a disseminação de cepas de vírus influenza, que poderiam quebrar a barreira de transmissão animal-homem (em especial, o H5N1), e a pandemia provocada pelo vírus influenza H1N1 alertavam o mundo sobre a necessidade de uma melhor preparação global para a emergência de pandemias.

Em abril de 2015, a Organização das Nações Unidas advertia quanto à possibilidade de ocorrência de novas pandemias. O *High-Level Panel on the Global Response*

1 INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON EMERGING MICROBIAL THREATS TO HEALTH. **Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States**. Washington (DC): National Academies Press (US), 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234855/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

to *Health Crises*², reunido para extrair lições da epidemia de Ebola, recomendou a realização de uma cúpula mundial sobre crise global em saúde pública, em 2018, com a participação das mais altas autoridades dos Estados-membros, para preparar o sistema multilateral e cada país para futuras ameaças à segurança humana representadas por novas epidemias.

Apesar dos alertas, o aparecimento de um novo coronavírus em Wuhan encontrou despreparados os países e todo o sistema de governança global em saúde. No dia 30 de dezembro de 2019, a Comissão Municipal de Saúde de Wuhan fez a sua primeira comunicação sobre casos de pneumonia de origem indeterminada aos hospitais da região. Na ocasião, 27 casos de pneumonia começavam a gerar inquietações nas autoridades locais. Estas informações rapidamente saíram do controle das autoridades, chegando às plataformas digitais. Em poucas horas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) buscava obter informações sobre os casos. Vários países e regiões, iniciando por Taiwan e Hong Kong, começavam a preparar suas intervenções³. Não obstante, no dia 30 de dezembro de 2021, no curso de dois anos ininterruptos, a doença produziria em todo o planeta 286,51 milhões de casos registrados, com quase 5,46 milhões de óbitos a ela atribuídos⁴.

O contexto em que a pandemia de COVID-19 se realiza ultrapassa em muito a relevância e impacto dos grandes eventos sanitários que a precedem. A velocidade e extensão em que o vírus se disseminou, sobretudo sua variante Ômicron, é produto tanto da infectividade do vírus quanto do alto grau de integração socioeconômica dos países. Em 2019, o comércio global de bens entre os países membros da Organização Mundial do Comércio movimentou US\$ 19 trilhões, dos quais 44% provinham de economias em desenvolvimento⁵.

A integração global é marcada pela circulação de pessoas no planeta. Em 2018, por exemplo, 4,3 bilhões de pessoas embarcaram em um dos 24.000 aviões comerciais de transporte de passageiros, pertencentes a uma das 1.300 companhias aéreas que operavam em alguns dos 3.500 aeroportos comerciais existentes no planeta; 1,4 bilhões de pessoas fizeram deslocamentos internacionais naquele ano, o

2 UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY (Unga). **Resolution A/70/723. Protecting humanity from future health crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises.** UNGA, 2016a. Disponível em: <<https://digitallibrary.un.org/record/822489>>. Acesso em: 26 out. 2022.

3 SINGH, Sudhvir; MCNAB, Christine; OLSON, Rose McKeon; áá. How an outbreak became a pandemic: a chronological analysis of crucial junctures and international obligations in the early months of the COVID-19 pandemic. **Lancet (London, England)**, v. 398, n. 10316, p. 2109–2124, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34762857/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

4 IHME | **COVID-19 Projections.** Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponível em: <<https://covid19.healthdata.org/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

5 WTO | **Trade Statistics - World Trade Statistical Review 2019.** Disponível em: <https://www.wto.org/english/res_e/statis_e/wts2019_e/wts19_toc_e.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

número total de voos realizados foi de 38 milhões, isto é, 72 voos por minuto⁶. Estima-se que 4 milhões de indivíduos tenham cruzado fronteiras entre países diariamente⁷ nesse período.



Movimento intenso no Aeroporto Internacional Tom Jobim/RioGaleão. Crédito: Tomaz Silva/Agência Brasil.

Outro componente da globalização contemporânea é o uso de dispositivos eletrônicos, onde as redes sociais são cada vez mais relevantes. Em janeiro de 2020, 5,19 bilhões de pessoas no mundo usavam celular (67% da população total), 4,54 bilhões (59% do total) acessavam a Internet e 3,8 bilhões (49% do total) eram usuários ativos das plataformas digitais⁸.

A riqueza gerada a partir de processos cada vez mais integrados de produção econômica se distribui de forma desigual entre países e no interior destes. Essa apropriação desigual implica vivências distintas de acordo com o poder, o acesso e a apropriação de bens e serviços por parte de indivíduos, grupos e classes sociais. A saúde repercute tais desigualdades que se expressam na diversidade dos padrões epidemiológicos e de consumo de bens e serviços de saúde.

6 **Airline industry worldwide - number of flights 2004-2022**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/564769/airline-industry-number-of-flights/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

7 **International tourist arrivals worldwide 1950-2021**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/209334/total-number-of-international-tourist-arrivals/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

8 **Digital 2020: Global Digital Overview — DataReportal — Global Digital Insights**. Disponível em: <<https://datareportal.com/reports/digital-2020-global-digital-overview/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

Nos dois primeiros anos da pandemia, o Brasil respondeu por aproximadamente 7,78% dos casos e 11,4% dos óbitos no planeta⁹. Tratam-se de resultados expressivos, já que em 2021 o país respondia por 2,73% da população global, com uma economia posicionada como o 13º maior PIB global. Em outras palavras: apresentando uma morbimortalidade excessiva, apesar de possuir recursos e capacidade instalada para um melhor manejo da doença.

Para o Brasil e suas populações mais vulneráveis, a pandemia é um evento múltiplo e onipresente em várias esferas da vida. Para as gerações contemporâneas a esta pandemia, o desafio é analisar essas crises sobrepostas, sem ser capturado por elas e sem perder a sua perspectiva histórica durante o esforço analítico.

O contexto global do enfrentamento da pandemia

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o novo coronavírus uma emergência de saúde pública internacional, o mais alto nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005), que é adotado por todos os Estados-membros para orientar as ações frente a emergências sanitárias. Contudo, não foi suficiente para desencadear ações vigorosas de preparação e resposta na maioria dos países. Em 11 de março do mesmo ano, a OMS declarou que estava em curso uma pandemia, situação não prevista no RSI-2005.

Balanços posteriores no âmbito da própria Organização sobre a efetividade do RSI-2005 no enfrentamento de pandemias não produziram conclusões consensuais quanto a sua contribuição nas falhas globais: (a) “o sistema de alerta não funciona com velocidade suficiente quando confrontado com um agente patogênico respiratório em movimento rápido”, e o caráter legalmente vinculante desse sistema teria restringido uma ação rápida de enfrentamento à doença¹⁰; (b) os países teriam aplicado apenas parcialmente o RSI-2005, e a “A OMS não utilizou todo o poder estabelecido nos termos e no espírito do RSI.”¹¹

9 **Our World in Data.** Dados compilados pela Universidade de Oxford. Disponível em: <<https://ourworldindata.org>>. Acesso em: 26 out. 2022.

10 **The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response.** The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. Disponível em: <<https://theindependentpanel.org/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

11 **Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response.** Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>>. Acesso em: 26 out. 2022.

O relatório do Comitê Independente de Supervisão e Assessoramento para o Programa de Emergências de Saúde da OMS¹², apresentado à Assembleia Mundial de Saúde de 2021, descreveu as principais fragilidades da resposta à pandemia:

- insuficiência das ações de vigilância, monitoramento e gerenciamento de risco, incluindo detecção precoce, rastreamento e isolamento de casos;
- ausência ou inadequação da comunicação de risco;
- inexistência de uma rede global de vigilância genômica;
- deficiências dos sistemas nacionais de saúde em relação à assistência aos infectados e aos enfermos, incluindo a proteção dos trabalhadores de saúde;
- incapacidade de assegurar a provisão adequada de medicamentos, equipamentos e insumos, destacando-se o acesso equitativo a vacinas.

A Abrasco observa que as fragilidades da resposta internacional à pandemia se referem ao sistema de governança global da saúde como um todo, e não especificamente à direção e aos quadros da OMS. Seus técnicos e dirigentes têm atuado intensa e corajosamente, provendo orientações técnicas oportunas e consistentes. Contudo, a OMS falhou ao demorar em admitir que a transmissão do novo coronavírus se dá por meio de micropartículas expelidas por pessoas infectadas que ficam suspensas no ar¹³.

No âmbito do sistema multilateral, o apoio que a OMS costuma prestar aos países – sobretudo, aos de baixa renda – tem sido comprometido pelo subfinanciamento e pela dependência de doações que, em regra, têm destinação definida pelo doador. Essa redução dos repasses financeiros à OMS por parte dos Estados-membros tem provocado a insuficiência de pessoal, seja nos órgãos centrais, seja nas representações nacionais do órgão multilateral. Acrescem-se a isso os questionamentos das orientações ou mesmo ataques à OMS por lideranças políticas de países influentes e o aumento de tensões geopolíticas, envolvendo os EUA, a China e a Rússia.

Vale ressaltar ainda que o baixo desempenho relativo aos temas da governança em saúde global pode também ser observado nas demais instâncias do sistema das Nações Unidas. Em 2020, no âmbito da Organização Mundial do Comércio, a proposta apresentada pela Índia e África do Sul de suspensão temporária dos

12 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A74/16. Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme. In: **Seventy-Fourth World Health Assembly**, 5 May 2021c. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-en.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

13 **The 60-Year-Old Scientific Screwup That Helped Covid Kill** | WIRED. Disponível em: <<https://www.wired.com/story/the-teeny-tiny-scientific-screwup-that-helped-covid-kill/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

direitos de patentes envolvidas em produtos industriais contra a COVID-19 foi inicialmente boicotada por vários países e empresas farmacêuticas. Apenas recentemente um acordo mínimo e precário foi desenhado, cuja aprovação ainda não foi realizada pelos seus países membros.

Em relação às respostas apresentadas pelos diversos países, obtiveram melhores resultados sanitários e sociais aqueles que apresentaram respostas abrangentes de adaptação dos serviços de saúde, preservação das funções e dos recursos dos sistemas de proteção social e redução das situações de vulnerabilidade social¹⁴.

Entre os países vinculados à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), foram identificadas duas grandes estratégias de enfrentamento à pandemia: a eliminação e a mitigação da doença. As mortes por COVID-19 por um milhão de habitantes nos países que optaram pela eliminação (China, Austrália, Islândia, Japão, Nova Zelândia e Coreia do Sul) foram cerca de 25 vezes inferiores em relação aos que preferiram a mitigação. Os primeiros também conseguiram resultados melhores quanto ao crescimento médio do PIB durante os primeiros 12 meses de vigência da pandemia. Em abril de 2021, os cinco países que optaram pela eliminação da doença apresentaram o crescimento do PIB nos níveis pré-pandêmicos, enquanto o crescimento era ainda negativo nos outros 32 países da OCDE que optaram pela mitigação¹⁵.

No final de 2020, o início da vacinação favoreceu a melhoria da situação epidemiológica nos países que alcançaram taxas de cobertura elevadas, sobretudo, no que concerne à redução dos números de casos graves e óbitos.

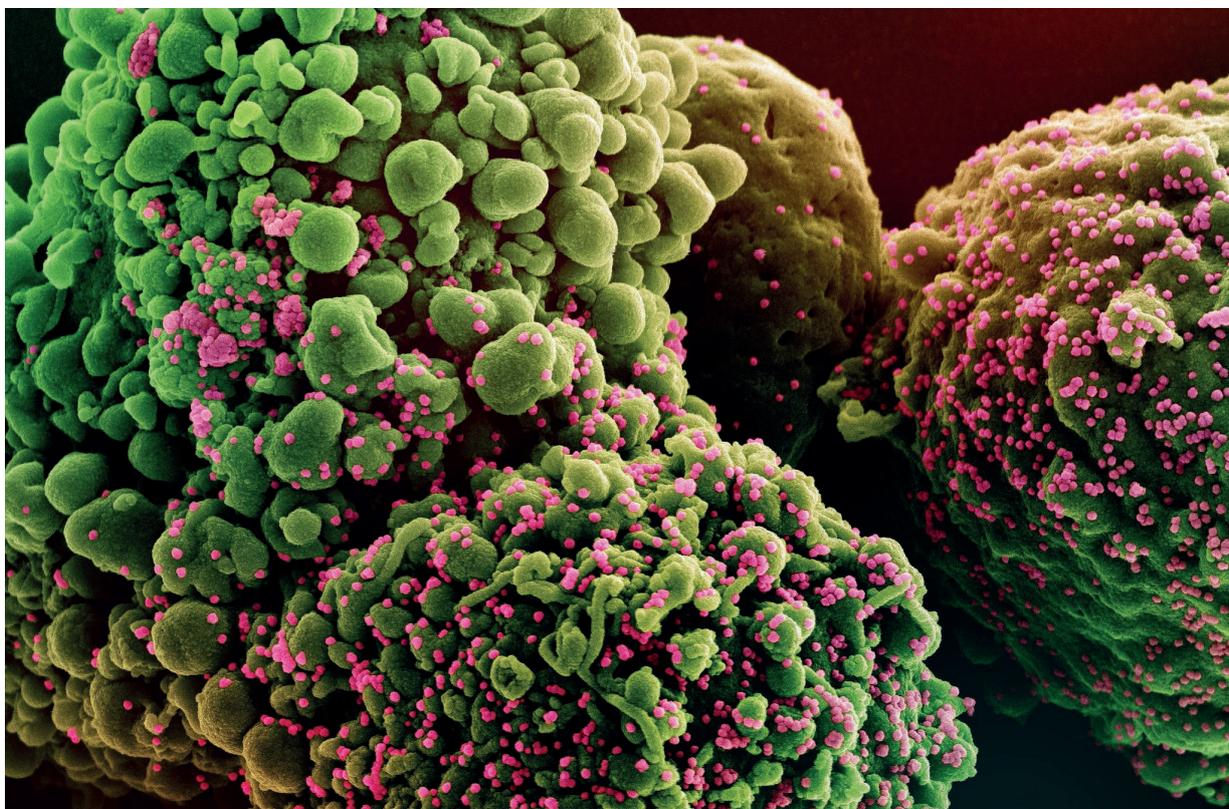
No entanto, a desigualdade de acesso a vacinas entre os países e no interior deles evidenciou os limites da governança global da saúde no enfrentamento de pandemias e na redução das iniquidades em saúde. Em 16 de fevereiro de 2022, enquanto 68% da população de países de alta renda já tinham recebido pelo menos uma dose da vacina, somente 12% da população dos países de baixa renda se encontravam na mesma condição¹⁶. Esta disparidade é motivada pela preservação do lucro de algumas empresas, com apoio de vários países, em detrimento da saúde de bilhões de pessoas em todo o mundo. A baixa cobertura vacinal em

14 HALDANE, Victoria; DE FOO, Chuan; ABDALLA, Salma M.; *et al.* Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 964–980, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>>. Acesso em: 26 out. 2022.

15 OLIU-BARTON, Miquel; PRADELSKI, Bary S R; AGHION, Philippe; *et al.* SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties. **The Lancet**, v. 397, n. 10291, p. 2234–2236, 2021. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900978-8>>. Acesso em: 26 out. 2022.

16 **Vaccine Access**. UNDP Data Futures Platform. Disponível em: <<https://data.undp.org/vaccine-equity/accessibility/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

vários países contribuiu para o surgimento de novas variantes, como a Delta e a Ômicron, as quais têm provocado novas ondas de casos, hospitalizações e mortes em países com coberturas elevadas.



Novo coronavírus SARS-CoV-2 (Omicron). Micrografia eletrônica de varredura colorida de uma célula infectada com a cepa Omicron de partículas do vírus SARS-CoV-2, isolada de uma amostra de paciente. Imagem capturada no NIAID Integrated Research Facility (IRF) em Fort Detrick, Maryland. Crédito: NIAID.

O mundo não estava preparado e tem enfrentado mal a pandemia de COVID-19, apesar dos esforços e da dedicação de milhões de profissionais de saúde em todos os países do mundo. As fragilidades da resposta à pandemia são diversas. Para superá-las, tendo em vista a prevenção de novas pandemias, é preciso fortalecer os sistemas de saúde em todos os seus componentes e por a saúde e o bem-estar social no centro de todas as políticas públicas, como base para um novo modelo de desenvolvimento sustentável e inclusivo.

A questão ambiental: viroses e perda da biodiversidade

Apesar dos significativos avanços sanitários, as doenças infecciosas permanecem como um grande desafio para a saúde humana e animal no planeta. Jones (2018) alerta para um aumento relevante das doenças infecciosas com impacto global. Ao observar 335 eventos classificados como doenças infecciosas emergentes entre 1940 a 2004, constatou que 60,3% foram de doenças zoonóticas e 71,8% oriundas da vida selvagem (como a síndrome respiratória aguda causada pelo vírus do

Ebola)¹⁷. Muitas destas doenças zoonóticas, popularmente conhecidas, produzem um fardo significativo em perdas de vidas e para as economias nacionais e global. O Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UNEP, na sigla em inglês para United Nations Environment Programme) estimou o impacto financeiro de algumas doenças infecciosas relevantes¹⁸:

Influenza aviária: surto de 2004 no Leste Asiático gerou uma perda econômica de aproximadamente US\$ 20 bilhões. O surto de 2015 nos Estados Unidos custou US\$ 3,3 bilhões, além de ter causado o abate de milhões de aves;

Tuberculose bovina: causou perdas próximas de US\$ 15 bilhões ao Reino Unido entre 1986 e 2009;

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS): o impacto econômico estimado globalmente é de US\$ 41,5 bilhões e mais de 800 mortes.

Parece consenso entre os cientistas que o aumento transnacional de surtos de doenças infecciosas, como as gripes aviária e suína, o Ebola e a própria COVID-19, está associado diretamente às mudanças do uso da terra e à agropecuária intensiva, em especial nos países com a base econômica eminentemente primária. O desmatamento pela agropecuária e pelo setor madeireiro se juntam a cadeia global de exploração, que, para além dos impactos econômicos mencionados, também vulnerabilizam ou mesmo eliminam comunidades tradicionais e populações indígenas.

Os centros urbanos, palcos por excelência do consumo cada vez mais intenso e desenfreado de produtos processados e ultraprocessados, que dependem dessa cadeia global de exploração ambiental, são também a origem e o destino de cepas como do vírus da Zika, da gripe aviária e suína. Este processo está ligado à perda da biodiversidade. A existência de galpões e fazendas de criação de animais em espaços compactos e com alta densidade¹⁹, além das condições degradantes de trabalho criam oportunidades para o surgimento de novos vírus com potencial pandêmico. Soma-se a isso uma vigilância epidemiológica animal frágil e o enfraquecimento das estruturas governamentais locais de monitoramento de agravos em saúde.

A difusão geográfica de diferentes vírus não é apenas um evento isolado, mas uma resposta às mudanças significativas na relação entre a sociedade e a

17 JONES, Kate E.; PATEL, Nikkita G.; LEVY, Marc A.; et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, v. 451, n. 7181, p. 990–993, 2008. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/nature06536>>. Acesso em: 26 out. 2022.

18 UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME. *UNEP Frontiers 2016 Report: Emerging Issues of Environmental Concern*. [s.l.]: UN, 2016. Disponível em: <<https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210599580>>. Acesso em: 26 out. 2022.

19 WALLACE, Rob. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência*. São Paulo: Editora Elefante, 2020. 480 p.

natureza. São muitos os desafios que articulam as dimensões ambiental, social e econômica: a capacidade destrutiva das atividades agropecuárias, de mineração e de combustíveis fósseis; o efeito concentrador de renda das finanças globais; as mudanças climáticas; as alterações do padrão epidemiológico; e a destruição da biodiversidade. Observa-se ainda a disputa de narrativas sobre os determinantes e as consequências desses grandes fenômenos globais.

Sindemia, complexidade e pandemia de COVID-19

Pandemias são basicamente epidemias em larga escala, megaepidemias que escapam ao controle dos órgãos e sistemas de proteção da saúde pública de seu local de origem e cruzam fronteiras nacionais, atingindo inúmeros países e vários continentes. Alguns autores chamam esses fenômenos de eventos críticos, outros preferem a designação de objetos complexos. Uma pandemia é um evento histórico singular, emergente, totalizado e complexo, como furacões, tsunamis, guerras, supernovas e outros fenômenos do mundo e da vida. Trata-se de um objeto de conhecimento específico e peculiar que implica um volume enorme de fenômenos e processos expressos por medidas, mediações, descrições, efeitos, correlações e narrativas.

Uma pandemia como a de COVID-19 pode ser modelada como um objeto complexo, com base em distintos planos de existência, interfaces hierárquicas e subespaços de ocorrência. No discurso social comum e na grande mídia, a pesquisa sobre doenças como a COVID-19 tem sido mais valorizada no campo biomolecular em contraste com as dimensões clínica, ambiental, sociocultural, econômica e política. Por outro lado, as conexões existentes entre os vírus, as pessoas, as sociedades, o meio ambiente e a cultura superam em muito o potencial explicativo que os estudos do genoma-proteoma e das estruturas bioquímicas e metabólicas podem nos fornecer. Assim, fatores geopolíticos, relações econômicas, vetores migratórios, laços sociais e práticas cotidianas são capazes de transformar um surto epidêmico em uma pandemia, enquanto ondas de informações falsas e decisões políticas erradas podem resultar em uma grande redução na capacidade de controlar a transmissão comunitária da nova coronavirose.

Richard Horton afirmou provocativamente que, mais do que uma pandemia, a COVID-19 configura-se como um evento sindêmico²⁰. A noção de “sindemia” foi proposta pelo antropólogo Merrill Singer, no final da década de 1990, buscando

20 HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)>. Acesso em: 26 out. 2022.

articular os conceitos de comorbidade e interação para uma melhor compreensão da pandemia de HIV/AIDS.

A proposta original da teoria sindêmica integra dois conceitos: sobreposição de doenças e interação de fatores. A sobreposição ou concentração de doenças refere-se à comorbidade ou a ocorrência simultânea de doenças e à sobreposição de epidemias em decorrência de macroprocessos econômicos e políticos. A sobreposição de doenças e epidemias exacerba os efeitos de sofrimento social sobre a saúde individual e coletiva, seja por meio de sinergias biológicas entre estados patológicos, seja por interações entre processos biológicos e sociais. Do ponto de vista sindêmico, os conceitos de comorbidade e multimorbidade são teoricamente mais importantes na clínica, mas também são relevantes para a pesquisa epidemiológica no campo da política e do planejamento em saúde. No nível populacional, a interação entre doenças tem sido descrita, de forma geral, em termos de morbidade paralela ou comorbidade.

No plano clínico e epidemiológico, o conceito de comorbidade ganhou notoriedade ao considerar hipóteses etiológicas comuns entre diferentes estados da doença, considerando a complexidade do cuidado de pacientes com mais de uma doença crônica. Os modelos existentes de coocorrência implicam multicausalidade, sem referência à interação de fatores, frequentemente omitindo as forças sociais que condicionam a exposição, que são analisadas como fatores de risco ou determinantes em modelos de causalidade. Enquanto a teoria sindêmica considera a interseccionalidade entre determinantes.

A teoria da sindemia conecta perspectivas individuais e populacionais entre a COVID-19 e desigualdades sociais e raciais preexistentes que podem agravar o sofrimento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Estudos indicam que a ocorrência da COVID-19 envolve dois tipos de interações: (a) interações biológicas entre comorbidades (diabetes, hipertensão e COVID-19) e (b) interações biosociais entre condições de vida prejudiciais e processos biológicos envolvidos na infecção pelo SARS-CoV-2. De fato, os mesmos sistemas fisiológicos que produzem sinergias entre hipertensão arterial, diabetes e COVID-19 também estão envolvidos em correlações que ligam desvantagem econômica às desigualdades raciais e sociais na hipertensão e diabetes. No nível ecossocial, as condições estruturais determinam maior morbidade e mortalidade por COVID-19 em comunidades que já sofrem com pobreza, desigualdade racial e exclusão social.

Apesar da relevância dessa proposta, a teoria da sindemia pode ser objeto de crítica, em cinco aspectos:

1. Não avança em direção à intertransdisciplinaridade, restringindo-se à multidisciplinaridade, tanto em termos do conceito ampliado de saúde quanto do objeto “doença”, que deveria ser tomado como plural e multifacetado, isto é, ao mesmo tempo defeito, lesão, alteração, patologia, doença, risco, dano e doença nos diferentes planos de ocorrência);
2. Fornece uma visão superficial da perspectiva multinível ou multicomponente, sem estender sua compreensão a planos de emergência e interfaces hierárquicas capazes de subsidiar uma modelagem complexa dos objetos, questões e problemas típicos das ciências da saúde;
3. Adota uma posição restrita de causalidade, não considerando processos patológicos, estados de saúde e correlações como as sobredeterminadas pelo complexo de fluxos e forças emergentes (causas, fatores, determinantes, vetores), pela ação articulada de diferentes conjuntos determinantes ou pelos valores assumidos por essas transformações em relação à resistência (capacidades, resiliência, robustez, entre outros) da dimensão afetada (célula, órgão, corpo, grupo, ambiente, sociedade, cultura).
4. A teoria da sindemia adota uma posição sociopolítica conservadora no tratamento teórico das desigualdades sociais como determinantes não hierárquicos do conjunto de fenômenos relacionados à saúde que afetam corpos humanos, seres e populações em sociedades históricas.
5. Finalmente, há evidências de uma grave omissão de questões relacionadas às dimensões e interfaces nos níveis econômico, político e cultural-simbólico, o que poderia completar e justificar a perspectiva sindêmica da pandemia.

Apesar de seus limites, esse quadro conceitual tem grande potencial de contribuir para a compreensão da transformação da nova pandemia por coronavírus. Para este fim, nos níveis teórico e metodológico, será necessário complementar algumas de suas lacunas e elaborar elementos conceituais essenciais, especialmente na interface político-cultural, dado o transbordamento teórico dos fenômenos associados à COVID-19.

Contexto sanitário e epidemiológico favorável à emergência e evolução da doença no Brasil

O Brasil, país caracterizado por profundas e marcantes desigualdades sociais e pela segregação dos seus espaços, em especial nas áreas urbanas, apresenta um quadro epidemiológico diversificado em que convivem desde a milenar hanseníase e outras doenças infecciosas e crônicas até as complexas síndromes da modernidade. Não foi por acaso que a pandemia de COVID-19 encontrou aqui condições para se disseminar amplamente.

As condições sociais, sanitárias e epidemiológicas favorecem ou eventualmente reduzem o ímpeto da pandemia e seus efeitos, uma vez que determinam a amplitude da disseminação de um agente infeccioso e o impacto que terá na saúde da população, seja como surto, epidemia ou pandemia.

As pandemias assolam a humanidade desde tempos imemoriais. Na história, têm sido registradas pandemias e epidemias causadas por diferentes agentes infecciosos, sejam bactérias (no caso da peste bubônica e da cólera, por exemplo) ou vírus (como no caso da gripe espanhola, H1N1, SARS e COVID-19). Graças aos avanços sociais (com medidas educativas), sanitários (com o desenvolvimento do saneamento básico e o acesso ao sistema de saúde público) e tecnológicos (com a evolução de tratamentos e vacinas), muitos agentes responsáveis por pandemias no passado, embora continuem existindo, não têm mais possibilidade de causá-las agora ou no futuro.

A atual pandemia de COVID-19 tem como agente etiológico o vírus denominado SARS-CoV-2, da família do coronavírus, sobre o qual não se tinha registro anterior. É um vírus que, originalmente, circulava entre animais silvestres e que, em um dado momento da sua evolução, adquiriu capacidade de circular na espécie humana. Como se sabe, primeiro caso da COVID-19 foi encontrado nos arredores de um mercado em Wuhan, na China, onde se comercializava carne de animais silvestres²¹. A possibilidade de um vírus (e eventualmente outros agentes) deslocar-se do círculo agreste e ganhar capacidade de infectar humanos se relaciona e se intensifica pela forma desregulada com que recursos naturais, em especial, os recursos florestais, têm sido predatoriamente explorados, forçando espécies adaptadas a estes ambientes a sofrerem mutação e se tornarem aptas a circular entre humanos.

21 WOROBEBY, Michael; LEVY, Joshua I.; SERRANO, Lorena M. Malpica; *et al.* **The Huanan market was the epicenter of SARS-CoV-2 emergence.** [s.l.]: Zenodo, 2022. Disponível em: <<https://zenodo.org/record/6299600>>. Acesso em: 26 out. 2022.

Outras características relevantes do agente infeccioso são a via de transmissão, a transmissibilidade e a patogenicidade. Um conhecimento primordial sobre qualquer agente infeccioso diz respeito ao seu modo de transmissão, o que é básico para que medidas de prevenção possam ser adotadas.

O SARS-CoV-2 indubitavelmente transmite-se por via respiratória. Porém, inicialmente, havia a suposição de que a transmissão se daria apenas por gotículas pesadas, o que fez com que o controle se focasse no distanciamento mínimo entre as pessoas, na limpeza das superfícies e no uso de máscaras. Algum tempo depois, ficou demonstrado que a transmissão mais preocupante se dava por aerossóis. Com isso, a higienização de superfícies perdeu importância como medida preventiva e houve mais ênfase no uso de máscaras e no distanciamento social. Ainda, a ventilação de locais com grande concentração de pessoas, como escritórios e escolas, passou a ser recomendada.

A patogenicidade relaciona-se com a frequência de formas severas nos infectados. Um agente com alta transmissibilidade, mesmo com baixa patogenicidade, pode causar muitas doenças graves em uma população, como foi o caso da COVID-19. É importante ressaltar que estas características não são estáveis e podem mudar, como se tem observado nas diversas variantes do SARS-CoV-2.

As potencialidades do agente se dão em função do contexto que ele encontrar. O SARS-CoV-2 encontrou uma população que se desloca em grande volume e em grandes distâncias, o que acelerou sua expansão e permitiu rápida disseminação global do vírus e suas variantes. Esse contexto é bastante diferente da época da gripe espanhola (1918-1920) e de pandemias anteriores; períodos em que os deslocamentos ainda se davam de forma lenta e menos massiva. Ou seja, a intensidade destes movimentos em cada país, estado ou município tem papel crucial no padrão que uma pandemia assumirá. Outro fator determinante relaciona-se ao padrão de contatos e interações entre as pessoas, ou seja, quanto mais intensas e próximas essas interações são, maiores as chances de transmissão. Não por acaso o uso das máscaras e o distanciamento social foram medidas fundamentais na prevenção da infecção e na redução das ondas epidêmicas²².

No Brasil, as populações vulnerabilizadas foram as mais afetadas pela doença. A pobreza, as altas taxas de desemprego e as moradias deficientes e superlotadas amplificaram a transmissibilidade do vírus. A falta ou o limitado apoio governamental impediu que muitas pessoas cumprissem o distanciamento

22 Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/4BHtCFF4bDq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

social, dado que precisaram manter suas atividades laborais para garantir sua sobrevivência. Para agravar o quadro, as populações mais pobres são também as mais atingidas por comorbidades, sabidamente associadas a formas mais severas da COVID-19²³.



Entregadores de aplicativo esperam os pedidos na Avenida Paulista, durante a fase vermelha da pandemia de COVID-19. Crédito: Rovena Rosa/Agência Brasil.

Contexto político, econômico e social brasileiro que antecede à pandemia

Antes da eclosão da pandemia de COVID-19, o cenário macroeconômico global já se mostrava desfavorável em função das baixas taxas de crescimento e restrições fiscais derivadas de políticas de ajuste estrutural. Nas últimas décadas, políticas de austeridade e estrangulamentos econômicos diversos reduziram a capacidade dos governos nacionais em responder às demandas econômica, política e social.

No caso brasileiro, destaca-se o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, ocorrido em 2016, que implicou mudança significativa na política econômica do país. A nova agenda econômica implementada pelo governo de Michel Temer

23 RIBEIRO, Karina Braga; RIBEIRO, Ana Freitas; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena; et al. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. *International Journal of Epidemiology*, v. 50, n. 3, p. 732–742, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/50/3/732/6154379>>. Acesso em 28 out. 2022.

(2016-2018) consolidou mudanças importantes no modelo de desenvolvimento do país em função da adesão a um modelo econômico centrado na austeridade fiscal, que provocou impactos significativos em todas as áreas do governo.

Carvalho (2018) afirma que, entre 2004 e 2010, sob os dois períodos do governo Lula, o Brasil apresentou taxas mais altas de crescimento, o que possibilitou a redução significativa da pobreza e mesmo das desigualdades sociais e regionais. Isso foi obtido em função da elevação do nível de emprego formal e dos salários, das transferências de renda, da melhoria das contas públicas internas e externas e do controle da inflação²⁴. A intervenção do Estado foi decisiva para a expansão do mercado interno, sobretudo por meio das políticas de transferência de renda, do aumento do salário-mínimo e da ampliação dos investimentos em infraestrutura física e social.

A pandemia chega ao Brasil quando a pobreza, a desigualdade e o desemprego estavam em recrudescimento, depois de consistente declínio entre os anos de 2003 e 2014. A extrema pobreza, que acometia cerca de 9 milhões de pessoas em 2014, já alcançara a marca de 14 milhões em 2019. A inversão na tendência de renda dos mais pobres está diretamente vinculada ao empobrecimento no país. Se entre 2002 e 2015, a renda domiciliar entre os mais pobres apresentou um aumento real de mais de 84%, no período de 2015 a 2019, este indicador apresentou uma queda de 10%²⁵.

Ao final do segundo governo Lula, empresários ligados à indústria e a setores da grande imprensa passaram a defender uma política que reduzisse os custos das empresas nacionais, visando elevar sua competitividade frente à concorrência estrangeira. Segundo Carvalho (2018), a “Agenda FIESP” (da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo) veio a ser acolhida pela presidente Dilma, que sucedeu a Lula, tendo como consequência a redução das taxas de juros, a desvalorização do real, as desonerações tributárias e o controle das tarifas energéticas. Essas medidas provocam um impacto negativo nas contas públicas sem, contudo, aumentar a competitividade das empresas ou reduzir os preços de bens industrializados no mercado interno. Na prática, as vantagens tributárias auferidas pelo setor se converteram em aumento das margens de lucro e transferências para o mercado financeiro. Esta matriz econômica provocou um aumento da dívida pública e subsequentes elevadas taxas de juros.

24 CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**: do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018.

25 **Pobres mais pobres, ricos mais ricos - Le Monde Diplomatique**. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/pobres-mais-pobres-ricos-mais-ricos/>>. Acesso em: 26 out. 2022.

Em 2015, Dilma Rousseff cede aos argumentos fiscalistas, que foram amplamente explorados por seus opositores na campanha eleitoral do ano anterior. O ajuste imposto reduziu a capacidade de intervenção do Estado, quando era constituída uma ampla articulação para removê-la do poder. A crise econômica iniciada no segundo trimestre de 2014, durou onze trimestres e abrigou uma das maiores recessões econômicas das últimas décadas, somente comparável à recessão de 1989-92.

Em dezembro de 2015, a corrosão política abre espaço para que forças oposicionistas ganhem adesão de antigos aliados governistas e juntos iniciem um processo de *impeachment*, ainda que apoiados em provas com evidentes fragilidades jurídicas. Em 31 de agosto de 2016, Dilma Rousseff tem o seu mandato cassado em votação no plenário do Senado, mantendo, contudo, o direito de exercer funções públicas, inclusive eletivas. O processo viria a ser caracterizado por muitos como um golpe institucional, já que não teria sido demonstrado qual crime de responsabilidade fora cometido pela presidente. Para Monteiro (2018), teria ocorrido um “golpe não clássico, mas de natureza jurídico-parlamentar”²⁶.



Porto Alegre - Milhares de pessoas tomaram as ruas em protesto contra o impeachment da presidente Dilma Rousseff (2016). Crédito: Daniel Isaia/Agência Brasil.

26 MONTEIRO, Leonardo Valente. Os neogolpes e as interrupções de mandatos presidenciais na América Latina: os casos de Honduras, Paraguai e Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 49, n. 1, p. 55-97, mar./jun. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/32395/1/2018_art_lvmonteiro.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

Após a deposição de Dilma Rousseff, o governo Michel Temer implementa as medidas de austeridade fiscal, constitucionalizando o teto de gastos, que congelava o investimento público por 25 anos, por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95). Entretanto, as principais forças da coalizão conservadora que derrubou Dilma Rousseff não obtiveram êxito eleitoral nas eleições gerais de 2018. Um deputado de pouca expressão, Jair Bolsonaro vence as eleições com base em uma plataforma que articulava austeridade fiscal e contrarreforma nos temas sociais, culturais e ambientais.

Com o golpe institucional e a subsequente eleição de Jair Bolsonaro, a agenda neoliberal foi revigorada, dentre outros aspectos, pela retomada da privatização, pelo reforço do tripé macroeconômico e de suas regras fiscais – que impedem a adoção de medidas anticíclicas, resultando em ajuste ortodoxo permanente –, pela autonomia do Banco Central²⁷, pela Reforma Administrativa, que tramita no Congresso Nacional, e pela Reforma Tributária, que prioriza a simplificação da tributação do consumo e omite, por completo, a tributação das altas rendas e riquezas.

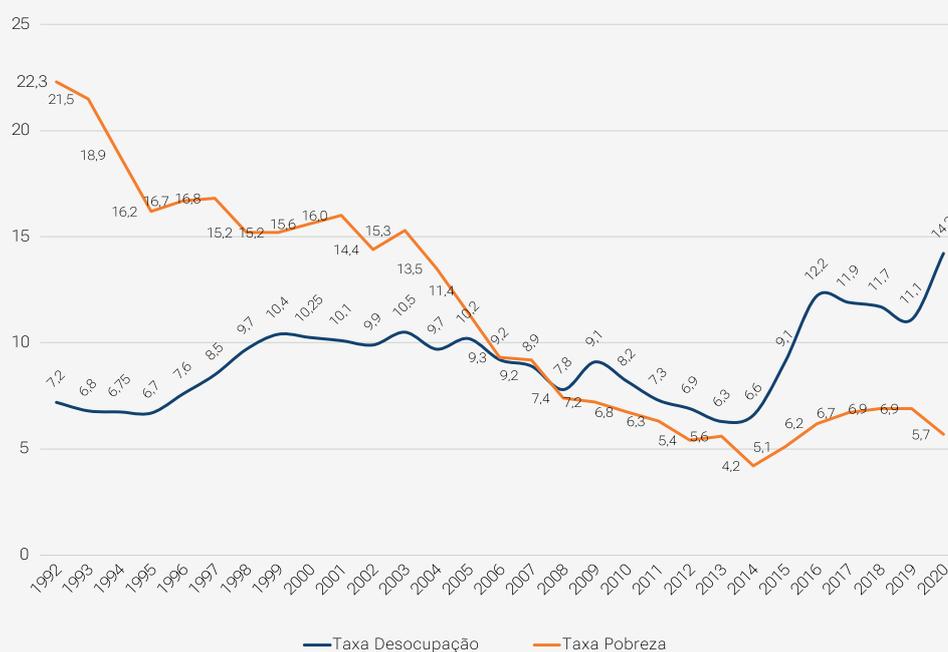
Box 1 – A crise do mercado de trabalho no Brasil

Entendido como motor fundamental tanto do financiamento do Estado de Bem-Estar Social quanto do aumento da renda e redução das desigualdades, o mercado de trabalho brasileiro experimentou rápida deterioração após as violentas mudanças políticas e institucionais de 2016, dificultando tanto a recuperação imediata quanto a reconstrução de longo prazo do Brasil. O país enfrenta, ao mesmo tempo, efeitos conjunturais e estruturais provocados por dois grandes equívocos de políticas públicas para o emprego: as políticas ultraliberais iniciadas pela Reforma Trabalhista do governo Temer, em 2017, e intensificadas pelo governo Bolsonaro, e os efeitos disruptivos da pandemia, iniciada no país em 2020, ante os equívocos de gestão de curtíssimo prazo no mercado de trabalho.

A crise no mercado de trabalho se configura pelo aumento da população estrutural de desempregados. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em mais de vinte anos desde o Plano Real, a população absoluta de desempregados oscilou entre 4 e 9 milhões de pessoas. Em 2017, este número saltou para quase 14 milhões e mantém-se perigosamente estável, com potencial de crescimento para o cenário ainda pandêmico de 2022. O novo contingente de desempregados no Brasil demanda políticas públicas e programas políticos distintos, pois evolui a dinâmica própria da vida para o desemprego (entendida como desalento ou desemprego de longa

duração) de parte expressiva da população economicamente ativa, uma porta de entrada irresistível às formas precárias e à superexploração do trabalho. A permanência deste novo contingente de desempregados foi combinada com o aumento da informalidade dos empregos e congelamento do salário-mínimo, convergindo com as mudanças profundas no padrão tecnológico industrial e aceleradas pela pandemia.

Gráfico 1: Evolução da taxa de desocupação e da taxa de extrema pobreza (1,99 ppp) (1992 a 2020), Brasil.



Fonte: IBGE, Pesquisa Anual por Amostra de Domicílios, 1992 a 2015, e Pesquisa Anual por Amostra de Domicílios Contínua Anual, 1ª entrevista para os anos de 2012 a 2019 e 5ª entrevista para o ano de 2020. Elaboração a partir dos microdados disponibilizados em 30 de novembro de 2021 com nova estrutura de ponderação. O cálculo não inclui os moradores dos domicílios pesquisados na condição de agregado(a) que não compartilha despesas, pensionista, empregado(a) doméstico(a) e parente de empregado(a) doméstico(a).

Sobre perdas e danos na política ambiental no Brasil

Associado à crise ambiental global e a suas expressões singulares na América Latina, o Brasil vem negligenciando políticas públicas ambientais em sua história recente e tornou-se um território universal de vulnerabilidades com intensas e profundas fraturas socioambientais, para citar alguns:

- queima intensiva de biomassa em todos os biomas;

- intensificação, expansão territorial e duração de secas;
- aumento na intensidade e frequência de chuvas torrenciais em áreas urbanas e rurais (2010-2020);
- crises hídricas, intensificadas na década de 2010;
- poluição urbana;
- desastres tecnológicos de proporções jamais registradas, tais como o da Bacia do Rio Doce, em Mariana (2015), de Brumadinho (2019) e o incêndio na Chapada dos Veadeiros (2017);
- extensa contaminação da costa litorânea por petróleo cru (2019);
- incêndio do Pantanal (2020);
- registro de maior área de desmatamento e queimada da Amazônia (2020, comparado aos últimos 10 anos anteriores);
- contínua e intensa carga química absorvida diuturnamente nos solos férteis (exponencialmente aumentada a partir de 2016 por normas federais).



Governo Bolsonaro facilita o registro de agrotóxicos. O documento “Agronegócio e pandemia no Brasil: uma sindemia está agravando a pandemia de COVID-19?”, lançado em maio de 2021 pela Abrasco e International Pollutants Elimination Network (IPEN), demonstra que além da agroindústria aumentar as chances de novas zoonoses, como a COVID-19 – com destruição de habitats naturais -, também deixa as pessoas mais vulneráveis a doenças do tipo. Foto: Divulgação.

Estudo recente levantou um panorama dos principais retrocessos ocorridos desde o início de 2019 nas políticas ambientais brasileiras quanto à transparência e participação social²⁸. O intuito é jogar luz sobre as ameaças sofridas atualmente à continuidade da democracia brasileira para que a sociedade civil possa antecipar-se a novas ameaças e, se possível, revertê-las.

Os retrocessos de transparência ambiental incluem alterações nos protocolos de comunicação dos órgãos ambientais, ameaças a servidores, elevação do sigilo de documentos públicos, apagões em bases de dados ambientais e deslegitimação de órgãos públicos responsáveis pela produção de dados ambientais.

O levantamento realizado no estudo aponta que dos 10 órgãos federais que gerenciam bases de dados relevantes para as políticas ambientais, apenas 3 cumprem atualmente o requisito legal de possuir Planos de Dados Abertos (PDAs) vigentes em 2020. De acordo com os autores, trata-se de uma diminuição de 70% em relação ao número de órgãos com PDAs vigentes em 2019.

Levantamento realizado a partir da solicitação de 321 informações sobre políticas ambientais a órgãos federais aponta uma redução de 78% no número de respostas satisfatórias em 2019, em comparação com o período 2017-2018. Retrocessos de participação social nas políticas socioambientais incluem ainda a extinção de colegiados voltados à inclusão da sociedade civil na tomada de decisão e redefinição de regras que reduzem a representação da sociedade civil e dificultam sua atuação. De 22 colegiados nacionais associados às políticas socioambientais levantados no estudo, 4 (18,2%) foram extintos e 9 (40,9%) foram reestruturados. Ou seja, mais da metade dos colegiados foi diretamente impactada por extinções ou reestruturações, enquanto apenas 9 (40,9%) se mantiveram inalterados.

No Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), a redefinição de regras abarcou redução de assentos destinados à sociedade civil, perda de garantia da representação de populações tradicionais e comunidades indígenas, redução da duração dos mandatos dos representantes para um ano e substituição do método eleitoral pelo sorteio na definição das organizações representadas. O Ministério da Saúde, entre outros ministérios cujas missões são essenciais para assegurar a Política Nacional do Meio Ambiente, foi sumariamente retirado do CONAMA.

Na Comissão Nacional da Biodiversidade (Conabio), as alterações incluíram perda de competências, redução do número de assentos destinados às organizações da sociedade civil e restrições de condições de participação – representantes devem

28 IMAFLORA; INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL; ARTICLE 19. **Mapeamento dos Retrocessos de Transparência e Participação Social na Política Ambiental Brasileira, 2019-2020.** Disponível em: <https://www.imaflora.org/public/media/biblioteca/mapeamento_dos_retrocessos_de_transparencia_e_participacao_social_na_politica_ambiental_.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

estar previamente inscritos no Cadastro Nacional de Entidades Ambientalistas e sua indicação deve ser feita pelo presidente da Comissão, que pertence ao segmento estatal.

Associa-se a este cenário um profundo processo de desregulamentação do marco legal definido pela Constituição Federal de 1988, afetando todos os componentes estruturantes da Política Nacional do Meio Ambiente e do Sistema Nacional de Meio Ambiente. É sob este cenário de profunda vulnerabilidade socioambiental que emerge a pandemia de COVID-19 no país.

Desigualdades e iniquidades sociais, étnico-raciais, de deficiência e de gênero

O Brasil é um país historicamente marcado por profundas desigualdades sociais, que têm sido construídas numa estrutural social racista, colonial, machista, heteronormativa e capacitista. Dessa forma, raça, cultura, origem étnica, classe, gênero e deficiência são marcadores sociais que referem desigualdades e iniquidades sociais e de saúde. Se, por um lado, esses efeitos são especialmente evidentes para povos racializados, como as pessoas negras e indígenas e para os que estão na extremidade inferior do gradiente social, em acolhimento institucional ou encarcerados, por outro lado, os efeitos são menores para as pessoas privilegiadas na estrutura social brasileira (homens, pessoas brancas etc.).

Como já foi previamente explicado, a chegada da pandemia no Brasil ocorreu em um o contexto político, econômico e social caracterizado pela estagnação econômica, elevado desemprego, crescimento da informalidade, aumento da pobreza e da desigualdade social, retrocesso de políticas públicas focadas na justiça social e ataques aos direitos constitucionais e humanos.

Dessa forma, a categoria interseccionalidade funciona como chave analítica do racismo, colonialismo, heteronormatividade e capacitismo, pois a interação entre identidades sociais variadas (raça, gênero, sexualidade, classe, deficiência) contribui para a experimentação de formas de opressão e discriminação sistêmicas. Assinalamos a seguir algumas dessas dimensões que caracterizam as populações vulnerabilizadas pelas desigualdades e injustiças.

Desigualdades de gênero: avanços tímidos, retrocessos importantes

Em relação à situação das mulheres, grandes transformações ocorreram nas últimas décadas, com destaque para o aumento da escolaridade feminina e a presença no mercado de trabalho (IPEA, 2017). No entanto, a despeito destas transformações e de mudanças nas normas sociais e na legislação, a situação das mulheres pouco se alterou em vários âmbitos. No trabalho doméstico, o cuidado com as crianças, idosos e doentes permanece sendo responsabilidade principal das mulheres. Além disso, manteve-se o hiato de gênero no mercado de trabalho, no acesso à renda e à propriedade, bem como na política e na representação parlamentar²⁹.



Quarta Marcha das Mulheres Negras em Copacabana, no Rio de Janeiro (2018), protesta contra a violência que atinge as mulheres negras em todo o país. Crédito: Tomaz Silva/Agência Brasil.

No cenário das crises econômicas que atingem o país, as condições de vida das mulheres, sobretudo as negras, indígenas, com deficiência e mais pobres, são agravadas em virtude do aumento do desemprego e da pobreza. Agrega-se ainda a descontinuidade de políticas sociais de combate às desigualdades e a informalidade e precarização do trabalho.

A associação das desigualdades sociais, de gênero, étnico-raciais e regionais, com a marginalização social de lésbicas, mulheres trans e profissionais do sexo,

²⁹ HIRATA, Helena.; GUIMARÃES, Nádia Araújo (Orgs.). *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, 2012.

dificulta o acesso de um conjunto expressivo de mulheres à vida digna, como à escolaridade e aos cuidados em saúde. Esses contextos de vulnerabilidade social comprometem a autonomia de decisões relacionadas à vida sexual e reprodutiva, a exemplo do planejamento da gestação, do aborto, inclusive em situações previstas em lei, do uso e negociação de métodos contraceptivos e de prevenção às IST/AIDS³⁰.

Apesar das mudanças importantes na legislação, a violência contra as mulheres é outro problema que permanece sendo um fenômeno social de imensa relevância, expondo a insuficiência de políticas públicas na proteção às mulheres. O aumento do feminicídio nos últimos anos não apenas expressa a impunidade como a vulnerabilidade de gênero, mas também social, moral, cultural e econômica.

O desmonte de políticas públicas para as mulheres, que vinham sendo consolidadas pelos governos desde a redemocratização até 2016, resultou no trágico aumento da violência contra as mulheres e do feminicídio, no crescimento da pobreza e na perda de direitos. A ausência ou sucateamento dessas políticas tem sido cruel para as mulheres, desvendada durante a pandemia de COVID-19.

As persistentes iniquidades sociais e em saúde entre povos indígenas: desafios na garantia de direitos e da justiça social

Os povos indígenas historicamente vêm tendo seus territórios invadidos e suas vidas ameaçadas, frequentemente, sob a justificativa do chamado “projeto civilizatório” ou de um pretenso desenvolvimento do país. A Constituição Federal estabelece a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes. Entretanto, vemos nos últimos anos o acirramento das invasões desses territórios, inclusive em áreas com povos isolados e de recente contato, por garimpeiros, pescadores, caçadores, madeireiras e posseiros. Muito dos territórios indígenas são atravessados por estradas, ferrovias e linhas de transmissão ou estão sujeitos a iniciativas de grande impacto ambiental como inundações por usinas hidrelétricas, poluição de rios por agrotóxicos e desmatamentos³¹.

Apesar desse cenário adverso, a população indígena tem apresentado aumento populacional, de acordo com os dois últimos censos demográficos realizados no Brasil. No censo demográfico de 2010, foram contabilizadas 896 mil pessoas que

30 BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2673–2682, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/wDjVt3n5DNQGPtZ7qHr9x7M/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

31 *Línguas - Povos Indígenas no Brasil*. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/L%C3%ADnguas>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

se autodeclararam indígenas, presentes em 80,5% dos municípios e distribuídos em mais de 300 povos, dos quais 64% estavam aldeados. Observa-se que a maior parte da população indígena está localizada na região da Amazônia Legal, onde está localizado também a maior parte dos territórios indígenas.

Entretanto, observa-se a persistência de diversas iniquidades sociais e em saúde que os afetam quando comparados com não indígenas³². Os domicílios indígenas apresentam condições desfavoráveis de saneamento básico tanto em ambientes rurais quanto urbanos³³. Persistem os elevados níveis de morbidades e mortalidade de indígenas por causas evitáveis, em todos os grupos de idades, quando comparados com os não indígenas³⁴. As Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) para a população indígena continuam sendo, aproximadamente, duas vezes maiores que as não indígenas³⁵.

É alarmante a situação de insegurança alimentar que vivem muitos povos, agravada pela paralisação dos processos demarcatórios e ausência de proteção de seus territórios. Há que se ressaltar a violência que afeta os indígenas, com invasão e contaminação ambiental de seus territórios, assassinatos de suas lideranças e falta de medidas para proteção³⁶. Os povos indígenas também são vítimas do racismo estrutural, que perpetua uma visão estereotipada e estática da identidade indígena e uma perspectiva tutelar na relação com a sociedade nacional, não reconhecendo sua autonomia e direitos.

Somam-se ainda os desafios na garantia da qualidade e no acesso da população indígena à assistência à saúde. Historicamente, o Estado ofertou ações de saúde pontuais e irregulares. Foi somente em 1999, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que se estrutura, sob gestão federal, uma rede de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) para ofertar a atenção

32 SANTOS, Ricardo Ventura; BORGES, Gabriel Mendes; CAMPOS, Marden Barbosa de; *et al.* Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? **SSM - Population Health**, v. 10, p. 100537, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100537>>. Acesso em: 27 out. 2022.

33 RAUPP, Ludimila; FÁVARO, Thatiana Regina; CUNHA, Geraldo Marcelo; *et al.* Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no *Censo Demográfico* de 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 1–15, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rbepid/a/PqsyRVJzNrhDBwTr5SjJCrG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

34 CAMPOS, Marden Barbosa de; BORGES, Gabriel Mendes; QUEIROZ, Bernardo Lanza; *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/49bL4GKGxQGQ9K9rdtxMHFP/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

35 CALDAS, Aline Diniz Rodrigues; SANTOS, Ricardo Ventura; BORGES, Gabriel Mendes; *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.

36 DIAS, Bruno C. **Mortalidade superlativa: povos indígenas e as trágicas manifestações das desigualdades em saúde**. GT Saúde Indígena. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/2020/04/28/mortalidade-superlativa-povos-indigenas-e-as-tragicas-manifestacoes-das-desigualdades-em-saude/>>. Acesso em: 27 out. 2022.

primária em territórios indígenas. Entretanto, observamos que esse subsistema ainda é deficitário quanto à qualidade e à cobertura de atenção à saúde e de saneamento básico.

Nas últimas décadas, o movimento indígena vem tendo um importante papel na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)³⁷, criada em 2005, articula as organizações indígenas locais e regionais e tem liderado a resistência indígena na conjuntura de retrocesso. Destaca-se que a crescente inserção de indígenas nas universidades tem favorecido que os próprios indígenas estejam assumindo o protagonismo no diálogo com as instâncias estatais e nas estratégias jurídicas, comunicacionais e políticas. Segundo a SESAI, cerca de 50% dos trabalhadores do SasiSUS são indígenas; mesmo que a maioria atue como Agentes Indígenas de Saúde, observam-se crescentes números de profissionais indígenas de nível superior. Nas eleições de 2018, tivemos a primeira candidata indígena à vice-presidência da República, Sônia Guajajara (PSOL), e a primeira mulher indígena eleita deputada federal, Joênia Wapichana (REDE/RR).



Em 18 ago. de 2022, quatro delegações de diferentes estados do Brasil compareceram à Câmara dos Deputados, em Brasília, para denunciar uma série de violações sofridas pelos povos indígenas. Crédito: Gabriel Paiva/Fotos Públicas.

37 Atualmente, a APIB conta com seis advogados indígenas, que lideram as ações jurídicas nos diversos níveis, inclusive no Supremo Tribunal Federal.

Avanços e retrocessos no reconhecimento do capacitismo em relação às pessoas com deficiência

Ao longo das últimas décadas, as pessoas com deficiência têm se mobilizado nacional e internacionalmente na luta pelo reconhecimento da diversidade funcional como característica da variação humana, pelo direito de ocupar espaços e viver em igualdade de oportunidades e pela construção de uma sociedade pautada na valorização da interdependência e da justiça social como elementos éticos balizadores das relações. Em 2006, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência consolidou grande parte dessa agenda e foi incorporada à legislação nacional.

O reconhecimento da discriminação contra pessoas com deficiência como violação de um direito humano, conforme previsto na Convenção, permitiu a ampliação das lutas, a interlocução de agendas entre diferentes movimentos sociais e a compreensão de que o capacitismo está situado ao lado do racismo, do sexismo, do ageísmo e de outras formas macrossociais de violência. O capacitismo se orienta por ideias e valores que atuam sobre a hierarquização de corpos a partir de determinados ideais de autonomia e de performance, localizando pessoas com deficiência na margem da categoria humana³⁸.

Sob essas lentes, foi possível entender como o capacitismo presente no campo da saúde e de outras políticas sociais produz opressões e reitera iniquidade. Os dados do último Censo populacional, de 2010, indicam que as pessoas com deficiência compreendem 23,9% da população brasileira³⁹.

Os avanços obtidos no interstício 2006/2016, período declarado pela Organização dos Estados Americanos (OEA) como a “Década das Américas pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência”, foram interrompidos no Brasil a partir de 2016. Desde então, a agenda política das pessoas com deficiência tem enfrentado diferentes retrocessos:

- desmonte dos espaços de participação e controle social, incluindo a desmobilização do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE);
- suspensão da inclusão como medida prioritária nas ações educacionais, incentivando o crescimento de espaços de segregação na educação;

38 MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3265–3276, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/J959p5hgv5TYZgWbKvspRtF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

39 IBGE. *Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

- revisão da concepção de deficiência adotada pelo Estado, que desconhece o modelo biopsicossocial e o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), que foi construído coletivamente no país;

redução do público-alvo das políticas socioassistenciais, pelo enfoque centrado na perspectiva biomédica, não reconhecendo os avanços legais que consideram a pobreza como parâmetro (indivíduos com a renda inferior a meio salário-mínimo).

Há ainda os efeitos estruturais da Emenda Constitucional nº 95/2016, que afetam diretamente a construção de qualquer política pública inclusiva e anticapacitista. Como consequência, pessoas com deficiência, sobretudo aquelas racializadas ou cuja identidade de gênero se desvia das normas cisheteropatriarcais, são especialmente vulnerabilizadas.

Esse cenário de golpes à participação democrática e aos direitos historicamente conquistados tem mobilizado diversos atores, como a Frente Nacional de Mulheres com Deficiência, Vidas Negras com Deficiência Importam e o Coletivo Feminista Helen Keller, que tem avançado na promoção de discussões em espaços não institucionalizados.

Direitos sexuais e reprodutivos e pessoas LGBTQIA+: estigma, preconceito e lgbtifobia como entraves à equidade em saúde

O panorama da população de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, intersexos e outras minorias sexuais e de gênero (LGBTQIA+) no Brasil denota a urgência na atenção aos direitos humanos, entre os quais os direitos sexuais e reprodutivos. O cenário da promoção de justiça social e de conquistas das políticas redistributivas tem paulatinamente se distanciado do cotidiano das pessoas LGBTQIA+, sobretudo quando se interseccionam determinantes sociais como a raça/cor e etnia, as deficiências, a origem geográfica e a renda.

Entre 2015 e 2017, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do SUS, sobre o perfil das violências contra LGBT no Brasil indicavam que 69,1% das pessoas tinham entre 20 e 59 anos de idade, metade era negra (50%), 46,6% eram transexuais ou travestis e 57,6% eram homossexuais, dos quais 32,6% lésbicas e 25% *gays*⁴⁰. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais, o Grupo Gay da Bahia e outras associações da sociedade civil, por meio dos dossiês

40 PINTO, Isabella Vitral; ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; RODRIGUES, Leandra Lofego; *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

publicados anualmente, demonstram a gravidade de um múltiplo contexto de vulnerabilização que passam as pessoas LGBTQIA+⁴¹.

A promoção das políticas de equidade em saúde no SUS, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) foi um passo relevante no reconhecimento da relação entre os marcadores de gênero e orientação sexual no processo saúde-doença⁴². Todavia, permanecem impasses e desafios, como barreiras de acesso na atenção Primária⁴³, dificuldades na implementação da PNSILGBT⁴⁴, persistência das situações de estigma e discriminação em diferentes contextos, incluindo a atenção à HIV/AIDS, continuidade da patologização das identidades de pessoas LGBTQIA+⁴⁵, situações de violência, ausência nos currículos dos cursos de saúde sobre o cuidado e as pessoas LGBTQIA+⁴⁶ e a insuficiência de pesquisas. A partir de 2016, percebeu-se a ampliação dos retrocessos, de discursos de ódio e de pânico envolvendo esse grupo.

A recente inclusão do racismo como determinante social de saúde e sua persistência na saúde da população negra

O racismo que frequentemente se apresenta nos âmbitos ambiental, cotidiano, recreativo, institucional, interpessoal e científico demonstra que a estrutura social brasileira é fundada em base racista; em outras palavras, pode-se dizer que o Brasil é um país estruturalmente racista⁴⁷.

Por vezes, a discussão sobre a desigualdade da sociedade brasileira é reduzida à esfera econômica, que ignora a problemática étnico-racial. O racismo estrutural,

41 BENEVIDES, Bruna G. (org). **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. 144f. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/assassinatos/>>. Acesso em: 27 out. 2022.

42 SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1397–1397, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hmkmtw9NYb5cVtfZwJqb36c/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

43 FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Claudia. Cadê as populações LGBT na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1669–1678, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/m3GDZp9LzHmfRr7S8HTWvKM/#>>. Acesso em: 27 out. 2022.

44 POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1509–1520, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JVTfd3DqVzN3dPMLPJYLvy/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

45 GIROTTO, Lúcio Costa; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso; MISKOLCI, Richard; et al. Normas, disputas e negociações: debates sobre a despatologização. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ref/a/TwywR5rLJxpsDC8XjBTFdCD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

46 MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; GUADAGNIN, Lucas Ide; TESSER-JÚNIOR, Zeno Carlos; et al. Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero entre Estudantes de Medicina de 1º ao 8º Semestre de um Curso da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 557–567, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/dn39DWyg4kQkVJVrYWPcN6K/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 out. 2022.

47 ALMEIDA, Silvio. **O que é Racismo Estrutural?** São Paulo: Jandaíra, 2021, 264 p.

por conseguinte, hierarquiza os distintos grupos racializados, acarretando uma continuidade nas relações desiguais de poder, que privilegia a população branca e ameaça a população negra brasileira cotidianamente, por meio de um conjunto de violações de seus direitos, o qual constitui-se uma ação fincada no necropoder.

Mesmo antes da chegada da pandemia, a população negra já experimentava uma situação de vulnerabilidade extrema nas condições de trabalho, saúde, moradia, educação e segurança. Em 2018, as pessoas autodeclaradas pretas e pardas eram 9,3% e 46,5%⁴⁸, respectivamente, representando cerca de 55,8% dos brasileiros. É também o grupo com os maiores índices de desocupação e informalidade, estando inserido nas faixas de pobreza e extrema pobreza; grande parte vive em domicílios com algum tipo de inadequação infraestrutural.

Entre 2012 e 2019, o rendimento domiciliar *per capita* médio da população negra (preta e parda) permaneceu cerca de metade do registrado entre a população branca. Em 2019, por exemplo, esse rendimento foi de R\$ 981 para negros e negras e R\$ 1.948 para brancos e brancas. Observa-se ainda que entre os 10% com maiores rendimentos, os autodeclarados brancos correspondiam à maioria (70,6%).

Ainda em 2019, observou-se que a taxa de desocupação no mercado de trabalho para pretos e pardos foi de 13,6%, enquanto entre brancos ficou em 9,2%. No que se refere aos trabalhos informais, como atividades agropecuárias, construção civil e serviços domésticos, o percentual de negros chegou a 47,4%, e entre os trabalhadores brancos foi de 34,5%⁴⁹.

Esses dados revelam e endossam que a população negra experimenta cotidianamente um amplo quadro de vulnerabilidades, que se refletem no número de pessoas em situação de rua, encarceradas, vítimas de agressões, com maiores comorbidades, dentre outras situações degradantes.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, 66,3% das 759.518 pessoas encarceradas no país eram negras⁵⁰. Em 2019, observou-se que esse grupo representava 77% do total das vítimas de homicídios, dos quais 51,3% eram jovens de 15 a 29 anos, sendo, portanto, 23.327 jovens negros vitimados, em uma média de 64 assassinatos por dia.

48 IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. In: **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.41. São Paulo: IBGE, 2019.

49 IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

50 FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. Samira Bueno; Renato Sérgio de Lima (Coordenadores), ano 15, Fundação Ford, 2021.

Entre 2009 e 2019, 333.330 jovens negros foram vítimas de agressões fatais. A taxa de homicídios por 100 mil habitantes entre os negros foi de 29,2, enquanto entre os não negros, foi de 11,2. Os indicadores apontam que a taxa de violência letal contra esse grupo é 162% maior, ou seja, a chance de um negro ser assassinado no Brasil é 2,6 vezes superior à de uma pessoa não negra. O Brasil é um dos países com maior risco para um jovem negro viver⁵¹.



Marcha das Mulheres Negras de São Paulo. Crédito: Rovena Rosa/Agência Brasil.

Em 2019, tomando-se a interseccionalidade como categoria de análise para o estudo de violência, gênero e raça/cor, observou-se que a mortalidade das mulheres negras responde por 66% do total de mulheres assassinadas no Brasil; uma taxa de mortalidade de 4,1 por 100 mil habitantes, enquanto entre as mulheres não negras foi de 2,549.

Vale destacar que, na área da saúde, a população negra brasileira historicamente apresenta sobremortalidade por fatores que são preveníveis e evitáveis. Pode-se citar como exemplo a sobremortalidade das mulheres negras por causas maternas (gravidez, parto e puerpério) em relação às mulheres brancas. A população negra também experimenta taxas mais altas de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade, problemas respiratórios e renais, maior insegurança

51 CERQUEIRA, Daniel, et. al. *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: FBSP, 2021.

alimentar e acesso inadequado a medicamentos e prescrições médicas⁵². Então, não chega a ser surpreendente que, em 2017, os negros brasileiros tenham apresentado uma expectativa de vida de 73 anos, três anos a menos que os brasileiros brancos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Contínua⁵³.

Portanto, é preciso considerar que os dados disponíveis representam a precarização das condições de vida dessa população. Como os sistemas de informação apresentam baixa qualidade na captura de dados relativos à raça, cor e etnia, os impactos do racismo sobre a saúde podem ser ainda maiores do que os que têm sido aferidos, implicando invisibilidade do real contexto de vulnerabilidade da população negra e insuficiência de informações para orientar políticas públicas inclusivas.

A destruição da cidadania social após o golpe parlamentar

A reação das elites econômicas ao pacto social começou no processo constituinte, a partir da visão que o país seria ingovernável com os novos direitos sociais que viriam a ser inscritos na Constituição de 1988.

Entre 1989 e 2019, a proteção social brasileira passou a viver as tensões entre os paradigmas do Estado Mínimo e os do Estado de Bem-estar Social, com especificidades em períodos bem demarcados: contrarreforma truncada (1990-1992); retomada da contrarreforma liberalizante (1993-2002); continuísmo econômico e ambiguidades na proteção social (2003-2006); crescimento e inclusão social (2007-2013); e recrudescimento das tensões (2014-2015)⁵⁴.

A onda de regressão da cidadania social, que ocorre a partir de 2016, é o desfecho deste longo processo de reação, com um projeto liberal que caminha no sentido de destruir o pacto de 1988. A política de austeridade torna o ajuste fiscal um processo sem fim e mina a proteção social, pois está permanentemente centrada no corte de gastos pela supressão de direitos. A seguir, foram listadas algumas políticas sociais enfraquecidas no período recente, as quais serão detalhadas em outras seções.

52 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 137p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

53 **A expectativa de vida no Brasil, por gênero, raça ou cor, e estado**. Nexo Jornal. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/grafico/2019/06/10/A-expectativa-de-vida-no-Brasil-por-g%C3%AAnero-ra%C3%A7a-ou-cor-e-estado>>. Acesso em: 27 out. 2022.

54 FAGNANI, Eduardo. O fim de um ciclo improvável (1988-2016): a política social dos governos petistas e a derrocada da cidadania pós-golpe. In: **Cinco mil dias: o Brasil na era do Lulismo**. Gilberto Maringoni e Juliano Medeiros (org). São Paulo: Boitempo; Fundação Lauro Campos, 2017.

A asfixia do gasto social foi alcançada comprometendo uma diversidade de direitos em diversas áreas. No caso da saúde, a conexão entre as Emendas Constitucionais nº 95 (contenção de gastos) e nº 109 (desvinculação das rendas petrolíferas em prejuízo das políticas sociais) implicou a redução do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em R\$ 48 bilhões entre 2018 e 2022⁵⁵. Soma-se a isso o fim do programa Mais Médicos, o esvaziamento da Farmácia Popular e a alteração no modelo de financiamento à atenção básica⁵⁶.

A asfixia financeira atinge também o Ministério da Educação e o financiamento do Plano Nacional de Educação (PNE), do decênio 2014-2024, que inviabiliza o cumprimento das metas previstas, e do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), afetando a continuidade de diversas ações e programas. A guerra ideológica contra a educação e o ataque às universidades federais também são componentes do projeto de destruição.

Na assistência social, destaca-se a substituição do programa Bolsa Família, reconhecido como o maior e mais bem focalizado programa de transferência condicionada de renda do mundo, pelo confuso Auxílio Brasil. Observam-se ainda a desestruturação do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) e a extinção de várias iniciativas, como as ações de combate ao trabalho infantil.

O sistema de segurança alimentar também foi impactado pelo desfinanciamento provocado pelo teto de gastos. Em 2019, o golpe decisivo se deu com a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), que vertebrava o sistema com a participação e pactuação de entidades governamentais e da sociedade civil, reduzindo, assim, a resistência ao poder das grandes corporações alimentícias e ao agronegócio para definir a política pública que lhes interessar.

O Ministério do Trabalho foi extinto e os direitos laborais e sindicais regrediram com a Reforma Trabalhista⁵⁷, a Lei da Liberdade Econômica⁵⁸ e o Contrato Verde e Amarelo⁵⁹. As fontes de financiamento do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) foram comprometidas com a redução de 40% para 28% do repasse do PIS/PASEP para o BNDES, usado em projetos geradores de emprego e de renda⁶⁰.

55 MORETTI, Bruno; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FUNCIA, Francisco; *et al.* Sangrando o SUS. **Focus Brasil**, v. 50, 2022. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2022/03/20/sangrando-o-sus/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

56 Portaria n. 2.979/2019.

57 **Dossiê Reforma Trabalhista – Cesit**. Disponível em: <<https://www.cesit.net.br/dossie-reforma-trabalhista/>>. Acesso em: 27 out. 2022.

58 Lei nº 13.874/2019.

59 Medida Provisória nº 905/2019.

60 Emenda Constitucional nº 103/2019.

As políticas de desenvolvimento urbano foram desarticuladas pela extinção do Ministério das Cidades, a exclusão dos mais pobres do programa Minha Casa, Minha Vida, a retirada da questão da mobilidade da agenda do Governo Federal e a privatização do saneamento⁶¹.

O desmonte das políticas de desenvolvimento rural inicia-se com a extinção do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), seguida pela interdição da reforma agrária, pelo enfraquecimento da agricultura familiar e pelo abandono da política de estoques de produtos estratégicos.

A extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (governo Temer, trouxe retrocessos nas políticas voltadas para a igualdade de gênero, a igualdade racial e os direitos da população LGBTQIA+. Criada em janeiro de 2003, a Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) que introduziu e efetivou novos paradigmas na institucionalização de políticas públicas para igualdade entre mulheres e homens e rompeu com as ações assistencialistas e tutelares direcionadas às mulheres, foi descontinuada em maio de 2016. Em 2019, o governo Bolsonaro implementou o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, que atua na contrarreforma dos direitos humanos.

Por fim, cabe também a menção aos retrocessos nas políticas relativas a direitos humanos e territoriais de povos indígenas e comunidades tradicionais, a partir do impeachment da presidente Dilma Rousseff.

Desmonte da proteção social e necropolítica

O desmonte das políticas de proteção social no Brasil teve início a partir do golpe que destituiu a presidente Dilma Rousseff – o que representou o rompimento da complexa convivência de um Executivo comprometido com a eliminação da miséria e garantia dos direitos sociais com um Legislativo e Judiciário conservadores, representando os interesses de setores capitalistas, como o capital financeiro, o agronegócio e as mineradoras, em aliança com políticos fisiológicos. Esse novo bloco no poder viu a crise econômica como a oportunidade para eliminar os empecilhos representados pela defesa dos direitos sociais e ambientais e das políticas de inclusão social, como é assinalado ao longo deste dossiê.

A noção de que as forças políticas hegemônicas utilizam o negacionismo e o conservadorismo moralista como mero instrumento de mobilização e aglutinação política esconde o caráter de classe que se expressa em um tipo de exercício de

⁶¹ Lei nº 14.026/2020.

poder: aquele tipo que advoga o direito de definir os que são descartáveis, quem pode ou deve morrer por ser empecilho à expansão da acumulação capitalista. São as populações indígenas, os povos das florestas, a população negra das favelas e das periferias, a classe trabalhadora dependente da proteção trabalhista e das políticas sociais redistributivas.

Esse poder que se exerce por meio da morte, não apenas pelo controle produtivo dos corpos, foi designado por Mbembe⁶² como necropolítica, que significa tornar a violência uma política governamental, que combina liberação da compra e uso de armamentos, fomento e articulação com milícias, difusão de valores patriarcais, como machismo, xenofobia, supremacia branca, individualismo, competição, meritocracia, e retorno dos conflitos à esfera privada – empresarial ou familiar –, eliminando a regulação pública e estatal. A desregulação do trabalho, a educação domiciliar e o direito dos pais de não vacinar as crianças são alguns exemplos de uma liberdade que favorece o mais forte.

O enfraquecimento da gestão pública se deu de forma ampla e por vias diversas: destruição do patrimônio e da produção cultural, entrega dos recursos naturais como energia, águas e petróleo às corporações multinacionais, politização das Forças Armadas, militarização das instituições públicas e subordinação do orçamento público aos interesses políticos paroquiais, destruindo a inteligência e o planejamento estatais. Contudo, esta seção se concentrará apenas nos efeitos sobre a proteção social, para se manter dentro do escopo deste dossiê.

Ainda no governo de Michel Temer, foram lançadas as bases das políticas de retrocesso a partir da Reforma Trabalhista, que veio a ser aprofundada pela Lei da Liberdade Econômica e pela Reforma Previdenciária, ambas aprovadas no governo sucessor de Jair Bolsonaro. Tais reformas tiveram como consequências a redução do poder dos trabalhadores e o aumento da desproteção social e da pobreza ao promover:

- o enfraquecimento do movimento sindical, ao retirar abruptamente sua fonte de financiamento, que já vinha debilitado pelo aumento do desemprego fruto da estagnação econômica, da desindustrialização e das transformações tecnológicas na esfera da produção (Lei 13.476/2017);
- a desconstrução das normas coletivas de contratação do trabalho e do controle público das relações laborais, por meio da lei da terceirização irrestrita (13.874/2019), o que prejudicou os trabalhadores nas negociações com seus patrões;

62 MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. Melusina, 2020.

- a perda de direitos trabalhistas mínimos aos trabalhadores de plataformas, que vivenciam a nova forma de superexploração do trabalho, o que viria a ser legitimado pelo Supremo Tribunal Federal;
- a criação de barreiras para o acesso aos benefícios previdenciários, aumentando o tempo de trabalho e reduzindo o valor dos benefícios por meio através da Reforma Previdenciária (EC 103/2019) – medidas que representam o fim da segurança na velhice e a proteção social contra o adoecimento e a invalidez, prejudicando ainda mais as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Esses cenários de desmonte se deram por meio de diferentes mecanismos: desfinanciamento, desregulação, barreiras ao acesso e favorecimento dos interesses privados. O Decreto 9759/2019 extinguiu centenas de conselhos e colegiados, demolindo a arquitetura da participação social que caracterizou a democracia após a Constituição Federal de 1988. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, foi regulamentado por lei e, portanto, não pode ser extinto, mas manobras recentes do Ministério da Saúde tentam criar estrutura paralela, formando um conselho de usuários da saúde, que pode ter como resultado esvaziar o combativo CNS (Portaria GM/MS Nº 164/2022).

A lógica perversa de combinar desfinanciamento das políticas com a quebra de sua coluna vertebral também se implantou na área assistencial. As principais estruturas de sustentação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) foram os programas de transferência de renda (Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada) e a rede de serviços (Centro de Referência de Assistência Social e Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Muitos equipamentos públicos foram fechados em várias partes do país em função do desfinanciamento.

O aumento da pobreza, da fome e das enfermidades aumenta também a pressão sobre o Sistema Único de Saúde, que sofreu desmonte semelhante por meio dos mecanismos já citados: desfinanciamento, desregulação, barreiras ao acesso e favorecimento dos interesses privados.

O SUS na pré-pandemia de COVID-19: do subfinanciamento ao desfinanciamento

Desde 2016, no período que antecede a chegada da pandemia de COVID-19, o SUS vivenciava um processo de desinstitucionalização e desfinanciamento, aprofundando a fragilização do pacto social configurado na Constituição de 1988.

Enquanto os sistemas públicos universais, como o do Canadá (1947) e Inglaterra (1948), foram criados em momentos de forte participação do Estado, disponibilidade de financiamento de longo prazo e expansão econômica, o SUS foi criado em um contexto antagônico: enquanto a Constituição brasileira impelia o país para ampliação de direitos, grande parte do mundo aderiu às recomendações do Consenso de Washington, um dos marcos da ampliação do neoliberalismo nos países da América Latina⁶³.

A receita do Consenso preconizava uma combinação de corte de gastos públicos e redução da tributação das empresas, tendo como consequência menos arrecadação e serviços públicos e se traduziu na ampliação do setor privado em todas as áreas, mediante privatizações e abertura das economias para o investimento estrangeiro.

As principais lacunas e déficits do SUS foram se sedimentando ao longo dos anos pós-constitucionais, independentemente das coligações político-partidárias que governaram o país, com o subfinanciamento e, depois, o desfinanciamento do sistema e o não atendimento satisfatório às diretrizes da equidade, da integralidade e da regionalização. Esta afirmação está fundada em dois fenômenos que atravessaram o período de implementação do sistema e se aprofundaram mais recentemente: a) a progressiva redução da contrapartida federal no financiamento do SUS; e b) o incentivo direto ou indireto no mercado privado de saúde.

Quanto ao primeiro, ressalta-se o recuo sistemático do governo federal de sua participação no financiamento da saúde, com um gasto público *per capita* equivalente a menos de 1/5 do que é praticado pelos países da OCDE⁶⁴. Quanto ao segundo, ressalta-se que, apesar da ausência de tal agenda no debate que conduziu à reforma sanitária no final dos anos 1980, o que se observou após a aprovação da Constituição foi o financiamento direto e indireto do mercado privado da saúde pelo

63 ARAGÃO, Erika; FUNCIA, Francisco. O SUS e as políticas de austeridade: o Brasil na contramão mesmo após a crise gerada pela pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Planejamento Orcamentário**. Brasília, Volume 11, nº 01, 2021. p-49-61. Disponível em: <<https://assecor.org.br/rbpo-revista-brasileira-de-planejamento-e-orcamento/vol-11-numero-1-2021/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

64 DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. A 'conjuntura pandêmica' e o SUS – subsídio ao resgate e atualização do SUS constitucional. **CEE Fiocruz**, Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1444>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

governo federal. O incentivo fiscal do Estado é um exemplo: o valor da renúncia fiscal apenas no imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas das operadoras é, a cada ano, superior ao lucro líquido declarado oficialmente pelas empresas de saúde suplementar. Isso indica que sem o incentivo e renúncia fiscal tais empresas provavelmente não conseguiriam alcançar tamanha magnitude no país.

O Estado passa também a comprar serviços (procedimentos hospitalares e laboratoriais) no sistema privado complementar. Se nos países com sistemas universais, o setor privado participa de maneira residual, subordinado às diretrizes constitucionais e integrando ao sistema público de saúde, no Brasil, o setor privado se impõe sobre setor público, ultrapassando-o em alguns níveis de atenção. Hoje, aproximadamente 65% das internações hospitalares do SUS são realizadas no setor privado, e esse percentual pode chegar a mais de 90% em setores onde a saúde privada concentrou mais apropriação tecnológica, como em serviços de diagnósticos e terapias ultraespecializadas. Ou seja, onde a especialização e o lucro são maiores, o governo brasileiro chega a comprar mais de 90% no mercado, perdendo uma grande oportunidade de fortalecer o seu complexo econômico industrial⁶⁵.



Ato político do 8º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em João Pessoa (2019). Crédito: Abrasco.

Tal distorção é explicitada quando se observa que os 25% da população brasileira que constituem os consumidores de planos privados realiza um gasto superior

65 Entrevista realizada com Nelson Rodrigues dos Santos em 12 jul. 2022.

ao SUS, que está disponível para 100% da população. Dessa forma, o orçamento *per capita* para os 75% da população que dependem exclusivamente do SUS, corresponde a menos de 1/5 dos que fazem parte dos 25% possuidores de planos privados de saúde⁶⁶.

Uma pesquisa utilizando metodologia aplicada em países da OCDE, tomando o Produto Interno Bruto (PIB) como referência, constatou que, em 2019, do total de 9,6% dos gastos em saúde no Brasil, apenas 3,9% foram gastos públicos; 5,4% foram privados e 0,3% não foi identificado. Esses dados compreendem os gastos públicos, planos e seguros de saúde privados e o pagamento direto do bolso das famílias. Neste mesmo ano, na média dos países da OCDE, os regimes públicos de saúde responderam por 6,1% do PIB, contra uma média de 2,1% de gastos privados. Entre 2015 e 2019, a participação pública no financiamento do sistema de saúde, excluídos os regimes não identificados, diminuiu de 44,8% para 42,2% no Brasil⁶⁷.

Essa manutenção histórica de gastos privados superiores aos gastos públicos com saúde desde a criação do SUS aponta o seu subfinanciamento crônico, a despeito de uma série de marcos normativos terem buscado garantir vinculações para os recursos da saúde nesse ínterim.

Em 2015, a Emenda Constitucional nº 86 tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e definiu que os recursos federais mínimos para a saúde seriam calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, com patamar inicial de 13,2%, em 2016, até atingir 15% da RCL em 2020. Entretanto, os recursos seriam insuficientes para garantir a compatibilidade dos gastos públicos com os de sistemas universais. Isto agravado pela redução da participação do nível federal de 73%, em 1991, para 32%, em 2019. O nível federal é o que possui maior capacidade de arrecadação no modelo federativo brasileiro.

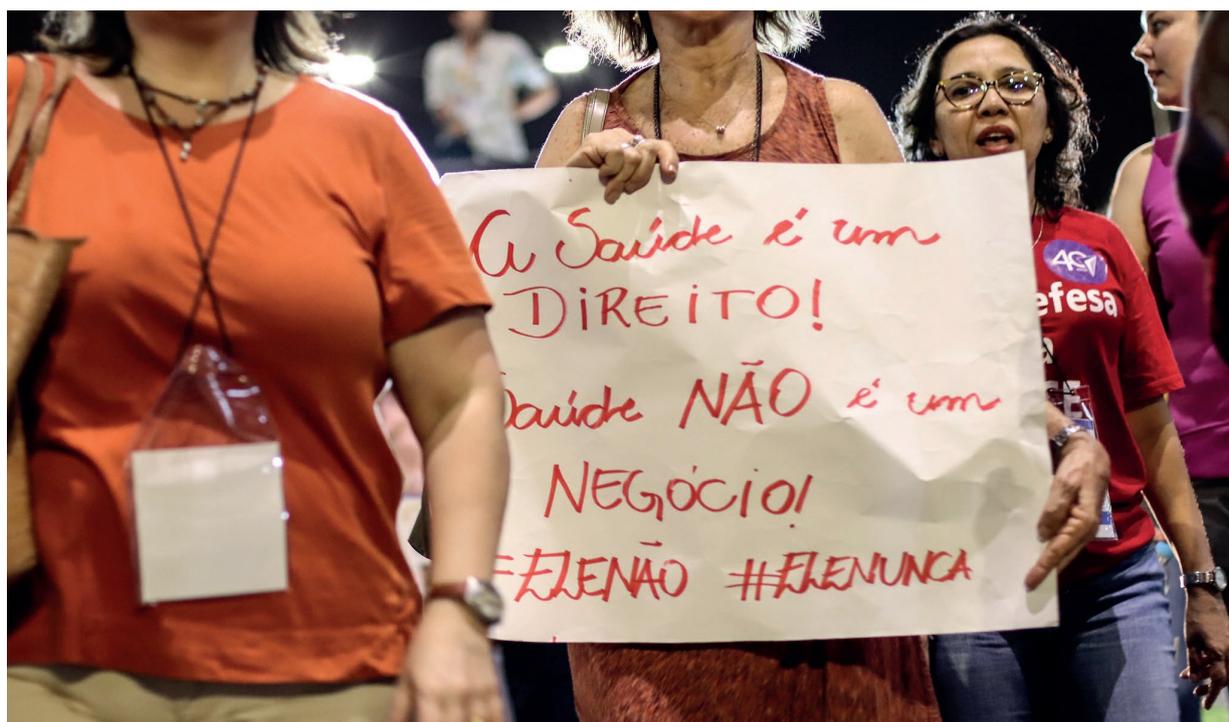
O Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, está transformando o subfinanciamento crônico do SUS em desfinanciamento. A primeira condição é entendida como quantidade insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e igualitário, considerando os aspectos equitativos. A segunda condição implicaria redução dos recursos já insuficientes e se perpetuado por muito tempo inviabilizará o SUS universal e integral.

66 A 'conjuntura pandêmica' e o SUS – subsídio ao resgate e atualização do SUS constitucional – por Nelson Rodrigues dos Santos | CEE Fiocruz. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1444>>. Acesso em: 27 out. 2022.

67 BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

Ao alterar as relações entre as dimensões fiscal e social, a EC 95 submeteu os direitos sociais ao ajuste à fronteira fiscal. Isto é, mesmo com a retomada do crescimento econômico, não haveria espaço para aumento dos recursos públicos, o que levaria inevitavelmente a redução do gasto social. Entre 2018 e 2020, caso consideremos os recursos extraordinários para a COVID-19, o congelamento do piso determinado pela EC 95 retirou R\$ 22,5 bilhões do SUS quando comparado ao marco normativo anterior⁶⁸. Se isso já era evidente, com a crise do novo coronavírus, a necessidade de ampliação de recursos para o SUS tornou-se preocupante.

Stuckler e Basu (2013) demonstraram os efeitos devastadores das políticas de austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações. Suas críticas sobre essas políticas mostram que esse tipo de gerencialismo economicista atende, em última instância, aos interesses da iniciativa privada, que tem crescido dentro e fora do Estado na área da saúde⁶⁹. No caso brasileiro, observa-se a contradição entre o modelo redistributivo descrito na Constituição e os baixos níveis de gasto público com saúde praticados desde a criação do SUS e aprofundados com a EC 95.



Ato político do 8º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em João Pessoa (2019). Crédito: Abrasco.

A Constituição de 1988 assegura que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, tendo o SUS como princípios fundamentais a universalidade, integralidade e igualdade. Apesar disso, o segmento privado representa maior percentual do PIB,

68 Dinheiro novo aprovado para a saúde devido à pandemia deve se tornar permanente. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/dinheiro-novo-aprovado-para-a-saude-devido-a-pandemia-deve-se-tornar-permanente.html>>. Acesso em: 27 out. 2022.

69 STUCKLER, David.; BASU, Sanjay. **The Body Economic: Why Austerity Kills**. New York: Basic Books, 2013. 240 p.

em comparação com o setor público, inviabilizando na prática o cumprimento dos princípios constitucionais.

A esperança equilibrada: as fortalezas do SUS e seu papel decisivo na chegada da pandemia

Nos anos 1980, o processo que permitiu a criação do SUS forjou um pacto social e federado que contou com o apoio de praticamente todas as classes sociais, incluindo as classes média e média alta, que abarcam as categorias profissionais liberais da área da saúde. Contudo, se a legitimidade do SUS era forte em seu nascedouro, a longa hiperliberalização que se iniciou na década subsequente levou ao seu progressivo desgaste e perda de representatividade junto à sociedade. Ilustrativo desse fenômeno é que, aproximadamente, 2/3 dos indivíduos que possuem planos de saúde no Brasil pertencem às classes média e média alta, ao contrário do que ocorre nos países ricos que possuem sistemas universais públicos de saúde. Isso acaba por produzir um menor apoio desses grupos ao SUS, ainda que a tendência tenha sido alterada pela pandemia de COVID-19, quando se observou amplo apoio de todos os estratos sociais ao sistema.

A principal fortaleza do SUS emana da diretriz constitucional da universalidade, que tem sido seu carro chefe desde a criação. Esse princípio, desenvolvido antes mesmo da implementação do sistema, em 1988, foi elaborado por entidades vinculadas à reforma sanitária e ao movimento previdenciário e contribuiu para a emergência de um novo modelo em que o acesso à saúde, em seus diferentes níveis, fosse possível em todas as regiões do país, para todos os brasileiros. As circunstâncias específicas e históricas desse movimento refletem uma combinação de tensões, mas também uma formulação sofisticada de como a política pública deve responder a demandas que estão colocadas em um determinado tempo. Desta forma, o modelo único e universal, construído com ampla representação social, acabou por influenciar os demais componentes das políticas de proteção social. Ou seja, por ter sido baseado em amplo movimento, o SUS acabou funcionando também como uma espécie de modelo aspiracional para outros modelos de proteção social: os campos da assistência social, da segurança pública e da habitação são os exemplos mais emblemáticos de desenhos de políticas influenciados pelo SUS.

Em resumo, os principais aspectos positivos do SUS no momento da chegada da pandemia podem ser agrupados em três elementos. O primeiro é a implementação do princípio da universalidade em termos de acesso aos serviços e aos bens de

saúde. O segundo corresponde à existência de um sistema estruturado de fato, que se desenvolveu no ambiente municipal, quando ainda não havia competências para a provisão de serviços de saúde com esse tipo de complexidade e abrangência. Por fim, o terceiro fator se refere à participação do SUS como parte de uma cultura de política pública no Brasil. Essa potência existe desde a reforma sanitária, manifestando-se massivamente durante a pandemia de COVID-19. Uma cultura que se desenvolveu de baixo para cima, a partir dos movimentos sociais até os mais elevados escalões da administração pública.



Ato político do 8º Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em João Pessoa (2019). Crédito: Abrasco.

A desarticulação das iniciativas governamentais para a segurança alimentar e nutricional

O debate sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) abarca múltiplos conhecimentos, que envolvem a relação entre disponibilidade e acesso aos alimentos, consumo e qualidade da alimentação, condição de saúde e estabilidade para manter uma situação de vida satisfatória.

A expressão mais ampla que se consagra no país sobre o tema, retratada na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional⁷⁰ (LOSAN), de 2006, compreende um segmento importante da sociedade brasileira, incluindo gestores, técnicos de governo, instituições acadêmicas e organizações sociais.

A LOSAN criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) a partir de dois grandes pilares: o de participação e controle social, representado pelo extinto Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e seus semelhantes no nível dos estados e municípios, e o fomento à intersectorialidade, representado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), cujos similares nos estados e municípios ainda sobrevivem.

Considerando que a SAN é compreendida como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”⁷¹, a participação e o controle social representativo e diverso é essencial para que as diferentes realidades, experiências e propostas tenham visibilidade e sejam incorporadas de maneira efetiva no processo das políticas públicas.

Observa-se, portanto, que o conceito de SAN se articula diretamente com o direito humano à alimentação adequada. Quando esse direito é violado, tem-se a situação de insegurança alimentar, que envolve diferentes condições, entre as quais o fenômeno da fome.

No dia 1º de janeiro de 2019, foi editada a Medida Provisória nº 870⁷², a primeira do presidente em exercício Jair Bolsonaro, que tratava da reforma administrativa do Governo Federal. Esta Medida criou o Ministério da Cidadania em substituição ao Ministério do Desenvolvimento Social, responsável pela coordenação da implementação do Sisan, e alterou profundamente a LOSAN ao extinguir o Consea.

Com isso, a MP interrompeu o processo de construção de um sistema nacional articulador de políticas. As graves consequências foram duramente sentidas

70 BRASIL. Lei no 11.346, de 15 set. de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

71 BRASIL. Lei no 11.346, de 15 set. de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

72 BRASIL. Medida Provisória Nº 870, de 01 jan. de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=MPV&numero=870&ano=2019&ato=31aETRq5keZpWTddb>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

pelos grupos em situação de maior vulnerabilidade, durante a crise econômica e de saúde pública em função da ausência deste canal de diálogo entre governo e sociedade e da fragmentação das ações finalísticas de SAN. Medidas posteriores também paralisaram o funcionamento da Caisan.

Mesmo com os dados e as evidências sobre o aumento da pobreza e da fome no Brasil, não houve qualquer articulação no âmbito executivo federal para definição de prioridades nem articulação de ações para enfrentar esses problemas.

O IBGE, utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)⁷³, avaliou a insegurança alimentar em quatro inquéritos nacionais: as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 2004, 2009 e 2013 e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)⁷⁴, de 2018. A comparação revelou que os anos compreendidos no período de 2004 a 2013 foram marcados pelo aumento das famílias em segurança alimentar e pela redução daquelas em situação de insegurança alimentar grave. Porém, na POF de 2018, foram observados a redução da segurança alimentar e o aumento da insegurança alimentar grave, principalmente entre famílias mais vulneráveis, marcadas pelas desigualdades de renda, de gênero e raça/cor de pele (IBGE, 2020).

Avaliando a situação institucional, de equipes de trabalho e orçamentária, pode-se concluir que regredimos profundamente em relação aos principais programas para a garantia da SAN. Entre 2014 e 2018, o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e a assistência técnica tiveram seus orçamentos reduzidos em 62% e em mais de 90%, respectivamente. Ações voltadas para o apoio a atividades das mulheres rurais e a garantia de terra e território para povos indígenas e comunidades tradicionais também sofreram cortes na ordem de 90%⁷⁵. Apenas o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) mantém íntegros sua dinâmica operacional e o orçamento público.

73 Em 2004, o Brasil adotou a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) para estimar a insegurança alimentar da população. Trata-se de metodologia usada para identificar situações de privação na alimentação vividas pelas famílias, antes que se instalem quadros de agravos à saúde e do estado nutricional das pessoas. A EBIA avalia a gravidade da insegurança alimentar nos lares a partir da percepção dos responsáveis pelo preparo das refeições das famílias, diante da escassez de dinheiro, em quatro níveis (segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave). O nível mais severo da escala – insegurança alimentar grave – permite o monitoramento da fome no país, padrão também adotado por outras escalas de aferição da insegurança alimentar em países como Estados Unidos, na América Latina e pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO).

74 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: Análise da Segurança Alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 69 p. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2022.

75 FIAN BRASIL. **Informe Dhana 2019**: autoritarismo, negação de direitos e fome. Brasília: 2019. 102p. Disponível em: <<https://fianbrasil.org.br/informe-dhana-2019-faca-download-aqui/>>. Acesso em: 28 out. 2022.

Esse padrão de desinvestimento público se reproduz em todas as áreas sociais, na garantia de direitos e na proteção ao meio ambiente, constituindo-se também importantes indicadores do desinteresse governamental pela SAN no país⁷⁶.

A desconstrução do sistema único de assistência social no contexto de contrarreformas e crise social brasileira

O sistema protetivo brasileiro é composto por políticas sociais setoriais, notadamente o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), entrelaçado com outras políticas de garantia e defesa de direitos. As políticas transversais atendem aos pactos civilizatórios construídos no Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos.

Tais agendas e direitos, materializados como conquistas parciais engendradas no processo emancipatório na dimensão política, são protagonizados por sujeitos coletivos (mulheres, pessoas idosas, juventude, pessoas com deficiência, povos indígenas, pessoas LGBTQIA+, povo negro, povos tradicionais) e por movimentos sociais, que vocalizam direitos a serem assegurados, reformas estruturantes e conquistas sociais e políticas, orientadas por projetos de sociedade. Desse modo, as políticas setoriais demandam forte articulação de pautas advindas das lutas sociais pela dignidade, liberdades, igualdade real e contra opressões. Estas pautas se materializam em direitos sociais, com foco prioritário na redução das desigualdades, especialmente de gênero, étnico-racial e social, e na organização de uma nova cultura e sociabilidade.

Em que pese a complexidade das demandas sociais, o que faculta a consolidação de um amplo, universal, integralizado e redistributivo sistema de proteção social, o SUAS definiu um campo de proteção novo para o Brasil, que se explicita nas seguranças que afiança: renda, acolhimento, convívio familiar e comunitário, autonomia e apoio e auxílio. De modo objetivo, vale destacar que com essa explicitação, a transferência de renda passou a ser direito e atingiu, em 2013, mais de 14 milhões de famílias no programa Bolsa Família. Do mesmo modo, o direito à segurança de renda em situações de emergência e calamidade reconhece e fortalece a obrigatoriedade estatal de socorrer e proteger as famílias com vulnerabilidade

76 ALVAREZ, Sílvia. **Orçamento 2021: entre erros, chantagens e falta de recursos para enfrentar a pandemia**. INESC. Disponível em: <<https://www.inesc.org.br/orcamento-2021-entre-erros-chantagens-e-falta-de-recursos-para-enfrentar-a-pandemia/>>. Acesso em: 28 out. 2022.

agravada em momentos e situações específicas e circunstanciais – como foi o caso do auxílio emergencial, ainda que tenha sido operado de modo excludente, desconectado do sistema de proteção. Destaca-se, ainda, a rede de serviços com mais de 13 mil unidades públicas, oferecendo atenções em territórios priorizados para famílias e indivíduos com seus direitos violados. Essa rede realiza mais de 30 milhões de atendimentos anualmente⁷⁷ em todo o Brasil.

O conjunto de benefícios e serviços ganhou robustez a partir de 2004 e permitiu a ampliação do modelo protetivo, sustentado pelo aumento do financiamento federal de forma exponencial, por uma estrutura unificadora, que tem por base o pacto federativo cooperativo, e por uma organização dialógica e democrática.

Em 2014, o SUAS contava com mais de R\$ 3,60 bilhões de recursos do cofinanciamento em ações e serviços. A reorientação política imprimida no Brasil pós 2016 impactou profundamente a implementação das políticas sociais em diferentes aspectos. Houve redução drástica do aporte de recursos no Fundo Nacional de Assistência Social e a desorganização da lógica de repasses regulares e automáticos fundo a fundo.

A análise comparada entre os recursos aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e o orçamento autorizado pelo Governo Federal para o exercício de 2021 constata a redução de R\$ 2,6 bilhões para R\$ 1,1 bilhão, com retirada de mais de R\$ 1,15 milhão de recursos da proteção social básica e de mais de R\$ 555 milhões da proteção social especial. Essa retirada de recursos vem ocorrendo, especialmente, pela vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016. A redução fragiliza as provisões do SUAS nos municípios.

Essa condução que minimiza o Estado Social também desconstrói o pacto federativo, uma vez que, desde 2016, não existe pactuação de novos recursos para atender demandas da proteção não contributiva, repercutindo negativamente na oferta dos serviços e benefícios socioassistenciais em várias dimensões, com destaque para: (a) ausência do repasse de recursos do Índice de Gestão Descentralizada (IGD-SUAS) - para que houvesse um mínimo de estruturação nessa área; (b) desrespeito às regras republicanas, democráticas e federativas na integração e articulação da gestão compartilhada; as instâncias de gestão democrática, participativa e deliberativa, como é o caso do Conselho Nacional de Assistência Social e da Comissão Intergestores Tripartite, que não têm sido

77 DIREITOS VALEM MAIS. Nota Técnica | LDO/LOA 2021 e PEC 188: Piso Mínimo Emergencial para serviços essenciais, desmonte do Estado pela PEC do Pacto Federativo e necessidade de mudanças urgentes nas regras fiscais. Disponível em: <<https://direitosvalemmais.org.br/2020/09/30/nota-tecnica-ldoloa-2021-e-pec-188-piso-minimo-emergencial-para-servicos-essenciais-desmonte-do-estado-pela-pec-do-pacto-federativo-e-necessidade-de-mudancas-urgentes-nas-regras-fiscais/>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

respeitados em suas decisões; (c) ausência de financiamento e orientação na formação de trabalhadores para o SUAS, sobretudo diante de novos protocolos para a atuação no contexto da pandemia de COVID-19; (d) Inconsistência na gestão dos sistemas de informação (como no SUASWEB), e descontinuidade na construção de tecnologias democratizantes.

Apesar dos revezes, existe resistência das organizações, de entidades, de gestores municipais e estaduais, de fóruns populares, de movimentos da sociedade civil, que comprova a dinâmica do Estado em disputa e a possibilidade real de um projeto de reconstrução de um sistema de proteção social brasileiro.

A devastação da ciência, tecnologia e inovação

Desde o início do mandato de Jair Bolsonaro, duas vertentes de ação política compuseram o projeto do governo: a vertente do bolsonarismo, movimento ideológico baseado na perspectiva antissistema, na truculência de corte fascista e na permanente oposição à ciência, e a vertente de corte neoliberal e fiscalista, que se apoia predominantemente em temas socioeconômicos – cuja expressão mais formalizada se deu ainda em 2016, no documento que consubstanciou as motivações para o impeachment de Dilma Rousseff e inspirou o projeto Ponte para o Futuro, do governo de Michel Temer.

Outra característica do projeto Bolsonaro diz respeito ao sequestro de dados e informações. Mais do que uma consequência colateral e passiva da incompetência e do desmonte institucional, parece ser um projeto, parte integrante do exercício do poder. No terreno da política de Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI), corrobora essa hipótese uma consulta à página de indicadores nacionais do MCTI relativos a 2020, que é a última disponível.

A série termina em 2018⁷⁸. Mesmo que não seja possível uma observação mais profunda da devastação provocada pelo Governo Federal, dada a escassez de informação, é possível identificar alguns de seus componentes essenciais, que serão detalhados mais adiante. O primeiro refere-se à devastação da política científica e tecnológica realizada em universidades e institutos de pesquisa, decorrente da ideologia bolsonarista e do fiscalismo. O outro é referente à política de inovação, que ocorre principalmente nas empresas, fruto das abordagens neoliberais do programa Ponte para o Futuro. Por fim, o terceiro diz respeito à

78 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação 2020**. Brasília: MCTIC, 2020. 166p. Disponível em: <https://antigo.mctic.gov.br/mctic/export/sites/institucional/indicadores/arquivos/Indicadores_CTI_2020.pdf>. Acesso em 28 out. 2022.

fuga de cérebros – cientistas e profissionais qualificados –, resultante das ações previamente mencionadas.

De um modo esquemático, a devastação na política científica e tecnológica pode ser examinada segundo duas estratégias: estrangulamento orçamentário-financeiro, fruto do fiscalismo radical, das instituições de fomento federal e erosão institucional, que agrediu o ambiente acadêmico e a autonomia universitária, aqui incluídos alguns institutos federais de pesquisa. Soma-se ao arrocho orçamentário-financeiro um agravante ideológico expresso na devastação do próprio Ministério da Educação, entregue a fundamentalistas com competência para a destruição. Nessa mesma chave, houve influência também na escolha dos reitores de universidades federais. O argumento que sustentou esse agravante ideológico foi a necessidade de eliminar dessa instituição aquilo que o bolsonarismo denomina “marxismo cultural”.

A construção de uma política pública de ciência e tecnologia tem como marco temporal inaugural o ano de 1951, quando foram fundados o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Dois outros marcos foram o início da operação efetiva da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em 1962, quando a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) passou a ser a secretaria-executiva do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), em 1971.

Essa caminhada da política de ciência e tecnologia teve sempre um curso acidentado no que se refere à sua sustentação orçamentária e financeira, em particular no âmbito federal. Para ficar apenas nos movimentos mais importantes e tomando como indicador o FNDCT, houve um impulso relevante durante a maior parte da década de 1970, seguido de um intenso recuo na primeira metade da década de 1980. Após uma leve recuperação na segunda metade, tornou a recuar durante a maior parte da década de 1990, recuperando-se, no final, com a constituição dos Fundos Setoriais.

Neste século, até 2015, houve um crescimento sustentado do esforço científico e tecnológico, que pode ser medido pelo crescimento dos aportes financeiros públicos à atividade de pesquisa, pela ampliação de instituições com atividade de pesquisa, sobretudo universidades e institutos federais, pela tendência de crescimento do número de programas, de matrículas e de egressos na pós-graduação, pelo aumento da taxa de internacionalização da pesquisa brasileira e pelo aumento da presença de pesquisadores brasileiros em bases de dados internacionais.

Após 2015, essa tendência foi revertida radicalmente, não apenas com uma diminuição generalizada dos recursos financeiros federais para a pesquisa, como também com a fragilização das instituições fomentadoras e executoras de atividade científica e tecnológica. Essa fragilização também decorreu da redução do quadro de servidores e da disseminação de um ambiente de intolerância contra os pesquisadores e dirigentes das agências de fomento e de muitas instituições de pesquisa.



Presidente Dilma Rousseff tira fotos com estudantes após a cerimônia de lançamento da segunda etapa do programa Ciência Sem Fronteiras (2014). Crédito: Valter Campanato/Agência Brasil.

No Brasil, o desenvolvimento da política de inovação produtiva está associado à trajetória da indústria, cuja última tendência generalizada de crescimento ocorreu a partir da década de 1950 com a fundação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em 1952, que também apoiou a política de inovação. Em 1967, a política de inovação passa a contar com o reforço da Finep. Entretanto, a partir de 1985, quando atingiu 24,5% de participação relativa no PIB no ano, a indústria de transformação brasileira iniciou um período de diminuição consistente até atingir 9,9%, no quarto semestre de 1999.

O período desse descenso foi contemporâneo à revolução da automação industrial na indústria do hemisfério norte, o que aumentou os desafios postos à indústria brasileira. Nesse momento, formou-se um vínculo mais forte entre política de inovação e política de ciência e tecnologia, provocado pelo estreitamento espaço-

temporal dos ambientes de pesquisa, desenvolvimento e inovação. No entanto, a partir de 2015, ao lado desses elementos mais estruturais, a política de inovação passou a sofrer com o esvaziamento tanto do BNDES quanto da FINEP em seu componente de financiamento e subvenção econômica às empresas.

No ensino superior, estamos acompanhando um desmonte acelerado com cortes no orçamento público, que impactam de sobremaneira o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação. Esses cortes têm atingido os investimentos em pesquisa, as bolsas de formação de novos pesquisadores (mestrado, doutorado e pós-doutorado) e o sistema de pós-graduação do país. No campo simbólico, as acusações de doutrinação e incompetência, proferidas pelo governo e seus seguidores acerca das universidades e dos professores, insistem em uma narrativa que desvaloriza a universidade e a escola pública. Esse desmonte alcançou também as estruturas das instituições de ensino superior, que possuem grande relevância na produção de CTI.

Muito embora ainda não haja evidências empíricas sistematizadas, é muito provável que esteja ocorrendo um êxodo importante de pessoal qualificado, inclusive pesquisadores, devido a essa dupla frustração, na qual a escassez de recursos financeiros para a pesquisa soma-se às perseguições e à intolerância. Há, ainda, a falta de perspectiva de jovens, graduandos e jovens cientistas para com a carreira científica, diante dessa conjuntura de destruição e ausência de um projeto de nação.



Em 11 de março de 2022, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, classifica novo coronavírus como pandemia. Crédito: Fabrice Coffrini/Agence France-Presse – Getty Images

Parte 2

A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade



O pesquisador Pedro Hallal participa da CPI da Pandemia, apresentando dados sobre o estudo de enfrentamento da pandemia de COVID-19 que liderou ao lado da diretora-executiva da Anistia Internacional, Jurema Werneck (que também estava presente na CPI). Ao lado do pesquisador, o senador Randolfe Rodrigues, vice-presidente da CPI. Crédito: Jefferson Rudy/Agência Senado.

Panorama clínico, demográfico e epidemiológico da COVID-19 no Brasil

Dimensões biológicas e clínicas da doença no Brasil

Em 26 de fevereiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no Brasil. Tratava-se de um paciente do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, internado no dia anterior, com histórico de viagem à região da Lombardia, na Itália. Posteriormente, a análise genômica realizada em amostras representativas de todo o Brasil detectaria mais de 100 pontos de introdução do SARS-CoV-2 com origem de outros países. Foi estimado que mais de 76% das amostras provinham de 3 grupos, cada um deles partilhando o mesmo ancestral (clades), que foram introduzidos no Brasil por passageiros provenientes da Europa. Esses grupos disseminaram a doença por todo o território nacional entre 22 de fevereiro e 11 de março de 2020¹, evidenciando a ausência de vigilância de passageiros oriundos de outros países nos portos e aeroportos até aquele momento.

O Gráfico 2 mostra a dinâmica das linhagens do SARS-CoV-2 no Brasil. A variante Gama foi dominante entre janeiro e julho de 2021, sendo que, no segundo semestre, ela foi substituída pela Delta. No início de 2022, a variante Ômicron em poucas semanas tomou o lugar da Delta, sendo responsável por uma nova onda que assolou não só o Brasil, como o mundo. No ano de 2021 e início de 2022, 90,3% dos casos estudados no país, na proporção de casos notificados de cada variante de preocupação (VOC) em relação ao total de notificações, tiveram como causa a variante Ômicron; 9,1% a Delta; e menos de 1% a Gama². Essa tendência de predominância da Ômicron vem perdurando, com a maioria dos sequenciamentos distribuídos em diferentes sublinhagens dessa mesma variante. Em agosto de 2022, os principais genomas sequenciados e computados na plataforma GISAID eram:

- BA.5.2.1 (Ômicron): 803 genomas (52.1%);
- BA.5.1 (Ômicron): 352 genomas (22.8%);
- BA.5. (Ômicron): 108 genomas (7.0%)³

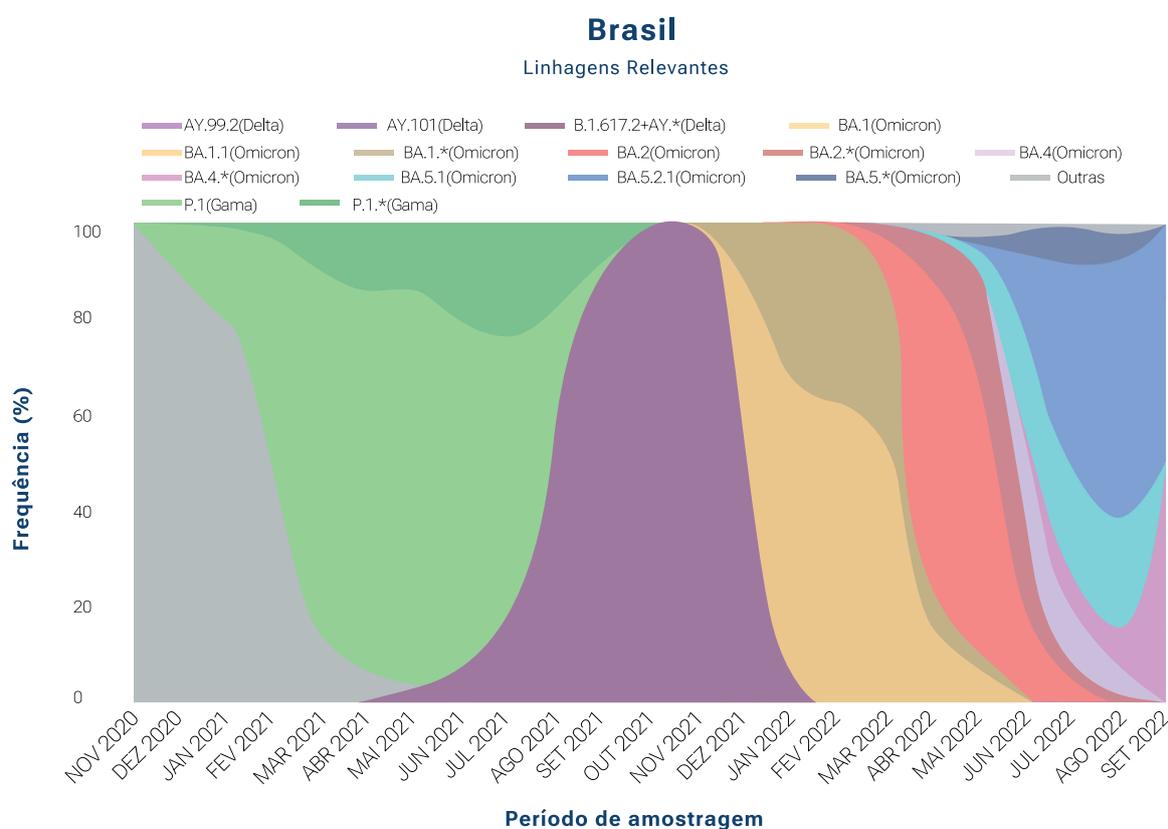
1 CANDIDO, Darlan S.; CLARO, Ingra M.; DE JESUS, Jaqueline G.; *et al.* Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science (New York, N.Y.)*, v. 369, n. 6508, p. 1255–1260, 2020.

2 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL - Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19, 105: Semana Epidemiológica 13 27/3 a 2/4/2022.

3 **Rede Genômica Fiocruz**. Genomahcov - Fiocruz. Disponível em: <<https://www.genomahcov.fiocruz.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A desigualdade no acesso a equipamentos de saúde de qualidade e a prevalência de condições crônicas não transmissíveis – obesidade, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, entre outras, nas populações mais vulneráveis – foram responsáveis pela grande disparidade tanto nas taxas de incidência, quanto nas de mortalidade na população brasileira. Estas disparidades podem ser observadas quando comparamos a região Norte com as Sul e Sudeste e evidenciam as desigualdades regionais.

Gráfico 2: Frequência das principais variantes do SARS-CoV-2 por mês de amostragem
(novembro 2020 a setembro 2022), Brasil.



Fonte: Fiocruz/Rede Genômica. Disponível em: <<http://www.genomahcov.fiocruz.br/dashboard-pt/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A elevada prevalência daquelas condições crônicas não transmissíveis ao se associarem à COVID-19 provocou o número ascendente de casos graves e óbitos, que, por sua vez, estressou de sobremaneira os serviços de saúde públicos e privados. Essa justaposição de condições adversas foi caracterizada por alguns autores como “sindemia”, como explicado na seção anterior. Sendo assim, as populações vulnerabilizadas da periferia dos grandes centros e dos municípios de menor renda sofreram desproporcionalmente os impactos da COVID-19.

O estresse dos serviços de saúde em grandes cidades brasileiras, semelhante ao de outros países, provocou a redução da procura por atendimento de urgência e

emergência e das internações por outros motivos além de COVID-19, impactando o tratamento e o desfecho de condições que são sensíveis ao tempo de uma abordagem clínica⁴.

Em relação ao quadro clínico, a pandemia no Brasil seguiu os desfechos observados ainda nos primeiros pacientes de Wuhan, em janeiro de 2020. Entre 20% e 30% constituíram-se de casos assintomáticos ou oligossintomáticos. Já de 70% a 80% apresentaram inicialmente sintomas respiratórios leves a moderados. Destes, de 10 a 15% vieram a requerer cuidados hospitalares em unidades de enfermagem ou de terapia intensiva. No entanto, a apresentação clínica dessa nova doença é algo que se aprendeu a duras penas no curso da pandemia.

O sistema respiratório é, geralmente, a porta de entrada, onde se manifestam os primeiros sintomas. No decorrer do processo infeccioso, foi observado que a presença de manifestações intestinais, como dor abdominal e diarreia, podem ser um desafio para o seu diagnóstico, isolamento e tratamento no tempo adequado. Outro fator que chamou atenção foi o quadro bifásico do processo infeccioso. Nos primeiros dias, prevalecem os sintomas agudos mais brandos e manejáveis. Na sequência, entre o 5º e o 7º dias, ocorre piora silenciosa do quadro clínico devido à resposta inflamatória exacerbada do organismo, manifestando o agravamento do padrão respiratório e das condições cardiovasculares e hematológicas. Esse padrão pode ter contribuído para a ocorrência de muitas mortes domiciliares por COVID-19. As complicações tromboembólicas também contribuíram para as altas taxas de mortalidade nas internações.

Também são relevantes as complicações pós-COVID – a COVID longa ou COVID crônica –, que são as manifestações que duram além de 12 semanas, após início do quadro agudo. Assim como na fase aguda, a apresentação tem amplo espectro, podendo acometer até 15% dos pacientes, independentemente da gravidade do quadro inicial. Os casos de COVID longa se apresentam majoritariamente com queixas de fraqueza e cansaço, mas podendo também se apresentar com queixas cognitivas ou relacionadas ao sistema nervoso autônomo como lipotímia, palpitações, sudorese, entre outros. O quadro de fadiga se assemelha à fibromialgia e algumas síndromes pós-infecciosas. A abordagem medicamentosa ou farmacológica ainda é limitada. A OMS indica como prioridade de pesquisa o desenvolvimento de terapias e melhor

4 BRANT, Luisa C. C.; PINHEIRO, Pedro C.; MACHADO, Isis E.; *et al.* The impact of COVID-19 pandemic course in the number and severity of hospitalizations for other natural causes in a large urban center in Brazil. *PLOS Global Public Health*, v. 1, n. 12, p. e0000054, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000054>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

caracterização clínica dos diferentes fenótipos de apresentação da doença⁵. Portanto, o acolhimento adequado e as orientações são fundamentais para o manejo dos casos.

Entramos em 2022 sob forte pressão do aumento de novos casos de COVID-19 e com o fantasma das superlotações de enfermaria e CTI ainda rondando o país. Novamente, repetem-se os erros do passado quanto à insuficiência na testagem, no isolamento de casos, na quarentena de contatos e na preparação da Atenção Básica para o enfrentamento dos casos menos graves.

Dinâmica populacional e desigualdade

A população brasileira foi uma das mais atingidas pela pandemia do SARS-CoV-2, ocupando o terceiro posto em número de casos, atrás de Estados Unidos e Índia, e o segundo em óbitos, perdendo apenas para os Estados Unidos. O contágio pelo vírus ocorreu de forma intensa e desigual, afetando sobremaneira o segmento populacional mais vulnerabilizado, aquele com maiores dificuldades de cumprir os protocolos sanitários de distanciamento social e uso de máscaras adequadas e com acesso limitado ao saneamento básico e aos serviços de saúde.

O cruzamento de dados de óbitos com as características socioeconômicas dos municípios e locais de residência das pessoas falecidas revelam que a geografia dos óbitos por COVID-19 segue muito próxima ao mapa da desigualdade social do país. Em geral, em termos relativos, sofreram mais diretamente as consequências da pandemia – óbitos, fome, desemprego etc. - os brasileiros negros, mais pobres, residentes nos pequenos municípios e nas periferias das grandes cidades. O quadro certamente seria ainda pior sem o legado de políticas públicas de saúde, emprego, assistência social e segurança alimentar estruturadas nas décadas passadas.

A pandemia chegou em um momento em que a pobreza, a desigualdade e o desemprego estavam em recrudescimento no país, depois de anos de queda até 2014. A extrema pobreza, que acometia cerca de 9 milhões de pessoas em 2014, já alcançara 14 milhões em 2019. Enquanto os mais pobres tiveram aumentos de renda de modo significativo ao longo dos anos 2000, por conta do aumento da oferta de empregos, valorização real do salário mínimo e transferência do Bolsa Família, desde 2015 vivencia-se uma reversão nesse quadro. Se entre 2002 e 2015 os mais pobres tiveram aumento de mais de 84% da renda domiciliar, entre 2015 e 2019 enfrentaram uma queda real de 10%⁶.

5 CARSON, Gail; CARSON, Gail; SIGFRID, Louise; *et al.* Research priorities for Long Covid: refined through an international multi-stakeholder forum. **BMC Medicine**, v. 19, n. 1, p. 84, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12916-021-01947-0>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

6 **Pobres mais pobres, ricos mais ricos - Le Monde Diplomatique**. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/pobres-mais-pobres-ricos-mais-ricos/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Do ponto de vista demográfico, os impactos provocados pela doença também foram bastante significativos. Dados do portal dos registradores civis⁷ apontam que o número de óbitos registrados em 2020 (cerca de 1,5 milhão) ultrapassou o de 2019 em aproximadamente 200 mil falecimentos, diferença essa atribuída quase que exclusivamente à COVID-19. Em 2021, a crise sanitária se agudizou ainda mais, gerando aproximadamente 405 mil óbitos causados pelo SARS-CoV-2. Cabe destacar que o número de mortes superou as estimativas do IBGE para os respectivos anos, algo que é pouco usual. Estudos preliminares estimam que a esperança de vida ao nascer dos brasileiros, em 2020, teria sofrido uma alarmante redução de quase 2 anos⁸.



Manaus-AM, janeiro de 2021: familiares de pacientes hospitalizados com COVID-19 fazem fila para reabastecer tanques de oxigênio vazios do lado de fora da empresa Nitron da Amazônia. Crise de desabastecimento atingiu, em Manaus, estado do Amazonas, Brasil, em 15 de janeiro. Crédito: Edmar Barros/AP.

No que tange aos nascimentos, apesar de o senso comum sugerir que teria havido aumento das taxas de natalidade em função do confinamento das famílias, o que se observou foram reduções sucessivas na comparação com 2019, ano em que foram registrados 2,806 milhões de nascimentos, contra 2,642 milhões e 2,627 milhões em 2020 e 2021, respectivamente. Esses números indicam que, num quadro de incertezas sobre o comportamento da pandemia, a população brasileira resolveu adiar a decisão de ter filhos para um momento posterior à crise sanitária.

7 Portal da Transparência - Registro Civil. Disponível em: <<https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

8 CASTRO, Marcia C.; GURZENDA, Susie; TURRA, Cassio M.; et al. **Reduction in the 2020 Life Expectancy in Brazil after COVID-19**. p. 2021.04.06.21255013, 2021. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21255013v1>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Os movimentos migratórios internacionais também foram seriamente impactados pela pandemia. Dados da Polícia Federal, obtidos no portal do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra)⁹, sinalizam a intensidade da queda no número de registros de solicitações de residência e de reconhecimento da condição de refugiado. Em 2019, o volume de solicitações de residências concedidas foi da ordem de 181,6 mil contra 92,5 mil, em 2020, e 163,8 mil, em 2021, apontando alguma recuperação, mas ainda em patamar inferior ao período pré-pandêmico. Quanto aos pedidos de refúgio, a redução foi de cerca de 65%, caindo de 82,6 mil, em 2019, para algo próximo a 29 mil nos dois anos subsequentes. Outra dimensão que deve ser destacada diz respeito aos movimentos pelas fronteiras áreas, terrestres e aquáticas. Antes da pandemia, os postos de fronteira registravam 30 milhões de movimentos em média por ano. Em 2020, esse número caiu para 9,4 milhões, e em 2021, para 6 milhões.

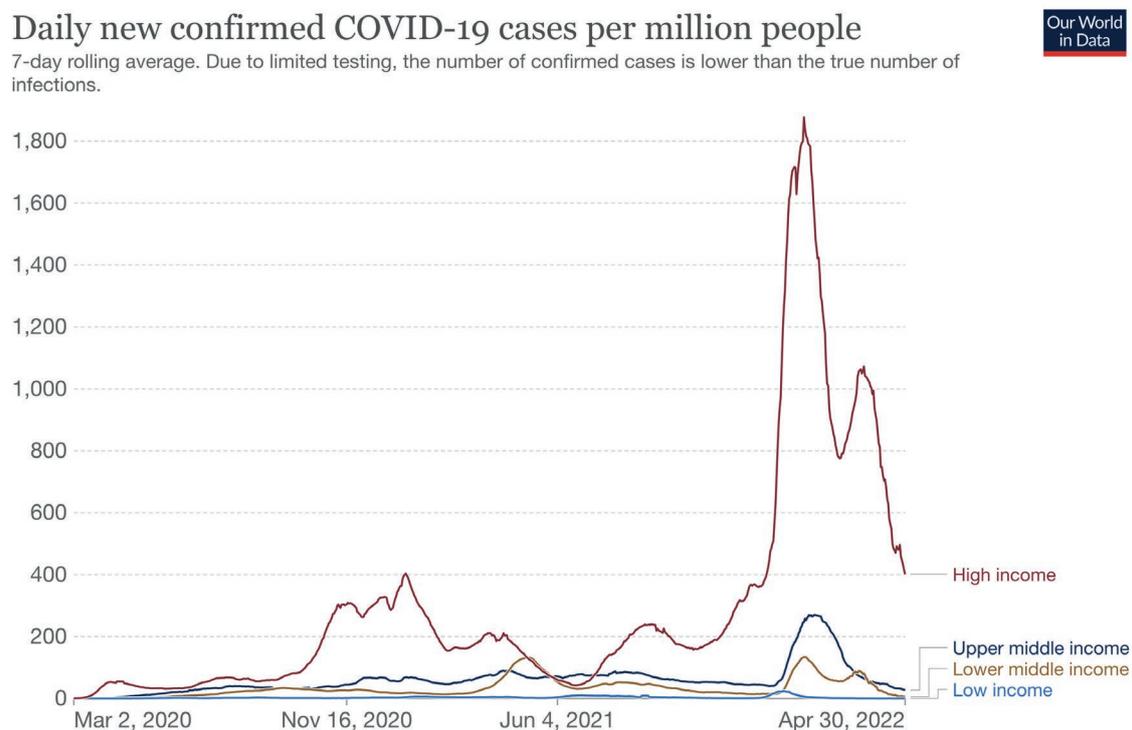
Já para os movimentos internos de população não existem informações confiáveis disponíveis. Especula-se sobre possível aumento da migração interna, cujos deslocamentos estariam partindo dos grandes centros em direção às áreas de veraneio, localizadas no litoral e nas regiões serranas – hipótese que só poderá ser comprovada com a divulgação do Censo Demográfico de 2022. De todo modo, é possível inferir, tendo por base experiências passadas, que os componentes da dinâmica demográfica retomarão os ritmos observados antes da pandemia, tão logo a crise sanitária cesse.

Panorama epidemiológico da doença no Brasil

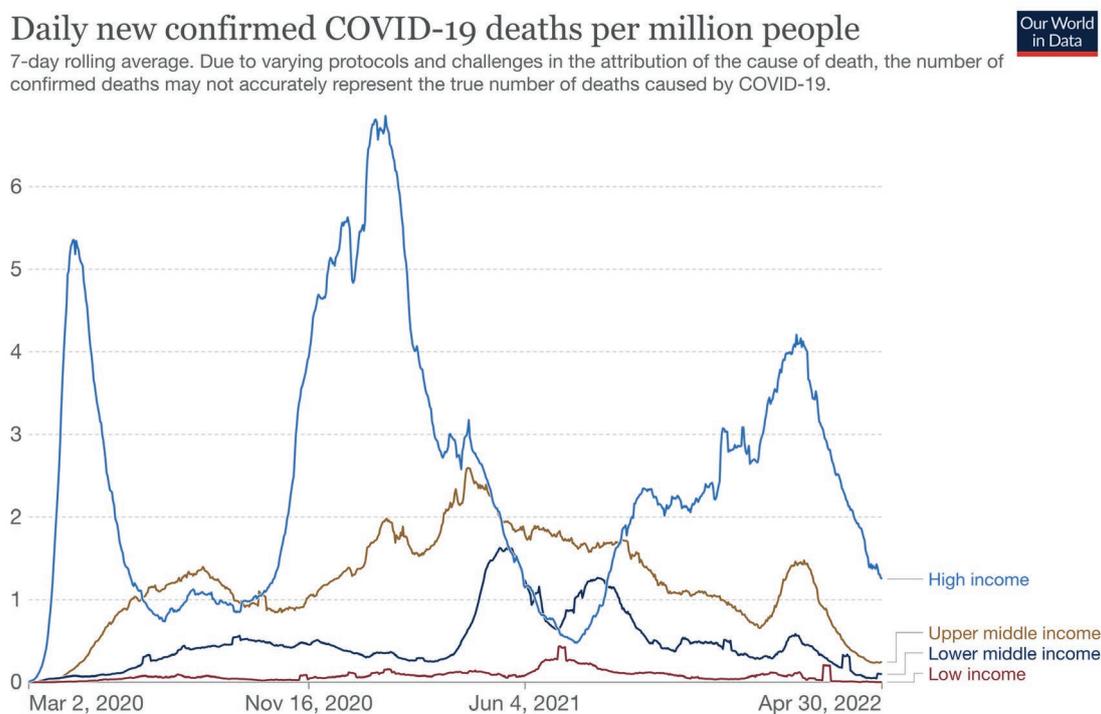
A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 se tornou o maior desafio sanitário mundial do século XXI. Foram diversas as estratégias técnico-políticas adotadas pelos países para enfrentar a pandemia, resultando em perfis epidemiológicos significativamente distintos em momentos diferentes da pandemia. O Gráfico 3 mostra que a pandemia não poupou nenhum país, seja de alta, média ou baixa renda. Os países de alta renda apresentaram as maiores médias móveis de óbitos (7 dias) por milhão de habitantes e a segunda média de casos por milhão de habitantes, depois dos países de média renda. Razões complexas contribuíram para quadros epidemiológicos distintos, como estrutura etária, capacidade e recursos para adquirir equipamentos para o enfrentamento da pandemia, testagem, disponibilidade de leitos hospitalares e de UTI, vacinas e capacidade de vacinação, grau de desigualdade social e pobreza, vontade política dos dirigentes e uso adequado das medidas não farmacológicas.

⁹ Relatórios OBMigra - Portal de Imigração. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Gráfico 3: Média móvel de casos e óbitos por COVID-19 por milhão de habitantes, de acordo com a renda dos países (março 2020 a abril 2022).



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-cases#daily-confirmed-cases-per-million-people>>. Acesso em 16 nov. 2022.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-deaths#daily-confirmed-deaths-per-million-people>>. Acesso em 16 nov. 2022.

O Brasil foi um dos países mais impactados pela pandemia de COVID-19, cuja rápida e deletéria evolução foi agravada pela ausência de uma coordenação nacional técnica e politicamente comprometida e por encontrar a população em situação de extrema vulnerabilidade social, sob os efeitos da expressiva redução dos investimentos públicos em políticas sociais e no SUS. Desta forma, estes fatores associados às altas taxas de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade no país contribuíram sindemicamente para promover a ampla disseminação do SARS-CoV-2. A inépcia e a incúria do Governo Federal no enfrentamento da pandemia podem ter sido responsáveis pelo maior volume de mortes evitáveis da história republicana brasileira.

O comportamento epidemiológico da COVID-19 no Brasil foi, ao mesmo tempo, semelhante ao que ocorria no mundo, mas também apresentou importantes particularidades. Entre 26 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação oficial de um caso confirmado, e 2 de abril de 2022, foram confirmados 30 milhões de casos e 660.371 óbitos atribuídos à COVID-19 no Brasil¹⁰, gerando uma taxa de incidência acumulada de 14.163,6 casos por 100 mil habitantes e taxa de mortalidade acumulada de 311,7 óbitos por 100 mil habitantes.

Apesar de os estados de São Paulo e Rio de Janeiro terem sido as primeiras vias de entrada do SARS-CoV-2, pesquisadores mostraram que três diferentes cepas do vírus conseguiram se disseminar quase simultaneamente no Brasil e que foram transmitidas mesmo antes dos primeiros casos oficiais serem confirmados: uma delas nas capitais desses dois estados do Sudeste, outra no Ceará e uma terceira no Amazonas¹¹. O resgate retroativo realizado pela vigilância epidemiológica do Ceará permite observar que foram registrados cerca de 2.000 casos confirmados entre o dia 1º de janeiro e 15 de março de 2020 (data em que o primeiro caso foi reconhecido oficialmente), evidenciando a precocidade da pandemia não percebida no estado. Os autores da pesquisa estimaram que o número básico de reprodução (R_0) do SARS-CoV-2 no início da pandemia para São Paulo, Rio de Janeiro, Amazonas e Ceará variou de 2,9 (IC 95% = 2,2-5,1) a 1,9 (IC 95% = 1,5-3,0), e esses valores, com exceção do Ceará, superaram o R_0 da Espanha, França, Reino Unido e Itália, países profundamente afetados pela COVID-19.

Em vários momentos, a distribuição dos casos novos e dos óbitos relacionados à COVID-19 se mostrou heterogênea entre os estados devido às diferentes variantes circulantes, à cobertura vacinal, ao relaxamento precoce das medidas de restrição

10 MATHIEU, Edouard; RITCHIE, Hannah; RODÉS-GUIRAO, Lucas; *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*, 2020. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/coronavirus/country/brazil>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

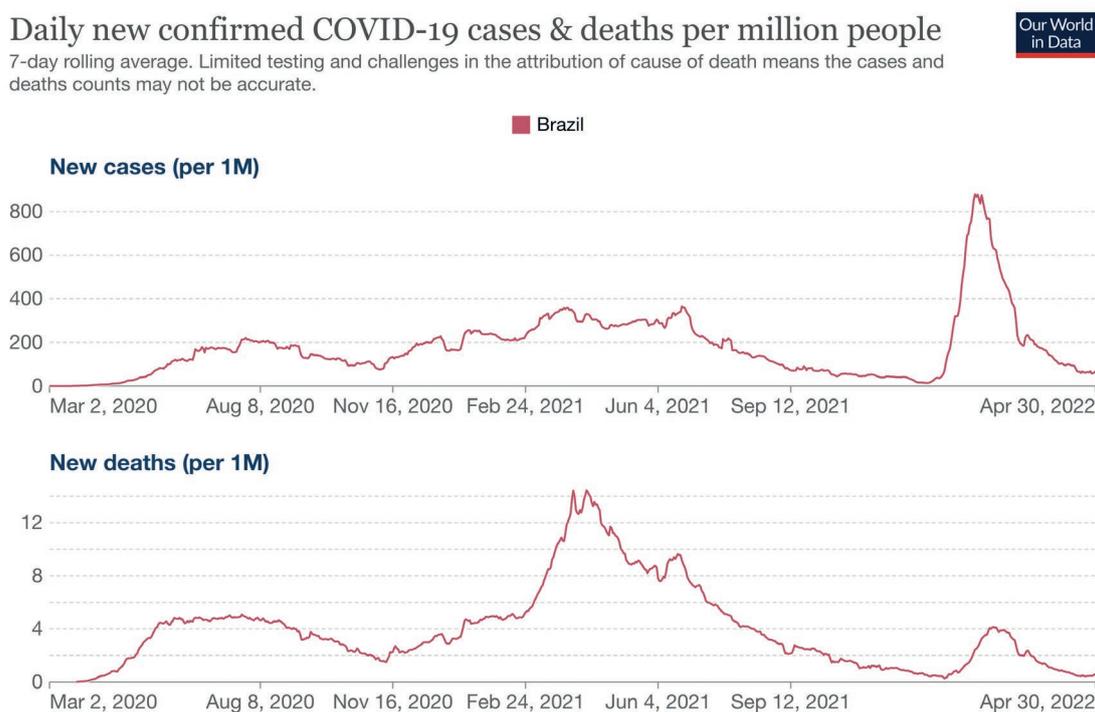
11 CANDIDO, Darlan S.; CLARO, Ingra M.; DE JESUS, Jaqueline G.; *et al.* Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science (New York, N.Y.)*, v. 369, n. 6508, p. 1255–1260, 2020.

de circulação de pessoas e à suspensão do uso de máscaras em determinados estados, e à precariedade das condições de trabalho. A variação se deu também temporalmente: enquanto em alguns estados ocorria crescimento de eventos, em outros havia decréscimo ou estabilização. Governadores e prefeitos tentaram controlar a pandemia, em geral, sem apoio federal. O Consórcio Nordeste, que congrega governos estaduais da região, conseguiu executar em ações conjuntas medidas não farmacológicas, como o uso de máscaras e distanciamento social, mitigando os efeitos da pandemia¹². Poucos são os exemplos de sucesso vistos apenas na esfera municipal.

Entre março de 2020 e abril de 2022, a curva geral da pandemia no país apresentou 3 ondas (de casos ou de óbitos por milhão), mantendo-se em níveis elevados até arrefecer em dezembro de 2021 (Gráfico 4).

Gráfico 4: Média móvel de 7 dias de casos e óbitos por COVID-19 por milhões de habitantes
(março 2020 a abril 2022), Brasil.

Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-deaths#cumulative-confirmed-deaths-per-million-people>>. Acesso em 16 nov. 2022.



No começo da pandemia, o Brasil apresentou um número crescente de casos num fluxo de contágio que, em geral, iniciava-se pelas capitais e migrava para o interior, movimento que deixou de ocorrer em outros períodos de alta. A primeira fase de crescimento se deu até final de julho de 2020, quando o país chegou à média móvel

12 KERR, Lígia; KENDALL, Carl; SILVA, Antônio Augusto Moura da; et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4099–4120, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpFSGzmnWDtV5CcT/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

de quase 46 mil casos. Devido às medidas de contenção implementadas pelos governadores, os casos caíram para quase 1/3 no início de novembro de 2020, finalizando a primeira onda, que durou cerca de 8 meses.

As pressões econômicas pela suspensão das medidas que limitavam a circulação de pessoas combinadas com o surgimento da variante Gama levaram ao início da segunda onda no país, promovendo o crescimento acelerado até março de 2021, quando foram registrados 78 mil casos na média móvel. A partir desse momento, houve um pequeno decréscimo, seguido de nova ascensão cujo patamar superou o anterior, chegando a cerca de 80 mil casos na média móvel. Após a subida, seguiu-se um período de desaceleração sustentada até as vésperas do Natal de 2021, quando o país alcançou a marca de 3.000 casos na média móvel de 7 dias, o menor nível de todo o período epidêmico até aquele momento. A segunda onda durou 10 meses.

A variante Gama permaneceu como principal causa da COVID-19 no Brasil até finais de junho de 2021, quando a Delta assumiu seu lugar. A variante, contudo, não teve o mesmo impacto devastador que produziu nos Estados Unidos e na Europa, provavelmente devido à intensa disseminação da Gama e à alta cobertura vacinal no país já naquele momento. Finalmente, o período do Natal de 2021 é marcado pela entrada da variante Ômicron, que rapidamente substituiu a Delta e promoveu uma subida quase vertical de casos no país, atingindo, no final de janeiro de 2022, 200 mil casos de média móvel, a mais alta aferição de toda a pandemia.

Quanto ao número de óbitos, o Brasil detém o segundo lugar, perdendo apenas para os Estados Unidos. Do início da pandemia até a última semana de maio de 2020, o número de mortes subiu rapidamente e permaneceu estabilizado na elevada marca de 1.000 óbitos na média móvel até o final de agosto. A esse período seguiu-se uma fase de queda que atingiu, no início de novembro, a marca de 321 óbitos na média móvel de 7 dias, a menor aferição desde o início da pandemia. A partir de 20 de fevereiro, já sob influência da variante Gama, o número de óbitos voltou a crescer, chegando a 3.112 na média móvel em meados de abril – a maior aferição da pandemia –, configurando-se um dos momentos mais dramáticos vivido pelos brasileiros.

O primeiro mês de 2021 foi marcado ainda pelo grave desabastecimento de oxigênio hospitalar em Manaus, capital do Amazonas, levando a muitas mortes por “falta de ar”. O Governo Federal surpreendeu a comunidade científica nacional e internacional ao enviar medicamentos sem eficácia comprovada e dispersar os pacientes graves em várias capitais brasileiras, em vez de ampliar a provisão de oxigênio hospitalar e criar estrutura física e de pessoal capacitado para o

atendimento no local. A dispersão de pacientes implicou o deslocamento de familiares em aviões comerciais, contribuindo para a rápida disseminação da variante Gama pelo país. Assim, o quadro epidemiológico no país em 2021 foi determinado pela política errática do governo para controlar a circulação das variantes, pelo atraso na compra de vacinas, pelo desestímulo à vacinação e pela baixa adesão às medidas não farmacológicas.

A partir de abril de 2021, os óbitos passaram a cair lentamente, chegando a 50 óbitos na média móvel de 7 dias na primeira semana de janeiro de 2022, até então a menor aferida durante a pandemia. A alta transmissibilidade da variante Ômicron¹³ associada à maior cobertura vacinal em adultos pode ter produzido maior discrepância entre números de óbitos e de casos, quando comparada às outras variantes. Enquanto os casos acumulados neste período chegaram a 200.000 mil, os óbitos ficaram próximos a 900.

A taxa de mortalidade no Brasil mostra que a maioria das mortes por COVID-19 tem idade, endereço, cor de pele e situação financeira bem definidos. Os riscos associados à doença foram desigualmente distribuídos de acordo com a região, as condições socioeconômicas, o acesso à assistência de saúde qualidade e aos programas de proteção social. No Brasil, pretos, os quilombolas, os indígenas e os pobres foram os mais afetados pela pandemia.

Os idosos, em especial os acima de 70 anos, foram os que apresentaram maior risco de morrer pela COVID-19. No início da pandemia, foram eles as principais vítimas fatais em decorrência da gravidade da doença associada a comorbidades. Em 2022, mesmo na vigência da Ômicron, que não levava a insuficiência respiratória com a mesma frequência que as variantes anteriores, esse grupo prevaleceu como o mais afetado. No Brasil, em janeiro de 2022, idosos com 70 anos ou mais responderam por 63,3% das mortes causadas por COVID-19.

A padronização desta taxa por idade mostra que as regiões Norte e Nordeste foram as mais penalizadas. Para o período de março a dezembro de 2010, a mais alta taxa de mortalidade foi observada em Manaus (412,5/100 mil habitantes)¹⁴. Houve aumento na taxa padronizada por idade em todas as capitais da Região Norte, além de incrementos estatisticamente significantes em várias capitais do Nordeste.

13 **Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern.** Disponível em: <[https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

14 SILVA, Gulnar Azevedo e; JARDIM, Beatriz Cordeiro; LOTUFO, Paulo Andrade. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00039221, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000606001&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A prioridade da vacinação de idosos foi um importante fator de proteção para as formas mais graves da doença. Os reforços na vacinação foram necessários para protegê-los da queda da imunogenicidade¹⁵ ao longo dos meses subsequentes à vacinação. A grande proteção desse grupo etário promoveu o deslocamento na proporção de internações por COVID-19 para os adultos mais jovens. Da mesma forma, observou-se um crescente risco entre os adolescentes e crianças associado ao surgimento de novas variantes de preocupação, à volta às aulas e ao atraso na vacinação.

O Brasil também apresentou as maiores taxas de mortalidade materna por COVID-19, em todo o mundo. Em 2021, mais da metade dos óbitos de gestantes ou puérperas (59%) com diagnóstico de COVID-19 não estava associada a fatores de risco prévios ou comorbidades^{16/17}, sugerindo relação com a ineficiência dos sistemas de saúde e a incapacidade do país de gerenciar a pandemia. Segundo *Diniz et al. (2022)*, os fatores associados a estes óbitos são: atrasos na testagem e na identificação dos sintomas relacionados à doença, atrasos na internação após o diagnóstico de COVID-19 e, por fim, falta de cuidados intensivos após a internação, como admissão à UTI, ventilação mecânica invasiva e indução precoce do parto¹⁸.

Como citado anteriormente, após a onda promovida pela variante Ômicron no início de 2021, o número de casos começou a cair a partir de abril. As vacinas disponíveis conferem proteção quanto à hospitalização grave e ao óbito, mas têm efeito limitado sobre as infecções, o que tem gerado ondas na Europa, na Ásia e, mais recentemente, nos Estados Unidos, provocadas por duas subvariantes da BA.2. O coronavírus permanecerá convivendo com humanos e outras espécies por muito tempo. Possivelmente, haverá picos epidêmicos isolados ou mais disseminados com taxas relativamente altas de óbitos. A decisão de qual nível iremos aceitar é essencialmente moral, pois sabemos que serão as parcelas mais vulnerabilizadas de nossa população que continuarão sendo as principais vítimas.

15 Em relação a vacinas: é a capacidade que uma vacina tem de provocar uma resposta imune a quem por ela foi imunizado.

16 PAHO Director urges countries to prioritize pregnant and lactating women for COVID-19 vaccinations - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/news/8-9-2021-paho-director-urges-countries-prioritize-pregnant-and-lactating-women-covid-19>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

17 SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Meliana Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, p. 253–256, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=en>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

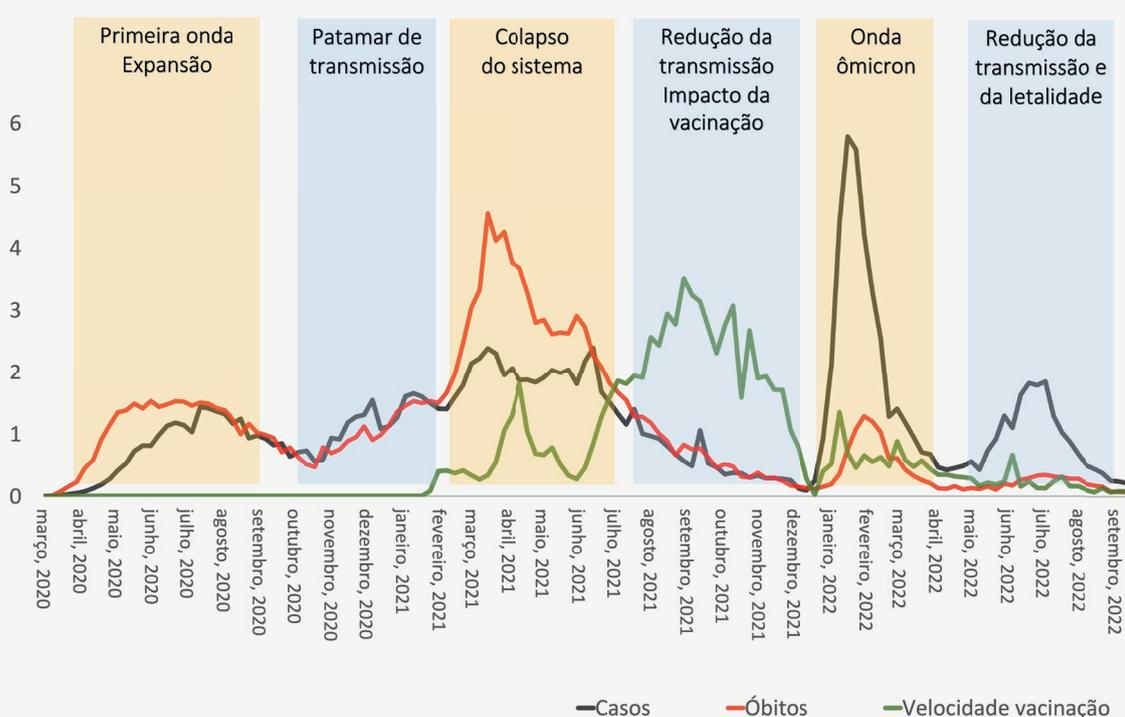
18 DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, 2022. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00056-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00056-4/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Box 2 – As fases da pandemia no Brasil

A dinâmica da COVID-19 e seus impactos sobre a saúde não podem ser compreendidos somente por meio de taxas de incidência ou mortalidade. O efeito das variantes, das medidas não farmacológicas, da vacinação e das vulnerabilidades sociais pré-existent alteram as relações entre exposição, infecção, adoecimento e mortalidade. Para acompanhar a pandemia em suas diversas etapas, o sistema MonitoraCovid-19¹⁹ adotou alguns indicadores da transmissão que permitem distinguir fases de menor ou maior impacto sobre as condições de saúde. Esses indicadores foram normalizados (média 0, desvio 1) para permitir sua comparabilidade ao longo da série histórica.

Gráfico 5: Casos, óbitos e positividade dos testes nas diferentes fases da pandemia

(março 2020 a abril 2022), Brasil.



A **primeira fase da pandemia (março a junho de 2020)** foi caracterizada pela expansão lenta da transmissão, em um fluxo das capitais para as cidades menores e periferias urbanas, com evidente subnotificação de casos. Já na primeira semana de março, o sistema InfoGripe²⁰ havia detectado um crescimento de casos que excedia o limiar pré-epidêmico e, a partir da segunda quinzena, a taxa de incidência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) já sinalizava para um nível de intensidade muito alta. Nas primeiras semanas de março, ocorreu a expansão da transmissão de capitais e grandes cidades em direção a áreas periféricas, pequenas cidades e zonas

19 MonitoraCovid-19. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

20 INFOGRIPE. Disponível em: <<http://info.gripe.fiocruz.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

rurais, num movimento gradual de interiorização. Apesar de a população ter aderido, em um primeiro momento, ao distanciamento social, a estratégia vai perdendo apoio gradativamente, contribuindo para isso a ausência de campanhas governamentais, coordenadas e articuladas em todos os níveis (federal, estadual e municipal), em favor da medida para redução da exposição e proteção coletiva.

Na **segunda fase (setembro de 2020 a janeiro de 2021)**, houve uma estabilização dos indicadores de transmissão, a manutenção de um número elevado de casos, positividade de testes, internações e óbitos que estabilizaram em um patamar. Algumas situações mais críticas mais evidentes na Amazônia, com altas taxas de ocupação de leitos de UTI, falta de equipamentos e insumos, mas também em outras regiões, de forma menos visível. No final desse período, houve relativa redução do número de casos e de óbitos, com vários governos estaduais e municipais adotando medidas isoladas de distanciamento físico e social e uso de máscaras, de forma desarticulada nacional e regionalmente.

A **terceira fase (fevereiro a junho de 2021)** ficou marcada pelo colapso do sistema de saúde e pela ocorrência de crises sanitárias localizadas, combinando deficiência de equipamentos e de insumos para UTI, além do esgotamento físico dos trabalhadores da saúde. Foi nesse período, com a predominância da variante Gama, que a pandemia alcançou picos de até 3.000 óbitos por dia, formando a segunda, e mais portal, onda no país. O quadro de desassistência à saúde provocou um enorme excesso de mortalidade, não só por COVID-19, mas por diversas doenças crônicas não atendidas.

A campanha de vacinação no Brasil se iniciou em janeiro de 2021, com limitada disponibilidade de doses, e ganhou força a partir de julho. Ao mesmo tempo em que a variante Delta se tornava predominante entre os casos, pode-se verificar a efetividade da vacinação na redução da transmissão e, especialmente, da gravidade dos episódios, resultando na queda das taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19. A **quarta fase (julho a novembro de 2021)** é marcada, portanto, pela redução de casos e óbitos e pelo alívio no sistema de saúde.

Essa tendência foi alterada com a rápida difusão mundial da variante Ômicron, que marcou a quinta fase (dezembro de 2021 a março de 2022). Nesse período foi observado um aumento acelerado no número de casos, precedido pelo aumento da positividade de testes, em velocidade muito superior à das primeiras ondas. Com isso, as taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 voltaram a subir, mas em menor proporção e com taxas de mortalidade e letalidade mais baixas do que nas fases anteriores.

Cada fase da pandemia apresentou novos desafios. Se na primeira, o diagnóstico e o tratamento adequado eram questões maiores, nas fases posteriores a adequação dos

hospitais e demais estabelecimentos de saúde foram os principais focos de atenção para a redução do impacto da doença. No final de 2020, a vacinação passou a ser parte das alternativas de enfrentamento; hoje é a estratégia prioritária para o controle. No entanto, em nenhum momento as medidas não farmacológicas deixaram de ser estratégias eficientes, já que o distanciamento social e o uso de máscaras constituem os principais meios de redução da exposição e infecção pelo vírus.

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental

Entre os desafios provocados pela pandemia de COVID-19 se inclui o mal-estar na saúde mental da população, especialmente nos grupos mais vulneráveis. À medida que a contaminação avançava, a maioria dos países adotou medidas de distanciamento social com o objetivo de limitar a propagação do vírus, desacelerando sua transmissão, a fim de não sobrecarregar os sistemas de saúde²¹. A estratégia se mostrou eficaz para conter o surto em alguns países²², mas a estadia prolongada na residência, o medo de contágio e a incerteza quanto ao futuro tiveram impactos psicossociais significativos, que se diferenciam conforme os grupos populacionais a depender das suas características socioeconômicas, demográficas e ambientais.

Os idosos estavam entre os grupos mais vulneráveis, uma vez que o isolamento poderia piorar quadros de depressão e demência, limitando ainda mais sua autonomia e funcionalidade²³. Nesse grupo estão também as pessoas encarceradas, já que as restrições adicionais impostas pela pandemia, somadas ao risco de contaminação na prisão, expuseram essas pessoas ao surgimento ou agravamento de sintomas na esfera mental²⁴. Os profissionais de saúde, sob pressão e estresse devido às longas jornadas de trabalho, ao medo da contaminação e da morte e

21 NATIVIDADE, Marcio dos Santos; BERNARDES, Kionna; PEREIRA, Marcos; *et al.* Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3385–3392, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/kjGcdPcnc3XdB7vzGJjZVzP/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

22 AQUINO, Estela M. L.; SILVEIRA, Ismael Henrique; PESCARINI, Julia Moreira; *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2022.

23 NUMBERS, Katya; BRODATY, Henry. The effects of the COVID-19 pandemic on people with dementia. *Nature Reviews Neurology*, v. 17, n. 2, p. 69–70, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41582-020-00450-z>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

24 HEWSON, Thomas; SHEPHERD, Andrew; HARD, Jake; *et al.* Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners. *The Lancet. Psychiatry*, v. 7, n. 7, p. 568–570, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302764/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

à distância que tiveram de manter de suas famílias, também se mostraram mais suscetíveis ao sofrimento mental²⁵. Por fim, outro grupo também bastante vulnerável ao agravamento do estresse mental foram as mulheres e crianças vítimas de violência intrafamiliar, já que o maior convívio doméstico as deixaram, por um lado, mais expostas a situações abusivas e, por outro, mais desassistidas pelas instituições públicas ou não governamentais²⁶.



Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em estudo divulgado em 22/03/2021, após um ano atuando na linha de frente, profissionais da saúde sentiam-se exaustos e sem apoio. Crédito: Alexandre Schneider/Getty Images.

Um estudo sobre a população adulta nos Estados Unidos estimou que 40,9% relataram ter experimentado pelo menos um problema de saúde mental ou comportamental adverso na última semana de junho de 2020. Adultos jovens, com idades entre 18 e 24 anos, relataram os maiores níveis de ansiedade ou depressão (62,9%); destes, 74,9% relataram ter pelo menos uma condição de saúde mental adversa relacionada à pandemia²⁷. O estudo Convid, cujos dados foram coletados entre 24 de abril e 24 de maio de 2020, mostrou que 40,4% dos brasileiros adultos sentiram-se tristes ou deprimidos muitas vezes ou sempre nesse período e 52,6%

25 **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

26 MARQUES, Emanuele Souza; MORAES, Claudia Leite de; HASSELMANN, Maria Helena; *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpqq6sxJsX6Sftx/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

27 CZEISLER, Mark É.; LANE, Rashon I.; PETROSKY, Emiko; *et al.* Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 32, p. 1049–1057, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440121/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

relataram ansiedade ou nervosismo sempre ou quase sempre²⁸. Em 2021, Rajkumar e Talevi em estudos distintos e sobre populações distintas observaram aumento da inatividade física, excesso de comportamentos sedentários, distúrbios do sono, consumo de álcool e distúrbios comportamentais e mentais em função da pandemia e, provavelmente, associados, em parte, ao distanciamento social e medidas quarentenárias^{29 30}.

Em relação a transtornos alimentares, pesquisas têm indicado um aumento de compulsão alimentar. No primeiro estudo publicado sobre o tema durante os primeiros estágios da pandemia, foi observada uma exacerbação dos sintomas de distúrbios alimentares (aumento da restrição, compulsão alimentar e purgação), bem como aumento dos níveis de depressão, ansiedade e estresse em indivíduos com transtornos alimentares³¹. Revisão sistemática de 26 estudos acerca dos efeitos do distanciamento social sobre a obesidade e distúrbios alimentares mostrou que a prevalência de deterioração sintomática de distúrbios alimentares foi de 65%. A prevalência de aumento de peso foi de 52% (nesse caso relativo a 4 estudos) e mais da metade dos participantes referiu depressão e ansiedade³². Condições inerentes ao confinamento domiciliar, como estresse, medo, e ansiedade, também podem conduzir a mudanças nos hábitos alimentares.³³

Há áreas nas quais o impacto da pandemia ainda não é totalmente claro, como no caso do suicídio. Em países de renda alta ou média-alta, os números de suicídio permaneceram estáveis ou mesmo se reduziram nos primeiros meses da pandemia³⁴. No Brasil, há dados que não indicam variação significativa do

28 BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães; MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020427, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427/pt/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

29 RAJKUMAR, Ravi Philip. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 52, p. 102066, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

30 TALEVI, Dalila; SOCCI, Valentina; CARAI, Margherita; *et al.* Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. **Rivista di Psichiatria**, v. 55, n. 3, p. 137–144, 2020. Disponível em: <<https://www.rivistadipsichiatria.it/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

31 PHILLIPOU, Andrea; MEYER, Denny; NEILL, Erica; *et al.* Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 7, p. 1158–1165, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300745/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

32 SIDELI, Lucia; LO COCO, Gianluca; BONFANTI, Rubinia Celeste; *et al.* Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. **European Eating Disorders Review**, v. 29, n. 6, p. 826–841, 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2861>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

33 NAJA, Farah; HAMADEH, Rena. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 74, n. 8, p. 1117–1121, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41430-020-0634-3>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

34 PIRKIS, Jane; JOHN, Ann; SHIN, Sangsoo; *et al.* Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 7, p. 579–588, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036621000912>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

número de suicídios entre 2019 e 2020 (ambos os anos com taxa de 6,1 para cada 100 mil habitantes)³⁵ e que apontam redução de 13%, entre março e dezembro de 2020, comparado com a taxa esperada para o período. Por outro lado, estudo de Orellana e Souza³⁶ apontou que, em 2020, o número de casos de suicídio cresceu 26% entre homens da região Norte com 60 anos ou mais e 40% entre mulheres da região Nordeste dessa mesma faixa etária.

Fica clara, portanto, a mediação de diversos fatores de proteção e de vulnerabilidade na relação entre distanciamento social e sofrimento mental, envolvendo variáveis como gênero, idade e região, com destaque ao papel das desigualdades socioeconômicas nas consequências psicossociais. Soma-se a isso a redução do acesso aos serviços de referência, como efeito das restrições de circulação visando diminuir a disseminação do vírus. No Reino Unido, as medidas de distanciamento provocaram expressiva redução na atenção a quadros psiquiátricos agudos³⁷. No Brasil, os usuários dos serviços de saúde mental, atingidos pela interrupção total ou parcial do tratamento multiprofissional e do acesso à medicação, especialmente no primeiro ano da pandemia, também estiveram sujeitos ao agravamento de seu estado mental³⁸ (Barbosa *et al.*, 2020). Os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial precisaram se reorganizar para garantir o acesso e a continuidade do cuidado, incluindo em seu repertório clínico as estratégias de atendimento virtual ou remoto³⁹.

Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental continuarão a ser sentidos por muitos anos, talvez décadas, e por isso o tema deve ser entendido como essencial na pauta da saúde coletiva. Os efeitos da pandemia podem, em parte, ser detectados pelo aumento de sintomas e transtornos, mas nem todos

35 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário brasileiro de segurança pública, 2021**. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

36 ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; DE SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte. Excess suicides in Brazil: Inequalities according to age groups and regions during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 997–1009, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/00207640221097826>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

37 MANSFIELD, Kathryn E; MATHUR, Rohini; TAZARE, John; *et al.* Indirect acute effects of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in the UK: a population-based study. **The Lancet Digital Health**, v. 3, n. 4, p. e217–e230, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589750021000170>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

38 BARBOSA, Anália Da S.; NASCIMENTO, Clara V.; DIAS, Lucas B. S.; *et al.* Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, v. 19, n. 1, p. 11–19, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/bjhbs/article/view/53527>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

39 PEREIRA, Marília Marcela da Conceição. **[E-BOOK] Atenção Psicossocial e Covid-19: Fortalecimento Coletivo para garantir o cuidado**. Disponível em: <<https://caec.iss.unifesp.br/informes/e-book-atencao-psicossocial-e-covid-19-fortalecimento-coletivo-para-garantir-o-cuidado>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

os problemas na dimensão mental equivalem a psicopatologias⁴⁰. Há que se ter sensibilidade para que venhamos a perceber a diversidade de narrativas sobre os agravos psicológicos e experiências de sofrimento produzidas, ou acentuadas, pela pandemia. Da mesma maneira, será preciso concentrar esforços na reconstrução das políticas brasileiras de saúde mental, tendo como ponto estratégico os princípios que sustentam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Quantas mortes poderiam ter sido evitadas no Brasil? O impacto dos fracassos no enfrentamento da pandemia

O Brasil está entre os piores países do mundo no enfrentamento da COVID-19. O Governo Federal cometeu, pelo menos, sete erros graves, que ajudam a compreender esse fracasso:

1. baixa testagem, isolamento de casos e quarentena de contatos;
2. uso de uma abordagem clínica, e não populacional, para enfrentar a pandemia;
3. desestímulo ao uso de máscaras;
4. promoção de tratamentos ineficazes;
5. atraso na compra de vacinas e desestímulo à vacinação;
6. falta de liderança do Ministério da Saúde e inexistência de um comitê de especialistas;
7. falta de uma política de comunicação unificada.

Diante dessas práticas erráticas, é natural que se questione se o resultado desastroso relativo ao número casos graves e de óbitos era evitável. Ao se comparar as mortes por COVID-19 ocorridas no Brasil com as de outros países⁴¹, é possível estimar o excedente de óbitos relativos a má conduta do Governo Federal no enfrentamento da doença.

40 LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

41 A utilização de casos para comparações internacionais é uma abordagem limitada já que estes são muito dependentes das políticas de testagem, que variam consideravelmente de país para país. Portanto, é mais prudente que se utilize os dados de óbitos, por serem muito mais precisos.

Existem várias abordagens metodológicas para comparar o desempenho brasileiro com o restante do mundo no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Cruzando os dados proporcionais de população e mortes por COVID no contexto global, em 22 de março de 2022, o Brasil concentrava 2,7% da população mundial e respondia por 10,7% das mortes por COVID-19 no mundo; um evidente descompasso entre as duas proporções. Utilizando-se a mortalidade acumulada por COVID-19 (óbitos por 1 milhão de habitantes) pode-se observar a desproporcional concentração de óbitos no Brasil⁴². Em 22 de março de 2022, enquanto a média global da mortalidade acumulada por COVID-19 era de 770 para cada 1 milhão de pessoas, a aferição no Brasil indicava 3.070 mortes para cada 1 milhão, ou seja, 4 vezes mais que a medida global.

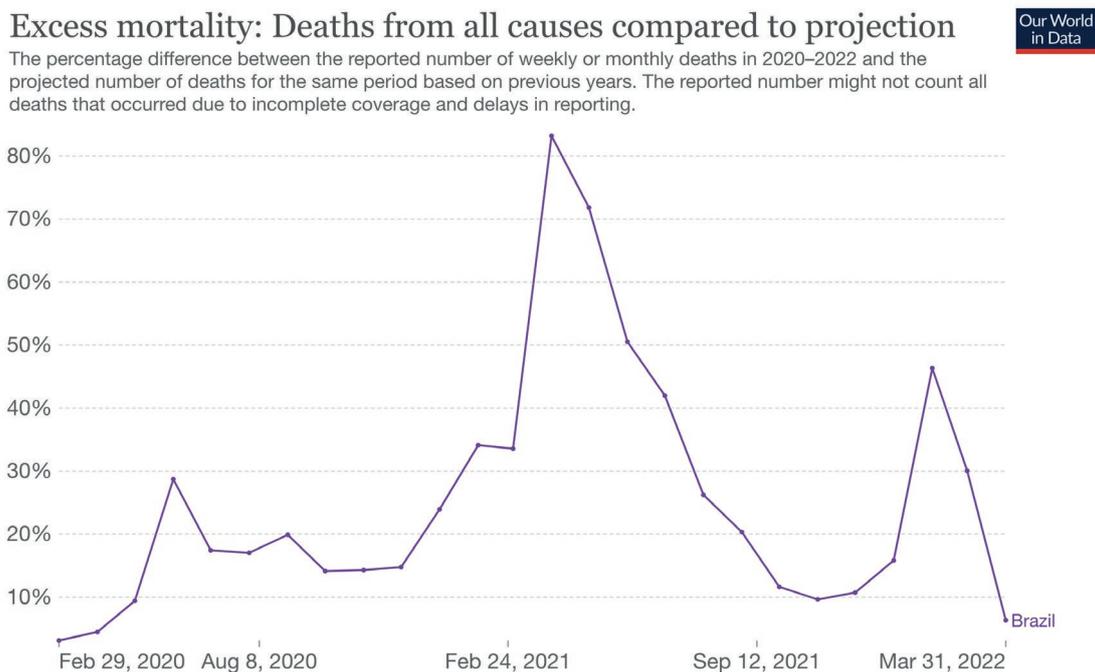
Dessa forma, é possível especular que, caso o país tivesse seguido o padrão médio global, três de cada quatro mortes por COVID-19 ocorridas no Brasil teriam sido evitadas caso o país tivesse seguido o padrão médio global. Essa assertiva não está apoiada no método convencional de estimação de mortes evitáveis. Contudo, abordagens convencionais somente serão factíveis ao final da pandemia, quando as estatísticas oficiais estiverem corrigidas quanto ao sub ou sobre registro de dados.

Ainda considerando a data de 22 de março de 2022, o ranking dos países com relação à mortalidade por COVID-19 indicava o Brasil na décima quinta posição entre, aproximadamente, 200 países. Já entre os 10 países mais populosos do mundo, o Brasil apresentava a maior mortalidade acumulada, sendo o único com mais de 3.000 mortes por 1 milhão de pessoas. Entre os países do bloco BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), o Brasil também era o país com maior mortalidade acumulada.

Em uma abordagem agregada, que compara a mortalidade geral nos anos da pandemia e a projeção dos óbitos baseada em anos anteriores, é possível observar que, de 30 de abril de 2020 a 31 de março de 2022, o número de óbitos manteve-se sempre acima de 10% em relação aos anos prévios à pandemia (Gráfico 6). A única exceção ocorreu em 31 de outubro de 2021, quando a aferição registrou 5,83%. O ponto mais alto da série histórica foi aferido em 31 de março de 2021, quando o excesso de óbitos chegou a 82,88% em relação aos anos prévios à pandemia do COVID-19⁴³. A variação apresentada nessa série histórica é consistente com a apresentada na curva de óbitos por COVID-19.

42 HALLAL, Pedro C. SOS Brazil: science under attack. *The Lancet*, v. 397, n. 10272, p. 373–374, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00141-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00141-0/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

43 MATHIEU, Edouard; RITCHIE, Hannah; RODÉS-GUIRAO, Lucas; *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*, 2020. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/coronavirus>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



Fonte: Human Mortality Database (2022), World Mortality Dataset (2022). Disponível em: < <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>>. Acesso em 16 nov. 2022.

Cabe ressaltar que o acesso e a qualidade dos serviços de saúde brasileiros estão acima da média global. Portanto, era esperado que o Brasil tivesse um desempenho melhor do que a média mundial em função da capacidade demonstrada pelo país no enfrentamento de outras doenças e a robustez do Sistema Único de Saúde, apesar do recente período de sucateamento.

Prevenção da doença no Brasil

Sistemas de vigilância à saúde na pandemia de COVID-19

A vigilância em saúde tem um papel fundamental nas emergências sanitárias e, como prática de saúde coletiva, não deve 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 à mesma – o que envolve o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública dentro dos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade). O modo de se perceber a realidade e de se organizar os dados e fatos relacionados 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,

deixando de lado que populações e quais alternativas⁴⁴. Por isso, a discussão sobre desigualdades sociais e a necessidade de identificação de grupos mais vulneráveis transcorreu ao longo de toda a pandemia, quase sempre gerando conflitos conceituais e operacionais⁴⁵.

É nessa perspectiva que deve ser compreendida a resposta do sistema nacional de vigilância em saúde à pandemia, para um evento que é, simultaneamente, singular e sistêmico⁴⁶. Singular por envolver a emergência de um novo vírus (SARS-CoV-2) e uma nova doença (COVID-19), com suas próprias características de transmissão e infecção, sinais e sintomas, respostas imunológicas e interações com outras doenças, e por demandar interfaces com outros níveis hierárquicos, que envolvem processos ecológicos, sociais, tecnológicos, econômicos, políticos e simbólicos, em um contexto histórico e social específico. Sistêmico por envolver estruturas relacionadas à organização social, política e econômica, que produzem desigualdades e iniquidades a partir da combinação de diversos processos que se sobrepõem.

Desde o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, registros relacionados à singularidade da pandemia, envolvendo casos, óbitos e recuperados, combinados com indicadores (taxas de incidência, mortalidade e letalidade) e expressos em acumulados, semanas epidemiológicas ou médias móveis, têm sido apresentados em diversos painéis, sistematizados e analisados e têm subsidiado parte do debate e das decisões de saúde pública para o enfrentamento da pandemia. Além de se buscar permanentemente indicadores que melhor expressem a dinâmica da pandemia, é preciso que esses indicadores sejam agregados segundo categorias (faixa etária, sexo e gênero, raça e cor, ocupação, ruralidade, entre outros) que permitam identificar grupos mais atingidos para promoção de políticas públicas específicas.

O Box 3 apresenta os principais sistemas de informação utilizados durante a pandemia.

44 Freitas CM, Cunha RV. **A vigilância em saúde diante da Covid-19 - desafios e lições para o enfrentamento de emergências em saúde futuras**. In: Santos AO, Lopes LT, organizadoras. Reflexões e futuro [Internet]. Brasília: CONASS; 2021. (Coleção Covid-19; vol. 6). p. 152-69. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-6-reflexoes-e-futuro/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

45 SciELO Books | **Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde**. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/zx6p9>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

46 FILHO, Almeida; DE, Naomar. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). **Estudos Avançados**, v. 34, p. 97-118, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/jea/a/PYKMh83rMm77yFnjxCWzLMMy/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Box 3 – Sistema de vigilância a saúde durante a pandemia de COVID-19

1. e-SUS VE (e-SUS Vigilância Epidemiológica), ferramenta online, lançada em 27 de março de 2020, para notificar casos de síndrome gripal suspeitos e confirmados de COVID-19 pelas instituições e/ou profissionais de saúde em todo o país, em constante melhoria. Mudanças importantes na ficha de notificação ocorreram em 30 de agosto de 2021, como a inclusão de novos campos (estratégias e local de testagem, tipos de testes, vacinação) e alterações de algumas regras de inserção dos dados.
2. SIVEP-Gripe, sistema existente para a notificação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi atualizado para inserção de registro de casos de COVID-19 com hospitalização ou óbito, com variáveis sobre ocupação, histórico de viagem internacional, testagem e classificação final para COVID-19 na ficha de notificação.
3. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), que informa os imunobiológicos aplicados, com dados individualizados segundo idade, naturalidade, estabelecimento de saúde e grupo de vacinação prioritário. Difere-se substancialmente de versões anteriores do SI-PNI pela adoção da estratégia de implementação de um repositório de dados interligado a múltiplos sistemas na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), possibilitando que estados e municípios com sistemas de informação próprios, ou que os implantaram para o enfrentamento da pandemia, pudessem enviar os dados para o Ministério da Saúde (MS). Dois sistemas foram oferecidos pelo MS para envio das informações: um sistema totalmente online (Novo-PNI), possibilitando o envio imediato da informação com verificação de consistência quando a informação é digitada, e o e-SUS APS para unidades básicas de saúde informatizadas, mas com conectividade à internet limitada. Ao final de fevereiro de 2022, 61% das doses aplicadas haviam sido registradas por meio do Novo-PNI; cerca de 24% pelo VaciVida, sistema desenvolvido pelo estado de São Paulo; 3% pelo e-SUS APS; e menos de 1,5% por outros sistemas. Até este mês, 352 milhões de doses haviam sido administradas e registradas, contando com 98% dos dados atualizados na base nacional com menos de uma semana de diferença da data de aplicação.
4. Sistemas complementares de informação têm sido disponibilizados em plataformas de acesso aberto a dados anonimizados⁴⁷ como dados preliminares de hospitalizações (SIH), nascimentos (SINASC) e mortalidade (SIM).

47 SIHSUS. Disponível em <<ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/SIHSUS/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

5. Outros sistemas subsidiaram análises sobre a pandemia: (a) Registro Civil de óbitos nos municípios e estados do Brasil⁴⁸; (b) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD COVID-19, atualizado trimestralmente em 2020⁴⁹; (c) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com dados sobre leitos, estabelecimentos, profissionais e equipamentos, atualizados mensalmente⁵⁰; (e) Community Mobility Reports, do Google, que divulga índice de mobilidade da população para áreas residenciais e não residenciais nos municípios e estados no Brasil a partir de 15 de fevereiro de 2020⁵¹; (f) Medidas legais, leis e decretos municipais para enfrentamento da pandemia⁵².
6. VigiVvac, uma base de dados complementar,, constituída a partir da integração do SI-PNI, e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe, que foi cedida pseudonimizada pelo Ministério da Saúde para a Fiocruz, conforme previsto no Art. 13 da Lei Geral de Proteção de Dados⁵³ de 2018, com objetivo de monitorar a efetividade vacinal contra a COVID-19. Essa base não é disponibilizada em dados abertos em razão da proteção de dados pessoais, podendo ser acessada de forma agregada em relatórios, boletins, painéis e publicações científicas no site do projeto⁵⁴.

Durante a pandemia, a falta de uma política de testagem e a limitação da capacidade instalada para realização de testes foram entraves para adoção de estratégias de controle e prevenção em uma pandemia com um número crescente de casos. Além disso, estados de grande dimensão territorial não tiveram como montar uma estrutura de laboratórios que atingisse o interior⁵⁵. Como resultado, houve subnotificação de casos e óbitos, defasagem na temporalidade e divergências entre os registros de casos e óbitos, segundo os sistemas de informações oficiais⁵⁶.

48 **Portal da Transparência - Registro Civil**. Disponível em: <<https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

49 **Divulgação semanal | IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/27946-divulgacao-semanal-nadccovid1.html?=&t=microdados>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

50 **DataSUS**. Disponível em <ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/CNES/200508/_Dados/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

51 **COVID-19 Community Mobility Report**. COVID-19 Community Mobility Report. Disponível em: <<https://www.google.com/covid19/mobility?hl=pt-BR>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

52 **Leis Municipais**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

53 **L13709**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 2 nov. 2022.

54 **VigiVac COVID-BR**. Disponível em: <<https://vigivac.fiocruz.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

55 TEIXEIRA, Maria da Glória; MEDINA, Maria Guadalupe; COSTA, Maria da Conceição N.; et al. Vigilância Universal da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **Rede CoVida**. Disponível em: <<https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/06/Relatorio-APS-final.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

56 BARCELLOS, Christovam; VILLELA, Daniel Antunes Maciel. **Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde**. [s.l.]: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2021, p. 271-285. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/x6p9>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com grande diversidade e imensas desigualdades sociais e econômicas. As capitais e as regiões metropolitanas concentram, por um lado, boa parte dos recursos disponíveis para enfrentamento de epidemias e pandemias e, por outro, maior contingente populacional e desigualdade social.

Lima *et al.* (2021) realizaram uma cartografia das desigualdades da COVID-19 nas favelas e demonstraram: (a) a precariedade ou mesmo ausência de dados que permitissem cruzar informações da COVID-19 com dados sobre desigualdades de determinados grupos populacionais (por raça/cor, etnia e classe social) ou territórios (locais e bairros, por níveis de pobreza), por exemplo; (b) que os bairros do Rio de Janeiro com maior concentração de favelas tiveram o dobro da letalidade quando comparados com bairros classificados como sem favelas; (c) que o percentual de óbitos e incidência por COVID-19 foi cerca de 50% maior entre a população negra⁵⁷.

Considerando as desigualdades entre os municípios brasileiros, foram principalmente os menores e com piores indicadores sociais e de saúde os que apresentaram estruturas mais frágeis de cuidados e vigilância, o que foi agravado pelos limites das capacidades instaladas e de recursos humanos. O resultado foi a adoção de uma vigilância passiva baseada em poucos casos confirmados, tendo como resultado uma grande limitação de estratégias para identificar fatores de riscos de exposição e infecção, controlar a transmissão (como detecção, isolamento e quarentena) e acompanhar a evolução da incidência da doença e sua distribuição espacial⁵⁸.

Houve, portanto, uma série de limitações em termos de informações oportunas, que são insumos fundamentais para definição de ações de vigilância em saúde e de representatividade e sensibilidade dos dados. Sem dados, não foi possível conhecer a real a magnitude da pandemia no país, nos estados, nos municípios, no nível intramunicipal e, principalmente, nos territórios onde vivem as populações com piores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde.

Tais limitações dos sistemas oficiais de vigilância em saúde combinadas com as políticas do Governo Federal, contrárias à adoção de medidas baseadas nas evidências disponíveis, provocaram desconfiança constante em relação aos dados divulgados pelo Ministério da Saúde; desconfiança essa que se potencializou em

57 MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; *et al* (Orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. [s.l.]: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2021, p. 111-121. Disponível em: <<http://books.scielo.org/ld/r3hc2>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

58 **A pandemia de COVID-19: Interface entre populações, os sistemas de saúde e as desigualdades sociais**. [s.l.: s.n.], 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HDMpHpljF0I>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

dois momentos. O primeiro foi no início de junho de 2020, durante a primeira onda, quando o Ministério decidiu não mais divulgar os dados acumulados sobre casos e óbitos por COVID-19, passando a informar apenas os das últimas 24 horas. O segundo foi no final de 2021, quando os sistemas de informação do MS ficaram indisponíveis devido a um ataque de hackers, segundo informações oficiais. Esse período, caracterizado como o de apagão dos dados, durou mais de um mês e ocorreu durante o avanço da variante Ômicron, quando houve crescimento exponencial de casos, com impactos nos óbitos e no sistema de saúde.

Vale destacar a importância de iniciativas não governamentais ou diretamente ligadas ao Ministério da Saúde na disponibilização de dados e de informações em painéis. Desde o início da pandemia, a iniciativa do Portal Brasil.io⁵⁹ convidou programadores voluntários para tornar mais acessíveis os dados sobre COVID-19 coletados diretamente nos estados, visando a transparência e acesso à informação, que são pilares fundamentais de uma democracia. A Fiocruz também deu sua contribuição ao estruturar, desde o mês de março de 2020, o MonitoraCovid-19⁶⁰, que reúne um conjunto diverso de dados além dos utilizados pelos sistemas de informações em saúde tradicionais, como populações em risco, medidas de combate (a partir do Índice de Permanência Domiciliar), velocidade da pandemia, positividade de testes e vacinação.

A partir de junho de 2020, duas iniciativas não governamentais de caráter nacional foram de grande importância. A primeira foi o Consórcio de Veículos de Imprensa⁶¹, envolvendo O Estado de São Paulo, G1, O Globo, Extra e Folha de S.Paulo, que diariamente divulga informações sobre COVID-19 a partir de dados das Secretarias Estaduais de Saúde. O segundo foi o Painel COVID-19, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁶², que disponibiliza informações sobre a pandemia e que tem como parceira a organização global Vital Strategies para monitoramento de relatos de sintomas feitos por usuários do Facebook.

As iniciativas citadas não chegaram a constituir uma política organizada de vigilância em saúde. O Governo Federal não foi capaz de mobilizar toda a experiência adquirida no enfrentamento de emergências de saúde pública para lidar com a pandemia. Não por acaso, o país se tornou um dos epicentros, apesar dos esforços despendidos pelo Sistema Único de Saúde.

59 **Covid19 por Município - Brasil.IO**. Disponível em: <<https://brasil.io/covid19/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

60 **MonitoraCovid-19**. Disponível em: <<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

61 **Mortes e casos conhecidos de coronavírus nos estados | Coronavírus | G1**. Disponível em: <<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

62 **PAINEL CONASS | COVID-19**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Diagnóstico e detecção da doença

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 foi acompanhada por inovações e rápidas incorporações de tecnologias por diversos países, na tentativa de obter informações, conter a expansão da doença, mitigar suas consequências e construir um arcabouço de conhecimentos e ferramentas para enfrentar a crise.

Logo depois do anúncio inicial sobre algumas das características clínico-epidemiológicas da COVID-19 (cujo nome ainda não tinha sido estabelecido), pesquisadores chineses divulgaram, em tempo recorde, a sequência genética do vírus. A partir daí, houve iniciativas para a obtenção de testes laboratoriais que pudessem identificar a infecção pelo SARS-CoV-2, inicialmente com a finalidade de fazer o diagnóstico de indivíduos com sintomas sugestivos da doença e, logo a seguir, para pesquisar a presença do agente em quem havia tido contato com aqueles positivos. A técnica utilizada foi a mesma já conhecida para pesquisa de outros microrganismos, baseada em amplificação de ácidos nucleicos, a reação em cadeia de polimerase (PCR).

Logo nas primeiras semanas de 2020, antes mesmo da situação pandêmica, o governo da China e de outros países asiáticos fizeram encomendas tecnológicas dos insumos específicos para a realização dos exames e passaram a utilizá-los como ferramenta para triagem de casos entre pessoas com sintomas e seus contatos. Pessoas provenientes da província chinesa de Hubei, onde foi identificada pela primeira vez a doença, passaram a ser testadas ao chegar em outras províncias e países asiáticos.

Ainda no início de 2020, começaram a se tornar disponíveis os rápidos testes moleculares e de pesquisa de anticorpos. Alguns países asiáticos adotaram, com bastante sucesso naquele período, uma estratégia de bloqueio da transmissão que combinava testes, rastreamento, isolamento e quarentena. O governo chinês, entre suas ações de controle, passou a incluir ainda a testagem populacional em grande escala (também conhecida como “em massa”) quando alguém era diagnosticado com a infecção fora da região de Hubei.

No Brasil, onde os primeiros casos de viajantes com COVID-19 somente foram diagnosticados em fevereiro daquele ano, os testes eram feitos inicialmente com técnicas “in house” desenvolvidas por alguns laboratórios capacitados. A disponibilidade dos testes era muito limitada. Assim, as primeiras orientações oficiais para oferta de exames para diagnóstico eram baseadas na escassez: inicialmente, só eram elegíveis as pessoas que chegassem de países onde já se instalara a epidemia e seus contatos e que tivessem sintomas compatíveis com

síndrome gripal. Naquele momento, consideravam-se os sintomas respiratórios e febre, critério que viria a ser modificado meses depois.



Em agosto de 2020, a Fiocruz inaugurou a Unidade de Apoio ao Diagnóstico da Covid-19, no Rio de Janeiro. Com potencial para processar diariamente até 15 mil testes moleculares, teve sua estrutura e equipamentos financiados pela iniciativa *Todos pela Saúde*. Crédito: Marcello Casal Jr./Agência Brasil.

Tal estratégia partia do pressuposto que não havia transmissão no território nacional e não previa a pesquisa em pessoas que não apresentassem histórico de viagem ou contatos nesta condição. Conforme avolumaram-se as notícias sobre a pandemia, o critério foi se expandindo, de forma que o material colhido de indivíduos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), cujos resultados de testagem fossem negativos para outros agentes considerados prevalentes, também passaram a ser testados para o SARS-CoV-2.

Depois de confirmada a transmissão local, foram anunciadas ações do governo para grande ampliação do volume de testes. Entretanto, a oferta real permaneceu baixa, enquanto os números de casos e mortos cresciam exponencialmente. Doações e parcerias com o setor privado permitiram uma importante expansão na capacidade de análise, mas insuficiente para fazer frente à crescente demanda. Na maior parte do Brasil, os serviços públicos de saúde só realizavam testes em pessoas com sintomas moderados ou graves.

Os resultados demoravam vários dias para serem conhecidos, limitando seu uso como informações que subsidiassem medidas de controle. Em contraste, os usuários do setor privado da saúde obtinham os testes e resultados rápidos,

ilustrando a iniquidade em saúde que se aprofundou durante a pandemia. Problemas diversos, em especial a falta de planejamento para suprir insumos necessários, levaram ao descarte de dezenas de milhares de testes pelo Ministério.

A incorporação de outras tecnologias foi lenta. O SUS começou a oferecer testes rápidos para a detecção de anticorpos quando já se constataria que estes não seriam úteis, nem para o diagnóstico da doença, nem para se conhecer o estado de imunidade individual. Tais testes passaram a ter utilidade apenas para a realização de inquéritos de soroprevalência para se estimar a magnitude da epidemia. O MS apoiou inicialmente o projeto, vindo a interromper o seu financiamento depois de alguns ciclos. Os inquéritos só foram concluídos graças às doações privadas de recursos.

No início de 2021, os testes rápidos de detecção de antígenos se tornaram disponíveis no Brasil. Os laboratórios privados e os governos estaduais e municipais passaram progressivamente a oferecê-los. Em abril do mesmo ano, as farmácias particulares obtiveram a autorização de comercializá-los. A dificuldade de acesso persistiu. Em setembro de 2021, o Ministério da Saúde anunciou a distribuição de 60 milhões de testes até o fim daquele ano. Contudo, as entregas efetivadas estiveram longe da meta declarada. Em nenhum momento a rede de atenção básica foi abastecida adequadamente para realizá-los e apoiar o controle da transmissão nos territórios. Tampouco houve preocupação com a disponibilidade de resultados que subsidiassem a análise epidemiológica mais acurada, como a estratificação por tipo de teste e a proporção de positividade.

No final de 2021, com a propagação rápida da variante Ômicron e a falta de testes no setor público, a capacidade de realização de testagem dos serviços privados atingiu seu limite, apesar dos altos preços praticados para este serviço.

Até o início de fevereiro de 2022, a capacidade brasileira de realizar exames para detecção do SARS-CoV-2, de acordo com número de habitantes, correspondia a 5% do Reino Unido, 10% de Portugal e França, 14% dos Estados Unidos, 20% do Uruguai e Chile e era inferior a diversos países africanos⁶³.

Somente no final de 2021, ganhou corpo no Brasil a discussão sobre a autorização para os autotestes (testes rápidos de antígeno cuja realização não se limita a profissionais de saúde), que vieram a ser autorizados em janeiro seguinte. Os autotestes já eram adotados em diversos países da Europa, da América do Norte

63 MATHIEU, Edouard; RITCHIE, Hannah; RODÉS-GUIRAO, Lucas; *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*, 2020. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

e da Ásia, inclusive com financiamento público. Entretanto, o Governo Federal do Brasil decidiu não adquiri-los ou fornecê-los à população.

A Abrasco, desde o início da pandemia, afirmou que a garantia de acesso oportuno à testagem é medida essencial para diagnóstico, tratamento, cuidado e prevenção, enfatizando sua importância para que os serviços de atenção básica, de vigilância em saúde e equipes da estratégia de saúde da família pudessem desenvolver ações efetivas para a redução da transmissão.

Box 4 – Diagnóstico e detecção da doença

Deteção de casos

Os indivíduos com sinais e sintomas de síndrome respiratória aguda precisam ser testados, tanto para a detecção do SARS-CoV-2, quanto para outros vírus respiratórios como o da Influenza. Os testes de diagnóstico etiológico são necessários dada a dificuldade de distinção dessas doenças apenas com base no quadro clínico.

Rastreamento de contatos

A utilização de testes realizados no ponto de cuidado é um instrumento fundamental para a adequada identificação de contatos. A facilidade de realização e o resultado rápido facilitam a testagem de grandes contingentes. A realização do exame na saliva, evitando a complicada coleta de material na orofaringe, precisa ser avaliada na estratégia de rastreamento. Poucos locais no Brasil implantaram uma estratégia eficiente de rastreamento de contatos.

Autotestagem na detecção de infectados assintomáticos

A autotestagem pode ser importante na identificação de contatos de casos e para o controle em ambientes como escolas, abrigo de idosos, instalações de saúde, instituições prisionais, entre outras. Os argumentos contrários aos autotestes incluem a coleta inadequada, eventuais dificuldades de interpretação, possível sensação exagerada de ausência de risco decorrente de um teste negativo e a dificuldade de notificação dos testes realizados, prejudicando a vigilância. Há estudos que indicam que, se aplicados em uma estratégia apropriada, os autotestes, por serem realizados em grande número e com rapidez, são eficientes na redução da carga da doença. Essa vantagem, provavelmente, decorre do fato de que muitos dos indivíduos que deveriam ser testados acabam não realizando teste nenhum, caso a autotestagem não estivesse disponível.

Testes para detecção da resposta imune humana

É necessário distinguir a resposta imune causada pela infecção da resposta à vacinação. Há testes capazes de diferenciá-las nos vacinados com produtos que não usam a proteína espicular viral (spike). Contudo, a distinção nos vacinados com vírus inativado ainda é problemática. Outro aspecto importante é a interpretação de uma resposta de anticorpos contra o SARS-CoV-2 como indicador de proteção, já que nem todos os anticorpos neutralizam a ação viral. Esse aspecto tem sido complicado pela divulgação de testes que emitem resultados como neutralizantes, embora não haja sólido embasamento metodológico para tal afirmativa.

Detecção e avaliação das variantes de preocupação

Embora não se enquadre na definição de testes diagnósticos, a caracterização viral é um elemento importante para o controle da pandemia. Ainda que o sequenciamento viral tenha se expandido no Brasil, não temos ainda uma situação apropriada devido ao número de amostras testadas, às dificuldades de amostragem adequada, à demora no sequenciamento e ao registro dos resultados em bancos públicos.

Vigilância Sanitária

A ANVISA sob fogo cruzado

A Vigilância Sanitária (VS) é descrita na Constituição Federal como atividade pública integrante do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade de evitar, eliminar ou reduzir riscos decorrentes das atividades de produção e consumo de bens e serviços, e atua de forma complementar à Vigilância Epidemiológica e à Saúde do Trabalhador. Suas ações incluem agir sobre produtos, situações e processos que impliquem risco de doenças ou agravos, mesmo na ausência de casos, regular a segurança sanitária de pessoas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras e observar o cumprimento de regras para prevenção, como a ventilação dos ambientes, o uso de máscaras e a disponibilidade de álcool para reduzir as chances de transmissão.

As atividades de VS seguem, evidentemente, a lógica de organização do SUS, com responsabilidades distribuídas entre União, estados e municípios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) realiza a coordenação nacional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e, durante a pandemia, oscilou no exercício de suas funções, sendo ora diligente, ora omissa.

Logo no início, quando somente as notícias sobre a nova doença haviam cruzado o mundo, a primeira preocupação era evitar que viajantes pudessem trazer o vírus para o país. Uma doença com as características da COVID-19 apresentava grandes desafios, tanto pela alta transmissibilidade como pela grande proporção de casos de infecção sem sintomas. A única medida efetiva seria impedir o ingresso de pessoas oriundas de regiões onde já houvesse transmissão autóctone. Diversos países impuseram restrições em vários momentos, desenhando um espectro amplo quanto ao rigor do controle de circulação de pessoas. Em um extremo, a quarentena rigorosa dos recém-chegados, e no outro, a liberdade total de trânsito. Entre os dois polos, foram adotadas tecnologias de acordo com a disponibilidade, como quarentena obrigatória, testes de detecção do vírus e certificado de vacinação.

Em alguns países, particularmente na Ásia e na Oceania, a contenção nas fronteiras, aliada a medidas rigorosas de isolamento, testagem e rastreamento, teve um papel importante no controle da transmissão. Entretanto, na maior parte do mundo, essa medida teve efeito limitado para impedir a entrada do vírus em seus territórios, permitindo um pequeno ganho de tempo para preparação dos sistemas de saúde, e não parece ter alterado de forma significativa a disseminação da doença, pois, uma vez estabelecida a transmissão autóctone em um país, o papel dos viajantes estrangeiros passa a ser pouco significativo na epidemiologia de COVID-19.

Em vários momentos, a Anvisa, orientada pelo Governo Federal, implementou medidas de restrição sem conexão com medidas de controle adotadas por outros países, não apresentando efeitos significativos na prevenção da morbimortalidade causada pela doença. Contudo, a agência realizou importantes iniciativas de prevenção e proteção de viajantes e trabalhadores, como a exigência de: uso de máscaras, melhoria na ventilação de ambientes, provisão de meios para a higienização das mãos e, mais recentemente, verificação de situação vacinal.

No primeiro semestre de 2020, quando vários governadores anunciaram medidas rígidas para reduzir a circulação de pessoas, alguns ensaiaram a suspensão de funcionamento de aeroportos, o que despertou intensa reação do presidente da República. A Anvisa foi instada pela sociedade a posicionar-se sobre o debate, sendo constrangida pelo comando do Governo Federal.

Em outra frente, profissionais e estabelecimentos de saúde receberam orientações sobre biossegurança e regras para uso de equipamentos de proteção individual, incluindo especificação das máscaras de uso profissional. Posteriormente recomendações complementares foram expedidas sobre máscaras para uso pela população em geral.



Em 24 de maio de 2020, a cidade de São Paulo registrou 51% de contação social. A exemplo de outros estados, a decisão de instituir a contenção no estado coube ao governo estadual, sem respaldo do governo federal. Foto da Avenida Paulista por onde, no dia 24, circularam algumas poucas pessoas. Crédito: Governo do Estado de São Paulo.

Com base nessas diretrizes, o SNVS passou a exigir o cumprimento de regras de proteção em serviços de saúde, portos, aeroportos e aeronaves. Entretanto, outros ramos de atividade, como fábricas, restaurantes e transporte coletivo, careceram de coordenação nacional. Com isso, autoridades municipais e estaduais definiram regras díspares sobre as alternativas de proteção individual contra a doença. A exigência de fornecimento e uso de máscaras nos locais de trabalho, frequentemente, só foi cumprida por exigência de sindicatos de trabalhadores. O descumprimento de regras locais acerca do uso de máscaras por autoridades e personalidades do esporte e do entretenimento foi muitas vezes exposto pela imprensa; raramente se teve notícia de alguma reação por parte da VS.

Inicialmente, quando o conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do SARS-CoV-2 era impreciso e havia temor de escassez de dispositivos de proteção individual, as exigências sobre qualidade das máscaras não foram muito rigorosas. Contudo, as novas descobertas sobre o tema, que questionaram a eficácia de determinados tipos de máscara como medida protetiva, não levaram a Anvisa a rever seus documentos.

A ação da Anvisa que mais mereceu atenção pública foi a avaliação de produtos para prevenção, diagnóstico e tratamento de COVID-19. O Congresso Nacional aprovou medidas propostas pelo Governo Federal e a Anvisa publicou resoluções que flexibilizaram, de forma emergencial, regras para autorização de produtos e estabeleceram prazos mais curtos para manifestação da Agência.

Discussões sobre a apreciação de vacinas evidenciaram as divergências entre o comando do Governo Federal e a direção da Anvisa. A Agência apoiou-se na consistência do trabalho de seu corpo técnico, afastando as suspeitas de que as decisões seriam influenciadas por pressões políticas. O presidente da República fez declarações públicas incisivas contra a vacina CoronaVac, a empresa que a desenvolveu em parceria com o Butantã, a Sinovac, e o país de origem da empresa, a China, e chegou a realizar um pronunciamento intimidatório contra a utilização do imunizante da empresa Pfizer para crianças. O presidente da Anvisa rechaçou a agressão e reafirmou a decisão regulatória⁶⁴. No sentido inverso, lideranças políticas manifestaram-se, até sob forma de ameaças, contra a rejeição da vacina da empresa Gamaleya.

Entre os temas que mais produziram controvérsia, destacou-se a indicação de medicamentos para o tratamento precoce da doença, em especial a cloroquina e a hidroxicloroquina. Seu uso, advogado e patrocinado pelo próprio Governo Federal, foi rechaçado pela comunidade científica e pela Organização Mundial de Saúde face à falta de evidências sobre sua eficácia no combate ao vírus. Laboratórios das Forças Armadas importaram os insumos ativos e produziram milhões de comprimidos de cloroquina e de hidroxicloroquina, que foram distribuídos por serviços de saúde das aldeias indígenas e nos mais distantes rincões do país. Uma nota técnica na página do MS, com o apoio de instituições e médicos, associada às manifestações do presidente da República legitimaram o uso indiscriminado e irracional destas drogas.

Ainda que seja admissível o uso *off-label* de medicamentos em condições excepcionais, sob responsabilidade do médico prescritor, o que aconteceu no Brasil foi a promoção ostensiva, em escala muito ampla, de um tratamento sabidamente ineficaz, capaz de produzir eventos adversos, sem que houvesse qualquer resistência das autoridades sanitárias para interromper a irregularidade e penalizar seus autores.

São diversos os casos que ilustraram a descoordenação e a fragilidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no enfrentamento da pandemia. Para citar um deles, é possível comparar a ação rigorosa que suspendeu viagens de cruzeiros, por um lado, e a falta de protocolos coordenados para orientar a prevenção do coronavírus nas escolas, por outro.

64 Em um primeiro momento, o Diretor Presidente da Anvisa alinhou-se subalternamente ao Presidente da República, acompanhando-o em aglomerações sem o uso de máscara e, indiretamente, dando suporte aos seus posicionamentos contra as iniciativas dos estados e municípios, contra as medidas de isolamento, contra as vacinas e a favor do uso de medicamentos comprovadamente sem eficácia. Depois, alinhou-se ao consenso científico e defendeu as avaliações e decisões indicadas pelos técnicos da agência, sendo acompanhado por toda a diretoria.

Em vista da complexidade e da amplitude do escopo de atuação da VS e da intensidade das tensões políticas e econômicas envolvidas, uma avaliação apressada não faria justiça à Anvisa ou ao SNVS. Se as lacunas foram enormes, mais importante foi a firmeza em adotar a ciência como guia e a transparência como prática. Pela primeira vez em nossa história, a sociedade brasileira pode conhecer ao vivo, em cadeia nacional, detalhes das avaliações técnicas de vacinas, com a apresentação de todas as etapas envolvidas, desde a aprovação de pesquisas clínicas até o monitoramento contínuo da farmacovigilância.

A raiz da maior parte das dificuldades enfrentadas foi se tornando mais clara a cada episódio polêmico: a inexistência de um plano nacional para enfrentar a epidemia e a omissão escandalosa do Ministério da Saúde. Assim, mesmo sem respaldo político do comando do Governo Federal, a Anvisa foi obrigada, em diversos momentos, a hipertrofiar sua atuação, como a única instituição do Poder Executivo Federal com atuação relevante frente às necessidades colocadas pela pandemia.

Por fim, sua natureza de autarquia especial, que é caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira, protegeu em grande medida a agência regulatória e seus dirigentes das tentativas de interferência política em suas decisões.

Os desafios do trabalho das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais no contexto da pandemia de COVID-19

Assim como todas as áreas do SUS, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) foi surpreendido por uma virose pandêmica, de origem e patogenia desconhecidas, com alto poder de transmissão. Todos os componentes do SNVS, operadores da vigilância sanitária no Brasil (Anvisa, órgãos estaduais e municipais) precisaram atuar de forma rápida diante de assuntos ainda não regulamentados, criando ou alterando rotinas e procedimentos. Os órgãos de Vigilância Sanitária dos Estados e Municípios (VISAS EE e MM) receberam uma carga de trabalho extra, muitas vezes traduzida em ações que fugiam em muito das tarefas cotidianas e, não raro, das suas competências.

As emergências em saúde se manifestam nos territórios, cujo reconhecimento e apreensão, na perspectiva da mitigação dos fatores de risco, estão na esfera municipal do SUS. No que toca ao SNVS, pode-se dizer que o trabalho das VISAS EE e MM no contexto da pandemia desdobra-se em várias frentes, entre as quais destacam-se:

- na dimensão comunicacional e normativa: fatos e situações exigiram, e ainda exigem, ações educacionais, orientações e regulamentações específicas, apropriadas ao momento e à situação sanitária, social, cultural e econômica de cada lugar;
- na dimensão fiscalizatória: colocar em campo os agentes fiscalizadores de todas as medidas de contenção da pandemia, em todos os aspectos, bem como do cumprimento das normas de qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços;
- na dimensão do monitoramento farmacológico: das operações de vacinação e das possíveis consequências adversas do uso emergencial dos insumos ativos utilizados nas vacinas e nos potenciais medicamentos para o tratamento de COVID-19.

O trabalho das VISAS EE e MM nesse tempo de pandemia pode ser mais bem descrito se consideradas três dimensões: (a) aquela decorrente dos conflitos no gerenciamento da pandemia entre o Governo Federal e as instâncias estaduais e municipais do SUS; (b) aquela realizada tanto no plano interno dos serviços do SUS como no controle dos produtos, serviços e da prevenção do contágio; e (c) a vacinação.

Os conflitos de gerenciamento

No início da pandemia, na ausência de recursos farmacológicos, as medidas de restrição de mobilidade e das atividades econômicas em geral foram os mais importantes meios para o enfrentamento da pandemia. Entretanto, em 20 de março de 2020, o Governo Federal emitiu a Medida Provisória (MP) nº 926, com o objetivo de limitar a autonomia dos estados e municípios para regulamentar e realizar medidas de contenção.

A MP centralizava na Presidência da República a competência para definir critérios para adoção de quarentena e isolamento, interdição da locomoção e restrição de acesso e circulação em rodovias, portos e aeroportos e para dispor sobre serviços públicos e atividades essenciais. Em outra MP, a 928/2020, o Governo Federal buscava alterar as regras de pedidos de acesso à informação a órgãos públicos, retirando o prazo para que estes órgãos cumprissem os pedidos. O Supremo Tribunal Federal (STF) considerou inconstitucional a MP 926, assegurando aos estados e municípios plena competência para atuar em seus territórios jurisdicionais, e a MP 928 perdeu a validade por não ter sido apreciada pelo Congresso Nacional no tempo regimental.

Apesar da decisão do STF, a Presidência da República emitiu diversos decretos que interferiam na ação das VISAS EE e MM. Definiam, por exemplo, o trabalho dos salões de beleza e o comércio de cosméticos como atividades essenciais. Essa e outras atitudes e providências tomadas por parte do chefe do Executivo, com a concordância do Ministério da Saúde, muitas vezes divergiam das orientações da Anvisa e deixavam as VISAS EE e MM em situação de constrangimento. Muitas seguiam as orientações da OMS e de instituições científicas nacionais, como a Fiocruz, o Instituto Butantan e universidades; outras preferiram seguir o MS. Enquanto isso, a população recebia mensagens conflitantes das autoridades federais, estaduais e municipais, o que resultou em menor aderência às medidas protetivas, como o distanciamento social, o uso de máscaras, a não aglomeração e a vacinação.

O negacionismo da ciência, estimulado pelo presidente e seus seguidores – entre eles, os muitos militares que substituíram profissionais experientes na direção de todas as áreas do SUS sob gestão da União –, teve também apoio no âmbito dos profissionais e das entidades de fiscalização e de representação da medicina e significou um grande entrave às ações de vigilância fundamentadas em evidências científicas.

O controle dos produtos e serviços visando a prevenção do contágio

A flexibilização da produção ou importação de alguns itens indispensáveis ao enfrentamento da COVID-19 (kits de testagem, oxigênio, álcool em gel, respiradores etc.) exigiu que a Anvisa adotasse procedimentos mais ágeis de registros e autorizações, em face da urgência da demanda. Esse expediente teve reflexo nas VISAS EE e MM, que são as instâncias do SNVS responsáveis pela inspeção sanitária nas unidades produtoras, com o objetivo de verificar a adoção das boas práticas de fabricação, pressuposto para que o produto registrado tenha a qualidade necessária.

Não obstante esta ação fiscalizatória, foram registrados muitos casos de produtos, como o álcool em gel de má qualidade. Coube à Anvisa a publicação de documentos técnicos, muitos produzidos em tempo recorde, para nortear a ação das VISAS EE e MM sobre temas tão diversos como o uso de desinfetantes de superfícies, a fabricação de máscaras faciais e a instalação de usinas concentradoras de oxigênio em hospitais.

A partir da decisão do STF sobre a autonomia das unidades constituintes da federação para o enfrentamento da pandemia, diversos estados e municípios

passaram a constituir seus próprios comitês para definir outras estratégias de controle sanitário e ações epidemiológicas.

As VISAS EE e MM participaram ativamente no planejamento e execução de medidas não farmacológicas de contenção da transmissão. Foi a equipe técnica dessas instâncias do SNVS que se responsabilizou pelas inspeções e orientações à população referente a: distanciamento social, uso de máscaras, acesso a produtos desinfetantes e barreiras sanitárias, atendimento de denúncias de aglomerações em bares e restaurantes, shows, festas clandestinas.

O agravamento da incidência e da mortalidade por COVID-19 em instituições de longa permanência para idosos determinou ações específicas de controle dos infectados e distanciamento social de residentes. Um intenso trabalho de comunicação de risco e de orientação, por meio de notas técnicas, instruções normativas, decretos e portarias, orientou diferentes setores da sociedade, como hospitais e outros serviços de saúde, escolas, comércio em geral, hotéis e igrejas. As mídias sociais foram usadas intensivamente na disseminação de informações.

Nos serviços de saúde, a preocupação com a transmissão do vírus abrangia tanto a segurança dos pacientes quanto a proteção dos profissionais de saúde. As VISAS EE e MM intensificaram as inspeções em hospitais e pronto atendimentos, verificando a disponibilidade e o uso de EPIs, as rotinas de desinfecção de equipamentos e superfícies e de descarte de material contaminado, entre outros aspectos relevantes. Os canais criados por VISAS EE e MM para o recebimento de denúncias relacionadas às condições de atendimento nesses serviços revelaram fornecimento de EPIs de má qualidade e em número insuficiente, falta de produtos para higiene das mãos, aglomeração de pessoal nas copas e refeitórios, enfermarias superlotadas, falta de uso de máscaras faciais, profissionais em UTIs sem experiência e adoção de protocolos sem fundamentação técnica.

A divulgação e incentivo ao uso de medicamentos sem comprovação de eficácia foi outro tema de imenso conflito nas VISAS EE e MM. Muitas prefeituras, com o apoio técnico e político do MS, distribuíram medicamentos em forma do “kit COVID”, que continha hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina, visando o suposto tratamento precoce da enfermidade.

A vacinação

Um imenso investimento foi feito pelos estados para organizar a vacinação, apesar da propaganda contrária do Palácio do Planalto e da inépcia do Ministério da Saúde. As Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, em ação conjunta, realizaram testes pilotos em salas de vacinação, que mostraram dificuldades para

a operacionalização dos confusos esquemas vacinais propostos pelo MS. Vacinas diferentes exigiam condições bastante específicas para sua conservação e seu uso. Entretanto, estas dificuldades foram sendo superadas graças aos esforços das instâncias estadual e municipal do SUS.

A farmacovigilância foi reestruturada para realizar o monitoramento das reações adversas das diferentes vacinas usadas pelo SUS, a maioria das quais autorizada para uso emergencial. Uma ação coordenada entre VISAS EE e MM, Vigilância Epidemiológica e Anvisa permitiram registrar e analisar todos os possíveis casos de reações adversas, algo indispensável para o contexto emergencial de enfrentamento da pandemia.

No período recente, o Brasil não havia enfrentado uma emergência sanitária com tamanha descoordenação das instâncias de vigilância do SUS, agravada pela disseminação proposital e planejada de informações contrária às evidências científicas. Os déficits estruturais dos municípios pequenos e médios tornaram esses desafios ainda maiores. As VISAS MM enfrentaram a pandemia com equipes subdimensionadas, precariedade de vínculos de trabalho, carência de capacitação técnico-científica e deficiências de infraestrutura. Contudo, esse cenário já faz parte do contexto destas instituições: a novidade se apresentou nas pressões contrárias às medidas de prevenção, patrocinadas por alguns setores da sociedade, motivados por interesses políticos e econômicos.

A descoordenação de estratégias, o negacionismo em relação à ciência, a insuficiência de recursos e as orientações conflitantes, que confundiram a população sobre quais recomendações seguir, marcaram a ação do SUS na área de vigilância sanitária no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Box 5 – Consórcio de veículos de imprensa

No início da pandemia, os veículos da imprensa brasileira se guiaram pelos números oficiais do Ministério da Saúde disponibilizados pelo portal Coronavírus Brasil, contando com as demais plataformas para outros tipos de análise.⁶⁵

A partir de maio de 2020, o Governo Federal iniciou uma série de mudanças na forma de publicar esses dados. Em 5 de junho, o portal do Ministério saiu do ar e quando voltou a funcionar, na tarde do dia seguinte, mostrava somente os números de casos e de óbitos registrados do dia anterior, deixando de informar os acumulados. Os coeficientes de

⁶⁵ Coronavírus Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

incidência de contaminação e a taxa de letalidade da COVID-19 também foram retirados do site, assim como a possibilidade de download dos dados⁶⁶.

A repercussão negativa à nova apresentação dos dados foi imediata e mobilizou a comunidade científica, órgãos das gestões estaduais, sociedade civil e agências internacionais⁶⁷. A Abrasco emitiu a “Nota Técnica: Apagão de Dados no enfrentamento à pandemia de Covid-19”⁶⁸, na qual ressalta que a mudança da forma de apresentação é a ponta de um iceberg de um processo de desmonte dos principais sistemas de informações em saúde, com repercussões na imprensa.

Diante do apagão, o Conselho Nacional de Secretários de Estados de Saúde (CONASS) apresentou, no dia 7 de junho, o seu painel de casos e óbitos de COVID-19 com os mesmos números repassados pelas secretarias estaduais ao Ministério⁶⁹. Partidos políticos interpelaram o Supremo Tribunal Federal (STF) e o ministro Alexandre de Moraes determinou o retorno da divulgação dos números acumulados⁷⁰, decisão acatada pelo governo no dia 9 de junho⁷¹.

Mesmo com alternativas e sinalizações de resolução do cenário, os grupos Globo, Folha, Estado e UOL anunciaram, já no início de junho de 2020, uma parceria operacional entre os veículos G1, O Globo, Extra, O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo e UOL⁷² para trabalhar de forma colaborativa na busca dos dados de casos e óbitos nos 26 estados e no Distrito Federal. As equipes dos veículos passariam a dividir tarefas e compartilhar as informações obtidas diretamente nas secretarias estaduais de saúde.

66 **Após reduzir boletim diário, governo Bolsonaro retira dados acumulados da Covid-19 do site | Política | G1.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/06/apos-reduzir-boletim-governo-bolsonaro-retira-dados-acumulados-da-covid-19-de-site-oficial.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

67 Brasil é destaque no mundo por não divulgar dados de mortes por covid-19. **BBC News Brasil**, Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52967730>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

68 **Nota Técnica: Apagão de Dados no enfrentamento à pandemia de Covid-19 - ABRASCO.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-tecnica-apagao-de-dados-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/49219/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

69 **Conselho de secretários estaduais lança painel com números da covid-19 | Agência Brasil.** Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/conselho-de-secretarios-estaduais-lanca-painel-com-numeros-da-covid-19>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

70 **Coronavírus: Alexandre de Moraes manda governo retomar divulgação dos dados acumulados | Política | G1.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/coronavirus-alexandre-de-moraes-manda-ministerio-da-saude-retomar-divulgacao-dos-dados-acumulados.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

71 **Governo obedece à ordem do STF, e Ministério da Saúde volta a divulgar dados completos da covid.** G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/09/ministerio-da-saude-volta-a-divulgar-no-site-oficial-dados-acumulados-da-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

72 **Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19.** G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Para além do trabalho diário de monitoramento de casos e de óbitos, o tema da vacinação também foi encampado pelos veículos consorciados, com o monitoramento das doses ministradas e campanhas de conscientização, angariando premiações corporativas em dezembro de 2021⁷³.

As fragilidades das informações sobre casos e óbitos de COVID-19, novamente expostas no segundo apagão de dados do Ministério em de 10 de dezembro de 2021, não esvaziaram ou afetaram a imagem do consórcio – o que mostra a força do compromisso com a objetividade e a fidelidade aos fatos que assumem os veículos de imprensa, atores centrais no disputado embate de narrativas sobre a pandemia, em particular, e sobre o Brasil e o mundo, em amplo aspecto.

Medidas não-farmacológicas

Máscaras

A principal forma de transmissão do vírus responsável pela COVID-19 ocorre por via respiratória por meio de gotículas de secreção contaminadas⁷⁴. As três principais estratégias para o controle da disseminação da doença basearam-se em medidas sanitárias clássicas de saúde pública adotadas para o controle de epidemias: higienização frequente das mãos com água e sabão, distanciamento social e uso generalizado de máscaras faciais em ambientes extradomiciliares⁷⁵. Essa última recomendação se fortaleceu diante da possibilidade de transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos, da alta carga viral no estágio inicial da doença⁷⁶ e do longo período de incubação⁷⁷.

Inicialmente, agências de saúde nacionais e internacionais recomendaram o uso de máscaras de tecido em locais e situações em que o distanciamento social não era possível. Os países temiam que a adoção de uma política universal de utilização de

73 **Consórcio de veículos de imprensa e Projeto Comprova ganham prêmio Liberdade de Imprensa 2021 da ANJ.** G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/12/01/consorcio-de-veiculos-de-imprensa-e-projeto-comprova-ganham-premio-liberdade-de-imprensa-2021-da-anj.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

74 CDC. **COVID-19 and Your Health.** Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

75 **Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak | Journal of Travel Medicine | Oxford Academic.** Disponível em: <<https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

76 BAI, Yan; YAO, Lingsheng; WEI, Tao; *et al.* Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. **JAMA**, v. 323, n. 14, p. 1406–1407, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

77 HUANG, Rui; XIA, Juan; CHEN, Yuxin; *et al.* A family cluster of SARS-CoV-2 infection involving 11 patients in Nanjing, China. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 5, p. 534–535, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30147-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30147-X/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

máscaras profissionais (PFF2/N95) ou descartáveis levaria à escassez do produto para seus usuários recorrentes (profissionais de saúde, imunossuprimidos, idosos, pessoas com comorbidades, casos confirmados e respectivos cuidadores), além de seu descarte massivo ser ambientalmente insustentável⁷⁸. Com a gravidade e longa duração da pandemia, os diferentes tipos de máscara passaram a ser alvo de pesquisas para avaliação de sua eficácia na contenção do SARS-CoV-2 e de outros surtos infecciosos concomitantes.



Uma semana após a OMS decretar a pandemia de COVID-19 (11/03/2020), passageira de ônibus BRT no Rio é vista fazendo uso de máscara descartável e caseira como forma de prevenção ao coronavírus. Crédito: Fernando Frazão/Agência Brasil.

O estudo brasileiro coordenado por Moraes (2021) foi pioneiro no mundo ao avaliar 227 diferentes máscaras faciais, compreendendo as feitas com tecnologia de ponta (PFF2/N95) até as costuradas em casa. Os resultados indicaram a importância do uso de máscaras no controle epidemiológico de doenças transmitidas pelo ar. As do tipo PFF2/N95 se destacaram, barrando a passagem de 98% das partículas nos tamanhos testados (60 a 300 nm). As máscaras cirúrgicas apresentaram 89% de filtragem, e as de TNT (tecido não tecido), 78%. Máscaras de algodão apresentaram a menor retenção de partículas, entre 20% e 60%, devido à trama mais aberta do tecido. Em termos de respirabilidade, as de TNT se destacaram, seguidas pelas cirúrgicas. As PFF2/N95 e as de algodão tiveram um índice menor de respirabilidade, sem dificultar, contudo, seu uso por longos períodos⁷⁹. Quando todos os atributos citados são considerados, as máscaras PFF2/N95, cirúrgicas e

78 FENG, Yu; MARCHAL, Thierry; SPERRY, Ted; *et al.* Influence of wind and relative humidity on the social distancing effectiveness to prevent COVID-19 airborne transmission: A numerical study. *Journal of Aerosol Science*, v. 147, p. 105585, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021850220300744>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

79 MORAIS, Fernando G.; SAKANO, Victor K.; LIMA, Lucas N. de; *et al.* Filtration efficiency of a large set of COVID-19 face masks commonly used in Brazil. *Aerosol Science and Technology*, v. 55, n. 9, p. 1028–1041, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02786826.2021.1915466>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

de TNT apresentaram eficácia na prevenção de infecções, enquanto as de algodão não atingiram a recomendação mínima da OMS. Apesar da variação encontrada, os autores destacaram que o uso correto de qualquer máscara é melhor do que se abster do seu uso.

Outra pesquisa brasileira analisou 45 peças faciais utilizadas em situações cotidianas por 28 pacientes infectados pelo novo coronavírus, revelando que o patógeno foi encontrado apenas na camada interna das máscaras, sugerindo um bloqueio na sua transmissão⁸⁰.

Em 2021, a disponibilidade crescente de vacinas de alta eficácia contra as formas mais graves da COVID-19 gerou em parcela significativa da população uma falsa sensação de segurança, levando ao uso incorreto ou abandono das máscaras. Isso contribuiu com novas ondas de transmissão da doença, favorecendo o surgimento de novas variantes do vírus SARS-CoV-2.

Em janeiro de 2022, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês) dos Estados Unidos atualizou seu guia sobre máscaras, recomendando que a população usasse preferencialmente máscaras do tipo N95 ou KN95, por oferecerem a melhor proteção contra a COVID-19. Contudo, na ausência desses tipos, a agência de saúde continua recomendando o uso da máscara que se possa acessar, desde que seu uso seja constante⁸¹.

Apesar das evidências acerca dos efeitos benéficos da adoção precoce das máscaras por alguns países, as autoridades sanitárias brasileiras protelaram a implementação e a exigência de tal adoção. Somente no dia 2 de julho de 2020, foi sancionada uma lei federal dispendo sobre o uso de máscaras, quando todos os estados brasileiros, à exceção do Rio de Janeiro, já o praticavam. Entre os principais desafios encontrados, destacam-se (a) atraso na adoção de leis que regulamentassem seu uso, especialmente pelos conflitos entre os três níveis de governo; (b) baixa adesão no uso cotidiano, principalmente para a prática de exercícios físicos e permanência em locais com grande circulação de pessoas por longos períodos; (c) uso e manipulação incorretos da máscara, cuja orientação era mantê-la bem ajustada ao rosto cobrindo nariz e boca e manuseá-la pelos elásticos laterais, respeitando a higienização e o descanso adequados para a reutilização ou troca da mesma; (d) acesso mais limitado da população em vulnerabilidade social às máscaras mais eficazes; (e) estigmatização da população negra, expondo

80 MELLO, Vinicius M.; ELLER, Cristiane M.; SALVIO, Andreza L.; *et al.* Effectiveness of face masks in blocking the transmission of SARS-CoV-2: A preliminary evaluation of masks used by SARS-CoV-2-infected individuals. **PLOS ONE**, v. 17, n. 2, p. e0264389, 2022. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0264389>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

81 CDC. **Masks and Respirators**. Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/types-of-masks.html>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

esse grupo social, quando usando máscaras, a um maior assédio pela polícia e a situações de preconceito e injúria racial⁸².

As evidências acumuladas indicam que a constância no uso de máscaras de alta eficácia é uma intervenção de saúde pública promissora, que, associada ao esquema completo de vacinação e às medidas preventivas de distanciamento social e higienização das mãos, contribui para a redução da velocidade de disseminação da COVID-19 e consequente surgimento de novas cepas do vírus, reduzindo o número de óbitos e hospitalizações por COVID-19.

O distanciamento social e seus inimigos

Quando surgiram os primeiros casos de COVID-19, na China, na ausência de vacinas e de tratamentos específicos, começaram a ser tomadas medidas tradicionais de saúde pública como o isolamento de casos, a quarentena de contatos e o distanciamento social.

As medidas de distanciamento social (também denominado distanciamento físico) visam reduzir a circulação e interação de pessoas, em especial entre aquelas infectadas – inclusive assintomáticos e oligossintomáticos – e não infectadas. Podem ser implementadas por meio de recomendações ou proibições expressas em decretos ou outros instrumentos legais, incluindo a restrição de viagens e transportes públicos, o cancelamento de eventos culturais e religiosos e o fechamento de escolas, locais de trabalho e estabelecimentos comerciais não essenciais. A contenção comunitária (lockdown) é “medida extrema de distanciamento social, com o bloqueio total – exceto para aquisição de suprimentos e uso de serviços essenciais – da circulação de pessoas em um local”.

Na pandemia de COVID-19, essas medidas foram sendo implantadas de modo gradual e distinto nos diferentes países. Há um amplo reconhecimento na literatura internacional de sua efetividade na redução do número de infecções, hospitalizações e mortes, além de diminuir o impacto nos sistemas de saúde, muitas vezes cronicamente subfinanciados.

Vários países asiáticos, os primeiros atingidos pela pandemia, haviam fortalecido seus sistemas de saúde e implantado mecanismos mais desenvolvidos de rastreamento e vigilância de casos, por terem vivido epidemias prévias de SARS e MERS, e, diante do avanço da COVID-19, adotaram medidas rígidas de distanciamento social. Na Europa, inicialmente, alguns países como o Reino Unido, a Holanda e a Suécia

82 [Why some people of color say they won't wear homemade masks | CNN](https://edition.cnn.com/2020/04/07/us/face-masks-ethnicity-coronavirus-cdc-trnd/index.html). Disponível em: <<https://edition.cnn.com/2020/04/07/us/face-masks-ethnicity-coronavirus-cdc-trnd/index.html>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

relutaram em implementar ações restritivas, porém, com a piora dos indicadores epidemiológicos, foram induzidos a aplicá-las.

De forma geral, no primeiro ano de pandemia, os países que adotaram medidas de distanciamento mais precocemente apresentaram menores taxas de incidência e mortalidade. No entanto, a tensão política envolvida no embate entre adoção de medidas prolongadas de prevenção e seus impactos econômicos desafiou os governantes em todo o mundo. Em muitos lugares, a discussão sobre a flexibilização do distanciamento social se iniciou antes de serem alcançados patamares de controle da pandemia.

O Brasil registrou, em São Paulo, o primeiro caso da América Latina quatro dias antes da OMS declarar uma emergência de saúde pública de interesse internacional e duas semanas antes de reconhecê-la como uma pandemia. Sua rápida expansão no país e no continente se deu em um contexto de grandes desigualdades econômicas, raciais e de gênero, que vinham se ampliando e revertendo tendências decrescentes de anos anteriores.

O presidente Jair Bolsonaro, em exercício durante a pandemia, desde o início, minimizou a gravidade do fenômeno, promovendo a troca frequente de ministros da saúde quando hesitavam ou contrariavam suas posições⁸³. Seus apoiadores passaram a defender a manutenção de atividades econômicas, alegando que a difusão do vírus levaria ao desenvolvimento de imunidade de grupo e o controle “natural” da pandemia em pouco tempo, o que não se confirmou.

Na ausência de uma coordenação federal, coube aos governadores e prefeitos implementar as medidas de controle, incluindo o distanciamento social e o uso obrigatório de máscaras. Destaca-se o Consórcio Nordeste, cuja ação conjunta minimizou os efeitos dramáticos da pandemia em uma das regiões mais pobres do país. A autonomia administrativa dos estados e municípios em áreas como saúde, educação e comércio é prevista na Constituição Federal e restringiu a possibilidade de interferência direta do Governo Federal em decisões de governos locais.

83 LANCET, The. COVID-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.



Eduardo Pazuello, general da ativa e ministro da Saúde do governo Bolsonaro (o terceiro ministro em menos de dois anos), com máscara no meio do rosto durante depoimento à CPI da Pandemia. Crédito: Sérgio Lima/AFP.

Todavia, desigualdades no acesso a informações e a difusão de fake news contribuíram para confundir a população e diminuir o apoio a medidas de distanciamento social e ao uso de máscaras. A adesão ao distanciamento social depende, em grande parte, de condições objetivas de vida e trabalho e pode ser uma possibilidade pouco factível para pessoas engajadas em atividades essenciais ou que não têm possibilidade de realizar o trabalho remotamente.

Permanecer em casa e isolar casos confirmados eram recomendações difíceis ou mesmo inviáveis para pessoas em situação de rua ou que vivem em condições precárias de moradia, com aglomeração familiar em espaços pequenos. Em um contexto de pobreza e de informalidade nas relações de trabalho, seria imprescindível o estabelecimento de políticas continuadas de proteção social e de apoio a populações vulnerabilizadas, de modo a assegurar sua sobrevivência.

As medidas de distanciamento social, no longo prazo, têm muitas outras consequências, já que interferem no cotidiano das pessoas em todas as esferas da vida. Por exemplo, o fechamento das escolas por quase dois anos privou os estudantes da educação formal e da socialização escolar, além dificultar a atuação laboral dos pais que não puderam interrompê-la e aumentar a sobrecarga doméstica, especialmente das mulheres. A violência de gênero e familiar têm aumentado, bem como a ocorrência de problemas mentais como ansiedade

e depressão. Com a priorização do atendimento à COVID-19, aumentaram as barreiras de acesso aos serviços de saúde por outras demandas.

Todas essas questões contribuíram para que os governantes flexibilizassem as medidas de distanciamento social, mesmo na vigência de patamares elevados de transmissão comunitária do SARS-CoV-2, sucumbindo também às fortes pressões de grupos econômicos. Isso ocorreu especialmente depois da vacinação de amplos contingentes populacionais, mesmo com as muitas incertezas quanto ao grau e a duração da proteção conferida pelas vacinas disponíveis.

Vacinas e vacinação contra COVID-19

Saúde e poder: a corrida pelas vacinas

Em 2020, durante a pandemia de COVID-19, o mundo vivenciou mais um capítulo da histórica e conflituosa relação entre saúde e poder, que envolveu a competição pelo desenvolvimento e comercialização de vacinas contra o SARS-CoV-2 entre as três potências hegemônicas da atualidade.

A COVAX, iniciativa da OMS criada com o objetivo de adquirir e distribuir vacinas contra a COVID-19, foi prejudicada por essa disputa, na medida em que os poderes nacionais e empresariais não responderam adequadamente ela, provocando um quadro de grande iniquidade na distribuição dos imunizantes no mundo. Em 2021, a COVAX havia distribuído apenas 907 milhões de uma meta de entrega de 2 bilhões de doses⁸⁴. No Brasil, a competição pelo mercado resultou na tentativa de desqualificação de alguns produtos comprovadamente eficazes, como ocorreu com a vacina CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a biofarmacêutica Sinovac, as vacinas Soberanas, produzidas por Cuba, e a vacina Sputnik V, produzida pela Rússia.

No contexto da pandemia, o resultado da concorrência entre as nações hegemônicas e os arranjos do setor empresarial favoreceu o imunizante estadunidense Pfizer-BioNTech, desenvolvido a partir da tecnologia de RNA mensageiro, que ficou em primeiro lugar no ranking do oligopólio biofarmacêutico, com lucros estimados em US\$ 78 bilhões para o biênio 2020-2021⁸⁵. A aposta nessa tecnologia foi bem-sucedida e tende a se tornar o padrão-ouro no campo das vacinas.

84 UNO. **Covax corta 575 mil doses de vacinas ainda este ano e indica nova meta para 2022**. Nações Unidas - ONU Portugal. Disponível em: <<https://news.un.org/feed/view/pt/story/2021/09/1762392/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

85 EPSTEIN, Jake. **Pfizer expects to make nearly as much revenue just from COVID-19 vaccines in 2021 as it earned in all of 2020**. Business Insider. Disponível em: <<https://www.businessinsider.com/pfizer-2021-vaccine-revenue-close-to-2020-total-earnings-2021-11>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

No curso da pandemia, foi intensa a mobilização e a cooperação de quase todos os segmentos da cadeia produtiva de conhecimento e de produtos de base científica, impulsionada pela OMS⁸⁶, UNESCO⁸⁷ e organizações filantrópicas. Contudo, no desenvolvimento de vacinas, poucas ações conjuntas foram observadas, e a cooperação passou a envolver a negociação de direitos futuros no campo da propriedade intelectual, até agora infrutíferos.

Na Organização Mundial do Comércio (OMC), há mais de um ano têm sido discutidas propostas de flexibilização das regras de propriedade intelectual de vacinas, que foram instituídas em 1994 pelos acordos TRIPS⁸⁸. Esse debate foi provocado pela Índia e África do Sul, que propuseram, com o apoio da OMS, uma suspensão de todas as patentes envolvidas nas vacinas contra a COVID-19 enquanto durasse a pandemia. A agenda referente a esta questão abrange: o período da suspensão, a extensão das patentes a serem suspensas e licenciadas e a assistência técnica às empresas que se candidatarem a produzir. Como as decisões da OMC devem ser unânimes e não são vinculantes, o tema não avançou. Em novembro de 2021, o tema voltou a ser debatido a partir de um pronunciamento do presidente dos Estados Unidos Joe Biden em favor da suspensão, mas, a despeito do peso político da proposta, as principais empresas farmacêuticas protestaram contra a iniciativa.

No mundo, as vacinas contra COVID-19 já estavam disponíveis no final de 2020, baseadas em tecnologias em desenvolvimento há algumas décadas. O desenvolvimento final dos imunizantes em tempo recorde foi possível graças ao esforço sem precedentes de pesquisadores e ao investimento de bilhões de dólares realizado pelos países mais ricos. A ocorrência de milhares de casos da doença permitiu também que os estudos experimentais de eficácia e segurança das vacinas ocorressem em curto espaço de tempo.

Quando se compara as opções da Índia, China e Brasil quanto às políticas de produção de vacinas, é possível observar três estratégias distintas: a política industrial indiana desenvolveu-se integralmente ao largo da política de saúde, a chinesa escolheu um caminho intermediário, valorizando o vínculo com o sistema de saúde ao mesmo tempo mirando o mercado externo, em particular com relação

86 **Public statement for collaboration on COVID-19 vaccine development.** Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/13-04-2020-public-statement-for-collaboration-on-covid-19-vaccine-development>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

87 **COVID-19 - Open science and reinforced scientific cooperation.** Disponível em: <<https://en.unesco.org/covid19/sciencesresponse>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

88 **OMC - ACUERDO DE LA RONDA URUGUAY - ADPIC.** Disponível em: <https://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips_01_s.htm>. Acesso em: 2 nov. 2022.

às matérias-primas, e a brasileira que foi governada exclusivamente pela política pública de saúde.

A estratégia brasileira liderada pelo Instituto Butantan e pela Fiocruz, essa última detendo atualmente o domínio completo da tecnologia de suas vacinas, seriam os carros-chefes da vacinação no Brasil, o que se confirmou com cerca de 2/3 do total de doses aplicadas. Em 5 de janeiro de 2022, as doses aplicadas no Brasil de acordo com o fabricante eram: 115,6 milhões da AstraZeneca/Oxford/Fiocruz (37,5%); 103,9 milhões da Pfizer (33,7%); 84,2 milhões da CoronaVac/Butantã (27,3%); e 4,8 milhões da Janssen (1,5%)⁸⁹.



Em 23 de jan. de 2021, Servidor da Fiocruz prepara vacina de Oxford/AstraZeneca para a primeira aplicação no Brasil. Atualmente, a Fiocruz detém o domínio completo da tecnologia de suas vacinas. Crédito: Tomaz Silva/ Agência Brasil.

⁸⁹ Saiba a quantidade de doses de vacinas Covid-19 aplicadas até o momento no Brasil, por fabricante. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022./janeiro/saiba-a-quantidade-de-doses-de-vacinas-covid-19-aplicadas-ate-o-momento-no-brasil-por-fabricante>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Aquisição de vacinas pelos governos nacional e subnacionais

A pandemia de COVID-19 mudou sua trajetória, especialmente a partir do desenvolvimento e utilização de vacinas produzidas em diferentes plataformas tecnológicas. Com as experiências de sucesso na resposta às emergências de saúde pública, como à pandemia de influenza A H1N1, e um Programa Nacional de Imunizações reconhecido internacionalmente, seria esperado que o Brasil adotasse as estratégias de vacinação durante a pandemia tão logo os imunobiológicos estivessem disponíveis.

Em meados de 2020, quando já havia informações suficientes sobre os avanços no desenvolvimento de vacinas para o enfrentamento da COVID-19, o Governo Federal hesitou nas negociações para aquisição desse insumo, o que gerou atrasos significativos da vacinação. O início da vacinação no país ocorreu em 17 de janeiro de 2021, após a aprovação do uso emergencial da CoronaVac e da AstraZeneca/Oxford pela Anvisa.

Entre os produtores nacionais, somente a Fiocruz contou com apoio governamental para incorporar tecnologias de produção das vacinas que estavam sendo desenvolvidas. Em maio de 2020, foi anunciada uma parceria entre a instituição, a farmacêutica AstraZeneca e a Universidade de Oxford para desenvolvimento e produção de vacinas, que incluiria a transferência de tecnologia.

As negociações para aquisição de vacinas de outros produtores não ocorreram de forma célere. Desde julho de 2020, o Instituto Butantan vinha fazendo propostas ao Governo Federal para fornecimento de 60 milhões de doses da vacina CoronaVac (ampliada em outubro para 100 milhões), condicionada à realização dos estudos clínicos e à aprovação pela Anvisa. Nessa proposta, o Butantan entregaria inicialmente a vacina desenvolvida com o Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) da empresa chinesa Sinovac e, posteriormente, a partir de produção de IFA no próprio Instituto.

Entretanto, diante de reiteradas negativas do Governo Federal nesse processo de, questionando a segurança da vacina, além das contínuas agressões verbais por parte de autoridades federais com relação à própria China, as negociações esfriaram e o contrato com o Instituto só foi assinado em 7 de janeiro de 2021.



No dia 17 de jan. de 2021, o estado de São Paulo inicia a vacinação contra a COVID-19 com a imunização da enfermeira Mônica Calazans, do Instituto Emílio Ribas. Crédito: Governo do Estado de São Paulo.

As negociações com a Pfizer também percorreram um longo caminho até serem concretizadas. Durante o segundo semestre de 2020, o país não respondeu a contatos da farmacêutica, que propunha uma oferta de 70 milhões de doses do imunizante, com previsão de entrega das primeiras 500 mil doses ainda em dezembro daquele ano. A compra só se deu em março de 2021, com entrega de 14 milhões de doses programada para o segundo trimestre e 86 milhões para o terceiro trimestre.

As inúmeras crises diplomáticas protagonizadas pelo Governo Federal com a Índia e a China, maiores produtores de vacinas e de IFA, retardaram a chegada desses produtos e a produção de vacinas no país. Por outro lado, houve interesse e celeridade do governo brasileiro nas negociações para compra da vacina indiana Covaxin, não utilizada na maioria dos países e sem aprovação de agências regulatórias internacionais e da Anvisa. O contrato de aquisição da vacina foi assinado em fevereiro de 2021 pela empresa Precisa Medicamentos, que intermediava as negociações com o Governo Federal. Esse acordo foi cancelado após uma série de denúncias de irregularidades.

Uma outra importante possibilidade de aquisição de vacinas também foi negligenciada: a COVAX Facility, iniciativa da OMS para a aquisição e distribuição de vacinas contra a COVID-19 entre os países mais pobres. Em julho de 2020, 150 países já haviam manifestado interesse em participar, enquanto o Brasil só o fez no final de setembro daquele ano. O país ainda optou pelo menor lote de vacinas,

isto é, 10% da demanda, quando o limite era de 50%, efetivando a compra de 42,5 milhões de doses.

Ainda na arena internacional, o país não demonstrou interesse em aderir aos mecanismos que facilitassem o acesso às vacinas. Em março de 2021, o Brasil foi o único país emergente que se posicionou contra a proposta de suspensão temporária de patentes das vacinas contra COVID-19, feita por Índia e África do Sul na Organização Mundial do Comércio.

Além dos tropeços na aquisição de vacinas, foram observados vários problemas na operacionalização da campanha de vacinação. Somente em 12 de dezembro de 2020, após demanda do STF, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), que não continha data para início da vacinação. Durante o segundo semestre de 2021, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) ficou mais de seis meses sem uma coordenação efetiva, o que foi ocorrer somente em janeiro de 2022.

Nesse mesmo período, auge do enfrentamento da variante Ômicron, o Governo Federal relutava em adotar providências para a vacinação infantil, mesmo com vacinas para esse grupo já aprovadas por agências reguladoras internacionais. No Brasil, embora a Anvisa já houvesse autorizado a vacina da Pfizer em 16 de dezembro de 2021, o MS somente começou a vacinação em 16 de janeiro de 2022, após incluir uma série de exigências sem justificativa técnica plausível, resultando em uma vacinação tardia, lenta e com baixa adesão de início.

Em março de 2021, foi publicada a lei nº 14.125/2021, que autorizava os gestores do SUS a adquirir vacinas. Já era possível prever, contudo, que seria muito difícil para esses gestores obter êxito em um mercado internacional extremamente competitivo⁹⁰. As empresas viram como limitação o fato do MS centralizar a aquisição desses insumos, limitando as negociações com os demais entes da Federação⁹¹. Mesmo assim, algumas unidades federadas ainda tentaram prosseguir com a aquisição de vacinas, como o Consórcio Nordeste, que realizou várias negociações para aquisição da vacina Sputnik V, não concretizada devido às exigências da Anvisa relativas às questões de segurança e eficácia.

Vale destacar que a Política Nacional de Vigilância em Saúde reafirma como responsabilidade do gestor federal a coordenação das ações nesse campo, incluindo emergências em saúde pública de importância nacional e

90 Base Legislação da Presidência da República - Lei no 14.125 de 10 de março de 2021. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14125&ano=2021&ato=2cbk3a61UMZpWTeda>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

91 Relatório da CPI da Pandemia - Atividade Legislativa - Senado Federal. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

internacional⁹². Historicamente, a aquisição das vacinas utilizadas pelo PNI tem sido de incumbência do Ministério da Saúde, e o próprio PNO⁹³ estabelece que cabe ao MS a aquisição dos imunizantes contra a COVID-19.

A estratégia do Governo Federal para aquisição de vacinas não priorizou, no momento oportuno, a diversificação de imunizantes com diferentes tecnologias, resultando em uma campanha de início tardio, com uma série de interrupções e ritmo lento. O governo tampouco utilizou toda a experiência que o país adquiriu na organização e execução de uma medida de controle comprovadamente efetiva, a vacinação. E apesar da capacidade do SUS construída ao longo dos anos e da dedicação dos profissionais de saúde, foram acumuladas centenas de milhares de mortes, internações e casos de COVID longa, entre outras consequências danosas à saúde da população, que poderiam ter sido evitadas.

Produção de vacinas pela FIOCRUZ

A experiência brasileira com o Complexo Econômico Industrial de Saúde e as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) de biofármacos foram cruciais para munir o país com infraestrutura e qualificação técnica à altura do desafio encarado durante a pandemia de COVID-19, que envolveu a incorporação completa da tecnologia da vacina de vetor viral, numa parceria entre Oxford, AstraZeneca e Fiocruz.

A produção de vacinas realizada pela Fiocruz e pelo Butantan apresentou-se como a iniciativa mais decisiva para o enfrentamento direto contra o novo coronavírus. Enquanto o Butantan optou pela aquisição imediata de uma solução que permitisse a provisão mais rápida da vacina, a Fiocruz investiu em uma solução sustentável visando a apropriação tecnológica e a consequente independência na produção do biofármaco, que, pela sua importância, viria a ser objeto de uma desigual disputa global. A soma das duas estratégias garantiu acesso mais rápido à vacina, seguido por uma produção sustentada de imunizantes.

No início da pandemia, a Fiocruz já contava com mais de 70 anos de experiência na produção de vacinas, com várias unidades de pesquisa dedicadas a essa atividade espalhadas pelo país. A instituição articula um ecossistema de inovação, constituído por uma cadeia de conhecimentos e competências que envolvem

92 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588, de 12 de julho de 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

93 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/planovacinaocovid_v2_29jan21_nucom.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

pesquisa, vigilância genômica e epidemiológica, pesquisa clínica e qualificação para a gestão de ciência e tecnologia.

Bio-Manguinhos é a unidade técnica da Fiocruz responsável pelo desenvolvimento tecnológico e produção de vacinas, kits diagnósticos e biofármacos, sendo o maior hub da instituição. Nela, destaca-se o Centro Henrique Pena (CHP), inaugurado em 2016, que dispunha de infraestrutura e qualificação técnica necessárias para o processo de incorporação da tecnologia de produção da vacina contra COVID-19⁹⁴.

O projeto, desde sua fase inicial, foi marcado por intenso diálogo com a farmacêutica AstraZeneca, detentora dos direitos de exploração comercial da vacina, de modo que o compartilhamento de informações garantisse o pleno sucesso do empreendimento. Essa história recente e bem-sucedida da vacina, que se denomina no Brasil vacina COVID-19 (recombinante), requer uma análise mais ampla para que sejam avaliadas corretamente as condições para a nacionalização de um imunizante que vem salvando vidas no Brasil e no mundo.

Diversos aspectos foram considerados para a escolha da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford em parceria com a AstraZeneca: (a) a relevância da tecnologia utilizada (vetor viral inativado); (b) a experiência prévia do Instituto Jenner, da Universidade de Oxford, nesse campo de pesquisa; (c) o amplo conhecimento e a experiência de Bio-Manguinhos na produção de células de mamíferos e vírus em larga escala; (d) a disposição da AstraZeneca de fazer uma completa transferência de tecnologia para garantir produção nacional e o acesso da vacina como bem público global.

Desde a epidemia de SARS em 2003 e de MERS em 2012, o Instituto Jenner tem investido no desenvolvimento e no aperfeiçoamento do vetor viral adenovírus de chimpanzé, o que lhe conferiu relativa vantagem inicial na criação da vacina para o coronavírus SARS-CoV-2 baseada nesta tecnologia⁹⁵. Esse conhecimento, adquirido ao longo de décadas, permitiu o desenvolvimento de um imunizante em um tempo muito inferior aos 10 anos geralmente necessários para a realização de um empreendimento dessa magnitude. A própria OMS, em seus planos de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) para prevenção de epidemias, já preconizava a redução do tempo entre a identificação de surtos virais e a aprovação de vacinas

94 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A primeira vacina 100% brasileira contra a Covid-19: a conquista de Bio-Manguinhos/Fiocruz.** [s.l.]: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, 2022. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52830>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

95 NEVES, P. C. DA C. *et al.* Desenvolvimento da Vacina de Oxford/AstraZeneca/Fiocruz. Em: MEDEIROS, M. Z. *et al.* (Eds.). **A primeira vacina 100% brasileira contra a covid-19: a conquista de Bio-manguinhos/Fiocruz.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

e/ou tratamentos para as doenças. Um circuito mais curto ajudaria a evitar ou mitigar os efeitos de uma emergência de saúde pública.

O setor público britânico foi responsável por mais da metade dos fundos captados para financiamento da pesquisa necessária para a realização da vacina⁹⁶. Esses investimentos podem explicar o fato de a vacina da Universidade de Oxford ter se apresentado como a mais avançada nos estudos clínicos de fase 3 à época da assinatura do memorando de entendimentos, que deu origem aos acordos de Encomenda Tecnológica (ETEC). O contrato, assinado no dia 31 de julho de 2020 pelo Ministério de Saúde do Brasil e pela farmacêutica AstraZeneca, garantiu a Bio-Manguinhos o acesso a 100,4 milhões de doses do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) para o processamento final (formulação, envase, revisão, rotulagem e embalagem) e o controle de qualidade da vacina COVID-19. Por meio da ETEC, foram estabelecidos os parâmetros da transferência de tecnologia para produção da vacina AstraZeneca/Oxford, visando o fornecimento do produto nacionalizado⁹⁷.

Após o recebimento das informações técnicas fornecidas pela AstraZeneca, Bio-Manguinhos adequou, então, uma planta industrial especialmente para a produção do IFA da vacina COVID-19 (recombinante). O parque industrial possui aproximadamente 1.200 metros quadrados e é composto por áreas de expansão celular, manipulação do vírus, purificação, filtração, congelamento e armazenamento do IFA, além de áreas de suporte ao processo, tais como área de preparo de meios e soluções, áreas de lavagem e montagem de materiais e corredores de circulação. Na área principal do processo produtivo, existem 3 linhas de produção com escala produtiva de 1.000 litros cada uma. Cada linha é composta de 3 biorreatores, sendo um de 50 litros, um de 200 litros e um de 1.000 litros, bem como pelos equipamentos de purificação subsequentes⁹⁸.

Em 8 de março de 2021, foi iniciada a produção em larga escala da vacina pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, de Bio-Manguinhos. Desde então, a Fiocruz faz entregas semanais do imunizante ao PNI (geralmente às sextas-feiras). As vacinas foram inicialmente produzidas com IFA importado da China, que permitiram a entrega de 153,2 milhões de doses de vacina ao MS, em 2021.

96 Ibid.

97 Ibid; LIMA, N. T. Prefácio. Em: MEDEIROS, M. Z. *et al.* (Eds.). **A primeira vacina 100% brasileira contra a covid-19 : a conquista de Bio-manguinhos/Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

98 Ibid.



Fachada do Complexo Tecnológico de Vacinas da Fiocruz, em Manguinhos (RJ). Crédito: Tomaz Silva/Agência Brasil.

Em abril de 2021, a Fiocruz recebeu uma inspeção da Anvisa, que verificou e aprovou as condições técnico-operacionais da planta industrial onde seria produzido o IFA nacional. Em junho de 2021, Bio-Manguinhos recebeu dois bancos do transferidor da tecnologia (AstraZeneca): um de células e outro de vírus. Ambos os bancos são considerados o coração da tecnologia para a produção da vacina. Em setembro de 2021, a Fiocruz concluiu a produção dos primeiros lotes do IFA, chamados de pré-validação. Esses lotes permitiam demonstrar que o processo funcionava conforme o esperado.

A esses dois primeiros se seguiram outros lotes de pré-validação e validação, produzidos em condições de Boas Práticas de Fabricação (BPF), com todos os procedimentos, protocolos de produção e de validação aprovados. Em paralelo, os lotes foram submetidos a testes de comparabilidade junto ao transferidor da tecnologia (AstraZeneca) e, após resultados satisfatórios, foi dado entrada ao pedido de registro à Anvisa, que aprovou o envio das doses nacionalizadas por Bio-Manguinhos ao PNI. O amplo conhecimento de Bio-Manguinhos na produção de biofármacos em larga escala foi um facilitador, além do parque industrial montado com biorreatores existentes e dos profissionais qualificados e com experiência na produção de células e vírus em larga escala⁹⁹.

99 Ibid; **Vacina Covid-19: Fiocruz conclui produção dos primeiros lotes do IFA nacional.** Fiocruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/vacina-covid-19-fiocruz-conclui-producao-dos-primeiros-lotes-do-ifa-nacional>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A partir de fevereiro de 2022, com o devido aval das autoridades sanitárias conquistado em 6 de janeiro desse mesmo ano, a Fiocruz começou a entregar vacinas 100% produzidas em Bio-Manguinhos. Entre janeiro e maio de 2022, mais de 35 milhões de doses já haviam sido entregues. Entretanto, com o intuito de garantir uma produção em maior escala para o segundo semestre de 2022, um novo acordo de importação de IFA da China foi necessário, o que permitiu ampliar a produção para um número estimado de 70 milhões de doses, entre princípios ativos nacionais e importados.

A licitação do Complexo de Biotecnologia em Saúde, em Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro, deverá permitir um salto na produção em grande escala e em condições de qualidade e segurança adequadas. A partir de 2024, a entrada em operação dessas instalações levará ao aumento de 5 a 6 vezes a atual capacidade de produção de Bio-Manguinhos, que é aproximadamente de 6,5 milhões de doses por dia.

O processo de Encomenda Tecnológica, seguido pela transferência total da tecnologia necessária à produção industrial da vacina AstraZeneca/Oxford, foi orientado pela visão de uma política pública de sustentabilidade, proporcionando independência, soberania nacional e autonomia para o SUS. A incorporação de uma tecnologia inovadora permitiu combater a grave crise sanitária provocada pela COVID-19, mas também torna possível a utilização dessa mesma plataforma em contextos futuros para outros produtos.

O sucesso teve como base a capacidade técnica existente e a infraestrutura já instalada, ambas frutos de investimentos direcionados à estrutura de ciência e tecnologia de Bio-Manguinhos. Ressalta-se que a exigência de Oxford para que a vacina fosse fornecida sem fins lucrativos até o fim da pandemia trouxe um reforço para a escolha. Por causa dessa exigência, o imunizante tem o menor preço por dose, entre US\$ 2,50 e US\$ 4, o que aumenta a possibilidade de utilização por países em desenvolvimento. Assim, tratou-se de uma parceria bem-sucedida que viabilizou a sustentabilidade das ações de vacinação, por meio de imunizante efetivo, cujo licenciamento pautou-se pelo princípio da vacina como bem público em tempos de pandemia¹⁰⁰.

Em uma breve síntese, é possível afirmar que a conquista da nacionalização de mais uma vacina por Bio-Manguinhos precisa ser vista em seu sentido lato, levando-nos a uma imersão histórica, que tem como marco de origem a transferência da

100 LIMA, N. T. Prefácio. Em: MEDEIROS, M. Z. *et al.* (Eds.). **A primeira vacina 100% brasileira contra a covid-19 : a conquista de Bio-manguinhos/Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022 ; NEVES, P. C. DA C. *et al.* Desenvolvimento da Vacina de Oxford/ AstraZeneca/Fiocruz. Em: MEDEIROS, M. Z. *et al.* (Eds.). **A primeira vacina 100% brasileira contra a covid-19 : a conquista de Bio-manguinhos/Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022; FIOCRUZ.

tecnologia da vacina de Febre Amarela, realizada pela Fundação Rockefeller para a Fiocruz, na década de 1940; uma tecnologia que coloca hoje o Brasil na posição de principal exportador desse imunizante para os programas da OMS.

Produção de vacinas pelo BUTANTAN

A CoronaVac desempenhou um papel essencial na campanha global de vacinação contra a COVID-19, contribuindo para a redução drástica da morbimortalidade durante a pandemia. No Brasil, apesar dos vários entraves, tornou-se a primeira vacina a ser aplicada durante a pandemia, a partir de janeiro de 2021, respondendo, em março daquele ano, por 85% do total de doses aplicadas no país¹⁰¹. Em setembro de 2021, era a vacina com maior número de doses aplicadas em todo o mundo¹⁰².

Três características fizeram com que ela pudesse chegar ao mercado brasileiro mais rapidamente: ter sido desenvolvida a partir de uma plataforma tecnológica segura (vírus inativado); ser uma plataforma sobre a qual o Butantan já possuía completo domínio tecnológico; e ter sido desenvolvida e produzida em paralelo com esforços da biofarmacêutica chinesa Sinovac. Contudo, o esforço do Instituto Butantan sofreu resistências por parte do Governo Federal. A primeira foi a resistência inicial pela aquisição da CoronaVac pelo PNI. A segunda foi impedir o acesso do Butantan às novas plataformas em desenvolvimento, como a de vetor viral mesmo a de RNA Mensageiro (RNAm).

O Instituto Butantan já se apresentava como um importante hub de fabricação de vacinas no cenário internacional, em especial para a América Latina, que não dispõe de grandes produtores. A produção mundial é hoje dominada pelos Estados Unidos, por países da Europa, pela China e pela Índia. Sua parceria com a farmacêutica Sinovac ocorreu por dispor de uma fábrica de vacinas operando, por ser experiente em conduzir estudos clínicos de fase 3, a que envolve maior número de pacientes, e por já ter tido contatos prévios com a empresa chinesa. A colaboração envolveu 3 etapas: realização de estudos clínicos, formulação, envase e transferência de tecnologia e uma nova fábrica, na qual o instituto brasileiro teria completa autonomia para conduzir todas as fases da produção da vacina¹⁰³.

Fachada do Instituto Butantan, em São Paulo (SP). Crédito: Matheus Batista/Alesp.

101 Covid: Decisão da Saúde deixa fim da Coronavac próximo - 19/04/2022 - Equilíbrio e Saúde - Folha. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/04/antes-essencial-agora-coronavac-corre-risco-de-ser-deixada-de-lado-no-brasil.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

102 CoronaVac é a vacina mais usada no mundo contra Covid-19; já são 1,8 bilhão de doses produzidas, 24% do total de imunizantes. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-e-a-vacina-mais-usada-no-mundo-contracovid-19--ja-sao-18-bilhao-de-doses-produzidas-24-do-total-de-imunizantes>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

103 Entrevista com Maria Amélia de Sousa Mascena Veras, em 12 de abril de 2022.



A princípio, a vacina seria desenvolvida a partir do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) da Sinovac e, posteriormente, o Instituto teria autonomia na produção do IFA. O acordo entre a farmacêutica Sinovac e o Instituto Butantan foi anunciado pelo governador de São Paulo João Doria (PSDB) em junho 2020¹⁰⁴ e, desde então, foram feitas propostas de fornecimento do imunizante ao Ministério da Saúde. Entretanto, por motivação política, o Governo Federal só foi incluir a vacina no PNI em 15 de dezembro de 2020, sob pressão da comunidade científica brasileira, da sociedade civil organizada e de muitos veículos de comunicação.

Em julho de 2020, a Anvisa autorizou os estudos com a CoronaVac e, em dezembro, concedeu o aval à fábrica de insumos da CoronaVac na China, um pré-requisito para o registro do produto no Brasil e para pedidos de autorização de uso emergencial de vacinas¹⁰⁵. A morte de um participante fez com que a agência suspendesse os testes da CoronaVac, agravando ainda mais a tensão entre o governo e o Butantan. Poucos dias depois, após a constatação da ausência de relação entre o óbito e a vacina, os testes foram retomados¹⁰⁶. No início de janeiro de 2021, os resultados do estudo de eficácia vacinal feito com a CoronaVac no Brasil apontaram uma proteção global de 50,7% e de 100% para casos graves. Apesar de o presidente Jair Bolsonaro sugerir

104 Doria anuncia parceria com chineses para produzir vacina contra coronavírus quando ela for aprovada - 11/06/2020 - Equilíbrio e Saúde - Folha. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/06/doria-anuncia-producao-de-vacina-contracoronavirus-ate-junho-de-2021.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

105 Anvisa dá aval à fábrica de insumos da Coronavac na China - 21/12/2020 - Equilíbrio e Saúde - Folha. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/12/anvisa-da-aval-a-fabrica-de-insumos-da-coronavac-na-china.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

106 Anvisa suspende teste de Coronavac após morte; governo de SP diz não haver relação. Folha de S.Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/11/anvisa-interrompe-os-testes-da-vacina-coronavac.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

que a vacina apresentava baixa eficácia, o contrato entre o Ministério da Saúde e o Instituto Butantan foi finalmente assinado, após vários meses de proteladas negociações.

Esse acordo incluiu a transferência imediata de 60 milhões de doses da CoronaVac produzidas na China, encomenda ampliada posteriormente para 100 milhões de doses. No dia 17 de janeiro de 2021, a Anvisa aprovou o uso emergencial de vacinas contra a COVID-19, o que abriu caminho não apenas para a utilização da CoronaVac, mas também da AstraZeneca/Oxford/Fiocruz, que até então não dispunha registro definitivo no país¹⁰⁷. A meta contratada pelo MS foi atingida no dia 15 de setembro de 2021, quando o Instituto Butantan entregou o lote final de 6,9 milhões de doses, totalizando as 100 milhões¹⁰⁸.

O que sedimentou a confiança na eficácia da CoronaVac pela comunidade científica nacional foi o projeto S, um robusto ensaio clínico (metodologia de implementação escalonada por conglomerados) conduzido no município de Serrana, no interior paulista, entre os meses de fevereiro e abril de 2021. Nesse estudo, o esquema completo (duas doses) da vacina CoronaVac, distribuída pelo Butantan, foi aplicado a 27 mil moradores. Após a segunda vacinação do último grupo, o número de casos sintomáticos de COVID-19 despencaram em 80%, as internações em 86%, e as mortes em 95%¹⁰⁹.

A expectativa da direção do Instituto era atender o Brasil e demais países da América Latina, por meio de parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), transformando-se em um grande produtor de vacinas e de outros produtos desenvolvidos pela Sinovac¹¹⁰. No entanto, a CoronaVac foi perdendo cada vez mais espaço no cenário nacional de vacinação. Se no primeiro trimestre de 2021, era a vacina mais utilizada contra a COVID-19 no Brasil, aos poucos foi sendo substituída por outras marcas (Pfizer, AstraZeneca/Oxford/Fiocruz e Janssen) e encerrou o ano de 2021 respondendo por menos de 10% das aplicações no país. Em 20 de janeiro de 2022, o Ministério da Saúde recomendou que a vacina fosse aplicada unicamente na

107 **Por unanimidade, Anvisa aprova uso emergencial de vacinas contra Covid-19 - 17/01/2021 - Equilíbrio e Saúde - Folha.** Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/anvisa-forma-maioria-para-aprovar-uso-emergencial-de-vacinas-contra-covid.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

108 Butantan entrega 6,9 milhões de doses da CoronaVac, encerra contrato de 100 milhões de doses com Ministério e inicia substituição de vacinas retidas. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/butantan-entrega-69-milhoes-de-doses-da-coronavac-encerra-contrato-de-100-milhoes-de-doses-com-ministerio-e-inicia-substituicao-de-vacinas-retidas>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

109 **Projeto S: imunização em Serrana faz casos de Covid-19 despencarem 80% e mortes, 95%.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/projeto-s-imunizacao-em-serrana-faz-casos-de-covid-19-despencarem-80-e-mortes-95>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

110 Entrevista com Maria Amélia de Sousa Mascena Veras, em 12 de abril de 2022

faixa etária de 6 a 17 anos, diminuindo na prática sua participação na imunização de adultos no PNI¹¹¹.

Apesar das evidências favoráveis produzidas por grandes estudos nacionais e internacionais, que demonstraram sua eficácia como terceira dose de reforço em idosos¹¹², contra as variantes Delta, Gama e Ômicron^{113 114} e segura e eficaz para crianças e adolescentes^{115 116}, a CoronaVac continuou sendo objeto de ataques e fake news.

O Butantan mantém o projeto de produção local da vacina para 2023 em sua nova fábrica, o Centro de Produção Multipropósito de Vacinas (CPMV), que vai internalizar a produção do IFA no país, gerando capacidade para produzir 100 milhões de doses anuais da CoronaVac e de vacinas contra Zika, raiva e hepatite A¹¹⁷.

Desde abril de 2021, trabalha também no desenvolvimento de sua própria vacina, a ButanVac. Com a ampliação da cobertura vacinal, os estudos evoluíram para não mais avaliar sua eficácia sobre um placebo, mas suas vantagens como dose de reforço para quem já possui o esquema vacinal completo. Em 2021, a ButanVac foi submetida a estudos clínicos em fase 3 no Brasil, na Tailândia e no Vietnã. A expectativa é que comece a ser produzida localmente e esteja disponível à população brasileira a partir de 2023¹¹⁸.

A vacinação no Brasil contra COVID-19

111 **Aprovada ampliação de uso da CoronaVac para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/aprovada-ampliacao-de-uso-da-vacina-coronavac-para-criancas-de-6-a-17-anos>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

112 **Terceira dose da CoronaVac eleva proteção em idosos para 98% contra casos graves e mortes, aponta estudo.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/terceira-dose-da-coronavac-eleva-protecao-em-idosos-para-98-contra-casos-graves-e-mortes-aponta-estudo>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

113 **Sete estudos que comprovam a eficácia da CoronaVac contra as variantes delta e ômicron.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/sete-estudos-que-comprovam-a-eficacia-da-coronavac-contra-as-variantes-delta-e-omicron>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

114 **CoronaVac manteve proteção inclusive durante surto da ômicron, indicam dados de Serrana.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-manteve-protecao-inclusive-durante-surto-da-omicron-indicam-dados-de-serrana>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

115 Instituto Butantan lança dossiê sobre a CoronaVac focado em crianças e adolescentes. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/instituto-butantan-lanca-dossie-sobre-a-coronavac-focado-em-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

116 **Instituto Butantan lança dossiê de estudos científicos que comprovam a eficácia e segurança da CoronaVac.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/instituto-butantan-lanca-dossie-de-estudos-cientificos-que-comprovam-a-eficacia-e-seguranca-da-coronavac>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

117 **Butantan entrega obra civil do Centro de Produção Multipropósito de Vacinas, que vai produzir 100 milhões de doses por ano.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/butantan-entrega-obra-civil-do-centro-de-producao-multiproposito-de-vacinas-que-vai-produzir-100-milhoes-de-doses-por-ano>>. Acesso em: 2 nov. 2022.; **CoronaVac freou a pandemia no Brasil e no mundo; fim da emergência nacional não altera planos do Butantan.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-freou-a-pandemia-no-brasil-e-no-mundo-fim-da-emergencia-nacional-nao-altera-planos-do-butantan>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

118 **Entenda como vão funcionar os ensaios clínicos da ButanVac, nova vacina do Butantan contra a Covid-19.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/entenda-como-vaofuncionar-os-ensaios-clinicos-da-butanvac-nova-vacina-do-butantan-contra-a-covid-19>>. Acesso em: 2 nov. 2022.; **ButanVac deve estar disponível como dose de reforço a partir de 2023.** Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/butanvac-deve-estar-disponivel-como-dose-de-reforco-a-partir-de-2023>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é considerado um dos maiores e mais respeitados programas de vacinação do mundo, ofertado pelo SUS, de maneira universal, um extenso rol de imunobiológicos. Consolidado a partir da Campanha de Erradicação da Varíola, o PNI foi responsável pela eliminação da poliomielite e da febre amarela urbana e pela redução de outras doenças infecciosas, contribuindo de forma decisiva para o aumento da expectativa de vida no país¹¹⁹.

O Brasil é um dos poucos países do mundo capaz de atingir grandes coberturas vacinais em um curto espaço de tempo. Em 2010, em apenas 3 meses, quase 90 milhões de brasileiros foram vacinados contra o H1N1, uma competência que não foi observada em nenhum outro país do mundo. Infelizmente, nos últimos anos, mesmo antes da pandemia, registrou-se uma queda contínua das coberturas vacinais, que se agravaram no governo de Jair Bolsonaro. Na campanha de vacinação contra a COVID-19, o PNI já não foi o protagonista da sua condução.

Ataques de autoridades do Governo Federal à segurança, eficácia e obrigatoriedade da vacina estiveram presentes desde o início do processo. Em dezembro de 2020, após intensa pressão de vários grupos da sociedade, o Governo Federal lançou o plano nacional de vacinação com uma listagem dos grupos prioritários, que foi objeto de grande debate. A primeira lista oficial excluía, por exemplo, as populações encarcerada e quilombola, evidenciando um viés ideológico na definição. As pressões sociais foram acolhidas pelo STF, que reconheceu a omissão e impôs a revisão da listagem.

Em setembro de 2021, o Ministério da Saúde chegou a interromper a vacinação de adolescentes¹²⁰ e retardou a vacinação de crianças em dezembro de 2021, valendo-se de argumentos falaciosos, tanto sobre eventuais efeitos colaterais¹²¹, quanto sobre suposta ausência de explícita recomendação da vacinação de crianças por organismos internacionais.¹²² O Ministério foi severamente criticado pela comunidade científica e amplos setores da sociedade, sendo objeto de interpelação política no parlamento e judicial nas cortes brasileiras.

119 TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 601–617, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/hcsm/a/XqLKLcj6NYjHdywSF6XPRZs/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

120 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA INFORMATIVA Nº 1/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-sei-ms-suspensao-vacinacao-adolescentes-210915.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

121 SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Posicionamento sobre a suspensão da vacinação contra a covid-19 de adolescentes entre 12 e 17 anos sem comorbidades – 16/09/2021**. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-sbim-210916-suspensao-vacinacao-adolescentes-covid.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

122 CONASEMS. **Nota pública de membros da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização da Covid-19 (CTAI-COVID) sobre a vacinação em crianças**. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Nota-vacinacao-de-criancas.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Perante a falta de liderança do Governo Federal, estados e municípios assumiram a definição das estratégias de imunização, com resultados heterogêneos. A baixa disponibilidade de doses gerou enormes dificuldades logísticas, provocando a centralização da vacinação e a desarticulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), problemas que persistiram mesmo diante da melhoria da disponibilidade de doses, vindo a impactar negativamente a busca ativa por pessoas com esquema vacinal em atraso.



Enfermeira do município de São Paulo aplica dose da vacina em morador durante a Campanha de Imunização na Comunidade Quilombola Iavaporunduva, em Eldorado-SP. Crédito: Governo do Estado de São Paulo.

Já o sistema de informação e monitoramento se mostrou inconsistente. O Governo Federal mantém uma página com dados e microdados sobre a vacinação contra a COVID-19. Entretanto, foram observadas diversas fragilidades como: incongruências entre os microdados e os dados informados no painel, duplicidade de dados e ênfase na apresentação de números absolutos que mascaram as iniquidades existentes. Tais fragilidades foram agravadas pela indisponibilidade do sistema em muitas oportunidades. Os municípios, pelo seu turno, apresentaram grandes dificuldades para realizar o registro tempestivo da vacinação e realizar a busca ativa de pessoas com vacinação em atraso.

Dado o histórico bem-sucedido de campanhas de vacinação, a grande maioria da população brasileira sempre quis se vacinar. No fim do ano de 2021, a cobertura

vacinal completa no Brasil alcançou 67%, superando a dos Estados Unidos, país que, já em meados de 2020, havia comprado imunizantes em quantidade muito superior à da sua população. Entretanto, o Brasil apresentou grandes desigualdades regionais quanto à operacionalização, com destaque para as menores coberturas vacinais nos estados da região Norte. No fim de 2021, Amapá e Roraima apresentavam a pior cobertura de vacinação completa, ambos com 28%, abaixo da média nacional. Acre, Maranhão e Tocantins apresentavam 15% de cobertura abaixo da média nacional.

Dificuldades de acesso e/ou hesitação vacinal incentivada por fake news foram fatores importantes para o surgimento de “desertos vacinais”, segundo denominação da imprensa para se referir a municípios com baixíssimas coberturas vacinais¹²³. A vacinação, assim como outras dimensões do enfrentamento da COVID-19, foi afetada por grandes iniquidades sociais. As populações mais vulnerabilizadas, ou seja, as populações mais pobres, moradoras das periferias, negras e quilombolas, apresentaram maior dificuldade de acesso aos imunizantes. No final de 2021, menos da metade da população quilombola estava com esquema vacinal completo (2ª dose da vacina ou dose única).

Estudo sobre o impacto da vacina contra a COVID-19 no estado do Rio de Janeiro estimou que, se a imunização tivesse sido iniciada com um mês de antecedência e com celeridade nas aplicações, 42% das mortes ocorridas até 31 de outubro de 2021 teriam sido evitadas¹²⁴.

No início de 2022, 6 vacinas amplamente utilizadas receberam autorização de uso emergencial ou aprovação total para menores de 18 anos em pelo menos um país¹²⁵. Nesse período, no Brasil, as vacinas Pfizer/BioNTech e CoronaVac foram aprovadas para crianças e adolescentes de 5 a 17 anos. A vacinação para os maiores de 12 anos foi iniciada em setembro de 2021 e ampliada para os maiores de 5 anos em janeiro de 2022. A imunização de crianças e adolescentes é recomendada para protegê-los, mas também é uma medida estratégica para aumentar a cobertura vacinal da população brasileira e contribuir para a imunidade em todas as faixas.

123 **Covid-19: Saiba onde estão os maiores desertos vacinais do país | Exame.** Disponível em: <<https://exame.com/brasil/covid-19-saiba-onde-estao-os-maiores-desertos-vaciniais-do-pais/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

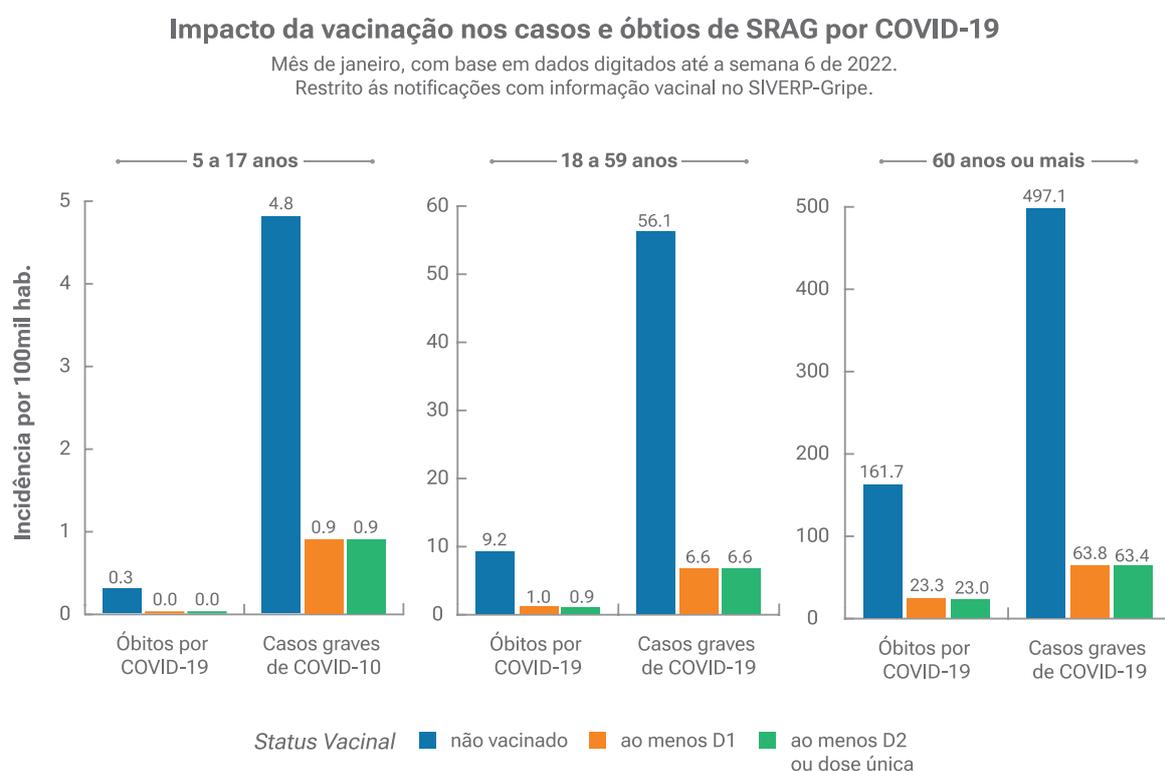
124 **Impacts of a delayed and slow-paced vaccination on cases and deaths during the COVID-19 pandemic: a modelling study | Journal of The Royal Society Interface.** Disponível em: <<https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsif.2022.0275>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

125 **Children and adolescents in African countries should also be vaccinated for COVID-19 | BMJ Global Health.** Disponível em: <<https://gh.bmj.com/content/7/2/e008315>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Enquanto na epidemia de H1N1 o país foi capaz de vacinar em 3 meses mais de 40% de sua população, na pandemia de COVID-19 somente 4% foram vacinados no mesmo período. Dados mostram que, de janeiro até o início de fevereiro de 2022, a ocorrência de casos graves entre não vacinados foi 5 vezes maior do que entre os vacinados (com primeira dose ou dose única ou mais) de 5 a 17 anos, 8,5 vezes maior entre os vacinados de 18 a 59 anos e quase 8 vezes maior entre os vacinados com 60 anos ou mais (Gráfico 7).

Em resumo, a má gestão na aquisição e implementação da vacinação contra a COVID-19 no Brasil implicou o retardo no início da vacinação, comprometeu a cobertura vacinal e gerou enormes iniquidades no acesso às vacinas, contribuindo para a perda de milhares de vidas.

Gráfico 7: Impacto da vacinação nos casos e óbitos de SRAG por COVID-19 (janeiro 2022), Brasil.



Fonte: InfoGripe e Observatório COVID-19.

Drogas antivirais aprovadas, autorizadas ou em avaliação para o tratamento da COVID-19

As drogas antivirais constituem uma ferramenta adicional na prevenção e no tratamento das formas graves de COVID-19. A indicação e a escolha do regime

terapêutico dependem de fatores ligados ao hospedeiro (como idade, presença de comorbidades ou imunossupressão, status vacinal) e de fatores comunitários (como a situação epidemiológica, presença de variantes de preocupação e da disponibilidade e opções de tratamento).

Desde o início da pandemia, buscou-se o tratamento preventivo e precoce por meio do reposicionamento de drogas que apresentavam atividade antiviral a outros patógenos, a exemplo do vírus da hepatite C, do HIV, da Zika, da Chikungunya e do Ebola. Antivirais eficazes são capazes de inibir a replicação do vírus, agindo sobre moléculas centrais no ciclo viral, compartilhadas por diversos vírus da mesma família. No caso do SARS-CoV-2, os principais alvos dos antivirais disponíveis são a RNA polimerase (responsável pela síntese de proteínas virais) e a protease (responsável pela clivagem de proteínas estruturais). A inibição desses alvos resulta em mutações letais para o vírus.

A replicação do SARS-CoV-2 é mais intensa nos primeiros 5 dias de infecção, por isso a terapia antiviral é eficaz nesse período. Já as formas graves da COVID-19, especialmente a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e o choque séptico, estão relacionadas à resposta hiperinflamatória e costumam ocorrer após 10 dias da infecção. Por esse motivo, é necessário entender o papel dos antivirais no tratamento de doenças leves, moderadas, graves e críticas, a fim de otimizar o tratamento.

Antivirais que receberam autorização permanente ou emergencial para o tratamento da COVID-19 são descritos no Box 6.

Box 6 – Antivirais autorizados para tratamento da COVID-19 no Brasil

Remdesivir

O remdesivir é um antiviral de amplo espectro que age como um análogo do nucleosídeo, inibindo a RNA polimerase de vários coronavírus. O medicamento foi originalmente desenvolvido para tratar o vírus da hepatite C e, posteriormente, utilizado durante surtos de Ebola, mostrando ser uma droga segura. Isso permitiu que o remdesivir fosse rapidamente testado para o SARS-CoV-2. Embora os resultados iniciais tenham sido promissores para tratar pacientes graves¹²⁶, estudos posteriores não confirmaram os benefícios da droga em pacientes hospitalizados em relação a mortalidade, tempo de

126 BEIGEL, John H.; TOMASHEK, Kay M.; DODD, Lori E.; *et al.* Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report. *New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 19, p. 1813–1826, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

hospitalização ou necessidade de ventilação mecânica^{127,128}. Atualmente, a indicação do remdesivir é controversa em pacientes com COVID-19 independentemente da gravidade da doença¹²⁹. Outras limitações do remdesivir são o elevado custo, a dificuldade de fabricação e a via de administração venosa, que requer ambiente hospitalar.

Nirmatrelvir associado a ritonavir (paxlovid)

A associação do nirmatrelvir 300 mg e ritonavir 100 mg (paxlovid), administrado por via oral, tem demonstrado potente efeito antiviral. O nirmatrelvir age como inibidor da enzima cisteína protease do tipo 3-quimotripsina SARS-CoV-2 (Mpro), que é responsável pelo processamento de poliproteínas virais em unidades funcionais bloqueando a replicação viral. O ritonavir é um antirretroviral utilizado no tratamento do HIV e potente inibidor do citocromo P450. Como o nirmatrelvir é metabolizado principalmente pelo CYP3A4.14, o ritonavir aumenta a biodisponibilidade do nirmatrelvir. A eficácia da associação nirmatrelvir e ritonavir foi avaliada em um estudo de fase 2-3 envolvendo 2.246 indivíduos não hospitalizados com COVID-19 de grau leve a moderado, com alto risco de progressão para COVID-19 grave. A administração do medicamento nos primeiros 5 dias do início dos sintomas reduziu o risco de hospitalização ou morte até o dia 28 em 89% nos indivíduos tratados, quando comparados aos que receberam placebo¹³⁰. Uma das principais limitações desse medicamento é a elevada possibilidade de interações medicamentosas, principalmente devido ao componente ritonavir, o que pode vir a limitar o uso em pacientes com comorbidades. O medicamento mostrou eficácia frente a variante de preocupação (VOC) B.1.1.529 (Ômicron)¹³¹.

Molnupiravir

O molnupiravir, assim como o remdesivir, é um análogo de nucleosídeo que inibe a RNA polimerase viral (do RdRp). No entanto, é administrado por via oral. Um ensaio clínico de fase 2 em pacientes com COVID-19 mostrou a eliminação acelerada do RNA

127 ADER, Florence; BOUSCAMPBART-DUCHAMP, Maude; HITES, Maya; *et al.* Remdesivir plus standard of care versus standard of care alone for the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19 (DisCoVeRy): a phase 3, randomised, controlled, open-label trial. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 22, n. 2, p. 209–221, 2022. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/article/S1473-3099\(21\)00485-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1473-3099(21)00485-0/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

128 Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 6, p. 497–511, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2023184>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

129 AGARWAL, Arnav; ROCHWERG, Bram; LAMONTAGNE, François; *et al.* A living WHO guideline on drugs for covid-19. **BMJ**, v. 370, p. m3379, 2020. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3379>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

130 HAMMOND, Jennifer; LEISTER-TEBBE, Heidi; GARDNER, Annie; *et al.* Oral Nirmatrelvir for High-Risk, Nonhospitalized Adults with Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v. 386, n. 15, p. 1397–1408, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2118542>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

131 VANGEEL, Laura; CHIU, Winston; DE JONGHE, Steven; *et al.* Remdesivir, Molnupiravir and Nirmatrelvir remain active against SARS-CoV-2 Omicron and other variants of concern. **Antiviral Research**, v. 198, p. 105252, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8785409/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

do SARS-CoV-2 e a eliminação do vírus infeccioso¹³². Esse medicamento está indicado para uso em pessoas com COVID-19 de grau leve a moderado que têm pelo menos um fator de risco para desenvolver doença grave. A agência estadunidense Food and Drug Administration (FDA) emitiu uma autorização de uso emergencial em adultos infectados com alto risco de evolução para a forma grave da doença, e para os que não possuem acesso ou não são apropriadas as demais alternativas terapêuticas, em função do quadro clínico apresentado. A droga deve ser administrada precocemente, isto é, até os primeiros 5 dias de sintomas, na dose de 800 mg, duas vezes ao dia, por 5 dias. Menores taxas de admissão hospitalar e menor tempo de doença foram associados ao uso do medicamento apenas em pacientes com risco de evoluir para doença grave. O medicamento é contraindicado para crianças, gestantes e durante o aleitamento.

Anticorpos monoclonais

Os anticorpos monoclonais são anticorpos produzidos *in vitro* e que apresentam especificidade para uma única região do antígeno (epítipo); por essa razão, são capazes de interagir com o alvo específico, aumentando sua eficácia. No entanto, o custo e a via de administração venosa, feita em ambiente hospitalar sob vigilância, limitam sua aplicação em larga escala.

Anticorpos monoclonais com ação antiviral

O sotrovimab é um anticorpo monoclonal humano único que se liga a um epítipo altamente conservado na proteína Spike do SARS-CoV-2, impedindo que o vírus entre nas células. Um estudo de fase 3 mostrou uma redução de mais de 85% no risco de hospitalização e morte nos pacientes tratados com sotrovimab quando comparados aos que receberam placebo¹³³. É indicado no tratamento de COVID-19 de grau leve a moderado em adultos com risco de progressão para doença grave. Deve ser administrado em dose única por infusão intravenosa de 500 mg em 30 minutos, até 10 dias do início dos sintomas. O sotrovimab manteve seu espectro de eficácia frente a variante Ômicron, por isso continua sendo uma boa alternativa no tratamento de pacientes com COVID-19 no perfil mencionado.

Casirivimabe e imdevimabe (REGN-COV2) são uma combinação de dois anticorpos monoclonais dirigidos contra dois epítipos do domínio de ligação da proteína Spike

132 FISCHER, William A.; ERON, Joseph J.; HOLMAN, Wayne; *et al.* A phase 2a clinical trial of molnupiravir in patients with COVID-19 shows accelerated SARS-CoV-2 RNA clearance and elimination of infectious virus. **Science Translational Medicine**, v. 14, n. 628, p. eabl7430, 2022.

133 GUPTA, Anil; GONZALEZ-ROJAS, Yaneicy; JUAREZ, Erick; *et al.* Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 21, p. 1941–1950, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107934>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

do SARS-CoV-2 ao receptor ECA2 das células humanas. A sobreposição dos alvos e o uso combinado seriam uma vantagem para manter a efetividade dos anticorpos na presença de mutações da proteína. No entanto, estudos *in vitro* e uma avaliação confirmatória *in vivo* demonstraram a perda de eficácia do casirivimab e imdevimab contra a variante Ômicron BA1¹³⁴. Assim, casirivimab e imdevimab é recomendado apenas nos casos de COVID-19 em que a genotipagem viral confirma a infecção por uma variante suscetível. Outra combinação de anticorpos monoclonais bamlanivimab e etesevimab (administrado em conjunto) também apresentou perda de eficácia frente a variante Ômicron¹³⁵.

Inibidor do receptor de IL-6

O tocilizumabe é um anticorpo monoclonal que inibe o receptor de interleucina-6 (IL-6), citocina que, em pacientes com formas graves e críticas de COVID-19, aumenta em decorrência do estado hiperinflamatório. O medicamento está indicado apenas para pacientes com COVID-19 gravemente doentes, que apresentam deterioração do quadro com necessidade de suporte crescente de oxigênio e que têm resposta inflamatória significativa. No maior ensaio clínico sobre o medicamento (RECOVERY), o tocilizumabe aumentou a sobrevida e reduziu o tempo de internação dos pacientes¹³⁶. É administrado por via intravenosa em um ambiente clínico monitorado, juntamente com o padrão atual de atendimento para COVID-19, que inclui oxigênio, corticosteroides e outros medicamentos.

Inibidores da Janus Kinase (JAK)

Os inibidores de JAK são uma classe de drogas que inibem a sinalização intracelular em resposta a inúmeras interleucinas, interferons, fatores de diferenciação e crescimento celular. Como consequência, interferem em muitas respostas celulares, incluindo respostas antivirais. As três moléculas inibidoras de JAK mais promissoras são baricitinibe, ruxolitinibe e tofacitinibe. A OMS fez uma forte recomendação para o uso de inibidores de JAK, especificamente baricitinibe, em pacientes com COVID-19 grave ou crítico. Um bloqueador do receptor de IL-6 e baricitinibe não devem ser administrados conjuntamente¹³⁷.

134 WILHELM, Alexander; WIDERA, Marek; GRIKSCHKEIT, Katharina; *et al.* Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and monoclonal antibodies. p. 2021.12.07.21267432, 2021. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.07.21267432v2>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

135 TAKASHITA, Emi; KINOSHITA, Noriko; YAMAYOSHI, Seiya; *et al.* Efficacy of Antiviral Agents against the SARS-CoV-2 Omicron Subvariant BA.2. *New England Journal of Medicine*, v. 386, n. 15, p. 1475–1477, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMc2201933>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

136 **Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial - The Lancet.** Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00676-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00676-0/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

137 AGARWAL, *op. cit.*

Recomendações para o tratamento de pacientes

O tratamento precoce da COVID-19 com antivirais está indicado apenas para pessoas com imunodeficiência, idosas, com comorbidades e com esquema vacinal ausente ou incompleto que apresentem risco de progressão da doença para grau grave. Os principais medicamentos disponíveis e indicados para esses pacientes são: molnupiravir, sotrovimab e casirivimab e imdevimab. Evidências científicas desaconselham o uso de corticosteroides, remdesivir e ivermectina nos pacientes com formas leves. A ivermectina pode ser considerada apenas no contexto de ensaios clínicos.

Pacientes com formas grave e crítica (saturação de oxigênio inferior a 90%, sinais de insuficiência respiratória, necessidade de suporte ventilatório, choque), além das medidas de suporte, devem ser tratados com medicamentos visando diminuir a resposta inflamatória exacerbada como corticosteróides: dexametasona, inibidores da interleucina-6 (tocilizumabe ou sarilumabe), inibidores da Janus Kinase (JAK) (baricitinibe). O uso da combinação casirivimab e imdevimab pode ser considerado para pacientes com níveis indetectáveis de anticorpos anti-SARS-CoV-2, exceto no caso de infecção pela variante Ômicron. Contraindicações incluem ruxolitinibe e tofacitinibe, remdesivir, ivermectina e plasma convalescente. Esses dois últimos podem ser considerados no contexto de ensaios clínicos.

Por outro lado, existem evidências robustas contraindicando o uso de hidroxicloroquina e da associação lopinavir e ritonavir em qualquer fase da COVID-19. Plasma convalescente está contraindicado nas formas leves, mas pode ser considerado no contexto de ensaios clínicos para formas moderada e grave¹³⁸.

APS e a pandemia de COVID-19

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica, sempre foi considerada como a mais eficiente porta de entrada dos sistemas de saúde desde a concepção de saúde como um direito universal. Estudos mostram que lugares com APS bem definida conseguem ter um quadro mais bem-sucedido, com menores taxas de internação, controle de doenças, menores taxas de mortalidades evitáveis e menor custo¹³⁹. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve avanços na estruturação da APS brasileira, com ampliação da cobertura de equipes,

138 Id.

139 CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

assim como da cobertura vacinal, além da melhoria de diversos indicadores sensíveis à APS¹⁴⁰.

Entretanto tais avanços foram interrompidos por um conjunto de medidas atuais que desconfiguram os princípios do SUS, como o congelamento e os cortes de recursos ao longo dos anos, que se intensificaram com a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), além da adoção paulatina, por diversos municípios, de modelos de direito privado de gestão via Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou Fundações.

A mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, que flexibilizou a estrutura e os princípios da APS brasileira, assim como a recente criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), agência privada para contratação de profissionais para a atenção básica e a implementação da carteira de serviços, fortaleceram a lógica gerencialista e focada na mensuração de procedimentos¹⁴¹.

Há ainda o atual modelo de financiamento da APS definido pelo programa Previnhe Brasil, que, por meio de uma política de captação, estabeleceu um limite financeiro conforme o número de habitantes. Esse modelo de alocação valoriza um SUS operacional ao relacionar o financiamento da APS a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres e se apoia na lógica do desempenho, afastando-se do princípio da universalidade¹⁴².

Contextualizar este cenário é importante para compreender o porquê de o país ter dado uma das piores respostas à pandemia e como uma APS fortalecida poderia ter alterado esse quadro.

Analisando a estratégia nacional no enfrentamento da pandemia, é possível entendê-la como uma abordagem predominantemente centrada no enfoque biomédico e hospitalocêntrico. A preocupação e os investimentos priorizaram Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), leitos hospitalares e hospitais de campanha. Já a APS foi subutilizada; um erro estratégico quando se leva em conta sua infraestrutura

140 SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1729–1736, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

141 MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11–24, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; ALMEIDA, Patty Fidelis de; *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/jksZTLfMgtwRhjLbgVxzkk/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

142 MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, 2022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHSQ/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

logística capilarizada, que poderia ter apoiado ações de vigilância, como testagem, rastreamento de contatos e isolamento de infectados¹⁴³.

A experiência da pandemia apenas exacerbou as tendências de respostas biomédicas já inscritas no sistema, onde até mesmo as medidas preventivas de vigilância epidemiológica são centradas apenas nas características de transmissão das doenças, deixando de lado a conjunção com medidas comunitárias de prevenção.

No contexto da pandemia, a APS poderia ter sido utilizada para realizar vigilância em saúde nos territórios, a fim de reduzir o risco de expansão do novo coronavírus, e deveria ter garantido a continuidade à Atenção em Saúde por meio de atendimentos presenciais ou remotos, evitando a perda de longitudinalidade, que hoje resulta na piora de diversos indicadores de saúde. Para isso, precisaria ter recebido mais investimento para aumentar sua cobertura, incluir tecnologias de atenção e promover formação continuada, que focasse não apenas as questões relacionadas à COVID, mas todos os princípios e estratégias de cuidado próprios da APS¹⁴⁴.

Enquanto alguns locais se organizaram para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ficassem mais tempo abertas, diversas cidades brasileiras diminuíram o seu horário de funcionamento e/ou restringiram as ações comumente realizadas na APS – contrariando o entendimento de que é na Atenção Básica que se consegue fazer a melhor coordenação do cuidado. Se o acesso é reduzido, aumenta-se a ida das pessoas ao pronto-atendimento.

Nesse contexto, vale destacar a estratégia cubana. O sistema de saúde do país, apesar de ter uma equipe de atenção básica menor, possui menos pessoas vinculadas a cada equipe. Logo, os profissionais de saúde são muito próximos da população pela qual são responsáveis. No enfrentamento da COVID-19, a vigilância se organizou em pequenos núcleos para desempenhar ações de educação e comunicação em saúde junto à população. Essa estratégia de comunicação e conscientização a partir do vínculo com os profissionais da APS se mostrou mais eficaz do que qualquer campanha impessoal de informação sobre a pandemia¹⁴⁵.

Durante a pandemia, as relações entre as redes de APS se transformaram em telerregulações burocratizadas. Diversos fluxos e processos de trabalho que

143 MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNRPTcBb7Yy/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

144 **Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic.** Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1>. Acesso em: 2 nov. 2022.

145 CARVALHO, Sérgio Resende; PADILHA, Alexandre Rocha Santos; OLIVEIRA, Cathana Freitas de; *et al.* Sistemas públicos universais de saúde e a experiência cubana em face da pandemia de Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/icse/a/N7wb4VL4jkFVRSh6M8nQk7Q/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

estavam inscritos na extinta Política Nacional de Humanização (que deve ser resgatada), como a cogestão, o acolhimento e o compartilhamento de saberes, foram substituídos por conceitos do paradigma do gerencialismo, como “lideranças”, “metas” e “carteira de serviço”¹⁴⁶.

É necessário recuperar a lógica de Regulação do Sistema de Saúde, que se inicia a partir do cadastramento, da vinculação, do acolhimento e dos critérios de priorização e acesso, desenvolvidos pela própria Atenção Básica. Por vezes, a regulação é feita por mecanismos frios de marcação e mediada por protocolos que não interagem com a realidade. Esse arranjo consolida o princípio inverso: a atenção especializada e o conjunto de serviços que deveriam dar o suporte para a Atenção Primária são os que acabam por regulá-la. Por isso, é importante fomentar práticas transversais nessa relação como, por exemplo, o apoio matricial, que promove a troca de saberes e a interação como formas mais personalizadas de construção de referências e contrarreferências entre os serviços. Experiências mostram que, para o trabalhador de qualquer outro serviço reconhecer o profissional da APS como coordenador da Atenção, é preciso que se estabeleça uma relação de confiança cooperativa. Somente assim, as tecnologias leves suplantariam as rígidas, ou mesmo os protocolos vazios, na colaboração entre os profissionais¹⁴⁷.

Por fim, a Atenção Primária é uma política eficaz de redução de desigualdades e, por isso, espanta a sua subutilização na pandemia, considerando que foram exatamente os grupos vulnerabilizados os mais atingidos por ela¹⁴⁸. É urgente retomar os atributos, as estratégias e os arranjos organizacionais próprios da APS para serem realmente aplicados e adaptados à diversidade da população brasileira. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por exemplo, possui características próprias e atributos de atenção primária frágeis e pouco instituídos. A prevalência de um modelo biomédico e da atenção programática fez com que a saúde indígena não se pareça em nada com a APS¹⁴⁹.

146 CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. *Psicologia em Revista*, v. 20, n. 1, p. 96–115, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2022.

147 CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 399–407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

148 ESTRELA, Fernanda Matheus; SOARES, Caroline Fernandes Soares e; CRUZ, Moniky Araújo da; et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3431–3436, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRh/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

149 MENDES, Anapaula Martins; LEITE, Maurício Soares; LANGDON, Esther Jean; et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49563>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Box 7 – Pandemia de COVID-19 e promoção da saúde

Nos 2 anos de pandemia, estiveram em destaque as medidas farmacológicas/assistenciais contra o novo coronavírus, como as UTIs, os medicamentos, a ventilação mecânica, os hospitais de campanha e a vacina. Contudo, não se pode reduzir as doenças à sua dimensão biológica, desconsiderando aspectos econômicos, políticos e culturais inevitáveis para seu tratamento. As medidas não farmacológicas ficaram restritas ao distanciamento físico entre as pessoas, à higiene das mãos e ao uso da máscara facial, quando deveriam abranger os aspectos ecossociais, tecnológicos, econômicos, políticos, culturais e simbólicos, em suas dimensões interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

A pandemia escancarou a necessidade de os determinantes e condicionantes dos processos saúde-doença-cuidado serem considerados na formulação de uma política pública justa, o que envolve explicitar, desvelar e aferir as diferenças entre classes sociais, gêneros, raças, etnias, territórios e países.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) contém elementos valorativos, conceituais e operativos, que indicam esse caminho ao incluir, em um dos seus eixos transversais, os “Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade” e ao afirmar que promover a saúde significa “identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares”¹⁵⁰.

Esses elementos foram postos em prática em algumas comunidades brasileiras, que obtiveram resultados promissores de mobilização social, a partir de intervenções que levaram em conta, por exemplo, a perspectiva de ciclos de vida, ações de solidariedade e cooperação para geração de renda e inovação na criação de dispositivos de gestão da pandemia.

A gestão intersetorial de políticas públicas e a articulação de saberes tiveram maior ressonância durante a pandemia ao ser advogado por outros setores, como os de assistência social e educação. Por exemplo, no retorno às aulas presenciais, as administrações municipais apoiaram-se na intersetorialidade para definição e implementação de suas rotinas¹⁵¹.

150 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

151 ADMIN. DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DOS PLANOS LOCAIS DE RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS DA EDUCAÇÃO MUNICIPAL DE NITERÓI. Disponível em: <<https://www.educacaoniteroi.com.br/2020/08/28/diretrizes-para-a-construcao-dos-planos-locais-de-retorno-as-atividades-presenciais-da-educacao-municipal-de-niteroi/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A desmobilização da APS e a disseminação da pandemia

No Brasil, não foram erguidas barreiras de proteção para os 3 limiares de risco de doenças transmitidas pessoa a pessoa: exposição, infecção e adoecimento¹⁵². A renúncia às estratégias de prevenção primária e secundária tiveram consequências dramáticas para a organização do sistema de saúde. Para evitar doenças e mortes em situações de alta exposição a doenças e precariedade de condições de vida e trabalho, era necessário convocar e dotar de recursos suficientes e qualificados as boas tradições de vigilância epidemiológica, medidas preventivas e cuidados aos pacientes, que foram desenvolvidos nacionalmente ao longo de décadas.

No início da pandemia, não havia equipamentos de proteção individual para os trabalhadores que atuavam nos postos e centros de saúde e nas unidades de saúde da família, que careciam também de testes de detecção e oxímetros. A maior parcela dos recursos assistenciais foi alocada em unidades hospitalares. A rede da atenção primária, com raras exceções, não foi devidamente mobilizada.

Em 2020, o Ministério da Saúde recebeu um aporte de R\$ 39,5 bilhões do orçamento de guerra por meio da Emenda Constitucional nº 106. A emenda facilitou os investimentos no combate à pandemia ao separá-los do orçamento geral da União. Tratava-se de um volume de recursos financeiros significativos, especialmente quando cotejado com a série histórica de recursos orçamentários para o MS. Entretanto, o legado da pandemia não será um SUS homogeneamente maior e mais qualificado. A opção do Governo Federal foi transferir recursos financeiros para estados e municípios, que, por sua vez, em muitos casos, priorizaram a organização de serviços provisórios tais como hospitais de campanha mediante contratação de leitos privados.

A prevenção passou a ser confundida com a precocidade do tratamento, e os diagnósticos clínicos eram a referência para determinação do isolamento de casos e seus contatos, desprezando a abordagem de políticas públicas com base territorial. Tornaram-se praticamente inviáveis as ações articuladas, compreendendo transferência de renda, segurança alimentar, detecção e isolamento de casos e atenção à saúde nas áreas em que vivem os segmentos populacionais mais vulneráveis aos riscos de adoecimento e morte.

As unidades de saúde da família não foram mobilizadas para atuar como polos de unificação das ações de proteção populacional e controle de propagação intradomiciliar. Dessa forma, foi perdida a oportunidade de fortalecimento desses

152 BOSTON, 677 Huntington Avenue; MA 02115 +1495-1000. Coronavirus (COVID-19): **Press Conference with Nancy Krieger, 05/11/20**. News. Disponível em: <<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/coronavirus-covid-19-press-conference-with-nancy-krieger-05-11-20/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

ativos. Paradoxalmente, várias unidades de atenção primária, que estavam impossibilitadas de produzir ações adequadas ao seu nível de intervenção, passaram a realizar atividades de pronto-atendimento e referenciamento de pacientes graves para uma demanda crescente de casos.

Um balanço provisório das unidades ambulatoriais públicas referente ao período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021 sugere crescimento pouco significativo das bases assistenciais do SUS. A variação percentual do número de postos de saúde e centros de saúde foi, respectivamente, 0,05% e 4,85%. Nem mesmo as Unidades de Atenção à Saúde Indígena e os Centros de Atenção Psicossocial tiveram uma resposta proporcional em termos do aumento da capacidade instalada, crescendo, respectivamente, 12,91% e 4,81%¹⁵³.

Box 8 – A educação popular em saúde diante da pandemia de COVID-19

A Educação Popular em Saúde (EPS) tem orientado de forma significativa a construção de práticas em saúde tanto no Brasil quanto em outros países. A proposta contempla um conjunto de princípios orientadores de trabalhos sociais, de práticas profissionais e de ações populares, com o objetivo de envolver, sensibilizar e mobilizar as pessoas e articular espaços de diálogo, negociação e compartilhamento de experiências para a promoção da saúde das pessoas e das coletividades.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)¹⁵⁴, instituída em 2013, contribuiu no enfrentamento da pandemia com produções e processos desenvolvidos por diferentes grupos, coletivos e articulações em nível nacional, muitos dos quais empreendidos no âmbito da APS: (a) experiências orientadas pela integração de ensino, serviço e comunidade, com apoio da extensão universitária; (b) lives e outros espaços virtuais de encontro, formação e mobilização; (c) a formação de agentes populares de saúde nos territórios da APS; e (d) a construção de produtos de sistematização de experiências, colaborando com o adensamento teórico e a autorreflexão crítica na ação da EPS na saúde.

Os coletivos e movimentos de EPS apoiaram fortemente as campanhas de solidariedade crítica, principalmente dentro de comunidades periféricas das grandes cidades. Foram ampliadas as possibilidades de ações de mobilização comunitária, de elaboração de experiências de EPS e de participação popular local em saúde. Destaca-se a interface

153 Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2022 (elaboração própria)

154 MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 2 nov. 2022.

da EPS com as estratégias de prevenção, promoção e vigilância da saúde, organizadas em conjunto com profissionais de saúde e movimentos sociais das comunidades para o enfrentamento da COVID-19. Essas estratégias foram organizadas visando fomentar o protagonismo popular na prevenção, compartilhar conhecimentos e recomendações científicas com as comunidades, de forma dialógica, e desconstruir informações falsas diariamente disseminadas nas mídias.

Vale ressaltar também ações de EPS nas quais as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e as práticas populares de cuidado tiveram protagonismo, ampliando a capacidade de oferta de cuidado e de mobilização solidária nos territórios. Ademais, a EPS se integrou com novas estratégias de educação e de comunicação em saúde, desenvolvendo experiências educativas, de articulação social e de mobilização, por meio de plataformas virtuais – o que fortaleceu também a interação entre pessoas de diversas localidades que compartilham de experiências similares na temática e nos desafios.

O período da pandemia fortaleceu o entendimento de que é fundamental pensar o fazer da EPS em sua aplicação concreta e significativa nos vários braços do SUS: no trabalho em saúde, nos espaços formativos, no contexto da gestão e no âmbito do controle social.

Rede assistencial da COVID-19

A COVID-19 provocou um choque intenso e prolongado sobre sistemas de saúde com impactos diferenciados pelo mundo. Respostas governamentais abrangentes e coordenadas, que consideraram a saúde e o bem-estar como questões interligadas a fatores sociais e econômicos, foram decisivas para conferir resiliência aos sistemas de saúde na gestão da pandemia¹⁵⁵. No Brasil, porém, a atuação do governo Jair Bolsonaro não só expôs a população à contaminação, aumentando extraordinariamente a pressão sobre a rede assistencial, como enfraqueceu a capacidade de resposta do Sistema Único Saúde (SUS). A situação não foi pior devido à ação de parte dos governos subnacionais.

Logo no início do surto, em meados de 2020, verificou-se que a postergação de medidas não farmacológicas para conter a transmissão do SARS-CoV-2¹ levou redes hospitalares ao colapso mesmo em países com robusta infraestrutura. Diante da alta pressão, diferentes estratégias foram adotadas para expandir rapidamente a oferta assistencial, como o adiamento de procedimentos eletivos, a redefinição

155 HALDANE, Victoria; DE FOO, Chuan; ABDALLA, Salma M.; *et al.* Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, v. 27, n. 6, p. 964–980, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

do papel de hospitais para destinar leitos exclusivos à COVID-19, a transformação de leitos de enfermaria em leitos de maior complexidade, além da implantação de estruturas temporárias para casos de menor complexidade, como hospitais de campanha. Vários países também fizeram uso de leitos privados para apoiar a resposta pública à pandemia¹⁵⁶. No Brasil, a rede assistencial do SUS poderia ter sido mais bem utilizada no enfrentamento à pandemia.



Hospital de Campanha para tratamento de COVID-19 instalado em Águas Lindas-GO. Crédito: Warley de Andrade/TV Brasil.

No início de 2022, observou-se que além da reorganização da rede assistencial para garantir a assistência à COVID-19, a manutenção de atendimentos de rotina e a implementação de programas de proteção social a grupos vulneráveis foram fundamentais para mitigar demais impactos sobre a saúde da população. A pandemia também forçou países a acelerar inovações nos modos de prestação e coordenação de cuidados em saúde, contando com telemedicina, big data e inteligência artificial para ampliar acesso, facilitar a coordenação de cuidados em redes assistenciais e o monitoramento de casos e dar suporte a tomada de decisões no manejo do sistema de saúde nesse período.

156 MASSUDA, Adriano; TASCA, Renato; MALIK, Ana Maria. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 248–260, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/SfPqRtPtjL5nWhDdtQTv4zB/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Fundamentado nos princípios da universalidade e integralidade, que garante a inexistência de barreiras econômicas para acesso da população a testes diagnósticos, tratamento e vacinas, o SUS deveria ter contado com melhores condições no enfrentamento da COVID-19. A capilaridade da rede assistencial conferida pela grande cobertura de atenção primária, e a descentralização da gestão do SUS não foram adequadamente articuladas para produzirem uma resposta abrangente e coordenada à pandemia. Em cada um dos municípios brasileiros existem equipes de saúde – mesmo que com variada qualificação – que deveriam ter sido mobilizadas para vigilância nos territórios, rastreamento e quarentena de contatos, atenção a populações vulneráveis e manutenção de atendimentos de rotina.

Além de expor a população brasileira à contaminação, o Governo Federal buscou minar as fortalezas do SUS e exacerbar suas fragilidades, o que demandou imenso esforço dos entes e órgãos de governo, além das secretarias estaduais de saúde – SESs, e secretarias municipais de saúde – SMSs, instituições como Fiocruz e Anvisa, e instituições externas ao Poder Executivo.

A desconstrução da autoridade técnica do Ministério da Saúde e a quebra do pacto federativo na gestão do SUS desarticularam a coordenação nacional da rede assistencial na resposta à COVID-19. Em nenhum momento, houve orientação e treinamento nacional para equipes de atenção primária realizarem ações preventivas e de controle e assistência da COVID-19 nas comunidades. O uso do oxímetro nas Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, teria tido forte impacto no controle da gravidade das pessoas contaminadas pelas primeiras variantes.

Na outra ponta, os gastos federais na pandemia não foram dirigidos para reduzir o estrutural déficit na assistência hospitalar de alta complexidade, que se concentra em poucos centros urbanos e sobretudo no setor privado. Tampouco foram alocados recursos para corrigir a frágil regulação assistencial em regiões de saúde. Apesar da expansão da atenção hospitalar no SUS, as disparidades socioeconômicas geraram diferenças substantivas no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos. Como resultado, as taxas de mortalidade hospitalar pela COVID-19 foram bastante diferenciadas entre as regiões e os tipos de estabelecimentos no país¹⁵⁷.

Na vigência de um regime de austeridade fiscal, os recursos direcionados para o combate à pandemia tiveram como foco as respostas imediatas, produzindo um resultado anacrônico: a drástica redução na de procedimentos não relacionados

157 BAQUI, Pedro; BICA, Ioana; MARRA, Valerio; *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 8, p. e1018–e1026, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30285-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30285-0/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

à COVID-19. Em 2020, o país registrou queda de 1/4 de sua produção do SUS em relação ao ano anterior¹⁵⁸. As mais acentuadas foram em cirurgias de baixa e média complexidade (um decréscimo de 59,7%), triagens (menos 42,6%), consultas médicas (menos 42,5%), transplantes (redução de 44,7%), procedimentos diagnósticos (menos 28,9%) cirurgias de alta complexidade (uma diminuição de 27,9%). Até a metade de 2022, a produção assistencial ainda não havia chegado ao nível anterior à pandemia.

As respostas dos governos municipais e estaduais e o comportamento da população, diante das omissões do Governo Federal, ajudaram a mitigar os efeitos da epidemia¹⁵⁹, combinando criatividade, capacidade de inovação e adoção de modos de gestão compartilhada por gestores locais, como as parcerias com universidades. A experiência do Consórcio do Nordeste é um dos exemplos importantes de superação dos déficits de coordenação nacional. Entretanto, a falta de planejamento e de um plano de ação em âmbito nacional potencializou as dificuldades de gestão da pandemia nos estados e municípios. Instrumentos estabelecidos no SUS, como comissões intergestoras e consórcios, foram importantes, porém insuficientes para integrar redes assistenciais municipais e



estaduais.

Reunião do Consórcio Nordeste, ocorrida em 2019, no Piauí. Foto: Divulgação.

158 BIGONI, Alessandro; MALIK, Ana Maria; TASCIA, Renato; *et al.* Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 10, 2022. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00039-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00039-4/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

159 ROCHA, Rudi; ATUN, Rifat; MASSUDA, Adriano; *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e782–e792, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00081-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00081-4/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A pandemia lega desafios imediatos para o SUS. As sequelas deixadas pela doença em parte dos infectados e a demanda assistencial represada provocarão forte sobrecarga no sistema nos próximos anos. Também recolocou em pauta temas essenciais para o futuro do SUS: desigualdades nas condições de vida e saúde, regulação e uso de recursos privados diante da necessidade pública e a incorporação de ferramentas de saúde digital na atenção à saúde.

Descontinuidades administrativas e proposições de mudanças para APS

No início do governo Bolsonaro, a equipe do então ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta propôs uma alteração de nomenclatura e dos critérios de contratação de profissionais do programa Mais Médicos. O programa passou a se denominar Médicos pelo Brasil a partir da lei nº 13.958/2019, aprovada na Câmara dos Deputados com 391 votos favoráveis e 6 contrários em dezembro de 2019. A intenção dos formuladores seria a correção de alegadas distorções pretéritas tais como o estímulo à “indústria de faculdades de medicina privada”, a distribuição de vagas e o regime de contratação de médicos por meio da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), com natureza de serviço social autônomo. A rejeição aos médicos cubanos e as críticas à ineficiência do Estado por parte de diversas entidades médicas foram acolhidas pelo presidente da República, se convertendo em promessa de criação de uma carreira de Estado para médicos.

Simultaneamente, foi instituído o programa Previne Brasil pela Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, que alterou o financiamento de serviços de atenção primária municipais. A transferência de recursos para a atenção básica passaria a obedecer critérios de “captação ponderada” (de acordo com o percentual de cadastramento dos mais pobres, na forma em que recebem auxílios governamentais) e pagamento por desempenho: um conjunto de intenções para turbinar a focalização, desvinculando a atenção básica de compromissos com a universalidade da atenção e recorrendo ao fórmulas comprovadamente incorretas para a remuneração de pessoal na atenção primária.

Essas propostas do Previne Brasil foram postas de lado por sucessivas gestões no Ministério da Saúde, que na prática deu continuidade aos editais para a convocação de profissionais bolsistas para o preenchimento de parte das vagas do Mais Médicos.

Em janeiro de 2022, a Adaps convocou um concurso para 4.057 médicos bolsistas e 595 tutores médicos, que serão inseridos no quadro de profissionais da agência. O edital,¹⁶⁰ que atraiu cerca de 16.357 candidatos¹⁶¹, deixa implícito que novas contratações de médicos para a Adaps dependem do dimensionamento do programa Médicos pelo Brasil. Ou seja, apenas mais um juramento de substituição progressiva do Mais Médicos, não por coincidência em ano eleitoral.

Leitos ociosos e a reorganização da assistência hospitalar durante a pandemia

Durante a pandemia de COVID-19, políticas de expansão e reorganização da assistência hospitalar foram necessárias para otimizar a utilização dos recursos assistenciais existentes e aumentar rapidamente a capacidade de oferta de leitos de internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Essas medidas passaram por diversas dimensões: definição de linhas de cuidado e fluxo de pacientes infectados ou suspeitos, separação física do atendimento de sintomáticos, fortalecimento das centrais de regulação de urgência e leitos, mapeamento permanente de taxas de ocupação de leitos de internação e UTI, monitoramento da utilização de respiradores, definição de unidades de referência e emergência para infectados e não infectados, suspensão de procedimentos eletivos, organização de leitos de retaguarda, medidas de expansão da oferta de leitos de internação e UTI, entre outras^{162 163}.

Com relação à ampliação da infraestrutura da oferta pública de leitos hospitalares, algumas alternativas se apresentaram no início da pandemia: (a) a adaptação de estruturas assistenciais existentes para expandir a oferta dentro de cada serviço; (b) a ativação de estruturas assistenciais prontas ou ociosas, que dependiam de pequenos reparos ou profissionais para entrar em funcionamento; (c) a incorporação de leitos privados no SUS, seja por meio de editais, acordos e convênios, seja por meio da requisição administrativa prevista na Constituição, segundo a Lei Orgânica da Saúde

160 ADAPS. **Processo Seletivo para o Provimento de Vagas e Cadastro Reserva**. Edital nº 01, ADAPS de 31 de Dezembro de 2021. Disponível em: <<https://fs.ibfc.org.br/arquivos/441178074d3e9ea7eb7cbff13c735e34.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

161 **Processo seletivo recebe mais de 16 mil inscrições no Programa Médicos pelo Brasil**. Serviços e Informações do Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/02/processo-seletivo-recebe-mais-de-16-mil-inscricoes-no-programa-medicos-pelo-brasil>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

162 MASSUDA, Adriano; MALIK, Ana Maria; JUNIOR, Walter Cintra Ferreira; *et al.* **Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia**. p. 4. Disponível em: <<https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVSAude-NT6.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

163 **Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID- 19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar | Observatório de Política e Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/biblioteca/necessidades-de-infraestrutura-do-sus-em-preparo-ao-covid-19-leitos-de-uti-respiradores>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

e a Lei de Emergência Sanitária; (d) a construção de estruturas temporárias, como os hospitais de campanha¹⁶⁴.

Em dois períodos da pandemia, entre abril e junho de 2020 e entre dezembro e junho de 2021, a elevada demanda de pacientes graves de COVID-19 por assistência hospitalar pressionou o sistema público, com altas taxas de ocupação hospitalar, alta mortalidade, sobrecarga de profissionais e, em alguns casos, colapso do atendimento¹⁶⁵. Foi também durante esses períodos em que houve uma expansão significativa da oferta de leitos de UTI¹⁶⁶. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), houve importante expansão, ainda que temporária, na provisão de atendimento de alta complexidade. Em janeiro de 2020, havia 30.394 leitos de UTI Adulto no Brasil (SUS e setor suplementar); em setembro de 2020, eram 55.845; e, em agosto de 2021, chegaram a 72.400. A participação relativa dos leitos de UTI do SUS no total de leitos cresceu de 51% para 58%¹⁶⁷.

Ainda que tenha sido um esforço extremamente relevante do sistema público de saúde como um todo, uma série de falhas, insuficiências e omissão na condução das políticas públicas pode ser identificada, especialmente no que se refere ao papel do Ministério da Saúde.

De modo geral, ficou a cargo das secretarias estadual e municipal de saúde as principais políticas, estratégias e ações relativas à expansão e à organização da assistência hospitalar. Contudo, isso ocorreu de forma fragmentada e pouco cooperativa, sem um planejamento sistêmico orientado e coordenado pelo MS e sem a participação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Nos estados e municípios, prevaleceu a estratégia baseada na suspensão de cirurgias eletivas, expansão interna da capacidade de oferta em hospitais públicos e privados conveniados e ativação de estruturas assistenciais ociosas, mas sem suporte e coordenação federal. Em 2020, os hospitais de campanha foram bastante utilizados,

164 GEPS e GPDES. **RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: orçamento, leitos, respiradores, testes e equipamentos de proteção individual - Cebes**. Disponível em: <<https://cebes.org.br/recursos-para-o-enfrentamento-da-covid-19-orcamento-leitos-respiradores-testes-e-equipamentos-de-protecao-individual/23165/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

165 Id.

166 **Evolução da disponibilidade dos leitos de terapia intensiva na rede hospitalar do Brasil para o enfrentamento da emergência sanitária**. Disponível em: <<https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=2SHpxijF>>. Acesso em: 2 nov. 2022. In: PORTELA, Margareth Crisóstomo; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; LIMA, Sheyla Maria Lemos. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. [s.l.]: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2022, p. 131-144. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/kymhj>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

167 **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

mas essa alternativa mostrou muitas desvantagens, vindo a ser menos utilizada nos anos subsequentes¹⁶⁸.

Em março e abril de 2020, o foco da atuação do Governo Federal foi definido por meio do repasse direto de recursos aos demais entes federativos para o atendimento de média e alta complexidade e da habilitação de leitos de UTI SUS (públicos ou privados). Os critérios de distribuição de recursos foram sempre pouco claros e inespecíficos. As diárias de custeio para os leitos de UTI foram fixadas em R\$ 1.600¹⁶⁹. Contudo, o MS não estruturou nacionalmente o monitoramento das taxas de ocupação hospitalar em leitos SUS e não SUS. Embora o acréscimo de leitos de UTI habilitados tenha sido relevante, chegando em agosto de 2021 a 25.000 novos leitos habilitados, as expansões se deram com lentidão, ocorrendo com pouco cuidado quanto à organização da oferta e com baixa articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

Em março e abril de 2020, o MS divulgou as orientações para reorganização interna dos serviços hospitalares, manejo clínico, fluxos de atendimento e planos estaduais de contingência. Contudo, tais medidas tiveram pouca visibilidade ou repercussão na organização das respostas nos níveis estadual e municipal.

Em junho de 2020, o MS estabeleceu, tardiamente, normatizações e recomendações sobre os hospitais de campanha, quando essa alternativa já havia sido larga e desordenadamente empregada em diversos locais. A partir de então, passaram a ser recomendados apenas como última opção para o atendimento restrito a baixa e média e complexidades¹⁷⁰.

As medidas do nível central voltadas para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) foram incipientes, não incluindo-os como parte da estratégia de combate à pandemia. Sua alta capilaridade no território nacional poderia ter sido aproveitada para ofertar leitos clínicos de retaguarda para isolamento e acompanhamento de pacientes com formas leves ou que estivessem se recuperando de formas graves.

Apesar das recomendações da Abrasco, de entidades da sociedade civil e de instâncias do poder público, o MS foi omissivo quanto à necessidade de normatização, regulamentação e financiamento da utilização de leitos de hospitais privados e de planos de saúde para ampliar a capacidade de resposta do SUS, seja por requisição administrativa prevista em lei, seja por negociações com prestadores. Isso se fazia

168 GEPS e GPDES. Op. Cit.

169 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 561/GM/MS, DE 26 DE MARÇO DE 2020**. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/04/2020&jornal=515&pagina=65>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

170 GEPS e GPDES. Op. Cit.

necessário dada a enorme disparidade na oferta de leitos de UTI para os pacientes atendidos pelo SUS e aqueles que o são pelo setor privado¹⁷¹.

Se, por um lado, em momentos críticos da pandemia, houve colapso de redes hospitalares públicas e privadas em alguns estados e regiões, por outro, observaram-se leitos privados ociosos enquanto a capacidade de atendimento hospitalar do SUS já havia se esgotado. Em março de 2021, por exemplo, a taxa de ocupação de leitos COVID-19 de enfermaria e de UTI controlados pelas operadoras privadas de saúde oscilou entre 60 e 79%¹⁷², enquanto a ocupação de leitos SUS estava praticamente esgotada¹⁷³. A subutilização da oferta privada e a baixa governança do setor público sobre esses recursos podem ter contribuído de forma significativa para as altas taxas de mortalidade, especialmente nos períodos mais desafiadores da pandemia.

Em 2020, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) defendeu o setor regulado ao se posicionar contra o compartilhamento das redes pública e privada, alegando que esse movimento levaria insegurança jurídica à saúde suplementar e ameaçaria a estabilidade financeira do mercado¹⁷⁴. Também ocorreram outras medidas pró-mercado como a concessão de crédito para empresas da saúde (hospitais filantrópicos e laboratórios) e a postergação de coberturas assistenciais dos planos de saúde. Contudo, poucas foram as contrapartidas para o setor público oriundas dessas iniciativas¹⁷⁵.

Leitos de UTI para a atenção à COVID-19

Ainda no início da pandemia de COVID-19, já foi possível observar a elevada demanda por cuidados hospitalares de alta complexidade que a doença iria impor aos governos. No Brasil, esforços diversos e, frequentemente, pouco coordenados foram empreendidos nos primeiros meses de 2020 tanto no sentido da compra de respiradores como da expansão de leitos clínicos e leitos de UTI, seja no setor público ou no setor privado.

171 AROUCA, Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio. Nota Técnica 03 de 20 de abril de 2020. Disponibilidade de recursos e razão de dependência SUS e saúde suplementar. 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42250>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

172 Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim COVID-19 Saúde Suplementar**. Maio de 2021. Rio de Janeiro: ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/Boletim_COVID19_ANS_2021_Maio_ok.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

173 Observatório Covid-19. **Boletim extraordinário. 16 de março de 2021**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

174 GEPS e GPDES. **Documento da ANS sobre o uso de leitos privados por usuários do SUS durante a pandemia de covid-19 contém erros - Cebes**. Disponível em: <<https://cebes.org.br/documento-da-ans-sobre-o-uso-de-leitos-privados-por-usuarios-do-sus-durante-a-pandemia-de-covid-19-contem-erros/21995/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

175 **As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo | Observatório de Política e Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/biblioteca/empresas-de-planos-de-saude-no-contexto-da-pandemia-do-coronavirus-entre-omissao-e-o->>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Em fevereiro de 2020, a disponibilidade de leitos de UTI, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), era inexistente em 90,4% dos municípios e em 27,6% das 450 regiões de saúde no país. Um recurso distribuído de forma muito desigual, com grandes vazios, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A partir de março de 2020, foi criada a categoria leitos de UTI SRAG/COVID-19, em função da pandemia, que permitiu a expansão da rede, mas, predominantemente, em áreas que já dispunham de alguma capacidade instalada.

Os primeiros quatro meses da pandemia no Brasil foram marcados pela concentração de casos em grandes regiões metropolitanas, com destaque para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Amazonas. No período, observaram-se grandes filas de espera para internação em UTI e elevada ocorrência de óbitos por falta de acesso ou acesso tardio aos cuidados de alta complexidade. Por outro lado, foi um momento de expansão acentuada no número de leitos de UTI SRAG/COVID-19, incluindo a abertura de diversos hospitais de campanha no país, que, no entanto, não permaneceram em atividade até o momento mais crítico da pandemia, pouco menos de um ano depois. Não há registros das taxas de ocupação de leitos de UTI no período, embora se possa inferir que os estados aqui destacados, ficaram, por semanas, com taxas críticas. Essa fase foi seguida por uma de menor pressão sobre a rede hospitalar, apesar da expansão da pandemia para o interior do país.

Dezembro de 2020 e janeiro de 2021 foram marcados por níveis críticos de ocupação de leitos de UTI para adultos no SUS em estados das regiões Norte e Sul e em Pernambuco, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul. Manaus, a única cidade do estado do Amazonas com capacidade de oferta de cuidados hospitalares de alta complexidade, voltou a viver o colapso de sua rede hospitalar aos moldes do que ocorrera entre abril e maio de 2020. A população da capital teve que lutar por vagas e por tubos de oxigênio para familiares acometidos pela doença e pacientes, mesmo hospitalizados, morreram sem acesso aos cuidados necessários.

Em fevereiro de 2021, o Ceará e o Rio Grande do Norte também atingiram taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 80%. No dia 1º de março de 2021, o Observatório COVID-19 Fiocruz divulgou a imagem do mapa do Brasil indicando 18 estados e o Distrito Federal com taxas críticas e os demais em alerta intermediário, com taxas de ocupação iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%.

Entre os meses de fevereiro e maio de 2021, como resposta à demanda reprimida, foi efetuado um novo e substantivo acréscimo de leitos de UTI SRAG/COVID-19. A vacinação, iniciada no Brasil em 17 de janeiro, ainda avançava de forma

lenta, não impedindo o excessivo número de hospitalizações, de formas graves da doença e de óbitos que ocorreram no período. Os resultados da imunização foram se tornando mais perceptíveis a partir de julho, marcando um período de arrefecimento persistente da pandemia em todo o país.



O hospital de campanha Pedro Dell'Antonia, em Santo André, região metropolitana de São Paulo, passou o mês de março de 2021 próximo da lotação máxima. Crédito: Gustavo Basso/National Geographic.

Entre julho e dezembro de 2021, houve queda das taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 para adultos e a desmobilização de leitos de COVID-19. O Brasil ficou, quase na sua totalidade, fora da zona de alerta do indicador, o que significava um alívio para o sistema de saúde.

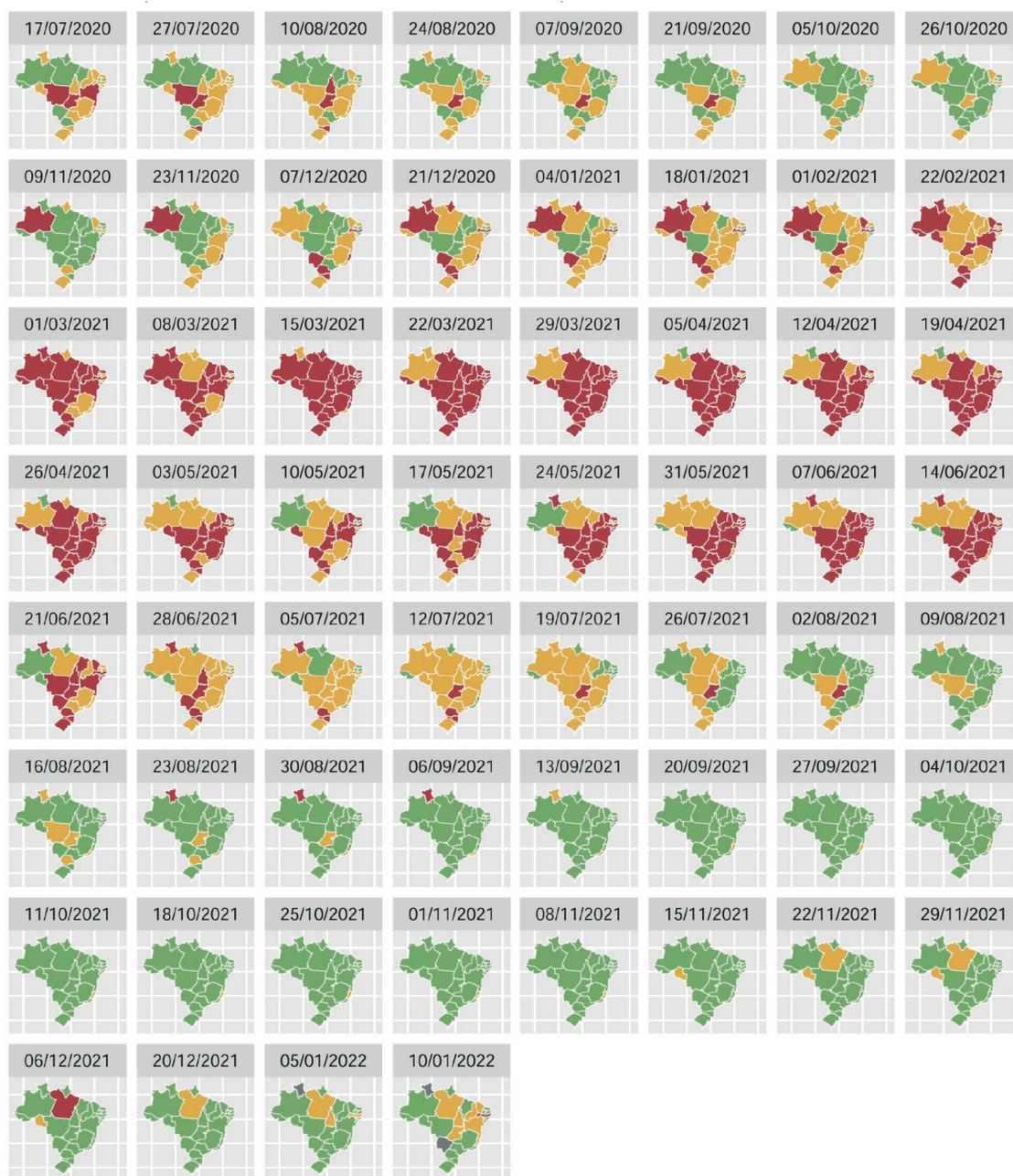
A virada do ano de 2021 para 2022 foi marcada por uma nova explosão de casos de COVID-19 devido à variante Ômicron. Durante os meses de janeiro e fevereiro, observou-se novamente o crescimento das taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 para adultos nas unidades federativas, apesar do acréscimo da rede. Mesmo diante do elevado número de casos, o cenário mostrou-se diferente daquele observado entre março e junho de 2021. A vacinação contribuiu para a redução do risco de agravamento da doença e de hospitalizações, sobretudo, entre os imunizados com três doses. Os casos produzidos pela variante Ômicron mostraram-se menos graves dos que foram produzidos por outras variantes. Dessa forma, a busca por leitos de UTI foi muito menor.

O mês de março de 2022 marcou a queda nos indicadores epidemiológicos da pandemia. No dia 21, pela primeira vez o país apresentou todos os seus estados e

Distrito Federal com taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/COVID-19 inferiores a 60%, fora, portanto, da zona de alerta.

A Figura 1 apresenta a evolução das taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 de julho de 2020 até o final de março de 2022.

Figura 1: Taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 – (17 de julho de 2020 a 21 de março de 2022), Brasil.



Fonte: Observatório Covid-19/Fiocruz

Crise na oferta de respiradores, kit intubação e medicamentos

A emergência do coronavírus produziu inúmeros desafios ao país e evidenciou outras deficiências já presentes na área da saúde. A crise de desabastecimento sanitário, atrelada à dependência nacional de insumos e equipamentos estrangeiros, não é fruto da pandemia. Porém, foi nesse período que essa dificuldade, bastante discutida pelo campo da saúde coletiva, ganhou ainda mais visibilidade.

O cenário que se estabeleceu ainda no início de 2020, quando a incidência de infectados pelo SARS-CoV-2 era baixa, já indicava a necessidade de ampliar a oferta de respiradores pelo país, em função da capacidade hospitalar desigual. À época, a taxa de disponibilidade desses equipamentos médicos era de 2 respiradores para cada 10 mil habitantes, número que se agravava a depender da região. A macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe (Ceará), por exemplo, apresentava apenas 0,07 respiradores por 10 mil habitantes¹⁷⁶, a menor taxa observada.

O quadro de dificuldades na oferta de respiradores foi consequência do descaso na gestão pública, com escândalos envolvendo a compra e a logística desses equipamentos, divulgados pela imprensa. Vale ressaltar também a falta de incentivo dos órgãos de fomento em pesquisa e desenvolvimento do país para avançar no desenvolvimento nacional de respiradores de alta qualidade e baixo custo. Segundo a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigou situações de descaso do Governo Federal ao longo da pandemia, “o Ministério da Saúde soube do crescimento brusco da demanda de respiradores no Amazonas quase um mês antes do colapso da rede hospitalar do estado”¹⁷⁷.

A dependência do setor produtivo na área da saúde também promoveu desabastecimento de medicamentos, seja de forma direta ou indireta. Há na literatura estudos robustos que apontam que a dependência política e sanitária de medicamentos é um dos grandes desafios do SUS. Um estudo publicado em 2018 apontou que mais de 90% dos insumos e medicamentos acabados que circulam no

176 NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; GUEDES, Gilvan Ramalho; TURRA, Cássio Maldonado; *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxRFR53Wx/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

177 CPI da Covid: Governo soube de escassez de respiradores 1 mês antes. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/15/governo-observou-escassez-de-respiradores-um-mes-antes-de-agir-em-manaus.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

território nacional eram importados¹⁷⁸. A ausência de produção local representa uma ameaça à saúde pública e um desperdício do potencial de contribuição ao desenvolvimento científico e à economia do país.



Familiar de paciente da UPA José Rodrigues, em Manaus-AM, desesperado pela falta de oxigênio (14/01/2021). Até o final de 2022, ninguém havia sido condenado pelo colapso e pelas mortes por asfixia. Crédito: Márcio James/Amazônia Real.

Os medicamentos que compõem o kit intubação (anestésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares), utilizados em pacientes com formas mais graves da doença submetidos à ventilação mecânica invasiva, tiveram sua oferta muito prejudicada durante os picos de internação por COVID-19. Em São Paulo, houve relatos de hospitais que precisaram desativar leitos de UTI para evitar os desabastecimentos de kits de intubação. No Rio de Janeiro, muitos hospitais relataram preocupação com os estoques desses medicamentos¹⁷⁹. Outros estados, bem como entidades ligadas ao setor de saúde, também se pronunciaram sobre a preocupação com potencial desabastecimento. No primeiro quadrimestre de 2021, esse cenário levou o Ministério da Saúde a realizar importações por meio de pregões públicos ou doações de empresas privadas. O que chama atenção é a ausência dos produtos no mercado interno e a incapacidade imediata de produção

178 RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida; COSTA, Roberta Dorneles Ferreira da; KISS, Catalina. A evolução recente da indústria farmacêutica brasileira nos limites da subordinação econômica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/physis/a/mCGQkwSMCT5qfr93cYSHvwn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

179 Falta de medicamentos para câncer, sífilis e covid-19 escancarou crise na saúde pública. *BBC News Brasil*, Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-56091612>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

local. O Brasil, que tem uma capacidade produtiva considerável, mostrou-se extremamente vulnerável a demandas estratégicas em um dos momentos mais críticos da pandemia.

Outros medicamentos que não estavam diretamente associados ao tratamento da COVID-19 também sofreram crises de abastecimento. O micofenolato de sódio, um imunossupressor utilizado para o tratamento de pacientes transplantados, também esteve escasso no mercado durante a pandemia, colocando em risco o tratamento de pacientes transplantados pelo SUS. Esse medicamento é fabricado com incentivos do MS, pelo Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército e, mesmo assim, apresentou uma queda de produção significativa. No mesmo período, o laboratório havia aumentado a fabricação de cloroquina. Segundo os representantes do Exército, a queda na produção de micofenolato de sódio não era resultado de um efeito concorrencial, mas sim da falta do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) no mercado internacional¹⁸⁰.

Outro caso que merece destaque foi a denúncia realizada pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). Segundo a entidade, municípios de pelo menos 18 estados brasileiros ficaram sem acesso a poliquimioterapia (PQT), que compreende o tratamento específico para a doença. Desde o segundo semestre de 2020, a entidade teria recebido mais de 100 relatos de pacientes privados de tratamento¹⁸¹.

Muitas destas crises já vinham ocorrendo no período pré-pandêmico e tendem a permanecer no período que a suceder. As diversas crises de desabastecimento geradas pela pandemia do novo coronavírus expõem uma realidade já conhecida: a dependência econômica, política e tecnológica no Brasil. Essa dependência combinada deixa o país refém da importação de insumos e produtos e o torna vulnerável a preços abusivos praticados pelo mercado internacional, situação que se agrava em períodos de emergência sanitária. A ausência de uma política industrial farmacêutica limita a autonomia produtiva brasileira, impedindo o crescimento de um setor tecnológico estratégico para a saúde. Essa condição de subalternidade tecnológica do Estado brasileiro compromete a realização dos princípios de universalidade e integralidade pelo SUS.

180 Transplantados correm perigo com a interrupção da produção de remédio pelo laboratório do Exército | **Jornal Nacional** | G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/02/11/transplantados-correm-perigo-com-a-interrupcao-da-producao-de-remedio-pelo-laboratorio-do-exercito.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

181 NEVES, Úrsula. **Hanseníase: Brasil enfrenta desabastecimento de medicamentos**. PEBMED. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/hansenias-brasil-enfrenta-desabastecimento-de-medicamentos/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A judicialização da saúde no Brasil em tempos de pandemia

Entre os desafios das crises múltiplas (sanitária, humanitária e econômica), garantir o direito à saúde é, certamente, um dos mais sensíveis. Em países como o Brasil, a Colômbia e a África do Sul, o acionamento do Poder Judiciário para arbitrar conflitos de saúde já era um fenômeno relevante no período pré-pandêmico, e no Brasil, segundo estudos, esse movimento é crescente. Entre 2008 e 2017, houve um aumento de 130% nas ações judiciais de primeira instância que versam sobre o direito à saúde, a maioria relacionada a medicamentos¹⁸², impactando significativamente os gastos públicos.

Esse é um fenômeno complexo que envolve diversos atores, como os setores público e privado, os demandantes, os poderes da República e os órgãos e instituições relacionados. A judicialização atua para a garantia de direitos, invocando a universalidade do sistema público de saúde, mas se depara com o problema da escassez dos recursos orçamentários previamente alocados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) obriga diversos níveis de governo a garantir a saúde de todos, mediante assistência integral e redução de riscos sanitários. No contexto da pandemia, esse dever legal se traduz em medidas tais como isolamento, quarentena, vacinação, atendimento de urgência, internação hospitalar, disponibilização de medicamentos, entre outras prestações, que são passíveis de questionamento via judicial quando descumpridas ou negadas. Assim, surge a judicialização da saúde decorrente da COVID-19.

O relatório Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), apontou que, em 2019, tramitaram cerca de 460 mil ações judiciais em saúde no país. No início do período pandêmico, houve redução significativa de processos. Em 2020, foram cerca de 340 mil, com aumento de processos sobre erro médico e diminuição dos processos sobre saúde pública¹⁸³. Duas possíveis razões para a queda são a adaptação do trabalho do judiciário, que suspendeu as atividades durante um período, e a diminuição da procura por serviços de saúde, o que, por sua vez, pode indicar uma demanda reprimida a ser manifestada nos próximos anos.

182 INSPER, Instituto de Ensino e Pesquisa. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

183 **Judicialização da saúde: os números na pandemia**. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/judicializacao-da-saude-os-numeros-na-pandemia-29112021>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Até o início de 2022, a judicialização na pandemia poderia ser classificada em quatro tendências: (a) pedidos de liberdade ou progressão de regime para a população encarcerada, (b) acesso a medicamentos e serviços (vacinas, medicamentos *off-label*, internação em Unidade de Terapia Intensiva etc.), (c) aplicação ou suspensão de medidas restritivas de mobilidade da população e (d) titularidade na coordenação das ações de enfrentamento da pandemia. Em ordem cronológica, sete momentos se destacaram: *habeas corpus*, entes federativos, medidas administrativas, uso *off-label* de cloroquina e hidroxiclороquina, vacinas, compra de vacinas pelo o setor privado e passaporte da vacina.

Entre março e julho de 2020, as primeiras ações judiciais, cerca de 3 mil no Supremo Tribunal Federal (STF), foram em sua maioria *habeas corpus*, com pedidos de liberdade e/ou prisão domiciliar, sob a argumentação de que as condições sanitárias do regime fechado nas instituições prisionais eram fatores de risco para transmissão da COVID-19.

Em um segundo momento, chegou ao STF a discussão sobre as competências constitucionais comuns, concorrentes ou de subordinação dos entes federados (União, estados e municípios) para promoção de medidas para o combate à pandemia. Isso ocorreu em razão da descoordenação do Governo Federal, das ações visando subtrair as competências dos demais entes e do desarranjo institucional resultante.

A tentativa de interferência do poder central na autonomia dos governos subnacionais se deu a partir da Medida Provisória nº 926, que alterava a Lei nº 13.979 de 2020. A MP permitia ao presidente da República dispor sobre os serviços públicos e atividades essenciais por meio de decreto, retirando os poderes de polícia sanitária de estados, Distrito Federal e municípios. A iniciativa não obteve sucesso, porque o STF concedeu liminar assegurando a competência dos demais entes para a tomada de providências normativas e administrativas nesse campo¹⁸⁴.

Em seguida, avolumaram-se as ações judiciais discutindo as medidas administrativas relacionadas a flexibilização, endurecimento das medidas restritivas de circulação da população, abertura do comércio e de serviços, suspensão de dívidas dos estados e desvinculação de recursos para o combate à pandemia¹⁸⁵.

184 STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

185 FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; *et al.* Judicialization of administrative measures to tackle the COVID-19 pandemic in Brazil. *Revista do Serviço Público*, v. 71, p. 189-211, 2020. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/4998>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



Palácio do Supremo Tribunal Federal, na Praça dos Três Poderes, em Brasília-DF. CA pandemia trouxe novas demandas para a judicialização em saúde no Brasil. Crédito: Fabio Rodrigues Pozzebom/Agência Brasil.

Posteriormente, ganha proeminência as ações relativas ao uso *off-label* de medicamentos sem evidências científicas, especialmente a cloroquina e a hidroxicloroquina. Como apresentado anteriormente neste Dossiê, esses medicamentos foram sugeridos na abordagem inicial da doença, apesar de não apresentarem evidências de sucesso nem no tratamento nem na prevenção da doença. Isso desencadeou diversas Ações Direta de Inconstitucionalidade (6421, 6422, 6424, 6425, 6427, 6428 e 6431) junto ao STF, que decidiu que o tratamento da pandemia deveria observar os protocolos científicos.

No final de 2020, o surgimento das vacinas, ainda em quantidade insuficiente, e a desorganização do Ministério da Saúde para sua compra e distribuição, impulsionaram a judicialização do acesso às vacinas. O primeiro tema discutido e decidido pelo STF foi a competência de estados e municípios para adquirir vacinas, em razão da ausência de um plano nacional. Outro tema relevante foi a escala de prioridades na vacinação, que gerou ações judiciais individuais requerendo o imunizante. A ausência da padronização de critérios de prioridade por parte dos municípios foi um agravante nesse cenário.

Surgiram ainda ações judiciais com pedidos de compra de vacinas pelo setor privado¹⁸⁶. A Advocacia Geral da União (AGU) se posicionou no sentido de que a permissão para um determinado grupo se imunizar antes de grupos mais vulnerabilizados desconsidera a equidade e a universalidade que regem o SUS, podendo trazer também prejuízos ao processamento de informações, ao acompanhamento da cobertura vacinal e à vigilância pós-vacinação.

Com mais vacinas disponíveis, diversos locais adotaram o passaporte vacinal como medida de incentivar a imunização e promover mais segurança para a população. Entre 20 e 23 de setembro de 2021, a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) apurou que 249, em 2.461 municípios pesquisados, haviam implementado o comprovante como condição de acesso a algum espaço público.¹⁸⁷ Isso impulsionou ações judiciais contra a exigência do passaporte em eventos e locais públicos e privados, fundamentadas na liberdade individual de escolha sobre se vacinar. As decisões dos magistrados sobre o tema foram diversas, e houve casos de suspensão judicial do passaporte vacinal.

A judicialização das questões decorrentes da pandemia no Brasil foi altamente impactada pelas condutas (ou falta dessas) do Governo Federal. Sua fragilidade no enfrentamento da pandemia fez com que outros entes federados se destacassem no planejamento das políticas, bem como o Poder Judiciário, que muitas vezes foi acionado para efetivar a implementação de políticas públicas de combate à doença e mitigação de seus efeitos¹⁸⁸. Lidar com a crise da institucionalidade foi um desafio que acompanhou a evolução da pandemia.

Novas demandas em saúde podem vir a se refletir em tendências na judicialização relacionada à COVID-19. Por exemplo, pode-se pensar em ações indenizatórias de pessoas que perderam familiares para a doença, e ações relacionadas ao cuidado de saúde de longo prazo para pessoas que ficaram com quadros prolongados da doença (COVID longa) ou sequelas, entre outras possibilidades. Isso reforça o entendimento da judicialização da saúde, em especial da COVID-19, como um fenômeno complexo, que deve ser estudado, com vistas a permitir a abordagem adequada por parte dos gestores públicos de saúde.

186 O Projeto de Lei que dispunha sobre a aquisição privada de imunizantes, ironicamente apelidado de Camarote da Vacina, chegou a ser aprovado na Câmara dos Deputados, mas não foi apreciado pelo Senado, por decisão do presidente da Casa.

187 **Pesquisa CNM – Covid-19 – Edição 26 (20 a 23/09) | Dados por UF**. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/15186>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

188 MIRANDA, Wanessa Debórtoli de; FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; *et al.* A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 4, p. 197–223, 2021. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/736>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Efeitos da desigualdade no trabalho na área da saúde

Todo sistema de saúde é altamente dependente da força de trabalho de seus profissionais, que são, em última instância, os responsáveis por materializar os direitos e serviços providos pelos sistemas de saúde. O acesso e qualidade, por sua vez, possuem relação direta com a disponibilidade, a distribuição espacial e a qualificação dos seus profissionais¹⁸⁹.

O Brasil tem um sistema de saúde estruturado, com mais de 200 mil estabelecimentos de saúde (ambulatoriais ou hospitalares) e mais de 430 mil leitos, empregando diretamente mais de 3,5 milhões de profissionais. Um contingente diverso, do qual fazem parte médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, saúde bucal, radiologia, laboratório e análises clínicas, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.

Somam-se a esses “trabalhadores invisíveis” nas estatísticas sobre o trabalho em saúde, como maqueiros, condutores de ambulância, pessoal da manutenção, de apoio operacional, equipe da limpeza, da cozinha, da administração e da gestão dos estabelecimentos. Pela essencialidade de seus ofícios, estão presentes em todos os municípios e assumem a linha de frente do combate à pandemia no Brasil¹⁹⁰. Contudo, a distribuição desses profissionais é bastante desigual no país¹⁹¹. Em fevereiro de 2020, 7,70% atuavam na região Norte, 23,92% na região Nordeste, 45,46% na região Sudeste, 14,69% na região Sul e 8,23% na região Centro-Oeste.

O ano de 2020 impactou a vida da população em geral e, especialmente, o processo de trabalho dos profissionais de saúde, que estavam no front do atendimento à população adoecida pela COVID-19. A pandemia produziu uma demanda de assistência antes inexistente, a uma doença para a qual não havia tratamento nem protocolos bem estabelecidos, e impôs desafios para lidar com atendimentos que até então eram realizados, em sua grande maioria, de forma presencial e com interação intensa entre profissionais e usuários do serviço. Equipes de enfermagem e medicina, por

189 KUHLMANN, Ellen; BATENBURG, Ronald; WISMAR, Matthias; *et al.* A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, v. 16, n. 1, p. 52, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12961-018-0333-x>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

190 CCI/ENSP. **A pandemia prolongada e os trabalhadores da saúde no front: uma encruzilhada perigosa**. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/secoes/noticia/45072/52640>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

191 ANJOS, Lucas dos. **RECOMENDAÇÃO No 020, DE 07 DE ABRIL DE 2020**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

exemplo, passaram a ter que readequar seus protocolos de atendimento dentro de consultórios. No primeiro semestre de 2020, agentes comunitários de saúde chegaram a ser impedidos de realizar visita domiciliar.

Pesquisas recentes sobre a área da saúde começaram a desvendar o impacto da emergência de coronavírus nas relações de trabalho e na saúde desses trabalhadores. Quanto a essa última, chama a atenção os efeitos sobre a saúde mental, as sequelas permanentes e os óbitos decorrentes da pandemia.



Entre março de 2020 e dezembro de 2021, morreram mais de 4.500 profissionais da saúde pública e privada no Brasil. Desses, 8 em cada 10 profissionais que morreram salvando vidas na pandemia eram mulheres, metade negras, a maioria enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. Foto: Divulgação.

Em junho de 2021, após 15 meses de pandemia, pesquisas preliminares já indicavam um cenário marcado por dor, sofrimento e tristeza, com profissionais apresentando fortes sinais de esgotamento físico e mental devido às incertezas impostas pela doença, jornadas extenuantes e sobrecarga de trabalho para compensar o elevado absentismo e mortes de colegas¹⁹².

As 5 rodadas de coleta de dados conduzidas pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), da FGV, em parceria com a Fiocruz, entre 2020 e 2021¹⁹³ refletiram essa realidade. Em outubro de 2021, 18 meses depois do início da pandemia, 83% dos

192 MACHADO, M. H. (Coord.). **Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil**. Relatório preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

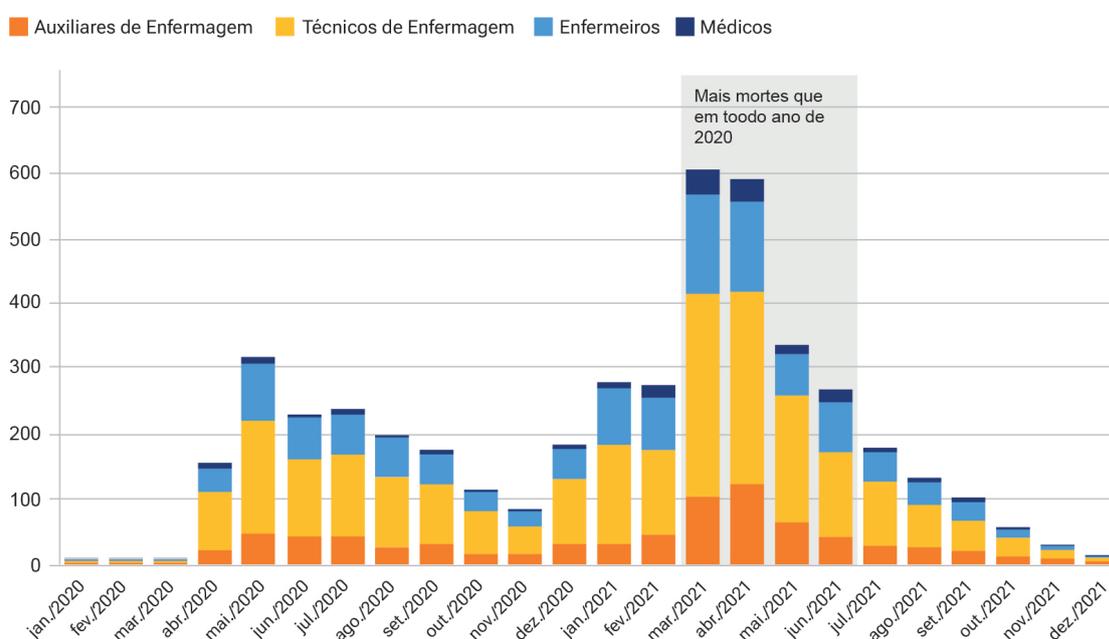
193 **Publicações – Núcleo de Estudos da Burocracia NEB EAESP-FGV**. Disponível em: <<https://neburocracia.wordpress.com/publicacoes/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

profissionais de saúde ainda trabalhavam com medo; cerca de 50% deles não tinham recebido EPIs; apenas 30% deles tinham sido testados durante toda a pandemia; mais de 40% deles se sentiam ainda despreparados para trabalhar na pandemia; e mais de 60% não tinham recebido treinamentos desde o início da pandemia. Além disso, 72% deles sentiam que o Governo Federal não tinha tomado atitudes para apoiá-los.

Em 23 de março de 2022, o país contabilizava 29.729.991 casos confirmados e 657.998 óbitos. Até dezembro de 2021, 8 em cada 10 profissionais da saúde que morreram salvando vidas na pandemia eram mulheres, metade negras, a maioria enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. Os dados são de um estudo que foi encomendado por uma federação sindical que reúne entidades de 154 países, a Public Services International (PSI)¹⁹⁴. Eles foram computados pelo estúdio de inteligência de dados Lagom Data a partir do cruzamento de microdados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Novo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados e Registros de profissionais do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

Gráfico 8: Óbitos acumulados de médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, segundo o mês do óbito (dezembro de 2021), Brasil.

Atestados de óbito emitidos por mês em todo o Brasil, por grupo de ocupações



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) | Elaboração: Lagom Data

194 Profissionais da saúde e a Covid-19 no Brasil - relatório especial em dados e gráficos. Disponível em: <<https://publicservices.international/resources/publications/profissionais-da-sade-e-a-covid-19-no-brasil---relatrio-especial-em-dados-e-grfcos?id=13389&lang=pt>>. Acesso em: 19 nov. 2022.

As pesquisas que estão sendo realizadas pela Fiocruz (2020-2022) trazem dados e informações relevantes em relação às condições de trabalho e à saúde mental dos trabalhadores durante a pandemia¹⁹⁵. Os dados mostram que esses profissionais são compostos majoritariamente por mulheres, com prevalência de pessoas entre 25 e 50 anos, estando, portanto, em plena vida profissional, e que se declaram da cor branca – ainda que a maioria dos “trabalhadores invisíveis” se declare preta ou parda. Apesar desse recorte etário jovem, 1/4 informa já ter alguma comorbidade anterior à COVID-19, sendo as mais recorrentes: hipertensão, obesidade, doenças pulmonares, depressão e diabetes.

Esses profissionais atuam nos estabelecimentos ambulatoriais, hospitalares, privados, públicos e filantrópicos, em UPAS, Atenção Básica, consultórios médicos, odontológicos e em geral, clínicas particulares especializadas e de exames em geral – SADT. Incluem-se ainda aqueles que realizam visitas sanitárias nos domicílios, prestando cuidados às famílias, que trabalham no setor funerário, exercendo a atividade de sepultador nos cemitérios, que conduzem ambulâncias, transportando pacientes que exigem cuidados imediatos e de urgência e que limpam os ambientes, assumindo risco de se contaminar.

O trabalho precário e a precariedade do trabalho na saúde

A precarização do trabalho na área da saúde se evidencia na reduzida presença do vínculo empregatício (estatutários ou CLT) em detrimento do aumento de contratos temporários (autônomos, cooperados, por plantão), sem vínculo e proteção social. O quadro de precarização e de precariedade do trabalho na saúde foi agravado no período pandêmico, com a adoção de vínculos que pré-fixam a duração do contrato e reduzem, flexibilizam ou negam direitos trabalhistas e previdenciários, submetendo os profissionais a uma maior vulnerabilidade jurídica, econômica e social.

De acordo com a pesquisa conduzida pela Fiocruz, os “trabalhadores invisíveis” entrevistados reportaram situações que classificaram como constrangedoras, que incluem, por exemplo, a necessidade de “fazer bicos” nas horas de folga para aumentar os rendimentos. Entre as atividades apontadas estão: ajudante de pedreiro, segurança, porteiro de prédio residencial ou comercial, mototáxi,

¹⁹⁵ As pesquisas “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no Brasil” (pesquisa-mãe) e “Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” (subprojeto 1). A pesquisa-mãe escutou 15.132 profissionais das 14 profissões de saúde em mais de 2.000 municípios. E o sub-projeto 1 entrevistou 21.480 trabalhadores das 60 ocupações de saúde em 2.395 municípios do Brasil. MACHADO, M. H. (Coord.). **Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil**. Relatório preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021; **Os trabalhadores “invisíveis” da saúde e a Covid-19 - Maria Helena Machado**. [s.l.: s.n.], 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uJGoYlvi3cg>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

motorista de Uber, babá, diarista, manicure, vendedores ambulantes etc. É possível afirmar que, entre esses profissionais, coexiste um “mundo paralelo do trabalho”, com superjornadas para compensar os subsalários. As condições precárias relatadas, em que muitos entrevistados afirmaram se sentir humilhados e desesperançosos, compõem um cenário de trabalho desigual e socialmente injusto.

Durante a pandemia, a desinformação gerou pânico, medo e estresse entre os trabalhadores da saúde em geral. Mais da metade afirma não ter recebido qualquer treinamento e que recorreu a vídeos da internet ou a amigos. O impacto da desinformação e o descaso pela segurança foram mais agudos entre os “trabalhadores invisíveis”, que precisaram se submeter a executar tarefas e cumprir ordens dos profissionais que detêm a direcionalidade técnica do processo de trabalho, sem espaço para diálogo e troca de conhecimento. Como fator agravante, as chefias, em muitos casos, imprimiram uma gestão pautada em rigidez e cobranças excessivas, sem solidariedade e empatia aos que estiveram na linha de frente do combate à doença.

Mais de 1/3 dos profissionais da saúde declararam ter sofrido violência e discriminação no trabalho durante a pandemia; outro terço relatou abusos e violência no trajeto entre a casa e o trabalho e na vizinhança onde residem. Todos afirmaram ter sofrido, em alguma medida, com:

- perturbação do sono, como insônia ou hipersonia;
- cansaço extremo/incapacidade de relaxar/estresse;
- alteração no apetite/alteração do peso;
- aumento no consumo de medicações, cigarro, álcool ou energéticos;
- dificuldade de concentração ou pensamento lento;
- perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia;
- perda de confiança em si, na equipe ou no trabalho realizado;
- medo de perder alguém da família por conta da COVID-19;
- medo/pânico de se contaminar e morrer;
- medo de perder seus meios de subsistência (não poder trabalhar ou ser demitido);
- sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida;

- dificuldade de experimentar felicidade;
- sentimento de solidão para enfrentar o dia a dia, depressão.

Um sinal de alerta se acende quando mais da metade do contingente profissional, independente de suas funções, relata não se sentir protegida no ambiente de trabalho, descrito pelos entrevistados como hostil, desumano e, por vezes, agressivo. A sensação de vulnerabilidade e de estar em risco, decorrente de tais condições, evidencia um cenário de desproteção social.

Passada a pandemia, será preciso enfrentar os tratamentos adiados, novas doenças causadas por esse adiamento, além das consequências ainda desconhecidas da COVID-19 e das rotinas de vacinação em massa. Sem profissionais de saúde capacitados, saudáveis, motivados e recursos para trabalhar, a sociedade brasileira estará fadada a mais uma tragédia. A pergunta “quem cuida dos nossos cuidadores?” nunca foi tão relevante como nesse momento.

Comunicação fragmentada, desinformação e desigualdades

A comunicação exerceu um papel estratégico no enfrentamento da pandemia de COVID-19, assim como ocorreu em outras crises sanitárias recentes envolvendo doenças como Zika, dengue e Chikungunya. Uma série de movimentos realizados por diferentes atores, nem sempre na mesma direção, demonstrou como a comunicação desempenhou, em pouco tempo, papel central nesse processo e, como terreno de disputas, de expressão de direitos e de poder, serviu a objetivos distintos. Se por um lado viabilizou as estratégias de prevenção baseadas em evidências científicas, por outro deu voz aos grupos negacionistas, contrários à vacina e defensores do chamado tratamento precoce. Esses grupos são responsáveis por estratégias de desinformação associadas à difusão de notícias falsas.

A pandemia alterou significativamente a grade de programação das principais emissoras de comunicação, dominando os noticiários com extensas coberturas diárias. Situação semelhante ocorreu em outras mídias, como rádio, portais na internet e redes sociais, que noticiavam os avanços da pandemia e as polêmicas em torno do tratamento e das estratégias para deter o coronavírus. A busca constante por informações gerou uma demanda jamais vista nas assessorias de comunicação das instituições científicas da saúde. A necessidade de respostas para os mais diferentes aspectos da pandemia levou pesquisadores, profissionais e gestores da

saúde às mídias, com destaque para os debates na TV e nas redes sociais. Elogios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à atuação de seus profissionais se tornaram frequentes nos canais dos grandes grupos econômicos de comunicação, um feito até então inédito, já que, nas três décadas anteriores à pandemia de COVID-19, era corriqueiro ver o SUS ser depreciado nos telejornais, como estratégia de afirmação de teses neoliberais e subsequente enfraquecimento do serviço público.

As equipes de comunicação das instituições científicas executaram diferentes estratégias para informar: profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e a população em geral. Diante da perda de credibilidade do Governo Federal, as instituições de pesquisa da saúde lideraram um amplo grupo de atores sociais na orientação ao combate à doença. Para atender essa demanda foi produzida uma grande quantidade de conteúdo: folhetos, cartazes, vídeos, podcasts e um vasto material jornalístico publicado em revistas, boletins, sites, redes sociais e outras mídias. Por exemplo, na implementação de medidas de restrição de mobilidade da população, predominaram as estratégias via internet, ampliando significativamente o número de acessos aos portais e interações nas redes sociais. O número de visitas ao portal Fiocruz ilustra bem esse aumento: saltaram de aproximadamente 500 mil acessos, em março 2019, para quase 3 milhões, no mesmo período em 2020, quando foi notificado o primeiro caso de morte por coronavírus no país; um crescimento de 600%.

Mesmo com todo esse esforço, faltou uma coordenação nacional de enfrentamento à pandemia de COVID-19, que unificasse o desenvolvimento e a implementação de ações e estratégias de comunicação. Essa ausência foi verbalizada pela ex-coordenadora do Programa Nacional de Imunizações (PNI) Carla Domingues: “falta comunicação adequada do Governo Federal, esclarecendo, tirando dúvidas da população (...) o que precisamos nesse momento é de uma comunicação única para que a população faça adesão e confie no processo de vacinação”¹⁹⁶.

Em vez de coordenar uma política nacional de enfrentamento à pandemia, os representantes de diferentes escalões do Ministério da Saúde, incluindo o próprio presidente da República, deram inúmeras declarações defendendo orientações contrárias àquelas produzidas por instituições científicas brasileiras e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Postura adotada também por parlamentares, governadores e prefeitos alinhados ao Governo Federal nesse tema, promovendo um ambiente propício à desinformação e à difusão de informações falsas.

196 DOMINGUES, Carla. “Sempre acreditamos no PNI”. Erros de comunicação e planejamento podem comprometer a credibilidade das vacinas no Brasil, na visão da ex-coordenadora do PNI. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/sempre-acreditamos-no-pni>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



A ex-coordenadora-geral do Programa Nacional de Imunizações Carla Magda Domingues afirmou que o governo federal não estabeleceu uma comunicação organizada sobre a vacinação, gerando desconfiança na população sobre a importância desse meio de prevenção. Crédito: José Cruz/Agência Brasil.

Desde junho de 2020, os obstáculos criados para se ter acesso aos dados sobre infecções e mortes já eram objeto de crítica da OMS para o Brasil.¹⁹⁷ Em 2021, na tentativa de dificultar a divulgação do número de óbitos diariamente pela imprensa, foram usadas algumas artimanhas, como a decisão da Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República (Secom-PR) de divulgar o número de curados da COVID-19, em vez do número de infecções e óbitos. A falta de transparência e as incertezas quanto à fidedignidade dos dados dificultaram as análises epidemiológicas e, conseqüentemente, o planejamento de ações de prevenção e assistência. Foi nesse contexto que foram criados os painéis do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do consórcio de veículos de imprensa (TV Globo, Folha de S.Paulo, O Estado de S. Paulo, O Globo, Extra e UOL), que passaram a sistematizar os dados a partir das informações fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde.

As barreiras de acesso à internet são evidentes em áreas onde residem as populações mais empobrecidas, que ficam impossibilitadas de desenvolver remotamente atividades como: trabalho, ensino, acesso a serviços públicos, transações bancárias e comerciais, articulação com redes de solidariedade, consultas médicas, entretenimento, comunicação entre amigos e familiares, cadastramento para o recebimento de auxílios governamentais e, principalmente, busca de informações relacionadas à saúde e à pandemia. Fica claro, portanto,

¹⁹⁷ Brasil é destaque no mundo por não divulgar dados de mortes por covid-19. **BBC News Brasil**, Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52967730>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

que a falta de conectividade limita o exercício pleno da cidadania. Diante desse cenário, foram articuladas estratégias que combinavam ações de comunicação, mobilização e solidariedade por coletivos de moradores, visando amenizar a falta de acesso à internet. Em 2019, era estimado que 17,3% dos domicílios no país não possuíam acesso à Internet¹⁹⁸.

Grande imprensa e plataformas digitais

A criação de um consórcio de veículos de imprensa para o monitoramento inicial de indicadores de morbidade e mortalidade e, posteriormente, de cobertura vacinal, baseado na sistematização de informações públicas, ocorreu como consequência da perda de credibilidade do Ministério da Saúde na apresentação dessas informações para o país.

Contudo, a partir de maio de 2020, o Governo Federal iniciou várias mudanças na forma de publicização dos dados. Inicialmente, o número de óbitos desapareceu do título dos releases enviados às redações, dando lugar ao número de pessoas recuperadas¹⁹⁹, com igual destaque no portal do MS. Em 5 de junho de 2020, o portal do Ministério saiu do ar, voltando na tarde do dia seguinte somente com os números de casos e de óbitos registrados do dia anterior, com consolidação e atualização às 22 horas.

A mudança do registro foi confirmada pelo então secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, Carlos Wizard²⁰⁰. Também, informações estratégicas para o monitoramento da doença foram suprimidas na página do MS, como coeficientes de incidência de contaminação e a taxa de letalidade²⁰¹, provocando grande reação de várias instituições nacionais e internacionais²⁰². A Abrasco emitiu a “Nota Técnica: Apagão de Dados no enfrentamento à pandemia de

198 IBGE. PNAD Contínua. Módulo temático: Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

199 **Saúde muda comunicação e tenta ressaltar dados “positivos” do novo coronavírus - Jornal O Globo**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/saude-muda-comunicacao-tenta-ressaltar-dados-positivos-do-novo-coronavirus-24449501>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

200 **Governo deixa de informar total de mortes e casos de Covid-19; Bolsonaro diz que é melhor para o Brasil - 06/06/2020 - Equilíbrio e Saúde - Folha**. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/governo-deixa-de-informar-total-de-mortes-e-casos-de-covid-19-bolsonaro-diz-que-e-melhor-para-o-brasil.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

201 **Após reduzir boletim diário, governo Bolsonaro retira dados acumulados da Covid-19 do site | Política | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/06/apos-reduzir-boletim-governo-bolsonaro-retira-dados-acumulados-da-covid-19-de-site-oficial.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

202 Brasil é destaque no mundo por não divulgar dados de mortes por covid-19. **BBC News Brasil**, Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52967730>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Covid-19”²⁰³. O Conselho Nacional de Secretários de Estados da Saúde (CONASS) apresentou no dia 7 junho o seu painel de casos e de óbitos de Covid-19 a partir dos dados repassados pelas secretarias estaduais ao Ministério²⁰⁴.

Em 8 de junho, os grupos de mídia Globo, Folha, Estado e UOL anunciaram uma plataforma de monitoramento da doença apoiada nos dados obtidos diretamente nos 26 estados e no Distrito Federal²⁰⁵.

Ainda na noite do dia 8, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Alexandre de Moraes determinou o retorno da divulgação dos números acumulados de casos e óbitos²⁰⁶ ao analisar uma ação apresentada pelos partidos Rede Sustentabilidade, PSOL e PCdoB; decisão acatada pelo Governo Federal no dia seguinte²⁰⁷.

O retorno da divulgação oficial dos dados ou mesmo a existência de uma plataforma independente do Ministério com os dados coligidos pelas secretarias estaduais de saúde não demoveram a ação do consórcio de veículos de imprensa. Em 2021, a atividade passou a incluir o monitoramento das doses de vacinas administradas e campanhas de conscientização. Como consequência dessas ações, o consórcio angariou duas premiações corporativas em dezembro de 2021: prêmio Liberdade de Imprensa 2021²⁰⁸, da Associação Nacional de Jornais (ANS), e prêmio Mídia do Ano – categoria Mídia Especializada²⁰⁹, concedido pela Associação Brasileira de Comunicação Empresarial (Aberje).

203 DIAS, Bruno C. **Nota Técnica: Apagão de Dados no enfrentamento à pandemia de Covid-19**. ABRASCO. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-tecnica-apagao-de-dados-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/49219/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

204 Conselho de secretários estaduais lança painel com números da covid-19. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/conselho-de-secretarios-estaduais-lanca-painel-com-numeros-da-covid-19>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

205 **Veículos de comunicação formam parceria para dar transparência a dados de Covid-19 | Política | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-para-dar-transparencia-a-dados-de-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

206 **Coronavírus: Alexandre de Moraes manda governo retomar divulgação dos dados acumulados | Política | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/08/coronavirus-alexandre-de-moraes-manda-ministerio-da-saude-retomar-divulgacao-dos-dados-acumulados.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

207 **Governo obedece à ordem do STF, e Ministério da Saúde volta a divulgar dados completos da covid | Política | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/09/ministerio-da-saude-volta-a-divulgar-no-site-oficial-dados-acumulados-da-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022. **Consórcio formado por veículos de imprensa faz campanha para conscientização da importância da vacina | Vacina | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/01/29/consorcio-formado-por-veiculos-de-imprensa-faz-campanha-para-conscientizacao-da-importancia-da-vacina.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

208 **Consórcio de veículos de imprensa e Projeto Comprova ganham prêmio Liberdade de Imprensa 2021 da ANJ | Jornal Nacional | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/12/01/consorcio-de-veiculos-de-imprensa-e-projeto-comprova-ganham-premio-liberdade-de-imprensa-2021-da-anj.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

209 **Consórcio de veículos de imprensa ganha Prêmio Aberje | Mídia e Marketing | G1**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/midia-e-marketing/noticia/2021/12/13/consorcio-de-veiculos-de-imprensa-ganha-premio-aberje.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Em 10 de dezembro de 2021, um segundo apagão de dados do Ministério expôs a fragilidade das informações sobre casos e óbitos de COVID-19, gerando críticas aos métodos do consórcio. O jornal digital Poder 360, que se destaca no monitoramento de mídia, reportou que as estatísticas apresentadas pelo consórcio possuíam uma pequena variação nos dados apresentados em relação ao boletim oficial do Ministério da Saúde²¹⁰. Diante dessa percepção, o veículo apurou que apenas 8 das 27 unidades da Federação do Brasil reportavam dados diretamente, sem precisar acessar os sistemas do MS²¹¹. Logo, mesmo que os profissionais dos veículos do consórcio checassem os dados diretamente com as secretarias estaduais de saúde, a maioria desses dados dependia das informações do Governo Federal.

Negligência na coleta de dados raça/cor na pandemia da COVID-19

O quesito raça/cor tem sido utilizado como categoria analítica e proxy para os estudos relacionados ao racismo e suas dimensões, além de possibilitar a identificação da situação de saúde da população para que se possa avaliar, planejar e implementar políticas de saúde garantidoras de equidade.

No Brasil, o acesso à informação de qualidade tornou-se um grande desafio na pandemia da COVID-19, especialmente no que se refere a dados sobre raça/cor. A inserção de raça/cor no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), responsável pela coleta dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no país, foi uma iniciativa dos movimentos negros, que exigiram, por meio jurídico e de cartas abertas, a disponibilização pública dessa informação, com finalidade de evidenciar as desigualdades raciais no adoecimento, hospitalização e óbito pela COVID-19.

Somente a partir da segunda semana de abril de 2020, os dados desagregados por raça/cor referentes à hospitalização por SRAG²¹² foram disponibilizados no Boletim Epidemiológico nº 9. Porém, houve baixa qualidade e incompletude no preenchimento desse campo, marcado por elevada quantidade de ocorrências classificadas como “sem informação” ou “ignorado”. A apresentação dos dados

210 **Estatística de morte por covid de veículos da mídia é igual à do governo.** Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/midia/estatistica-de-morte-por-covid-de-veiculos-da-midia-e-igual-a-do-governo/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

211 MALI, Tiago. **Só 8 Estados não dependem da União para boletim de covid.** Poder360. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/so-8-estados-nao-dependem-da-uniao-para-boletim-de-covid/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

212 **Boletins Epidemiológicos.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos-1/boletins-epidemiologicos-1>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

também dificultaram a análise ao dar evidência, por exemplo, somente aos percentuais, ignorando o número absoluto das ocorrências.

Apesar das denúncias sobre a baixa qualidade do preenchimento do campo raça/cor e de recomendações de melhorias realizadas pelos movimentos negros e pelo Grupo de Trabalho de Racismo e Saúde, da Abrasco, não houve alteração nos boletins epidemiológicos²¹³.

No Brasil, a inclusão do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é uma reivindicação antiga do movimento negro. Somente em 2017, o preenchimento se tornou obrigatório, por meio da portaria de nº 344 do MS²¹⁴. Contudo, ainda que o campo esteja presente nos instrumentos, a sua incompletude continua elevada, o que tem sido compreendido como uma manifestação do racismo institucional, já que invisibiliza enxergar os diferenciais segundo raça/cor na distribuição das doenças e nas desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde. É importante sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde para o preenchimento do atributo raça/cor nos formulários do SUS e orientar a população a fazer a autodeclaração. O preenchimento qualificado é, portanto, uma ação política.

Em suma, a negligência na coleta do quesito raça/cor e a subsequente negação dos dados sob a perspectiva étnico-racial são reveladores do racismo e suas manifestações como um sistema excludente e do não reconhecimento dos sujeitos, sua identidade, seus direitos e suas necessidades.

Políticas sociais e COVID-19

Monetizando a proteção social: Auxílio Emergencial e Auxílio Brasil

As transferências de renda para as pessoas atingidas pela COVID-19 foram pautadas no surgimento da pandemia. Na China, em 22 de janeiro de 2020, menos de um mês após a doença ter sido motivo de alerta sanitário no país, o governo nacional instituía que todos as pessoas diagnosticadas com COVID-19 teriam

213 ABRASCO, Reporter. **A população negra e o direito à saúde: risco de negros morrerem por Covid-19 é 62% maior se comparado aos brancos**. ABRASCO. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/a-populacao-negra-e-o-direito-a-saude-risco-de-negros-morrerem-por-covid-19-e-62-maior-se-comparado-aos-brancos/47741/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

214 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html>. Acesso em: 2 nov. 2022.

direito à complementação financeira de suas despesas com medicamentos e serviços de saúde, para evitar que os pacientes sucumbissem a gastos catastróficos de saúde²¹⁵.

Com o espalhamento da doença pelo planeta e a consequente redução da atividade econômica, as agências das Nações Unidas passaram a recomendar as transferências de renda como itens essenciais dos pacotes de medidas para o enfrentamento da emergência sanitária²¹⁶. A medida foi adotada por diversas nações, mas as transferências variaram entre os países e nos países, apresentando-se com muita diversidade ao longo da vigência da pandemia.

No Brasil, nos dias 26 e 27 de março de 2020, o Auxílio Emergencial (AE) foi aprovado por unanimidade nas duas casas legislativas, com o objetivo de prover complementação financeira aos que já estavam ou se tornaram vulneráveis pelos efeitos econômicos da pandemia. Tamanha convergência entre os parlamentares é per se surpreendente, levando em conta o acirramento da contenda política precedente e concorrente à pandemia.

A disputa pela titularidade da iniciativa e, sobretudo, do valor do benefício implicou um aumento expressivo da proteção financeira conferida inicialmente. A proposta encaminhada inicialmente pelo Ministério da Economia previa um benefício no valor de R\$ 200 para cada trabalhador informal. No curso das discussões, o valor de R\$ 500 ganhou apoio nas casas legislativas. O presidente da República, contudo, alargou o benefício para R\$ 600, que só pode ser sustentado por 5 meses devido às fragilidades orçamentárias. Dessa forma, os benefícios concedidos em 2020 e 2021 variaram quanto a vigência, valor, cobertura e mecanismos de regulação. Em 2020, o AE vigorou de abril a dezembro, com redução do valor e da cobertura a partir de setembro daquele ano.

O nível mais alto de cobertura nesse período foi de 64 milhões de pessoas, que receberam R\$ 600 nos primeiros 5 meses (mulheres chefes de famílias monoparentais eram elegíveis para receber o valor em dobro). Em 2021, o AE vigorou de abril a outubro com valores e cobertura distintos do ano anterior. O nível mais alto de cobertura foi de 39 milhões de pessoas, que receberam, de acordo com as características da família, um benefício de R\$ 150, R\$ 250 ou R\$ 375

215 National Healthcare Security Administration of Popular Republic of China. Notice on Doing Medical Insurance for Pneumonia Outbreaks Infected by Novel Coronavirus. 18 February 2020. Disponível em: <http://www.gov.cn/xinwen/2020-01/30/content_5473177.htm>. Acesso em: 2 nov. 2022.

216 WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Strengthening the health systems response to COVID-19: policy brief: recommendations for the WHO European Region (1 April 2020)**. [s.l.]: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333072>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

(mulheres chefes de famílias monoparentais eram elegíveis para receber o valor em dobro).

Na vigência do AE, o Programa Bolsa Família (PBF) foi concedido apenas para os que não atendiam aos critérios de elegibilidade para o AE ou que viriam a receber um benefício de menor valor, caso adotassem o novo benefício. A partir de abril de 2020, a folha de pagamentos do PBF diminuiu acentuadamente, porque de 86 a 95% dos beneficiários passaram a receber as parcelas do Auxílio Emergencial²¹⁷.

Em 2020, o excepcional gasto de R\$ 303,4 bilhões na proteção financeira dos mais vulneráveis trouxe resultados positivos para a economia. Sanches *et al.*²¹⁸ estimaram que o montante transferido para a indivíduos e famílias funcionou como um multiplicador fiscal, que exerceu ação protetiva sobre desaceleração econômica. Sem este investimento social, a queda do PIB, que foi de 4,1% em 2020, teria sido muito maior, entre 8,4 e 14,8% em relação a 2019.

O desprezo pelo consolidado sistema de cadastramento utilizado pelo PBF na concessão do Auxílio Emergencial teve como consequência grandes erros na distribuição de recursos. O TCU estimou que 7,3 milhões de pessoas não elegíveis teriam sido beneficiadas indevidamente. Também, 6,4 milhões de mulheres que indevidamente se declararam como chefes de famílias monoparentais receberam uma cota excedente do benefício. A soma desses dois erros de inclusão gerou um gasto indevido de R\$ 54 bilhões, quase 1/6 de todo o valor executado no ano²¹⁹. Posteriormente, parte destes valores foram restituídos aos cofres públicos.

Infelizmente, a despeito do grande e necessário investimento, o Auxílio Emergencial não esteve em nenhum momento vinculado às medidas de prevenção da doença, isto é, atuando como estímulo à adesão às medidas não farmacológicas ou vacinais. Dessa forma, perdeu-se a oportunidade de converter o benefício em incentivo às mudanças comportamentais favoráveis ao enfrentamento da doença.

O Auxílio Emergencial foi encerrado em outubro de 2021, no ato da implementação do Programa Auxílio Brasil (AB), que, por sua vez, sucedeu o Programa Bolsa

217 Ministério da Cidadania. Conheça o balanço de pagamentos de 2020 do benefício do Bolsa Família e do Auxílio Emergencial aos trabalhadores de famílias beneficiárias. Publicado em 04/02/2021 <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/outros/bolsa-familia/informe-gestores/informe-gestores/conheca-o-balanco-de-pagamentos-de-2020-do-beneficio-do-bolsa-familia-e-do-auxilio-emergencial-aos-trabalhadores-de-familias-beneficiarias>

218 SANCHES, Marina; CARDOMINGO, Matias; CARVALHO, Laura. NPE 07: Quão mais fundo poderia ter sido esse poço? Analisando o efeito estabilizador do Auxílio Emergencial em 2020 — Made. Disponível em: <<https://madeusp.com.br/publicacoes/artigos/quao-mais-fundo-poderia-ter-sido-esse-poco-analisando-o-efeito-estabilizador-do-auxilio-emergencial-em-2020/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

219 TCU. **Balanço da Fiscalização do Auxílio Emergencial**. RELATOR MINISTRO BRUNO DANTAS. 24/02/21. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/data/files/2D/A7/DA/DA/1C5D771082725D77F18818A8/00_cartilha_acomp_auxilio-emergencial_TCU_v3.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Família. O AB atualizou os valores dos benefícios financeiros principais do Programa Bolsa Família em relação a 2017, ano do último reajuste. Contudo, o AE conta somente com previsão orçamentária até dezembro de 2022, carecendo de um modelo sustentável de financiamento.

Em comparação com o extinto PBF, o AE apresenta desenho e objetivos menos precisos. O modelo de gestão enfraquece o Sistema Único de Assistência Social em seu papel articulador dos programas de proteção social, em especial no programa de transferência condicionada de renda²²⁰.

O novo programa altera a governança que foi praticada pelo PBF, não garantindo na gestão do programa nem a participação integrada e complementar dos três níveis de governo, nem a participação social, o que demonstra um claro esforço do Governo Federal em criar uma identidade própria junto às populações vulneráveis na expectativa de retorno eleitoral.

Box 9 – Campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva

A pandemia de COVID-19 se instalou no mundo num contexto de crise estrutural do sistema capitalista, que não responde e garante a reprodução humana de todos e todas. No Brasil, essa crise se intensifica após a eleição de 2018, quando chega ao poder o presidente Jair Bolsonaro, com um programa ultraneoliberal e ultraconservador, com características fascistas.

Os movimentos sociais e populares, com destaque aqui para o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), historicamente criminalizados por suas reivindicações, optaram por uma estratégia baseada na defesa ativa, buscando reorientar suas ações para preservar a vida de seus militantes, sem recair na inércia ou no recuo defensivo que os retiraria da cena política.

Durante a pandemia, essa estratégia se traduziu em orientação aos camponeses para o distanciamento social produtivo, com produção de alimentos saudáveis e autoproteção, e na cidade, em ações de solidariedade, além de pressionar o Legislativo e Executivo por ampliação do orçamento para políticas emergenciais.

As saídas populares para as crises: campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva

A campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva, desenvolvida no estado de Pernambuco, foi uma iniciativa de diferentes atores convocados pelo MST, entre os quais se incluem

220 NACIONAL, Imprensa. **MEDIDA PROVISÓRIA No 1.061, DE 9 DE AGOSTO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



os movimentos sociais, sindicais e estudantis do campo e da cidade, a Arquidiocese de Recife e Olinda, pastorais sociais, a Frente Brasil Popular, universidades, a Fiocruz, além de trabalhadores e voluntários de diversas áreas do conhecimento. Essa iniciativa se insere entre várias outras da sociedade civil tanto para o controle da pandemia como para mitigar seus efeitos sociais e econômicos.

A campanha partiu da seguinte compreensão sobre o conceito de saúde: “ter saúde é ter a possibilidade de lutar contra o que nos agride e nos ameaça, inclusive a doença” e da concepção da 8ª Conferência Nacional de Saúde de que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

A campanha defende a solidariedade ativa, “onde o povo é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos”, ou seja, uma solidariedade que “aponta para a construção de um projeto popular de país, onde a solidariedade da partilha é um princípio”.

As ações da campanha

A campanha teve início no dia 17 de março de 2020, a partir do projeto Marmita Solidária para População em Situação de Rua (PSR), que ocorreu no Armazém do Campo, estabelecimento de vendas dos produtos da reforma agrária. Paralelo a isso, foi articulada uma rede de mulheres costureiras, voluntárias, para produção de máscaras de proteção individual, protagonizada pela Marcha Mundial de Mulheres e sanitaristas da UFPE e Fiocruz/PE.



Voluntários preparam marmitas no Armazém do Campo, em São Paulo-SP, para distribuir às pessoas em situação de rua. Crédito: Nieves Rodrigues/Portal do MST.

No dia 1º de maio de 2020, percebendo que a fome se alastrava e a desinformação sobre a COVID-19 persistia, as ações para as periferias urbanas do Recife e região metropolitana se voltaram à formação de Agentes Populares de Saúde (APS), que passaram a ser orientados a implementar nos seus bairros, com seus vizinhos, medidas educativas de prevenção contra a COVID-19 e de solidariedade ativa, formando brigadas de solidariedade.

Foram mobilizados vários sujeitos para participar de espaços de formação de formadores, em plataformas online e mesmo presencial, e conduzir o curso de APS, do litoral ao sertão, em comunidades rurais, indígenas e quilombolas de Pernambuco, iniciativa que se expandiu para outros estados do país.

Só em Pernambuco, foram certificados mais de 700 agentes, em 2020, e mais de 300, em 2021. Os Agentes Populares partem da visita e reconhecimento da Unidade de Saúde da Família (USF) e estabelecem parcerias com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para realizar ações de educação em saúde, vigilância popular, práticas de cuidado a partir de saberes tradicionais e desenvolvimento social, prestando apoio e informações à comunidade.

A campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva conseguiu, ainda, formar Brigadas de Mobilização Territorial, compostas por APS e moradores das comunidades, e Brigadas de Saúde, Alimentação, Trabalho e Renda, Direitos, Educação e Comunicação, compostas por profissionais e militantes que apoiam e se inserem nas ações territoriais. Todos os territórios, apesar de suas particularidades, são marcados por desigualdades decorrentes da urbanização desordenada ou conflitos territoriais e vivem em condições

precárias de moradia, saneamento, coleta de lixo e acesso à água potável, que, somadas ao desemprego e à crise sanitária, agravaram a situação de adoecimento e insegurança alimentar.

Entre as principais ações práticas desenvolvidas pela campanha, destacam-se:

Brigada da Saúde: formação de Agentes Populares de Saúde; construção de farmácias vivas; mutirões de busca ativa e incentivo à vacinação contra a COVID-19; produção de máscaras de proteção individual com costureiras artesanais; reconhecimento e articulação com o SUS; formação para o controle social;

Brigada de Alimentação: marmita solidária para População em Situação de Rua; organização de 32 Bancos Populares de Alimentos; organização de mutirões de plantios, com intercâmbio entre campo e cidade, em assentamentos da reforma agrária, por meio do projeto Roçado Solidário; implantação de cozinhas popular solidárias; construção de hortas urbanas; cursos de plantio em sistema agroflorestal;

Brigada de Trabalho e Renda: articulação e apoio à rede de costureiras para confecção de máscaras de tecido e coletes dos Agentes Populares de Saúde; oficinas de conserto de bicicletas para o projeto Bicicletas da Saúde;

Brigada de Direitos: assessoria jurídica popular, com apoio de assistentes sociais e advogados populares, inicialmente para auxiliar o acesso ao auxílio emergencial, seguido de outras assessorias e campanhas de combate à violência contra as mulheres;

Brigada de Educação/Formação: realização de cursos de educação popular; implantação de rede de bibliotecas populares; formação política interna para coordenadores de brigadas e militantes;

Brigada de Comunicação: produção de materiais diversos da campanha, como cards, vídeos e sites, e conteúdo para redes sociais; projeto Bicicletas da Saúde para veiculação de programetes, com proposta similar a de rádio itinerante; produção e veiculação de série de TV de cinco episódios chamada “O povo cuidando do povo”; assessoria de imprensa para divulgar ações desenvolvidas pela campanha, buscando influenciar as agendas políticas do poder público e das entidades privadas de apoio e fomento às ações de solidariedade ativa no campo e na cidade.

A partir de uma maior segurança sanitária para retorno às manifestações de rua, foi se desenhando uma brigada denominada Frente de Massas, voltada para a consolidação da organização popular nos bairros e para a mobilização de atos simbólicos e de rua. Com o lema “comida no prato, vacina no braço e Fora Bolsonaro” a campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva se somou à agenda nacional de lutas, denunciando a fome, as mortes evitáveis e a lentidão do governo em garantir a vacina.

Lições aprendidas: organização, formação e novos horizontes de luta

Muitas são as lições que podem ser extraídas até aqui em vista do fortalecimento da democracia participativa e da saúde:

- As histórias de luta estão presentes na memória do povo, no campo e na cidade;
- A classe trabalhadora no Brasil é heterogênea, o que demanda desenvolvimento de diferentes ferramentas e metodologias de organização, dotadas de unidade política e estratégica;
- Há necessidade de combinar luta de massas, ideológica e institucional, com as ações de comunicação;
- A atual revolução tecnológica e a mudança no mundo do trabalho apontam para a centralidade dos territórios como local de organização popular, e não mais os locais de trabalho;
- O método de trabalho de base compreende não apenas a entrada, mas também o enraizamento e a permanência nos territórios, sendo a principal porta de entrada aquela que se implica na resolução dos problemas concretos do povo;
- As experiências do projeto Marmita Solidária e das brigadas de trabalho no Armazém do Campo funcionaram como sementeira para o passo seguinte nos bairros;
- As estruturas de apoio existentes nos territórios urbanos fazem diferença como espaços de coletivização, lazer e cuidado;
- Na saúde, ficou evidente a presença de saberes tradicionais de cuidado e o quanto muitos desconhecem o SUS como direito e como conquista popular;
- Há grande participação de mulheres negras nas estratégias de solidariedade, sendo as cozinhas, hortas e rede de costura espaços de cuidado, compartilhamento da vida, amorosidade, promoção de saúde mental e combate à misoginia, em tempos de desalento, desumanização e sofrimento;
- A sistematização de experiências precisa ser estudada e praticada no seio das organizações para avançar a partir da reflexão, com novas formulações que são necessárias para construção do inédito viável.

Assim, espera-se que essa experiência seja inspiração para a retomada da democracia participativa no Brasil, entendendo mais uma vez a relação entre democracia e saúde como norte da Reforma Sanitária Brasileira.

O aprofundamento da crise do mercado de trabalho brasileiro

A pandemia aprofundou a crise do mercado de trabalho²²¹. A hesitação e dúvida do governo Bolsonaro sobre o Auxílio Emergencial para trabalhadores informais, que seria sancionado somente em 1º de abril de 2020, e sobre o sistema de proteção necessário ao mundo formal de trabalho, deteriorou as condições laborais da economia. Mais de 10 milhões de pessoas saíram do mercado em poucos meses. Houve reversão parcial desse quadro já no terceiro trimestre de 2020, mas a maioria dos postos recriados são informais, precarizados e de baixo salário, o que levou a uma queda persistente da massa salarial e à explosão das ocupações informais.

A crise no mercado de trabalho se deu de forma desigual na sociedade, afetando mais as mulheres, que, a partir do fechamento de serviços públicos, como escolas, tiveram de assumir mais tarefas domésticas e cuidados familiares do que os homens. Além disso, as mulheres atuam em setores que foram muito afetados pela pandemia, como serviços domésticos, administrativos, de apoio, comércio e turismo.

Entre 2019 e 2020, 825,3 mil postos de trabalho foram perdidos e cerca de 593,6 mil (ou 71,9% do total) eram ocupados por mulheres²²². Enquanto o número de homens assalariados caiu 0,9%, o de mulheres caiu 2,9%. Foi a primeira queda da participação feminina entre os assalariados das empresas formais do país desde 2009 e a menor participação feminina no mercado de trabalho desde 2016.

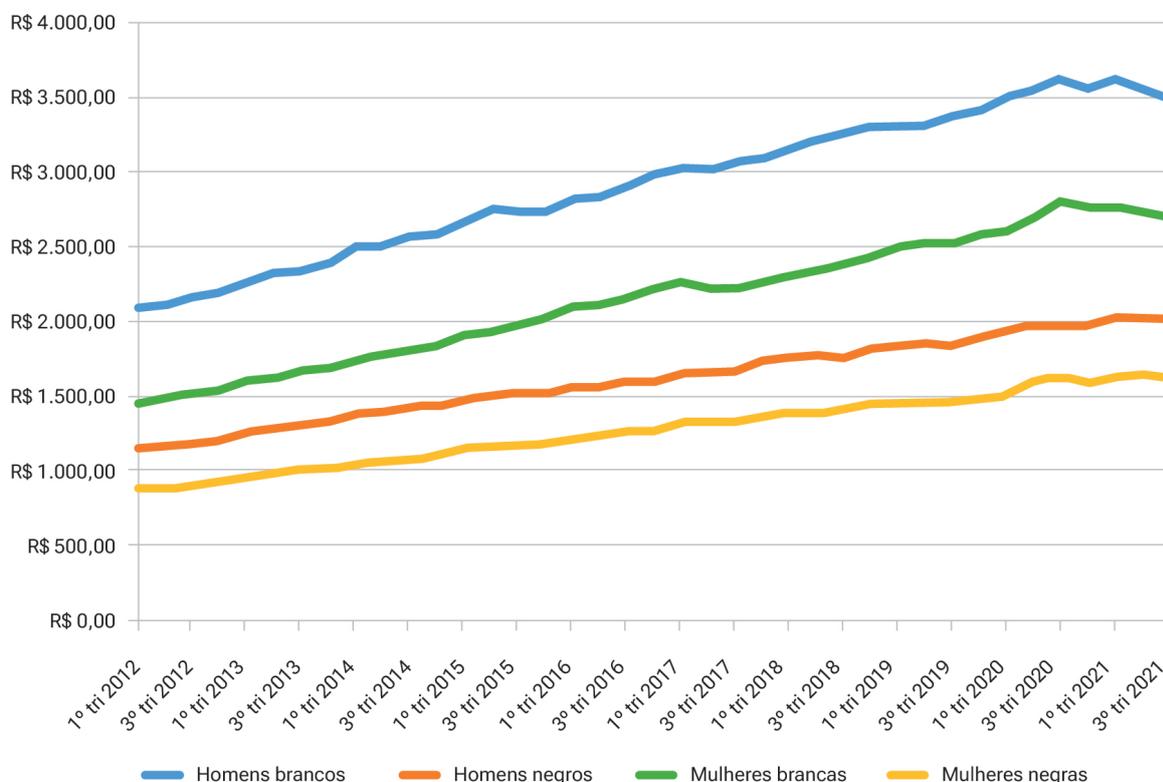
No contexto brasileiro, as desigualdades de gênero se somam às de raça/cor. O maior grupo de pessoas em idade ativa fora do mercado de trabalho é constituído por mulheres negras, seguido por mulheres brancas, homens negros e homens brancos. Entre 2012 e 2020, o rendimento mensal nominal da população, ainda que tenha havido leve aumento, reproduziu quase essa mesma hierarquia. Em 2020, a maior remuneração era de homens brancos, seguida por mulheres brancas, homens negros e, por fim, mulheres negras (Gráfico 9).

221 A crise do mercado de trabalho é representada pelo aumento da população estrutural de desempregados que vem ocorrendo há mais de 20 anos e está descrita na 1ª parte deste Dossiê.

222 **Cempre 2020: Número de assalariados cai, enquanto aumenta o número de empresas sem empregados | Agência de Notícias.** Agência de Notícias - IBGE. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34132-cempre-2020-numero-de-assalariados-cai-enquanto-aumenta-o-numero-de-empresas-sem-empregados>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Gráfico 9: Rendimento mensal nominal de todos os trabalhos segundo sexo e raça/cor

(2012 a 2021), Brasil.



Fonte: Microdados das PNADC/IBGE.

Esses dados não refletem apenas a realidade nacional. Uma análise dos impactos da COVID-19 nos gêneros, em 193 países, entre março de 2020 a setembro de 2021, constatou que as mulheres relataram sistematicamente maior probabilidade de perda de emprego e de abandono do trabalho para cuidar dos outros do que os homens. Quanto ao abandono escolar não relacionado ao fechamento da escola, a propensão foi 1,21 vezes maior entre mulheres e meninas no período. Como uma das consequências desse quadro de fragilização, as mulheres relataram 1,23 vezes mais terem sido vítimas de violência de gênero durante a pandemia²²³.

A crise atual no mercado de trabalho representa um quadro de crises sobrepostas, combinando elementos estruturais com os problemas decorrentes da pandemia. O aumento brutal, tanto da população de desempregados, quanto a saída de milhões de brasileiros do mercado de trabalho, ou seja, há simultaneamente aumento

223 FLOR, Luisa S.; FRIEDMAN, Joseph; SPENCER, Cory N.; *et al.* Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*, v. 399, n. 10344, p. 2381–2397, 2022. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00008-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00008-3/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

relativo de trabalhadores procurando por postos de trabalho sem encontrá-los e diminuição do tamanho absoluto da população economicamente ativa.

Perdas e aprendizagens da Educação Básica na pandemia

A pandemia da COVID-19 fechou escolas em todo o mundo. No hemisfério sul, o vírus chegou no início do ano letivo de 2020 e, mesmo com o país já sob alerta, nada foi feito no Brasil que preparasse escolas, docentes, estudantes e familiares para o que viria. Ao longo de dois anos, as mais de 178 mil escolas da Educação Básica estiveram fechadas por todo período ou com aberturas intermitentes. Assim, 47 milhões de alunos e seus familiares, 2,2 milhões de docentes e milhares de pessoas das equipes técnicas das escolas sofreram diretamente seus impactos. Em 2020, praticamente todas as escolas (99,3%) declararam a suspensão das atividades presenciais de ensino. A média nacional de suspensão das aulas presenciais foi de 279 dias na rede pública e 248 dias na rede privada²²⁴.

A educação brasileira é dividida em dois níveis – básico e superior – e a Educação Básica conta com três etapas: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. As responsabilidades pelas etapas estão distribuídas e compartilhadas: a Educação Infantil (8 milhões de matrículas) cabe aos 5.570 municípios, que, com os seus respectivos estados, dividem, em proporções desiguais, a responsabilidade pelo Ensino Fundamental (26,5 milhões de matrículas), sendo o Ensino Médio de competência exclusiva dos estados (7,8 milhões de matrículas).

De acordo com dados do Censo Escolar de 2021, nos dois níveis de ensino, 82,9% das matrículas são de instituições públicas. Dentre as 42,6 milhões de crianças e jovens matriculados no país, mais de 35,3 milhões estão em instituições públicas municipais, estaduais ou federais. O setor privado responde por 17,1% das matrículas, atendendo portanto cerca de 7,2 milhões de crianças e jovens.

Os entes federados atuam em regime de colaboração e de forma complementar. A pandemia obrigou estados e municípios a tomar iniciativas para apoiar os docentes, criar alternativas para ofertar atividades escolares e, mesmo a distância, fazer a busca ativa dos estudantes a fim de manter os vínculos. O Ministério da Educação (MEC) pouco fez para cumprir suas obrigações, atuando por vezes de forma deletéria para mitigar os efeitos da pandemia na educação. O MEC atuou contra a proposta de Emenda Constitucional do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento

224 INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo Escolar da Educação Básica. Brasília, 2021. p. 60.*

da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb)²²⁵, para destinar R\$ 3,5 bilhões para a conectividade de estudantes e profissionais de escolas públicas. Apesar disso, a lei veio a ser aprovada pelo Congresso Nacional, derrubando o veto presidencial, que havia sido instruído pelo próprio MEC.

Ao longo dos anos de 2020 e 2021, os percursos escolares foram transpostos dos espaços escolares para telas de computador, tablet e celular ou, ainda, para ondas de rádio, programas de TV ou apenas páginas impressas distribuídas das formas mais distintas²²⁶. A educação ficou restrita ao ensino, e este, a relações remotas mediadas pelas mais diversas tecnologias.

As desigualdades brasileiras se aprofundaram com a pandemia, que afetou, sobretudo, pessoas com deficiência, estudantes da EJA²²⁷, populações mais pobres, populações negras, grupos das periferias das cidades, populações do campo, comunidades quilombolas e povos indígenas. Nas cidades, o fechamento das escolas isolou crianças e jovens em espaços restritos e ambientes inadequados para atividades de ensino. Em muitos casos, crianças e jovens ficaram mais expostos às violências em ambientes intra e extradomiciliares.

Em 2021, já com a vacinação em curso e a retomada das atividades presenciais, foi possível observar as perdas de aprendizagens curriculares, que afetaram etapas críticas, como a da alfabetização. Avaliações indicam expressivo crescimento da proporção de crianças com 6 e 7 anos que permanecem na fase pré-leitora²²⁸. Riscos de evasão e abandono cresceram, com maior proporção para jovens dos Anos Finais e do Ensino Médio. Nesse cenário adverso, estados e municípios ainda reduziram seus investimentos em educação, contrariando necessidades reais e dispositivos legais.

225 O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) é um fundo especial, de natureza contábil e de âmbito estadual (um total de vinte e sete fundos), composto por recursos provenientes de impostos e das transferências dos estados, Distrito Federal e municípios vinculados à educação, conforme disposto nos artigos 212 e 212-A da Constituição Federal. O Fundeb foi instituído como instrumento permanente de financiamento da educação pública por meio da Emenda Constitucional nº 108, de 27 de agosto de 2020, e encontra-se regulamentado pela Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020. Mais informações: <<https://www.fnde.gov.br/financiamento/fundeb>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

226 Resumo Técnico: Censo Escolar da Educação Básica. INEP, 2021. A página 61 em diante traz detalhes dos procedimentos adotados pelas redes públicas e privadas da educação básica. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2021.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

227 O Programa de Educação de Jovens e Adultos - EJA é destinado ao público que não completou, abandonou ou não teve acesso à educação formal na idade apropriada. É popularmente conhecido como “supletivo”, preservando o nome de uma iniciativa do passado que possuía objetivos semelhantes.

228 **O impacto da pandemia na alfabetização no Brasil - Notícia - Fundação Lemann.** Fundação Lemann. Disponível em: <<https://fundacaolemann.org.br/noticias/o-impacto-da-pandemia-na-alfabetizacao-no-brasil>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



Sala de aula com carteiras vazias durante o período de contenção social. Com o fechamento, os estudantes da rede pública sofreram mais do que os da rede privada. Crédito: Rovena Rosa/Agência Brasil.

Avaliações diagnósticas atestam que os déficits nas aprendizagens foram desiguais entre os estudantes: os da rede pública sofreram mais do que os da rede privada e os de baixa renda permaneceram por mais tempo distantes das práticas educativas. Docentes tiveram sobrecarga de trabalho, em especial as mulheres, que compõem 80% da força de trabalho da Educação Básica. Perdas de emprego, renda, convivência, familiares e amigos se somam no contexto social onde vivem estudantes e profissionais da educação.

A pandemia deixa rastros profundos no direito à educação no Brasil, que já registrava baixa escolaridade (menos da metade da população de 25 anos ou mais completou a Educação Básica) e lançará grande número de jovens nessa condição. A redução dos orçamentos é sinal preocupante, pois as escolas públicas já são deficitárias em sua infraestrutura, em particular ao acesso à internet de banda larga e a equipamentos de informática.

Mas também houve aprendizagens no período. A crise desvelou a gravidade, a amplitude e a profundidade das desigualdades brasileiras. A introdução de forma atabalhoada do uso dos recursos digitais para os profissionais da educação revelou que tecnologias, sem projeto pedagógico, são pouco efetivas. As famílias se aproximaram das escolas e valorizaram os profissionais da educação. As escolas, por sua vez, reconheceram a diversidade de seus estudantes e estão mais sensíveis às diferenças e desigualdades.

A COVID-19 deixa um país destroçado também na educação. Não se trata de recompor conteúdos, mas ressignificar o papel da educação na formação cidadã. Alguns acreditam que nada será como antes, tanto pelo agravamento das desigualdades, quanto pelo fortalecimento da consciência política. Dessa tensão pode sair uma nova diretriz civilizatória ou a radicalização da indiferença.

O impacto da pandemia de COVID-19 na segurança alimentar do Brasil

Em 2014, o Brasil celebrava a saída do Mapa Mundial da Fome, da FAO, graças a esforços empreendidos ao longo de uma década. Contudo, a queda da insegurança alimentar atingiu patamares alarmantes em 2018, superando os valores vigentes em 2004. Foi esse o cenário que a pandemia de COVID-19 encontrou ao se instalar no Brasil.

Em dezembro de 2020, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) realizou o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil (I VIGISAN)²²⁹. O inquérito, que contou com financiamento de apoiadores nacionais e internacionais não governamentais, avaliou a insegurança alimentar utilizando a versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) em amostra representativa de 2.180 domicílios das regiões do país. De acordo com o I VIGISAN, cerca de 116,8 milhões de brasileiros não tinham acesso à alimentação adequada no final de 2020, dos quais 19 milhões enfrentavam a fome.

Avaliando a situação de trabalho da pessoa de referência das famílias, a insegurança alimentar grave foi quatro vezes maior entre aquelas que tinham algum tipo de trabalho informal (15,7%) e seis vezes maior quando essa pessoa estava desempregada (22,1%), em comparação com aquelas que trabalhavam com carteira assinada ou eram funcionários públicos (3,7%). O I VIGISAN destacou também que a perda de emprego de algum morador e o endividamento da família durante o primeiro ano da pandemia foram as duas condições que mais impactaram o acesso aos alimentos, uma vez que a insegurança alimentar grave esteve presente em 1/5 das famílias nessas situações. O Gráfico 10 apresenta a tendência nacional de todos os níveis de insegurança alimentar no país desde 2004.

229 Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e SAN. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Outro dado importante apresentado no relatório consistiu na evidência de que a pandemia acentuou as desigualdades regionais, de gênero e raça/cor no cenário de insegurança alimentar grave. O aumento do desemprego, a concessão de auxílio emergencial de valor reduzido, o número alarmante de mortes por COVID-19 já no 1º ano de pandemia, a fragilização política do Ministério da Saúde expressa pelo atraso na vacinação e o caos na assistência à saúde são alguns dos fatores que colaboraram para o atual cenário de gravidade da fome no país.

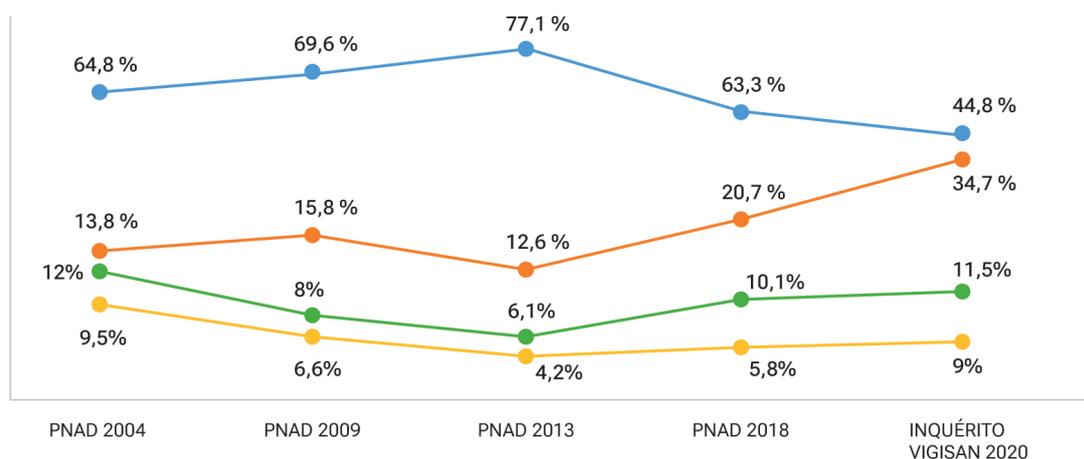
Os resultados alarmantes do I VIGISAN, infelizmente, eram esperados, uma vez que a pandemia de COVID-19 se instalou quando o Brasil enfrentava retrocessos e ruptura radical nas trajetórias institucionais de direito à saúde e à alimentação.

Considerando que a estimativa da insegurança alimentar é uma ferramenta importante para avaliação das políticas públicas que dialogam com a redução das desigualdades sociais da população, é urgente a retomada de seu monitoramento em território nacional, incluindo dados desagregados por estados e municípios de todas as regiões, bem como territórios indígenas e quilombolas, grupos que permaneceram à margem das políticas sociais no governo Bolsonaro.

Gráfico 10: Prevalência de segurança alimentar e níveis de insegurança alimentar

(2004, 2009, 2013, 2018 e 2020), Brasil.

Comparação das estimativas de Segurança/Insegurança Alimentar do inquérito VigiSAN e os inquéritos nacionais reanalisados



Fonte: VigiSAN Inquérito SA/IA - COVID-19. Brasil, 2020.

Os efeitos da austeridade sobre o SUS: impactos sobre o direito à saúde, universalização, equidade e integralidade do cuidado

O combate à pandemia de COVID-19 reforçou a necessidade de revisão das políticas econômicas centradas na austeridade fiscal, fortaleceu a perspectiva de que as políticas de saúde devem ser entendidas como políticas de Estado (e não de governos) e que os recursos alocados para seu financiamento representam investimentos para a qualidade de vida da população. A austeridade fiscal e o teto de despesas primárias, presentes desde 2016, têm levado o país à estagnação, ao desemprego, à queda de renda das famílias trabalhadoras e à piora dos indicadores de saúde e de vários outros²³⁰.

Os investimentos públicos e os gastos sociais que deveriam ser avaliados pela sua efetividade, ou seja, pelo seu efeito multiplicador na cadeia produtiva e seu impacto no bem-estar social da população, são aferidos apenas nos efeitos fiscais produzidos sobre as contas públicas. Recursos têm sido, historicamente, retirados do SUS, o que ocorreu mesmo no cenário da pandemia de COVID-19. E, agravando um quadro em que novas necessidades de saúde (enfrentamento da pandemia e suas sequelas) se somam aos problemas de saúde já existentes, o encolhimento do setor público como um todo tende a tornar o SUS ainda menor.

Na pandemia, a austeridade fiscal foi flexibilizada como forma de se aplicar recursos em despesas selecionadas – ainda que de forma extemporânea –, permitindo que o governo atendesse a pressões de setores econômicos e sociais por mais gastos para aliviar o impacto. Esse processo de austeridade fiscal seletiva se desenvolveu em meio à falta de planejamento e de coordenação nacional para o enfrentamento da COVID-19, bem como da captura do fundo público da saúde pelo mercado privado e pelo clientelismo dentro da Casa Legislativa. Isso tudo a despeito das recomendações do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde referentes ao planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

230 Como descrito, em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) determinou que as despesas primárias não poderiam crescer, por até 20 anos, acima da inflação de 12 meses. Trata-se de uma regra desvinculada do ciclo econômico, que, independentemente do crescimento da economia ou da arrecadação, impõe a redução de despesas, implicando redução dos serviços públicos. Na prática, isso representa uma redução dos gastos per capita em saúde, na medida em que os gastos não podem ser ajustados no momento em que o país demanda grandes investimentos como: incorporação ou de desenvolvimento de tecnologia no setor de medicamentos e de equipamentos; necessidades decorrentes do envelhecimento da população; fortalecimento do complexo industrial-econômico-digital da saúde em busca da eliminação da dependência externa.

O arcabouço fiscal Brasil tem sido constrangido pela regra de ouro do Orçamento Federal, que limita o endividamento público, e pelas metas de resultado primário da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000, que limita o gasto público. Tal rigidez tem prejudicado a retomada da atividade econômica e reduzido os gastos sociais de caráter redistributivo, comprometendo o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o quadro fiscal brasileiro deve ser apreendido em toda a sua complexidade e no interior da correlação de forças que sustenta o projeto político autoritário do Governo Bolsonaro.

Apesar das limitações colocadas para o investimento público, verificam-se flexibilização das restrições fiscais de gastos que respondem aos interesses dos grupos econômicos que prestam apoio político ao governo. Conforme apontado por Moretti (2021), o Governo Federal tem realizado um exercício simultâneo e contraditório de austeridade e clientelismo no uso do Orçamento Federal²³¹.

Somente após forte pressão da sociedade civil e de movimentos sociais que se votou a Emenda Constitucional nº 29, em 2000, que assegurou o comprometimento das três esferas de governo com o financiamento mínimo da saúde e estabeleceu fontes estáveis: os estados deveriam aplicar, no mínimo, 12% de sua receita líquida de impostos e transferências constitucionais; os municípios, 15%; enquanto o piso da União seria calculado pelo montante aplicado (empenhado) no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

É precipitado afirmar que a flexibilização do teto o torna letra morta. Afinal, de um lado, a regra funciona como instrumento político de contenção e asfixia de políticas sociais, incluindo a saúde – o que descumpre, inclusive, o preceito constitucional (artigos 196 e 197) de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cujas ações são consideradas de relevância pública. De outro, ela é seletivamente contornada para absorver os interesses do governo, do mercado privado e de setores específicos.

O teto mantém gastos como os de saúde e educação sob ajuste permanente, ao mesmo tempo que os mecanismos de flexibilização fiscal, em boa medida, favorecem despesas indexadas a pressões corporativas, eleitorais e clientelistas. Também há impactos sobre os gastos de ciência e tecnologia, acabando por reduzir o efeito multiplicador destas despesas, isto é, o impacto positivo sobre o crescimento da atividade econômica e da arrecadação advindo desse tipo investimento público.

231 MORETTI, Bruno.; FUNCIA, Francisco R.; OCKÉ-REIS, Carlos O. **Orçamento federal da saúde em 2021. Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia.** Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2021/08/Nota-de-Politica-Economica-do-GESP-Orcamento-federal-da-saude-em-2021-austeridade-fiscal-e-clientelismo-em-meio-ao-recrudescimento-da-pandemia.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

No setor de saúde, é necessário que se explicita: (a) o aparente paradoxo no campo da economia política; (b) a compressão dos gastos ordinários submetidos às regras fiscais; e (c) a maior destinação de recursos para as emendas parlamentares, que consomem parte do piso que fora congelado pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95). Nesse contexto, a base congressual do governo homologa posições ultrafiscalistas, ao mesmo tempo em que se apropria de recursos, em forma de emendas parlamentares, de acordo com seus interesses particulares, e que autoriza a execução de recursos selecionados pelo Executivo fora das regras fiscais e mediante arranjos jurídicos artificiais, viabilizando o uso casuístico da política fiscal.

Esse complexo arranjo crescentemente afasta o orçamento do atendimento às demandas coletivas, o que se observou, inclusive, no contexto da pandemia. O exemplo mais evidente é o projeto de lei do orçamento para 2022, com dotações insuficientes para a vacinação da população contra a COVID-19, que ampliam as perdas acumuladas desde a vigência da EC 95, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Redução dos gastos federais do SUS com vigência das regras da EC 95

(2018 a 2022), Brasil.

ANO	Despesa ASPs sem MPs de créditos extraordinários para COVID (A)	EC 86 - 15% DA RCL (B)	Perdas com a EC 95
2018	116.820.887.299	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	135.848.788.439	13.578.870.721
2020	118.812.279.123	97.791.489.905	-21.020.789.219
2021	131.713.511.353	159.377.857.166	27.664.345.814
2022	146.666.689.315	159.384.000.000	12.717.310.685
TOTAL	636.283.284.808	637.204.396.030	36.921.111.222

Fonte: Elaboração dos autores. Adaptado de documento produzido para a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).

Nota (*): o valor de 2022 está na Lei Orçamentária Anual aprovada para o referido exercício.

Ante a crescente inclinação das finanças públicas à lógica dos interesses eleitorais e clientelistas, o orçamento público experimenta uma espécie de captura corporativa e privada, esvaziando sua dimensão coletiva de enfrentamento aos crescentes desafios sociais, econômicos e ambientais do país.

Os investimentos públicos e os gastos sociais devem ser avaliados pelo seus impactos positivos sobre a economia e bem-estar social, e não apenas pelos efeitos fiscais produzidos sobre o déficit primário e a dívida pública.

Box 10 – O controle social na pandemia: estratégias de ação para fortalecimento do SUS

O controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) é o espaço mais representativo da democracia participativa no Brasil. É por meio da eleição periódica de conselheiros representando diferentes segmentos sociais e das Conferências de Saúde que os usuários conseguem comunicar ao Ministério da Saúde seus interesses no desenvolvimento das políticas de saúde. É um trabalho perene de deliberação, fiscalização e monitoramento. O controle social é o canal mais direto da população brasileira para interferir de forma robusta, crítica e consistente nas ações do poder público. Tudo isso regido pela Constituição de 1988 e pela legislação do SUS.

A grave crise na saúde pública brasileira se intensificou com a EC 95/2016, que está desfinanciando o SUS em um cenário previsto para durar até 2036. Desde o primeiro momento, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) desenvolveu estratégias de diálogo com o Legislativo, Executivo, universidades e instituições da sociedade civil pela revogação da Emenda. A pandemia tornou ainda mais difícil a situação da saúde no Brasil, e o CNS reagiu ao:

- criar o Comitê para Acompanhamento da COVID-19 para nortear suas decisões²³²;
- somar-se à Frente pela Vida no Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, que veio a ser ignorado pelo Governo Federal²³³;
- contribuir ativamente com a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da pandemia de COVID-19, instaurada no Senado, que constatou inúmeros crimes do Estado contra a população brasileira;

232 Mais informações no endereço <<http://www.conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

233 Mais informações no endereço <<https://frentepelavida.org.br/>>. Acesso em 2 nov. 2022.

- realizar denúncias em âmbitos nacional e internacional, junto ao Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e outras entidades, como a Organização das Nações Unidas (ONU)²³⁴;
- produzir 116 documentos, entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2022, para orientar diferentes órgãos na adoção de medidas de enfrentamento da pandemia²³⁵;
- avaliar, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), diversos protocolos de pesquisa para a COVID-19 e outras doenças.

Em 2023, o CNS realizará a 17ª Conferência Nacional de Saúde, que será uma etapa na elaboração dos Planos Nacional de Saúde e Plurianual 2024-2027.

Os impactos da COVID-19 nas populações vulnerabilizadas: violações do direito humano à saúde e à vida

Nos primeiros meses da pandemia, a COVID-19 chegou a ser anunciada como uma doença socialmente neutra, em razão da suscetibilidade universal ao SARS-CoV-2²³⁶, mas foram se acumulando evidências de que a infecção pelo novo vírus não se distribuía igualmente entre indivíduos, grupos sociais e países.

Os primeiros casos no país foram registrados em pessoas de camadas sociais mais altas que retornaram de viagens a Europa e Ásia, onde se infectaram²³⁷, disseminando a doença entre as pessoas de seu convívio e, em escala maior, através de eventos sociais, contaminando convidados e funcionários²³⁸. Desse modo, a transmissão do SARS-CoV-2 foi atravessando classes sociais, e sua expansão reproduziu desigualdades pré-existentes no país, ou seja, de gênero, raça/etnia e classe social. Nesse sentido, as primeiras mortes registradas – de

234 BARRETO, Willian. **Presidente do CNS denuncia na ONU “omissão” do governo federal na pandemia**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2239-presidente-do-cns-denuncia-na-onu-omissao-do-governo-federal-na-pandemia>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

235 **Conselho Nacional de Saúde - Recomendações**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

236 BAMBRA, Clare; RIORDAN, Ryan; FORD, John; *et al.* The COVID-19 pandemic and health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 74, n. 11, p. 964–968, 2020.

237 BARRETO, M.L. & AQUINO, E.M.L. Pandemia de COVID-19: reflexões sobre seus impactos, incertezas e controvérsias. In: BUSS, Paulo M.; BURGER, Pedro (Org.) **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/diplomacia-da-saude-respostas-globais-pandemia>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

238 **Opinião - Rede Social: Os circuitos dos ricos e famosos que disseminaram coronavírus no Brasil**. Folha de S.Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/redesocial/2020/03/o-circuito-dos-ricos-e-famosos-que-disseminaram-coronavirus-no-brasil.shtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

uma mulher trabalhadora doméstica e de um homem que exercia a função de porteiro, ou seja, indivíduos de camadas populares – são exemplares.

A seguir, são apresentadas evidências das desigualdades em saúde que têm marcado a dinâmica e a evolução da pandemia de COVID-19 no Brasil, contemplando um conjunto de populações vulnerabilizadas vítimas de distintos sistemas de opressão e discriminação.

COVID-19 em idosos

A pandemia da COVID-19 afetou desproporcionalmente os mais velhos, que ficam mais vulneráveis em decorrência da redução da imunidade e da alta prevalência de doenças crônicas. A partir dos 50 anos, os riscos de hospitalizações, de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e da mortalidade por COVID-19 aumentam exponencialmente. O impacto da pandemia na mortalidade entre idosos foi tão alto que, em 2020, a expectativa de vida da população com 65 anos ou mais apresentou uma redução de 0,9 anos, voltando ao patamar de 2012²³⁹.

Existem poucos estudos epidemiológicos brasileiros sobre os comportamentos de adultos mais velhos durante a epidemia da COVID-19. A iniciativa ELSI-COVID, conduzida por meio de cinco rodadas de entrevistas telefônicas com 6.000 participantes e realizada pelo Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), buscou preencher essa lacuna²⁴⁰. Os resultados mostraram o crescimento exponencial da incidência de diagnósticos médicos para a COVID-19 (de 2,3% na primeira para 10,2% na última rodada).

Também indicaram que a proposta de distanciamento social diferencial para idosos, sob o pretexto de manter a atividade econômica, não era factível por duas razões principais: (a) as suas saídas de casa eram predominantemente por necessidade – comprar alimentos ou medicamentos; (b) muitos não podiam evitar contatos com outras pessoas, porque dependiam das suas ajudas para realizar atividades do dia a dia. Adicionalmente, observou-se que 15% dos participantes haviam cancelado ou adiado cirurgias eletivas, ao longo de 2020, em função da epidemia²⁴¹. Esses cancelamentos podem agravar tanto as doenças crônicas pré-existentes já conhecidas, que exigem monitoramento e uso contínuo de

239 CASTRO, Marcia C., GURZENDA, Susie, TURRA, Cassio M. *et al.* **Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19.** *Nat Med* 27, 1629–1635 (2021). Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

240 LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Envelhecimento no Brasil e coronavírus: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 3, p. e00181420, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001500101&tIng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2022.

241 Lima-Costa MF. Relatório de Pesquisa. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. 2020. Proc. 403473/2020-9.

medicamentos, quanto as condições desconhecidas, como câncer, que podem não vir a ser diagnosticadas com a antecedência devida.

Em março de 2021, quando a vacina contra a COVID-19 já havia sido disponibilizada, 90% das pessoas com 60 anos ou mais indicaram a intenção de se vacinar, representando uma das menores hesitações vacinais relatadas na literatura científica até então²⁴². Lamentavelmente, o Ministério da Saúde não aproveitou essa oportunidade para realizar campanhas sobre a importância da vacinação.



Vacinação contra a COVID-19 em idosos com 75 e 76 anos no Memorial da América Latina, Em São Paulo-SP, no dia 15 de março de 2021. Crédito: Governo do Estado de São Paulo.

No segundo semestre de 2021, houve uma redução significativa de hospitalizações e mortes por COVID-19, trazendo alguma esperança de que a epidemia estivesse em descenso. Entretanto, a partir de dezembro de 2021, uma nova variante (Ômicron) se espalhou de forma avassaladora no país. A importância da vacinação contra casos graves da COVID-19, mesmo no contexto dessa nova variante, foi confirmada por meio de informações publicadas nos boletins epidemiológicos de diferentes secretarias municipais ou estaduais de saúde.

242 LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo. Hesitação vacinal contra a COVID-19 em amostra nacional de idosos brasileiros: iniciativa ELSI-COVID, março de 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, 2022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/jf/ress/a/xyHSrbHwhZQ7vmfJtkHntKk/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Uma dessas publicações, baseada nos óbitos ocorridos entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022 no município do Rio de Janeiro, evidenciou a importância da dose de reforço e reafirmou a vulnerabilidade das pessoas com 60 anos ou mais diante do vírus. Entre os não vacinados e os que não receberam a segunda dose ou a dose de reforço, o risco de mortalidade por COVID-19 foi 40 vezes maior entre os idosos do que entre o grupo etário de 12 a 59 anos²⁴³.

Em 2022, a população idosa permaneceu sob tensão em função da disparidade das medidas de contenção e da cobertura vacinal em diferentes países ou entre regiões em um mesmo país, como no Brasil; da duração da imunidade induzida pela vacina entre os mais velhos; e das sequelas pós-COVID, como redução da mobilidade²⁴⁴, piora de sintomas psiquiátricos e da função cognitiva²⁴⁵ e o surgimento de doenças cardiovasculares²⁴⁶. Esses riscos aumentam entre os que necessitaram de hospitalização durante a infecção, mas também se apresentaram, ainda que com menor frequência, entre os que tiveram quadros mais amenos. Trata-se de um sinal de alerta para os sistemas de saúde, uma vez que a carga de doenças decorrentes da pandemia da COVID-19 pode ser duradoura. Por isso, é urgente fortalecer o Sistema Único de Saúde para que este se prepare para atender a essa nova e, provavelmente, crescente demanda.

COVID-19, comorbidades e desigualdades sociais

Uma das primeiras observações sobre o curso clínico da COVID-19 foi que pacientes portadores de comorbidades crônicas desenvolviam, desproporcionalmente, quadros mais graves, estando, dessa forma, mais sujeitos a internamento e morte. Isso ocorre devido à exacerbada resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela infecção do SARS-CoV-2, o que agrava o processo inflamatório permanente produzido por muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo das doenças cardiovasculares, do diabetes mellitus, da obesidade, da doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras²⁴⁷.

243 Centro de Inteligência Epidemiológica. Prefeitura do Rio de Janeiro. COVID-19. Boletim Epidemiológico 2020-22 (Atualizado em 24 de janeiro de 2022).

244 BEAUCHAMP, Marla K.; JOSHI, Divya; MCMILLAN, Jacqueline; *et al.* Assessment of Functional Mobility After COVID-19 in Adults Aged 50 Years or Older in the Canadian Longitudinal Study on Aging. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 1, p. e2146168, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46168>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

245 DAMIANO, Rodolfo Furlan; CARUSO, Maria Julia Guimarães; CINCOTO, Alissom Vitti; *et al.* Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study. **General Hospital Psychiatry**, v. 75, p. 38–45, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322000020>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

246 XIE, Yan; XU, Evan; BOWE, Benjamin; *et al.* Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. **Nature Medicine**, v. 28, n. 3, p. 583–590, 2022. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-022-01689-3>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

247 GRASSI, Maria Fernanda R.; *et al.* Aspectos clínicos e terapêuticos da COVID-19. In: BARRAL-NETTO, Manoel; *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: EDUFBA, 2020.

Nas últimas décadas, já vinha sendo destacado que as DCNT não são doenças relacionadas à riqueza, como eram comumente consideradas. Vários estudos revelaram que a prevalência deste grupo de causas é maior nos países menos desenvolvidos, onde os indicadores de morbidade e mortalidade são mais elevados nas populações mais pobres²⁴⁸. Inquéritos conduzidos no Brasil, de abrangência nacional, também vinham evidenciando este cenário de maior morbidade e letalidade de DCNT nos estratos sociais mais desfavorecidos, atingindo principalmente os indivíduos com menor escolaridade²⁴⁹.

A susceptibilidade quase universal ao novo coronavírus sugeria que a COVID-19 poderia se disseminar de maneira “socialmente neutra” nas populações²⁵⁰. Contudo, constatou-se que, logo após esse agente estabelecer transmissão sustentada nas populações, sua prevalência e gravidade passam a ser socialmente determinadas²⁵¹.

No Brasil, até a Semana Epidemiológica 7 de 2022 (13 a 19/02), entre os 624.628 óbitos ocorridos, mais de 72% foram de portadores de uma ou mais comorbidade crônica. As doenças cardiovasculares teriam contribuído com, aproximadamente, 40% do total, e o diabetes mellitus, com 30%.

O cenário revelado desde os primeiros meses da pandemia poderia ter sido minimizado, caso o país tivesse despendido maior atenção à saúde e apoio social aos mais vulneráveis. Infelizmente, com exceção de alguns municípios, o que se observou foi o esforço de combate à doença centrado na atenção hospitalar de média e alta complexidade, associado à forte desarticulação e enfraquecimento da rede de Atenção Primária à Saúde (APS)²⁵².

Na grande maioria dos municípios, houve interrupção parcial ou completa nas atividades da rede de APS. Essa irregularidade no atendimento comprometeu as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, incluindo dispensação regular

248 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

249 MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2022.

250 BARRETO, Maurício Lima; AQUINO, Estela Maria Leão. Pandemia de Covid-19: reflexões sobre seus impactos, incertezas e controvérsias. In: BUSS, Paulo Marchiori; BURGER, Pedro (org.). **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 33-43.

251 BAMBRA, Clare; RIORDAN, Ryan; FORD, John; *et al.* The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, v. 74, n. 11, p. 964-968, 2020. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/74/11/964>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

252 TEIXEIRA, Maria Gloria *et al.* Vigilância Universal da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Rede COVIDA Ciência, Informação e Solidariedade**, 2020.

de medicamentos de uso contínuo e do monitoramento dos efeitos adversos de algumas DCNT. Constaram-se tanto a diminuição na oferta de bens e serviços de saúde como a demanda por atendimento por parte dos usuários. Para essa retração de serviços, confluíram as medidas de distanciamento social e a necessidade de adaptações dos estabelecimentos de saúde para prevenir a contaminação de trabalhadores e usuários.

A redução do número de visitas aos serviços de APS contribuiu para aumento desigual de internações e óbitos por doenças crônicas associadas à COVID-19 entre os mais pobres, como observado, no primeiro semestre de 2020, em Fortaleza²⁵³.

O conhecimento sobre as condições de vida da população das áreas de abrangência (por exemplo, usuários idosos portadores de condições crônicas classificados por estratificação de risco) orientou as experiências exitosas de atenção aos casos de COVID-19 e a manutenção da prevenção de DCNT. Esse conhecimento permitiu o controle da pandemia, com diversos formatos de comunicação de acordo com a conveniência dos usuários, i.e., de modo remoto ou por via presencial^{254, 255}.

Pandemia de COVID-19 e saúde das mulheres

A pandemia de COVID-19 afetou a vida e a saúde das mulheres de múltiplas formas. Seus efeitos diretos decorrem do papel predominante (quando não exclusivo) que exercem como cuidadoras, nos âmbitos profissional e doméstico²⁵⁶.

As mulheres são maioria entre profissionais de saúde, trabalhadores domésticos e cuidadores de idosos e portadores de necessidades especiais – e no exercício dessas atividades, reconhecidas como essenciais durante a pandemia, ficaram mais expostas à infecção por SARS-CoV-2²⁵⁷. Quando se analisa a intersecção entre gênero, raça e classe nesse contexto, observa-se que são as mulheres negras

253 SANHUEZA-SANZANA, Carlos; AGUIAR, Italo Wesley Oliveira; ALMEIDA, Rosa Livia Freitas; *et al.* Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/fj/ress/a/X9JPKGqnV9ZyXWYDx4KVNWd/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

254 MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lúgia; BOUSQUAT, Aylene; *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/fj/csp/a/rYKzdVs9CwSShNrPTcBb7Yy/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

255 VALE, Eliana Pessoa do; RODRIGUES, Gizele Moreira; COSTA, Douglas Pacheco da; *et al.* Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 83–90, 2020. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/101>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

256 CASTELLANOS-TORRES, Esther; MATEOS, José Tomás; CHILET-ROSELL, Elisa. COVID-19 en clave de género. **Gaceta Sanitaria**, v. 34, p. 419–421, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/gs/2020.v34n5/419-421/es/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

257 REIS, Ana Paula dos; GÓES, Emanuelle Freitas; PILECCO, Flávia Bulegon; *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 324–340, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/324-340/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

e pobres que estão em contato mais próximo com pessoas doentes, muitas vezes sem equipamentos de proteção individual adequados e sem direitos trabalhistas assegurados²⁵⁸.

As mulheres negras, mais pobres e menos escolarizadas são também as que mais exercem ocupações com menor prestígio e remuneração, em um mercado de trabalho informal e precário²⁵⁹, o que dificultou o cumprimento das recomendações relativas ao distanciamento social e à realização de trabalho remoto e as deixou mais expostas ao coronavírus. Em maio de 2020, apenas 13,3% do total de pessoas ocupadas estava trabalhando de forma remota (home office), sendo praticamente nula a proporção entre aqueles que tinham até o Ensino Fundamental incompleto²⁶⁰.

Além do adoecimento e morte por COVID-19, outros efeitos sobre a saúde das mulheres têm sido registrados. O estresse por desempenhar atividades essenciais, com jornadas exaustivas e sem descanso, associado ao medo de contaminar a família têm contribuído para o aumento de sintomas de ansiedade, depressão, insônia, burnout e outros transtornos mentais²⁶¹. A maior prevalência de transtornos mentais entre elas também está associada ao adoecimento por COVID-19 de amigos e parentes é descrita, indicando que a empatia desenvolvida por elas em relação aos mais próximos provocava nelas grande sofrimento²⁶².

A maior ocorrência de problemas mentais entre as mulheres pode estar relacionada também ao aumento da sobrecarga doméstica e às dificuldades para conciliar demandas profissionais e familiares²⁶³. A redução do apoio social e do suporte institucional para o cuidado dos filhos, com o fechamento de escolas e creches, ocorreu em um momento no qual o trabalho doméstico se complexificou, seja pelas recomendações iniciais quanto à higienização de objetos e superfícies ou pelo cuidado de parentes idosos ou daqueles com COVID-19.

258 GOMES, Nilma Lino. A questão racial e o novo coronavírus no Brasil. In: SCORALICK, Klinger (Org.). **Filosofia em confinamento**. 1. ed. [s.l.]: Even3 Publicações, 2021, p. 189–205. Disponível em: <<https://publicacoes.even3.com.br/book/filosofia-em-confinamento-259315>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

259 Id.

260 SciELO - Brasil - **O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de COVID-19 O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/trbso/a/LQnfJLrjgrSDkKtNyVfgnQy/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

261 BUSCH, Isolde M.; MORETTI, Francesca; MAZZI, Mariangela; *et al.* What We Have Learned from Two Decades of Epidemics and Pandemics: A Systematic Review and Meta-Analysis of the **Psychological Burden of Frontline Healthcare Workers**. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 90, n. 3, p. 178–190, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33524983/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

262 ÖZDİN, Selçuk; BAYRAK ÖZDİN, Şükriye. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 5, p. 504–511, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0020764020927051>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

263 Id. Reis e cols (2021).

O aumento da sobrecarga doméstica impactou até mesmo a produtividade acadêmica nacional. Entre as mulheres docentes e pesquisadoras em geral, 70,4% conseguiram enviar solicitações de fomento e bolsas, submeter relatórios e/ou prestar contas no prazo e 49,8% submeteram artigos conforme planejavam. Entre as que possuíam filhos, apenas 66,6% cumpriram com os prazos e 47,4% submeteram artigos à avaliação por pares. O maior impacto na produção acadêmica ocorreu entre as mulheres negras (com ou sem filhos) e entre as mulheres brancas com filhos, especialmente as com crianças menores de 12 anos²⁶⁴.



Entre os efeitos da pandemia observa-se uma maior ocorrência de problemas mentais entre as mulheres. Tal efeito pode estar relacionado também ao aumento da sobrecarga doméstica e às dificuldades para conciliar demandas profissionais e familiares provocou. Crédito: Drazen Zigic/Freepik.

Vale destacar ainda que a maioria dos países tem apresentado dados sobre o aumento dos casos de violência contra as mulheres²⁶⁵ durante o período da pandemia de COVID-19. Se o espaço da casa é considerado um ambiente seguro contra contaminação pelo vírus, para muitas mulheres pode significar um lugar de medo, onde a violência pode se realizar como expressão da persistência do poder patriarcal.

264 **PRODUTIVIDADE ACADÊMICA DURANTE A PANDEMIA: Efeitos de gênero, raça e parentalidade** | Sociedade Brasileira de Química. Disponível em: <<http://www.s bq.org.br/noticia/produ tividade-acad%C3%A A mica-durante-pandemia-efeitos-de-g%C3%A A nero-ra%C3%A 7a-e-parentalidade>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

265 **COVID-19 and ending violence against women and girls**. UN Women – Headquarters. Disponível em: <<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

No Brasil, por exemplo, no primeiro semestre de 2020, ocorreram 1.890 homicídios dolosos contra mulheres, sendo 631 vítimas de feminicídio²⁶⁶. Uma análise comparativa, entre 2019 e 2020, observou o crescimento de 22,2% da violência letal doméstica. Foram 143 mulheres assassinadas em 12 unidades da federação. Registrou-se também o aumento da violência doméstica praticada pelos parceiros íntimos. Por isso, a recomendação de permanecer em casa nem sempre é segura para as mulheres, principalmente para aquelas com histórico de violência doméstica e familiar, uma vez que confinam as vítimas com seus agressores – o que inibe a procura por serviços de apoio ou por um local mais seguro.

Ainda assim, a violência contra mulher nesse período pode estar subnotificada, já que, com a pandemia, denunciar uma agressão nas delegacias ficou mais difícil; em 2020, houve menos 25,5% nos registros de lesão corporal dolosa decorrentes da violência doméstica e menos 28,2% nos registros de estupros. No primeiro ano da pandemia, 17 milhões de mulheres (acima de 16 anos) sofreram violência física, psicológica ou sexual (1 em cada 4). Estima-se que, a cada 8 minutos, uma mulher seja agredida no Brasil. O tipo de violência mais citado é a ofensa verbal (insultos e xingamentos) (18,6%), mas 6,3% receberam tapas, socos ou chutes e 8,5% sofreram ameaças de violência física desse tipo. A violência atinge mais as mulheres pretas (28,3%) e pardas (24,6%), em comparação com as brancas (23,5%)²⁶⁷.

A emergência de COVID-19 acarretou também a suspensão ou diminuição da oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva. Como consequência, houve redução do rastreamento de câncer de mama e de colo de útero e queda no acesso a testes de HIV, métodos de contracepção e aborto legal^{268 269}.

Entre maio e outubro de 2021, gestantes e puérperas não vacinadas apresentaram 5 vezes mais chance de morrer por complicações graves de SRAG/COVID quando comparadas com as imunizadas²⁷⁰.

266 **Mulheres negras são as principais vítimas de homicídios; já as brancas compõem quase metade dos casos de lesão corporal e estupro.** G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/09/16/mulheres-negras-sao-as-principais-vitimas-de-homicidios-ja-as-brancas-compoem-quase-metade-dos-casos-de-lesao-corporal-e-estupro.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

267 RAMOS, Sílvia (coord.). A dor e a luta: números do feminicídio. Rio de Janeiro: **Rede de Observatórios da Segurança/ CEsSeC**, março de 2021.

268 BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

269 PILECCO, Flávia Bulegon; MCCALLUM, Cecília Anne; ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; *et al.* Aborto e a pandemia da COVID-19: lições para América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/CBk4tcCLgwpMHVkbHWswjhs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

270 FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. *Clinics*, v. 76, p. e3120, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S180759322200223X>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

A crise sanitária potencializou antigos problemas de acesso e de organização da atenção ao parto, como superlotação, violência obstétrica, excesso de medicalização e/ou de cesarianas desnecessárias, quebra de protocolos, insuficiência de leitos de UTI obstétrica, além das dificuldades no acesso ao aborto legal. Em epidemias anteriores, negligenciaram-se desigualdades estruturais de raça e gênero e a fragilidade dos serviços de saúde²⁷¹. Esse padrão se repetiu na pandemia da COVID-19, que foi usada para justificar ataques aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e restringir o acesso aos serviços de aborto legal²⁷².

Pandemia de COVID-19 e seu impacto em crianças e adolescentes

Desde os estágios iniciais da pandemia de COVID-19, ficou evidente que, apesar de suscetíveis à infecção pelo vírus SARS-CoV-2, crianças e adolescentes, em geral, não apresentavam sintomas ou desenvolviam manifestações mais leves da doença.²⁷³ Com o surgimento e a disseminação da variante Ômicron, que apresenta transmissibilidade muito elevada, o número de casos em crianças aumentou drasticamente. Nos Estados Unidos, nas primeiras semanas de fevereiro de 2022, as crianças representavam 21,9% dos casos semanais de COVID-19 relatados no país²⁷⁴.

Apesar de crianças e adolescentes terem demonstrado menor risco de desenvolver a forma grave da COVID-19 quando comparada com adultos e idosos, observou-se um aumento expressivo no percentual de casos graves nesse grupo populacional em diversos países. No Brasil, em 2021, o grupo entre 0 e 19 anos (crianças e adolescentes) representava 4,5% das internações por COVID-19; em 2022, o percentual elevou-se para 7,9%, o que significa um aumento de 75%. Para os óbitos, esse crescimento foi de quase 100%, passando de menos de 1% do volume total de mortes, em 2021, para 1,9%, em 2022.

271 WENHAM, Clare; SMITH, Julia; DAVIES, Sara E.; *et al.* Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks. *Nature*, v. 583, n. 7815, p. 194–198, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

272 Id. Brandão e Cabral (2021).

273 PARRI, Niccolò; LENGE, Matteo; BUONSENSO, Danilo. Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 2, p. 187–190, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2007617>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

274 **Critical Updates on COVID-19**. Disponível em: <<http://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Estudos sugerem que crianças com COVID-19 grave podem apresentar manifestações neurológicas, miocardites e insuficiência renal aguda.²⁷⁵ Além disso, as crianças infectadas com SARS-CoV-2 também estão sob risco de desenvolver a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), uma condição rara, mas grave, associada à COVID-19.

No Brasil, até o final de 2021, 2.435 casos suspeitos de SIM-P foram registrados e 85 evoluíram para óbito. Em relação à faixa etária, o maior número de notificações foi em crianças de 1 a 4 anos (33%), seguido de 5 a 9 anos (32%). Entre os óbitos, a maior parte ocorreu em crianças de 5 a 9 anos (27%). Entre as crianças hospitalizadas com essa condição, a letalidade foi de 6%, cerca de 5 vezes maior do que a letalidade observada nos Estados Unidos.²⁷⁶

Transmissão de SARS-CoV-2 entre crianças e adolescentes e o papel das escolas

Estudos indicam que as crianças não são o principal vetor de transmissão do SARS-CoV-2 na comunidade. A direção predominante da transmissão do vírus é de adulto para criança. Segundo Posfay-Barbe *et al.* (2020), apenas em 8% dos domicílios uma criança desenvolveu sintomas antes de qualquer outro membro da família²⁷⁷.

No período inicial da pandemia, a maioria dos países implementaram o fechamento das escolas com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus. No entanto, investigações epidemiológicas desenvolvidas principalmente em países nórdicos revelaram que, quando outras medidas de controle de infecção são empregadas, a transmissão do SARS-CoV-2 nas escolas contribuem apenas para uma minoria dos casos de COVID-19. Por exemplo, na Inglaterra, quando as escolas reabriram após o primeiro bloqueio nacional, a vigilância epidemiológica

275 **Acute Fulminant Myocarditis in a Pediatric Patient With COVID-19 Infection | Pediatrics | American Academy of Pediatrics.** Disponível em: <<https://publications.aap.org/pediatrics/article/146/2/e20201509/36866/Acute-Fulminant-Myocarditis-in-a-Pediatric-Patient?autologincheck=redirected?nfToken=00000000-0000-0000-0000-000000000000>>. Acesso em: 2 nov. 2022. LAROVERE, Kerri L.; RIGGS, Becky J.; POUSSAINT, Tina Y.; *et al.* Neurologic Involvement in Children and Adolescents Hospitalized in the United States for COVID-19 or Multisystem Inflammatory Syndrome. **JAMA Neurology**, v. 78, n. 5, p. 536–547, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.0504>>. Acesso em: 2 nov. 2022. SAMIES, Nicole L; PINNINTI, Swetha; JAMES, Scott H. Rhabdomyolysis and Acute Renal Failure in an Adolescent With Coronavirus Disease 2019. **Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society**, v. 9, n. 4, p. 507–509, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jpids/piaa083>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

276 NIKOLOPOULOU, Georgia B.; MALTEZOU, Helena C. COVID-19 in Children: Where do we Stand? **Archives of Medical Research**, v. 53, n. 1, p. 1–8, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018844092100148X>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

277 POSFAY-BARBE, Klara M.; WAGNER, Noemie; GAUTHEY, Magali; *et al.* COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. **Pediatrics**, v. 146, n. 2, p. e20201576, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2020-1576>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

observou um baixo risco geral de infecção por SARS-CoV-2 entre funcionários e alunos em ambientes educacionais²⁷⁸.

Em 2020, na Alemanha, observou-se rara transmissão de criança para criança após a implementação de medidas de prevenção da transmissão viral em escolas e creches²⁷⁹. Uma revisão sistemática sobre fechamento de escolas e outras práticas de distanciamento social escolar durante surtos de coronavírus, incluindo SARS-CoV-2, revelou que o fechamento de escolas evitaria poucas mortes, em comparação com outras intervenções de distanciamento social²⁸⁰. Além disso, a propagação da transmissão nas escolas pode ser drasticamente reduzida com a implementação rigorosa de medidas de mitigação, como, por exemplo, ventilação regular e provisória das salas, higiene das mãos e uso de máscara facial adequada dentro e fora da sala de aula.

Impacto do fechamento das escolas na saúde de crianças e adolescentes

O fechamento das escolas afetou a saúde das crianças e dos adolescentes e tem sido associado ao aumento do risco de distúrbios psicológicos, ao isolamento social e à dependência do uso de telas, ao aumento do risco de obesidade, à subnutrição e ao consumo de alimentos ultraprocessados^{281 282}.

O impacto do fechamento das escolas é particularmente grave para crianças e adolescentes vulnerabilizados. Além disso, o rompimento do vínculo do estudante com o ambiente educacional exacerba as disparidades já existentes e agrava o quadro alarmante de evasão escolar enfrentado pelo Brasil²⁸³.

278 ISMAIL, Sharif A.; SALIBA, Vanessa; BERNAL, Jamie Lopez; *et al.* SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 21, n. 3, p. 344–353, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30882-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30882-3/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

279 EHRHARDT, J.; EKINCI, A.; KREHL, H.; *et al.* Transmission of SARS-CoV-2 in children aged 0 to 19 years in childcare facilities and schools after their reopening in May 2020, Baden-Württemberg, Germany. **Eurosurveillance**, v. 25, n. 36, p. 2001587, 2020. Disponível em: <<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.36.2001587>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

280 VINER, Russell M.; RUSSELL, Simon J.; CROKER, Helen; *et al.* School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 5, p. 397–404, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30095-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30095-X/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

281 DUNTON, Genevieve F.; DO B.; WANG, Shirlene D. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. **BMC Public Health** **20**, 1351 (2020). Disponível em: <<https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09429-3>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

282 RUIZ-ROSO, María Belén; DE CARVALHO PADILHA, Patricia; MANTILLA-ESCALANTE, Diana C.; *et al.* Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1807, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1807>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

283 United Nations Children's fund (UNICEF). **Out-of-School Children in Brazil**. A warning about the impacts of the COVID-19 pandemic on Education. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/14881/file/out-of-school-children-in-brazil_a-warning-about-the-impacts-of-the-covid-19-pandemic-on-education.pdf>. Acesso em: 2 NOV. 2022.

Devido às consequências adversas do fechamento das escolas, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), dos Estados Unidos, tem recomendado que as escolas sejam as últimas a fechar, em surtos epidemiológicos, após todas as outras medidas de mitigação terem sido empregadas, e as primeiras a abrir, quando isso puder ser feito com segurança²⁸⁴. Em setembro de 2021, a diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Carissa F. Etienne ressaltou que para reduzir os impactos negativos da COVID-19 sobre as crianças e os adolescentes, os países devem fazer o máximo de esforço para reabrir as escolas com segurança²⁸⁵.

A pandemia tem cor, renda e gênero

A emergência de COVID-19 se apresentou num contexto de históricas desigualdades e iniquidades sociais, desencadeando uma crise não só sanitária, mas também econômica e política. Diversos estudos têm buscado compreender os efeitos da pandemia nas populações considerando os marcadores sociais de diferença, sendo que a maioria deles mostra uma intensificação das desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero²⁸⁶.

Ainda que o atributo raça/cor seja encontrado de forma precária nos sistemas de informação sobre a COVID-19, têm sido identificadas desigualdades raciais da pandemia, com maior mortalidade e contaminação da população negra²⁸⁷. As crises provocadas pela pandemia contribuíram para a expansão das diferenças por raça/cor e por regiões de moradia²⁸⁸. A emergência afetou mais o trabalho de pessoas negras, que são a maioria entre autônomos, informais e com atividades laborais consideradas essenciais e de maior exposição ao SARS-CoV-2.

Os mais atingidos pela COVID-19 foram pessoas negras, em situação de rua, moradores de favelas e periferias, quilombolas e indígenas. Estudos apontam maior

284 HONEIN, Margaret A. Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6949e2.htm>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

285 **Crianças e adolescentes estão sendo profundamente impactados pela pandemia de COVID-19, afirma diretora da OPAS - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/15-9-2021-criancas-e-adolescentes-estao-sendo-profundamente-impactados-pela-pandemia-covid>>. Acesso em: 2 nov. 2022..

286 DE SAÚDE COLETIVA, Associação Brasileira. **População Negra e Covid-19**. [s.l.]: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/categorias-interna/outras-publicacoes/populacao-negra-e-covid-19/62344/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

287 ARAÚJO, Edna Maria de; CALDWELL, Kia Lilly; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 191–205, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/NtPTmkFcTgxwZ5mGfYgNJF/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

288 BAQUI, Pedro; BICA, Ioana; MARRA, Valerio; *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 8, p. e1018–e1026, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30285-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30285-0/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

vulnerabilidade desses grupos populacionais, devido ao menor acesso a serviços de saúde e à falta de infraestrutura domiciliar, com ausência de saneamento básico e água tratada²⁸⁹. Sua condição desfavorável no mercado de trabalho foi aprofundada com o aumento do desemprego, da informalidade e da precarização contratual, que implicam maior exposição aos riscos de contaminação pelo novo coronavírus. Tais fatores evidenciam a relevância da dimensão étnico-racial nos determinantes sociais e econômicos da saúde.



Município de Aracaju-SE protege população em situação de rua com vacina contra COVID-19 (agosto de 2021). Crédito: Ivve Rodrigues/OPAS/OMS.

De acordo com o Banco Mundial, no mundo, a pandemia aumentou a desigualdade salarial entre mulheres e homens em cerca de 20%, e houve uma queda mais acentuada na proporção de mulheres empregadas em tempo integral em relação aos homens²⁹⁰. No segundo trimestre de 2021, no Brasil, a remuneração média mensal dos homens negros foi de R\$ 1.968, enquanto a de não negros foi de R\$ 3.471. O rendimento médio mensal das mulheres negras foi de R\$ 1.617 contra R\$ 2.674 das não negras²⁹¹.

Cabe salientar o alto nível de vulnerabilidade de profissionais que atuam no serviço doméstico, que é realizado, sobretudo, por mulheres. Em 2019, eram 5,7 milhões de mulheres engajadas nessa atividade, das quais 3,8 milhões eram negras. A maioria não teve acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) de qualidade como

289 SOUZAS, R.; SILVA, H. P.; VARGA, I. V. D.; MOURA, R. F.; ARAÚJO, E. M. **Desafios para a saúde da população negra e indígena em tempos de pandemia**: Como e por que “esperançar”. IN: STEFANO, D.; MENDONÇA, M. L. (orgs.). *Direitos Humanos no Brasil 2021: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Outras Expressões, 2021, p. 217-226. Disponível em: <https://www.social.org.br/images/pdf/direitos_humanos_2021.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

290 **Reports, Key Findings - Women, Business and the Law - World Bank Group**. World Bank. Disponível em: <<https://wbl.worldbank.org/en/reports>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

291 **DIEESE - outras publicações - Inserção da população negra no mercado de trabalho (Brasil e regiões) - novembro/2021**. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/graficosPopulacaoNegra2021.html>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

máscaras, luvas, álcool em gel e aventais, por não ter recursos individuais para adquiri-los ou porque não lhe foi disponibilizado pelos empregadores. O serviço doméstico, por se dar dentro do ambiente familiar e no âmbito residencial, não é objeto de fiscalização²⁹².

Muitas mulheres perderam seus empregos, foram dispensadas com redução ou mesmo sem manutenção dos salários ou foram mantidas em regime de trabalho mais precarizado. Algumas, inclusive, chegaram a ficar em situação de reclusão nas residências dos empregadores, para não terem contato com outras pessoas durante o deslocamento entre a casa e o trabalho, sob argumento de não contaminá-los.

Observa-se, portanto, que a pandemia sobrecarregou e impactou ainda mais as mulheres, especialmente das mulheres negras²⁹³, que, além de terem que se dividir entre trabalho remunerado, trabalho doméstico, cuidado com filhos e assistência a idosos da família, são a maioria entre os profissionais de saúde com as remunerações mais baixas. Historicamente, cabe às mulheres, como atribuição social, a responsabilidade pela realização do trabalho doméstico, seja gratuito em suas casas, seja remunerado. Esse modelo perpetua as desigualdades de gênero à medida que reforça o lugar dos homens no mundo produtivo e das mulheres no mundo reprodutivo e de cuidado²⁹⁴.

Estudo produzido pela Rede de Pesquisa Solidária (2021) aponta que, no Brasil, o risco de morrer de COVID-19 é significativamente maior para homens negros e mulheres brancas e negras do que para homens brancos no Brasil. As desigualdades raciais e de gênero contribuem para aumentar o risco de morte mesmo em grupos de pessoas que ocupam o topo da pirâmide social²⁹⁵.

Os pesquisadores examinaram dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, de 67,5 mil pessoas que morreram de COVID-19 no ano passado, uma amostra equivalente a um terço de todas as mortes causadas pelo coronavírus notificadas no período. Em números absolutos, houve mais mortes por COVID-19 em grupos ocupacionais que são grandes empregadores, como comércio e

292 TOKARSKI, C. PINHEIRO, L. **Trabalho doméstico remunerado e Covid-19**: aprofundamento das vulnerabilidades em uma ocupação precarizada. In: IPEA, Boletim de Análise Político-Institucional, n. 26, mar. 2021. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10521/1/BAPI_26_TrabDomestico.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

293 LEMOS, Ana Heloísa Da Costa; BARBOSA, Alane De Oliveira; MONZATO, Priscila Pinheiro. MULHERES EM HOME OFFICE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 E AS CONFIGURAÇÕES DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA. **Revista de Administração de Empresas**, v. 60, p. 388-399, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rae/a/9WS6pYzLdhWY6qWwDXTKTsN/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

294 CASTELLANOS-TORRES, Esther; MATEOS, José Tomás; CHILET-ROSELL, Elisa. COVID-19 en clave de género. **Gaceta Sanitaria**, v. 34, p. 419-421, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/gs/2020.v34n5/419-421/es/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

295 **Desigualdades raciais e de gênero aumentam a mortalidade por Covid-19, mesmo dentro da mesma ocupação.** – Rede de Pesquisa Solidária. Disponível em: <<https://rededesquisasolidaria.org/boletins/boletim-34-boletins/desigualdades-raciais-e-de-genero-aumentam-a-mortalidade-por-covid-19-mesmo-dentro-da-mesma-ocupacao/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

serviços (6.420), agricultura (3.384) e transportes (3.367), mas, em termos relativos, o estudo mostra que outros setores foram muito mais afetados.

As mortes por COVID-19 representaram 24% de todas as mortes de profissionais de saúde registradas²⁹⁶. Para homens negros, os riscos são maiores do que os enfrentados pelos brancos em todas as atividades (com exceção da agricultura), até entre os que exercem profissões de nível superior – o que sugere que mesmo os que ascenderam na escala social continuam expostos a fatores produtores de desigualdades.

De acordo com os pesquisadores, os riscos de morte por COVID-19 também são significativamente maiores para mulheres negras, especialmente as que se encontram na base da pirâmide social. Para as que trabalham em serviços domésticos, as chances são 112% maiores do que as dos brancos²⁹⁷.

O Monitor da Violência, uma parceria entre o G1, o Núcleo de Estudos da Violência da USP e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, observou que mais de 1/3 das unidades federativas não registra em suas bases de dados a raça/cor das mulheres vítimas de violência. Ainda assim, os poucos dados disponibilizados apontam que cerca de 75% do total de mulheres assassinadas (seja por homicídio doloso ou feminicídio), durante o primeiro semestre de 2020, são negras (pretas e pardas). As mulheres negras correspondem a 3 em cada 4 mulheres assassinadas, à metade das vítimas de estupro, a 3 em cada 5 vítimas de feminicídio e à metade das vítimas de lesão corporal em decorrência de violência doméstica²⁹⁸.

Até 23 de março de 2022, dados do Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19²⁹⁹, notificados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), revelam que, entre as gestantes e puérperas mortas por COVID-19, 54% eram negras. Elas também foram a maioria das gestantes contaminadas pelo vírus (56%) e das que apresentaram casos mais graves da doença (48% do total de internações) e das que demandaram leitos de UTI (utilizaram 47,5% dos leitos de UTI entre as mulheres desse grupo)³⁰⁰. Especialistas apontam a falta de assistência obstétrica e o racismo estrutural na saúde como as principais justificativas para esse cenário, uma vez que a redução de morte materna está diretamente relacionada a demora no

296 Id.

297 Id.

298 **Mulheres negras são as principais vítimas de homicídios; já as brancas compõem quase metade dos casos de lesão corporal e estupro | Monitor da Violência | G1.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/09/16/mulheres-negras-sao-as-principais-vitimas-de-homicidios-ja-as-brancas-compoem-quase-metade-dos-casos-de-lesao-corporal-e-estupro.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

299 **Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19.** Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

300 Id.

atendimento, na identificação do fator de risco e no acesso ao lugar de atendimento e a procedimentos tardios ou inadequados no atendimento a essa gestante.



De acordo com os pesquisadores, os riscos de morte por COVID-19 também são significativamente maiores para mulheres negras, especialmente as que se encontram na base da pirâmide social. Crédito: Divulgação.

Segundo Goes *et al* (2020)³⁰¹, “o racismo é um sistema estruturante, gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos sociais, baseadas na raça ou etnia. E, de forma institucional, obstrui o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando subjacente às normas que orientam as ações destas instituições. Vale destacar que o racismo é um determinante social da saúde, pois expõe mulheres negras e homens negros a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte”.

COVID-19 entre os povos indígenas no Brasil

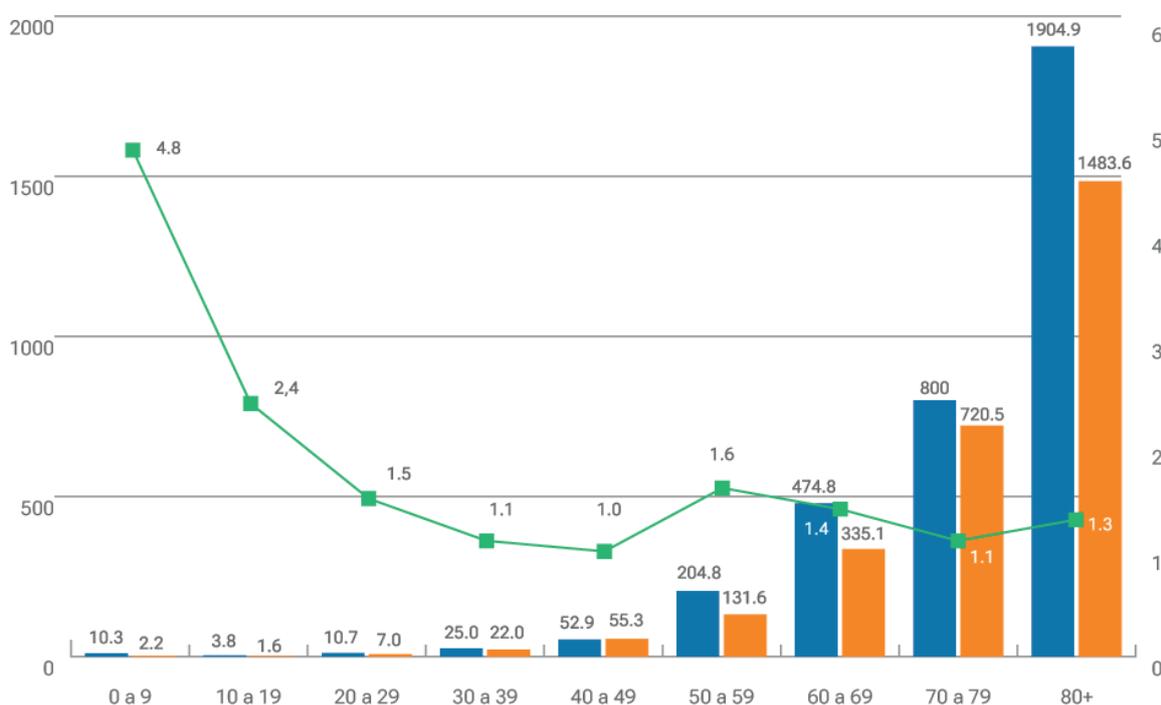
O mandato do presidente Jair Bolsonaro tem sido marcado pela postura contrária aos direitos indígenas, que se manifesta, por exemplo, no não-reconhecimento de territórios, no aumento de invasões e da destruição ambiental e na reversão de políticas públicas. A esse quadro, soma-se a vulnerabilização social dos

301 GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdwbwzHpmR9L/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

povos indígenas³⁰², com impactos adversos nos indicadores de saúde quando comparados aos não-indígenas³⁰³.

Já em seus primeiros meses, a dinâmica de transmissão da COVID-19 em território nacional resultou em acelerado incremento da proporção da população indígena em situação de alto risco imediato para transmissão do vírus, tanto em zonas urbanas quanto em zonas rurais. A transmissão atingiu, ainda, áreas de ocupação de povos isolados e de recente contato. Como evidenciado em análises epidemiológicas no curso da pandemia, as taxas de mortalidade devido à doença se mostraram mais elevadas em indígenas em vários grupos de idade do que na população total do país. O Gráfico 11 apresenta com destaque para os grupos etários mais jovens. A letalidade acumulada em indígenas também se mostrou mais elevada que na população brasileira em geral (Gráfico 12).

Gráfico 11: Taxas de mortalidade específicas por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) e faixa etária, na população geral brasileira e nos indígenas atendidos pelos Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SE setembro 2020 a SE agosto 2021), Brasil.

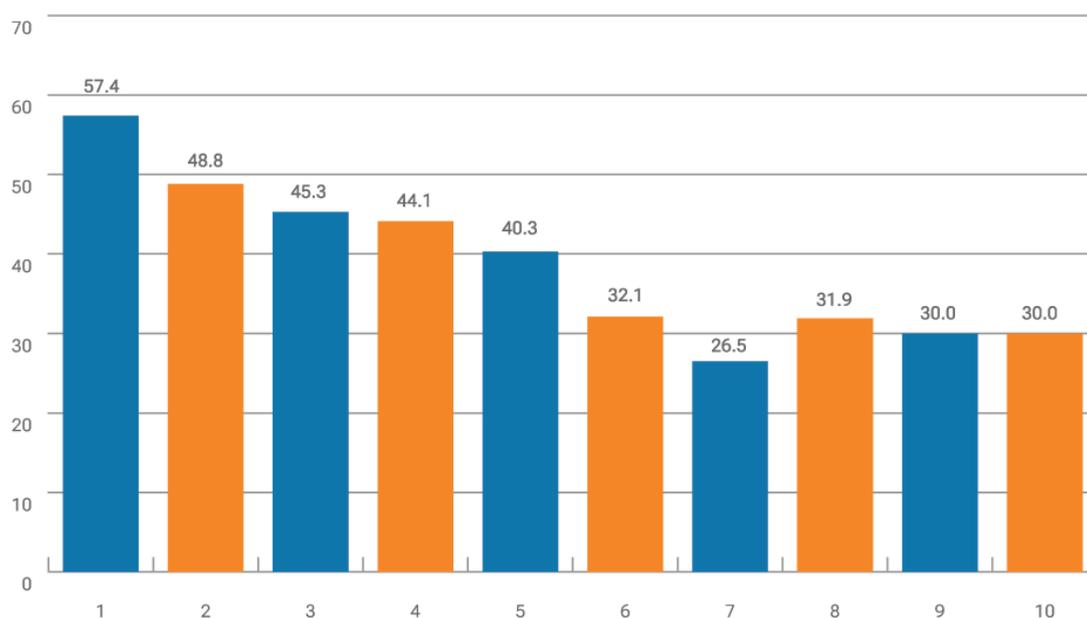


Fonte: População geral: projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível no DATASUS; Óbitos por SRAG: SIVEP-Gripe. Indígenas: óbitos em indígenas e taxas de mortalidade específicas por faixa etária disponibilizadas no Informe Epidemiológico da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde de SE9/2020 a SE8/2021.

302 Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, a população indígena no país era composta por 900 mil pessoas de cerca de 300 etnias.

303 Nota da Abrasco e da Associação Brasileira de Antropologia. DIAS, Bruno C. **A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço**. ABRASCO. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Gráfico 12: Letalidade acumulada por Síndrome Respiratória Aguda Grave decorrente de COVID-19 (SRAG-COVID) em indígenas e não indígenas, segundo regiões (SE 8 a 35, 2020), Brasil.



Fonte: SIVEP-Gripe.

Essas análises têm sido corroboradas por vários estudos relacionados ao ano de 2020. Hallal *et al* (2020).³⁰⁴ evidenciaram que, naquele ano, numa mesma cidade, os indígenas tinham 87% mais chance de exposição ao SARS-CoV-2 do que pessoas brancas. Soares *et al.* (2021)³⁰⁵ mostraram que o excesso de mortalidade de indígenas foi de 34,8%, enquanto em não indígenas foi de 18,1%. Ranzani *et al.* (2021)³⁰⁶ perceberam que as taxas de mortalidade hospitalar por COVID-19 foram maiores em indígenas do que em qualquer outro grupo de cor ou raça em todas as faixas etárias, com exceção de 60 a 69 anos.

Como amplamente enfatizado pelas lideranças e movimentos indígenas, a morte de indígenas idosos impacta múltiplas dinâmicas socioculturais desses povos de forma particularmente expressiva, visto que comumente são eles os líderes

304 HALLAL, Pedro C; HARTWIG, Fernando P; HORTA, Bernardo L; *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 11, p. e1390–e1398, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303879>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

305 SOARES, Gustavo Hermes; JAMIESON, Lisa; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye; *et al.* Disparities in Excess Mortality Between Indigenous and Non-Indigenous Brazilians in 2020: Measuring the Effects of the COVID-19 Pandemic. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s40615-021-01162-w>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

306 RANZANI, Otavio T.; BASTOS, Leonardo S. L.; GELLI, João Gabriel M.; *et al.* Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 4, p. 407–418, 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext)>. Acesso em: 2 nov. 2022.

espirituais ou políticos de suas comunidades e os maiores detentores dos saberes tradicionais e de suas línguas. Por essas implicações, tais perdas constituem-se em mais uma dimensão de violência e numa ameaça real à sobrevivência cultural e física desses povos.

A pandemia de COVID-19 evidenciou, de forma proeminente, as deficiências do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a sua frágil articulação com os demais níveis de complexidade da rede de atenção do SUS³⁰⁷. Nos primeiros meses da emergência, a resposta da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, mostrou-se lenta e muito aquém das necessidades de enfrentamento.

Apesar das especificidades da saúde indígena, as iniciativas governamentais, em geral, caracterizaram-se por reproduzir as normativas do Ministério da Saúde e órgãos vinculados, sem incorporar as necessárias adaptações, inclusive decorrentes da diversidade de contextos de vida e da situação epidemiológica dos inúmeros povos indígenas no país. Os gestores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) converteram-se nos responsáveis pela estruturação regional e local do enfrentamento da pandemia, sem a necessária coordenação das ações pela gestão federal.



Vacinação na aldeia indígena Umariáçu, próximo a Tabatinga, Amazonas. Crédito: Marcelo Camargo/Agência Brasil.

307 A apresentação de subsídios sobre a resposta governamental no enfrentamento da pandemia foi analisada com mais detalhes em **Nota técnica: O enfrentamento da pandemia no contexto dos povos indígenas: aspectos da resposta governamental - Versão preliminar encaminhada para a CPI da Covid-19**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2021/12/FINAL_nota-tecnica-GT-saude-indigena-CPI-31-08.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Observam-se diversas fragilidades na implementação das medidas governamentais direcionadas à redução dos impactos da disseminação da pandemia entre as populações indígenas: estratégia de busca ativa de casos e investigação de contatos pouco eficaz; baixa testagem e critérios desatualizados e pouco sensíveis para suspeita e confirmação da doença; provisão tardia ou insuficiente de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); precária qualificação técnica específica para o enfrentamento da pandemia; dificuldade de acesso a meios de comunicação à distância; e falta de incremento para atender as demandas de saúde decorrentes da progressão da doença. Esses fatores se agravaram em territórios indígenas que exigem complexa logística de atenção, os quais estão situados em municípios com precária estrutura de serviços de saúde. Outra característica da resposta governamental foi o parco e tenso diálogo com as instâncias do controle social indígena e com lideranças indígenas na formulação e execução das medidas de saúde.

Desde os primeiros alertas da disseminação da pandemia em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas passaram a adotar estratégias de autoproteção³⁰⁸. Entre elas, o isolamento voluntário, desincentivando o deslocamento para os centros urbanos, a produção e a disseminação de materiais educativos e a organização de campanhas para garantir a segurança alimentar das famílias indígenas. Cabe mencionar a produção e análise de dados sobre a ocorrência de casos e óbitos por parte do movimento indígena, a fim de reverter as subestimativas ou mesmo invisibilização nos dados governamentais.

Com intenso protagonismo de lideranças e do movimento indígena, os debates sobre o direito à saúde dos povos indígenas no contexto da pandemia aconteceram de forma proeminente³⁰⁹ tanto no âmbito do Judiciário, como exemplificado pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709 (ADPF 709), no Supremo Tribunal Federal, como no Legislativo, pela Lei nº 14.021/2020.

A lentidão das respostas governamentais fica evidente no fato de que, após dois anos de pandemia, o STF homologou, apenas parcialmente, a quarta versão do plano de enfrentamento à COVID-19 apresentado pelo governo. Mesmo diante dessa gestão problemática, uma conquista a ser destacada foi a inclusão dos indígenas no grupo prioritário da campanha de vacinação contra a COVID-19, do Plano Nacional de Imunização.

308 ROSA, Marlise. "Isso é uma emergência!": panorama da mobilização da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) para enfrentamento da Covid-19. 2021. Disponível em: <<http://ds.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/handle/bvs/4603>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

309 ALARCON, D.F.; PONTES, A.L.; CRUZ, F.S.M.; SANTOS, R.V. (Orgs.). **A Gente Precisa Lutar de Todas as Formas: Povos Indígenas e o enfrentamento da Covid-19 no Brasil**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 2022 (no prelo).

Box 11 – Povos indígenas e a pandemia de COVID-19

O movimento indígena³¹⁰ foi um dos movimentos sociais mais ativos e organizados no enfrentamento da pandemia. Em uma conjuntura extremamente adversa, mostrou sua capacidade de reivindicação de direitos à saúde³¹¹, de articulação de parceiros e de proposição e implementação de medidas. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), em 12 de março de 2020, suspendeu sua maior mobilização em Brasília, o Acampamento Terra Livre (ATL)³¹², e o reorganizou na modalidade virtual em abril, obtendo milhões de visualizações³¹³. As organizações indígenas lançaram o movimento #ficanaaldeia e implementaram, de maneira autônoma, barreiras sanitárias nos territórios indígenas para controle da circulação de pessoas.

Em maio de 2020, realizaram a Assembleia Nacional da Resistência Indígena³¹⁴ para construir o Plano de Enfrentamento da COVID-19 no Brasil³¹⁵, que se articula com a campanha Emergência Indígena, divulgada em 29 de julho de 2020, para implementar 3 eixos de atuação: (a) Ações Emergenciais de Cuidado Integral e Diferenciado no Controle da COVID-19; (b) Ações Judiciais e de Incidência Política; (c) Ações de Comunicação e Informação em Saúde. Em 9 de agosto de 2020, lançaram a campanha internacional Maracá³¹⁶ para implementar o plano. Diante das disparidades entre os dados contabilizados pelo governo e os acompanhados pelas lideranças indígenas referentes a casos e óbitos entre indígenas, as entidades da APIB iniciaram um monitoramento participativo autônomo, criando o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena³¹⁷.

310 No Brasil, existem centenas de organizações indígenas, de caráter local e loco-regional, que se acomodam em 7 grupos regionais: 1. Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (Apoime); 2. Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste (Arpinsudeste); 3. Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (Arpinsul); 4. Comissão Guarani Yvyrupa (CGY); 5. Conselho do Povo Terena; 6. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab); 7. Grande Assembleia do Povo Guarani (Aty Guasu). As organizações regionais estão vinculadas à entidade nacional Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), criada em 2005. Mais informações: <https://apiboficial.org/sobre/>.

311 No dia 20 de março, a Apib solicitou ao governo que elaborasse um plano emergencial para os povos indígenas no contexto da pandemia, e, em 7 de abril, encaminhou carta aos governadores.

312 **Comunicado geral: Acampamento Terra Livre adiado.** APIB. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/03/12/comunicado-geral-acampamento-terra-livre-adiado/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

313 **Maior encontro dos povos indígenas do Brasil será on-line.** APIB. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/04/25/maior-encontro-dos-povos-indigenas-do-brasil-sera-on-line/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

314 **Lideranças indígenas organizam assembleia para construir plano de enfrentamento à pandemia.** APIB. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2020/05/07/assembleia-resistencia-indigena/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

315 **EMERGÊNCIA INDÍGENA: PLANO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL.** Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1omnIVPaFICSpUUVMoL72lcOB9-IJVV3W/view?usp=embed_facebook>. Acesso em: 2 nov. 2022.

316 **Maracá | Emergência Indígena.** Disponível em: <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/maraca/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

317 **Dados Covid 19 | Emergência Indígena.** Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Em 29 de junho, a APIB e seis partidos políticos propuseram ao Supremo Tribunal Federal (STF) a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709 (ADPF 709), devido à omissão da União na proteção dos povos indígenas e no enfrentamento da COVID-19. Em dezembro de 2020, a APIB lançou o relatório “Nossa luta é pela vida. COVID-19 e povos indígenas: o enfrentamento das violências durante a pandemia”³¹⁸, com a síntese do monitoramento, das ações implementadas e dos ataques aos direitos indígenas. Devido à pressão da ADPF 709, em dezembro de 2020, os indígenas foram incluídos na priorização do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. A APIB e organizações ainda tiveram que combater as fakes news e a desinformação, lançando a campanha #vacinaparente³¹⁹. Se não fosse a capacidade de articulação e mobilização do movimento indígena, os impactos da pandemia teriam sido muito mais graves nos povos indígenas.

Populações quilombolas e outras comunidades tradicionais e as desigualdades na pandemia

Durante a pandemia do novo coronavírus, as populações que já viviam apartadas e sob violação de seus direitos foram impactadas de forma redobrada, como foi o caso de povos e comunidades tradicionais. Segundo o Decreto nº 6.040/07, são povos e comunidades tradicionais: indígenas, quilombolas, ciganos, povos de matriz africana, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco-de-babaçu, comunidades de fundo de pasto, faxinalenses, pescadores artesanais, marisqueiras, ribeirinhos, varjeiros, caiçaras, praieiros, sertanejos, jangadeiros, açorianos, campeiros, varzanteiros, pantaneiros, caatingueiros³²⁰.

A população negra quilombola no processo histórico luta pelos direitos étnico-racial no espaço desigual, porém são invisibilizados pelo isolamento promovido pelo Estado no acesso às políticas públicas de direito fundamental – o que os deixa em maior estado de vulnerabilidade social, ambiental, econômica e política e os torna alvos de discriminação racial, étnica, cultural e religiosa.

318 **Nossa Luta é Pela Vida**. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

319 **Vacina Parente | Emergência Indígena**. Disponível em: <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/vacinaparente/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

320 Em 2007, o reconhecimento dos povos e comunidades tradicionais como sujeitos de direitos constitucionais foi regulamentada pelo Decreto nº 6.040/07. A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais os define como “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos por tradição”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 2 nov. 2022.

O subregistro e a má qualidade dos dados sobre essas populações na administração pública levaram à violação de direitos fundamentais na pandemia. Como resposta a essa tentativa de invisibilização, os movimentos sociais indígenas e quilombolas avançaram na produção de dados sobre a situação de saúde (casos e óbitos), em intervenções sanitárias e no acesso à renda e à alimentação.

Nesse período, o aprofundamento do racismo institucional se tornou política pública na União, nos estados e nos municípios. Nas votações que culminaram com a aprovação da lei que instituiu o Auxílio Emergencial pelo Congresso Nacional, não foi reconhecida a condição de maior iniquidade socioeconômica em que estão submetidos os povos indígenas, quilombolas e demais comunidades tradicionais, que receberam tratamento idêntico às demais populações em situação de privação econômica.

O Plano de Enfrentamento da Pandemia Covid-19 para Povos e Comunidades Tradicionais, apresentado pelo Governo Federal, que incluiu medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais³²¹, não foi implementado de fato, deixando as populações à mercê de suas próprias capacidades de autodefesa, da ajuda de ONGs e de parcas contribuições dos governos municipais.

O início do processo da imunização dos grupos prioritários para vacinação no Plano Nacional de Imunização (PNI) estaduais e municipais ignorou as comunidades quilombolas. Inicialmente, essas comunidades não estavam entre os grupos prioritários, mesmo após decisão do Superior Tribunal Federal (STF) de incluí-las como prioridade para a imunização em território nacional. As ações empreendidas pela Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos (CONAQ) foram exitosas, permitindo finalmente a inclusão dessa população no Plano de Vacinação para grupos prioritários da vacinação. Contudo, no início de 2021, o Observatório de Direitos Humanos – Crise e COVID-19 identificou que apenas as populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas constavam nos planos de vacinação das comunidades tradicionais³²² e que somente os indígenas estavam incluídos como prioritários na maioria dos estados e das capitais. Comunidades

321 LEI Nº 14.021, proposta pelos povos indígenas, que dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas, foi aprovada pelo Senado e sancionada com vetos pelo presidente da República em 7 de julho de 2020. NACIONAL, Imprensa. **LEI Nº 14.021, DE 7 DE JULHO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.021-de-7-de-julho-de-2020-265632745>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

322 **Observatório Direitos Humanos Crise COVID-19**. Plano de Vacinação nos Estados e nas Capitais do Brasil Disponível em: <<https://observadhecovid.org.br/pesquisas/plano-de-vacinacao-nos-estados-e-nas-capitais-do-brasil/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

quilombolas e ribeirinhas, por exemplo, faziam parte dos grupos prioritários em menos da metade das unidades da federação e das capitais analisadas³²³.

Até 20 de abril de 2021, mesmo como estando presentes no grupo prioritário no Plano de Vacinação, alguns grupos foram inseridos apenas nas etapas finais da imunização, anulando na prática a condição de prioridade. Naquela data, 6,2% da população brasileira já havia recebido a segunda dose, enquanto a cobertura na população quilombola era de apenas 1% e na população ribeirinha somente 0,06%³²⁴.

A pandemia exacerbou as desigualdades históricas e estruturais na política pública, alertando para as demandas das populações e identidades tradicionais por reconhecimento social, econômico e políticos.

Box 12 – Povos e comunidades tradicionais, educação e resistência

A pandemia afetou brutalmente o direito à educação de povos e comunidades tradicionais, tanto em relação ao direito à diferença quanto ao financiamento adequado. O decreto da presidência de abril de 2019 que “extingue (...) colegiados da administração pública federal”³²⁵ já havia lhes retirado a voz na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas³²⁶. Com a chegada da pandemia, as condições reais de vida desses grupos não foram consideradas nas iniciativas de enfrentamento da crise sanitária. Seu silenciamento ampliou a catástrofe.

Desde 2019, o financiamento educacional foi progressivamente reduzido, alcançando patamares mínimos em 2020 e 2021 e foi novamente cortado para 2022 pelos vetos presidenciais na Lei Orçamentária Anual (LOA)³²⁷. Além de insuficiente, a execução tem sido pífia: a dotação para infraestrutura escolar indígena, que, em 2019 contava com R\$ 4,1 milhões, em 2021 dispunha de R\$ 112 mil. Não houve execução de recursos destinados a garantir água nas escolas do campo nem há registro de valores para materiais didáticos para escolas quilombolas, indígenas e do campo³²⁸.

323 **Observatório Direitos Humanos Crise e Covid-19.** Balanço da política brasileira de vacinas. Disponível em: <<https://observadhecovid.org.br/pesquisas/balanco-da-politica-brasileira-de-vacinas/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

324 Id.

325 Decreto n° 9.759, de 11 de abril de 2019

326 Relatório CEMEX, Brasília, 2020, p. 38.

327 **Orçamento: Bolsonaro corta verbas voltadas para indígenas, quilombolas e para pesquisas científicas | Política | G1.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/01/24/orcamento-bolsonaro-corta-verbas-voltadas-para-indigenas-quilombolas-e-para-pesquisas-cientificas.ghtml>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

328 Relatório CEMEX, Brasília, 2020, p. 39.

A Fundação Palmares não executou nenhum recurso para comunidades quilombolas em 2020³²⁹. Contudo, o censo escolar de 2020, que reflete a realidade de 2019, já apontava as escolas quilombolas como as em piores condições no que se refere ao acesso à internet, infraestrutura, materiais didáticos e formação docente³³⁰. Segundo pesquisa de novembro de 2021 da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime), “pouco menos da metade das redes está oferecendo educação do campo com uma combinação de remoto e presencial.”³³¹

Povos e comunidades tradicionais adotaram a educação escolar como recurso para lidar com a sociedade envolvente e nela incluem saberes e práticas comunitárias, a despeito da oposição de autoridades educacionais. Assim, a educação escolar passa a cumprir um papel singular na articulação da coletividade, em suas dimensões cultural e política, ainda que essa qualidade não seja reconhecida nas avaliações. A luta pelos territórios e a defesa de seus direitos encontram na escola um espaço privilegiado em que tradição, ancestralidade, desafios do presente e projetos de futuro se associam na mobilização da comunidade escolar com a participação de familiares, lideranças e movimentos³³².

A pandemia fechou escolas, silenciou as trocas de experiência e reduziu a socialização de crianças, jovens e adultos dentro de seus próprios territórios, sem que o poder público implementasse medidas para diminuir esses impactos. No entanto, a vida comunitária, mesmo nessas condições adversas, encontrou formas de enfrentar a tragédia.

Povos tradicionais cultivam vínculos singulares com o território em que vivem, onde compartilham espaços comunitários e praticam a comensalidade coletiva. Um vírus que se propaga pela proximidade tem efeitos devastadores nesses grupos. Documento do Ministério Público Federal lembra que “para as comunidades indígenas, quilombolas e tradicionais, a crise imposta pela situação pandêmica não se trata de uma situação de exceção nem carrega ineditismo.”³³³ Ainda assim, os impactos da COVID-19 prosseguem devastadores, como nas epidemias provocadas pela chegada colonial.

329 SILVA, Givânia Maria da; SOUZA, Bárbara Oliveira. Quilombos e a luta contra o racismo no contexto da pandemia. <http://www.ipea.gov.br>, 2021, p. 88. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10529>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

330 **Censo Escolar**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-escolar/resultados>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

331 UNDIME. **Pesquisa Undime Educação na Pandemia**, nov. 2021, p.10. Disponível em: <https://undime.org.br/uploads/documentos/phpc5pE5f_61af86c21b566.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

332 MONTECHIARE, Renata, LÁZARO André (orgs.). **Educação e práticas comunitárias** [livro eletrônico]: educação indígena, quilombola, do campo e de fronteira nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. 1 ed. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2020. Disponível em: <http://praticaseducativas.org.br/documentos/Livro_Digital_Pesquisa.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

333 Ministério Público Federal. Câmara de Coordenação e Revisão, 6. Perícia em antropologia no MPF: primeiras contribuições no combate à pandemia da Covid-19 – Brasília: MPF, 2021. P. 11.



Participantes do projeto educacional inovador no Sertão do Pajeú, em Mirandiba- PE. O projeto leva educação escolar de qualidade, respeitando a história do território e os conhecimentos ancestrais, às comunidades quilombolas. Crédito: Ascom/Centro Luiz Freire.

O vírus, ao afetar principalmente a população adulta e idosa, levou a óbito lideranças, sábios e pessoas que guardavam a memória, mitos, narrativas e cosmologias fundamentais para a sobrevivência física e espiritual desses povos³³⁴; ele ainda impede os rituais fúnebres, essenciais para a coesão social e vivência emocional das comunidades³³⁵. Se a pandemia provocou recorde de mortes no Brasil, ela foi ainda mais cruel para os povos indígenas, dada a baixa imunidade às doenças respiratórias³³⁶. Com a educação escolar reduzida ao ensino e o ensino restrito às tecnologias remotas, inacessíveis às comunidades e povos tradicionais, a emergência de COVID-19 somada à imobilidade do Governo Federal instituíram uma nova desigualdade, aquela naturalizada pela presença de um agente patógeno.

Invasores ocupam terras demarcadas, assassinam lideranças, destroem as florestas e exploram os territórios até que se tornem espaços áridos e destituídos de vida. Ainda assim, povos e comunidades tradicionais resistem: constroem redes de solidariedade,

334 "O racismo estrutural tem levado grande parte dos patrimônios e memórias negras, através das mortes dos mais idosos, totalizando mais de 150 quilombolas em 26 de agosto de 2020. 'Quando os nossos mais velhos se vão, não vão apenas as vidas, vão também os conhecimentos, as sabedorias e as ciências quilombolas que não estão escritas nos livros', afirma Raimundo Magnos, liderança quilombola do Pará". In: SILVA, Givânia. Políticas públicas e violação dos direitos dos quilombolas." In: Direitos Humanos no Brasil 2020. Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo, Outras Expressões, 2020. P. 51.

335 SILVA, Andreia V., RODRIGUES, Claudia; AISENGAR, Rachel. Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. In: Revista NUPEM, Campo Mourão, v. 13, n. 30, p.214-234, set./dez. 2021. Para os ritos fúnebres Yanomami, ver páginas 218 e ss.

336 "Muito mais do que números, foram nossos pajés, nossas rezadeiras e rezadores, parteiras, anciões e anciãs, cacicas e caciques que partiram. Perdemos os nossos velhos que guardavam as lembranças da memória de nossa ancestralidade, guardiões do conhecimento, dos cantos, das rezas, da nossa espiritualidade." **Nossa Luta é Pela Vida**. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

erguem barreiras sanitárias, lutam contra o descaso. As resistências são educativas para as novas gerações³³⁷. Nesse cenário de destruição, a voz dos povos indígenas pode expressar o sentimento que anima povos e comunidades tradicionais³³⁸:

“Nossos jovens choram por seus mestres, seus exemplos e inspirações de vida, mas nossa ancestralidade é longa, milenar e nos ensinou a sonhar. Da dor do genocídio e da perseguição que estamos sofrendo, sobrevivemos junto ao chão da nossa terra, que é o nosso sangue e existe em cada parte deste território brasileiro. Não desistiremos de recriar nossos mundos devastados nem de dar continuidade às nossas existências. Não desistiremos de viver!”

Saúde da população LGBTQIA+ e a pandemia de COVID-19

Na pandemia de COVID-19, as lacunas de ações específicas voltadas à população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexo, assexuais e outras minorias sexuais e de gênero) são evidências da persistente invisibilidade social, do estigma e da discriminação sobre esse grupo. É uma ação sistêmica para a qual corrobora o silenciamento da mídia e da sociedade brasileira.

Gênero e orientação sexual foram pouco considerados no enfrentamento à pandemia, incluindo aspectos particulares de atenção em saúde, tais como³³⁹:

- necessidade de monitoramento epidemiológico da população LGBTQIA+;
- garantia às pessoas trans e intersexo do atendimento às suas peculiaridades clínicas que demandam suportes específicos de manejo e internação, respeitando nome social e identidade de gênero, assim como continuidade da terapia hormonal;
- medidas de apoio e cuidado à população LGBTQIA+ que trabalha como profissionais do sexo, em situação de rua e carcerária;

337 **Emergência Indígena**. Disponível em: <<https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

338 APIB. **Nossa Luta é Pela Vida**. Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepe-lavida_v7PT.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

339 SIGNORELLI, Marcos; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio; DE OLIVEIRA, Daniel Canavese; *et al.* The health of LGBTI+ people and the COVID-19 pandemic: A call for visibility and health responses in Latin America. **Sexualities**, v. 24, n. 8, p. 979–983, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1363460720942016>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

- necessidade de acolhimento e manejo de situações de sofrimento psíquico da população LGBTQIA+, que já apresenta características de guetização e isolamento social, com maior risco de depressão, ansiedade, automutilação, tentativas de suicídio, entre outros transtornos, que se intensificaram durante o período de distanciamento social;
- estigma, discriminação e violências que se intensificaram com a pandemia, destacando a violência doméstica e a homofobia estrutural;
- atenção das equipes de saúde às peculiaridades implicadas na vivência forçada das pessoas LGBTQIA+ com familiares abusivos;
- necessidade de serviços de saúde levar em conta as diversas configurações familiares não-tradicionais das pessoas LGBTQIA++;
- abordagem inclusiva por parte de profissionais de saúde a todos os subgrupos integrantes da sigla LGBTQIA+, uma vez que a discriminação nos serviços de saúde está relacionada à baixa procura por esses serviços, o que amplia a automedicação e o uso de tratamentos não-científicos;
- fortalecimento de políticas de equidade no enfrentamento da pandemia levando em conta também as pessoas LGBTQIA+.

As evidências científicas demonstraram o aumento das situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas pessoas LGBTQIA+, levando a uma piora dos estilos de vida. No período de 19 de agosto a 30 de novembro de 2020, Braga *et al.* (2022) observaram, em uma amostra de 975 participantes, declínio de 48,9% na prática de atividade física, aumento de 6,2% no consumo de cigarros e de 17,3% no consumo de álcool³⁴⁰.

340 BRAGA, Luciana Helena Reis; MENEZES, Cynthia Santos; MARTINS, Isadora Viegas; *et al.* Fatores associados à piora no estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 na população brasileira de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e identidades relacionadas: estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, 2022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ress/a/pb9FJP4DByzFkgSJVg5kdRv/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.



A pandemia abre nova frente de luta para a população LGBTQIA+. Com acesso limitado aos empregos formais, o grupo é um dos mais atingidos pelos impactos da doença no mercado de trabalho. Crédito: Divulgação/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Entre 28 de abril e 24 de maio de 2021, pesquisa do coletivo #VoteLGBT, com 7.709 observações nas 5 regiões brasileiras, identificou o agravamento das condições de saúde mental em relação ao ano anterior em 55,19% dos respondentes³⁴¹. Salerno *et al.* (2020) verificaram que o distanciamento social se mostrou associado ao aumento da ansiedade, depressão e estigma na população jovem LGBTQIA+³⁴². Bordiano³⁴³ observou igualmente que as mudanças na vida social consequentes às medidas de distanciamento social levaram ao sentimento de isolamento e solidão. O rechaço frequente pelo núcleo familiar tende a ser compensado pelos vínculos estabelecidos com as suas comunidades. Então, a impossibilidade de contato ativo e presencial com seus “afetos e territórios” gerou grande impacto nesse grupo social.

341 VoteLGBT. **Diagnóstico LGBT+ na pandemia**. Relatório de Pesquisa, jun. 2021. Disponível em: <<https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/60db6a3e00bb0444cdf6e8b4/1624992334484/%5Bvote%2Blgbt%2B%2B%2Bbox1824%5D%2Bdiagnóstico%2BLGBT%2B2021+b+%281%29.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

342 SALERNO, John P.; WILLIAMS, Natasha D.; GATTAMORTA, Karina A. LGBTQ populations: Psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, p. S239–S242, 2020. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/buy/2020-41743-001>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

343 BORDIANO, Geovani; LIBERAL, Suzana Pacheco; LOVISI, Giovanni Marcos; *et al.* COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/DGn766gbxHvgXMyyfLWjgb/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

As pesquisas denunciaram como a pandemia da COVID-19 agravou as situações de violência a partir da intersecção de marcadores, como o machismo e o racismo³⁴⁴. Outrossim, as estruturas de poder e as iniquidades que emergem a partir da homofobia potencializaram essas vulnerabilidades³⁴⁵.

O desamparo social, as desigualdades, a desatenção às necessidades específicas e a tentativa de invisibilização por parte do Estado impactaram a vida das pessoas LGBTQIA+³⁴⁶. Foram constatados graves efeitos sobre a mobilização das redes de apoio comunitário e o acesso aos serviços de saúde, comprometendo a dispensação de medicamentos na saúde mental³⁴⁷. Outros fatores de vulnerabilidade observados foram a precariedade de renda e de vínculos trabalhistas, que se agravaram, sobretudo, entre a população de transgêneros e transexuais³⁴⁸.

Pessoas com deficiência

Durante a pandemia, o agravamento das condições de vida e vulnerabilização experimentadas por pessoas com deficiência ocorreu tanto pelo risco maior de infecção e desenvolvimento de formas mais graves da doença, como pelo encolhimento de políticas públicas fundamentais à promoção de medidas assistenciais e inclusivas a essa população³⁴⁹. Trata-se de uma grande parcela populacional que tem resistido aos desmontes de políticas públicas inclusivas e à adoção de práticas e discursos capacitistas.

Pesquisa do Banco Mundial no Brasil, realizada entre 26 de julho e 01 de outubro de 2021, apontou que 7,3% das famílias tinham ao menos uma pessoa com deficiência. Durante a pandemia, essas famílias apresentaram maior insegurança alimentar, aumento de problemas mentais (ansiedade, nervosismo, preocupação, conflitos

344 MILANEZ, Letícia de Sousa; FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos. Impactos da pandemia da Covid-19 na saúde das mulheres lésbicas. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 11, p. 89–100, 2020. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/11237>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

345 SANTANA, Alef Diogo da Silva; MELO, Lucas Pereira de. Pandemia de covid-19 e população LGBTI+. (In)visibilidades dos impactos sociais. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sess/a/fsX8vyYh4MdTsSLQ3PGVm4k/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

346 Id. BORDIANO (2021).

347 KAUSS, Bruno; POLIDORO, Maurício; COSTA, Adriano; *et al.* "Semente para Luta": ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e201026, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2021.v30n3/e201026/pt/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

348 Id. BORDIANO (2021).

349 MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; *et al.* (Orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. [s.l.]: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2021. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/r3hc2>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

familiares, agressividade entre os membros) e redução de renda em comparação com o período anterior³⁵⁰.

Ao longo da emergência, pessoas com deficiência vivenciaram ameaças constantes de adoecimento grave e morte por falta de acesso à assistência adequada em saúde, sendo preteridos em casos de lotação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)³⁵¹.



A pandemia acirrou o déficit de mobilidade para pessoas com deficiência. Crédito: Marcelo Camargo/Agência Brasil. Os casos de adoecimento e morte de pessoas com deficiência por COVID-19 e de suas cuidadoras não foram monitorados pelos subsistemas de saúde. No geral, não é possível saber quantas foram infectadas, hospitalizadas, recuperadas ou mortas em decorrência da doença, nem sobre o seu acesso aos serviços de saúde³⁵². Apenas o estado do Espírito Santo incluiu sistematicamente o registro das pessoas com deficiência nas fichas individuais de notificação.

350 **Impactos da COVID-19 no Brasil: Evidências sobre pessoas com deficiência durante a pandemia.** World Bank. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/impactos-da-covid19-no-brasil-evidencias-sobre-pessoas-com-deficiencia-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

351 WEID, Olivia von der. "A escolha de Sofia"? Covid-19, deficiência e vulnerabilidade: Por uma bioética do cuidado no Brasil. **reflexpandemia**, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/43408655/A_escolha_de_Sofia_Covid_19_defici%C3%Aancia_e_vulnerabilidade_Por_uma_bio%C3%A9tica_do_cuidado_no_Brasil>. Acesso em: 2 nov. 2022.

352 Id. MOREIRA (2021).

Diversos são os exemplos de omissão do Estado em relação às pessoas com deficiência, indo da falta de levantamento de dados epidemiológicos nas fichas de notificação até a ausência de estratégia coordenada nacionalmente para garantir ações de educação e segurança, proteção social e preservação da vida. Ademais, a carência de estudos epidemiológicos brasileiros sobre o tema evidencia sua invisibilização na produção científica.

No primeiro semestre de 2021, no início da vacinação contra a COVID-19, as pessoas com deficiência constituíram o único grupo prioritário para vacinação que estava atrelado a fatores econômicos: apenas os que recebiam do Benefício de Prestação Continuada (BPC)³⁵³ foram contemplados. Somente após esse período, o Estado reconheceu a prioridade por motivo de deficiência permanente, para crianças e adolescentes, no calendário de imunização³⁵⁴.

A infecção pelo novo coronavírus tem como possível consequência o prolongamento de sintomas e agravos de saúde, o que tem estimulado discussões sobre o seu potencial gerador de novas deficiências, dependência de terceiros e demanda por cuidados especializados – o que, no caso de pessoas que já portam alguma deficiência, podem gerar efeito cumulativo e potencializar limitações funcionais, sejam elas motoras, auditivas, visuais ou neurocognitivas.

Outro problema enfrentado foi a grande redução de serviços reabilitacionais. Um paradoxo que se apresentou pela ampliação da desassistência, em termos absolutos e relativos, no curso de um grande aumento da demanda por tais serviços. A condição se acirrou quando pessoas com síndrome da COVID longa passaram a ser encaminhadas para esses serviços, sobrecarregando sua capacidade de atendimento. A desassistência em reabilitação tem como uma de suas implicações a perda de habilidades funcionais e pode levar a consequências diversas, como perda de autonomia e de acesso a oportunidades e redução da qualidade de vida, do direito de pertencer e de socializar.

Nos anos de pandemia, ações governamentais relativas à educação e à assistência social interferiram na qualidade de vida das pessoas com deficiência. O Decreto nº 10.502, publicado em 30 de setembro de 2020, sobre a Política Nacional de Educação

353 Programa federal de transferência de renda para idosos e pessoas com deficiência em qualquer idade (com impedimentos de pelo menos dois anos) inseridos em uma família que possua renda per capita igual ou menor que ¼ do salário-mínimo. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Ministério da Cidadania. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

354 NACIONAL, Imprensa. **LEI No 14.190, DE 29 DE JULHO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Especial³⁵⁵, que está sendo contestado junto ao Supremo Tribunal Federal, dificulta o acesso de crianças com deficiência no sistema regular de ensino. Já a Lei nº 14.176, publicada em 22 de junho de 2021, que revê os critérios para acesso ao BPC pelas pessoas com deficiência³⁵⁶ circunscreve o direito ao benefício ao grau de dependência de cuidados por terceiros e ao comprometimento da renda familiar com gastos de saúde. A lei ignora o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), desenvolvido por meio de amplos debates pelo Conselho Nacional de Deficiência. Como consequência, milhões de brasileiros com deficiência foram deixados à margem do benefício assistencial, mesmo quando estão inseridos em famílias com renda familiar per capita de até ½ salário-mínimo.

O contexto pandêmico nos confronta com o desafio nacional de reinventarmos a política, a democracia e a cidadania. O diálogo social e a participação são fundamentos dos movimentos de pessoas com deficiência; participação essa que tem sido golpeada pelo Estado. A transformação dessa realidade implica o reconhecimento dos territórios existenciais por onde circulam as pessoas com deficiência e suas cartografias singulares. É, sobretudo, necessário superar a noção de que a deficiência é um problema individual, para considerá-la em suas dimensões éticas, sociais e políticas.

Populações encarceradas

A pandemia de COVID-19 no Brasil levou a óbito pessoas que habitam lugares nos quais mortes acontecem com muita frequência, como é o caso das prisões. A morte por doenças nas prisões denuncia a condição de desassistência em que vive essa população. No estado do Rio de Janeiro, entre 2016 e 2017, ocorreram 521 mortes, das quais 83% estava relacionada à falta de assistência médica³⁵⁷. Em 9 fevereiro de 2022, o número acumulado de óbitos por COVID-19 em toda a pandemia era, oficialmente, 238³⁵⁸ em uma população de 673.614³⁵⁹ pessoas encarceradas.

355 NACIONAL, Imprensa. **DECRETO No 10.502, DE 30 DE SETEMBRO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

356 NACIONAL, Imprensa. **LEI No 14.176, DE 22 DE JUNHO DE 2021 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

357 SÁNCHEZ, Alexandra; TOLEDO, Celina Roma Sánchez de; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; *et al.* Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/7MFpG9t68Zb4ghM6mL8s4Pj/?lang=pt>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

358 DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL – DEPEN – Medidas Contra à COVID-19. **Painel dos Sistemas Prisionais Brasileiros**. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYThhMjk5YjgtZWQwYS00ODIktG4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

359 DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL – DEPEN – **Presos em Unidades Prisionais no Brasil**. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYWlxYjI3MTktNDZiZi00YjVhLWVjN2EtMDM2NDdhZDM5NjE2liwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

É preciso considerar, contudo, o contexto de subnotificação que cerca os dados oficiais, disponíveis nos sistemas de informação do Governo Federal.

O Ministério da Saúde não incluiu as pessoas privadas de liberdade entre os grupos prioritários na primeira versão do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, embora inúmeros estudos demonstrassem o alto risco de infecção por tuberculose, HIV/AIDS e outras doenças infectocontagiosas. A abordagem adotada pelo Governo Federal para lidar com o SARS-CoV-2 nas prisões favoreceu a contaminação de milhares de pessoas.

As unidades carcerárias reúnem diversas condições que favorecem a contaminação pelo novo coronavírus como superlotação, higiene limitada, acesso precário a serviços de saúde e má ventilação das celas. Somam-se ainda às questões estruturais, a coabitação com portadores de outras doenças infecciosas, – como tuberculose e HIV/AIDS, e, em muitos casos, a má nutrição das pessoas encarceradas. No entanto, em março de 2020, o então Ministro da Justiça afirmou: “Há um ambiente de relativa segurança para o sistema prisional em relação ao coronavírus pela própria condição do preso de estar isolado”³⁶⁰, o que indica flagrante despreparo do Ministério para agir diante de uma doença que já se disseminava rapidamente pelo mundo.



As unidades carcerárias reúnem diversas condições que favorecem a contaminação pelo novo coronavírus como superlotação, higiene limitada, acesso precário a serviços de saúde e má ventilação das celas. Crédito: Arquivo/ Agência Brasil.

360 “Não há motivo para temor”, diz Moro sobre novo coronavírus em prisões. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.abc.com.br/justica/noticia/2020-03/nao-ha-motivo-para-temor-diz-moro-sobre-coronavirus-em-presidios>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

As medidas judiciais de desencarceramento eram urgentes e necessárias para a redução da superlotação em unidades prisionais³⁶¹. Entretanto, estimam-se que apenas 30 mil privados de liberdade no Brasil tenham sido alcançados pela Recomendação nº 62 do Conselho Nacional de Justiça nessa direção.

Vale ressaltar ainda que não são apenas as pessoas privadas de liberdade que se encontraram em situação de vulnerabilidade, mas todas aquelas que circulam pelas unidades prisionais, como agentes penitenciários e outros trabalhadores³⁶². Condição válida também para pessoas e trabalhadores de comunidades terapêuticas, unidades socioeducativas e hospitais psiquiátricos, entre outros estabelecimentos similares.

O encarceramento em massa está decisivamente vinculado ao racismo e à desigualdade socioeconômica. Com a pandemia de COVID-19, o confinamento, o cuidado e a custódia ganhou mais um desafio: lidar com a provável endemização da doença provocada pelo novo coronavírus.

Populações em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) define a População em Situação de Rua (PSR) como grupo populacional heterogêneo tendo em comum a pobreza extrema, vínculos familiares fragilizados ou interrompidos e inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente³⁶³.

Não há consenso sobre quantas pessoas no território nacional encontram-se em tal situação de extrema vulnerabilidade, o que as tornam invisíveis aos olhos das políticas públicas. Natalino (2016) estimou que, em 2015, havia 101.854 PSR no Brasil³⁶⁴. Dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de março de 2021 apontaram 160.097 registros classificados

361 SÁNCHEZ, Alexandra; SIMAS, Luciana; DIUANA, Vilma; *et al.* COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00083520, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00083520/>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

362 NOWOTNY, K. M.; SEIDE, K.; BRINKLEY-RUBINSTEIN, L. Risk of COVID-19 infection among prison staff in the United States. **BMC Public Health** 21, 1036 (2021). Disponível em: <<https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11077-0>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

363 BRASIL. **DECRETO Nº7.053, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009**, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 2 nov. 2022.

364 NATALINO, Marco Antonio Carvalho. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL. p. 36, 2016. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

como PSR³⁶⁵. Durante a pandemia de COVID-19, o Governo Federal não promoveu a atualização do CadÚnico.

Nesse período, não houve nenhuma ação específica de comunicação da União para orientar e esclarecer à PSR quanto aos riscos da COVID-19 ou guiar as ações de informação e comunicação em saúde nos municípios para esse público.

Relatos por parte de moradores de rua e integrantes do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)³⁶⁶ contam que entre a PSR houve uma grande adesão à tese de que não seriam infectados por COVID-19. Alguns afirmavam que, por viverem na sujeira e sem condições sanitárias mínimas, estariam menos suscetíveis ao vírus; outros, que o álcool e as drogas consumidos protegeriam seus corpos. Tais respostas parecem ser reações de defesa, diante de orientações impraticáveis. Não há viabilidade de lavar as mãos frequentemente na ausência de meios para a higiene pessoal diária³⁶⁷. Não é possível praticar o isolamento social, quando estar junto significa estratégia de proteção contra violência ou diante de abrigos públicos^{368, 369}. As ruas desertas retiraram grande parte da estrutura existente para sobrevivência da PSR. Em determinados momentos, não havia mais lojas para se acessar água potável, bares em que se pudesse utilizar o banheiro, ou clientes para o exercício de atividades financeiras (vigilância de carros, vendas em paradas de trânsito etc.)^{370, 371}.

Concomitantemente, os serviços públicos que prestam assistência direta também sofreram grandes alterações, restringindo acesso dessa população a políticas públicas, o que veio a exigir um processo de adaptação. Em momentos de maior restrição de mobilidade, a ausência dos serviços de identificação (carteira de

365 DIAS, André Luiz Freitas; MIGLIARI, Wellington; RODRIGUES, Gabriel Coelho Mendonça. População em Situação de Rua. Disponível em: <<https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/relatorio-incontaveis-2021.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

366 O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) foi criado com o objetivo de incluir pessoas em situação de rua na discussão sobre qualquer temática a elas relacionadas. O movimento tem como lema a máxima de “nada sobre nós, sem nós”. Dessa maneira, reivindicam o seu lugar de fala, considerando a experiência de vida na rua como fundamental para se pensar e construir ações e políticas públicas direcionadas a essa população. A criação do MNPR se deu em 2004, sendo oficialmente consolidada no 4º Encontro Nacional Lixo e Cidadania, em 2005.

367 **CompPAPS MG - Relatos de Boas Práticas**. Disponível em: <<https://sites.google.com/view/ideiasus-compaps-mg/relatos-de-boas-pr%C3%A1ticas>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

368 Id. BOVE, (2022)

369 INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS. ALCANCE DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19. RELATÓRIO DE PESQUISA. Fiocruz-Minas: Belo Horizonte; 2021.

370 Id. BOVE, (2022)

371 Id. INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS, (2021)

identidade e certidão de nascimento) criou uma barreira adicional para obter o Auxílio Emergencial³⁷².

Em levantamento das ações implementadas durante a pandemia, observou-se que os serviços de assistência social que conseguiram manter o funcionamento passaram a: controlar o número de pessoas acessando a unidade; controlar o tempo de permanência para o banho, a lavagem de roupa e a alimentação; reduzir leitos em abrigos; suspender atividades coletivas; e demandar uso obrigatório de EPI. O Ministério da Cidadania abordou essas alterações de fluxo na Portaria nº 69 de 2020, com foco na garantia da segurança da PSR³⁷³. No entanto, não houve destinação de recursos para a ampliação de oferta de leitos e outras instalações para que os serviços municipais pudessem manter o volume de atendimento obedecendo os protocolos de segurança prescritos³⁷⁴.

Já os serviços da saúde receberam orientações gerais por parte do Ministério da Saúde (MS) de priorização do atendimento de sintomáticos respiratórios e de manutenção do atendimento de grupos vulneráveis, com priorização de monitoramento a distância. No entanto, não é possível identificar nenhuma nota técnica de orientação específica destinada ao cuidado da PSR para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), saúde mental, urgência e emergência. Apenas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação³⁷⁵ a PSR foi incluída, pela primeira vez de forma explícita, como grupo prioritário em um documento relativo à pandemia.

Em grande parte dos municípios houve suspensão de atividades coletivas e limite de pessoas em tratamento nos serviços não hospitalares. Uma barreira importante de acesso à APS para a PSR foi a orientação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) priorizarem monitoramento online dos pacientes crônicos e vulneráveis, o que dificultou a abordagem nas ruas. Os consultórios de rua, raros no país, mantiveram-se atuantes e sem interrupção de atendimentos, embora com equipes reduzidas, o que atrapalhou a cobertura do território e o vínculo com a PSR. A orientação para buscar as unidades de saúde apenas em caso de sintomas gripais graves também levou a um maior distanciamento dessas pessoas, muitas

372 Id. INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS, (2021)

373 PORTARIA No 69, DE 14 DE MAIO DE 2020 – Secretaria Nacional de Assistência Social. Disponível em: <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-69-de-14-de-maio-de-2020/>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

374 Id. INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS (2021).

375 MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19. 6. Ed. Brasília, DF; 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOV19_ED06_V3_28.04.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

vezes com risco de interrupção de tratamentos para tuberculose e HIV/AIDS e de acompanhamento do pré-natal³⁷⁶.

Os relatos de casos e mortes por COVID-19 entre a PSR ocorreram nacionalmente, mas não na proporção esperada no início da pandemia, o que ainda precisa ser compreendido. O município de Belo Horizonte, por exemplo, registrou até 13 de julho de 2021, 1.161 pessoas em situação de rua testadas para COVID-19, com 10% de casos confirmados laboratorialmente, 36 internados e 7 óbitos, em uma população estimada de 8.757, a partir dos registros do CadÚnico³⁷⁷. Destaca-se que não existem dados nacionais consolidados referentes à contaminação e morte de PSR e que o e-SUS Notifica não possui nenhum campo para reportar PSR no momento da notificação.

Como referido, a PSR foi considerada público prioritário para a vacinação da COVID-19. O MS destinou um número de doses suficiente para, exatamente, 66.936 pessoas³⁷⁸. Não foram realizadas orientações específicas quanto à abordagem da PSR e alguns municípios, por decisão própria, optaram por aplicar a vacina Janssen, que confere imunidade com dose única. Não há registros nacionais de quantas pessoas em situação de rua foram vacinadas, já que no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) não há campo para registro dessa informação. O registro da vacinação de PSR no SI-PNI por meio de documento de identificação também funcionou como barreira, já que, segundo relatos dos profissionais do consultório de rua, algumas pessoas se recusaram a se vacinar em função dessa exigência. O que implica a necessidade de uma campanha específica para esse público³⁷⁹.

Frente pela Vida e Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19

No dia 27 de março de 2020, um mês após o primeiro caso de COVID-19 ser registrado oficialmente no Brasil, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Comissão Arns, ABC, a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) divulgaram a nota conjunta “Em defesa da vida”, alertando a população

376 A Nota Técnica COVID-19 n° 007/2020, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, suspendeu serviços de odontologia e atividades coletivas incluindo grupos vinculados a 18 terapias, oficinas dos Centros de Convivência e demais oficinas eletivas de saúde mental (Arte na Saúde), bem como ações educativas e de promoção nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e nas escolas por pelo menos 60 dias, em 2020.

377 Id. INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS (2021).

378 Id. DIAS (2021)

379 Id. INSTITUTO RENÉ RACHOU FIOCRUZ-MINAS (2021).

sobre a necessidade de permanecer em casa e de respeitar as recomendações das organizações científicas e dos profissionais da saúde a partir da experiência dos países severamente atingidos³⁸⁰. A nota foi destaque na imprensa de todo o país.

No dia 29 de abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou a “Carta Aberta em Defesa da Vida, da Democracia e do SUS”, orientando a população a continuar em casa e manter o distanciamento social, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁸¹. Essas duas manifestações tiveram grande repercussão, inspirando a criação de um movimento maior pela defesa da vida.

Em 29 de maio, por iniciativa da Abrasco, foi lançada a Frente pela Vida, com o objetivo de conter o aumento das mortes pela pandemia de COVID-19. Participaram a SBPC, a ABI, a CNBB, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino (ADIFES), o CNS e entidades da saúde coletiva como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e a Rede Unida.

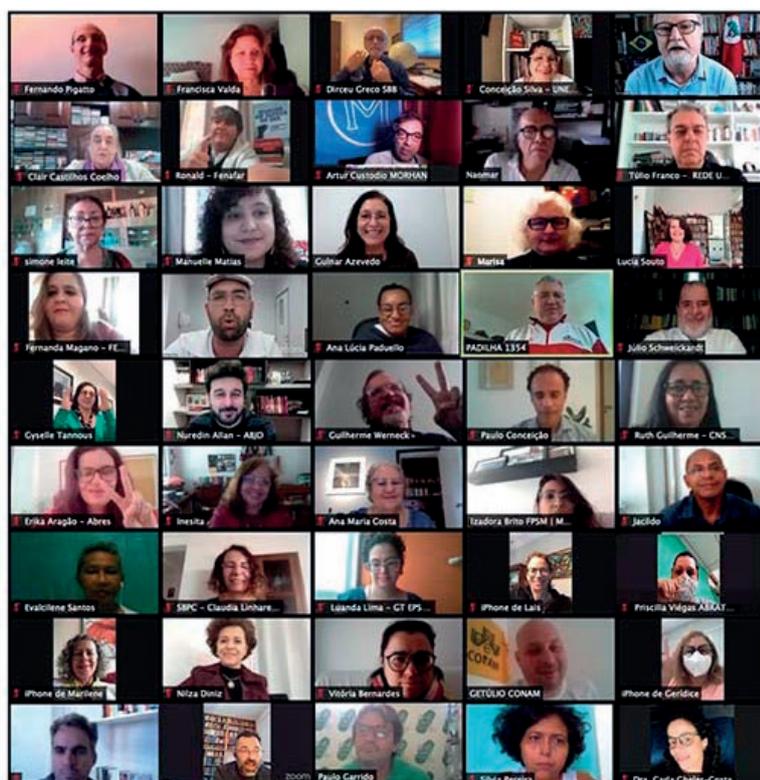
Em 9 de junho de 2020, a Frente pela Vida realizou a Marcha Virtual, seu primeiro ato político, que contou com a participação de mais de 600 organizações e movimentos sociais. Naquele dia, o Brasil registrava, oficialmente, um total de 742.084 casos e 37.359 mortes por COVID-19. Já estava clara a incapacidade da União de lidar com a pandemia.

A Frente pela Vida e o CNS elaboraram, em 3 semanas, o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, em parceria com 14 entidades científicas da saúde, em um contexto em que o Governo Federal ainda não havia apresentado um plano de controle. O documento teve como coordenador o professor Naomar de Almeida Filho, então vice-presidente da Abrasco e contou com a participação de mais de 80 pesquisadores e profissionais de saúde. Nele, foram abordadas, de forma detalhada, a situação da pandemia, suas interfaces e consequências e apresentadas 70 recomendações para autoridades políticas e sanitárias, gestores do SUS e sociedade em geral³⁸². O lançamento ocorreu em 3 de julho de 2020, vindo, posteriormente, a ser debatido em conselhos estaduais e municipais de saúde, universidades, entidades e fóruns do movimento social.

380 Em Defesa da Vida. *Jornal da Ciência*, Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/edicoes/>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

381 ANJOS, Lucas dos. Carta aberta do Conselho Nacional de Saúde em defesa da vida, da democracia e do SUS. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1140-carta-aberta-do-conselho-nacional-de-saude-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

382 PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19. Frente Pela Vida. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20_20.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.



Encontro virtual do Frente Pela Vida. Crédito: Divulgação/Abrasco.

No dia 24 de julho de 2020, foi feita a entrega formal do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 ao Ministério da Saúde. Estiveram presentes na cerimônia virtual os presidentes de 13 entidades científicas da saúde e bioética que compõem a Frente pela Vida, assim como Fernando Pigatto, presidente do CNS, e Carlos Eduardo Lula, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O Ministério da Saúde foi representado pelos secretários de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) e da pasta de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).

Em 4 de agosto de 2020, o Plano foi apresentado em audiência pública da Comissão Externa da Câmara dos Deputados, que foi criada para o acompanhamento das ações do Executivo sobre o Plano de Enfrentamento à COVID-19. Foi enfatizado que o plano da Frente pela Vida era uma proposta aberta, um instrumento de luta, de orientação à população e de cobrança do Estado.

O movimento cresceu, passando a contar com maior presença de entidades da educação. Em 23 de outubro de 2020, foi lançado o 1º manifesto “Ocupar Escolas, Proteger Pessoas, Recriar a Educação”, fruto de um trabalho conjunto entre as áreas da saúde e da educação. O texto expunha os desafios da educação

durante a pandemia, propondo caminhos viáveis para superá-los³⁸³. A estratégia defendida no documento compreendia o fortalecimento dos laços da saúde com as comunidades escolares; a reabertura e ocupação dos espaços institucionais da educação; a recriação da educação como construção de valores e da escola como espaço de criatividade, de compartilhamento e de formação cidadã, a partir de uma visão crítica da sociedade; e a promoção de uma cultura de paz, solidariedade e colaboração. Em 17 de novembro de 2020, foi divulgada, em ato virtual, a segunda versão desse manifesto, com o título “Ocupar escolas, Proteger Pessoas, Valorizar a Educação”³⁸⁴, que contou com grande participação de entidades e movimentos de educação.

No dia 15 de dezembro de 2020, foi realizado o ato nacional de lançamento da campanha em defesa do SUS que apresentou o documento “O Brasil Precisa do SUS – Carta ao Povo Brasileiro”³⁸⁵. O ato contou com ampla participação de ativistas, artistas, parlamentares, empresários, usuários, gestores e trabalhadores da saúde. O eixo principal de luta foi “Vacina para todas e todos! O Brasil Precisa do SUS.”

O início de 2021 foi marcado pela pressão que a Frente pela Vida exerceu pela garantia de vacinas para toda a população, com exigência de mais doses, mais recursos, mais celeridade e adequada coordenação da vacinação.

Em 29 março de 2021, a iniciativa abarcou a área de assistência social com o lançamento do documento “Saúde, Educação e Assistência Social em Defesa da Vida e da Democracia”, que analisava o impacto desigual da pandemia sobre a educação de crianças e adolescentes³⁸⁶.

A pressão junto ao Congresso Nacional e ao Supremo Tribunal Federal foi mantida com a entrega do manifesto em defesa da vacinação e a proposta União Nacional Para Salvar Vidas.

Em 9 de junho de 2021, foi realizada a segunda Marcha pela Vida, momento em que o país acumulava 17.037.129 casos e 476.792 óbitos por COVID-19. No dia 2 de

383 Manifesto Ocupar escolas, proteger pessoas, recriar a educação. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/10/MANIFESTO-_OCUPAR-ESCOLAS-PROTEGER-PESSOAS-RECRIAR-A-EDUCACAO_2.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

384 Manifesto Ocupar escolas, proteger pessoas, valorizar a educação. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/MANIFESTO-_OCUPAR-ESCOLAS-PROTEGER-PESSOAS-RECRIAR-A-EDUCACAO_2-1.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

385 DIAS, Bruno C. O Brasil Precisa do SUS - Carta ao Povo Brasileiro. ABRASCO. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/o-brasil-precisa-do-sus-carta-ao-povo-brasileiro/54458/>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

386 Manifesto SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM DEFESA DA VIDA E DA DEMOCRACIA. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/02/Manifesto_EDU_SAUDE_ASSIST_vf.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

julho daquele ano, quando o Brasil atingiu meio milhão de mortes, a Frente pela Vida denunciou essa triste marca, exigindo vacinas e máscaras faciais para todos.

A Frente pela Vida cumpriu um papel importante na organização de entidades e movimentos sociais em defesa da vida, do SUS e da democracia. Todo o material produzido foi entregue à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia de COVID-19, servindo de subsídio para os trabalhos da Comissão. Ainda se mantêm atuais e relevantes os pilares da declaração da Marcha Virtual de 9 de junho de 2020: seguir a ciência, fortalecer o SUS, solidarizar-se com as populações vulnerabilizadas, preservar o meio ambiente, defender a democracia e respeitar a Constituição.

A pandemia como fenômeno que revela e aprofunda as desigualdades sociais no Brasil

As análises apresentadas demonstraram que a COVID-19 atingiu de modo muito desigual a população brasileira e tem recorte de classe, raça/etnia e gênero, além de desigualdades regionais e territoriais³⁸⁷. E mesmo a constatação da maior ocorrência de complicações graves e mortes entre idosos portadores de doenças crônicas, que vinha reforçando interpretações biológicas e clínicas e a epidemiologia de fatores de risco, pode ser reinterpretada, já que grupos em desvantagem social são mais acometidos por comorbidades, associadas às complicações severas e mortalidade por COVID-19.

No Brasil, o entrelaçamento de estruturas de opressão social marcou sua história colonial, patriarcal e classista e constituiu a matriz de iniquidades, que expressam a vulnerabilidade das mulheres, das populações pobre, negra, indígena e quilombola, das comunidades tradicionais, daqueles em situação de rua ou encarcerados. As desigualdades sociais prévias contribuíram para o aumento do risco de infecção pelo SARS-CoV-2, adoecimento, hospitalizações e mortes por COVID-19 e têm sido acentuadas pelos efeitos econômicos, sociais e culturais, decorrentes das medidas adotadas para o controle da pandemia.

Um problema comum é a falta de registro de marcadores sociais nas estatísticas de saúde que permitam a análise e o monitoramento da ocorrência da COVID-19 e

387 BARRETO, M.L.; AQUINO, E.M.L. Pandemia de COVID-19: reflexões sobre seus impactos, incertezas e controvérsias. In: BUSS, Paulo M.; BURGER, Pedro (Org.) Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2021.

suas complicações, segundo condições de vulnerabilização, de modo a orientar a definição de prioridades para o controle da pandemia.

Essa lacuna reflete características habituais dos sistemas de informações em saúde, que foram reforçadas pela chamada “tirania do urgente” descrita em situações de Emergência em Saúde Pública, nas quais são priorizadas as respostas biomédicas, negligenciando iniquidades estruturais como as de gênero e raça/etnia³⁸⁸. Mesmo nos sistemas e formulários que incluem campos básicos como idade, sexo e raça/cor, a falta de completude no preenchimento de dados e de padronização das informações oficiais dificultaram a análise de tendências e da distribuição espacial da COVID-19 segundo grupos sociais no país.

388 WENHAM, Clare; SMITH, Julia; MORGAN, Rosemary. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 846–848, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext)>. Acesso em: 3 nov. 2022.

3

Parte

Lições aprendidas e desafios pós-pandemia



Servidor da Fiocruz prepara vacina de Oxford/AstraZeneca para a primeira aplicação no Brasil. Apesar de todo o histórico bem-sucedido de nosso PNI, o Brasil foi hesitante na aquisição de vacinas, permitindo o atraso no início da vacinação para toda a população e, posteriormente, em grupos específicos. Rio de Janeiro-RJ, 23 de jan. de 2021. Crédito: Tomaz Silva/Agência Brasil.

Repercussões da pandemia sobre a subjetividade e a sociabilidade brasileiras: entraves e soluções

A subjetividade e a sociabilidade brasileiras vêm sendo forjadas a golpes de injustiça e violência desde a colonização: o massacre dos povos indígenas, o escárnio da escravidão e sua abolição tardia e a pregnantemente presença do compadrio ao longo e ao largo de todo o país.

Tal como em muitos países da América Latina, as elites brasileiras têm sido insensíveis e predatórias. Porém, essa triste realidade foi por aqui encoberta durante muito tempo por uma mitologia do “homem brasileiro alegre e gentil”.

Segundo o psicanalista Pierre Benghozi (2001)¹, existe na cultura uma forma de transmissão que ele denomina de transgeracional: a transmissão do impensável, do indizível, do inominável e do inconfessável. Quando uma boa parcela da população tem como herança a ser passada à frente o traumatismo, ela assume a forma do silêncio e da humilhação. Não haveria então “metabolização” psíquica, a herança seria transmitida sem elaboração, nem simbolização.

Benghozi se referia a situações extremas, como guerras e ditaduras. Mas essa reflexão cabe no Brasil de hoje, já que uma grande parcela da população tem marcas provocadas pelo racismo estrutural, pelo machismo, pela violência policial e o extermínio de milhares de jovens negros. A vez deles nunca chega: na justiça, na saúde, na educação e, muito menos, na segurança pública. Chega a parecer que o povo brasileiro não cabe no Brasil.

Para Freud, a agressividade constituiria uma reação às frustrações ambientais. Já para Winnicott (2005)², a agressividade primária seria uma forma de conhecer o mundo, implicando o estabelecimento de uma primeira distinção entre o eu e o não eu. Para isso acontecer a contento, seria importante que o objeto agredido sobrevivesse, sem retaliar.

A sociedade brasileira nega, sistematicamente, a agressividade e a violência estrutural de que padece e, negando a agressividade, não se permite o trabalho de reparação nem a responsabilização. É imperioso que os serviços públicos

1 BENGHOZI, Pierre. Traumatismos precoces da criança e transmissão genealógica em situação de crises e catástrofes humanitárias: desmalhar e remalhar continentes genealógicos familiares e comunitários. In: CORREA, Olga B. Ruiz (Org.). **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2001. p.89-100.

2 WINNICOTT, Donald Woods. **Privação e Delinquência**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ofereçam espaços para que o trabalho de reparação e de restituição aconteça. A negação só contribui para a perpetuação desse círculo vicioso de violência e dor.

Há uma distinção teórica entre agressividade e violência. Agressividade é uma característica do humano e seu exercício é necessário para o amadurecimento do sujeito. A violência é um conceito social, que implica na produção de danos a outros.

A eleição de 2014 para presidência da República refletiu uma sociedade cindida, na qual debates, polêmicas e trocas de ideias foram substituídos por insultos, clichês e desqualificações. O impeachment de Dilma Rousseff, em 2016, representou uma violência contra a jovem democracia brasileira, e o governo Temer, que a sucedeu, fez o país retroceder aceleradamente, principalmente, em termos de políticas públicas. Esse contexto de polarização, violência e retrocesso abriu a porta para a eleição, em 2018, de um governo obscurantista e negacionista, a quem coube a responsabilidade de administrar o país durante a pandemia da COVID-19.

A crise aberta pela pandemia serviu de alibi para o cerceamento de direitos: no campo trabalhista, na demora na vacinação, no ataque ao meio ambiente e na negação das mazelas estruturais do Brasil. As taxas de desigualdade na mortalidade por COVID-19 são evidências da repetição da ignomínia.

Como poderemos enfrentar essa dolorosa experiência sem passá-la à frente como a mera repetição de um círculo de violência, exclusão e humilhação?

Um lugar e um tempo são necessários para que a cultura possa desabrochar seu trabalho em relação à história, às violências silenciadas por anos de machismo e racismo e às injustiças sociais, inclusive durante o período pandêmico³.

Para abrigar a esperança, é necessário instaurar espaços de recuperação da dignidade: dos lugares, dos corpos, dos nomes. Apoiar rituais de luto dos milhares de jovens massacrados pela violência cotidiana e dos mortos pela COVID-19. Ter centros culturais, centros de convivência, centros de saúde e praças onde equipes estejam disponíveis para apoiar o trabalho de reconstrução subjetiva e a conquista da dignidade e da memória dos brasileiros. É importante encarar um trabalho preventivo em prol das gerações futuras e cuidar da esperança para que ela possa florescer.

Há no povo brasileiro uma capacidade de resistência alegre. Como ensinava Espinosa, a alegria pode ser um afeto que empodera e pode contribuir com a luta.

3 ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Leituras de Winnicott. *Revista CULT*. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/leituras-de-winnicott-2/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

O Brasil do amanhã não está pronto. Ele não pertence aos que hoje o controlam. O futuro está aberto e dependerá do que será feito com ele e para ele.

Ciência, negacionismo e necropolítica em tempos de pandemia no Brasil

A história da pandemia de COVID-19 ficará marcada pela instrumentalização do negacionismo científico para promoção da morte em larga escala, tanto por aparatos estatais como por movimentos paraestatais, de forma coordenada. Pela primeira vez, os avanços tecnológicos oferecem meios suficientes para que a comunicação em saúde coletiva adquira um alcance que pode ser definido como universal. No entanto, as tecnologias de comunicação constituíram, justamente, um dos principais vetores dos ataques à saúde coletiva durante a emergência de COVID-19.

Para surpresa de todos, os países que permitiram a disseminação massiva da COVID-19 não foram os menos preparados para as emergências internacionais de saúde, tampouco os de menor renda ou dotados de sistemas de saúde mais frágeis. Uma clivagem ideológica, política e/ou eleitoral (a depender do momento, do país e do ator em questão) é que determinou a percepção da pandemia como uma oportunidade para o exercício do **poder de causar a morte**. Esse atributo seria uma espécie de ponto intermediário entre as célebres expressões utilizadas por Michel Foucault em seus estudos sobre a biopolítica (no sentido de controle da vida): as tecnologias de poder evoluem das prerrogativas de **fazer morrer e deixar viver** aos atributos de **fazer viver e deixar morrer**. Sob o prisma estritamente material, **causar a morte** seria um pouco menos do que **matar**, mas um pouco mais do que **deixar morrer**. Em qualquer ponto desse continuum, no qual intencionalmente se encorajam milhões de pessoas à exposição a um vírus mortal, encontra-se o atributo de regulação e distribuição da morte como exercício de poder, que Achille Mbembe designou como **necropolítica** (ou política da morte).

A utilização da saúde pública para eliminação de pessoas consideradas inimigas, indesejáveis ou descartáveis não é uma novidade histórica. Há um amplo leque de exemplos notórios como a disseminação intencional de doenças pelos colonizadores, à época da conquista do Novo Mundo, até a invenção das câmaras de gás, implementadas em diferentes regiões da Alemanha, para eliminação de dezenas de milhares de pessoas (inclusive crianças) com deficiências e doenças (entre elas a esquizofrenia), cuja vida era considerada indigna pelo regime nazista.

Assim como nesses momentos da história, diferentes narrativas e interesses encobrem a interpretação do presente, dificultando a percepção de certas respostas à pandemia como o crime contra a humanidade que elas, de fato, são. Sob um filtro ideológico, a pandemia é apresentada por certos atores governamentais e sociais como uma **seleção natural**, capaz de purificar a espécie humana, em benefício do conjunto da sociedade, graças à **sobrevivência dos mais fortes**, o que corresponde ao ideário que costuma ser chamado de **darwinismo social**.

Florão do negacionismo científico durante a COVID-19, a falsa tese da imunidade de rebanho por contágio foi muitas vezes referida como uma espécie de **neoliberalismo epidemiológico**⁴. Assim como o credo do livre mercado, essa tese supõe que a melhor maneira de enfrentar uma epidemia é deixá-la avançar com freios mínimos, resultando, do mesmo modo que o neoliberalismo econômico, em violência extrema e potencial eliminação das pessoas e grupos mais vulneráveis.



A pandemia alterou a forma como as pessoas deveriam se comportar no espaço público. Entretanto, a adesão aos protocolos sanitários foi heterogênea. A resistência a eles foi estimulada de forma irresponsável por lideranças do Governo Federal. Crédito: Marcelo Camargo/Agência Brasil.

O caso brasileiro tornou-se um paradigma da correlação entre negacionismo científico e necropolítica. Estudo conduzido por Ventura et al. (2021), que serviu como subsídio à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a COVID-19, criada no Senado Federal, mostrou a intencionalidade da disseminação da doença pelo

4 FREY, Isabel. "Herd Immunity" is Epidemiological Neoliberalism. Disponível em: <<https://thequarantimes.wordpress.com/2020/03/19/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Governo Federal por meio de atos e omissões que podem ser sintetizados da seguinte forma⁵:

- defesa da tese da imunidade de rebanho (ou coletiva) por contágio (ou transmissão) como forma de resposta à COVID-19, disseminando a crença de que a imunidade natural decorrente da infecção pelo vírus protegeria os indivíduos e levaria ao controle da pandemia, além de estimativas infundadas sobre o número de óbitos e a data de término da pandemia;
- incitação constante à exposição da população ao vírus e ao descumprimento de medidas sanitárias preventivas, baseada na negação da gravidade da doença, na apologia à coragem e na suposta existência de um tratamento precoce para a COVID-19, convertido em política pública;
- banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença, omitindo-se em relação à proteção de familiares de vítimas e de sobreviventes e propalando a ideia de que faleceriam apenas pessoas idosas, com comorbidades ou sem acesso ao “tratamento precoce”;
- obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por governadores e prefeitos, justificada pela suposta oposição entre a proteção da saúde e a proteção da economia, que inclui a difusão da ideia de que medidas de distanciamento social causam mais danos do que o vírus e de que elas é que causariam a fome e o desemprego, e não a pandemia;
- foco em medidas de assistência e abstenção de medidas de prevenção da doença, amiúde adotando-as apenas quando provocadas por outras instituições, em especial o Congresso Nacional e o Poder Judiciário;
- ataques aos críticos da resposta federal, à imprensa e ao jornalismo profissional, questionando, sobretudo, a dimensão da doença no país;
- consciência da irregularidade de determinadas condutas.

Quanto ao último ponto, houve um envolvimento direto de membros do Governo Federal na propagação do vírus, com intensos deslocamentos em território nacional. Deve ser destacada a organização ou promoção de manifestações políticas em apoio ao governo que geraram aglomerações, nas quais houve abstenção ou até mesmo combate a medidas protetivas elementares como o uso de máscaras. A resposta federal também é marcada por condutas ardilosas, como

5 VENTURA, Deisy de Freitas Lima e REIS, Rosana. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19.** Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6802152/mod_resource/content/1/Leitura%20-%20A%20Linha%20do%20tempo%20da%20estratégia%20federal%20de%20disseminação%20da%20COVID19.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

a disseminação de notícias falsas nos discursos presidenciais e em meios oficiais de comunicação.

O Brasil, outrora um líder do campo da saúde global em defesa da vida (como foi o caso do programa brasileiro para o HIV/AIDS e tantas outras iniciativas), e detentor de um sistema público de saúde cujas características poderiam ter possibilitado melhores respostas à COVID-19, passou a ser referência internacional das políticas de morte conduzidas impunemente no campo da saúde pública.

Considerando que novas crises sanitárias estão por vir, a naturalização das pandemias como instrumento de eliminação de populações vulneráveis é uma das maiores ameaças aos direitos humanos e à democracia que pesam sobre o país e o mundo.

Bioética e civilização

A pandemia de COVID-19 impactou o mundo apenas 4 décadas após o início da epidemia de HIV/AIDS, e ambas podem ser consideradas sindemias. O termo sindemia⁶, como indicado antes neste Dossiê, foi cunhado como uma perspectiva teórica para compreender a interação sinérgica de doenças coexistentes e fatores biológicos e ambientais que agravam os resultados complexos dessas doenças nas populações, relacionando o abuso de drogas, violência e AIDS. A forma como a AIDS foi enfrentada é importante para a discussão sobre saúde global.

Para o controle efetivo da COVID-19, as lições aprendidas com o HIV/AIDS^{7 8} podem ser usadas para combater a discriminação e o preconceito, aumentar a solidariedade e cooperação internacional e enfrentar a anticiência, os movimentos antivacinas e a infodemia. A infodemia é caracterizada pelo excesso de informações, incluindo informações falsas ou enganosas, em ambientes digitais e físicos. Ela leva à confusão e a comportamentos de risco e corrói a confiança nas autoridades de saúde e nas respostas de saúde pública⁹ – padrões observados durante a pandemia.

6 SINGER, Merrill. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, v. 28, n. 1, p. 13-24, 2000. Disponível em: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/dose-drugs-touch-violence-case-aids-conceptualizing-sava-syndemic>

7 PIOT, Peter; QUINN, Thomas C. Response to the AIDS Pandemic — A Global Health Model. *New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 23, p. 2210-2218, 2013. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1201533>. Acesso em: 14 nov. 2022

8 BRANDT, Allan M. How AIDS Invented Global Health. *New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 23, p. 2149-2152, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1305297>. Acesso em: 14 nov. 2022.

9 COVID-19 Research and Innovation. *Powering the world's pandemic response – now and in the future*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-research-and-innovation---powering-the-world-s-pandemic-response-now-and-in-the-future>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Além disto, será necessário financiar adequadamente a ciência e a saúde pública para garantir o acesso igualitário ao progresso tecnológico, o que inclui suspender as patentes de produtos para COVID-19^{10/11}. Somente com o envolvimento da sociedade civil, do governo, das universidades, de pesquisadores e profissionais de saúde será possível abordar os determinantes sociais da saúde, que facilitaram o estabelecimento e a disseminação da atual síndrome, e preparar para o enfrentamento adequado de pandemias futuras.

As especificidades éticas na proteção dos mais vulneráveis

As dificuldades de acesso aos diversos níveis de cuidados da saúde, desde a atenção básica, incluindo o acesso aos serviços de cuidados secundários, terciários e quaternários, têm historicamente afetado de maneira díspar diversos segmentos populacionais, especialmente os mais vulnerabilizados (por exemplo, os sem emprego ou subempregados, população negra, mulheres, pessoas em situação de rua, privadas de liberdade ou com sofrimento mental, moradores em favelas e/ou periferia de grandes cidades, a população LGBTQIA+, entre outros). Ao mitigar essas dificuldades na resposta à COVID-19, ficou claro o papel imprescindível do SUS na defesa dos direitos humanos e respeito aos preceitos éticos¹².

O enfrentamento da pandemia de HIV/AIDS se contrapôs a desafios legais e, especialmente, éticos, os quais antecederam a pandemia, em países de alta renda (HIC) e especialmente, nos de média e baixa renda (LMIC). As políticas preconizadas para o efetivo combate à doença incluem o reforço da proteção social, com o enfrentamento abrangente dos determinantes sociais de saúde, e a garantia do acesso igualitário e ético à saúde pública de qualidade em todos os seus níveis.

As disparidades e iniquidades globais que já existiam antes do início da COVID-19 foram acentuadas pela pandemia e refletem o desrespeito histórico aos direitos fundamentais das populações mais vulnerabilizadas. Há ainda muitas incógnitas sobre o que acontecerá pós-pandemia, mas o SARS-CoV-2 provavelmente não será eliminado, mesmo com as vacinas eficazes e seguras que foram desenvolvidas em tempo recorde. Os imunizantes, se corretos e igualmente distribuídos, podem diminuir a morbidade e a mortalidade por COVID-19 no mundo. Entretanto, apesar

10 **L14200**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14200.htm>. Acesso em: 14 nov. 2022.

11 **TRIPS Waiver Negotiations Go Down to the Wire in the Run-Up to MC12**. International Institute for Sustainable Development. Disponível em: <<https://www.iisd.org/articles/policy-analysis/trips-waiver-negotiations-mc12>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

12 GRECO, Dirceu. Reflexões bioéticas em tempos de pandemia(s). In: VASCONCELOS, Camila; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; NEVES, Maria do Céu Patrão. **Deliberações (bio)Éticas e Decisões Jurídicas: Brasil e Portugal**. São Paulo: ed. Dialética, 2021. p. 139-169.

da intensa produção de vacinas, o acesso continua desigual; na África muitos ainda não receberam sua primeira dose¹³.

Em fevereiro de 2021, o secretário geral da ONU, Antônio Guterres, denunciou a retenção de 75% de doses das vacinas por 10 países, enquanto mais de 130 países não haviam recebido uma única dose¹⁴. Essa iniquidade se dá por diversas dificuldades operacionais, financeiras e científicas (por exemplo, a duração da imunidade vacinal, o número de doses necessárias para a proteção, a fabricação de quantidades suficientes e a distribuição mundial) e especialmente éticas (justiça no acesso e necessidade de estabelecer mundialmente a suspensão do patenteamento para que possa haver produção de genéricos a custo acessível).

Em dezembro de 2021, o Brasil anunciou, por meio da edição de uma medida provisória, a doação de vacinas contra



a COVID-19 a outros países em caráter de cooperação humanitária internacional por meio do mecanismo COVAX. Crédito: Divulgação/Aeroporto de Guarulhos.

Perspectivas em tempos de incerteza

Há muitas incertezas sobre a pandemia de COVID-19, e outras futuras, mas há um caminho a trilhar para seu controle, que passa por retomar referências importantes como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Artigos XVIII,

13 HOLDER, Josh. Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World. The New York Times, 2021. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

14 Remarks to the Security Council Open Meeting on Ensuring Equitable Access to COVID-19 Vaccines in Contexts Affected by Conflict and Insecurity | United Nations Secretary-General. Disponível em: <<https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2021-02-17/ensuring-equitable-access-covid-19-vaccines-contexts-affected-conflict-and-insecurity-remarks-security-council>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

XXV.1), da ONU (1948)¹⁵, e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2015)¹⁶. São documentos que afirmam direitos universais para todas as pessoas e o mais recente advoga por um modelo multidimensional de desenvolvimento, no qual o progresso econômico perseguido é inclusivo e sustentável.

Em síntese, não se espera que a pesquisa científica resolva sozinha as desigualdades sociais e na saúde, mas ela pressiona por soluções nessa direção, uma vez que pressupõe que os requisitos éticos, definidos por diretrizes internacionais, serão aplicados local e globalmente e que seus resultados se transformarão em soluções para saúde pública disponíveis para todos.

Vale acentuar o papel exercido pelo Estado, pela academia e pela sociedade civil na epidemia da HIV/AIDS, em contraponto à resposta governamental atual no enfrentamento à COVID-19, que pode ser considerada uma antítese: tardia, com negação da gravidade, em desacordo com a ciência, sem financiamento emergencial adequado para as pessoas e para o SUS, facilitando a disseminação exponencial e provocando mortes evitáveis que atingiram especialmente os mais vulnerabilizados socialmente¹⁷.

O enfrentamento adequado e ético dos impactos da COVID-19 poderá ser capaz de unir a sociedade para exigir o estabelecimento de resposta social nacional e global, fazendo com que todas as vozes de indignação sejam ouvidas para reverter o status quo de iniquidade e desrespeito aos direitos humanos fundamentais hoje prevalentes. Cabe aos cidadãos multiplicar e amplificar o grito por justiça e equidade para todos, independentemente de raça, religião, orientação sexual, gênero, origem ou língua.

15 **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

16 **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil**. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

17 GALVÃO-CASTRO, Bernardo; GRASSI, Maria Fernanda Rios; CASTILHO, Euclides Ayres de; et al. HIV/Aids and COVID-19 in Brazil: in four decades, two antithetical approaches to face serious pandemics. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 116, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/mioc/a/zLgC44cLh44wkKBDCghFfyw/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Box 13 – Frente pela Vida

O lançamento do movimento Frente pela Vida, no dia 29 de maio de 2020, foi organizado pelas entidades da Saúde Coletiva – Abrasco, Cebes, Rede Unida e SBB, CNS, SBPC, CNBB, ABI e ANDIFES – e contou com a presença de inúmeros representantes de entidades da sociedade civil organizada, movimentos sociais e parlamentares.

A primeira Marcha Virtual da Frente pela Vida, no dia 09 de junho de 2020, teve a participação de mais de 600 entidades da sociedade civil e de movimentos sociais. Seu manifesto foi amplamente divulgado, deixando claro os eixos da luta: seguir a ciência, fortalecer o SUS, solidarizar-se com as populações vulnerabilizadas, preservar o meio ambiente, defender a democracia e o respeito à Constituição.

Ainda em julho de 2020, as entidades científicas da saúde e o CNS lançaram o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, documento contendo uma análise da situação da pandemia, suas interfaces e consequências, seguida de 70 recomendações para autoridades políticas e sanitárias, gestores do SUS e sociedade em geral. Esse Plano foi entregue, em atos políticos virtuais, ao Ministério da Saúde e à Câmara dos Deputados e vem servindo como instrumento de luta e cobrança do Estado.

A mobilização da Frente pela Vida ampliou seu escopo político para o campo da educação ao produzir o manifesto “Ocupar escolas, proteger pessoas, valorizar a educação”, mostrando a importância da escola como espaço de criatividade, compartilhamento, formação cidadã com uma visão crítica da sociedade, de promoção de uma cultura de paz, solidariedade e colaboração.

Em novembro de 2020, a Frente pela divulgou uma carta ao povo brasileiro conclamando todos a participar do movimento “O Brasil Precisa do SUS – Vacinas para todas e todos”, lançado em ato virtual em 15 de dezembro, contando com apoio de artistas, ativistas, parlamentares, empresários, usuários, gestores e trabalhadores da saúde na divulgação.¹⁸

A parceria com a educação teve adesão da área de assistência social com o lançamento, em março de 2021, do documento “Saúde, Educação e Assistência Social em defesa da vida e da democracia”, que destaca as consequências desiguais da pandemia sobre a educação, chamando atenção para a necessidade de proteger crianças e adolescentes.

Um ano após a Marcha virtual pela Vida, foi realizada a Segunda Marcha virtual pela Vida, no dia 9 de junho de 2021, com uma grande mobilização que denunciava os quase 500 mil óbitos e exigia do Governo Federal uma resposta para a crise sanitária.

18 **Carta ao Povo Brasileiro**. Disponível em: <<https://frentepelavida.org.br/uploads/artes/Carta%20%20Brasil%20precisa%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Em 19 de junho de 2021, o Brasil chegou à marca de meio milhão de mortes por COVID-19 e a Frente pela Vida mais uma vez emitiu nota de pesar e denúncia.

A pressão exercida pela Frente pela Vida continuou em 2022, exigindo garantia de imunizantes contra a COVID-19 para toda a população, mais recursos e adequada coordenação das ações para acelerar a vacinação.



A iniciativa, reconhecendo que são muitos os desafios do país para lidar com as consequências diretas e indiretas da pandemia, segue seu objetivo principal de mobilizar a sociedade em defesa da vida, do SUS e da democracia.

Os impactos da pandemia sobre as cidades brasileiras

As cidades são, por natureza, um espaço de aglomeração. Nelas, as pandemias sempre encontraram condições excepcionais de disseminação. Quando suas características envolvem elevada densidade populacional, saneamento precário, déficits habitacionais, moradias superlotadas e intenso contato entre as pessoas, configuram-se espaços propícios para a proliferação de doenças contagiosas, tanto do aparelho respiratório como do digestivo.

As pandemias sempre geraram impactos nas cidades e, muitas vezes, impulsionaram políticas urbanas. A longa pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, também afetou fortemente as cidades brasileiras, em especial os setores mais vulneráveis. Mas o poder público, com raras exceções, não implementou nenhuma ação significativa nem para minimizar os efeitos da pandemia em curso nem para enfrentar os problemas estruturais, preparando as cidades para futuras emergências sanitárias.

Em função da profunda desigualdade urbana no Brasil, a COVID-19 abateu, de maneira muito mais significativa, os setores vulneráveis da população, revelando uma outra faceta da espoliação urbana¹⁹. O acesso à água e à coleta de esgoto é um problema ainda não resolvido no país. De acordo com os dados de 2020 do Painel Saneamento Brasil, 15,9% da população não tem acesso à água encanada e 45% não têm acesso à coleta de esgoto. Essas carências são mais dramáticas na região Norte, onde as proporções são 41,1% sem água encanada e 86,9% sem coleta de esgoto²⁰.

Os problemas de acesso à água estão diretamente ligados ao da urbanização e da moradia precária, que precisa ser sanado com um programa específico de melhoria e produção habitacional; uma questão que, após a experiência com a pandemia, deveria ser considerada prioritária, mas que está longe de ser enfrentada.

Nesse período, o presidente Bolsonaro substituiu o programa Minha Casa Minha Vida pelo programa Casa Verde Amarela. Não foi uma mera mudança de nome: indo na contramão do que seria necessário, a novidade do novo programa foi

19 Espoliação urbana seria a "somatória de extorsões que se opera através da inexistência ou precariedade dos serviços de consumo coletivos que se apresentam como socialmente necessários em relação aos níveis de subsistência e que agudizam ainda mais a dilapidação que se realiza no âmbito das relações de trabalho.". In: KOWARICK, Lúcio. **A espoliação urbana**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

20 **Painel Saneamento Brasil - Página Inicial**. Disponível em: <<https://www.painelsaneamento.org.br/site/index>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

suprimir a Faixa 1, destinada à população de baixa renda (menos de 2 salários mínimos). Ademais, o governo contingenciou recursos que estavam destinados para empreendimentos de interesse social, atrasando a finalização de obras.

O descaso se deu em um momento em que a pandemia agravou enormemente a situação habitacional no país. Uma das manifestações mais visíveis desse processo é o crescimento da população em situação de rua. A piora da crise habitacional nas cidades, que já era crônica antes da pandemia, ocorreu em decorrência da redução drástica da renda das famílias, particularmente dos inquilinos de baixa renda, gerada pelas indispensáveis medidas de distanciamento social e paralisação das atividades econômicas.

A consequência da diminuição do Auxílio Emergencial foi um drama anunciado. Estava claro que o benefício, inicialmente fixado em R\$ 600 e depois reduzido para R\$ 300, seria insuficiente para os inquilinos que perderam emprego e renda arcarem com o aluguel. Para muitos, a opção era comer ou pagar o locador.

Na última década, o ônus excessivo do aluguel em famílias de até 3 salários mínimos que comprometem mais de 30% da renda com o aluguel tornou-se o principal componente do déficit habitacional no Brasil, alcançando mais de 50% das necessidades acumuladas. Com a brutal queda de renda provocada pela pandemia, a situação se agravou.

Nesse sentido, comprovou-se, uma vez mais, as vantagens da casa própria, ainda que muitas vezes precária, para a população vulnerável. Mesmo sem renda, esse grupo conseguiu sobreviver, ainda que com muita dificuldade, usando o Auxílio Emergencial para se alimentar, complementado pelo apoio humanitário das campanhas de solidariedade que se formaram pelo país.

Sofrendo o mesmo impacto econômico, os inquilinos, que ocupam 18,3% dos domicílios brasileiros, não contaram com nenhum auxílio extra para pagar a moradia. Os locatários de classe média ou os que mantiveram alguma renda puderam renegociar os valores de aluguel. Já os mais vulneráveis, que ficaram impossibilitados de continuar na moradia locada, depararam-se com três alternativas: alojar-se na casa de parentes; ir para as novas ocupações de terra que surgiram nas franjas da cidade no período, em péssimas condições sanitárias e de habitabilidade; ou ir para a rua, com os restos de móveis e utensílios.

A alternativa de se alojar em casas de parentes teve como consequência aumentar a já alta densidade domiciliar desses domicílios, dificultando ainda mais a adesão ao distanciamento social recomendado. De acordo com o Censo de 2010, 27% dos paulistanos compartilhavam com 3 ou mais pessoas o mesmo dormitório,

ou seja 2,8 milhões em 780 mil domicílios. Desse recorte, 243 mil habitantes compartilhavam o espaço de dormir com 5 ou mais pessoas. A pandemia agravou esse quadro, aumentando o risco de contaminação entre os próprios moradores. A aglomeração que se quis evitar fora de casa existia dentro da própria moradia.

Nas ruas, o drama era ainda maior. Segundo o Censo da População em Situação de Rua em São Paulo, realizado no final de 2021, em dois anos ocorreu um aumento de 31% dessa população (de 26 mil para 34 mil), fenômeno que se faz visível nas ruas e praças da cidade. Como efeito da emergência de COVID-19, alterou-se profundamente o perfil dos moradores.

Tradicionalmente, essa população era formada majoritariamente por homens, geralmente com dependência de álcool e drogas e desajustamentos familiares. O censo observou que o percentual de famílias em situação de rua chegou a 30% do total, quase 28,4% são pessoas que perderam trabalho e renda e 7,7% foram parar nas ruas por outras causas. Daí a presença tão significativa de mulheres e crianças e o enorme aumento do número de barracas, que subiu de 2.051 para 6.778 unidades (230%). De certa forma, as barracas representam uma maneira de moradores recém-despejados buscarem reproduzir um lar que foi destroçado²¹.

São Paulo, como outras grandes capitais brasileiras, virou um enorme acampamento de sem-teto. O centro da cidade durante os dois últimos anos é ilustrativo desse movimento, repleto de barracas, sofás, colchões, travesseiros, malas, brinquedos e outros objetos domésticos, que denotam o estabelecimento de pessoas que até recentemente tinham uma moradia.

Prejuízos de toda ordem ocorrem com uma família que passa a morar na rua. Destrói-se um lar; perdem-se móveis e objetos pessoais, assim como as lembranças; inicia-se um processo de desestruturação familiar; torna-se mais difícil obter um emprego; a saúde se deteriora; e a autoestima desaba, com graves consequências mentais. Essa realidade, no entanto, carece de dados nacionais, já que o censo de população em situação de rua é realizado em poucas cidades do país.

A explosão do número de pessoas vivendo nas ruas é resultado da forte crise habitacional que atingiu os inquilinos pobres em decorrência da pandemia, mas já dava sinais de crescimento mesmo antes, com a baixa atividade econômica no país nos últimos anos. Esse fenômeno poderia ter sido evitado se as três esferas de governo tivessem atuado preventivamente, ampliando emergencialmente os programas de aluguel social, intermediando a relação com o locador para evitar

²¹ Censo antecipado pela Prefeitura de São Paulo revela que população em situação de rua cresceu 31% nos últimos dois anos. Prefeitura. Disponível em: <<https://www.capital.sp.gov.br/noticia/censo-antecipado-pela-prefeitura-de-sao-paulo-revela-que-populacao-em-situacao-de-rua-cresceu-31-nos-ultimos-dois-anos>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

o despejo e criando alternativas habitacionais, como o alojamento em hotéis, que apresentavam grande ociosidade.



Mesmo durante a pandemia, o padre Júlio Lancellotti continuou distribuindo alimentos para moradores em situação de rua na região do Belenzinho, Zona Leste de São Paulo. “Quando eu ofereço alguma doação com algo novo, demoram para escolher, pois nunca têm a possibilidade de fazer isso.” Gabi Di Bella/National Geographic.

Apenas em meados de 2021, após o Congresso Nacional derrubar o veto presidencial e o STF prorrogar a medida, a Campanha Despejo Zero pode se considerar parcialmente vitoriosa, já que não conseguiu reverter os despejos já realizados nem prevenir os que não se enquadravam nas normas aprovadas.

Os governos estaduais também não contribuíram para o enfrentamento do problema habitacional durante a pandemia. Por exemplo, o então governador de São Paulo, João Doria, aprovou uma lei autorizando a extinção da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU), órgão habitacional do estado que, nas 3 últimas décadas, produziu centenas de milhares de moradias para a população de baixa renda.

Ou seja, apesar de “ficar em casa” ter sido uma das principais recomendações sanitárias, pouco foi feito pelo poder público para evitar os impactos da pandemia na questão habitacional, tampouco para produzir uma intervenção mais estratégica para enfrentar esse problema estrutural. As medidas adotadas quanto a essa demanda, portanto, não deixam nenhum legado para as potenciais novas emergências de saúde.

Há ainda a questão da mobilidade urbana, que também manifesta a correlação entre a vulnerabilidade da população e os efeitos devastadores da pandemia, segundo dados quantitativos da pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). O levantamento foi realizado em uma amostra representativa da população de 5 capitais brasileiras, em um período em que a taxa de transmissão da COVID-19 estava elevada, entre os meses de fevereiro e março de 2021.

Em São Paulo, enquanto 42% das pessoas enquadradas na classe de renda A estavam em home office e, portanto, podiam respeitar o distanciamento social, essa porcentagem caía para 9% nas classes D e E. Nesses segmentos, 63% dos trabalhadores eram obrigados a se deslocar até o local de trabalho, sendo que 45% todos os dias. Vale levar em conta, ainda, que as frotas de ônibus foram reduzidas durante a pandemia, acompanhando parcialmente a redução dos passageiros e mantendo-se as lotações nas horas de pico. Assim, se os mais pobres foram obrigados a se deslocar, a pesquisa mostrou que o transporte coletivo passou a ser considerado o mais perigoso no que diz respeito ao contágio²².

O uso do transporte coletivo, incluindo o esporádico, caiu de 72% (antes da pandemia) para 53% nos ônibus e de 67% para 46% no metrô e trem, provavelmente em decorrência do risco de contágio ter se tornado a principal razão para a escolha do modal para 39% da população (antes da pandemia era 5%). Contudo, essa queda foi muito mais acentuada para as classes A e B. As classes C, D e E, sem opção, continuaram a usar o transporte coletivo (72% para a classe C e 64% para as classes D e E)²³. Essa redução de passageiros, por sua vez, agravou a crise de financiamento do setor, que está provocando sua desorganização e prejudicando, de novo, os mais pobres, mais dependentes dessa opção.

O impacto da pandemia sobre as cidades mostrou que o enfrentamento de uma crise sanitária requer uma estratégia do poder público para a questão urbana. É urgente a realização de intervenções estruturais para responder aos problemas urbanos intimamente relacionados com a saúde pública, como a segurança hídrica, o saneamento, a mobilidade e a habitação.

Box 14 – COVID-19 no nordeste do Brasil: o papel do Consórcio Nordeste

A pobreza e a desigualdade que marcam o Nordeste, somada às demais condições socioeconômicas, indicavam que o quadro de COVID-19 seria intenso e disseminado na região. Logo após a constatação dos primeiros casos no país, em fevereiro de 2020,

22 **Caderno Mobilidade & Covid - São Paulo**. Disponível em: <<https://cebrap.org.br/acesse-aqui-o-caderno-mobilidade-covid-sao-paulo/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

23 Id.

os governos dos estados nordestinos decidiram assumir a decisão pelas respostas à pandemia, desenvolvendo medidas para mitigá-la, diante da falta de liderança do Governo Federal em formular uma estratégia nacional consistente. As medidas foram implementadas, portanto, antes mesmo de a OMS classificar a emergência sanitária internacional como pandemia, o que ocorreu apenas em 11 de março de 2020.

O Consórcio Nordeste, constituído em março de 2019 para compartilhar ações de governança em políticas públicas devido às dificuldades de interlocução com o Governo Federal, agregou um certo grau de coordenação nas ações de combate ao novo coronavírus entre os diferentes estados. Em março de 2020, o consórcio criou o Comitê Científico para assessorá-lo nas tomadas de decisões sobre a pandemia. Nesse contexto, apesar de as respostas terem sido bastante distintas entre os diversos estados e municípios, dada a ausência de medidas centralizadas do Governo Federal, houve um importante conjunto de ações, como a adoção precoce das medidas de distanciamento social e a criação de leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em caráter emergencial, que colaborou para atenuar a curva de incidência na região²⁴ e para reduzir o número de óbitos, principalmente na primeira onda, em 2020²⁵.

No plano da produção e da disseminação do conhecimento científico, destaca-se a criação de uma rede de epidemiologistas ligados a instituições científicas da região como um dos subcomitês do Comitê Científico. Sua permanente colaboração com a Rede Covida (www.redecovida.org) resultou em análises, webinários, relatórios e publicações²⁶ que buscavam entender os diferentes momentos da pandemia e o contexto político em que as decisões dos governos estaduais e municipais da região eram tomadas e fazer propostas adequadas para esses momentos.

Conflitos federativos e a pandemia de COVID-19 no Brasil

O Brasil é uma federação com pretensões de simetria, na qual os 5.570 municípios e os 26 estados possuem as mesmas estruturas e responsabilidades institucionais,

24 KERR, Ligia; KENDALL, Carl; SILVA, Antônio Augusto Moura da; et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4099–4120, 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpFfGszmnWDtV5CcT/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

25 XIMENES, Ricardo Arraes de Alencar; ALBUQUERQUE, Maria de Fatima Pessoa Militão de; MARTELLI, Celina Maria Turchi; et al. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1441–1456, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/tPJ3Mn4n7RVMWBz4VyRFB5S/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

26 KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDALL, Carl; ALMEIDA, Rosa Livia Freitas de; et al. Covid-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. *Rev. Saúde Pública*, v. 55, 2021. Disponível em: <<https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=1518-8787-rsp-55-35.xml>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

com exceção da função judiciária que é exclusiva dos estados e da União²⁷. Nesse pacto federativo, as três instâncias de governo detêm elevado espaço de decisão sobre áreas relevantes de infraestrutura e proteção social, como saneamento, assistência, educação e saúde, ainda que com muitas competências superpostas e concorrentes.

O federalismo cooperativo do setor de saúde brasileiro tem o desenho institucional enriquecido com a participação social, por meio de conselhos e conferências nos três níveis administrativos. Apesar de controversa, a função desses conselhos, definida em lei, é deliberativa. No curso da pandemia, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) teve todas as suas propostas ignoradas pelo Governo Federal.

Nesse contexto, uma das várias fontes do conflito federativo no Brasil durante a pandemia decorreu da tentativa fracassada do Governo Central de sequestrar as competências de polícia sanitária dos governos subnacionais para impor uma agenda negacionista, como já mencionado neste Dossiê.

As decisões inadequadas do Governo Federal para o controle e a mitigação da emergência de COVID-19 submeteram esse arranjo federativo cooperativo a um monumental estresse, conforme observado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal, no começo de 2021, que investigou a conduta do Executivo Federal durante a pandemia²⁸. No plano da federação, a CPI comprovou a ausência de articulação do Ministério da Saúde com os estados, Distrito Federal e municípios para planejamento das ações de aquisição de insumos estratégicos e para elaboração de planos operacionais que implantassem medidas de distanciamento social. A preservação das salvaguardas e autonomias de estados e municípios, potencializadas pelos fóruns de pactuação setorial do SUS, permitiu que as orientações para o distanciamento social, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fossem aceitas e implementadas no país, a despeito da posição negacionista do governo central. A reação à posição negacionista produziu a cooperação horizontal entre os Conselhos Nacionais de Secretários Municipais (CONASEMS) e Estaduais de Saúde (CONASS), que foram importantes instâncias de difusão de políticas pactuadas no âmbito do SUS²⁹.

No exercício da autonomia constitucionalmente formalizada, as iniciativas dos governos municipais que desafiaram o governo Bolsonaro durante a pandemia

27 ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo; SEGATTO, Catarina Ianni. Brazilian Federalism in the Pandemic. In: GUY PETERS, B.; GRIN, Eduardo; LUIZ ABRUCIO, Fernando (Orgs.). **American Federal Systems and COVID-19**. [s.l.]: Emerald Publishing Limited, 2021, p. 63–88. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/978-1-80117-165-620211004>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

28 **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia**. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

29 Id. ABRUCIO, 2021.

foram de duas ordens: (a) a implantação das ações de política sanitária derivadas do lockdown, defendidas pela OMS e por especialistas e (b) a ampliação da capacidade de atendimento hospitalar especializada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes com COVID-19.

Em 2020, 81% dos municípios que adotaram alguma medida de distanciamento social editaram decretos impositivos da decisão; 52% utilizaram algum sistema de monitoramento para avaliar a eficácia da medida, sendo que as maiores proporções foram entre aqueles com mais de 500 mil habitantes (81%); e 76% dos municípios instalaram barreiras sanitárias nas vias de acesso. A obrigatoriedade de máscaras foi adotada por 94% dos municípios e mais de 78% realizaram ações de desinfecção de bairros e locais públicos. Apenas 0,1% (3) dos municípios informou não ter realizado nenhuma ação. A distribuição de máscaras foi realizada por 65% dos municípios, e de cestas básicas ou crédito alimentar, por 66%.

As Tabela 2 e Tabela 3 demonstram também que 78% dos municípios brasileiros registraram óbitos pela COVID-19. A evidência da letalidade da transmissão comunitária do novo coronavírus em escala nacional impôs a necessidade de expansão da disponibilidade de leitos hospitalares em UTI. Um em cada três municípios assim o fizeram.

Tabela 2: Proporção de municípios que adotaram ações não farmacológicas durante a pandemia de COVID-19 (N=5.570) (2020), Brasil.

Medidas sanitárias não farmacológicas em 2020 dos municípios	%
Lockdown (N=5.393)	97
Lockdown por decreto (N=4.390)	79
Monitoramento da eficácia (N=2.805)	50
Instalação de barreira sanitária na entrada do município (N=4.153)	50
Multa para descumprimento do lockdown (2.492)	45
Desinfecção de ruas e lugares públicos (N=4.314)	77
Distribuição de máscaras (N=3.957)	71
Obrigatoriedade do uso de Máscaras em transportes, lugares públicos e comércio (N=5.167)	93
Realização de testagem da população para COVID-19 (N=4.290)	77
Realização de seleção pública, em caráter de urgência, de profissionais de saúde (N=3.998)	72
Distribuição de cestas básicas (N=2.726)	49
Distribuição de kit de higiene (álcool gel e outros) (N=3.677)	66
Ampliação de leito com recurso próprio para atender a demanda por internação (N=1.878)	34
Registro de óbito de habitante do município (N=4.356)	78

Tabela 3: Proporção de municípios com mais de 500 mil habitantes que adotaram ações não farmacológicas por conta da pandemia de COVID-19 (N=49) (2020) Brasil.

Medidas sanitárias não farmacológicas em 2020 dos municípios com mais de 500 mil habitantes	%
Lockdown (N=48)	98
Lockdown por decreto (N=44)	90
Monitoramento da eficácia (N=39)	80
Instalação de barreira sanitária na entrada do município (N=24)	49
Multa para descumprimento do lockdown (N=39)	80
Desinfecção de ruas e lugares públicos (N=40)	82
Distribuição de máscaras (N=32)	65
Obrigatoriedade do uso de máscaras em transportes, lugares públicos e comércio (N=48)	98
Realização de testagem da população para COVID-19 (N=44)	90
Realização de seleção pública, em caráter de urgência, de profissionais de saúde (N=35)	71
Distribuição de cestas básicas (N=38)	78
Distribuição de kit de higiene (álcool gel e outros) (N=38)	78
Ampliação de leito com recurso próprio para atender a demanda por internação (N=44)	90
Registro de óbito de habitante do município (N=49)	100

Fonte Tabela 2 e Tabela 3: IBGE. MUNIC – Pesquisa de Informações Municipais. 2020

A atuação errática do Governo Federal em relação ao controle da pandemia esteve associada à estratégia de ataque à democracia conforme estabelecida na Constituição Federal de 1988 e à legislação de criação do SUS. O negacionismo não representa, nesse cenário, uma opção fundada na irracionalidade política ou no déficit cognitivo de qualquer natureza. Foi uma estratégia intencional do governo Bolsonaro para desestabilizar a federação brasileira, usurpando o poder dos estados e municípios. O negacionismo também buscou abrir espaço para o aparelhamento e manipulação do orçamento do MS.

Ao patrocinar a tentativa de usurpação das competências da federação, o Governo Federal obrigou os estados e os municípios a recorrerem ao Legislativo e Judiciário, que atuaram como árbitros. Na função de árbitros de um conflito fomentado pelo Executivo, esses poderes afastaram-se perigosamente de suas atribuições originais. O ativismo do STF e do Legislativo durante a pandemia tem alimentado

as iniciativas igualmente frustradas do governo Bolsonaro de radicalização da crise institucional entre os três poderes. Bolsonaro reiteradamente afirmou ao longo de 2020 que o STF não o deixou governar para dar conta da pandemia.

Assim, pode-se pensar que a tentativa do Governo Federal de romper com o federalismo cooperativo no setor saúde, no contexto de uma crise sanitária severa, fez parte de uma estratégia política de ataque frontal aos cânones democráticos estabelecidos na Constituição, em prol de uma prática de poder unilateral que tenta submeter estados, municípios, Legislativo e Judiciário ao comando do Executivo Federal.

O negacionismo do governo central brasileiro afetou a coordenação de saúde, produzindo diferenças na capacidade de resposta dos entes subnacionais na emergência da pandemia, que ainda permanece como um desafio ao país. Do mesmo modo, a ausência da liderança do MS na promoção das ações preventivas e na disponibilidade de leitos pode ser associada ao excesso de mortes por COVID-19 ocorridas no país em 2020.

O Decreto de Calamidade Pública e a PEC do orçamento de guerra de 2020 não fizeram diferença na ação do Governo Federal na oferta de leitos em UTI. Os recursos extraordinários decorrentes da necessidade de manejo nacional da pandemia da COVID-19 não ultrapassaram o pico das transferências federais observado em 2015, nem superaram a destinação dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de 2019, em uma amostra de grandes municípios³⁰. Ou seja, apesar do Orçamento de Guerra aprovado e a consequente disponibilidade de recursos orçamentários para o combate à pandemia, faltou empenho federal para executá-los e alocá-los no ritmo necessário em uma emergência em saúde pública, afetando severamente as ações de enfrentamento das demais esferas de governo³¹.

30 COSTA, Nilson do Rosário. A resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 45, p. 10–20, 2022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/FykZHyPqGhGZYL3WMMR9h5QF/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

31 SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 114–129, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BOX 15 – Ações do CONASS no enfrentamento da pandemia de COVID-19

Desde o início da pandemia, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) alertou para a urgência na preparação da rede assistencial, especialmente leitos de UTI, na contratação de Recursos Humanos (RH) e na aquisição de equipamentos e insumos.

Apesar dos esforços iniciais do Ministério da Saúde, diretrizes superiores impediriam a coordenação central das ações, a adoção de matriz de risco e a comunicação nacional, além de instigar disputas com os entes subnacionais, estimular o tratamento precoce com medicamentos ineficazes e negar a ciência. Essa dança macabra fez com que 683 mil brasileiros perdessem a vida até agosto de 2022³².

Os secretários estaduais, representados politicamente e assessorados tecnicamente pelo CONASS, elaboraram planos de contingência, construíram e equiparam mais de 20 mil leitos de UTI, contrataram e treinaram RH, fortaleceram as Vigilâncias, participaram ativamente do Gabinete de Crise e tomaram decisões baseadas em ciência.

O Conselho desenvolveu o Painel de Autorização de Leitos SRAG/UTI COVID-19; em parceria com a Vital Strategies e Arpen-Brasil, criou o painel de Análise de Excesso de Mortalidade; em parceria com o CONASEMS, consolidou os dados de estoque e consumo de medicamentos (kit intubação), criou o Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na APS e publicou o Instrumento de Avaliação de Risco para COVID-19³³.

Quando o MS retirou as informações diárias sobre COVID-19, o CONASS, em 48 horas, desenvolveu e lançou o Painel COVID-19, tornando-se referência para os veículos de comunicação no Brasil e no mundo, com mais de 26 milhões de visualizações até agosto de 2022, oriundas de 194 países³⁴.

O Conselho alertou sobre a necessidade de garantir vacinas contra a COVID-19 com rapidez, eficiência e segurança; defendeu a pesquisa e a produção nacional de vacinas; lutou pela incorporação de todas as vacinas aprovadas pela Anvisa; planejou, com os demais gestores do SUS, a operacionalização da campanha nacional de vacinação; defendeu o certificado vacinal e uma campanha nacional de comunicação; lutou pela vacinação de crianças e adolescentes; e assessorou Todos pela Saúde, uma parceria exitosa com a sociedade civil. Participou ativamente, ainda, da Comissão Intergestores Tripartite, das reuniões do Conselho Nacional de Saúde e dos fóruns de debate, registrou a pandemia em livros e publicou farto material informativo.

32 **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

33 **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

34 **PAINEL CONASS | COVID-19**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde | Conass. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

A CPI da pandemia do Senado Federal

Iniciada em 27 de abril de 2021, a CPI da COVID-19 do Senado Federal se encarregou da apuração de atos e omissões do Governo Federal no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil. Ao final dos trabalhos, em 26 de outubro de 2021, a CPI havia conduzido 69 sessões e ouvido 59 pessoas, entre convocados e convidados. Em resposta aos 1.066 requerimentos aprovados, foram remetidos à Comissão 2.754 documentos. O relatório final aprovado, com 1.288 páginas, sugeriu a responsabilização e o indiciamento de 78 pessoas físicas, inclusive do presidente Jair Bolsonaro e de duas pessoas jurídicas³⁵.

Direito de expressão da minoria parlamentar, a CPI da COVID-19 possuía os três requisitos constitucionais: os fatos determinados, a adesão de 1/3 dos senadores e o prazo estipulado de duração. Contudo, o presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (DEM-MG), demorou a decretar a instauração oficial, o que levou os senadores signatários da CPI a acionar o Supremo Tribunal Federal (STF), que determinou a abertura da comissão. No Senado, ao pedido original da oposição, acrescentou-se requerimento de senadores da base governista, ampliando o escopo da CPI, que passou a abranger a destinação de recursos federais aos estados e municípios para o combate à pandemia.

Desde o início dos trabalhos, a CPI desgastou diariamente a imagem do Governo Federal e despertou grande interesse e mobilização da sociedade, da mídia, das redes sociais e de pesquisadores. Tornou-se um espaço relevante de revisão, sistematização e apuração dos crimes de saúde pública cometidos pelo governo no decorrer da pandemia que, até março de 2022, já havia registrado 660 mil mortos por COVID-19.

Contudo, desde o início, existiam importantes limitações da CPI. A primeira é de ordem legal. O alcance da CPI é investigar fatos, obter esclarecimentos, apontar a responsabilização de agentes públicos e propor indiciamentos, que serão ou não acatados mais adiante pela Justiça. A CPI não possui nem mandato para julgar, nem competência para punir investigados. Destaca-se, ainda, a limitação temporal. A CPI apurou tardiamente os desmandos para buscar convencer a Justiça a proferir condenações no futuro. Com 6 eixos e cerca de 20 linhas de investigação, o plano de trabalho inicial da CPI mostrou-se ambicioso e fragmentado.

³⁵ **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia.** Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Mesmo assim, a história da atuação criminosa do governo Bolsonaro na pandemia ficou registrada no relatório final da CPI, articulado em três conjuntos de circunstâncias. Primeiro, esmiuçou-se o negacionismo oficial diante da pandemia: a promoção do tratamento precoce, a imunidade de rebanho, a oposição ao distanciamento social e às máscaras, a mentira propositalmente propagada e o chamado “gabinete paralelo” de saúde. Num segundo bloco, vieram os indícios de corrupção: a tentativa de compra de imunizantes por meio de atravessadores, os desvios na área de logística e distribuição de insumos do Ministério da Saúde e o mau uso de recursos nos hospitais federais do Rio de Janeiro. Por fim, a omissão deliberada e a gestão incompetente determinaram o atraso no início da vacinação, a baixa execução orçamentária e a falta de coordenação nacional. Havia farto material disponível, mas foram descartados, para efeito de aprofundamento no relatório final, alguns temas como a falta de testes diagnósticos e de respiradores.

A CPI, ao fim, elegeu outros 3 casos para exame mais detalhado: a conduta antiética do plano de saúde Prevent Senior, a crise no estado do Amazonas e o impacto da COVID-19 nos povos indígenas, devido a inação do Governo Federal.

Conforme estudo de Gustavo Werneck et al. (2021)³⁶, no primeiro ano da pandemia, em torno de 120 mil óbitos poderiam ter sido evitados apenas com a implementação conjunta das medidas não farmacológicas, como testagem, busca ativa de casos, rastreamento e quarentena de contatos, distanciamento social, máscaras de boa qualidade e redução de mobilidade. O estudo também concluiu que: (a) no mesmo período, no país, houve significativo excesso de óbitos por outras causas; (b) a ausência e a rejeição de medidas para reduzir a transmissão do vírus, associadas a falhas do sistema de saúde, respondem por parcela expressiva de mortes evitáveis por COVID-19; e (c) no Brasil, a agregação dos casos e óbitos dissimula a forte desigualdade social associada à COVID-19, pois morreram relativamente mais negros do que brancos, mais pobres do que ricos, mais pessoas nas UTIs do SUS do que nos hospitais privados e mais gente em estados nos quais o sistema de saúde já era muito deficitário.

Em sessão da CPI dedicada a ouvir a sociedade civil e a academia, destacou-se o depoimento da pesquisadora Jurema Werneck, diretora-executiva da Anistia Internacional no Brasil. Ao afirmar que “vidas perdidas têm responsabilidades atribuíveis”, ela deu voz ao alerta de entidades civis, que buscavam dimensionar e exigir reparações relativas às omissões governamentais na crise sanitária.

36 WERNECK, Guilherme Loureiro; BAHIA, Lígia; MOREIRA, Jéssica Pronestino de Lima; SCHEFFER, Mário. **Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil**. 2021. 56 páginas. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2022.



Diretora-executiva da Anistia Internacional e coordenadora do Movimento Alerta, Jurema Werneck, ressalta que o governo deveria ter tido cuidado com viajantes e com portos e aeroportos. Para ela, o caos da pandemia foi instituído por negligência e falta de atenção com o SUS. Crédito: Edilson Rodrigues/Agência Senado.

Também convidado pela CPI, o epidemiologista Pedro Hallal acrescentou que “investir na aquisição da imunidade de rebanho foi uma estratégia repugnante”. Ele contabilizou que, se o Brasil ficasse na média mundial da mortalidade por COVID-19, quatro entre cada cinco mortes seriam excessivas e que, sem o atraso na aquisição de vacinas, de 95 mil a 145 mil vidas teriam sido salvas³⁷.

O relatório final da CPI é um documento de registro histórico relevante. Contudo, está limitado ao tempo e à qualidade das provas produzidas, além de refletir as decisões tomadas pelo grupo majoritário de senadores que deu as cartas durante a investigação. As conclusões da CPI não abriram caminho ao impeachment de Bolsonaro nem foram acatadas pela Procuradoria Geral da República (PGR) e Câmara dos Deputados. O Tribunal de Haia, na Holanda, ainda não se manifestou sobre o crime de Bolsonaro contra a humanidade, uma das alegações da CPI.

A comissão contribuiu para resgatar o quanto o SUS é essencial, ao registrar o heroísmo dos profissionais da saúde, a assistência universal mesmo em condições adversas e a capacidade de vacinação inicialmente desperdiçada com o atraso das vacinas. Ficou ainda registrado o quanto a rede pública é subfinanciada, o setor privado é predador e que, em uma crise sanitária no Brasil, há desigualdades sociais que fazem a vida de uns valer menos que a vida de outros.

37 **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia.** Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

O relatório apresentou 16 projetos de lei e uma proposta de emenda à Constituição para melhorar a gestão da saúde, combater a corrupção e a disseminação de notícias falsas e ampliar a proteção social de vítimas da COVID-19. A pandemia da COVID-19, assim como os agentes que a amplificaram no Brasil, podem ser fenômenos transitórios. Já a democracia, que permitiu a existência CPI, e a solidariedade, que fundamenta o SUS, precisam ser perenizadas.

O legado da pandemia

Política externa e saúde

O campo da saúde global é marcado, hoje, por uma grande interdependência entre os países quanto a: controle de doenças, cadeias de produção de insumos para a saúde, troca de experiências e recursos e apoio mútuo, entre outras dimensões. A pandemia de COVID-19 reforçou ao extremo esse vínculo e deixou lições a serem aprendidas. Esta seção vai se dedicar à relação do Brasil com a América Latina, região com a qual o país mantém laços históricos de cooperação política e em quase todos os campos da atividade humana.

Um mérito nas relações internacionais e na diplomacia latino-americana desde a emergência da “onda rosa” – conjunto de governos progressistas que se instalou na região nos primeiros 15 anos do século XXI – foi um multilateralismo político muito consistente, que repercutiu positivamente sobre a cooperação internacional em saúde da região. São bons exemplos a Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos (CELAC) e a extinta União de Nações Sul-Americanas (UNASUL).

O desmoronamento do multilateralismo com a onda oposta – de governos conservadores na região a partir de 2015 – teve impactos devastadores também no campo da cooperação em saúde. A situação de aflição que passou a imperar na região ainda era vigente quando a pandemia de COVID-19 se instalou. Por longos e sofridos meses, a América Latina e Caribe (ALC) foi o epicentro mundial da pandemia, com casos e óbitos, ainda que subnotificados, batendo recordes constantes. Pouquíssimo apoio foi logrado entre os países da região, seja para uma vigilância de fronteiras inteligente, seja para o intercâmbio de recursos necessários (vacinas, medicamentos, ventiladores, equipamentos de proteção individual e outros) como ocorrera em outras ocasiões.

Uma série de medidas recomendadas, em consenso, pelos vários segmentos técnicos e comissões ou grupos de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para o controle

da pandemia foi ignorada por alguns; sustentado por visões negacionistas, o caso mais rutilante foi o do governo Bolsonaro, no Brasil.

Os governos da região não lançaram mão do apoio mútuo que poderia ter trazido alívio e mais conforto às suas populações. Uma situação exemplar é a das vacinas. A Argentina, em parceria com México, e o Brasil buscaram obter transferência tecnológica do imunizante AstraZeneca/Oxford. Contudo, não estabeleceram enlaces que poderiam ter ampliado, significativamente, a produção de doses e suprido as necessidades da região.

Mais recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) definiu o desenvolvimento de dois polos de produção de vacinas usando a tecnologia de RNA mensageiro (mRNA) – Argentina e Brasil –, mas não foram implementadas conexões que poderiam permitir um processo colaborativo e possivelmente mais acelerado. A CELAC, sob a presidência do México, com apoio da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), propôs a produção compartilhada de imunizantes na região, o que não se articulou até meados de 2022, com a proposta da OPAS. O Brasil não participa da CELAC por razões político-ideológicas. O resultado é que nenhuma das iniciativas mencionadas efetivamente prosperou, mostrando o quanto é prejudicial um multilateralismo fragilizado.



Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Crédito: Divulgação/PAHO.

A resposta pós-pandêmica mais desejável parece ser:

- Sistemas de saúde reforçados, resilientes, capazes de simultaneamente enfrentar emergências sanitárias, como uma pandemia, sem prejudicar suas demais funções, capazes de operar a mobilização de processos all government – all society para enfrentar fenômenos multicausais;
- Ações de cooperação multilateral para enfrentar fenômenos que são transfronteiriços, melhorando a efetividade no enfrentamento dos processos pandêmicos;
- O Brasil deve buscar a adoção crítica das recomendações sanitárias e de desenvolvimento sustentável emanadas dos órgãos técnico-políticos das Nações Unidas para fortalecimento de sua capacidade de enfrentamento de crises sanitária. A eliminação da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), em 2019, precisa ser revista, e a Comissão, restaurada em sua plenitude;
- A política externa brasileira tem um compromisso histórico com a redução da desigualdade global em saúde, em especial na transferência de insumos e tecnologia para enfrentamento das crises sanitárias. É imprescindível o retorno à CELAC, a dinamização da cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e a restauração da UNASUL;
- O retorno a uma diplomacia da saúde, como a que o Brasil já apresentou nos primeiros 15 anos do século XXI, devolverá o Estado brasileiro ao seu compromisso histórico com a cooperação Sul-Sul e com a cooperação para o desenvolvimento. A significativa e crescente presença da saúde como tema da diplomacia no cenário internacional passa a requerer uma instância adequada na estrutura do Ministério de Relações Exteriores para tratar formalmente da questão;
- Recuperar o protagonismo do Brasil junto às instâncias e agências das Nações Unidas e organismos regionais, com especial atenção para a Assembleia Geral da ONU, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), o Conselho de Direitos Humanos da ONU, a OMS e, na região, a OPAS, a CEPAL e a CELAC;
- Por fim, cabe também um papel de relevo para a comunidade da saúde coletiva nacional por meio da Abrasco. A entidade deve dinamizar suas relações com a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública e outras organizações internacionais da sociedade civil para articular atuações conjuntas nos

diversos cenários da saúde global e da diplomacia da saúde, uma vez que o tema, hoje, está presente em quase todas as instâncias e agências das Nações Unidas e do multilateralismo regional.

O acirramento da crise ambiental

As Nações Unidas identificaram 2021 como um ano fundamental para as pessoas e o planeta³⁸ e apontou 6 soluções necessárias para reconectar o mundo, que ficou comprometido pela divisão e fragmentação, explorando lições aprendidas com as crises recentes, incluindo a da COVID-19.

1. Promover a solidariedade global e novas maneiras de se trabalhar juntos com vistas ao bem comum, incluindo um plano global de vacinação contra a COVID-19 com foco nas milhões de pessoas que ainda não têm acesso a essa medida básica de prevenção, além de medidas urgentes para enfrentar a tríplice crise planetária de alteração climática, perda de biodiversidade e poluição;
2. Renovar o contrato social entre governo e sociedade, de modo a reconstruir a confiança e abraçar uma visão abrangente dos direitos humanos;
3. Acabar com a “infodemia” global, produzindo consensos apoiado em fatos e no conhecimento científico;
4. Corrigir a forma como medimos a prosperidade e o progresso econômico, que não considera o custo da destruição humana e ambiental subsequente ao crescimento econômico;
5. Pensar estrategicamente para prover uma oferta de desenvolvimento melhor às gerações seguintes e para aumentar a competência nas respostas aos desafios futuros;
6. Forjar um sistema multilateral mais robusto, articulado e inclusivo, ancorado nas Nações Unidas.

A tripla crise ambiental contemporânea (climática, perda da biodiversidade e poluição) tornou-se uma crise da natureza³⁹. A partir da pandemia de COVID-19, a saúde e o ambiente tornam-se capitais na geopolítica global contemporânea.

38 **Secretary-General’s report on “Our Common Agenda”**. Disponível em: <<https://www.un.org/en/content/common-agenda-report/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

39 **73 - Seminários Avançados CRIS 2022 - Agenda política global e saúde: perspectivas 2022**. [s.l.: s.n.], 2022. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=650RL1D2JT4>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

A partir dos anos 1970, a agenda ambiental no Brasil foi articulada a partir de três elementos centrais: a participação social, a ciência e a cooperação internacional. A partir da Conferência ECO-92, o Brasil passou a exercer papel de destaque na construção da agenda ambiental global.

Entretanto, esse protagonismo vem sendo revertido. Atualmente, o país é um dos principais produtores mundiais de gás carbônico, devido, em especial, à destruição da biomassa de ecossistemas e biomas, responsável por 50% da emissão nacional de gás carbono. Em 9 de fevereiro de 2022, por 301 a 150 votos, a Câmara dos Deputados aprovou o “Pacote do Veneno” (PL 6299/2002), em menos de 4 horas de debate entre a aprovação do pedido de urgência e a votação do projeto de lei. Sem participação popular, o projeto agora está em apreciação no Senado. “Vence o discurso de que vale tudo para produzir mais soja”⁴⁰.



Plantação de soja em área do município de Alto Paraíso mostra o avanço da fronteira agrícola na região da Chapada dos Veadeiros (GO), local que faz parte do Cerrado, importante bioma brasileiro para o equilíbrio hidrológico do planeta. Crédito: Marcelo Camargo/Agência Brasil

As sociedades têm clamado por uma modelagem alternativa, que dialogue com as vozes das comunidades e povos das ruas, campos, florestas e águas, ou seja, por um tipo de desenvolvimento que não destrua a natureza. Há necessidade cada

40 LOPES, Nieves. **Câmara aprova Pacote do Veneno em votação relâmpago e marca “derrota civilizatória”**. Campanha Permanente Contra os Contra os Agrotóxicos e Pela Vida. Disponível em: <<https://contraosagrototoxicos.org/camara-aprova-pacote-do-veneno-em-votacao-relampago-e-marca-derrota-civilizatoria/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

vez maior de construir novas alianças e de colocar saúde e ambiente no topo da agenda, reconectando civilização e natureza.

Para isso, é necessário dar protagonismo aos territórios brasileiros, provendo soluções e melhoria da qualidade de vida das pessoas, envolvendo segurança e saúde. A superação do impacto do curto prazo, incluindo a pandemia de COVID-19, exige o visionamento do longo prazo e a requalificação da democracia e da inclusão social, sendo a saúde um elemento ordenador da agenda ambiental e vice-versa.

No lugar do medo de um colapso ambiental iminente, faz-se necessário dar espaço e esperança ativa⁴¹ à população, visando construir uma sociedade afirmativa, provedora de soluções e realizadora de seus sonhos, especialmente para a juventude de hoje e as novas gerações.

Sobre desigualdades, SUS e saúde coletiva: as disputas pelos legados da pandemia

A pandemia operou transformações imediatas nas dinâmicas sociais e nos funcionamentos dos sistemas de saúde, ainda que no Brasil o seu enfrentamento tenha ignorado os problemas estruturais para se concentrar, com exclusividade, nas demandas urgentes.

O debate sobre as mudanças necessárias tanto na dinâmica social quanto na organização do SUS é ainda insuficiente. Contudo, a observação de nossos déficits estruturais permite que se trace um plano de melhorias tendo em vista a coesão social nacional e o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, para que se torne mais resiliente às emergências pandêmicas e suas consequências.

Como frisado anteriormente, a brutal desigualdade na distribuição de casos e óbitos no país e no mundo está inversamente associada ao acesso de bens e serviços de saúde de qualidade e às condições materiais e simbólicas que determinam esse acesso. A experiência coletiva da pandemia colocou a necessidade imediata de:

- reconhecimento e rejeição da desigualdade estrutural da sociedade brasileira, com ampla mobilização social e política para combatê-la;
- ampliação da discussão sobre políticas públicas fundamentais tanto no campo da seguridade social como das relações com o ambiente;
- fortalecimento das redes de solidariedade e suporte comunitários;

41 MACY, Joanna. *Esperança Ativa: como encarar o caos em que vivemos sem enlouquecer*. Rio de Janeiro: Bambual Editora, 2020.

- combate à cultura da violência, do compadrio e do “salve-se quem puder”, que exacerba a luta de todos contra todos;
- clareza de que o combate ao racismo, ao machismo, ao idadismo, ao capacitismo, ao sexismo e às outras formas de discriminação é condição indispensável para o desenvolvimento, a justiça social e a formulação de políticas públicas.

Tais iniciativas precisam estar inseridas nas agendas políticas prioritárias tanto dos governos nacionais e subnacionais quanto nas das empresas e das organizações da sociedade civil.

O legado que a pandemia precisa deixar para o SUS:

- valorização da atenção primária à saúde em termos de resolutividade, competências em relação às vigilâncias, aconselhamento, referenciamento e tratamento das doenças sob sua responsabilidade,
- acesso equitativo para todas as etapas e possíveis necessidades derivadas das doenças infecciosas prevalentes, desde a testagem até a internação em UTI, e para as medidas de reabilitação e acompanhamento, demandadas pelos casos de longa duração ou por sequelas, definindo estratégias específicas para a supressão das barreiras de acesso aos serviços e bens de saúde.
- expansão e manutenção da rede de cuidados para além da pandemia a fim de estabelecer uma capacidade instalada adequada em todas as regiões do país, com destaque especial para os leitos de UTI e para a telemedicina.

Um efeito colateral da emergência de COVID-19 foi a valorização do campo da saúde coletiva. A complexidade dos fatores sobrepostos da pandemia, e suas consequências, obrigou a mobilização de diferentes saberes para além da infectologia e da epidemiologia clínica. No mundo e em vários municípios brasileiros, saíram-se melhor os que abordaram a crise sanitária de maneiras multidimensionais e integradas, recusando abordagens apoiadas em fragmentos especializados.

Apesar da incompreensão de setores médicos e, por vezes, da imprensa, nunca se falou tanto de saúde pública. Na maioria das ocasiões em que coube aos Abrasquianos participar de debates e entrevistas, eles mostraram a complexidade do problema e a imbricada relação da pandemia com as condições sociais e de vida da população e com o meio ambiente. Mesmo assim, os sanitaristas poderiam ter tido presença maior nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos distritos sanitários e nas demais variadas frentes de ação da saúde coletiva.



A observação de nossos déficits estruturais permite que se trace um plano de melhorias para o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, para que ele se torne mais resiliente às emergências pandêmicas e suas consequências. Crédito: Divulgação/Fundação 1º de Maio.

A pandemia recuperou a compreensão de que, para promover desenvolvimento social e equidade, os determinantes culturais, políticos e econômicos de exclusão no âmbito da saúde precisam ser enfrentados, por meio da geração de oportunidades na cidade e no campo para os que se encontram em desvantagem, do aumento do acesso e da melhoria na qualidade da provisão dos serviços públicos de saúde.

O SUS pós-pandemia de COVID-19

Apesar de todas as dificuldades colocadas pelo Governo Federal para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com seus problemas estruturais e conjunturais, conseguiu reduzir e mitigar o impacto da maior emergência sanitária mais dramática do século XXI, tendo sido ele o grande instrumento no combate ao coronavírus. Por isso, após esse período dramático, espera-se que haja um reconhecimento social acerca da importância do SUS, ou seja, o reconhecimento, por parte dos diversos grupos da população, de que o SUS é um patrimônio do povo brasileiro, um projeto civilizatório fruto da conquista popular.

Desde que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) desencadeou o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e lançou a proposta de criação do SUS na Comissão de Saúde da Câmara Federal, em 1979, o SUS – como projeto e

depois como sistema – passou, nessa pandemia, por seu maior teste. Em mais de 40 anos, o SUS buscou caminhos próprios, na contramão das políticas neoliberais, implementando políticas que visavam a garantia da universalidade da atenção básica, a qualificação de milhões de profissionais de saúde e um sistema de vigilância em saúde. Um sistema alicerçado na modernização de processos de gestão, no planejamento, em formas alternativas de organização das ações e serviços de saúde no âmbito local e municipal, no monitoramento e avaliação e na participação social. Um projeto que sempre buscou se responsabilizar pela promoção e pela defesa da saúde da sociedade brasileira.

Esse projeto, contudo, requer um realinhamento político com o Executivo e o Legislativo, para que esses poderes voltem a se comprometer com a defesa das políticas públicas de saúde, educação e ciência e tecnologia. reconectando o país com o que há de mais avançado no mundo em relação à promoção da saúde, à preservação da vida como valor supremo, à defesa da acessibilidade universal com cuidado integral e à qualidade e a humanização do cuidado prestado na saúde.

Nesse sentido, cabe reiterar a pauta da saúde e desigualdades, considerando marcadores de raça, gênero, etnia, condições socioeconômicas e geração, e a do desenvolvimento do complexo econômico e industrial de saúde. Superar o subfinanciamento, com a revogação imediata da EC 95 e ampliação do volume de recursos destinados a recompor a infraestrutura dos serviços públicos, especialmente, a da rede básica, valorizando a força de trabalho em saúde, com destaque para o pessoal de enfermagem, tão duramente afetado durante a pandemia. Fortalecer as ações de promoção e vigilância em saúde, de forma concomitante com a intensificação das ações e serviços de saúde voltados ao atendimento da demanda reprimida durante a pandemia, que envolve pacientes com doenças e situações crônicas e necessidades em saúde mental.

O processo de reconstrução do SUS pós-desmonte operado pelo atual Governo Federal demandará a requalificação da gestão federal do SUS, com o fortalecimento do quadro de dirigentes do MS, das agências (ANS e ANVISA) e de outros órgãos da administração federal. Nesse sentido, o desafio será remover o “entulho” constituído pelas portarias, normas e programas de saúde elaborados desde 2016 e enfrentar os déficits estruturais do SUS. Assim, será possível avançar com a reorganização do pacto federativo e o fortalecimento do processo de regionalização do SUS, levando em conta as especificidades de regiões, estados e municípios do país; focar integralidade da atenção à saúde, com a retomada e o aperfeiçoamento do processo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua articulação

sistêmica com a rede de serviços de média e alta complexidade; e ainda consolidar as ações de vigilância em saúde, visando a preparação adequada para futuras epidemias e endemias. Será necessário investir também na expansão da produção de insumos, vacinas e medicamentos e avançar com a articulação entre o SUS, universidades e escolas de saúde, resgatando a proposta de tornar o SUS um espaço permanente de formação, qualificação e educação de trabalhadores de saúde. Enfim, retomar a direção que vem sendo defendida pela Abrasco e outras entidades e movimentos que compuseram a Frente pela Vida⁴².



Em 5 de agosto de 2022, a presidente da Abrasco, Rosana Onocko-Campos entregou a Carta Compromisso da Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde, ao então candidato Luiz Inácio Lula da Silva, que viria a se reeleger presidente do Brasil em 30 de outubro de 2022. Crédito: Divulgação/Abrasco.

O SUS necessário deve estar em sintonia com as demandas dos diversos grupos e dos movimentos sociais organizados. Um espaço aberto à participação de representantes da sociedade civil: mulheres, indígenas, população negra e quilombola, movimentos das favelas e quebradas, jovens e ativistas de direitos humanos. Um sistema que ultrapasse a formalização dos conselhos de saúde e que esteja aberto às várias formas contemporâneas de organização social.

É importante que a saúde seja cada vez mais tema de debate nas rádios comunitárias, nas escolas públicas e privadas e nas universidades, com uma

42 Diretrizes para a política de saúde do Brasil. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/08/DIRETRIZES-PARA-UMA-POLITICA-DE-SAUDE-SUS-FpV-5-8-22-1.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

pauta que ultrapasse o âmbito de doença e morte, abrangendo amor, sexo, drogas, poesia, violência, resistência, feminismo e machismo, enfrentando o racismo institucional, o capacitismo, o machismo e a homofobia que persistem nas unidades de saúde, sendo, por fim, a expressão de uma sociedade plural, multiétnica, multicultural e radicalmente democrática.

O SUS e sua rede de serviços de saúde

No Brasil, ela pode ser analisada em três tempos: o tempo pré-COVID, o tempo trans-COVID e o tempo pós-COVID. O tempo pré-COVID, até fevereiro de 2020, caracterizava-se por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, com forte predomínio das condições crônicas, em um contexto de enorme desigualdade socioeconômica. A resposta social a essa situação era dada por um sistema fragmentado de atenção à saúde, incapaz de enfrentar o enorme desafio de estabilizar as condições crônicas. Como exemplo, 50% das pessoas com diabetes não tinham diagnóstico e apenas 26% das que tinham diagnóstico estavam com a glicemia controlada⁴³.

O tempo trans-COVID inicia-se em março de 2020 e apresenta condições propícias para o desenvolvimento da doença, tendo em vista a forte presença de condições crônicas não estabilizadas e as enormes desigualdades socioeconômicas que. A alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 levou a um aumento exponencial dos casos, com intensa pressão sobre o sistema de saúde, que passou a priorizar o atendimento às pessoas com COVID-19 e a diminuir a oferta de serviços para pessoas com outras condições de saúde. Muitas atividades fundamentais de atenção à saúde foram descontinuadas ou paralisadas, levando a negligência da atenção à saúde dos “pacientes invisíveis”⁴⁴ – os portadores de outras patologias que foram deixados de lado frente aos casos COVID-10. A sobrecarga sobre os serviços deve continuar no pós-COVID em função das sequelas da doença, que, em geral, manifestam-se como condições crônicas⁴⁵. O sistema será pressionado a responder tanto a esses problemas quanto à demanda reprimida.

43 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Prevalência de diabetes mellitus: estudos brasileiros**. São Paulo: SBD, 2020.

44 **The Invisible Patient: Caring for Those without Covid-19 | Catalyst non-issue content**. Disponível em: <<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0139>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

45 **COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 | Guidance | NICE**. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>>. Acesso em: 14 nov. 2022

Nesse tempo, dois movimentos se impõem. Primeiramente, há que se fazer uma análise profunda dos acertos e erros no enfrentamento da COVID-19, especialmente no intuito de se estabelecer uma agenda para os próximos anos. Também é preciso enfrentar o problema crítico do SUS, derivado da sua organização fragmentada, por meio de uma política de implantação de redes de atenção à saúde que integre as ações de vigilância com as de assistência. Compreender e viabilizar o SUS como um sistema público universal deve ser o maior legado desta pandemia. Entre os erros cometidos, não se pode deixar de citar:

- a não adoção de medidas de contenção, principalmente no início da pandemia, tais como: a restrição de circulação de áreas com transmissão comunitária para outras regiões que ainda não tinham casos notificados; a definição de transmissão comunitária em todo o território nacional sem critério epidemiológico, que dificultou a adoção de medidas diferenciadas para a contenção da pandemia nas diferentes regiões de saúde; e não ter sido implementado nacionalmente um protocolo de avaliação de risco de ameaças e vulnerabilidades do SUS, considerando a capacidade de atendimento e o cenário epidemiológico, para a adoção de medidas de controle não farmacológicas, especialmente o distanciamento social;
- deficiências na estratégia de testagem, isolamento, identificação e monitoramento de contatos, com demora na regularização de insumos para testagem de RT-PCR; dificuldades logísticas e atraso na aquisição de testes rápidos de anticorpos; e demora e dificuldades na implementação da vigilância adequada para a investigação, rastreamento, isolamento de casos, identificação e monitoramento de contatos;
- contradições da gestão federal na operacionalização e na comunicação referente à campanha de vacinação contra a COVID-19, manifestadas em: demora na aquisição de vacinas; campanhas de comunicação insuficientes para esclarecer a necessidade de completar o ciclo vacinal; mensagens contraditórias especialmente sobre a vacinação de crianças e adolescentes; e manifestações contrárias à vacinação por parte do presidente da República e de autoridades do Ministério da Saúde;
- prioridade dada pela gestão federal à estratégia de “tratamento precoce” com medicamentos comprovadamente ineficazes, em detrimento das ações de prevenção e vacinação.

A partir da reflexão sobre os acertos e erros na pandemia, a agenda para o futuro a ser iniciada no tempo pós-COVID deve envolver, entre outras, as seguintes medidas:

- fortalecer o SUS como sistema público universal, garantindo um financiamento adequado e sustentável;
- restabelecer o pacto federativo do SUS assentado no federalismo cooperativo entre União, estados e municípios;
- organizar o SUS por meio da implantação das redes de atenção à saúde para atender aos eventos agudos decorrentes de doenças infecciosas e desenvolver estratégias de retomada de serviços relativos às condições crônicas descontinuadas, à COVID longa e aos procedimentos eletivos;
- fortalecer e equipar a rede de Laboratórios de Saúde Pública e implantar laboratório de referência nacional, com condições máximas de biossegurança (nível 4) para fortalecer o sistema nacional de vigilância e atender a emergência de novos patógenos de potencial pandêmico;
- desenvolver e implantar estratégias de expansão da saúde digital, garantindo conectividade e capacitando os profissionais de saúde para atividades remotas;
- desenvolver e implantar estratégias de apoio à força de trabalho do SUS, visando recuperar a saúde dos profissionais e criar uma cultura inclusiva e de compaixão nos ambientes de trabalho;
- desenvolver e implantar estratégias de fortalecimento do complexo industrial da saúde, com foco em insumos críticos;
- reconhecer a centralidade da APS integral como ordenadora do cuidado na trajetória do paciente/usuário, com oferta suficiente de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para que o sistema seja resolutivo.

BOX 16 – Niterói (RJ) contra a COVID-19

A prefeitura de Niterói, tão logo a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou a crise do novo coronavírus como uma pandemia, instituiu o Gabinete de Crise, grupo intersecretarial para articulação direta entre os diferentes setores da Prefeitura, com o intuito de oportunizar a tomada de decisão. As ações desenvolvidas foram divididas em quatro grandes frentes: saúde, proteção social, economia e ordenamento público.

No âmbito da saúde, houve a inauguração em tempo recorde do Hospital Oceânico, primeiro hospital público exclusivo para tratamento da COVID-19, a entrega de kits de higiene para famílias vulnerabilizadas, a sanitização das ruas, a distribuição de máscaras, a realização da testagem em massa, a criação do Sistema de Vigilância Escolar, a aceleração do calendário vacinal contra a COVID-19, a criação do Centro de Reabilitação Pós-COVID-19 e a implantação de dois programas para retomada das atividades de forma segura: o Plano de Transição para o Novo Normal (maio/2020 a setembro/2021) e o Programa Novo Normal Niterói (em vigor desde setembro de 2021).

Em todo o processo de enfrentamento da COVID-19, a Secretaria Municipal de Saúde atuou de modo pedagógico, fundamentada na construção de conhecimento por meio da interlocução e do diálogo, promovendo a troca de saberes de forma reflexiva e acesso à informação e a instrumentos de comunicação de fácil compreensão com os sinais de monitoramento, além de pactuar de modo compartilhado os protocolos de biossegurança para os setores econômicos.

Por fim, destaca-se que a prefeitura de Niterói investiu mais de R\$ 1 bilhão no combate à doença e na proteção social e econômica. Também por isso, Niterói se destacou internacionalmente no desenvolvimento de medidas de prevenção e controle da pandemia causada pelo novo coronavírus. A prefeitura segue reconhecendo a importância da manutenção das ações intersetoriais, uma vez que a condição de saúde da população é impactada por fatores de caráter socioeconômico-cultural, e, para tanto, incorporou ao Programa Novo Normal Niterói o enfrentamento das desigualdades, por meio de ações e programas, tais como, a moeda social e a expansão dos abrigos para a população em situação de rua.

Box 17 – Afogados da Ingazeira (PE) contra a COVID-19

O município de Afogados da Ingazeira está localizado no estado de Pernambuco, no sertão do Pajeú, 10a Região de Saúde de Pernambuco, a 386 km da capital, Recife. Atualmente, sua população de 40 mil habitantes está distribuída em 370 km², sendo que 85% vivem em 57 km² na área urbana, e 15%, em 313 km² de área rural.

A pandemia causada pela COVID-19 fez a gestão de saúde do município enfrentar um dos seus maiores desafios, com mudanças na rotina dos serviços de saúde e na fiscalização dos diversos protocolos sanitários aplicados em seu território.

O primeiro movimento foi buscar conhecer o vírus e seus impactos na saúde da população. Daí, montou-se um comitê gestor composto por membros de todos os órgãos estaduais e do município. Logo em seguida, foi definida, com todos os participantes e a sociedade civil organizada, uma relação de ações a serem executadas.

Foram implementadas, entre outras medidas, barreiras sanitárias em todas as entradas da cidade, fiscalização no transporte intermunicipal e interestadual de passageiros, em feiras livres e no comércio, e escala entre os profissionais da gestão e da ponta para reforçar tais ações de fiscalização.

Na assistência aos usuários, logo no mês de julho de 2020, diante do esgotamento da capacidade dos laboratórios de saúde pública instalados, abriu-se um centro de enfrentamento da COVID, o qual ofereceu acesso ao diagnóstico rápido e efetivo. Seguindo com a ampliação do acesso, a prefeitura somou esforços com a Associação Municipalista de Pernambuco e firmou um convênio com a Universidade Federal de Pernambuco, ampliando a capacidade de testagem no território.

No campo da informação, boletins diários eram emitidos para informar a população, a imprensa e também os profissionais de saúde sobre a evolução da pandemia na cidade.

No início de 2021, o município recebeu as primeiras doses da vacina contra a COVID-19 e atualizou um plano interno para operacionalizar a vacinação. Foi criado um comitê de monitoramento do processo, que se reunia 3 vezes por semana em parceria com o conselho de saúde para que as ações pudessem se aproximar da realidade da população⁴⁶.

Por fim, as ações envolvendo a escuta qualificada e proativa da população ajudaram o município a testar, até fevereiro de 2022, mais de 90% da população e a atingir níveis de vacinação que já cobrem 100% da população cadastrada com mais de 2 doses e, um pouco mais de 60%, com terceira dose).

Do início da pandemia até fevereiro de 2022, foram notificadas 33.266 pessoas como casos suspeitos para a COVID-19 no município; desses, 26.182 foram descartados e 7.072 foram confirmadas. Entre os casos confirmados, 6.898 foram leves (97,53%) e 174 (2,47%) graves. A letalidade foi de 1,06%.

A luta contra as desigualdades sociais em saúde

Um fato incontestável da pandemia de COVID-19, no Brasil, foi o aumento acentuado das desigualdades sociais. A ocorrência da doença, os desafios e a distribuição de recursos para o controle da pandemia foram atravessados por marcadores sociais

46 Prefeitura Municipal de Afogados da Ingazeira. Disponível em: <<https://afogadosdaingazeira.pe.gov.br/orgao.php?id=6#main>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

de inequidades de raça/etnia, gênero e classe social, que, por sua vez, fazem parte da história do país.

Prevaleceram respostas hospitalocêntricas, apoiadas pela biomedicina e pela epidemiologia dos fatores de risco, com a expansão de leitos de UTI e a oferta de cuidados intensivos, em detrimento da atenção básica, da vigilância epidemiológica e de uma abordagem da determinação socioambiental da saúde e da vida⁴⁷. Esse modelo orientou a reorganização da assistência e a restrição das atividades essenciais, impondo desigualmente barreiras de acesso a serviços imprescindíveis, como aqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva e ao manejo contínuo de doenças crônicas.

Na hierarquização de prioridades em filas de espera por vagas e no uso de respiradores, foram exacerbadas práticas e atitudes prévias baseadas na concepção de “corpo produtivo”. No “dilema do último leito”, para além de critérios clínicos, operaram mecanismos discriminatórios e estigmatizantes, com evidências explícitas de etarismo e capacitismo⁴⁸ e/ou implícitas de racismo, sexismo e LGBTfobia para definir quais vidas salvar⁴⁹.

Outro aspecto relevante relaciona-se às desigualdades na exposição ao risco de adoecer e morrer por COVID-19 no trabalho em saúde. Em instituições de assistência a idosos, chamou atenção a alta mortalidade por COVID-19 entre os profissionais da saúde. Enquanto, a mídia ressaltava a ação heroica e extenuante, sobretudo, dos médicos, pouco se registrava o trabalho em saúde, majoritariamente feminino e com forte presença de mulheres negras em sua base..

A atividade das mulheres historicamente desvalorizada de cuidar da saúde, crianças, idosos e doentes tornou-se imprescindível, não só no SUS, mas também nas casas e nas famílias, agravando a crise do cuidado⁵⁰, que vinha se acentuando, previamente, com o desmonte de políticas e a privatização de equipamentos sociais (creches, educação infantil, atenção a idosos e pessoas com deficiência). A diminuição dos apoios sociais e o fechamento de escolas, que atribuiu aos lares

47 MOGNI, Flor. **Refundación de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe**. Disponível em: <<https://www.clacso.org/refundacion-de-los-sistemas-de-salud-en-america-latina-y-el-caribe/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

48 SOARES, Tássia Salgado; CORRADI-PERINI, Carla; MACEDO, Caroline Perez Lessa de; et al. Covid-19 e ageísmo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde. **Revista Bioética**, v. 29, p. 242–250, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/bioet/a/V7HRkTmQxgTTNxKGJb7dPSc/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

49 NÚÑEZ-PARRA, Lorena; LÓPEZ-RADRIGÁN, Constanza; MAZZUCHELLI, Nicole; et al. Necropolitics and the bodies that do not matter in pandemic times. **Alter**, v. 15, n. 2, p. 190–197, 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067220301085>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

50 PARADIS, Clarisse. Os Desafios do Bem-estar na América Latina, as Políticas de Igualdade de Gênero e as Respostas Governamentais para a “Crise do Cuidado”. **Revista Sul-Americana de Ciência Política**, v. 5, n. 2, p. 323–339, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/rsulacp/article/view/8197>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

todos os cuidados e o ensino de crianças e de adolescentes, expôs abruptamente antigas e acentuadas desigualdades de gênero, raça e classe na divisão do trabalho reprodutivo remunerado e não remunerado. Ademais, a recomendação de ficar em casa, para muitas mulheres, crianças⁵¹ jovens gays, lésbicas e pessoas trans⁵², significou o aumento da violência doméstica. Seus efeitos de médio e longo prazos devem ser mensurados.

Muitas pessoas não puderam permanecer em casa, seja por trabalharem em atividades essenciais, por terem perdido seus empregos ou por necessidade de assegurar o sustento realizando trabalhos precarizados. Para quem pode transferir o trabalho profissional para a casa (home office), os tempos e espaços se superpuseram ao trabalho doméstico. As desigualdades de gênero, raça e classe, aprofundadas pela crise sanitária, tendem a se estender ao período pós-pandêmico⁵³.

O enfrentamento das desigualdades em saúde requer estratégias intersetoriais, consistentes e sustentáveis, que visem a justiça social, considerando uma abordagem interseccional na produção de conhecimentos e na construção de políticas, para pensar e agir sobre múltiplos eixos de opressão de raça, gênero e classe social.

É urgente e necessário considerar as duas dimensões de justiça social: a dimensão distributiva (o combate à pobreza, à exploração, à desigualdade e aos diferenciais de classe) e a dimensão do reconhecimento (o combate às hierarquias institucionalizadas de valor cultural, o que não se reduz a reforçar identidades, mas visa a superação dessas hierarquias para permitir a participação plena do grupo social)⁵⁴.

É preciso retomar políticas de combate à pobreza e à insegurança alimentar, com programas de transferência de renda e proteção social, que contemplem e priorizem populações vulnerabilizadas. É também imperioso redistribuir o trabalho

51 MARCOLINO, Emanuella de Castro; SANTOS, Renata Clemente dos; CLEMENTINO, Francisco de Sales; et al. O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/icse/a/fjCBm4rn9TSXDzrZQ5JXKnNL/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

52 SANTANA, Alef Diogo da Silva; MELO, Lucas Pereira de. Pandemia de covid-19 e população LGBTI+. (In)visibilidades dos impactos sociais. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sess/a/fsX8vyYh4MdTsSLQ3PGVm4k/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

53 POZO, Consuelo de la Torre del. El cuidado de la vida en común en tiempos de pandemia y pospandemia. **Revista de Humanidades de Valparaíso**, n. 17, p. 209–229, 2021. Disponível em: <<https://revistas.uv.cl/index.php/RHV/article/view/2514>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

54 FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Trad. Teresa Tavares. n. 63, p. 07–20, 2002. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/rccs/1250>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

reprodutivo com políticas que incentivem a coparentalidade e promover ações integradas intersetoriais de cuidados desde a primeira infância até a velhice⁵⁵.



A maior parte das pessoas que morreram por causa da COVID-19 no município de São Paulo vive em regiões onde a população depende mais do transporte coletivo. Crédito: Divulgação/Abrasco.

Importante ressaltar o papel essencial do SUS na formação profissional e na educação permanente como estratégia para o enfrentamento das pautas aqui colocadas. É primordial a reformulação curricular dos cursos de graduação e pós-graduação, com oferta de disciplinas obrigatórias sobre gênero, sexualidade, raça/etnia, geração, deficiência e saúde, e estimular o desenvolvimento de pesquisas, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso que enfoquem os efeitos das desigualdades sociais e da discriminação sobre a saúde, com ênfase em populações vulnerabilizadas, como as populações negra, indígena, LGBTQIA+, entre outras. É necessário superar o privilégio epistêmico da biomedicina, que mantém a colonialidade do corpo único e universal, visando práticas indutoras da descolonização do cuidado⁵⁶. É preciso apoiar propostas de formação que

55 Id. POZO (2021).

56 GERHARDT, Tatiana Engel. O reverso de algumas reflexões sobre as potencialidades das imagens e das artes enquanto princípios descolonizadores para pensar o cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho e DA SILVA JR., Aluisio Gomes (Orgs.). *Natalidade e o SUS: pensar inícios e (re)começos no cuidar - 20 anos de Integralidade em Saúde (Tempos de Pandemia COVID-19)*. No prelo.

promovam o diálogo da ciência com conhecimentos dos sujeitos sociais em sua diversidade⁵⁷ e fortalecer os valores de justiça social e direito ampliado à saúde.

A melhoraria das condições de vida e de saúde no Brasil, na era pós-pandêmica, dependerá do enfrentamento dos sistemas de poder que têm perpetuado o racismo, o colonialismo, o machismo, o sexismo, a LGBTfobia, o etarismo e o capacitismo. Esse enfrentamento deve se traduzir no fomento à pesquisa, no ensino, nas políticas e na ação política. O SUS, enquanto política pública, deve considerar essas dimensões para ampliar os espaços de inclusão social, em todos os níveis de cuidado, e reduzir barreiras de acesso baseadas no estigma e na discriminação. É fundamental a conexão do SUS com as políticas de proteção social, por meio de uma arquitetura programática e institucional, com maior participação social e efetivação de seus princípios constitucionais de equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde.

BOX 18 – Redes da Maré

Com o início da pandemia de COVID-19, a Redes da Maré, organização que atua há 20 anos na luta pelos direitos da população do Complexo da Maré, no Rio de Janeiro, teve de reestruturar seu trabalho no território. Seu desafio era gigantesco, já que o Complexo, um dos maiores conjuntos de favelas da cidade, conta com aproximadamente 140 mil pessoas, sendo mais populoso do que 96,4% dos 5.570 municípios brasileiros⁵⁸.

Em 23 de março de 2020, a Redes da Maré colocou nas ruas a campanha Maré diz NÃO ao Coronavírus, numa estratégia para combater a pandemia. Inicialmente distribuindo cestas de alimentos e kits de higiene pessoal e limpeza, a empreitada se expandiu para várias outras frentes: geração de trabalho e renda; atendimento à população em situação de rua; acesso a direitos, cuidados e prevenção em saúde; e produção e difusão de informações e conteúdos.⁵⁹

No caso da saúde, a partir da já existente e histórica parceria com a Fiocruz, foi possível reunir organizações interessadas em construir um projeto de vigilância para territórios de favelas. Como resultado dessa articulação, foi criado o projeto Conexão Saúde – De Olho na Covid, reunindo também o Conselho Comunitário de Manguinhos, Dados do Bem, SAS Brasil e União Rio para atuar em dois territórios: Maré e Manguinhos.

57 GOMES, Nilma Lino. Relações étnico-raciais, educação e descolonização dos currículos. **Currículo sem fronteiras**, v. 12, n. 1, p. 98–109, 2012. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5298127/mod_resource/content/1/%C3%89tnico-racial%202.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2022.

58 **Redes da Maré**. Disponível em: <<https://www.redesdamare.org.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

59 **Redes da Maré :: Maré diz NÃO ao Coronavírus**. Disponível em: <<https://www.redesdamare.org.br/br/info/72/mare-diz-nao-ao-coronavirus>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

O projeto instalou polos de testagem gratuitos em cada uma das favelas e garantiu atendimento médico e psicológico online. No caso da Maré, ainda foi possível desenvolver o programa de isolamento domiciliar, que, por meio do acompanhamento de assistentes sociais, apoiava famílias com dificuldade de garantir o isolamento de casos, com alimento, kits de higiene e informação.

Quanto ao impacto, foi possível observar uma importante queda na taxa de mortalidade após o início do Conexão Saúde. No período anterior à sua implementação, a taxa de mortalidade da Maré era praticamente o dobro da taxa da cidade do Rio de Janeiro. Após 15 semanas de funcionamento do projeto, essa taxa reduziu significativamente, chegando a valores semelhantes à taxa média do país e inferiores à da cidade. Esses dados podem indicar que a implementação de um programa de testagem gratuito reduziu a subnotificação de casos positivos, tornando esses valores mais próximos aos da realidade. Mas, para além desse fator, é possível também que o tripé de testagem, acompanhamento médico e apoio ao isolamento domiciliar tenha permitido um melhor monitoramento e cuidado dos casos, impactando diretamente na mortalidade no território.

O conjunto de ações desenvolvidas na Maré é um exemplo da capacidade que as organizações do território têm de articular parcerias e ações para dar respostas rápidas e eficientes a crises humanitárias, como a provocada pela COVID-19.

Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S)

A pandemia de COVID-19 tem colocado desafios no campo da CT&I/S que não se extinguirão com o seu fim. Uma pandemia já se insinuava há umas poucas décadas. Em meados do século passado, principalmente com o advento dos antibióticos, houve a ilusão de que as doenças transmissíveis eram um problema já equacionado e que as doenças crônicas não transmissíveis eram o novo desafio. De fato, as comorbidades crônicas respondem hoje pela maior parte da carga global de doenças, mas a epidemia de HIV/AIDS (e a tuberculose multirresistente que ela exacerbou), as doenças transmitidas pelo Aedes (dengue, Zika e Chikungunya), os surtos de Ebola, de SARS, de MERS e de Influenza H1N1 indicaram um quadro mais complexo. A pandemia de COVID-19 consolidou essa percepção.

Inicialmente referida aos países do Hemisfério Norte, os epidemiologistas denominaram a emergência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como um fenômeno de “inversão nosológica”. Contudo, a COVID-19 indica que se trata, na verdade, de uma “adição nosológica”. Doenças transmissíveis continuarão surgindo, não apenas entre os países de menor renda, mas em todo o planeta,

embora permaneçam as desigualdades quanto aos seus impactos. Tudo indica que esse novo panorama está vinculado aos desafios colocados pelo Antropoceno. Então, as doenças transmissíveis não são inimigos em retirada que serão vencidas com facilidade; na realidade, são ameaças perenes e multifacetadas, para cujo enfrentamento será necessária vigilância permanente e intensa. As medidas para mitigar a reemergência das doenças transmissíveis como problema global e iníquo dependem da introdução de modelos mais justos e sustentáveis de desenvolvimento econômico e social. A construção desses modelos é tributária, em parte, de abordagem científica e tecnológica e da política de CT&I.

Essa revisão do papel das doenças transmissíveis não elide, contudo, o fato de que as DCNT são, atualmente, responsáveis pela maior parte da carga de doenças em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. A pandemia deixa também um legado para essas doenças, a começar pelo aumento das dificuldades no cuidado às DCNT em função do colapso de alguns componentes dos sistemas de saúde estressados pelo combate à pandemia.

Um segundo legado que deixa a COVID-19 é o reforço da ideia de integração de saberes e da complexidade. A doença causada pelo SARS-CoV-2 expôs de modo claro a noção de sindemia, significando o envolvimento de dimensões e interfaces biológicas, clínicas, sociais, econômicas, geopolíticas, científicas e tecnológicas em seu desenvolvimento. Novas ocorrências de natureza similar certamente ocorrerão, embora não se saiba quando, nem por qual patógeno serão provocadas. Uma abordagem complexa no enfrentamento de qualquer novo desafio dessa ordem será necessária, embora a sociedade global não esteja devidamente preparada.

A experiência do multilateralismo sanitário no enfrentamento da COVID-19 tem sido bastante insuficiente quanto a efetividade em sua execução. A generosidade implícita no projeto COVAX, nascido na Organização Mundial da Saúde, esbarrou em dificuldades significativas para cumprir suas metas originais. As fragilidades da iniciativa são decorrentes quase exclusivamente dos desequilíbrios de poder e das tensões geopolíticas entre nações e de disputas comerciais entre grandes empresas. Os desafios para uma abordagem complexa localizam-se também nas políticas de CT&I, tradicionalmente organizadas segundo um padrão disciplinar verticalizado e, por isso, resistentes à transversalidade e à complementaridade de saberes.

Um legado brasileiro é o reconhecimento do SUS, por parte expressiva da população, como ferramenta essencial no campo das políticas públicas. Isso significa dar ao SUS apoio político e financeiro adequado para o cumprimento de sua missão.

Cabe também à comunidade de pesquisadores do campo da saúde o fornecimento das ferramentas técnicas e políticas para que esse reconhecimento inclua os constituintes conceituais básicos do SUS e da reforma sanitária brasileira.

Em paralelo ao reconhecimento do SUS, a pandemia evidenciou as fragilidades do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A corrida global por materiais, equipamentos e vacinas contra a COVID-19 demonstrou que a subordinação do CEIS às cadeias produtivas globais privou o país de atender, no tempo e na escala adequados, suas demandas relacionadas à pandemia. Essas cadeias de produção terão dificuldades em se recompor integralmente, haja vista as mudanças no panorama geopolítico observado atualmente entre as potências globais. Durante a pandemia, o exemplo mais eloquente veio da disputa geopolítica na produção, provisão e efetividade das vacinas.

No caso brasileiro, país classificado como de renda média alta e detentor de capacidade industrial bastante razoável, as cadeias produtivas globais não funcionaram para aquisição de máscaras, seringas, respiradores, e também de componentes essenciais de fabricação de vacinas pelas instituições Butantan e Fiocruz. É verdade que o fracasso brasileiro dependeu também do fracasso político e diplomático a que o Governo Federal vem submetendo o país. Entretanto, o que fica como um legado é que o grau de autossuficiência do Brasil em vários segmentos industriais, em particular medicamentos e vacinas, terá que aumentar. E, para tanto, há que se buscar o reforço financeiro e político das atividades de pesquisa de bancada e, principalmente, a articulação entre esta e os agentes de inovação produtiva.

Cabe mencionar o legado da COVID-19 na percepção pública da ciência, essencialmente positiva. Contudo, notam-se aí efeitos contraditórios: por um lado, intensificaram-se as expectativas da sociedade quanto aos benefícios da ciência e da tecnologia; por outro lado, os usos políticos das incertezas (inevitáveis dada a provisoriedade dos consensos e o modo pelo qual são acessados pelo grande público) amplificaram dúvidas e inseguranças e, dessa forma, prejudicaram a implementação das medidas para o enfrentamento da pandemia e podem gerar dificuldades em desafios futuros dessa natureza.

A pandemia deixa também como aprendizado a importância do engajamento da sociedade como um todo no mundo da ciência, da tecnologia e da inovação. Principalmente nos países do hemisfério norte, mas também em países como o Brasil, a dimensão societária da pandemia exigiu um gigantesco fluxo de informações técnicas, oriundas de setores especializados e destinadas à população em geral. Esse fluxo serviu tanto para disseminar orientações de boa

qualidade técnica, quanto para mitigar os efeitos de orientações negacionistas e anticientíficas, difundidas por diversas fontes e, no caso brasileiro, principalmente, pelo Governo Federal. Uma das expressões mais notáveis desses canais de informação amplificados pela pandemia foi a presença de profissionais de saúde, epidemiologistas, pesquisadores da área biomédica, gestores no campo da saúde e cientistas sociais em veículos da grande mídia. O desafio que deve sobreviver ao tempo da pandemia é o de manter abertos esses canais, tornando a divulgação científica e tecnológica um instrumento central e nada acessório na política pública de saúde.

O desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) no Brasil

A pandemia evidenciou, de forma dramática, que não é possível pensar o desenvolvimento econômico, social e ambiental de modo separado, validando a hipótese central que norteia o programa de pesquisa do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Essa perspectiva vem sendo desenvolvida na Fiocruz há mais 20 anos, em consonância com sua contribuição histórica na construção e no fortalecimento do SUS⁶⁰.

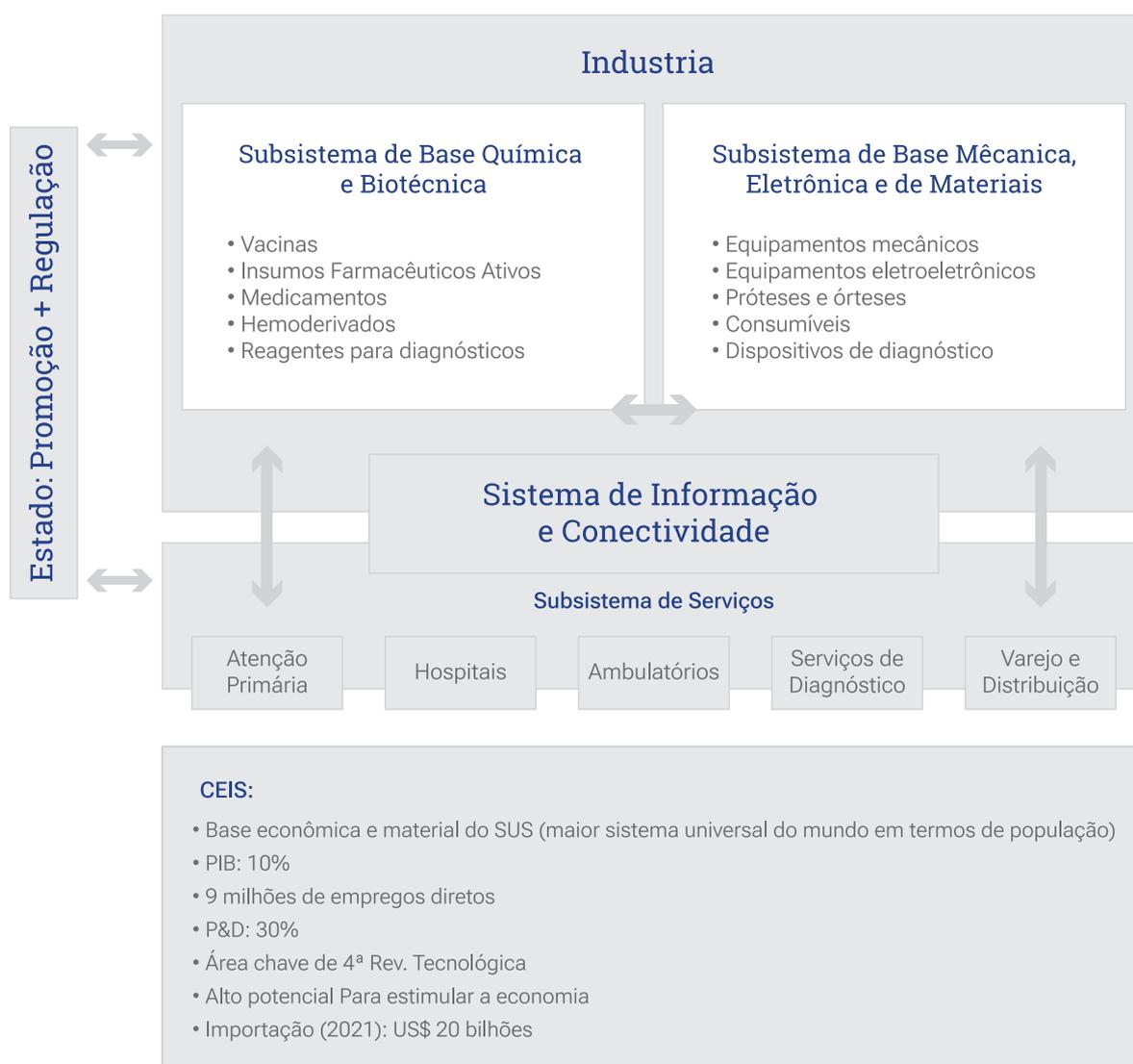
O CEIS representa um espaço econômico, produtivo e de inovação decisivo na geopolítica global da saúde, onde a tensão entre os interesses econômicos, sociais e ambientais se expressa de forma acentuada. O termo “econômico” reflete a perspectiva central, referendada pelo contexto pandêmico e geopolítico atual, de que, sem uma economia nacional forte, não há meios materiais para garantir o bem-estar, a adoção de políticas soberanas de Estado e o acesso universal aos bens e serviços públicos.

O CEIS remete para uma nova visão da relação entre economia e saúde, na qual a sociedade paute o mercado e não seja por este orientada, superando os marcos neoclássicos em favor de uma visão de economia política. Há um conjunto de atividades e setores econômicos que está inserido em um contexto produtivo da área da saúde, envolvendo subsistemas de base química e biotecnológica, de base mecânica e eletrônica e materiais e serviços. No contexto da 4ª revolução tecnológica, estrutura-se no âmbito do CEIS um subsistema de informação e conectividade (Figura 2), que reforça o caráter sistêmico da produção e da inovação em saúde, atingindo a indústria, os serviços e áreas que, até pouco tempo, eram

60 GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1891–1902, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/vBQrtDjpbqDjh9ZBTycxyrj/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

consideradas imunes à dinâmica do capital, como a atenção básica e a vigilância epidemiológica que incorporam, desde a genômica avançada até a inteligência artificial e o uso intensivo de big data. As novas tecnologias trazem, de um lado, promessas de aprimoramento da qualidade de vida, como o desenvolvimento, em tempo recorde, de uma nova vacina para a COVID-19 revelou, mas também geram uma forte ameaça de quebra, definitiva e estrutural, das bases de uma vida solidária e da saúde como dimensão coletiva.

Figura 2: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da 4ª Revolução Tecnológica



Fonte: Gadelha, CG (2021).

No plano internacional, a pandemia demonstrou a relevância da geopolítica e das assimetrias globais de poder econômico, científico e tecnológico. Os produtos e insumos em saúde, especialmente as vacinas para COVID-19, foram objeto de

intensa disputa entre países e regiões⁶¹, restringindo o impacto de iniciativas estratégicas multilaterais importantes, como o mecanismo COVAX, já mencionado.

A precariedade da estrutura produtiva nacional em saúde é reflexo do padrão de desenvolvimento historicamente adotado no Brasil e se converteu em vulnerabilidade em saúde quando resultou na escassez de produtos essenciais para o enfrentamento da pandemia. O déficit comercial, em termos reais, tem apresentado forte expansão, revelando o aprofundamento da dependência tecnológica que acompanha a expansão do SUS nas últimas décadas, colocando em risco sua integralidade. As importações em saúde saíram de um patamar de US\$ 3 bilhões, em 1996, para US\$ 20 bilhões, em 2021.

Fortalecer mecanismos de incentivo à construção de capacidade produtiva, científica e tecnológica em saúde, de modo a ampliar a autonomia do SUS para enfrentamento das crises sanitárias, constitui um imperativo e desejável patrimônio da pandemia para o Brasil. Os casos da produção de vacinas no Brasil pela Fiocruz e pelo Butantan constituem exemplos fortes, ainda que delimitados, da capacidade do país ter a saúde como novo vetor do desenvolvimento.

A natureza sistêmica da produção e do acesso à saúde exige políticas públicas que considerem a interdependência entre as políticas sociais, econômicas e ambientais. O Estado possui um papel central na coordenação dos múltiplos interesses existentes na área da saúde, especialmente em momentos de crise e grave incerteza⁶². A política do CEIS entrou em declínio e desmonte a partir de 2016, mas ainda é referência nas experiências específicas que subsistem, baseando-se no uso do poder de compra do SUS e no enfoque econômico, tecnológico e produtivo sistêmico vinculado às necessidades sociais, como no caso das encomendas tecnológicas para as vacinas contra a COVID-19.

Evidenciar a importância e os resultados da coordenação do SUS com o desenvolvimento do CEIS é um legado desejável, vinculado à própria soberania em saúde, sendo urgente a recriação de instrumentos como o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS), que coordenava as ações de políticas públicas entre diversos ministérios, agências públicas, sociedade e setor produtivo.

61 GADELHA, Carlos A. Grabois; KAMIA, Felipe Duvaresch; MOREIRA, Juliana Duffles Donato; et al. Dinâmica global, impasses do SUS e o CEIS como saída estruturante da crise. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 281–302, 2021. Disponível em: <<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/561>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

62 A visão do CEIS começa a ser incorporada como política pública com a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, em 2003, e, mais explicitamente, com a Política de Desenvolvimento Produtivo, de 2008. Essa visão foi institucionalizada com a iniciativa de implementação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) lançada, em 2009, pelo Ministério da Saúde. Ao longo do tempo, a política ganhou escala, superando mais de 100 PDPs em 2013, o que permitiu ao país mitigar vulnerabilidades e, ao mesmo tempo, entrar na segunda geração da biotecnologia, garantindo a base tecnológica que viabilizou a produção nacional da vacina para COVID-19.



Esther Dweck (UFRJ), Denis Maracci Gimenez (Unicamp), Nísia Trindade Lima, presidente da Fiocruz, e Carlos Gadelha, coordenador do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz debatendo o complexo industrial da saúde. Créditos: Lincoln Xavier/CEE- Fiocruz.

Finalmente, o principal legado da pandemia foi difundir a compreensão de que a saúde e desenvolvimento são indissociáveis. A universalização do direito à saúde, muito ao contrário de significar uma restrição ao crescimento ou um peso para as contas públicas, constitui-se uma oportunidade para mudar estruturalmente o padrão de desenvolvimento nacional. A capacidade de produção local é vital não apenas para garantir o abastecimento do SUS, no que tem sido denominado segurança em saúde, mas também para reconstruir a economia e a indústria nacional, gerando renda, investimentos e empregos qualificados.

A saúde pode ser o vetor estratégico de um SUS como espaço econômico, de inovação e de desenvolvimento, vinculado a um novo projeto nacional voltado ao bem-estar social, à consolidação dos sistemas universais e à garantia da sustentabilidade ambiental. Se a saúde é parte central da estrutura econômica, refletindo as fragilidades econômicas e desigualdades sociais de um país, também é parte decisiva da solução e deve ser um eixo estratégico da política de desenvolvimento do século XXI ao articular base econômica-industrial, bem-estar e sustentabilidade ambiental⁶³.

63 GADELHA, Carlos A. Grabois; KAMIA, Felipe Duvaresch; MOREIRA, Juliana Duffles Donato; et al. Dinâmica global, impasses do SUS e o CEIS como saída estruturante da crise. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 25–50, 18 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/cadernos%20do%20desenvolvimento.pdf#page=26>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Financiamento do SUS

A COVID-19 exigiu rápida resposta das nações para proteger suas populações. Nesse contexto, diversos países suspenderam suas regras fiscais e ampliaram os gastos públicos, voltados à aquisição de vacinas e testes, oferta de leitos, programas de renda, entre outros. Segundo o FMI, as economias desenvolvidas devem alcançar uma dívida bruta, em 2026, de 117% do PIB, crescimento superior a vinte pontos percentuais em relação a 2019.

A ampliação dos gastos foi decisiva para o combate à pandemia, mas também para mitigar os impactos da crise sanitária sobre a economia e a renda das famílias, desautorizando a tese de que a dívida acima de determinado patamar é nociva ao crescimento da economia. O mais relevante não é o patamar da dívida, mas suas características⁶⁴.

Mesmo após a expansão dos gastos para combate à pandemia, não se verificou uma trajetória explosiva para a dívida pública no Brasil. Em 2020, quando as regras fiscais foram suspensas e despesas extraordinárias foram autorizadas fora do teto de gastos, o Governo Federal executou R\$ 524 bilhões além do originalmente previsto no orçamento. A despesa federal foi de 26% do PIB e o déficit primário do governo central foi de 10% do PIB.

A ampliação dos gastos demonstrou que a União, ente monetariamente soberano, é capaz de realizar despesas sem a cobertura prévia de tributos. O gasto deficitário, uma vez creditado na conta dos beneficiários, implicou a criação de moeda, sem impacto sobre a inflação, diante da elevada capacidade ociosa da economia. A liquidez resultante do aumento dos gastos levou o Banco Central a tomar dívida (operações compromissadas), enxugando o excesso de reservas no mercado interbancário e garantindo a convergência da taxa de juros para a meta Selic estabelecida. A atuação conjunta do Tesouro e do Banco Central aponta para a capacidade do Estado em financiar a ampliação de gastos, atendendo às demandas da população, sem perder o controle sobre os objetivos da política monetária.

Ainda assim, para 2021, a Lei Orçamentária Anual foi elaborada sob a égide do teto de gastos. Mesmo diante do recrudescimento da pandemia, o projeto orçamentário não continha recursos para enfrentamento da COVID-19.

64 No caso brasileiro, temos uma dívida predominantemente liquidada em moeda soberana, o custo médio do estoque da dívida pública federal em padrões historicamente baixos (embora impactado pela alta da taxa Selic), a presença de ativos que reduzem a dívida líquida do setor público (em particular, reservas internacionais) e um elevado grau de liquidez do Tesouro. Ainda que ajudada pela elevada inflação, a dívida bruta do governo geral alcançou 80,3% do PIB em 2021, isto é, uma redução de 8,3 % em relação a 2020.

Mudanças constitucionais e a edição de créditos extraordinários não computados no teto de gastos viabilizaram as despesas emergenciais ao longo do ano de 2021. Entretanto, o compromisso com a austeridade levou ao atraso na resposta do Governo Federal à pandemia. O Auxílio Emergencial foi interrompido durante o primeiro trimestre daquele ano. Transferências específicas aos entes no âmbito do SUS só ocorreram em março, resultando, no início de 2021, na desabilitação de leitos de UTI, mesmo com o crescimento do número de pacientes na rede pública de saúde.

Entre 2020 e 2021, o governo central passou de um déficit de 10% do PIB para 0,4% do PIB. A política fiscal contracionista constituiu mais um fator a explicar o baixo dinamismo da economia brasileira, de modo que o crescimento do PIB apenas deverá repor as perdas de 2020.

Para 2022, a expectativa é de um crescimento do PIB abaixo de 0,5%. Com o arcabouço fiscal vigente, a política fiscal não é capaz de canalizar recursos suficientes para a recuperação econômica e o combate à COVID-19. Simultaneamente, a rigidez do teto suscita continuamente o debate sobre sua flexibilização, agregando incertezas ao cenário econômico. Em 2022, o Congresso Nacional aprovou alterações constitucionais que alteraram a fórmula de cálculo do teto de gasto e repesaram o pagamento de precatórios, ampliando os gastos federais em R\$ 113 bilhões.

Ainda assim, o orçamento para transferência de renda será inferior aos valores executados em 2021. Os investimentos públicos estão caindo, em termos reais, mais de 50% em relação a 2014. Para ações e serviços públicos de saúde, o orçamento aprovado está R\$ 12,7 bilhões abaixo do que seria o piso do setor, caso não estivesse em vigor a EC 95. Do total do orçamento federal de saúde, R\$ 8 bilhões se referem a emendas de relator, recursos que não atendem a critérios sanitários e servem à formação de maioria política no Congresso Nacional.

O saldo do arcabouço fiscal brasileiro pode ser sintetizado da seguinte forma: enquanto gastos estratégicos ao desenvolvimento do país são reduzidos, a flexibilização fiscal tende a criar margem a despesas extraordinárias que apresentam baixo retorno, atendendo a propósitos eleitorais e clientelistas.

Nas principais economias do mundo, a crise financeira de 2008 e a COVID-19 aceleraram a revisão das regras fiscais, viabilizando investimentos estratégicos. Por exemplo, Emmanuel Macron, presidente da França, defendeu a necessidade

de rever a arquitetura fiscal da União Europeia⁶⁵, abrindo espaço a gastos estruturantes para o desenvolvimento.

No caso brasileiro, é decisivo revogar o teto de gastos, regra fiscal sem paralelo no resto do mundo, e adotar um arcabouço compatível com o financiamento adequado de serviços públicos. Também é possível canalizar parcela dos recursos adicionais para fortalecer a base produtiva e tecnológica do SUS, numa lógica que articule financiamento de direitos e promoção do desenvolvimento produtivo e tecnológico, ampliando a soberania sanitária do país.



Em agosto de 2021, Fernando Pigatto, o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), entregou à Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPIPANDEMIA) o Manifesto em Defesa da Vida, do SUS e da Democracia. Da esquerda para direita: representante da Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica, Laila Salmen Espíndola; presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Fernando Pigatto; presidente da CPIPANDEMIA, senador Omar Aziz (PSD-AM); integrante da CPIPANDEMIA, senador Humberto Costa (PT-PE); vice-presidente da CPIPANDEMIA, senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP); relator da CPIPANDEMIA, senador Renan Calheiros (MDB-AL); representante da Frente pela Vida, Paulo Henrique Scrivano Garrido; coordenador do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), Heleno Rodrigues Correa Filho. Créditos: Jefferson Rudy/Agência Senado.

A pandemia reforçou a importância do SUS diante das demandas por mais e melhores serviços públicos de saúde. A suspensão temporária das regras fiscais criou um efeito demonstração de que não procede a tese do “país quebrado”, enunciada com o propósito de justificar políticas de austeridade. Evidenciaram-se

65 Mario Draghi and Emmanuel Macron: The EU's fiscal rules must be reformed. *Financial Times*, 2021. Disponível em: <<https://www.ft.com/content/ecbdd1ad-fcb0-4908-a29a-5a3e14185966>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

que as regras fiscais impõem limites artificiais à ação do Estado, de modo que as restrições ao financiamento do SUS não são técnicas, mas políticas, revelando o objetivo de subtrair, mediante o ajuste fiscal e patrimonial, a capacidade da União de ofertar serviços públicos universais e reduzir desigualdades.

Proteção social

A pandemia provocou profundas cisões no pensamento dominante sobre o papel do Estado e o alcance das políticas fiscais. Um dos aprendizados principais resultou no reconhecimento do impacto dos investimentos públicos na mitigação dos efeitos sociais e econômicos sobre famílias e empresas. Os países que melhor responderam às demandas econômicas da crise foram os que trabalharam para evitar interrupções nas cadeias de produção, por meio da garantia de crédito e provisão de recursos para as empresas, e que, em outra frente, atuaram como o “financiador em última instância”, incentivando a manutenção dos empregos e transferindo renda para os empobrecidos.

Programas de transferência de renda foram criados em muitos países. Em 2020, o PIB brasileiro teria sofrido uma redução 2 vezes maior se o Auxílio Emergencial não tivesse sido adotado⁶⁶. Pesquisa de opinião realizada pela OXFAM revelou uma melhoria da percepção de parte importante da população com relação a programas de transferência de renda⁶⁷. Em meados de dezembro de 2020, 62% dos entrevistados apoiavam a manutenção do Auxílio Emergencial, mesmo após a pandemia, para as pessoas que recebiam o benefício.

Esse talvez seja um dos desejáveis legados. A crise sanitária gerou espaço para uma reflexão sobre a importância do Estado na garantia do direito à proteção de renda. Abre-se, com isso, uma oportunidade para a construção de uma estratégia efetiva para se organizar Seguridade Social nos termos propostos na Constituição Federal de 1988 e na lei orgânica da Seguridade Social, “como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social”.

Por outro lado, a pandemia explicitou o prejuízo para o país resultante do desmonte de uma estratégia organizada e multidimensional de combate à fome e à pobreza, que contava com uma coordenação a partir da área de Desenvolvimento Social. Essa estratégia integrava ações de proteção financeira, segurança alimentar,

66 NPE 07: Quão mais fundo poderia ter sido esse poço? Analisando o efeito estabilizador do Auxílio Emergencial em 2020 — **Made**. Disponível em: <<https://madeusp.com.br/publicacoes/artigos/quao-mais-fundo-poderia-ter-sido-esse-poco-analisando-o-efeito-estabilizador-do-auxilio-emergencial-em-2020/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

67 **Pesquisa Nós e as Desigualdades 2021**. Oxfam Brasil. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pesquisa-nos-e-as-desigualdades/pesquisa-nos-e-as-desigualdades-2021/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

inclusão produtiva urbana e rural, direito à assistência social, entre outras políticas sociais. Uma arquitetura institucional nesses moldes necessitará ser construída numa ação sistêmica, fortalecendo o pacto federativo e as políticas setoriais. Será ainda necessário reconstruir as políticas efetivas de proteção social, garantindo que o processo de gestão e coordenação se dê de forma intersetorial. Embora não seja uma tarefa simples, ela é imperativa para que se recupere o patrimônio de políticas sociais avançadas, que foram corroídas pelas gestões federais recentes, e se avancem os níveis de proteção social para as populações vulnerabilizadas no país.

O processo disruptivo provocado pela pandemia também acelerou tendências já observadas na economia de outros países, como a concentração de renda, o aumento das desigualdades de renda e de riqueza e mudanças no mundo do trabalho. No Brasil, o processo de desestruturação do mercado de trabalho precedeu a pandemia, com o aumento do desemprego e a precarização acentuada pela reforma trabalhista, durante o governo Temer. Os efeitos podem ser aferidos: metade da população ocupada possui vínculos precários de trabalho (autônomos, trabalhadores em diversas formas de precarização contratual, trabalhadores por aplicativos e em regime familiar). Esse quadro terá que ser enfrentado no processo de organização e coordenação das respostas à pobreza e às desigualdades.

Oito conjuntos de políticas públicas devem ser acionadas e combinadas para a reconstrução de uma trajetória de desenvolvimento social:

1. as múltiplas e complexas vulnerabilidades sociais vividas por uma parcela expressiva da população brasileira demandam uma abordagem multidimensional e integrada, articulando as dimensões social, ambiental e econômica. Uma abordagem que seja consistente com a agenda de desenvolvimento sustentável pactuada por 193 países no âmbito das Nações Unidas. A Agenda 2030, como é conhecida, é fortemente inspirada nas políticas sociais e ambientais brasileiras, mas que o governo atual optou por ignorar;
2. ações na área laboral, com retomada e recomposição das políticas de valorização do salário mínimo, reconstrução de direitos trabalhistas e enfrentamento dos novos desafios postos com as mudanças no mercado de trabalho (questões tecnológicas, trabalho por plataforma, home office, etc);
3. as políticas contemporâneas de combate à pobreza precisam operacionalizar uma abordagem interseccional (classe, gênero, raça/etnia) na execução de

- políticas sociais, transcendendo os modelos unidimensionais de enfrentamento de iniquidades;
4. universalização e integração das políticas de saúde, de previdência e de assistência social com foco na redução de assimetrias de cobertura, acesso e qualidade dos serviços, em particular no caso dos grupos da população que sofrem múltiplas e agravadas formas de discriminação e exclusão;
 5. o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) não foram plenamente implementados. É necessário, portanto, que se amplie e modernize suas redes de serviços, melhore a contratação e regimes de trabalho e qualifique sua força de trabalho. É, sobretudo, necessário que se reduza a enorme desigualdade na capacidade instalada desses dois sistemas em todo o Brasil.
 6. reconstrução das bases dos programas de transferência de renda, buscando avançar no arcabouço de proteção financeira e universalizar a cobertura entre os vulneráveis;
 7. aumento da base tecnológica da proteção social, permitindo: (a) maior conhecimento sobre os usuários dos bens e dos serviços providos; (b) facilitar a comunicação com e entre gestores e usuários; e (c) recuperar a transparência. Dessa maneira, será possível produzir políticas mais ajustadas às necessidades dos usuários em seus diversos contextos locais e prevenir a opacidade sobre a execução das políticas públicas, que hoje vigora sob a forma de apagão de dados e informações dos programas de assistência social;
 8. as políticas sociais brasileiras, em especial as de proteção social, requerem um modelo sustentável de financiamento, o que implica instituir um modelo progressivo de tributação, evitar a evasão fiscal e realizar alocação mais eficaz de recursos públicos.

BOX 19 – A organização social como forma de resistência ao racismo estrutural no Brasil

Os grupos quilombolas estão entre os mais afetados pela pandemia de COVID-19. Embora o número real de comunidades não seja oficialmente conhecido, o IBGE estima que haja 6.023 localidades quilombolas, com milhões de residentes.⁶⁸ Ao longo da pandemia, eles foram negligenciados pelas políticas federais até que, em agosto de 2020, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras

⁶⁸ Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas | IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-e-quilombolas.html?=&t=acesso-ao-produto>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Rurais Quilombolas (CONAQ) ajuizou, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), de número 742, para fazer cessar as violações à Constituição Federal de 1988. O STF acolheu, pela primeira vez, uma ADPF proposta por uma organização da sociedade civil, elaborada por advogadas quilombolas. Em fevereiro de 2021, a Corte reconheceu que o Estado foi omissivo e determinou à União a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 voltado à população quilombola. Entre outras medidas, a Corte determinou também a constituição de um Grupo de Trabalho Interdisciplinar (GTI-ADPF-742) e paritário para debater, aprovar e monitorar a execução do Plano.

O Plano, que teve participação de diversos órgãos do governo e da sociedade civil, entre eles a Abrasco e a CONAQ, visava a implementação de providências e protocolos sanitários para proteger os quilombolas, incluindo: vacinação na fase prioritária, obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor/etnia no no registro dos casos de COVID-19 e divulgação periódica de dados relacionados à saúde dos quilombolas, por meio de plataformas públicas, durante a pandemia.

Ao longo de 14 reuniões, realizadas entre março e setembro de 2021, foram inúmeros os debates e desafios colocados ao grupo, desde a ausência de informações oficiais sobre o número de quilombolas até a ausência de recursos orçamentários federais para as ações do Plano. A Abrasco apresentou evidências científicas, discutindo a relevância das ações de atenção básica para a proteção dos quilombolas. Entre os avanços obtidos nesse período, pode-se mencionar a implementação do Vacinômetro Quilombola⁶⁹, para tornar públicas as informações sobre a imunização desse grupo, e de um boletim virtual geral do Plano⁷⁰, para apresentar a situação das ações que têm sido implementadas pelo governo no âmbito do mandato da ADPF, permitindo acesso público aos resultados dos debates no GTI-ADPF-742. Embora ainda haja muito a ser feito, essa experiência de parceria entre a Abrasco e a CONAQ demonstra que a sociedade civil organizada consegue mobilizar as forças necessárias para garantir os seus direitos.

69 **Vacinômetro COVID-19**. Disponível em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html>. Acesso em: 14 nov. 2022.

70 **Plano de Enfrentamento à COVID-19 – População Quilombola – ADPF 742**. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2M4MTBmYTctODRlZS00MTU3LWI2MzEtNmUwNjI4ZmVkyWRjliwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05Nj-ZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Conclusões (ainda que provisórias)

“As sociedades aprendem, mas o mundo é difícil de mudar”. A frase do sociólogo Klaus Eder resume um dos paradoxos vividos pelas sociedades modernas e as desafia a lidar de modo menos voluntarista com o tema do legado da pandemia. Há muitos efeitos não intencionais que se expressam nesses caminhos possíveis a partir da COVID-19: jogos de força e imensas desigualdades sociais, que extrapolam o desejo de intervenção e mudança na direção que unifica os que integram o campo da saúde coletiva, qual seja, a de promoção maior equidade e do fortalecimento da democracia.

Muito se discute se as sociedades aprendem com as lições deixadas por grandes desastres e pandemias. A pandemia de gripe espanhola (de 1918 a 1920) causou mais mortes do que a Primeira Guerra Mundial, mas não produziu muitos efeitos em direção à maior solidariedade e à redução de desigualdades sociais, ainda que tenha gerado impacto na definição de novos aparatos estatais, como a criação do Departamento Nacional de Saúde, no Brasil.

E hoje, passados quase 3 anos da definição de pandemia de COVID-19 pela OMS, há uma nova guerra, centrada no embate direto entre Ucrânia e Rússia, com grandes implicações para a ordem mundial.

São muitos os desafios para que as sociedades do presente superem suas deficiências e venham a enfrentar com maior competência as crises sanitárias futuras. Há uma compreensão geral de que os sistemas de saúde em todo mundo estavam subfinanciados e despreparados para o enfrentamento à pandemia.

Bell e Nuzzo (2021), em estudo preparado para o Global Health Security Index, alertam para os grandes erros na forma como os países lidaram com a pandemia e as condições que se encontravam em agosto de 2021. Pouca ou nenhuma melhoria havia sido feita para a manutenção dos sistemas de saúde para torná-los mais robustos, acessíveis ou competentes para detecção e resposta aos surtos⁷¹. São achados consistentes com estudos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2022, que apontam que todos os países da Organização continuam despreparados para enfrentar futuras ameaças epidêmicas, sendo necessário investir em recursos para aumentar a resiliência

71 The 2021 Global Health Security Index. GHS Index. Disponível em: <<https://www.ghsindex.org/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

destes e monitorar as alocações orçamentárias e impactos de longo prazo dessas medidas⁷².

No Brasil, houve tardia e baixa mobilização da Atenção Primária à Saúde (APS) na resposta à pandemia. O foco da atenção se deu nos hospitais, que, por sua vez, demonstraram insuficiência e desigualdades na oferta e disponibilidade de meios para o enfrentamento da doença: testes diagnósticos, leitos de UTI, equipamentos diversos e EPIs⁷³. Também, o país foi hesitante na aquisição de vacinas, permitindo o atraso no início da vacinação para toda a população e, posteriormente, em grupos específicos. Em outubro de 2022, o Ministério da Saúde não havia apresentado um balanço da pandemia de COVID-19 no Brasil, nem um plano de recuperação pós-pandemia.

Isso remete diretamente à necessidade de fortalecimento do SUS em seu lugar de destaque para provisão dos bens em serviços de saúde para todos que vivem no Brasil. Também remete à autonomia do país no desenvolvimento científico e tecnológico e no escalonamento rápido de produção, crucial em momentos de emergência sanitária, o que envolve apoio à pesquisa de desenvolvimento de novas vacinas, capacitação e fixação de quadros qualificados, desenvolvimento da cadeia local de fornecedores, fortalecimento da pesquisa clínica, processo regulatório e infraestrutura de produção. Frente à pandemia de COVID-19, essas necessidades se impuseram e incitam a buscar soluções efetivas e sustentáveis. No que se refere à pesquisa, superar gargalos para todas as etapas de experimentação constitui absoluta prioridade.

As demandas pós-pandemia dão a chance de se almejar uma recuperação melhor, pensar os sistemas sob a lente dos direitos humanos e, também, apontar, com mais ênfase, as transformações necessárias para que se alcancem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. A recuperação econômica e social teria como base 5 pilares: sistemas e serviços de saúde; proteção social e serviços básicos; resposta econômica e programas de recuperação; políticas macroeconômicas e colaboração multilateral; coesão social e resiliência comunitária.

72 **First lessons from government evaluations of COVID-19 responses: A synthesis.** OECD. Disponível em: <<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-covid-19-responses-a-synthesis-483507d6/#section-d1e1182>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

73 MACHADO, Cristiani Vieira; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; FREITAS, Adelyne Maria Mendes (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições.** [s.l.]: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2022. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/t67zr>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Deve-se também ampliar as bases sociais para qualificar e criar condições para um legado efetivamente favorável. Nesse contexto, é possível mostrar os grandes desafios que devem ser enfrentados para que o futuro da saúde contribua para um mundo mais equitativo, justo e sustentável.

A superação da crise atual e o preparo para emergências sanitárias futuras demanda o fortalecimento de pesquisas interdisciplinares que sejam especialmente atentas às interrelações de sistemas naturais e sociais – dicotomia que a pandemia denunciou cabalmente. Pela sua diversidade e riqueza, o campo da saúde coletiva pode, e deve, exercer um papel de destaque na definição de uma agenda científica e na proposta de políticas públicas embasadas nos conhecimentos adquiridos por esse esforço interdisciplinar. Tal esforço, aliás, deve valorizar a diversidade de conhecimentos teóricos e tradições disciplinares, mas, ao mesmo tempo, desafiá-los a um empreendimento mais amplo: urge implementar uma agenda científica coerente com as grandes questões do presente, antecipando-se aos desafios futuros à despeito de seu elevado grau de incertezas.

O combate à COVID-19 requer o aprofundamento da democracia e de relações virtuosas entre direitos individuais e coletivos, esses últimos de reconhecimento tardio, mas de importância crucial para o futuro da humanidade. De fato, só será possível construir projetos orientados por mais equidade, justiça e cidadania ao se fortalecer a dimensão política das relações sociais. São esses valores que devem orientar o esforço interdisciplinar e as consequentes respostas a serem dadas frente à crise sanitária, econômica, social e humanitária que abalou o mundo neste início de século XXI.

Pandemia de COVID-19

Este arquivo está em revisão pela equipe editorial.