

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19



**Frente
pela Vida**

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Contribuição das organizações que compõem a
FRENTE PELA VIDA e atuam no campo da Saúde

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida)
Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES)
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
Sociedade Brasileira de Virologia (SBV)
Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT)
Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP)
**Associação Brasileira de Médicas e Médicos
pela Democracia (ABMMD)**

03 de julho de 2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	7
2. COMPREENDER A COMPLEXIDADE DA PANDEMIA	9
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO ESTRATÉGICO	12
4. ASPECTOS BIOMOLECULARES E CLÍNICOS	14
5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	17
5.1. A pandemia da COVID-19 no Brasil	17
5.2. Enormes desigualdades: contexto favorável à difusão da pandemia	19
5.3. Estratégias epidemiológicas para reduzir a transmissibilidade	20
6. CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	23
6.1. Redes regionalizadas de atenção à saúde	23
<i>Expandir e qualificar a atenção primária à saúde</i>	24
<i>Assegurar o acesso regulado à atenção especializada</i>	25
<i>Expandir a oferta de serviços hospitalares</i>	25
<i>Fortalecer os sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde</i>	26
<i>Consolidar o subsistema de vigilância e promoção da saúde</i>	26
6.3. Financiamento: mais recursos para o SUS	27
6.4. Aprimorar a gestão do SUS	29
6.5. Estimular e apoiar a participação e o controle social do SUS	30
6.6. Proteger a saúde de trabalhadores/as em saúde e áreas essenciais	30
7. C&T EM SAÚDE E PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS	33
7.1. Situação atual do sistema de CT&I no Brasil	36

7.2. Esforços na pesquisa científica sobre COVID-19	36
7.3. Desenvolvimento tecnológico e produção industrial	36
7.4. Perspectivas	36
8. FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL	36
8.1. Promover desenvolvimento com bem-estar social	36
8.2. Preservar e fortalecer as políticas de Seguridade Social	36
8.3. Promoção de emprego e renda, proteção aos trabalhadores	37
8.4. Melhores condições de vida para a população brasileira	38
8.5. Dimensões político-culturais da pandemia	39
9. POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS E DIREITOS HUMANOS	42
9.1 Envelhecimento e cuidado às condições crônicas	42
9.2 Impactos da pandemia na vida e na saúde das mulheres	42
9.3 Reduzir impactos negativos da COVID-19 na população negra	43
9.4 Necessidades particulares de atenção relativas às pessoas LGTBI+	46
9.5 Reduzir impactos negativos da COVID-19 nas populações indígenas	47
9.6 Populações vulnerabilizadas com necessidades específicas	48
9.7 Necessidades particulares de atenção a migrantes e refugiados:	49
9.8 Reduzir impactos negativos em pessoas privadas de liberdade	50
10. RECOMENDAÇÕES	51
a. Às autoridades políticas	518
b. Às autoridades sanitárias	53
c. Aos gestores públicos em saúde	563
d. À sociedade em geral	596
11. ENFRENTAR A PANDEMIA AGORA PARA CONSTRUIR UM FUTURO COM SUSTENTABILIDADE E JUSTIÇA SOCIAL	61

RESUMO EXECUTIVO

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

Este Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 resulta de um grande esforço de concepção, execução e mobilização desenvolvido pelas entidades que atuam na área da Saúde participantes da Frente pela Vida.

Face à grave crise sanitária atual, o Estado brasileiro tem a obrigação moral e constitucional de propor políticas e coordenar ações emergenciais adequadas para controlá-la, superá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais sobre a nação brasileira. Além de medidas sanitárias e epidemiológicas, estratégias de proteção social de amplo espectro são necessárias, principalmente aquelas de natureza econômica, aprovadas pelo Congresso Nacional, mas que somente o executivo federal pode realizar. É, portanto, da inteira responsabilidade da Presidência da República avaliar corretamente os riscos da pandemia da COVID-19, atuando de modo equânime e solidário, a fim de viabilizar políticas corretas baseadas em evidências científicas. No plano federal, o Ministério da Saúde tem como obrigação coordenar as ações emergenciais e adequadas para reduzir a transmissão da COVID-19 e seus impactos sobre a saúde. Tais medidas de controle devem ser embasadas em conhecimento científico, compondo planos estratégicos de intervenção de escopo geral e abrangência nacional. Em outras esferas de governança, cabe às autoridades sanitárias estaduais e municipais, Secretários e Secretárias de Saúde, formular e executar planos equivalentes, ajustados às respectivas realidades.

A pandemia não é problema exclusivo do setor saúde, e sim de todos os setores de governo, bem como de todas as esferas da sociedade e da economia. Como, temporariamente, os setores econômicos não poderão garantir a renda do trabalho, a manutenção e a expansão de auxílios emergenciais devem ser urgentemente concretizadas. Caso o Governo Federal não se decida a atuar ou se mostre incapaz de viabilizar medidas de apoio e proteção social, como parece ser a perspectiva mais realista, deve-se esperar resultados calamitosos no âmbito epidemiológico e, no curto prazo, nos planos econômico, político e social.

Obviamente, um governo que não é capaz de agir para proteger a população que representa perde qualquer traço de legitimidade. Porém o terrível preço da pandemia e das crises dela decorrentes vai recair sobre a maioria dos brasileiros, principalmente sobre as pessoas de estratos sociais mais vulneráveis. De fato, uma pandemia como esta que atualmente nos aflige aprofunda desigualdades sociais, gerando um aumento da vulnerabilidade social, de iniquidades em saúde e de violações de direitos humanos, o que historicamente aflige diretamente determinados grupos populacionais oprimidos e discriminados e, indiretamente, afetam a toda a sociedade.

A presente proposta representa assim uma contribuição da sociedade viva na expectativa de suprir lamentável omissão do governo federal no cumprimento de seu papel perante a população, ameaçada pela pandemia e pelas graves crises dela decorrentes. Dessa forma, como documento de planejamento participativo, definido por sua natureza objetiva, solidária e abrangente, encontra-se aberto a

Versão 03/07/2020

novas propostas, contribuições e soluções a serem construídas, sempre coletivamente, ampliando a Frente pela Vida.

1. INTRODUÇÃO

No último dia de dezembro de 2019, autoridades sanitárias chinesas informaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de casos de síndrome respiratória aguda grave, com etiologia microbiana desconhecida, em Wuhan, na província de Hubei, China. Poucos dias depois, um novo coronavírus foi detectado em amostras colhidas desses pacientes e a nova doença recebeu o nome oficial de coronavírus-2019 (COVID-19). A concentração inicial de casos tornou-se uma epidemia que rapidamente se espalhou pelo mundo, atingindo inicialmente Iran e Itália, até que em março de 2020 a OMS formalmente reconheceu-a como uma pandemia. Posteriormente, a pandemia atinge todos os países da Ásia, da Europa, da América do Norte, da América Latina e Caribe e, finalmente, do continente africano. Em pouco mais de seis meses, em todo o mundo, já são mais de 9 milhões de casos confirmados e quase 500 mil óbitos, destacando-se os EUA (2,2 milhões de casos e 120 mil óbitos) e o Brasil (mais de um milhão de casos e 50 mil óbitos).

A Pandemia COVID-19 chega ao Brasil através de casos importados da Europa, inicialmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Fortaleza. Em nosso país, envolve uma combinação de crises sanitária, política, social, econômica, ambiental e ética, com potencial de se estender não só ao longo do ano de 2020, mas também dos próximos meses e anos, em ondas que poderão ser localizadas ou não. Como uma fratura exposta de uma sociedade desigual e injusta, a pandemia revela fragilidades e condições de vulnerabilidade que envolvem desde a estrutura e o financiamento das pesquisas biomoleculares e clínicas, passando pela indústria nacional de medicamentos e vacinas, bem como pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas capacidades atuais de vigilância em saúde e de cuidados desde a atenção básica aos leitos hospitalares.

Num momento politicamente delicado para a nação brasileira, quando incertezas deveriam ser reconhecidas e superadas e combinadas com medidas urgentes, a ansiedade e o medo passam a integrar o imaginário social, agravados pela insegurança que decorre das profundas desigualdades e iniquidades que não surgiram com a pandemia, mas foram então desnudadas e vêm resultando não só em diferenciais inaceitáveis nos impactos sobre a situação de saúde e no acesso aos cuidados de saúde, bem como comprometendo a adesão às medidas de distanciamento físico/social. Esse contexto constitui um triplo risco às pessoas que atuam no sistema de saúde e nas demais áreas essenciais, pois, como trabalhadores, são colocados sob maior risco físico e psicossocial do que as demais pessoas, além de terem se tornado objeto de violência de grupos que negam a relevância e a gravidade da pandemia.

Conforme observado em todo o mundo, e no Brasil não seria exceção, o controle efetivo e eficiente da Pandemia COVID-19 e a redução dos seus impactos sociais e sanitários imediatos somente podem ser alcançados mediante priorização das vidas em detrimento dos lucros com ampla proteção social para todas as pessoas, o que implica em boa governança com transparência, participação, liderança

política com plena credibilidade e gestão responsável, com coordenação eficaz e centralizada de recursos, pessoal, processos e insumos. A mitigação dos efeitos perversos desta crise e seus desdobramentos, assim como a prevenção de futuros riscos de magnitude equivalente, deve ser fundada em intensos processos de mobilização solidária e engajamento da sociedade como um todo, que requerem, necessariamente, dispor de recursos que permitam a todas as pessoas exercerem seu direito às medidas epidemiológicas de proteção, além da preservação e ampliação da democracia como regime político.

Infelizmente, da parte das autoridades federais e de alguns gestores em outros planos de governo, aos quais caberia a responsabilidade e obrigação de carrear recursos, viabilizar meios, gerenciar processos e coordenar ações para o enfrentamento dessa gravíssima crise sanitária, constatamos somente inação, ausência, inércia, quando não promoção de boicote e obstáculos, deliberada ou resultante de ignorância e negacionismo. O resultado dessa irresponsabilidade trágica é o fato de o Brasil entrar no quarto mês da pandemia, com mais de um milhão de casos e 50 mil mortos, sem qualquer plano oficial de enfrentamento geral da pandemia, apesar de anunciado em vários momentos, pelos diferentes titulares que passaram pelo Ministério da Saúde.

Frente a essa lamentável e, no limite, criminoso omissão, entidades representativas da sociedade se reuniram e deram início ao movimento denominado Frente pela Vida, que teve a sua primeira manifestação pública no ato político “Marcha pela Vida”, realizado no dia 9 de junho, e que contou com a adesão de mais de 400 entidades e movimentos sociais. Dando continuidade e concretizando este movimento, propomos neste momento dar início a uma escuta e diálogo com a sociedade brasileira visando à formulação, elaboração, negociação e implantação de um Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19 [PNE- COVID-19].

2. COMPREENDER A COMPLEXIDADE DA PANDEMIA

A pandemia do novo coronavírus não se reduz a um patógeno que de repente se torna capaz de ameaçar a saúde humana, o SARS-Cov-2, nem aos sinais e sintomas inicialmente desconhecidos de uma nova entidade mórbida batizada de COVID-19, nem a indicadores epidemiológicos e suas curvas epidêmicas, nem ao processo dinâmico de disseminação e contágio, nem à “infodemia” de *fake-news*, mitos e mentiras, nem ao medo pânico que tudo isso provoca, nem às crises econômicas e políticas dela decorrentes ou a ela associadas. A pandemia compreende um complexo de fenômenos e processos múltiplos, em sua diversidade plena, articulados a numerosos elementos de compreensão e análise, objeto de distintos enfoques. É importante notar que a Pandemia compreende ocorrências simultâneas, com distintos objetos de conhecimento, processos de determinação e diversas possibilidades ou modos de intervenção, em várias dimensões -- biológica, clínica, epidemiológica, ecossocial, tecnológica, econômica, política, simbólica -- e suas respectivas interfaces.

Na dimensão biológica, nos planos molecular, celular e somático, onde o vírus SARS-CoV-2 atua causando patologia, contágio, infecção, doença e eventualmente falência de órgãos e sistemas, o modo de intervenção consiste na indução ou animação do sistema imunológico de indivíduos, com as vacinas, por exemplo. Nesse nível, é necessário mobilizar a indústria nacional em busca de produtos terapêuticos (medicamentos) e profiláticos (vacinas), fundados em adequadas ciências, tecnologias e boas práticas de fabricação, capazes de contribuir tanto para o bem-estar dos indivíduos quanto para a proteção coletiva, com o reforço do estado imunitário da população.

Na interface clínico-epidemiológica, ocorre a causação da enfermidade em sujeitos individuais, bem como as práticas em busca de cura ou redução de letalidade e sequelas da doença. Nessa interface, uma intervenção efetiva dependerá da ampliação dos meios de sustentação financeira e do fortalecimento institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com a ampliação de todos os seus serviços, incluindo a vigilância em saúde, a atenção básica e os leitos hospitalares. Em consequência, o SUS deve aprimorar seu modelo de atenção, superando a abordagem fragmentada, individualista, hospitalocêntrica e essencialmente biomédica, em favor de uma abordagem integrada e integral, focada na promoção da saúde, articulando ações sobre os determinantes sociais, sem descuidar das ações de prevenção e tratamento das doenças.

Na dimensão epidemiológica, onde cursa a Pandemia da COVID-19, determinantes sociais transformam casos infectados e infectantes em grupos de risco e de vulnerabilidade, indicando amplas e efetivas medidas de vigilância epidemiológica para redução de incidência e controle da transmissibilidade. Nesse nível, são necessárias intervenções baseadas em amplas e efetivas ações de vigilância em saúde, cumprindo o previsto na Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução CNS nº 588/2018), que incluem as vigilâncias epidemiológica

(controle de casos), sanitária (controle de riscos) e socioambiental (controle de determinantes sociais e ambientais da saúde).

Na interface epidemiológica-ecossocial, a pandemia se transmuda em sistemas de epidemias alimentados por cadeias e ondas de contágio, estressando a capacidade da sociedade em produzir conhecimentos e novas tecnologias. Nessa interface, é indispensável o fortalecimento das ações de proteção e preservação ambiental. Essa questão é fundamental na medida em que a pandemia também nos alerta sobre a necessidade de pensarmos um outro modo de viver e conviver com a natureza, diante do capitalismo neoliberal que está destruindo nossas reservas naturais de flora e fauna, propiciando o aparecimento de graves agentes que vêm causando e ainda vão causar sérios danos ao ser humano.

Na dimensão tecnológica, deve-se garantir o apoio financeiro e institucional aos grupos de pesquisa que têm como objeto a saúde humana; para tanto, será necessário recompor as instituições de fomento e os recursos financeiros que as permitem cumprir suas missões. É também necessário mobilizar a indústria nacional em busca de produtos terapêuticos (medicamentos) e profiláticos (vacinas), dispositivos e equipamentos (EPIs, ventiladores, etc) fundados em adequadas ciência, tecnologia e boas práticas de fabricação capazes de contribuir tanto para o bem-estar dos indivíduos quanto para a proteção coletiva com a extensão do estado imunitário da população.

Na dimensão econômica, é indispensável reduzir e compensar desigualdades e iniquidades, a fim de eliminar discriminações que vêm propiciando diferenciais inaceitáveis nos impactos e acesso aos cuidados de saúde, bem como a adesão às medidas de isolamento físico/social. Em qualquer dos níveis, todas as vidas importam, igualmente. Além disso, frente à pandemia e à recessão econômica que ela agravou, essa interface exige a adoção de medidas de ordem econômica que assegurem a proteção social, com renda básica universal sem a retirada de direitos já conquistados e financiamento não-reembolsável para empresas comprometidas com a manutenção dos empregos.

A dimensão política pressupõe um ambiente de confiança nas instituições democráticas, baseado em relações de credibilidade entre as autoridades sanitárias e políticas e a população. Em particular, esse ambiente vem sendo extremamente fragilizado por iniciativa de autoridades políticas do executivo federal. É imprescindível assegurar qualidade, transparência e acesso às informações em saúde discriminadas para a construção de estratégias e a tomada de decisão no combate à pandemia, superando ações desumanizadas que transformam pessoas e seu sofrimento em meras estatísticas. É responsabilidade das autoridades políticas maiores do governo orientar e implantar diretrizes nacionais baseadas em conhecimento científico e discussão com a sociedade.

Finalmente, na interface política-simbólica, notadamente nas esferas culturais, intensa produção informacional e narrativa, com representações visuais muitas vezes sensacionalistas e inverídicas em torno do modo e do tempo de propagação do coronavírus, dissemina-se e alimenta um imaginário social cheio de ansiedade e medo, reforçado pela prática das necessárias estratégias de isolamento

físico/social. Isso tem sido observado de modo mais intenso nas extremidades do ciclo de vida e em grupos vulnerabilizados, tornados invisíveis e silenciados pelas iniquidades sociais pré-existentes. É muito diferente experimentar a epidemia nos seus corpos e em seus cotidianos conforme o território que ocupamos na sociedade e dos marcadores sociais que carregamos em função do gênero, da raça e da classe social e das diferentes formas de pensarmos as relações entre os seres humanos e não humanos. A mitigação desses efeitos perversos deve ser fundada em intensos processos de mobilização solidária e engajamento da sociedade como um todo que requerem, necessariamente, a preservação e ampliação da democracia como regime político e a garantia dos direitos humanos assegurados constitucionalmente. O enfrentamento desses efeitos passa também pelo fortalecimento de iniciativas comunitárias auto-reguladas, sob a forma de redes de solidariedade novas e pré-existentes que buscam suprir a omissão do Estado em sua violenta necropolítica.

Ainda nessa interface, ao acompanharmos a intensa produção informacional e narrativa e o grande volume na divulgação de informações científicas sérias e compromissadas com a realidade, mesmo que transitória e incerta, vemos em igual ou maior proporção as notícias falsas e/ou erradas (*fake news* e *wrong News*) como parte dos cotidianos, o que produz efeitos negativos importantes no combate à COVID-19, podendo tornar resultados ruins em ainda piores, pela grande dificuldade em separar fatos de mitos e de diferenciar teorias confiáveis e sensatas das conjecturas e especulações.¹ Para esse fenômeno socio-simbólico denominado *infodemia*, mesmo não sendo novidade, precisaremos encontrar soluções para enfrentar a desinformação e as notícias falsas que percorrem o mundo em segundos pelas redes sociais e que em contextos críticos impedem a adoção de medidas importantes de combate às crises decorrentes da pandemia.

¹ <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-06-17/pandemia-exige-uniao-das-ciencias-brasileiras.html>

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO ESTRATÉGICO

A necessidade de um Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, vindo da sociedade civil, num momento em que a epidemia já se desenvolve há cerca de três meses no Brasil, resultando em mais de um milhão de casos e pelo menos 50 mil mortes, justifica-se pela atuação cada vez mais contraditória, ambígua e, no limite, ausente, do governo federal, com efeitos reais na produção de vítimas na sociedade, decorrentes da exposição desnecessária ao contágio e às violências produzidas pela negação da ciência e da gravidade da pandemia. Pretende-se que este Plano seja elaborado de maneira ampla, democrática e participativa, numa perspectiva aberta, integradora e resolutiva, mobilizando lideranças dos diferentes campos científicos, técnicos, sociais e políticos.

A singularidade e a complexidade da atual pandemia, sem dúvida, representam enorme desafio e sinalizam a necessidade de buscar soluções integradoras, pertinentes e cuidadosas aos problemas complexos que emergem dessa grave crise sanitária, por meio da construção inter-transdisciplinar e participativa de um Plano de Enfrentamento. Conforme o referencial exposto acima, há uma evidente correspondência entre objetos de conhecimento específico, formas de determinação e modos de intervenção viáveis em cada plano de ocorrência dos processos biológicos, clínicos, epidemiológicos, ecológicos, tecnológicos, econômicos, políticos e culturais que compõem o complexo fenomênico da Pandemia COVID-19. Conforme indicado, as ações a serem propostas, planejadas, executadas, acompanhadas, avaliadas e disseminadas devem seguir eixos de atuação correspondentes às interfaces hierárquicas assinaladas.

Cada uma dessas interfaces vêm sendo objeto de eventos de integração transdisciplinar e translacional, promovidos pelas organizações que compõem a Frente pela Vida, com a participação de especialistas das diferentes áreas de conhecimento pertinentes a todo o espectro de complexidade da Pandemia COVID-19. Nesse sentido, as contribuições das entidades do campo acadêmico e científico foram organizadas a partir de várias atividades, listadas em Anexo 1.

Diante do grave cenário, o Conselho Nacional de Saúde, instância máxima do controle social do SUS, instituiu um Comitê de acompanhamento da pandemia COVID-19, com objetivo de reforçar e coletivizar as ações no âmbito do CNS, com representação paritária do conjunto de conselheiras e conselheiros nacionais de saúde. O Comitê tem realizado reuniões periódicas remotas para alinhamento das ações, definição de estratégias, encaminhamentos de pautas e articulação com conselheiros e conselheiras nacionais, comissões intersetoriais e rede de conselhos estaduais e municipais de saúde. Cabe ao grupo a análise de documentos, posicionamentos, estudos, mobilizações, entre outras ações necessárias neste período de combate à pandemia. Foram produzidos numerosos documentos, tais como notas públicas, recomendações, cartas, pareceres técnicos, orientações, moções, entre outros (Anexo 2), encaminhados aos órgãos do Executivo, Legislativo e Judiciário, além de outras instâncias.

A escuta sistemática e articulada de todas essas contribuições, organizadas em eixos interdisciplinares definidos pelas interfaces hierárquicas, permite a consolidação de dados, informações e recomendações embasadas em conhecimento científico e em saberes técnicos dos diferentes campos disciplinares e setores de políticas sociais. Trata-se de estratégia metodológica participativa e dialogada, com o objetivo de compilar contribuições dos diversos campos de conhecimento, numa perspectiva sistemática e aplicada, já em curso.

Essa metodologia envolve especialmente as entidades científicas da saúde coletiva e da bioética, representadas no Conselho Nacional de Saúde e em outras instâncias da sociedade civil, competentes na articulação de redes institucionais de formação, produção de conhecimento e articulação de saberes, práticas e técnicas no campo da saúde. Dessa maneira, essas entidades têm a oportunidade de articular as ricas contribuições de diferentes campos disciplinares, colocando-se, dessa forma, à disposição da Frente pela Vida para incentivar e organizar a elaboração desse Plano, a ser amplamente discutido com a sociedade.

Com base nesse esforço geral e integrando contribuições de numerosos grupos e núcleos de pesquisa atuantes em diferentes instituições de conhecimento, apresenta-se neste documento uma análise da situação da pandemia da COVID-19 no país nos diversos planos e dimensões, juntamente com recomendações para seu enfrentamento.

4. ASPECTOS BIOMOLECULARES E CLÍNICOS²

A enfermidade chamada COVID-19 tem como agente etiológico um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, membro da família *Coronaviridae*, grupo de vírus de RNA altamente diversificado. O SARS-CoV-2 é o sétimo coronavírus envolvido em infecções de seres humanos, muito embora tenha características genéticas compatíveis com a família dos coronavírus, ainda assim possui sequências genéticas distintas significativamente diferentes dos coronavírus previamente sequenciados. Com base no estudo de sua sequência genética, o SARS-CoV-2 provavelmente se originou em morcegos, mas há um hospedeiro intermediário ainda desconhecido, pois vírus similares podem ser encontrados em outras espécies animais. Estudos de filogenia molecular determinaram que este novo coronavírus apresenta ao menos três grandes linhagens e diversas sublinhagens. Apesar de não existirem diferenças quanto à patogenicidade, as linhagens oriundas das epidemias ocorridas na Itália e outros países europeus e após disseminadas ao Brasil e Estados Unidos apresentam um perfil de maior transmissibilidade.

Análises genômicas classificam o SARS-CoV-2 no gênero Betacoronavirus, sendo bem conhecido seu padrão de replicação em células, tropismo no organismo e por conseguinte sua patogênese. A proteína do envelope viral denominada *Spike* (S) ou proteína de espícula, promove a ligação e a fusão da membrana do vírus ao receptor celular. A enzima ACE2, conversora de angiotensina em diversos sistemas orgânicos, já era conhecida como via de adesão e entrada dessas linhagens de coronavírus nas células. Sendo a ACE2 particularmente abundante no trato respiratório superior e inferior, mas também expressa em células do sistema renal, sistema circulatório, no epitélio intestinal e em outros órgãos, bem como sua implicação na regulação da pressão arterial, a relação íntima e crucial entre a proteína S viral e seu receptor celular determina não só o tropismo preferencial do SARS-CoV-2 pelo aparelho respiratório, mas também uma

² Referências bibliográficas: Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens COVID, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19) [published online ahead of print, 2020 May 17]. *J Pathol.* 2020;10.1002/path.5471. doi:10.1002/path.5471; Castells M, Lopez-Tort F, Colina R, Cristina J. Evidence of Increasing Diversification of Emerging SARS-CoV-2 Strains [published online ahead of print, 2020 May 15]. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.26018. doi:10.1002/jmv.26018; Chen COVID, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol.* 2020;92(4):418-423. doi:10.1002/jmv.25681; Han GZ. Pangolins Harbor SARS-CoV-2-Related Coronaviruses. *Trends Microbiol.* 2020;28(7):515-517. doi:10.1016/j.tim.2020.04.001; Ji COVID, Wang COVID, Zhao X, Zai J, Li X. Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV. *J Med Virol.* 2020;92(4):433-440. doi:10.1002/jmv.25682; Xu COVID, Zhong L, Deng J, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 2020;12(1):8. Published 2020 Feb 24. doi:10.1038/s41368-020-0074-x; Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020;579(7798):270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7

possível infecção de outros sistemas orgânicos e distúrbios na microcirculação encontrados em pacientes com a forma mais grave da COVID-19.

Mais transmissível do que a influenza, a COVID-19 tem letalidade estimada em cerca de 14 vezes maior que a da influenza. A apresentação inicial da COVID-19 se assemelha a uma gripe, com sintomas de febre, tosse, dor de garganta e coriza. Aproximadamente 80% dos pacientes se recuperam sem complicações, sendo classificados como casos leves (sem pneumonia ou com uma pneumonia viral leve). A partir da segunda semana do início dos sintomas, cerca de 20% dos pacientes apresentam falta de ar e hipoxemia devido a uma pneumonia viral extensa, e a fenômenos trombóticos e inflamatórios que agravam o quadro pulmonar, necessitando de internação, oxigenioterapia e, como sugerem estudos recentes, uso de corticoides, anticoagulantes, além de outras intervenções. Um quarto dos pacientes sintomáticos (cerca de 5% do total de infectados) atinge níveis críticos devido à insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque circulatório, ou disfunção orgânica múltipla, e precisa de terapia intensiva, podendo levar a uma alta letalidade.

Em momentos de pandemia, epidemia ou surtos de infecções respiratórias agudas, como a Covid-19, medidas específicas devem ser adotadas como: reorientar os fluxos e reorganizar os espaços para atendimento de forma a permitir a separação de casos suspeitos, assegurar os equipamentos e medidas de proteção individual e coletiva, adotar mecanismos de acompanhamento e seguimento dos casos (visitas, acompanhamento e orientações complementares por teleatendimento). As equipes de cuidado precisam estar completas e contar com equipamentos e recursos para apoio diagnóstico e terapêutico adequados, a exemplo de termômetro, oxímetro de pulso, material para oxigenoterapia, coleta de material para testes para influenza e Covid-19 (teste molecular), exames laboratoriais complementares, acesso a exames radiológicos. Devem também estar capacitadas para encaminhar os pacientes a outros serviços sempre que necessário, de forma responsável e articulada com outras unidades da rede.

Face à alta contagiosidade da COVID-19, o isolamento de casos e seus contatos é essencial. O tratamento rápido e adequado dos casos que demandam assistência médica deve ser realizado por uma rede de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade. A linha de cuidado, portanto, deve considerar as diferentes fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar. O atendimento presencial aos pacientes suspeitos ou confirmados, nas unidades de saúde em todos os níveis de complexidade, precisa ser realizada de forma a não aumentar o alto risco de contágio para profissionais de saúde e demais usuários.

Todos os casos de COVID-19 devem seguir protocolos de triagem e classificação com ou sem risco de complicações. O transporte de pacientes do domicílio diretamente para a unidade de referência deve constar como ponto essencial no planejamento da rede assistencial para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos. O manejo clínico de pacientes deve seguir protocolos já estabelecidos que devem ser

disponibilizados e adaptados às condições locais, integrados em redes de referência e informação que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação.

5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

O panorama da Pandemia da COVID-19 no Brasil mostra-se bastante complexo em função da enorme diversidade geográfica, social e cultural compreendida no imenso território nacional, bem como pelos aspectos conjunturais, tanto políticos quanto econômicos, correlatos, coincidentes e convergentes com o fenômeno da pandemia. Nesse caso, parâmetros epidemiológicos (incidência, mortalidade, transmissão e difusão na população) indicam mais um sistema de epidemias, com surtos, ondas e variações diferentes em distintos segmentos da população e setores do território. Assim, essas características de diversidade e variabilidade representam fatores cruciais a serem considerados na implementação de ações de monitoramento, controle e avaliação de propostas e estratégias de superação da pandemia e de seus impactos em nosso país.

5.1. A pandemia da COVID-19 no Brasil

O primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, três cepas do SARS-CoV-2 foram identificadas no país entre 22 e 27 de fevereiro; portanto, já estavam bem estabelecidas antes da implementação das medidas não farmacêuticas de distanciamento físico e das proibições de viagens. Esta introdução influenciou o quadro precoce e mais grave de capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Manaus. A transmissão chamada comunitária somente foi oficialmente reconhecida em 20 de março.

A pandemia da COVID-19 no Brasil atingiu uma das mais inclinadas curvas de aumento de casos do mundo. Em 14 dias, o país atingiu 50 casos, dez dias depois chegou a 1.000 casos, em 4 de abril já havia 10 mil casos, um mês depois ultrapassamos 100 mil casos. As semanas seguintes mostraram crescimento significativo da disseminação do vírus entre a população brasileira, em 2 de junho tínhamos meio milhão de casos oficiais notificados, ultrapassando em 19 de junho a casa de 1 milhão de casos novos acumulados e mais de 1.000 casos novos por dia. No início do mês de julho, o Brasil já registra mais de 1,5 milhão de casos oficiais notificados, tornando-se no final do mês de junho o país com mais alta incidência diária de COVID-19 em todo o mundo.

O primeiro óbito aconteceu em 17 de março. Um mês depois (10/4) o total de mortes acumuladas era de 2.143, valor que aumentou expressivamente nas semanas seguintes e chegou a 16.118 em 17/5 e ultrapassou 50 mil óbitos em 23/06. Em meados de junho, o Brasil apresentava coeficiente de mortalidade de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, que se torna então a principal causa de morte no país. Em 2/7, o país já registra 60.632 óbitos, o que representa uma mortalidade de quase 300 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, com um índice de letalidade de 4,2%.

A epidemia se disseminou de forma bastante heterogênea pelo país, com uma diferença de 30 a 40 dias para os estados de Sergipe e Tocantins, que começaram a curva epidêmica mais tardiamente. A curva epidêmica foi mais acelerada no Norte e no Nordeste com taxas de mortalidade de 42,2 e 23,8/100.000 habitantes respectivamente, depois de 80 dias do 1º óbito. Nas regiões Sudeste, Centro-

Oeste e Sul as taxas de mortalidade aos 80 dias do 1º óbito foram respectivamente 18,5, 4,6 e 2,8/100.000 habitantes. No início de julho, aos 98 dias da pandemia para as regiões com maior atraso, as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes foram: Norte 51,8; Nordeste: 34,2; Sudeste: 27,4; Centro-Oeste: 22,2; Sul: 54,6.

Os estados mais populosos, São Paulo e Rio de Janeiro, registram o maior número de casos e óbitos notificados do país. Em 16/6, São Paulo tinha 190 mil casos acumulados e 11.132 óbitos, enquanto o Rio de Janeiro tinha 83 mil casos e 7.967 óbitos. Em 2/7, São Paulo registra quase 300 mil casos e 15 mil óbitos; Rio de Janeiro acumula 115 mil casos e ultrapassa 10 mil mortes. Assim, estes dois estados respondem por 30% dos casos e 40% dos óbitos no país.

A maior incidência de casos notificados de COVID-19 foi registrada em estados da Região Norte. Em 16/6, a incidência no Amapá era de 2.100/100.000, no Amazonas 1.380/100.000, em Roraima e no Acre 1.120/100.000 habitantes. Na mesma data, os cinco estados com maior taxa de mortalidade eram Amazonas (60,8/100.000), Ceará (55,3/100.000), Pará (49,5/100.000), Rio de Janeiro (46,0/100.000) e Pernambuco 41,2/100.000). Em contraste, os estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 3,5/100.000 habitantes.

No início de julho, a incidência no Amapá era de 3.375/100.000, seguido por Roraima com 2.266/100.000, Amazonas com 1.725/100.000, DF com 1.666/100.000 e Acre com 1.539/100.000 habitantes. Na mesma data, os cinco estados com maior taxa de mortalidade eram Amazonas (67,8/100.000), Ceará (67,4/100.000), Rio de Janeiro (58,8/100.000), Pará (57,2/100.000), Roraima e Pernambuco (51,0/100.000). Os estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 8,0/100.000 habitantes.

Recentemente, alguns estados que apresentam taxas de incidência da doença entre as mais baixas do país, passaram a se preocupar com a tendência de aumento. Embora o Ministério da Saúde e alguns governos estaduais mencionem uma “estabilização da curva epidêmica” e recente análise realizada pelo Imperial College de Londres aponta que houve no Brasil uma redução geral do coeficiente de transmissibilidade (R_0 ou número reprodutivo básico), nos dezesseis estados acompanhados (aqueles onde houve mais de 50 óbitos até o momento), esse índice continua maior do que 1, o que indica que a incidência da doença continua em crescimento.

A suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo Ministério da Saúde, juntamente com a tentativa de manipulá-los subtraindo parte dos óbitos do total que deveria ser informado, na contramão do padrão seguido por todos os países do mundo, levou o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – a imediatamente organizar uma plataforma própria de compilação. Paralelamente, houve a criação, por iniciativa própria, de um consórcio de veículos de comunicação concorrentes para uma ação cooperativa de divulgação dos dados gerados pelas secretarias de saúde dos estados, buscando preencher o vazio do papel do governo federal e o descrédito das informações por ele geradas. Mesmo

assim, registros detalhados que eram usados por gestores e pesquisadores deixaram de ser oferecidos, comprometendo importantes iniciativas locais de monitoramento.

O conhecimento epidemiológico acumulado até agora sobre a COVID-19 e a experiência de outros países onde a epidemia chegou mais cedo indicam alguns caminhos e perigos. A expansão da doença não deve cessar espontaneamente, enquanto houver uma proporção razoável de pessoas suscetíveis; até atingir este nível de imunidade coletiva suficiente para conter a transmissão, milhões de pessoas terão sido infectadas, centenas de milhares morrerão. Nesta fase recente, a epidemia avança para o interior dos estados. O número de casos nessas áreas já supera os casos acumulados na maioria das respectivas capitais. Este quadro prevê um agravamento de alguns indicadores como letalidade e mortalidade, considerando que a capacidade de assistência terciária, como leitos de UTI, está concentrada nas capitais e polos urbanos maiores nos Estados.

O Brasil já vive uma tragédia quando o número de casos acumulados ultrapassa 1,5 milhão e a mortalidade avança para além dos sessenta mil óbitos. Projeções otimistas indicam que estes números serão multiplicados por três até o fim deste ano; outras projeções chegam a vinte vezes. Mesmo o melhor cenário é aterrorizante. Nele, a capacidade dos serviços de saúde para atendimento de pacientes graves será ultrapassada em boa parte das cidades brasileiras, o que levará a um aumento na letalidade (por COVID e também por outras causas que terão seu atendimento comprometido), à quebra das medidas de biossegurança nos serviços de saúde abarrotados e a uma desorganização ainda maior da atividade econômica.

5.2. Enormes desigualdades: contexto favorável à difusão da pandemia

No Brasil, os desafios para o enfrentamento da COVID-19 se apresentam ainda mais complexos, pois a transmissão do vírus e o impacto da pandemia tendem a ser mais graves num contexto de grande desigualdade econômica e social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso constante à água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas.

Os primeiros casos confirmados eram pessoas de estrato econômico elevado, recém-chegados de viagens ao exterior, mas a doença rapidamente atingiu as comunidades pobres das periferias das grandes cidades e passou a se expandir para o interior do país, atingindo inclusive povos indígenas e populações ribeirinhas. A letalidade nesses grupos tem sido superior à média do país. Estudos têm mostrado também maior letalidade entre negros e negras quando comparada às pessoas de raça branca. Durante a pandemia, as gritantes desigualdades sociais entre os brasileiros têm se refletido em um inaceitável excesso de mortes entre mulheres, pobres, negros e indígenas, nortistas e nordestinos em relação aos ricos, brancos e centro-sulistas, o que decorre de processos de determinação social do processo saúde-doença e de diferenças entre as ofertas de leitos públicos e de leitos privados.

A situação socioeconômica de importante contingente da população brasileira já vinha se agravando antes da epidemia. A COVID-19 veio trazer à tona os mais danosos efeitos da perda dos diversos direitos, em especial da seguridade social e direitos trabalhistas. A morte de idosos, cuja renda provinda da aposentadoria apoiava o sustento de mais de 70 milhões de famílias brasileiras, deverá afetar severamente a situação socioeconômica de famílias que sofreram ou irão sofrer esta perda, levando milhares de pessoas, incluindo mais de 2 milhões de crianças, a cair abaixo da linha da pobreza.

O crescimento do percentual de pessoas desocupadas, subocupadas ou em trabalho informal cresceu e teve um severo impacto no comportamento da epidemia, dificultando a essas pessoas aderir às diversas formas de quarentena, tão necessárias para mitigar os efeitos da COVID-19 na vida e saúde da população. As medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas por um grupo enorme de brasileiros, representados pelos trabalhadores informais (cerca de 40 milhões), pelos desempregados (cerca de 13% da população), por trabalhadores autônomos (carpinteiros, bombeiros, pintores, jardineiros, camelôs, etc), entre outros. São milhões de brasileiros que, em geral, moram em grandes conglomerados, de casas precárias, nas periferias das grandes cidades. Todas essas pessoas terão grande dificuldade em ficar em casa durante semanas, principalmente porque não têm recursos para comprar alimentos, pagar aluguel, água, energia, etc.

Mesmo em momentos em que os maiores percentuais de adoção de medidas coletivas de controle da epidemia foram alcançados no Brasil, nunca se atingiu níveis elevados de quarentena como em outros países afetados pela pandemia. Assim, no caso brasileiro, que apresenta uma realidade mais complexa, com imensas desigualdades, embora imprescindível, as diversas formas de quarentena têm limites estruturais para sua adoção mais generalizada. É necessária a adoção de outras medidas concomitantes, imprescindíveis para tornar possível a adesão de, pelo menos, 60% da população.

5.3. Estratégias epidemiológicas para reduzir a transmissibilidade

A noção de “distanciamento social” tem como referência longínqua aplicações da teoria matemática de redes à epidemiologia, particularmente no estudo das cadeias de contágio de doenças transmissíveis. Pretende-se com isso limitar a propagação do patógeno evitando a agregação de pessoas em eventos de massa, reuniões, festas, espaços públicos ou transporte coletivo, mantendo efetiva distância de segurança (nesse caso, dois metros) de outras pessoas. Compreende ações preventivas de caráter coletivo, altamente desejáveis no contexto da Pandemia da COVID-19, por seu potencial de intervenção nos elementos biológicos da transmissão.

No presente documento, seguindo recomendações da OMS, da Unicef e da União Europeia, preferimos a expressão “distanciamento físico” para designar tais ações, classificadas no capítulo das quarentenas parciais, reservando o termo “isolamento” para referir à restrição ou supressão de contatos interpessoais para sujeitos potencialmente infectados ou expostos. O distanciamento social seria um

resultado colateral indesejável, tanto relativo ao contraste como à ou redução de relações sociais e afetivas; tem-se procurado superar o distanciamento social com apoio das tecnologias de comunicação e do próprio ativismo nas redes digitais. Em suma, para a redução efetiva da transmissão numa epidemia, precisamos ficar fisicamente separados, mas, para superar o potencial impacto negativo da pandemia sobre a saúde mental coletiva, devemos permanecer conectados social e afetivamente.

Na ausência de tecnologias biológicas preventivas ou curativas (vacinas e medicamentos, entre outras), medidas não farmacológicas de controle epidemiológico são importantíssimas. Uma revisão sistemática de 29 publicações, realizada pela Rede Cochrane, a pedido da OMS, mostrou que quarentenas e outras medidas de saúde pública diminuem o risco de contágio e reduzem de 31% a 63% a mortalidade por COVID-19³. Estratégias de redução de mobilidade e aglomerações, planejadas na amplitude necessária para cada região, estado, município ou local são, por isso, fundamentais.

Apesar da resistência negacionista da autoridade maior do poder executivo do país e da falta de iniciativa própria de algumas autoridades em outros níveis de governo, a maioria dos estados brasileiros e muitas cidades adotaram estratégias não-farmacológicas que, na prática, compreendem medidas bastante diversas, como quarentenas totais (*lockdown*) e parciais, isolamentos individuais ou grupais, distanciamento físico, incluindo a redução do tamanho ou proibição de eventos, fechamento de unidades de ensino (escolas e universidades), restrições ao funcionamento do comércio, serviços e indústria, fechamento e proibição de frequência a parques, piscinas e praias, redução do transporte (municipal, intermunicipal e interestadual) e mudanças no regime de trabalho de servidores públicos. Estas medidas, apesar da complexidade política e socioeconômica do país, salvaram milhares de vidas reduzindo substancialmente a disseminação da COVID-19 nos estados.

É preciso entender esse conjunto de restrições como apenas uma das vertentes de um conjunto de medidas que devem ser adotadas, tendo em vista a complexidade da sociedade brasileira. Medidas de distanciamento físico e quarentenas setoriais e parciais têm se mostrado estratégia eficaz para diminuir a velocidade de contágio por SARS-CoV-2. A mudança no comportamento de mobilidade urbana e interurbana da população tem sido bastante significativa desde o mês de março. Dados do Relatório de Mobilidade na Comunidade do Google, que analisa dados do Google Maps agregados e com anonimato, comparam volume de deslocamento a diferentes locais assumindo como referência a mediana do dia da semana correspondente entre 3 de janeiro e 6 de fevereiro de 2020. Em todo o Brasil, observou-se redução de 76% no deslocamento a lugares de varejo e lazer, 69% em estações de transporte público, 72% a locais de trabalho e 38% a mercados e farmácias em 10 de abril, e 75% a parques em 22 de março. Esses foram os dias e abril foi o mês com maior redução

³ https://COVID.cochrane.org/pt/CD013574/INFECTN_quarentena-isolada-ou-em-combinacao-com-outras-medidas-de-saude-publica-controla-COVID-201

média de mobilidade. No entanto, tem havido redução do distanciamento. O último mês tem apresentado importante queda nos índices de adesão à quarentena em comparação a janeiro/fevereiro, sendo que no caso de mercados e farmácias já se observa maior deslocamento que no período de referência.

Essa tendência é semelhante ao observado no Índice de Isolamento Social (ISS) da Inloco, que analisa os dados de deslocamento de aproximadamente 60 milhões de brasileiros por meio da posição geográfica de seus telefones celulares. O pico do ISS foi observado em 22 de março (62,2%), chegando a 36,8% em 12 de junho, valor mais baixo da série histórica. Desde 26 de maio até 25 de junho, em apenas dois dias o índice foi superior a 50%.

Tais indicadores mostram forte grau de adesão da população brasileira aos programas de controle epidemiológico da pandemia somente nos períodos em que, muitas vezes por ação do poder judiciário, os governos estaduais e municipais tomaram providências mais enérgicas e restritivas. Porém, os indicadores de distanciamento físico vêm sendo reduzidos como reflexo das reaberturas de diferentes setores econômicos em diversos municípios, mesmo sem queda de casos e óbitos, cenário com perigoso potencial de aumento da disseminação do vírus.

6. CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, tal como ocorreu em relação aos sistemas de saúde de todos os países atingidos, a pandemia da COVID-19 tem representado enorme desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), em consequência do aumento abrupto da demanda de atendimentos de portadores de uma nova doença, ainda pouco compreendida, para a qual ainda não há medidas de prevenção e de tratamento específicas.

É importante ressaltar que, no Brasil, a pandemia encontra um sistema de saúde marcado por contradições entre projetos conflitantes - de um lado, o projeto da Reforma Sanitária de universalização do direito à saúde e, de outro, o projeto de reforma do Estado de inspiração liberal -, em um contexto de fortalecimento do capital financeiro e das políticas de austeridade fiscal. Na trajetória de 30 anos de existência do SUS, desde a Constituição de 1988, foram raros os períodos em que se buscou maior articulação entre o crescimento econômico e o desenvolvimento social no país.

O SUS, que constitucionalmente compõe o tripé da Seguridade Social ao lado da Previdência e Assistência Social, desde sua criação, sofre diretamente no seu financiamento os constrangimentos à implantação de um Estado de proteção social no país. São décadas de convivência com regras instáveis e insuficientes de financiamento da saúde, até o limite do congelamento de teto de gastos imposto pela EC-95 em 2016. Assim, o SUS reflete contradições e paradoxos, pois, ao mesmo tempo que expandiu os serviços de saúde, garantindo o acesso universal, persistem vazios assistenciais, frutos da desigualdade na oferta e ações e serviços de saúde em especial em áreas remotas e/ou com baixo desenvolvimento socioeconômico; a fragmentação do sistema de saúde; a frágil regulação de acesso; a dificuldade da Atenção Primária à Saúde (APS) se configurar como coordenadora do cuidado; a irregular distribuição dos profissionais de saúde; e o financiamento insuficiente.

A superação dessas dificuldades é fundamental para o enfrentamento da pandemia e, se alcançada, contribuirá sobremaneira para a consolidação do SUS como sistema universal e igualitário. Nessa direção, é importante identificar experiências inovadoras surgidas antes ou durante a pandemia, dando visibilidade a esforços que contribuem para conformar novas possibilidades de gestão e microgestão do SUS.

6.1. Redes regionalizadas de atenção à saúde

Do ponto de vista organizacional, a principal estratégia para superar os obstáculos é o fortalecimento da regionalização e a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde. As redes são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Portaria MS nº 4.279/2010). A adoção dessa diretriz organizacional almeja, assim, diminuir a fragmentação histórica do sistema,

evitar a concorrência entre os pontos de atenção, promover o uso adequado dos recursos e o cuidado horizontal.

As redes, portanto, são formas de integrar serviços e definir linhas de cuidado, por meio do compartilhamento – pelas diferentes populações dos municípios integrantes de uma região de saúde –, de estruturas e recursos com distintos graus de densidade tecnológica. Essa organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade, é essencial para a garantia do acesso universal e da integralidade da atenção, em particular nesse momento crítico da pandemia.

Expandir e qualificar a atenção primária à saúde

A rede regionalizada do SUS tem como fundamento a atenção primária à saúde. Nas últimas três décadas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se mostrado efetiva na melhoria da situação de saúde das populações atendidas. Para enfrentar com eficácia a pandemia, ampliando o acesso a serviços de saúde, a ESF precisa ser expandida e qualificada, incluindo a Saúde Bucal e os Núcleos Ampliados de SF (NASF), com base nos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, competência cultural, orientação familiar e comunitária. A melhoria do acesso inclui também expandir o horário de funcionamento das unidades de atenção primária durante a semana e nos finais de semana para favorecer o acesso das pessoas, a partir de análise local criteriosa, com respeito e valorização ao trabalho de profissionais de saúde, por meio da participação e diálogo permanente em espaços de decisão, em todos os níveis.

Diante a pandemia de Covid-19, é necessário replanejar as ações, considerando a possibilidade de aumento da demanda por atenção em algumas áreas, como saúde mental, fisioterapia, cuidados com idosos, entre outras. É preciso também priorizar ações preventivas, como vacinação, o acompanhamento de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactentes e urgências e situação de agudização de doenças crônicas, bem como o cuidado com a população periférica, negra, indígena, ribeirinha, quilombola, entre outras, que demandam atenção a suas especificidades, além de ações articuladas intra e intersetorialmente, com especial atenção ao aumento de casos de violência contra mulheres e crianças.

Nesta direção é importante considerar no âmbito da APS os Serviços de Cuidados Intermediários. Os Cuidados Intermediários são serviços de referência territorial, que dão suporte às ações da Atenção Primária, conformando uma Rede Básica de Saúde. Pode-se citar como exemplo Unidades de Cuidados Intermediários com leitos de recuperação e reabilitação aos moldes dos Hospitais Comunitários que integram o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, incluindo Serviços de Atenção Domiciliar, e outras experiências europeias similares, com atividades de telecuidado em suas várias modalidades, entre outras estratégias. O recurso à videoconsulta e outras formas de teleatendimento precisa ser viabilizado, assim como a consulta e acompanhamento domiciliar por médicos, enfermeiros e profissionais do NASF devem ser garantidos quando se

tratar de condições de maior complexidade e risco ou para pacientes sem telefone.

Assegurar o acesso regulado à atenção especializada

A partir da rede de serviços da atenção primária, deve-se prover acesso regulado, em todas as regiões de saúde, à atenção especializada, incluindo: (a) ambulatórios de especialidades médicas e de reabilitação, (b) Centros de Especialidades Odontológicas, (c) Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, (d) Serviços de urgência e emergência pré-hospitalar fixos (UPA) e móveis (Samu), (e) Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e (f) Casas de parto. Da mesma forma que as unidades de atenção primária, as unidades especializadas devem funcionar com equipes completas e equipamentos e recursos para apoio diagnóstico e terapêutico adequados. Ressalte-se a importância de definição de fluxos de referência entre serviços e disponibilização clara de informações à população, bem como adoção de estratégias que favoreçam o acesso, o acolhimento das pessoas e a responsabilização pelo cuidado em qualquer tipo de serviço.

No que concerne aos serviços de atenção às urgências e emergências pré-hospitalares fixos (UPA) ou móveis (SAMU), é importante que estejam funcionando com equipes completas e capacitadas e equipamentos adequados, e de forma articulada às unidades de atenção primária, demais serviços especializados e hospitais, visando oferecer atenção oportuna e de qualidade que permita salvar vidas e reduzir o sofrimento das pessoas. Destaque-se a necessidade de organizar estratégias especiais para assegurar atendimento às urgências adequado in loco e medidas de transporte ágeis às pessoas que vivem em locais distantes de recursos especializados, como ocorre em áreas rurais e em comunidades isoladas, especialmente na região Norte.

Expandir a oferta de serviços hospitalares

É digno de nota o esforço que tem sido feito por estados e municípios para expandir a capacidade instalada de leitos, incluindo leitos de UTI. Tanto ou mais do que hospitais de campanha, todavia, são necessários novos hospitais permanentes que, assim como os serviços ambulatoriais, precisam contar com equipes completas, adotar medidas de proteção individual e coletiva (separação de fluxos e de áreas quando pertinente, garantindo leitos para isolamento respiratório), dispor de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e de unidades intermediárias equipadas (ex: oxigenioterapia) e de unidades de terapia intensiva ou referência para essas unidades, em caso de necessidade.

Neste sentido, é óbvia a imediata necessidade de reorganizar a oferta de cuidado somando recursos assistenciais da rede pública e privada. Para salvar vidas, é preciso que o Poder Público controle e gerencie toda a capacidade hospitalar existente no país e institua uma fila única de casos graves de covid-19 que demandem internação e terapia intensiva.

Fortalecer os sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde

O reforço das redes de cuidado para o enfrentamento da pandemia e para prover a atenção universal e integral não pode prescindir da garantia do acesso e da promoção do uso racional de medicamentos, exames e procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Do mesmo modo, não se pode negligenciar a produção e a difusão de informações fidedignas e oportunas sobre a situação de saúde e o funcionamento dos serviços. Os sistemas de informação em saúde, vitais em momentos de pandemia como o atual, estão a requerer significativas melhorias, desde os registros administrativos e clínicos, passando pela agilização do fluxo de informações, até o grau de confiabilidade e o uso para a tomada de decisões nos âmbitos da clínica e da gestão.

No que concerne à assistência farmacêutica, deve-se implementar na sua integralidade a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), Resolução CNS nº 338/2004, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com respeito aos eixos estratégicos que perpassam pelo fomento à produção nacional de medicamentos à garantia do acesso racional de medicamentos. Para tanto, é fundamental a integração das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Vigilância em Saúde e a organização das ações a partir dos territórios das Unidades de Saúde, com o fortalecimento das ferramentas de comunicação social e educação permanente dos profissionais de saúde.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, por sua vez, precisam ser expandidos para melhorar as condições de acesso da população, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante. Por fim, assim como no caso dos sistemas de apoio, as redes de atenção à saúde requerem o bom funcionamento dos sistemas logísticos que viabilizam os fluxos de pessoas, de informações e de insumos de forma oportuna e efetiva.

Consolidar o subsistema de vigilância e promoção da saúde

O enfrentamento da pandemia requer consolidar o subsistema de vigilância e promoção da saúde, articulando as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância de saúde do trabalhador e vigilância ambiental, além das ações intersetoriais em todas as áreas importantes no processo de determinação social da saúde. Além disso, a articulação de ações sobre os determinantes sociais da saúde, incluindo as condições de moradia, trabalho e renda, a assistência social, a educação e o saneamento ambiental, num sistema de monitoramento das condições de vida das populações socialmente vulneráveis, são essenciais para a proteção social necessária para enfrentar a atual e as futuras epidemias.

As ações de vigilância são transversais e pertinentes aos diferentes tipos de serviços de saúde, de várias complexidades, podendo ser desencadeadas a partir de qualquer ponto da rede. Ressalte-se, por um lado, a necessidade de sua articulação com a atenção primária, pela proximidade das equipes aos territórios

em que as pessoas vivem. Por outro lado, existem ações de vigilância mais específicas relacionadas a serviços de maior densidade tecnológica.

No caso específico da atual pandemia, é fundamental também envidar esforços para construir uma infraestrutura nacional de saúde digital, incluindo um sistema de vigilância em saúde que seja capaz de rastrear os testes e as infecções por Covid-19 da população brasileira. Acrescente-se a isso a necessidade de fortalecer a vigilância genômica, de forma associada a investimentos na pesquisa nacional em básica e aplicada em virologia, genômica, imunologia, diversas áreas da Saúde Coletiva, entre outros campos relevantes para expandir a capacidade de resposta aos problemas de saúde relevantes para o país.

6.2. Pacto federativo: intensificar a cooperação

O desenho federativo trino do Brasil – federal, estadual e municipal – se reflete no SUS por meio do compartilhamento de competências e responsabilidades de gestão entre os entes. A garantia do acesso universal e da integralidade da atenção demanda uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade.

Infelizmente, no contexto da pandemia, a irresponsabilidade do governo federal tem provocado muitos conflitos federativos, chegando-se ao ponto de o Supremo Tribunal Federal ter sido obrigado a ratificar a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública. Em um país imenso e heterogêneo como o Brasil, o papel do governo federal é importante para a redução das desigualdades, exigindo políticas redistributivas no âmbito fiscal, dos investimentos públicos e das políticas sociais, em geral, e de saúde, em particular.

De todo modo, para avançar na consolidação do SUS e enfrentar a pandemia, urge fortalecer a cooperação entre União, estados e municípios. Certamente, uma das principais estratégias para intensificar a cooperação entre os entes federados, visando o enfrentamento da pandemia, é consolidar as regiões de saúde, assegurando condições adequadas de financiamento tripartite, planejamento e articulação entre esferas de governo e serviços de saúde nas diferentes regiões.

Com efeito, dado o impacto diferenciado da covid-19 entre as regiões do país, é fundamental dispor de uma organização territorial com gestão integrada da capacidade instalada e tecnológica, no âmbito das instâncias de governança regional. Não há dúvida de que a instância de governança regional – Comissão Intergestores Regional (CIR) – assume papel de destaque na coordenação do processo de construção das redes de atenção à saúde.

6.3. Financiamento: mais recursos para o SUS

O subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela aprovação da EC-95/2016 que congelou os gastos federais até 2036, revela-se agora dramaticamente na insuficiência de leitos e equipamentos especializados, assim como na baixa cobertura da atenção básica nas regiões mais vulneráveis e na fragilidade dos sistemas de informação de saúde.

De modo ainda mais dramático, o Ministério da Saúde (MS) mostra enorme dificuldade (ou falta de vontade política) em aplicar efetivamente os recursos destinados ao enfrentamento da pandemia, como tem alertado o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio de sua Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS). O CNS chama a atenção para os dados que indicam dezenas de milhares de óbitos evitáveis se o SUS não estivesse desfinanciado e se as autoridades governamentais, constituídas, tivessem assumido a responsabilidade de coordenar as ações de enfrentamento à Covid-19, respeitando as medidas orientadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Neste contexto, o enfrentamento da pandemia exige que o MS passe, urgentemente, a operar com a responsabilidade e a diligência que a crise sanitária requer. Não é suficiente, contudo, a aplicação ágil e eficiente dos recursos disponíveis. É necessário também aumentar os recursos financeiros destinados ao SUS. De modo emergencial, no cumprimento do preceito constitucional da garantia do direito a saúde pelo Estado impõe-se a revogação da EC-95/2016, e que os créditos extraordinários aprovados durante a vigência de calamidade pública pela Covid-19 sejam somados ao piso federal do orçamento da saúde para 2021, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde (Recomendação Nº 028, de 22/04/2020). Importante também destacar a necessidade de adotar, de forma imediata, critérios de transferência de recursos para Estados e Municípios, bem como de efetivação dos repasses “parados” no orçamento. E isso precisa ser devidamente pactuado na CIT e aprovado pelo CNS, sem qualquer tipo de subordinação a interesses políticos de governabilidade junto ao Congresso.

É importante ainda considerar a situação de forte redução da atividade econômica e da consequente queda da receita tributária tanto da União, quanto de estados e municípios. Neste sentido, para assegurar os recursos financeiros necessários ao enfrentamento da pandemia e ao fortalecimento do SUS, é necessária a prorrogação por mais um ano, ao menos, da vigência da calamidade pública, atualmente fixada até 31 de dezembro de 2020 (Decreto Legislativo nº 6/2020).

Ao lado das medidas urgentes e emergenciais, estratégias devem ser realizadas para superar, de forma estruturante, o subfinanciamento e, desde 2016, o desfinanciamento do SUS. Nesse âmbito, a estratégia fundamental é consolidar o orçamento da Seguridade Social, definindo fontes de receita estáveis e acabando com a desvinculação das receitas da União e com as medidas de desoneração fiscal que retiram recursos da Seguridade Social.

A luta por mais verbas para o SUS não pode desconhecer, contudo, que a sociedade brasileira não investe pouco em saúde, considerando-se o total de gastos públicos e privados em termos de PIB, o país gasta 9,2% ao ano. Porém, o gasto público (federal, estadual e municipal) representa apenas 3,9% do gasto total. Para aumentar os gastos públicos, sem ampliar o total de gastos em saúde, deve-se redirecionar para o SUS o subsídio público atualmente destinado ao setor privado de estabelecimentos de saúde, operadoras de seguros e planos de saúde

e fornecedores de insumos de saúde, com exceção das organizações filantrópicas que prestam serviços exclusivamente aos usuários do SUS. Por fim, mas não menos importante, deve-se ressaltar que o adequado financiamento do SUS passa pelo fortalecimento dos mecanismos de pactuação tripartite (CIT) para alocação de recursos federais e estaduais.

Finalmente, deve-se rever a EC-95 e estabelecer o piso de 10% das receitas correntes brutas da União a ser aplicado ao SUS, definindo fontes estáveis de financiamento. Neste escopo fundamental, cabe ainda a necessária revogação da Portaria nº 2979, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, que inclui a necessidade de cadastro da população para que seja feito o repasse do incentivo financeiro aos municípios, que considera as pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, na contramão do princípio do SUS da universalidade, além de ferir a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece a necessidade de submeter à aprovação do CNS o que for pactuado na CIT, no que diz respeito aos critérios de rateio das transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

6.4. Aprimorar a gestão do SUS

Além da participação social, o enfrentamento da pandemia requer o aprimoramento da gestão do SUS, com a melhoria de sua eficiência. Para tanto, a primeira estratégia se refere à profissionalização da gestão do SUS, o que exige a valorização das carreiras públicas e a adoção de critérios de desempenho para avaliar o trabalho em saúde, premiando a eficiência. Além disso, a direção dos estabelecimentos de saúde deve ser empoderada, concedendo-se maior autonomia aos gerentes locais e, ao mesmo tempo, responsabilizando-os pelos resultados alcançados mais do que pela obediência a normas administrativas. Nesta linha, os cargos de direção devem ser ocupados, prioritariamente, por técnicos de carreira. Complementarmente é importante reconhecer que a gestão do SUS é sempre em redes, ou seja, se realiza por conexões e fluxos entre as diversas unidades, serviços e instâncias. Sendo assim é necessário haver a permanente prática de pactuação interna, como forma de garantir a eficácia e eficiência na gestão dos processos, e linhas de cuidado assistenciais.

Uma segunda estratégia se relaciona à revisão do papel das agências reguladoras, a saber, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). No caso da ANS, é fundamental resgatar seu caráter público, acabando com a situação de captura pelo setor regulado, bem evidenciado pelos mecanismos da “porta giratória” que fazem com que seus dirigentes sejam, em regra, vinculados a operadoras de planos de saúde, antes e/ou depois da passagem pela ANS. Em relação à Anvisa, a questão central se refere ao fortalecimento da capacidade técnica do Ministério da Saúde para que as ações de vigilância sanitária sejam integradas às políticas de saúde, limitando-se à Anvisa ao papel de executora de uma política que deve ser formulado pelo órgão coordenador do Sistema Único de Saúde e pelas instâncias colegiadas de gestão.

Finalmente, o aprimoramento da gestão requer o fortalecimento das instâncias de deliberação e gestão colegiada do SUS - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Em particular, as CIR precisam ter fortalecido seu papel de instrumento do planejamento e da gestão regional, tornando o espaço decisório regional mais democrático e efetivo ao mobilizar todos a sociedade para colaborar e referendar suas decisões. Ademais, é imprescindível reforçar seu papel técnico, instituindo comissões técnicas para subsidiar a tomada de decisões com base em evidências tanto para enfrentar a crise sanitária provocada pela pandemia de covid-19, quanto para consolidar o SUS em todas as suas dimensões.

6.5. Estimular e apoiar a participação e o controle social do SUS

Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, a Organização Mundial da Saúde recomenda um forte engajamento da comunidade. As experiências mais bem-sucedidas de controle da pandemia têm demonstrado o acerto desta recomendação. De fato, os países que conseguiram maior compreensão e adesão das pessoas às medidas de prevenção têm sido aqueles onde ocorreram menos casos e menos mortes por covid-10.

Importante destacar que a Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade na gestão de políticas e programas promovidos pelo Governo Federal e institui a participação social como um princípio organizativo do SUS que atua por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, fiscalizar/controlar e avaliar a execução da política de saúde. Nesse escopo e no contexto da pandemia, o Conselho Nacional, instância máxima do controle social do SUS, diante do grave cenário, instituiu o Comitê do CNS de acompanhamento da pandemia COVID-19, com objetivo de reforçar e coletivizar as ações no âmbito do CNS, com representação paritária do conjunto de conselheiras e conselheiros nacionais de saúde.

Em tese, contando com um sistema formal de participação social, o SUS estaria bem posicionado para mobilizar e engajar os/as brasileiros/as nas ações de combate à pandemia. Neste contexto, o governo federal tem buscado deslegitimar, invisibilizar e boicotar as instâncias de participação social e de participação colegiada da gestão, dentro de um processo autoritário de verticalização das decisões, além de ter abraçado a estratégia da desinformação.

Contra a opção do governo vigente, é imperioso fortalecer a participação social, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade e a representatividade dos membros dos conselhos de saúde, assim como desenvolvendo ações de capacitação dos/as conselheiros/as em todas as esferas de governo.

6.6. Proteger a saúde de trabalhadores/as em saúde e áreas essenciais

O enfrentamento à pandemia tem produzido pouca visibilidade a uma característica singular do trabalho em saúde. Além da atenção e da gestão, os trabalhos no sistema de saúde incluem a formação e a participação. A Constituição brasileira afirma a responsabilidade do sistema de saúde no

ordenamento da formação dos trabalhadores da área. Portanto, as iniciativas que envolvem o enfrentamento à pandemia precisam considerar a tripla inserção das pessoas que trabalham na saúde e nas demais áreas essenciais: estão submetidas às condições de restrição da população em geral, estão submetidos ao risco físico e ao risco psicossocial relativo às condições de organização do trabalho no interior de sistemas e serviços de saúde e, por fim, estão expostos às violências mobilizadas pelas disputas de enunciados que vivemos na sociedade que envolvem a COVID-19 e as políticas públicas.

Portanto, é preciso priorizar nas ações de enfrentamento à COVID-19 a proteção física e psicossocial das pessoas que atuam na saúde e nas áreas essenciais, com forte ênfase na biossegurança e em mecanismos de redução do sofrimento psíquico. Essas ações incluem a intensificação da vigilância em saúde nos territórios e nos ambientes de trabalho. De acordo com as recomendações dos organismos internacionais, é fundamental que as responsabilidades do SUS com a formação de trabalhadores e trabalhadoras sejam incluídas no trabalho, envolvendo as instituições da saúde e de ensino, garantindo a aprendizagem em cenários de prática com segurança física e psicossocial, inclusive no tempo e no enfrentamento à pandemia.

A política do SUS de desenvolvimento do trabalho em saúde, que denominamos cotidianamente de política de educação permanente em saúde, inclui a gestão das tensões na organização do trabalho e a aprendizagem no trabalho. A exemplo dos estudos que demonstram que são necessários recursos institucionais de apoio psicossocial e reflexão coletiva em situações de alto risco e com grande sobrecarga, como o trabalho que se realiza em serviços com alta letalidade, é importante que a discussão de casos, o apoio matricial e institucional, o apoio especializado aos profissionais e as reuniões de equipe sejam asseguradas às pessoas em situação de trabalho regular e incluam as pessoas em formação profissional. O desenvolvimento de capacidades profissionais para o enfrentamento a emergências sanitárias e sociais é fundamental e sobre esse tema as diferentes recomendações do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no enfrentamento à pandemia de covid-19, dão orientações oportunas e adequadas.

Deve também ordenar a formação profissional na área da saúde, conforme determina a Constituição Federal de 1988, a legislação complementar que regulamenta a matéria (Lei nº 8080/1990) e as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde com base nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde que instituíram sistemas para a atuação do controle social na formulação, avaliação e acompanhamento das políticas voltadas para a formação profissional (técnicos e graduação na saúde) e educação permanente para os profissionais e trabalhadores do SUS. Nessa dimensão educativa, merecem destaque as residências em saúde, incluindo as residências médicas e em área profissional da saúde, priorizando as necessidades do SUS.

Considerando o caráter federativo do SUS, é fundamental respeitar os mecanismos tripartites de provimento e fixação de profissionais em regiões remotas, considerando que a existência de profissionais e serviços constitui fator

determinante para a saúde das populações e, em particular, aos povos tradicionais e grupos expostos à maior vulnerabilização econômica e social.

7. C&T EM SAÚDE E PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS

Uma das faces mais impressionantes da atual pandemia, dentre as várias que vem apresentando, é a mobilização da comunidade científica mundial, bem como do complexo industrial da saúde, na busca de ferramentas para sua mitigação, em particular, mas não apenas, diagnósticos, medicamentos e vacinas. Sendo a pandemia um acontecimento complexo e multifacetado, também não têm sido poucas as contribuições das comunidades científicas no campo das ciências sociais na compreensão dessa complexidade.

7.1. Situação atual do sistema de CT&I no Brasil

Além de aspectos estruturais de sua formação, o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação vem enfrentando no último quinquênio a mais grave crise de sua história. Não apenas pelo radical corte em seus recursos financeiros como, no último ano e meio, por ataques sistemáticos oriundos do governo federal às instituições de fomento e às instituições executoras de pesquisa científica e tecnológica. Agregue-se a isso o enfraquecimento do fomento industrial decorrente das dificuldades endógenas do nosso processo de industrialização, potencializadas pela ausência de políticas industriais em tempos recentes e pela desidratação do BNDES.

É nesse difícil pano de fundo que está sendo organizada a participação das comunidades de ciência e tecnologia e de inovação industrial no enfrentamento da pandemia. E, apesar das dificuldades, pode-se dizer que suas contribuições têm sido relevantes. A maior parte desse esforço, como seria de se esperar, tem origem nos centros globais de produção científica e tecnológica, quase todos localizados no hemisfério norte. Entretanto, o papel das comunidades locais não deve ser subestimado, entre outras razões, pelas especificidades na manifestação da pandemia em cada país ou região.

7.2. Esforços na pesquisa científica sobre COVID-19

No âmbito da pesquisa de bancada destaque-se a presteza em desvelar o genoma do SARS-CoV-2, concomitantemente com grupos norte-americanos, europeus e chineses. Isso abriu caminho para a melhoria da acurácia de testes diagnósticos para a COVID 19 entre nós, bem como para o desenvolvimento experimental de outras estratégias tecnológicas para novos testes. Mencione-se ainda a busca de novos padrões genômicos associados a riscos aumentados de adoecer e de produzir casos graves da doença e o desenvolvimento de cultivos celulares especializados com vistas a conhecer a patogenia do vírus.

No terreno epidemiológico, devem ser destacadas os inquéritos regionais e nacionais para determinar a presença de anticorpos na população, essenciais para acompanhar a dinâmica da pandemia entre nós. Destaque-se também os inúmeros modelos matemáticos na estimação de casos e óbitos. E a participação

de epidemiologistas na gestão do combate à pandemia, assessorando os gestores nas três esferas de governo.

As comunidades das ciências humanas e sociais têm dado grande contribuição para o desvelamento das repercussões social, étnica, política, econômica e ética, todos eles exacerbados pela pandemia. Vale notar que essas dimensões, essenciais no seu enfrentamento, costumam ser subestimadas quando não ignoradas em conjunturas como a que estamos vivendo.

Na pesquisa clínica, a comunidade científica brasileira tem tido participação destacada em ensaios medicamentosos nacionais e internacionais em busca de produtos comprovadamente seguros e eficazes, com destaque do ensaio “Solidariedade” patrocinado pela OMS e ainda em andamento.

O desenvolvimento de protótipos para equipamentos de suporte respiratório tem mobilizado a comunidade das engenharias, com bem-sucedidas experiências no Hospital de Clínicas da USP, na COPPE/UFRJ e na Faculdade de Tecnologia da UnB.

7.3. Desenvolvimento tecnológico e produção industrial

No capítulo referente ao desenvolvimento industrial, a notícia mais importante foi o acordo assinado pelo Ministério da Saúde/Fiocruz/BioManguinhos com a empresa britânica Astra Zeneca para a compra e posterior produção local inicial de 30 milhões de doses da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford, no valor de US\$ 127 milhões. Essa vacina está iniciando os ensaios em fase III e, portanto, ainda não existe para comercialização. Trata-se, portanto, de um contrato de risco sendo a estimativa de sucesso da ordem de 70%. Acordos parecidos foram estabelecidos pelos Estados Unidos (400 milhões de doses) e com a França, Alemanha, Itália e Holanda para ser fornecida à União Europeia (400 milhões de doses).

Essa modalidade de operação vem sendo estimulada pela OMS e entidades filantrópicas com vistas a encurtar o tempo de desenvolvimento e produção de vacinas em situações de emergência sanitária. Foi utilizada pela primeira vez, com algumas diferenças, no desenvolvimento da vacina contra o Ebola, em 2014. Além disso, deve ser destacado o acordo do Instituto Butantã com a chinesa Sinovac para a testagem clínica de vacina contra a COVID 19 que, caso seja bem-sucedido, poderá também evoluir para um acordo de transferência da tecnologia para a produção local.

No que se refere à participação das indústrias farmacêutica, metalmeccânica, eletrônica e têxtil no esforço de combate à COVID 19, as dificuldades têm sido maiores. O processo de fortalecimento de nossa capacidade deveria, em primeiro lugar, estar acoplado a uma estratégia de atualização da base tecnológica do parque industrial brasileiro, hoje bastante atrasado frente às transformações em curso nos países líderes, que incluem a incorporação de tecnologias como a informatização avançada dos processos industriais e a inteligência artificial.

Na conjuntura pandêmica, as contribuições industriais para o enfrentamento da doença têm estado aquém das nossas potencialidades e isso revela o processo de

enfraquecimento de nosso parque industrial. Como não poderia deixar de ser, a maior contribuição industrial tem sido da indústria farmacêutica, que continua a fornecer medicamentos essenciais para o combate à pandemia, especialmente produtos hospitalares necessários aos pacientes internados e mais graves. Mas mesmo esse setor tem sofrido com a destruição da indústria de insumos ativos (farmoquímicos) para medicamentos, em função de nossa quase total dependência externa. Com a pandemia, a China e a Índia, origem da maioria das importações brasileiras deixaram de fornecer ou aumentaram abusivamente os preços de seus produtos. Isso tem provocado, mesmo que periféricamente, uma interrupção nas linhas de medicamentos acabados em função dessa escassez de princípios ativos. Na indústria de farmoquímicos, a diminuição da dependência é uma medida urgente e indispensável, sem a qual a indústria farmacêutica com produção local sofrerá consequências muito negativas.

A indústria química também tem colaborado na produção dos insumos para a fabricação de álcool em gel. No setor metalmecânico e eletrônico, o principal item de colaboração da indústria tem sido a manutenção de respiradores mecânicos, atividade que vem sendo realizada com sucesso. Já na indústria têxtil destaca-se a produção de máscaras e outros equipamentos de proteção individual.

7.4. Perspectivas

A superação das dificuldades existentes na atuação das comunidades de ciência, tecnologia e de inovação produtiva ainda durante o enfrentamento da pandemia e após, estão vinculados à superação dos gargalos já apontados. No campo científico e tecnológico, é inadiável a recuperação de níveis de financiamento público minimamente compatíveis com a dimensão e a qualidade de nossas comunidades, bem como com a reconstrução do sistema de fomento que as construiu, seja em infraestrutura, seja em recursos humanos. Isso inclui a Finep e o Fundo Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o CNPQ, a CAPES/MEC e a rede de órgãos estaduais de fomento à pesquisa.

No que toca à inovação industrial, deve-se buscar a reconfiguração de nossa indústria de base tecnológica com vistas ao seu deslocamento de um padrão atual 2.0 para algo próximo ao padrão 4.0 das indústrias de base tecnológica no mundo.

É fundamental mobilizar a comunidade científica e tecnológica brasileira, bem como o complexo industrial da saúde para um engajamento maior no enfrentamento da pandemia. Para isso, será necessário descontingenciar os recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para que as agências federais de fomento sejam irrigadas com esses recursos, bem como estimular a FINEP e o BNDES a fomentar (financiamento e subsídios) projetos industriais que tenham como foco aumentar o desenvolvimento e produção locais de itens importantes para esse enfrentamento.

8. FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A pandemia atingiu o Brasil em meio à aplicação de uma agenda de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na economia. Desde 2015, na esteira dos cortes de gastos e das reformas (previdenciária e trabalhista) ao contrário do crescimento econômico apregoado, o que vimos foi desemprego, crise e piora nos indicadores fiscais. A austeridade também desfinanciou o SUS e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

8.1. Promover desenvolvimento com bem-estar social

Em plena pandemia, o conflito entre economia e combate ao Covid-19 tem sido o biombo com o qual o governo brasileiro resiste na agenda de ajuste fiscal. Depois de sua campanha - “O Brasil não pode parar” - ser interdita pelo Supremo Tribunal Federal, as medidas econômicas e orçamentárias emergenciais para garantir proteção social da renda e emprego, seguem sendo executadas com lentidão e apatia pelos órgãos federais.

As marcas da pandemia, contudo, se mostram profundas no desalento de mais de 60 milhões de cidadãos classificados para acesso ao auxílio emergencial, Famílias e empresas devem sair da crise mais endividadas e com menos renda, e a crise criará novas demandas por proteção social e serviços públicos. As demandas da saúde também devem aumentar, dada a necessidade de atendimento continuado aos atingidos pela Covid-19, de manutenção da nova infraestrutura e equipamentos e de preparação para uma próxima ameaça sanitária.

As previsões de 8,5% de queda no PIB brasileiro em 2020 sinalizam que o Estado precisará ter um papel ativo na retomada, coordenação e indução dos investimentos na economia. Em todos os países do mundo o gasto público é a alavanca para enfrentamento do alto desemprego e destruição da capacidade produtiva. A experiência mostra que o aumento da dívida pública em relação ao PIB pode ser estabilizado, não com cortes de gastos e aumento da carga tributária, mas com crescimento econômico e redução das desigualdades sociais.

Dessa forma, para atenuar os impactos econômicos e sociais da Pandemia da COVID-19, é preciso enterrar a austeridade fiscal e revogar o teto de gastos públicos, fortalecendo o conjunto de políticas de proteção social garantidas constitucionalmente.

8.2. Preservar e fortalecer as políticas de Seguridade Social

A Constituição de 1988 instituiu no Brasil a Seguridade Social de base universal, compreendendo as políticas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social, a serem financiadas com recursos de fontes diversas, incluindo impostos e contribuições sociais. Em que pesem os numerosos obstáculos à consolidação da Seguridade Social nos últimos 30 anos, o pacto constitucional foi fundamental

para assegurar a expansão de políticas de caráter distributivo, a expansão de direitos sociais e a melhoria das condições de vida da população.

Assim, é fundamental assegurar as condições de sustentação e consolidação da Seguridade Social, em uma perspectiva abrangente, por meio do financiamento adequado de suas políticas estruturantes, em articulação com outras políticas públicas. Na perspectiva de entender a promoção do Bem-Estar Social como finalidade primordial da atuação do Estado, os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal não devem se aplicar às políticas de Seguridade Social e de proteção social em geral.

No que concerne à Previdência Social, é importante assegurar o caráter público e universal do sistema previdenciário brasileiro, o que requer: reforçar os mecanismos de solidariedade entre gerações (sistema de repartição) e entre grupos sociais (mecanismos de redistribuição); assegurar a proteção ampla aos idosos, mantendo benefícios de base contributiva e não contributiva, considerando o perfil demográfico e perfil histórico de inserção dos trabalhadores na economia brasileira (início precoce da atividade laboral, alta informalidade e precariedade dos vínculos, grande proporção de postos de trabalho domésticos ou de baixa qualificação); assegurar a equiparação dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões) ao salário mínimo, bem como seu reajuste periódico, compreendendo a sua relevância para o bem-estar dos idosos e suas famílias.

No que diz respeito à Saúde, como já foi apontado na seção pertinente, é necessário o fortalecimento do SUS como sistema público e universal de saúde, com base no reconhecimento da saúde como direito de cidadania, e integrado a outras políticas econômicas e sociais. Também é importante reduzir incentivos e subsídios estatais e regular o setor privado em saúde no país, subordinando-o aos interesses coletivos.

Quanto à Assistência Social, é fundamental assegurar políticas amplas de desenvolvimento social, fortalecendo o Sistema Único de Assistência Social e sua rede de serviços e programas; fortalecer o Programa Bolsa Família, aumentando o acesso das famílias e assegurando valores de benefícios adequados, além de sua articulação com outras políticas públicas de inclusão e desenvolvimento social, incluindo a articulação com os sistemas de educação, saúde e assistência social; preservar e expandir o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, que têm imensa importância para a proteção social dos idosos, assegurando sua equiparação ao salário mínimo; fortalecer as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, com articulação entre as diversas áreas envolvidas, como as políticas de agricultura, abastecimento, regulação da indústria de alimento, educação, entre outras.

8.3. Promoção de emprego e renda, proteção aos trabalhadores

Historicamente, uma parte importante dos trabalhadores brasileiros apresenta vínculos de trabalho precários ou se insere no mercado informal, sem a garantia de direitos trabalhistas básicos. As mudanças recentes no mundo do trabalho, como a expansão de novas formas de inserção precárias (processo de

“uberização”, pagamentos por hora) que além da instabilidade e não-garantia de direitos, podem trazer novos riscos de adoecimento. Acrescente-se o crescimento do desemprego nos últimos anos, que aumenta a vulnerabilidade de milhares de famílias.

Diante do quadro de recessão mundial e nacional causado pela pandemia, são necessárias políticas anticíclicas de desenvolvimento econômico, incluindo medidas estatais pró-ativas de promoção e geração de emprego e de proteção aos trabalhadores, que precisarão ser expandidas durante a pandemia e nos próximos anos.

8.4. Melhores condições de vida para a população brasileira

O Brasil apresenta um déficit importante em termos de habitação, com milhões de pessoas sem moradia ou vivendo em condições precárias de habitação, acesso à água e saneamento. Alguns avanços nessa área ocorreram nos anos 1990 e 2000, mas ainda de forma muito insuficiente. Esse quadro leva ao adoecimento por causas evitáveis e prejudica o controle de uma série de problemas de saúde, favorecendo a propagação de doenças, como a Covid-19 e muitas outras. Investimentos estatais significativos nessa área são necessários para assegurar condições dignas de vida e de saúde para todos os brasileiros, nas cidades e no campo.

Em 10 anos, o país avançou somente 2,6 p.p. (pontos percentuais) no acesso à água, ou seja, foi de 81% para 83,6%, mas ainda temos cerca de 35 milhões de brasileiros sem água potável, segundo dados de 2018 do SNIS (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento). Em relação à coleta dos esgotos, o acréscimo da população atendida foi de 7,8 p.p., ou seja, em 2010 tínhamos 45,4% da população com o serviço e em 2018 foi para 53,2%. Ainda temos cerca de 100 milhões de brasileiros sem acesso. Em 2018, apenas 46,3% do esgoto gerado era tratado, o que significa jogar cerca de 5.700 piscinas olímpicas de esgoto por dia na natureza. No mesmo ano, 2018, o país perdeu 38,5% da água potável em vazamentos e roubos, num prejuízo de R\$ 12 bilhões e mais de 7 mil piscinas de água tratada desperdiçadas por dia.

Com os déficits apontados, o saneamento básico no Brasil continua longe dos compromissos assumidos interna e externamente. O Brasil tem a responsabilidade, com a Organização das Nações Unidas (ONU), e seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobretudo o **ODS 6 – Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos**, de levar água potável e esgotos a todos até 2030. No plano interno, temos as metas do Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB), promulgado em 2013, de universalizar o acesso até 2033. Estudo do Instituto Trata Brasil⁴ mostrou que, em resolvendo o problema em 20 anos, os ganhos econômicos, sociais e ambientais advindos do saneamento assegurariam ao país R\$ 1,1 trilhão. Neste valor se

⁴ <http://COVID.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/beneficios/Relat%C3%B3rio-Benef%C3%ADcios-do-saneamento-no-Brasil-04-12-2018.pdf>

incluem a economia com redução dos custos com a saúde, melhora da educação, aumento da produtividade, valorização imobiliária, renda do turismo.

Acesso a saneamento básico significa melhor saúde e mais proteção contra doenças como diarreias, parasitoses, malária, dermatites, esquistossomose, dengue, febre amarela, leptospirose, entre outros. A economia com a melhoria das condições de saúde, entre 2016 a 2036, tomando por base os afastamentos do trabalho e internações ocorridos, seria de R\$ 5,9 bilhões.

De maneira geral, com o avanço da pandemia pelo coronavírus foi ficando mais evidente que as maiores incidências de infectados e óbitos, por Estado, seriam em locais com saneamento básico precário, o que joga luz para uma relação indireta entre a ausência de saneamento e a gravidade do Covid-19. Dados extraídos do Portal do Ministério da Saúde, atualizado até 19 de junho de 2020, apontam incidência alta, por 100 mil habitantes, no Acre, Roraima, Amazonas e Amapá. Já a incidência de óbitos por 100 mil habitantes está maior no Amazonas, Ceará, Pará, Rio de Janeiro e Pernambuco.

Acrescentem-se os problemas graves de mobilidade de pessoas. Nas cidades, observa-se déficit de planejamento urbano e condições precárias dos transportes públicos, com desequilíbrios entre as áreas mais ricas e pobres das cidades, exigindo horas de deslocamento dos trabalhadores em transportes lotados. Nas áreas rurais, chama a atenção dificuldades de deslocamento das populações para acesso a serviços como saúde e educação, que demandam políticas públicas articuladas para a promoção de equidade. No caso da Covid-19, por exemplo, essa é uma questão que causa preocupação, pois dificulta a adoção de medidas de contenção da transmissão da doença, além de trazer outros prejuízos à saúde das pessoas.

8.5. Dimensões político-culturais da pandemia

Nesta interface que denominamos político-simbólica, uma intensa produção informacional e narrativa, com representações visuais em torno do modo e do tempo de propagação do coronavírus, dissemina-se e alimenta um imaginário social cheio de ansiedade e medo, reforçado pela prática das necessárias estratégias de isolamento, quarentena e medidas de distanciamento físico. Isso tem sido observado de modo mais intenso nas extremidades do ciclo de vida e em grupos vulnerabilizados, tornados invisíveis e silenciados pelas iniquidades sociais pré-existentes. É muito diferente experimentar a epidemia nos seus corpos e em seus cotidianos conforme o lugar que ocupamos na sociedade e dos marcadores sociais que carregamos em função de gênero, raça e classe social e das diferentes formas de pensarmos as relações entre humanos e não humanos.

É preciso criar estratégias de enfrentamento que permitam descolonizar os modos de pensar pela supremacia patriarcal, capitalista, colonialista eurocentrada, partindo do desafio de construir novas narrativas de valorização, respeito, reconhecimento, daquilo que intencionalmente foi invisibilizado pelo sistema de conhecimento hierárquico ocidental, e que só se sustenta pelo reconhecimento e articulação entre os diversos saberes e pela tradução

intercultural das diferentes linguagens, mas também de experiências e de saberes construídos nas lutas políticas e nos movimentos sociais.

As artes como forma de vida, presente em todas as nossas atividades cotidianas põem em relação, corpo, natureza e símbolos, visibilizando fronteiras tênues entre as experiências simbólicas e as experiências racionais voltadas para o cuidado de si e do outro e que nesse momento são imprescindíveis para se continuar sonhando. Cultura e arte nos convocam a (re)pensar a diversidade de práticas que afloram de sujeitos na saúde, que movimentam emoções, necessidades e técnicas, de suas histórias, narrativas e mitos (pessoais e comunitários), de representações e imaginações, incluindo interações sócio-ambientais. Além disso, visibiliza as fronteiras entre esses espaços já estabelecidos e essas linguagens outras, possibilitando conhecê-las, explorá-las e ampliá-las. Ampliar as linguagens significa perpassar todas as atividades humanas, que são atravessadas tanto pelas atividades imaginativas quanto as emotivas, as lógicas e as científicas.

As artes, a cultura como instrumento de (re)conhecimento do Outro, de criação de movimentos entre as formas de conhecermos e compreendermos o mundo em que vivemos e o lugar que nele ocupamos, de preservação da memória e da identidade coletiva, e também de luta simbólica entre ontologias políticas relacionais que busca romper com o jogo de forças e de disputa de uma identidade nacional. Aproveitar a pandemia para pensar as artes, a cultura como desafio criativo é uma oportunidade de construir simbolicamente linguagens onde convergem heterogeneidades, onde as diferenças são vantagens ao permitirem encontros multiformes de desejos (ao acessarem elementos profundos da consciência), de aproximações a outras formas de existir e onde a entrada está acompanhada de uma ética de cuidado, onde o respeito é a premissa básica e necessária de diálogo e escuta do Outro e de suas formas expressivas.

A mitigação desses efeitos perversos da pandemia está fundada em intensos processos de mobilização solidária e engajamento da sociedade como um todo, que requerem, necessariamente, preservação e ampliação da democracia como regime político e garantia de direitos humanos assegurados constitucionalmente. O enfrentamento desses efeitos passa também pelo fortalecimento de iniciativas comunitárias auto-reguladas, sob a forma de redes de solidariedade novas e pré-existentes. Valorizar e multiplicar espaços culturais, tanto na comunidade quanto no SUS, onde se possa pensar, lutar, brincar e cuidar, como já existente em favelas, terreiros, comunidades indígenas e quilombolas, onde se possa restaurar a dignidade e fortalecer uma cultura de paz, solidária, de respeito a todas formas de vida, onde se impõe o fim da violência e na promoção e prática da não violência por meio da troca de saberes, do diálogo e da solidariedade.

Para atuar no plano simbólico, é extremamente necessária a abertura e valorização de espaços interculturais capazes de promover escuta e diálogos com cosmologias não hegemônicas (e enfrentar os epistemicídios). Isso permitirá um fazer político-institucional (na política, na ciência, na formação) mais amplo e respeitoso de diferenças e diversidades, a fim de construir novas possibilidades

de práticas e visões de mundo, em distintos níveis da sociedade e em diferentes espaços sociais.

Importante também criar e multiplicar espaços de acompanhamento da saúde mental dos isolados, dos quarentenados, dos que sofrem com as consequências do distanciamento social pela redução das relações sociais e afetivas, dos que perderam familiares, amigos: espaços de saúde mental individual e coletiva não medicalizantes, onde a dor, o sofrimento, o luto possam ser vivenciados e compartilhados, possam constituir memória e identidade individuais e coletivas. Espaços também que possam religar, socialmente e afetivamente, pessoas cujas redes de apoio pessoal se fragilizaram e que, mesmo com mudanças nos serviços de acolhimento passando para atendimento remoto para promover a diminuição da circulação de pessoas, não são acessíveis a todas e todos.

9. POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS E DIREITOS HUMANOS

Não há democracia, cidadania e justiça social sem compromisso público de reconhecimento das especificidades e necessidades de populações vulnerabilizadas e grupos excluídos da sociedade. A pandemia intensifica as desigualdades sociais gerando um contexto de aumento da vulnerabilidade social, das iniquidades e violações de direitos que historicamente afetam diretamente determinados grupos populacionais como os povos indígenas, população negra, população LGBTI+, população em situação de rua, povos ciganos, população privada de liberdade, migrantes. Diante deste cenário que realmente antecede a pandemia e que, com sua expansão, pode aprofundar ainda mais as desigualdades raciais e sociais do país, é necessário que se estabeleçam ações efetivas e contínuas que garantam suas especificidades, destacando, inclusive, os diferentes contextos de cada população.

Do ponto de vista imediato, é possível e viável ampliar as condicionalidades nos programas de renda familiar mínima para contemplar: os grupos em contexto de maior vulnerabilidade socioeconômica, risco de adoecimento e morte como: refugiados e migrantes, quilombolas, ribeirinhos, pescadores artesanais, marisqueiras, geraizeiros, povos ciganos acampados, travestis, prostitutas e outros trabalhadores do sexo e população em situação de rua. Na defesa dos direitos dessas populações, será imprescindível envolver setores como Defensoria Pública, prestadores de serviços, terceiro setor e Organizações não Governamentais para atuarem juntos na mitigação dos impactos negativos da Covid-19 nestas populações em maior vulnerabilidade.

O conjunto de desigualdades e iniquidades se manifesta de forma ainda mais intensa devido a pandemia de COVID-19, demandando ações e estratégias que respeitem as necessidades e especificidades dos distintos grupos precarizados, tal como destacado a seguir.

9.1 Envelhecimento e cuidado às condições crônicas

Com o envelhecimento populacional e o aumento da demanda por cuidados às condições crônicas, atividades de recuperação e reabilitação, aumentam proporcionalmente. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que a população brasileira acima de 60 anos no ano de 2.000, representava 8,2% do total, em 2017 são 12,5% e projeta-se para o ano de 2030 um percentual de 18,6%.

Apesar do aumento da expectativa de vida verificado nos últimos anos, o cuidado às condições crônicas, somadas às doenças transmissíveis, e aos problemas de saúde mental, exigem atenção especial à saúde do idoso. Soma-se a estas questões, a condição de autonomia para viver a vida e as situações de abandono, violência e preconceito que precisam ser enfrentados.

No contexto da pandemia de Covid-19 os idosos identificados como grupo mais susceptível à forma grave da doença, tornaram-se o foco de atenção. Mais do que a condição de saúde, e bem-estar, o modo de vida geral passou a ser uma questão

de saúde pública, ou seja, é fundamental apoiar o idoso na sua existência, como por exemplo, a condição alimentar, de moradia, saúde mental, etc. como formas de proteção à sua saúde. Foram evidenciadas desigualdades, idadismo e a necessidade de políticas públicas que enfrentem essas questões com a participação dos idosos. As ILPIs indicaram importantes fragilidades que demandam políticas intersetoriais de proteção social e cuidados de longa duração.

Nessa perspectiva, torna-se crucial fortalecer todo tipo de iniciativa capaz de contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária e as redes de cuidado aos crônicos, e os cuidados especiais pela condição do idoso. Os Cuidados Intermediários têm sido um importante dispositivo, que acoplado à Atenção Primária, produz um serviço robusto, resolutivo, e com grande possibilidade de atuar no seguimento do cuidado. Entre estes se destacam os vários programas de Atenção Domiciliar, os serviços de Telecuidado, largamente utilizados no contexto da pandemia de Covid-19, pois oferecem acompanhamento, escuta, orientação de forma mais frequente, e mais abrangente, de grande contribuição à saúde do idoso. Emergencialmente alguns municípios organizaram unidades para quarentena assistida de pessoas sem possibilidade de isolamento no seu domicílio, assim como residências para idosos, assistidas, tecnicamente orientadas. Estas experiências devem ser potencializadas para o próximo período, pois são iniciativas que contribuem fundamentalmente para proteção e cuidado à população, em especial aos idosos.

Fundamentalmente a saúde do idoso vai requerer um fortalecimento de todo sistema de cuidados ao crônico, serviços em redes, e dispositivos específicos para este segmento da população. Enfrentar o idadismo, incluir o idoso e trazer a perspectiva do envelhecimento ativo é a chave para fazer face a todas as demandas que são necessárias na perspectiva da saúde coletiva. Apesar do aumento da expectativa de vida verificado nos últimos anos, o cuidado às condições crônicas, somadas às doenças transmissíveis, e aos problemas de saúde mental, exigem atenção especial à saúde do idoso. Soma-se a estas questões, a condição de autonomia para viver com qualidade de vida.

9.2 Impactos da pandemia na vida e na saúde das mulheres

No Brasil, as mulheres representam a maioria da população e chefiam parte expressiva das famílias. Segundo o IBGE, em 2018, 45% dos lares eram sustentados pelas mulheres que, num espectro mais reduzido de ocupações em empregos precários e informais, inclusive o emprego doméstico, historicamente ganham menos que os homens. São elas as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e o cuidado da família. Desigualdades de gênero se associam às demais desigualdades sociais, em especial às de classe social e raça/etnia, tornando as mulheres pobres, negras e indígenas ainda mais vulneráveis.

A chegada da pandemia de COVID-19, no Brasil, expõe e acentua essas crônicas desigualdades, em todas as esferas (na economia, na proteção social, no trabalho e na educação), com impactos na saúde física e mental das mulheres. As medidas de controle, em particular a necessidade de manter quarentena e distanciamento

físico, têm representado uma grande carga para as mulheres, principalmente para aquelas que têm filhos, com crianças fora da escola e aumento das necessidades de assistência domiciliar a idosos e doentes. Some-se a isso a redução do apoio de avós e mulheres mais velhas na família, não recomendado por estas integrarem o grupo de maior risco de complicações graves. Tais circunstâncias resultam em grandes dificuldades para realização de teletrabalho ou mesmo para o engajamento em atividades essenciais, como o trabalho em saúde, no qual elas representam 70% da força de trabalho.

Maioria dos profissionais de saúde e principais responsáveis pelo cuidado domiciliar de pessoas infectadas, as mulheres estão mais expostas a adoecer por COVID-19. Por outro lado, pela sua inserção majoritária em setores econômicos mais atingidos pela pandemia, provavelmente serão elas as mais afetadas pelos efeitos de médio e longo prazos com uma acentuação das desigualdades de gênero no mundo do trabalho. O esforço de conciliação das demandas profissionais e familiares têm consequências para a saúde mental das mulheres, que apresentam um aumento dos quadros de ansiedade e depressão.

Uma questão relevante é o aumento exponencial da violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas que, durante a quarentena, estão sendo forçadas a se "trancar" em casa com seus agressores, ao mesmo tempo em que os serviços de apoio estão interrompidos ou inacessíveis. Também motivo de preocupação tem sido a redução da oferta adequada de serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a assistência ao aborto e a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, o que pode acarretar o aumento de infecções sexualmente transmissíveis, de gravidezes não-pretendidas ou do recurso a abortos inseguros, bem como do incremento de mortes maternas e infantis.

9.3 Reduzir impactos negativos da COVID-19 na população negra

A população negra brasileira, em sua diversidade, compreende um dos grupos sociais que neste momento mais demanda atenção especial, tanto pelas comorbidades específicas que atingem pessoas pretas e pardas em maior número, como é o caso de hipertensão e diabetes e, principalmente, anemia falciforme, quanto pela letalidade social devida ao racismo, motivada por questões históricas, políticas e sociais estruturantes de nossa sociedade. Antes de tudo, a disponibilização de informação sobre raça/cor/etnia é fundamental para assegurar o enfrentamento da epidemia e deveria ser considerada como prioridade no planejamento das ações e monitoramento em nosso país, especialmente tendo em vista o perfil de extrema desigualdade racial existentes no Brasil. Essas informações não só contribuirão para aprimoramento de ações em todos os estados e municípios, como também poderão propiciar a realização de pesquisas capazes de aprofundar o papel de questões econômicas, sociais, raciais e identitárias no contexto desta pandemia.

Dados do IBGE apontam que a população negra (preta+ parda) representa aproximadamente 52% da população Brasileira e que ele compõe parcela significativa dos que vivem em situação de rua, das pessoas privadas de liberdade, das que vivem na extrema pobreza e em domicílios que não

respondem aos padrões de habitabilidade, que não contam com abastecimento de água e/ou esgotamento sanitário como nas favelas, daqueles que apresentam menores rendimentos ou sobrevivem da informalidade; dos que dependem do lixo de natureza reciclável ou não; das empregadas domésticas; cuidadoras de idosos, dos idosos negros, dos que estão em situação de insegurança alimentar; que têm dificuldades de acesso a serviços e equipamentos de saúde, assistência social e educação. Prevalece também entre a população negra a presença nas comunidades tradicionais, quilombolas, ribeirinhas e de pescadores artesanais. Esse mecanismo de exclusão de grupos populacionais de uma sociedade se chama racismo.

No sentido de reverter o avanço da COVID-19 há necessidade de uma mudança paradigmática na implementação das ações para a prevenção e controle da pandemia a partir do reconhecimento que estamos vivenciando um momento de crises econômica, política, ideológica, moral transversalizadas pelo racismo.

No que se refere às diferentes estratégias para a redução da vulnerabilidade social das comunidades negras observa-se a necessidade de articulação intersetorial, advocacy pela garantia do direito à vida em todas as suas dimensões e o combate ao racismo. Ademais, ações emergenciais comunitárias podem auxiliar no atendimento das necessidades básicas, como alimentação e redução da insegurança alimentar, melhoria nas condições de moradia (que abarca desde a garantia da moradia como as condições de higiene e saneamento básico dos domicílios), acesso à educação e informações qualificadas pela internet, ocupação e geração de renda. Todos estes aspectos estão diretamente relacionados ao acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

Neste cenário, fica evidente o papel do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde, face aos seus atributos inerentes à orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Todos os atores sociais atuantes nos territórios devem ser convocados para formar uma representação colegiada e compor os gabinetes de crise loco-regionais para subsidiar a tomada de decisão, seja no que tange aos recursos humanos, financeiros, geração/manutenção de renda e de proteção social. O repasse de recursos financeiros do nível federal, bem como, as contribuições de empresas, dos fundos, da sociedade civil devem considerar esta alternativa de gestão colegiada de crise. Esta (re)condução pode reverter e diminuir os casos e mortes pela COVID-19 e reescrever a experiência brasileira.

Igualmente entendemos que a disponibilização da informação sobre raça/cor é fundamental para assegurar o enfrentamento da epidemia e deveria ser considerada como prioridade no planejamento das ações e monitoramento em nosso país, especialmente tendo em vista o perfil de extrema desigualdade racial existentes no Brasil. Essas informações não só contribuirão para o aprimoramento das ações em todos os estados e municípios, como também irão propiciar a realização de pesquisas que possam aprofundar as questões sociais, raciais e econômicas no contexto desta pandemia.

9.3 Necessidades particulares de atenção relativas às pessoas LGBTI+

A emergência da pandemia da Covid-19 tende a acentuar iniquidades geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e, especialmente, orientação sexual. Assim, é imperativo que todas as diferenças e desigualdades sejam consideradas no combate à epidemia. Alertamos que, particularmente os preconceitos, exclusões e violências praticados contra a população LGBTI+ que já são fatos cotidianos, tendem a se intensificar com a pandemia. Assim, sobretudo nesse momento, devemos estar atentos às diferenças de gênero, tanto para compreender o difícil contexto pelo qual passamos como para pensar coletivamente as formas de enfrentar a epidemia.

Até aqui todas as medidas adotadas pelos Governos e pelo Estado têm sido direcionadas à população em geral, sem levar em conta os diferentes segmentos populacionais na produção de dados e estratégias de ação. Reconhecer especificidades e produzir dados a partir deles contribui para o entendimento das dinâmicas específicas dessas populações. Mesmo entre as pessoas LGBTI+, é conhecido de longa data que cada segmento específico desse grupo apresenta seus próprios modos de vida que se interseccionam com a raça/cor/etnia, faixa etária, classe social, deficiências, religião e local de moradia. Medidas de distanciamento social preconizadas como estratégias de minimização da pandemia devem observar características e dinâmicas específicas de cada grupo populacional, visando o isolamento social sustentável e seguro para todas as populações e, no que se refere ao presente GT, à população LGBTI+. Deve-se levar em conta que, apesar da escala e severidade da COVID-19, todas as medidas a serem tomadas pelos Estados precisam ser orientadas com base nas evidências científicas e que nenhuma medida pode ser arbitrária nem discriminatória, com respeito fundamental à dignidade humana.

Ainda que a COVID-19 não seja uma doença que apresenta relação com a população LGBTI+ per se, tem impacto nas condições e modos de existências sociais que incidem em segmentos populacionais marginalizados, levando à agudização de disparidades e inequidades já existentes. A materialização da pandemia da Covid-19 tende a acentuar as iniquidades oriundas da raça/cor, da etnia, do gênero, orientação sexual, classe, idade, deficiências. Assim, é imperativo que essas diferenças sejam consideradas no combate à epidemia. Alertamos que os preconceitos e as violências - que já são fatos cotidianos praticados contra a população LGBTI+ - tendem a se intensificar com a pandemia. Assim, nesse momento, devemos estar atentos às diferenças tanto para compreender o difícil contexto pelo qual passamos como para pensar coletivamente em formas de enfrentar a epidemia.

Destacamos aspectos particulares de atenção e necessidades no sentido de garantir visibilidade e monitoramento epidemiológico sem discriminação nem estigmatização da população LGBTI+, idem indicadores que contemplem identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação. Igualmente, garantir às pessoas intersexuais e trans (travestis e transexuais) o atendimento integral, respeitando suas peculiaridades clínicas que demandam suporte específicos, tanto em termos de manejo e internação, utilização do nome

social e da identidade de gênero, quanto na manutenção, acesso e continuidade da terapia hormonal. Além disso, garantir o acolhimento e manejo de situações de sofrimento psíquico da população LGBTI+, que já apresenta características de guetização e isolamento social, com maior risco de depressão, ansiedade, automutilação, tentativas de suicídio entre outras, que podem se intensificar durante o período de isolamento.

9.4 Reduzir impactos negativos da COVID-19 nas populações indígenas

A pandemia Covid-19 afeta de modo particular cada uma das 305 etnias, que falam 274 idiomas. Com tamanha diversidade étnica-cultural as estratégias de enfrentamento da pandemia precisam ser também particularizadas. A atenção aos povos indígenas é realizada através dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que cobre todas as regiões do país. A atenção nas aldeias é realizada pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI). No entanto, há que se considerar que em torno de 35% dos indígenas vivem em áreas urbanas, segundo o censo de 2010, e que, portanto, não são cobertas pelo subsistema de saúde indígena. Atualmente, a responsabilidade pela atenção desses que vivem nas cidades é das secretarias municipais de saúde. Portanto, há um importante desafio que é realizar cuidado em saúde diferenciado da população que vive fora das terras indígenas.

Diferentes grupos têm denunciado o abandono das instituições públicas e a não aplicação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas elaborado em março de 2020, e que orientou a formulação os 34 Planos dos Distritos. A maior preocupação é com os grupos isolados ou de recente contato porque são mais vulneráveis aos impactos do novo coronavírus. Na ausência de ações efetivas do Estado, os povos indígenas têm desenvolvido suas próprias estratégias de enfrentamento da pandemia.

As informações sobre o efeito da pandemia nos povos indígenas são invisibilizados pelos dados oficiais da Sesai, pois consideram somente os grupos atendidos pelos DSEI, e as secretarias municipais e estaduais não têm consolidado os dados de cor/raça. Diante desse cenário, as organizações indígenas têm realizado um monitoramento dos casos confirmados e óbitos de indígenas de forma autônoma para visibilizar os impactos da COVID-19. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) criou o Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena para essa finalidade, e os dados apresentam uma disparidade importante em relação aos da Sesai. Em 24 de junho de 2020, a APIB (<http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>) identificava 359 indígenas falecidos, 8.066 infectados e 112 povos afetados no país, enquanto a Sesai,⁵ registrava 4.769 casos confirmados e 128 óbitos nos 34 DSEIs.

Os povos indígenas não estão apenas expostos ao novo coronavírus, mas também à adversidade do contato interétnico, que promove acentuada vulnerabilidade social que dificulta o enfrentamento do processo epidêmico. Estima-se que 60%

⁵ <http://COVID.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

da população indígena do país reside em uma área que corresponde a 98% do total de extensão das TI (sobretudo na Amazônia Legal), enquanto os demais 40% vivem em TI que equivalem a 2% da extensão territorial total. O isolamento voluntário dos povos indígenas tem sido implementado desde o início da pandemia, mas gera diversas preocupações quanto a segurança alimentar e nutricional, principalmente, naqueles contextos em que a produção de alimentos é precária ou insuficiente.

A maior parte da população indígena do país hoje vive em aldeias, cujo acesso à alimentação varia entre a produção local de alimentos e a aquisição comercial nos centros urbanos. Além disso, iniquidades pré-existentes em suas condições de vida e saúde os tornam mais suscetíveis a complicações decorrentes da COVID-19. Muitos povos indígenas residem em locais remotos e frequentemente próximos de municípios com precária estrutura de serviços e saúde, alertando para os desafios na atenção especializada aos casos graves. A vulnerabilidade dos povos indígenas frente a essa pandemia demanda que medidas urgentes e prioritárias devem ser direcionadas a esse grupo, com o fortalecimento da atuação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), a boa articulação com Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, FUNAI, Ministério da Cidadania, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e outros órgãos públicos, e o protagonismo das organizações e lideranças indígenas.

9.5 Populações vulnerabilizadas com necessidades específicas

Com mais de 50 mil mortes provocadas pelo coronavírus, a pandemia segue invisibilizando e silenciando determinadas parcelas da população, como os ciganos (romani, como se identificam). Diante desta crise sanitária, precisamos enxergá-los e ouvi-los. Romani é uma língua não escrita, que não é oficializada em nenhum país do mundo – mas está em toda parte. Não se sabe quantas pessoas ciganas vivem em território brasileiro, desde 2014 não são contabilizadas nas pesquisas municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados de 2011 apontaram que apenas 291 municípios dos 5.565 existentes de norte a sul do Brasil reconheciam acampamentos ciganos em seu território, e somente 29 cidades possuíam áreas destinadas e preparadas para este fim. Significa que a maioria dos ciganos habitantes de acampamentos fixos – ou nômades e itinerantes vivem à margem de cidades, em beiras de estrada, ou em bairros periféricos e não têm acesso à água, saneamento básico ou luz elétrica, acesso à saúde.

A maioria dos ciganos nômades ou semi-nômades vive de comércios informais, escambos de produtos de segunda mão (prática denominada gambira), circo, tarô e leituras de mão, além da mendicância. Todas essas atividades estão suspensas, por tempo indeterminado, tornando a renda básica emergencial imprescindível para manter a vida dessas pessoas, durante a quarentena e distanciamento físico. No entanto, o trâmite burocrático deixa muitas famílias sem o auxílio – considerando a falta de documentos de identificação ou de contas no banco. Redes solidárias arrecadam comida, remédios, materiais de proteção – como máscara, álcool em gel, tecidos, elásticos – materiais de limpeza e de higiene pessoal. Associado a essas questões, os índices de alfabetismo dessa

população são desconhecidos, mas lideranças ciganas estimam 80% de analfabetismo.

Diante desta situação, é imprescindível garantir a renda básica emergencial para manter a vida dessas pessoas, durante o isolamento social. Idem exigência ao cumprimento da legislação⁶, que determina que os ciganos nômades, assim como as pessoas em situação de rua, não precisam apresentar endereços fixos para serem atendidos no Sistema Único de Saúde.

Essas reivindicações são comuns a todos os brasileiros vulnerabilizados e impactados economicamente pela pandemia. Não obstante, as populações em situação de rua sofrem o agravamento da situação de vulnerabilidade pela escassez de meios de subsistência nas ruas durante o período de distanciamento social. A maioria das recomendações sanitárias sobre a COVID-19 veiculadas à sociedade em geral, não são facilmente aplicáveis ao cotidiano da população em situação de rua. No que tange à população em situação de rua, é crucial e urgente:

- Disponibilizar banheiros públicos abertos e água potável em garrafas descartáveis;
- Manter restaurantes populares abertos com horário mais amplo e entrega gratuita de alimento;
- Priorizar pessoas em situação de rua nas campanhas de vacinação;
- Aumentar os recursos e ampliar as equipes para os Consultórios na Rua;
- Distribuir kits com sabão, álcool gel e outros produtos de higiene;
- Acomodar em imóveis apropriados às pessoas em situação de rua que precisam de isolamento;
- Disponibilizar abrigo protegido para pessoas, suas carroças e animais de estimação.

9.6 Necessidades particulares de atenção a migrantes e refugiados:

Uma medida geral de controle da pandemia da COVID-19 foi o fechamento das fronteiras dos países. Essa ação trouxe muitas preocupações e medo dos migrantes e refugiados que estão vivendo no Brasil porque não tem contato com os seus parentes nos países de origem, mas também pelo preconceito, racismo e xenofobia que sofrem no cotidiano.

Vale lembrar que o Brasil é signatário da Convenção Americana dos Direitos Humanos, a qual reconhece que “os direitos essenciais da pessoa humana não derivam do fato de ser ela nacional de determinado Estado, mas sim do fato de ter como fundamento os atributos da pessoa humana”, ou seja, todo imigrante tem os mesmos direitos que os nacionais, incluindo a proteção à vida e à saúde, direitos fundamentais. Segundo a Lei de Migração n. 13.445/2017 os migrantes têm o direito de acesso livre e igualitários à assistência social e aos serviços de saúde e os cuidados pelas equipes de saúde nos seus territórios de vida.

⁶ Portaria nº 940, emitida pelo Ministério da Saúde em abril de 2011:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

Necessário que os migrantes estejam vinculados às Unidades Básica de Saúde e que tenham garantido o cuidado intercultural, respeitando as diferenças culturais e as concepções de saúde-doença dos migrantes. As ações de saúde devem ser realizadas com a participação e diálogo com os migrantes, lideranças e organizações que atuam no cuidado ao migrante. O acolhimento do migrante é, antes de tudo, uma questão humanitária.

9.7 Reduzir impactos negativos em pessoas privadas de liberdade

Atualmente o Brasil conta com mais de 750 mil pessoas privadas de liberdade, cujo perfil é de maioria de pessoas negras, jovens, de baixa escolaridade. Dessa forma, falar em impactos da pandemia por Covid-19 numa população que vive condições de confinamento extremamente precárias, por limitações de acesso e negação de direitos básicos significa reconhecer que este grupo já estava vulnerabilizado antes deste contexto de crise sanitária. Pessoas presas e servidores penitenciários vivenciam um grande repto no enfrentamento desta doença, cujo tratamento mais efetivo está em práticas preventivas da sua transmissão, envolvendo higiene individual e de espaços coletivos, dependência físicas com ventilação adequada e isolamento social, o que se apresenta quase que impossível no âmbito do sistema prisional brasileiro e desafia a sociedade e toda a comunidade carcerária, dadas as condições existentes, a se organizar frente aos riscos de uma explosão de casos e óbitos.

O sistema prisional, por suas características e potencial de disseminação do COVID-19 deve, portanto, ser incluído como unidade sentinela ao lado das já existentes distribuídas nas áreas programáticas dos estados e município. Isto permitirá mapear a circulação do COVID-19 nas unidades prisionais e a readequação das estratégias para seu enfrentamento, limitando sua disseminação. É necessária a urgente incorporação da população prisional nos sistemas de vigilância epidemiológica estadual, com notificação dos casos de Síndrome Gripal como casos suspeitos de COVID-19.

A gravidade imposta pelo novo coronavírus é oportunidade ímpar para fortalecer a parceria entre os poderes Executivo e Judiciário, visando a diminuição do número de pessoas privadas de liberdade. Garantir o direito à saúde é diminuir o risco de adquirir agravos e doenças, não só aumentar o acesso às ações e serviços de saúde, de maneira que garantir o direito à saúde nas prisões significa diminuir o número de pessoas cumprindo pena privativa de liberdade em celas insalubres, mal ventiladas e superlotadas, associado à medidas já em curso, embora ainda lentas, de aplicação da prisão domiciliar para aqueles que não cometeram crimes violentos.

10. RECOMENDAÇÕES

Com base nos fundamentos e análises apresentadas neste documento, um conjunto articulado de proposições, com os devidos embasamento científico e detalhamento técnico, será elaborado, discutido, estabelecido, negociado e apresentado à sociedade brasileira, na expectativa de poder contribuir para a superação desta terrível pandemia, que, na história recente, já se constitui no mais grave desafio à saúde coletiva em todo o mundo.

Conforme exposto acima, considerando o caráter singular, complexo e diferenciado de eventos críticos como uma pandemia, as características biomoleculares do SARS-CoV-2, aspectos clínicos e dinâmica epidemiológica da nova coronavirose, as peculiaridades assumidas por essa pandemia ao se abater sobre a população brasileira, as dificuldades da conjuntura política e econômica do Brasil neste momento atual, o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 requer firme e cuidadosa implementação, condução e acompanhamento de ações preventivas, protetivas e precaucionárias. Face à alta contagiosidade da COVID-19 e à ausência de tecnologias farmacológicas e clínicas efetivas para sua prevenção e tratamento, a melhor alternativa para a mitigação dos danos à saúde individual e coletiva é investir no controle da transmissão, sem descuidar da redução de complicações, sequelas e mortalidade entre aqueles que foram infectados. É importante também destacar que a perspectiva de cenários epidêmicos com picos intermitentes de casos de COVID-19 é muito provável, tornando ainda mais oportuna a adoção de um plano de enfrentamento nos moldes aqui postulado.

Nesse contexto, é imperativo organizar conhecimentos, recursos, competências e energias disponíveis num conjunto amplo e diversificado de estratégias, orientações, normas, procedimentos, programas e políticas, articulado de modo sutil e sensível, coordenado centralmente, com transparência, contando com a gestão integrada em todas as esferas de governo dos sistemas de saúde e de proteção social e com a participação consciente de todos os cidadãos e cidadãs.

Às autoridades políticas

Em primeiro lugar, é preciso deixar claro que a Presidência da República é, de ofício, diretamente responsável pelo reconhecimento do potencial danoso da pandemia da COVID-19, tendo como competência irrecorrível propor e coordenar ações e políticas emergenciais, necessárias e adequadas para controlá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais sobre a nação. Assim, além das estratégias sanitárias e epidemiológicas, frente à crise, muitas medidas são necessárias, notadamente de natureza política e econômica, que somente o Governo Federal pode executar. Não é demais enfatizar que, como a economia, impactada pela pandemia, não pode garantir a renda do trabalho, devem ser urgentemente concretizadas a implementação, manutenção e expansão de políticas de proteção social. Todas as medidas econômicas devem considerar as desigualdades de gênero (diretas e indiretas), que impactam as mulheres, em particular, as negras e pobres.

Trata-se de medidas de amplo alcance, envolvendo volume de recursos compatível com as necessidades da nossa sociedade, tal como apresentado no item respectivo deste Plano. A exemplo do que tem sido feito em outros países, tais medidas devem ser capazes de assegurar preservação de empregos, abertura de créditos a médios, pequenos e microempresários, manutenção de renda mínima às famílias e proteção emergencial da vida de segmentos vulnerabilizados da sociedade. Tais medidas devem ser complementares aos mecanismos de proteção social já existentes (previdência, seguro desemprego, benefício de prestação continuada, bolsa família) e não podem ser tomadas como justificativa para destruir o que resta do Estado Social brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988.

Na ausência de uma coordenação nacional, as medidas de quarentena e a gestão da retomada de atividades, onde tem havido restrições de mobilidade e distanciamento físico, têm-se dado por iniciativa de governadores e prefeitos. Dada a incidência ainda crescente da COVID-19, na maior parte das cidades e regiões, a flexibilização dessas medidas representa grande risco de que haja aumento de casos, internações e óbitos, levando à necessidade de que sejam adotadas restrições mais rígidas. A restrição e a reativação de atividades incidem sobre a transmissão da doença, de forma que os efeitos só podem ser percebidos cerca de duas semanas depois de adotados e, caso seja preciso fazer adequações, um período equivalente será necessário para que estas gerem resultados. Em qualquer circunstância, é, portanto, recomendável que não haja suspensão ou relaxamento de medidas de quarentena ou distanciamento físico “em bloco”, pois isso permitiria avaliar o peso de cada componente na transmissão e tornaria mais difícil o retorno, eventualmente necessário, a medidas mais rígidas de restrições à mobilidade.

No presente momento, nas esferas políticas em geral, as seguintes medidas e ações são necessárias para controlar a pandemia e seus impactos negativos:

1. Implantar comitês consultivos e de assessoramento em todas as esferas de governo, com representação das comunidades científicas e profissionais e de organismos da sociedade civil, conforme a estrutura de conselhos de saúde, para discussão e encaminhamento de soluções e medidas de controle da pandemia.
2. Considerando o caráter federativo do SUS, é fundamental respeitar os mecanismos tripartites de pactuação e decisão, com o funcionamento eficiente da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartites, assim como do Centro de Operações Estratégicas (COE).
3. Às autoridades federais cabe promover o adequado desempenho do COE, como instância de coordenação nacional visando à correta aplicação de estratégias epidemiológicas de controle da pandemia de acordo com os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde e a experiência de outros países.

4. Cabe aos governos estaduais e municipais o compromisso de seguirem os mesmos propósitos na sua respectiva esfera de atuação, mediante adoção, regulação e gestão de todas as medidas necessárias ao controle da pandemia.
5. É fundamental investir no desenvolvimento tecnológico de testes, vacinas e insumos em grande escala segundo as necessidades do país, articulando, apoiando e coordenando os esforços dos grupos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde ativos no Brasil.
6. Em cooperação tripartite, cabe às autoridades políticas assegurar o provimento e a fixação de profissionais em regiões remotas, considerando que o acesso a serviços profissionais constitui fator determinante para a saúde das populações e, em particular, dos povos tradicionais e grupos expostos a maior vulnerabilidade econômica e social.
7. Em todas as esferas de governo, deve-se implementar medidas que assegurem a manutenção de renda mínima às famílias, manutenção de empregos, de créditos aos médios, pequenos e microempresários, tal como apresentado no item respectivo deste Plano, e como vem sendo feito em outros países, de sorte a mitigar os impactos da pandemia no aprofundamento das desigualdades de gênero, classe, geração e raça/etnia.
8. No que diz respeito aos segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, como os informais e os desempregados, algumas medidas relevantes são:
 - a. Regulação e garantia de direitos básicos a todos os cidadãos;
 - b. Ampliação do tempo de duração do seguro-desemprego
 - c. Ampliação de uma “renda básica” aos trabalhadores informais, enquanto não tiverem condições de inserção em postos formais;
 - d. Garantia de recebimento da cota dupla do auxílio emergencial para as mulheres chefes de família, independente de qualquer situação;
 - e. Melhoria da eficiência na concessão dos vários tipos de benefícios sociais aos trabalhadores e às suas famílias (benefícios previdenciários e assistenciais);
 - f. Suspensão do pagamento das contas de água e luz para famílias de baixa renda até o controle total da epidemia.

Às autoridades sanitárias

É da inteira responsabilidade do Ministro da Saúde e dos Secretários e Secretárias da Saúde nos estados e municípios a necessária, precisa e permanente avaliação de riscos e impactos da epidemia da COVID-19, a fim de fomentar, promover e implementar medidas emergenciais para controle da transmissão, mitigação de danos e redução de impactos, no setor saúde. Para o enfrentamento da pandemia, as medidas de controle devem ser claras, factíveis e embasadas em conhecimento científico, compondo uma estratégia nacional articulada e coordenada pelas autoridades sanitárias, em todos os níveis de atuação.

No presente momento, as seguintes estratégias e ações, fundamentadas no conhecimento científico mais atual disponível, são imperiosas e urgentes:

9. O Ministério da Saúde deve urgentemente tomar a iniciativa de elaborar e apresentar à sociedade um Plano Estratégico Nacional de Intervenção, com a participação ativa das comunidades científicas da saúde e das instâncias de controle social do SUS.
10. Para o enfrentamento da pandemia, o Ministério da Saúde precisa operar com a responsabilidade e a diligência que a gravidade da crise sanitária exige, garantindo aplicação e repasse ágeis e eficientes dos recursos disponíveis, com critérios de transferência para Estados e Municípios, devidamente pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.
11. O Ministério da Saúde deve atuar junto a outros Ministérios, bem como junto aos outros poderes da República, a fim de acompanhar a implementação e ampliação das medidas de proteção social e apoio emergencial a trabalhadores, desempregados, setores e grupos da população vulnerabilizados.
12. Nos planos estaduais e municipais, cabe às autoridades sanitárias respectivas, Secretários e Secretárias de Saúde, a formulação de planos estratégicos de intervenção equivalentes e ajustados às respectivas realidades.
13. É competência das autoridades sanitárias implantar e manter sistemas de informação capazes de monitorar de forma oportuna a evolução dos números de casos, internações, óbitos e exames laboratoriais.
14. As autoridades sanitárias, em todos as esferas de governo, devem manter e divulgar informações atualizadas sobre casos e óbitos de COVID-19 por sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, ocupação, município de residência e ocorrência, com divulgação de informações integrais pelo Ministério da Saúde, de forma oportuna e transparente.
15. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por prover as condições para todos casos suspeitos, confirmados e óbitos sejam devidamente registrados e notificados, bem como por acelerar os processos diagnósticos e de transmissão de informações entre as esferas de assistência e de vigilância.
16. As autoridades sanitárias, em todas as esferas de governo, devem implementar ações para reduzir e controlar a transmissão comunitária da COVID-19 através de estratégias epidemiológicas apropriadas, mediante quarentena, distanciamento físico, isolamentos de infectantes e restrição de viagens domésticas e internacionais.
17. Enquanto persistir a transmissão com característica epidêmica, autoridades sanitárias devem manter as diretrizes de distanciamento físico, estímulo ao teletrabalho, uso de máscaras fora de casa, disponibilidade de álcool em gel em todos os locais públicos e veículos, proibição de eventos ou reuniões de qualquer natureza que não estejam relacionadas à manutenção de atividades essenciais.

18. A flexibilização das medidas de distanciamento físico e restrição de mobilidade será cogitada apenas onde e quando a situação epidemiológica permitir, com pré-requisitos precisamente definidos, conforme indicadores estabelecidos pela OMS e referendados por outras organizações internacionais de saúde, sendo não-indicada enquanto persistir algum dos seguintes critérios:
 - a. Número de casos e taxas de incidência em ascensão.
 - b. Número de óbitos e taxas de mortalidade em ascensão.
 - c. Número reprodutivo efetivo (Rt) acima de 1.
 - d. Disseminação geográfica da epidemia, indicando que a redução de mobilidade não foi suficiente para bloquear sua progressão.
 - e. Persistência de velocidades de crescimento diferentes em diferentes áreas do mesmo estado.
 - f. Insuficiência da capacidade instalada para testagem molecular ampla de modo a detectar e isolar casos de COVID-19 e a rastrear contatos e colocá-los em quarentena.
 - g. Taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 70%.
19. As autoridades sanitárias são responsáveis por implantar, nos seus respectivos âmbitos de atuação, estratégias de busca ativa de casos, com equipes de vigilância epidemiológica capacitadas para testagem, por biologia molecular, de todos os casos suspeitos, com rastreamento dos contatos, cobrindo a possível cadeia de transmissão até o limite da rastreabilidade e monitoramento dos que tiverem indicação de isolamento ou quarentena.
20. Para todos os casos laboratorialmente confirmados ou com diagnóstico clínico de COVID-19, em que se julgar necessário, deve ser realizado o isolamento individual rigoroso, sob supervisão das equipes de vigilância e acompanhamento pelas equipes de atenção primária em saúde.
21. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades devem investir no desenvolvimento de tecnologias inovadoras e efetivas para rastreamento de casos e contatos, monitoramento e orientação bem como para apoio à análise epidemiológica, como os aplicativos para telefones móveis.
22. As autoridades sanitárias são responsáveis por garantir a observância de protocolos de segurança com a provisão de equipamentos de proteção individual para todos os trabalhadores de saúde e outros setores que atuam na linha de frente na rede de serviços de saúde.
23. Os recursos da saúde devem ser aplicados, considerando o perfil de demanda de populações com necessidades específicas e grupos expostos à maior vulnerabilidade econômica e social, conforme apresentado no Plano.
24. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por assegurar a continuidade da atenção à saúde para todas as pessoas com qualquer condição de saúde que requeira assistência e cuidado.
25. As autoridades sanitárias devem promover a fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e localidades habitadas por povos tradicionais de

modo a impactar positivamente no controle e na redução de transmissão da COVID-19 em populações vulnerabilizadas.

26. A criação de Equipes Emergenciais de Saúde ou similares, implementada em alguns estados e municípios, deve ser adotada como estratégia de expansão da atenção primária em todo o país, ampliando o contingente de equipes de saúde.
27. Em todos os níveis do sistema de saúde, deve-se desenvolver campanhas de comunicação social sobre a COVID-19 com orientações claras e embasadas em conhecimento científico para precaução, prevenção da doença, proteção e atenção em saúde, incluindo informação sobre acesso factível a serviços de saúde disponíveis.

Aos gestores do SUS

Os diretores/as, coordenadores/as, chefes de equipe etc., em todos os programas, estabelecimentos e serviços da Rede de Atenção à Saúde, precisam adequar o funcionamento da rede e das unidades de saúde sob sua responsabilidade às contingências, demandas e pressões advindas do evento crítico da Pandemia da COVID-19. A vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e o bloqueio da transmissão representa uma das estratégias mais efetivas para controlar uma epidemia; com base na estrutura do SUS, esse procedimento deve ser conduzido conjuntamente por equipes de vigilância e de APS, conectadas e coordenadas pelos sistemas de vigilância epidemiológica.

Na hipótese mais desejável, o diagnóstico precoce e o tratamento rápido e adequado dos casos devem ser realizados por serviços de saúde prontos e preparados, tanto do ponto de vista técnico quanto do logístico, para oferecer aos doentes um cuidado com qualidade, equidade e humanização, garantindo a segurança dos profissionais da saúde e outros trabalhadores que viabilizam o funcionamento das redes e das unidades que a compõem. A reorganização dos fluxos de pacientes nas redes de atenção pressupõe readequar as funções dos diferentes pontos de cuidado nos vários níveis de atenção do sistema de saúde, incluindo novas modalidades de atendimento remoto, devidamente incorporadas à atenção primária em saúde.

Na urgência desta crise sanitária, cabem algumas recomendações, sem qualquer intenção de configurar protocolos rígidos, que podem contribuir, no plano microinstitucional, para maior consistência e efetividade das ações e práticas de controle da pandemia:

28. Linhas de cuidado devem ser implementadas, para atender as diferentes fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.
29. Os gestores do SUS devem pôr em funcionamento Centrais de Teleatendimento em regime de 24 horas, com atendentes treinados na utilização de protocolos que permitam distinguir casos leves e graves, com

orientação de casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar ou assistido, com monitoramento da evolução dos mesmos.

30. Ferramentas tecnológicas (como aplicativos de telefones móveis) poderão ser utilizadas para localização, monitoramento e controle dos casos durante o período infeccioso, visando a identificar infectantes e bloquear cadeias de transmissão.
31. O atendimento presencial a pacientes suspeitos de COVID-19, nas unidades de APS, deve ser realizado com todas as precauções e com medidas de proteção individual, de forma a não aumentar o contágio para profissionais de saúde e demais usuários.
32. A atenção clínica individual feita pelos profissionais da APS deve orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta, identificar pacientes que não podem ser cuidados no domicílio, monitorar esses casos suspeitos quanto à evolução clínica, realizar videoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento.
33. Pacientes com suspeita de COVID-19 devem ser rastreados no primeiro contato com qualquer serviço de saúde com as precauções para controle de infecção, que incluem atendimento em áreas externas, limitação do contato físico, modificações de fluxo, separação de áreas de atendimento e espera, distanciamento, barreiras físicas e uso adequado de EPI, de acordo com a atividade e tipo de contato realizado.
34. A busca ativa de casos deve ser realizada por equipes das redes de atenção à saúde, que precisam ter à disposição aparelhos celulares institucionais para fazer contato, de forma segura, com os casos suspeitos, visando a implementar o isolamento seguro de possíveis infectantes.
35. Os profissionais da atenção primária à saúde devem ser capacitados para encaminhar os pacientes a outros serviços sempre que necessário, de forma responsável e articulada com outras unidades da rede.
36. Casos confirmados leves ou assintomáticos devem ser identificados, apoiados, orientados e rigorosamente monitorados a fim de verificar o cumprimento estrito das instruções de isolamento, sendo oferecida hospedagem em instalações protegidas, internação em unidades de quarentena ou auxílio financeiro para viabilizar o isolamento individual em regime domiciliar.
37. As unidades de saúde devem realizar intervenções terapêuticas, monitorar sinais de agravamento e providenciar transferência oportuna para leitos de maior complexidade, quando necessário, encaminhando os casos graves para hospitais de referência para COVID-19 por ambulâncias dedicadas, com profissionais treinados e adequadamente protegidos, segundo as medidas preconizadas para a prevenção de infecção.
38. Os gestores devem assegurar que as UPAs e o SAMU disponham de equipes completas e capacitadas e equipamentos adequados, visando a oferecer

atenção oportuna e de qualidade que permita salvar vidas e reduzir o sofrimento das pessoas.

39. Deve ser expandida a capacidade instalada de leitos, incluindo leitos de UTI, tanto em hospitais de campanha, quanto em novos hospitais permanentes, contando com equipes completas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e unidades intermediárias e de terapia intensiva ou mecanismo de referência para essas unidades, em caso de necessidade.
40. É fundamental que o Poder Público controle e gerencie toda a capacidade hospitalar existente no país e institua uma fila única, englobando serviços públicos e privados, de casos graves de COVID-19 que demandem internação e terapia intensiva.
41. É preciso regular leitos vinculados à Atenção Primária, que dão suporte especialmente ao cuidado às condições crônicas quando agudizam e não podem ser acompanhadas pela APS.
42. Leitos de retaguarda dedicados ao atendimento de casos suspeitos com alto risco de agravamento ou com contraindicação de isolamento domiciliar devem fazer parte do planejamento da rede de atenção COVID-19, incluindo pessoas com comorbidades, as que residem sozinhas e as que apresentam maior comprometimento pela doença, ainda que não estejam graves.
43. Os gestores do SUS devem ainda organizar Unidades de Cuidados Intermediários, para recuperação e/ou reabilitação ao semi-agudo, evitando assim internações desnecessárias ou inadequadas por complicações de crônicos sob acompanhamento da Atenção Primária; estes serviços poderiam ser instalados nos hospitais de pequeno porte, em muitos casos, subutilizados.
44. Os casos suspeitos de COVID-19 devem ser atendidos na APS e UPAs, conforme os seguintes protocolos:
 - a. classificação da severidade dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG);
 - b. manejo clínico inicial dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (suporte respiratório a pacientes e terapia farmacológica na COVID-19), com ou sem risco de complicações;
 - c. procedimentos de proteção e controle de infecção em ambiente hospitalar.
45. O transporte dos pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência deve constar como ponto essencial no planejamento da rede assistencial para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos.
46. O manejo clínico de pacientes deve seguir protocolos já disponibilizados que devem ser adaptados às condições locais e integrados em redes que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação.
47. O estabelecimento de protocolos e treinamento de profissionais para atenção às diversas fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde

o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.

48. Diante da profusão de promessas de tratamentos medicamentosos, sem base científica, os gestores do SUS devem primar pela observância da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), Resolução CNS nº 338/2004, assegurando o acesso e promovendo o uso racional de medicamentos.
49. Tanto para a COVID-19 quanto para outros problemas de saúde, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser expandidos para melhorar as condições de acesso da população, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante.
50. Devem ser aprimoradas as ações de educação, informação e comunicação em saúde, incluindo medidas de prevenção de doenças infecciosas e não transmissíveis e outros agravos relevantes.
51. É fundamental que gestores de saúde ampliem os programas de assistência médica remota para garantir atendimentos telefônicos, consultas online ou domiciliares, com prioridade às mulheres de todas as idades, mantendo sessões presenciais para as gestantes e neonatos de alto risco.
52. Os serviços de Saúde Reprodutiva e Sexual devem ser mantidos, incluindo contracepção, atenção ao abortamento (inseguro e legal) cuidados de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e/ou doméstica, tanto nos serviços de saúde e de segurança pública.
53. É importante desenvolver estratégias de comunicação com metas para os níveis individual, familiar, comunitário e municipal, com mensagens direcionadas, fontes de informação, organização e políticas da comunidade, usando a maior variedade de mídias.
54. Essas estratégias devem ser desenvolvidas em conjunto com as comunidades afetadas de modo a favorecer sua adequação às distintas realidades e sua efetividade, o que inclui a necessidade de ações de educação em saúde antirracistas orientadas por uma pedagogia antirracista.

À sociedade em geral

Todas as pessoas têm o direito e o dever de cumprir as medidas de controle epidemiológico recomendadas, as quais devem ser objeto de campanhas de comunicação veiculadas em linguagem compreensível por todas as pessoas, levando em conta as circunstâncias e os contextos dos diferentes grupos populacionais. Com efeito, uma população bem informada é vital para o sucesso de qualquer plano de enfrentamento da pandemia, que, em última instância, depende da mobilização e do protagonismo da sociedade civil, à qual o Estado deve obedecer e servir. Nesse sentido, cabe fazer as seguintes recomendações:

55. A sociedade deve exigir e conquistar acesso à informação acurada, certificada e útil, conscientizando-se da gravidade da crise e, em consequência, compreender e aderir às medidas de controle epidemiológico.
56. Para vencer a pandemia, é preciso que a mobilização social em prol do direito aos cuidados de saúde de qualidade esteja alicerçada no princípio ético da igualdade e no exercício da solidariedade.
57. A sociedade deve reconhecer e promover a superação das invisibilidades e dos silenciamentos produzidos socialmente, compreendendo as interdependências entre as várias dimensões da pandemia, em que vulnerabilidades e privilégios sociais colocam corpos circulantes e corpos em isolamento em contagem diferente de casos e mortes.
58. No que concerne ao Sistema Único de Saúde, em particular, a sociedade precisa intensificar sua participação nos espaços destinados ao controle social, acompanhando a evolução da epidemia e cobrando o desempenho dos gestores em todos os níveis.
59. Em geral, a sociedade deve exercer a participação cidadã, defendendo a dignidade da vida humana, a preservação do meio ambiente e o fortalecimento do regime democrático que vêm sofrendo ataques de arrivistas que, por meio de fraudes e manipulações, passaram a ocupar lugares de destaque na cena política nacional.
60. Neste contexto, é fundamental promover a Cultura de Paz pelo conjunto de seus valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados:
 - a. No respeito à vida, no fim da violência e na promoção e prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação;
 - b. No pleno respeito e na promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, rejeitando práticas racistas, sexistas, LGBTQB+fóbicas, qualquer discriminação fruto do ódio e da intolerância;
 - c. Na adesão aos princípios de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade e entre as nações.

Como resta evidente, este rol de recomendações não significa uma mera lista de propostas de atuação que podem ser aplicadas, nas diferentes esferas de governança ou nos distintos níveis de operação do SUS, de modo isolado ou cumulativo. Trata-se, na verdade, de um sistema articulado e integrado de estratégias, táticas e ações, destinadas a viabilizar métodos de controle dos processos epidêmicos, cuja funcionalidade e efetividade dependem de planejamento eficaz, gestão competente e coordenação fina e sensível. A condição de viabilidade (ou sucesso) de sua implementação, num contexto de tão grande complexidade, reside justamente na capacidade de mobilização da população, incluindo usuários, gestores e profissionais num regime de coesão firme e solidária.

11. ENFRENTAR A PANDEMIA AGORA PARA CONSTRUIR UM FUTURO COM SUSTENTABILIDADE E JUSTIÇA SOCIAL

Com pouco menos de seis meses de duração e pandemia já infectou mais de 10 milhões de pessoas no mundo, tendo causado mais de meio milhão de mortes. A velocidade de transmissão é capaz de gerar demanda de pacientes em grande volume, o que pode tornar-se insuportável mesmo para os sistemas de saúde mais desenvolvidos. Passado esse tempo, já se observa que a dinâmica da pandemia é extremamente variável, tendo criado pressão extrema em sistemas de saúde em países como a Inglaterra e cidades como Milão e Nova Iorque, mas tendo ocasionado menor impacto em outros locais. A adoção precoce de medidas epidemiológicas de controle, a implementação de ações efetivas de vigilância em saúde, associadas às características demográficas, sociais, econômicas, geográficas (densidade populacional) e climáticas locais, o acesso universal aos cuidados de saúde, explicam, em parte, essas variações.

Dados sobre o padrão de utilização de serviços começam a ser mais bem conhecidos. Tem-se observado alguns padrões mais regulares, enquanto outros são bastantes variáveis. Características da oferta de serviços e da prática médica local; o processo de aprendizado com o manejo da doença; além de novas abordagens profiláticas, diagnósticas, terapêuticas e organizacionais; assim como mudanças no comportamento das pessoas com relação à doença e suas condições sociais, culturais e econômicas definem e alteram o padrão de utilização de serviços com o passar do tempo.

Ainda não se conhecem a maior parte dos fatores envolvidos na procura de cuidados por pacientes com Covid-19, o que afeta os pressupostos dos modelos para estimar as necessidades de serviços, de profissionais e de insumos estratégicos (profissionais, EPIs, medicamentos, equipamentos) no país. Soma-se a isso as dificuldades correntes para obtenção de informação sobre a oferta e produção de serviços. Importante, portanto, promover a melhoria do acesso à informação e a sistematização da experiência vivida nessa primeira fase da epidemia no Brasil, ao tempo em que se desenvolvem planos com a dinâmica necessária para responder às demandas mais imediatas, corrigindo-se rotas e introduzindo-se inovações que demonstrem efetividade. Será preciso um processo de recriação do SUS, garantindo financiamento adequado para que se alcance a abrangência, a universalidade e as capacidades necessárias que o futuro certamente exigirá dos sistemas de saúde. Cumpre acentuar que a existência do SUS, mesmo subfinanciado, tem sido fundamental para o estabelecimento de respostas efetivas à pandemia, em todos os níveis de necessidade (da atenção básica à terciária), da produção de insumos até a produção de uma vacina que se mostrar segura e eficaz.

A pandemia por COVID-19 não deve ser tratada como uma excepcionalidade. Novas ameaças envolvendo agentes de origem biológica, similares ao Sars-CoV-2, ou de origem química, radiológica/radioativa, bem como desastres relacionados à emergência climática, já fazem parte de nossas sociedades e podem desencadear novos eventos críticos em larga escala ou mesmo

localizados, que podem também se sobrepor, combinando pandemias, epidemias, desastres e crises humanitárias simultaneamente. Lembrar que cada uma destas novas situações não vem substituir todas as outras afecções e infecções que já atingem o Brasil. Como exemplo, outras situações de saúde pública, agudas ou crônicas, de importância nacional (tais como Dengue, Zika/Microcefalia, HIV/Aids) ou mesmo estaduais (como a Febre Amarela) colocam em risco e provocam danos que envolvem milhares de pessoas.

Em período recente, desastres envolvendo barragens de mineração e derrames de petróleo cru atingiram grandes extensões territoriais e populações com riscos de médio e longo prazos, além dos impactos imediatos. Inundações, deslizamentos e secas atingem milhões de pessoas anualmente. Cada um desses eventos agrava a situação de saúde já existente, comprometendo as capacidades de resposta dos setores de saúde e de proteção social aos riscos cotidianos, ao tempo em que produzem novos cenários de riscos e danos, em que os efeitos não se limitam somente a impactos imediatos e localizados, mas exigem considerar os impactos mais ampliados e de maior duração, tornando imperativo considerar, ainda nessa fase, os processos de reabilitação e recuperação da saúde, bem como de retomada das atividades e reconstrução das condições de vida e saúde e, sobretudo, no enfrentamento adequado para reduzir ou eliminar as principais causas das condições de vulnerabilidade, que são as imensas e inaceitáveis desigualdades e iniquidades sociais.

Os impactos destes eventos, como o da pandemia por COVID-19, não podem ser tratados de modo isolado e pontual, pois combinam crises econômicas, políticas, sanitárias e éticas, resultando em um efeito cascata, ampliando as condições de vulnerabilidades e riscos presentes e futuros, impactando de modo muito mais acentuado as condições de vida e saúde dos mais pobres e vulneráveis. Isto significa que desde já devem estar sendo construídas as condições que permitam não só uma melhor preparação e alerta para riscos futuros, mas também dos processos de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde. Nesta perspectiva, não há condições de voltar a situação “normal” anterior à pandemia ou à um “novo normal” que signifique manter as condições de riscos e a vulnerabilidade social secundária às desigualdades e iniquidades que multiplicaram os efeitos deletérios da pandemia global por COVID-19, assim como tantos outros desastres e emergências em saúde pública.

A pandemia da COVID-19 está revelando que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção social, sem emprego e renda e as populações sem acesso adequado a cuidados de saúde encontram-se entre os mais atingidos, especialmente sob maior risco de óbito. A pandemia parece também demonstrar que nações governadas por obscurantistas, com administrações ou gestões conservadoras, agendas políticas neoliberais, que negligenciam os serviços públicos e negociam o patrimônio coletivo, enfraquecem a capacidade da própria sociedade em dar respostas a problemas complexos, ampliando riscos, vulnerabilidades e danos em populações historicamente discriminadas. Por fim, recorrendo a Milton Santos, refazer um contrato social renovado e ampliado, onde sejam priorizadas as especificidades

e demandas das populações vulnerabilizadas e oprimidas, tendo a saúde no centro, poderia muito bem ser um legado da Pandemia da COVID-19.

RESUMO EXECUTIVO

Face à grave crise sanitária atual, o Estado brasileiro tem a obrigação moral e constitucional de propor políticas e coordenar ações emergenciais baseadas em evidências científicas para controlá-la, superá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais sobre a nação brasileira. Infelizmente, da parte das autoridades federais e de alguns gestores em outros planos de governo, aos quais caberia a responsabilidade e obrigação de carrear recursos, viabilizar meios, gerenciar processos e coordenar ações para o enfrentamento dessa gravíssima crise sanitária, constatamos somente ausência, inércia e, mesmo, promoção de boicotes e obstáculos, deliberada ou resultante de ignorância e negacionismo. O resultado dessa irresponsabilidade trágica é o fato de o Brasil entrar no quarto mês da pandemia, com mais de um milhão de casos e 50 mil mortos, sem qualquer plano oficial de enfrentamento geral da pandemia.

Frente a essa lamentável e, no limite, criminoso omissão, entidades representativas da sociedade neste momento dar início a uma escuta e diálogo com a sociedade brasileira visando à formulação, elaboração, negociação e implantação de um Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19. Como documento de planejamento participativo, definido por sua natureza objetiva, solidária e abrangente, encontra-se aberto a novas propostas, contribuições e soluções a serem construídas, sempre coletivamente, ampliando a Frente pela Vida.

A pandemia do novo coronavírus não se reduz a um patógeno que de repente se torna capaz de ameaçar a saúde humana, o SARS-Cov-2, nem aos sinais e sintomas inicialmente desconhecidos de uma nova entidade mórbida batizada de COVID-19, nem a indicadores epidemiológicos e suas curvas epidêmicas, nem ao processo dinâmico de disseminação e contágio, nem à “infodemia” de *fake-news*, mitos e mentiras, nem ao medo pânico que tudo isso provoca, nem às crises econômicas e políticas dela decorrentes ou a ela associadas. A pandemia compreende um complexo de fenômenos e processos múltiplos, em sua diversidade plena, articulados a numerosos elementos de compreensão e análise, ocorrências simultâneas, com distintos objetos de conhecimento, processos de determinação e diversas possibilidades ou modos de intervenção, em várias dimensões -- biológica, clínica, epidemiológica, ecossocial, tecnológica, econômica, política, simbólica -- e suas respectivas interfaces.

Nesse Plano, as ações a serem propostas, planejadas, executadas, acompanhadas, avaliadas e disseminadas devem seguir eixos de atuação correspondentes às interfaces hierárquicas assinaladas. A escuta sistemática e articulada de todas as contribuições, organizadas em eixos interdisciplinares definidos pelas interfaces hierárquicas, permite a consolidação de dados, informações e recomendações embasadas em conhecimento científico e em saberes técnicos dos diferentes campos disciplinares e setores de políticas sociais. Trata-se de estratégia metodológica participativa e dialogada, com o objetivo de compilar contribuições dos diversos campos de conhecimento, numa perspectiva sistemática e aplicada, já em curso.

A enfermidade chamada COVID-19 tem como agente etiológico um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, membro da família *Coronaviridae*, grupo de vírus de RNA altamente diversificado. O SARS-CoV-2 é o sétimo coronavírus envolvido em infecções de seres humanos, mas possui sequências genéticas distintas dos coronavírus previamente sequenciados. Mais transmissível do que a influenza, a COVID-19 tem letalidade estimada em cerca de 14 vezes maior que a da influenza. A apresentação inicial da COVID-19 se assemelha a uma gripe, com sintomas de febre, tosse, dor de garganta e coriza.

Aproximadamente 80% dos pacientes se recuperam sem complicações; 20% dos pacientes apresentam falta de ar e hipoxemia devido a uma pneumonia viral extensa e precisam de cuidados; um quarto dos pacientes sintomáticos (cerca de 5% do total de infectados) atinge níveis críticos e precisa de terapia intensiva. Face à alta contagiosidade da COVID-19, o isolamento de casos e seus contatos é essencial.

O panorama da Pandemia da COVID-19 no Brasil mostra-se bastante complexo em função da enorme diversidade geográfica, social e cultural compreendida no imenso território nacional, bem como pelos aspectos conjunturais, tanto políticos quanto econômicos, correlatos, coincidentes e convergentes com o fenômeno da pandemia. Os parâmetros epidemiológicos (incidência, mortalidade, transmissão e difusão na população) indicam mais um sistema de epidemias, com surtos, ondas e variações diferentes em distintos segmentos da população e setores do território. Assim, essas características de diversidade e variabilidade representam fatores cruciais a serem considerados na implementação de ações de monitoramento, controle e avaliação de propostas e estratégias de superação da pandemia e de seus impactos em nosso país.

O primeiro caso de Covid-19 foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Em meados de junho, o Brasil ultrapassava 1 milhão de casos confirmados e 50 mil óbitos, com taxa de mortalidade de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por Covid-19, que se torna a principal causa de morte no país. Projeções otimistas indicam que estes números serão multiplicados por três até o fim deste ano; outras projeções chegam a vinte vezes. A epidemia se disseminou de forma bastante heterogênea pelo país, com uma diferença de 30 a 40 dias para os estados de Sergipe e Tocantins, que começaram a curva epidêmica mais tardiamente. A curva epidêmica foi mais acelerada no Norte e no Nordeste com taxas de mortalidade de 42,2 e 23,8/100.000 habitantes respectivamente, depois de 80 dias do 1º óbito.

A suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo Ministério da Saúde, juntamente com a tentativa de manipulá-los subtraindo parte dos óbitos do total que deveria ser informado, na contramão do padrão seguido por todos os países do mundo, levou o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – a imediatamente organizar uma plataforma própria de compilação. Mesmo assim, registros detalhados que eram usados por gestores e pesquisadores deixaram de ser oferecidos, comprometendo importantes iniciativas locais de monitoramento.

Nesta fase recente, a epidemia avança para o interior dos estados. O número de casos nessas áreas já supera os casos acumulados na maioria das respectivas capitais. Este quadro prevê um agravamento de alguns indicadores como letalidade e mortalidade, considerando que a capacidade de assistência terciária, como leitos de UTI, está concentrada nas capitais e polos urbanos maiores nos Estados.

No Brasil, os primeiros casos confirmados eram pessoas de estrato econômico elevado, recém-chegados de viagens ao exterior, mas a doença rapidamente atingiu as comunidades pobres das periferias das grandes cidades e passou a se expandir para o interior do país, com maior letalidade na população negra, atingindo inclusive povos indígenas e populações ribeirinhas. A transmissão do vírus e o impacto da pandemia tendem a ser mais graves num contexto de grande desigualdade econômica e social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento.

Na ausência de tecnologias biológicas preventivas ou curativas (vacinas e medicamentos, entre outras), medidas não farmacológicas de controle epidemiológico são importantíssimas. Estratégias de redução de mobilidade e aglomerações, planejadas na amplitude necessária para cada região, estado, município ou local são, por isso, fundamentais. No caso brasileiro, que apresenta uma realidade mais complexa, com imensas desigualdades, as diversas formas de quarentena têm limites estruturais para uma adesão mais generalizada. Os indicadores de distanciamento físico vêm sendo reduzidos como reflexo das reaberturas de diferentes setores econômicos em diversos municípios, mesmo sem queda de casos e óbitos, cenário com perigoso potencial de aumento da disseminação do vírus.

No Brasil, tal como ocorreu em relação aos sistemas de saúde de todos os países atingidos, a pandemia da COVID-19 tem representado enorme desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS convive, há décadas, com regras instáveis e insuficientes de financiamento da saúde, até o limite do congelamento de teto de gastos imposto pela EC-95 em 2016. A superação das diversas dificuldades do SUS é fundamental para o enfrentamento da pandemia e contribuirá para a sua consolidação como sistema universal e igualitário.

Do ponto de vista organizacional, a principal estratégia para superar os obstáculos é o fortalecimento da regionalização e a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde, com base nas seguintes linhas: Expandir e qualificar a atenção primária à saúde; Assegurar o acesso regulado à atenção especializada; Expandir a oferta de serviços hospitalares; Fortalecer os sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde; Consolidar o subsistema de vigilância e promoção da saúde, inclusive a vigilância genômica.

O desenho federativo trino do Brasil – federal, estadual e municipal – se reflete no SUS por meio do compartilhamento de competências e responsabilidades de gestão entre os entes. A garantia do acesso universal e da integralidade da atenção demanda uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade. Infelizmente,

no contexto da pandemia, a irresponsabilidade do governo federal tem provocado muitos conflitos federativos, chegando-se ao ponto de o Supremo Tribunal Federal ter sido obrigado a ratificar a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública.

O subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela aprovação da EC-95/2016 que congelou os gastos federais até 2036, revela-se agora dramaticamente na insuficiência de leitos e equipamentos especializados, assim como na baixa cobertura da atenção básica nas regiões mais vulneráveis e na fragilidade dos sistemas de informação de saúde. De modo ainda mais dramático, o Ministério da Saúde (MS) mostra enorme dificuldade (ou falta de vontade política) em aplicar efetivamente os recursos destinados ao enfrentamento da pandemia, como tem alertado o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio de sua Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS).

Ao lado das medidas urgentes e emergenciais, estratégias devem ser realizadas para superar, de forma estruturante, o subfinanciamento e, desde 2016, o desfinanciamento do SUS. A estratégia fundamental é consolidar o orçamento da Seguridade Social, definindo fontes de receita estáveis e acabando com a desvinculação das receitas da União e com as medidas de desoneração fiscal que retiram recursos da Seguridade Social.

Além da participação social, o enfrentamento da pandemia requer o aprimoramento da gestão do SUS, com a melhoria de sua eficiência. Para tanto, a primeira estratégia se refere à profissionalização da sua gestão, o que exige a valorização das carreiras públicas e a adoção de critérios de desempenho para avaliar o trabalho em saúde, premiando a eficiência. Uma segunda estratégia se relaciona à revisão do papel das agências reguladoras, a saber, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ajustá-las às necessidades do SUS. O aprimoramento da gestão requer, também, maior autonomia aos gerentes de unidades de saúde e o fortalecimento das instâncias de deliberação e gestão colegiada do SUS - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, a Organização Mundial da Saúde recomenda forte engajamento da comunidade. Os países que conseguiram maior compreensão e adesão das pessoas às medidas de prevenção têm sido aqueles onde ocorreram menos casos e menos mortes por Covid-19. A Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade na gestão de políticas e programas promovidos pelo Governo Federal e institui a participação social como um princípio organizativo do SUS. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é instância máxima do controle social do SUS. Ao contrário da opção do atual governo de boicotar as instâncias de participação social, é imperioso fortalece-la, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade e a representatividade.

As iniciativas que envolvem o enfrentamento à pandemia precisam considerar a tripla inserção das pessoas que trabalham na saúde e nas demais áreas essenciais:

em maioria mulheres, submetidas às condições de restrição da população em geral, ao risco físico e ao risco psicossocial relativo às condições de organização do trabalho no interior de sistemas e serviços de saúde e, por fim, expostas às violências mobilizadas pelas disputas de enunciados que vivemos na sociedade que envolvem a Covid-19 e as políticas públicas. Portanto, é preciso priorizar nas ações de enfrentamento à Covid-19 a proteção física e psicossocial das pessoas que atuam na saúde e nas áreas essenciais, com forte ênfase na biossegurança e em mecanismos de redução do sofrimento psíquico.

Uma das faces mais impressionantes da atual pandemia, dentre as várias que vem apresentando, é a mobilização da comunidade científica mundial, bem como do complexo industrial da saúde, na busca de ferramentas para sua mitigação, em particular, diagnósticos, medicamentos e vacinas. O campo das ciências sociais também tem produzido inúmeros estudos, fundamentais para entender o complexo e multifacetado processo da pandemia.

Além de aspectos estruturais de sua formação, o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação vem enfrentando no último quinquênio a mais grave crise de sua história. Não apenas pelo radical corte em seus recursos financeiros, mas também por ataques sistemáticos oriundos do governo federal às instituições de fomento e às instituições executoras de pesquisa científica e tecnológica. Agregue-se a isso o enfraquecimento do fomento industrial, potencializado pela ausência de políticas industriais em tempos recentes e pela desidratação do BNDES.

No âmbito da pesquisa de bancada destaque-se a presteza em desvelar o genoma do SARS-CoV-2, concomitantemente com grupos norte-americanos, europeus e chineses, que abriu caminho para variados outros campos de pesquisa; mencione-se ainda o desenvolvimento de cultivos celulares especializados com vistas a conhecer a patogenia do vírus. No terreno epidemiológico, devem ser destacados os inquéritos regionais e nacionais para determinar a presença de anticorpos na população, essenciais para acompanhar a dinâmica da pandemia; destaque-se também o desenvolvimento de vários modelos matemáticos na estimação de casos e óbitos. As ciências humanas e sociais têm dado grande contribuição para o desvelamento das repercussões social, étnica, política, econômica e ética, todos eles exacerbados pela pandemia. E no campo da pesquisa clínica, a comunidade científica brasileira tem tido participação destacada em ensaios medicamentosos nacionais e internacionais em busca de produtos comprovadamente seguros e eficazes, com destaque para o desenvolvimento e testagem de diversas vacinas. O desenvolvimento de protótipos para equipamentos de suporte respiratório tem mobilizado a comunidade das engenharias, com bem-sucedidas experiências no Hospital de Clínicas da USP, na COPPE/UFRJ e na Faculdade de Tecnologia da UnB.

A pandemia atingiu o Brasil em meio à aplicação de uma agenda de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na economia. Desde 2015, na esteira dos cortes de gastos e das reformas (previdenciária e trabalhista) ao contrário do crescimento econômico apregoado, o que vimos foi desemprego, crise e piora nos indicadores fiscais. A austeridade também

desfinanciou o SUS e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

Diante do quadro de recessão mundial e nacional causado pela pandemia, são necessárias políticas anticíclicas de desenvolvimento econômico, incluindo medidas estatais pró-ativas de promoção e geração de emprego e de proteção aos trabalhadores, que precisarão ser expandidas durante a pandemia e nos próximos anos. Em plena pandemia, o conflito entre economia e combate ao Covid-19 tem sido o biombo com o qual o governo brasileiro resiste na agenda de ajuste fiscal. As marcas da pandemia, contudo, se mostram profundas no desalento de mais de 60 milhões de cidadãos classificados para acesso ao auxílio emergencial. Em todos os países do mundo o gasto público é a alavanca para enfrentamento do alto desemprego e destruição da capacidade produtiva. A experiência mostra que o aumento da dívida pública em relação ao PIB pode ser estabilizado, não com cortes de gastos e aumento da carga tributária, mas com crescimento econômico e redução das desigualdades sociais.

As previsões de queda no PIB brasileiro em 2020 sinalizam cenário de imensas dificuldades e de novas demandas por proteção social e serviços públicos, em especial, os serviços de saúde; e o papel essencial que o Estado precisará desempenhar, em especial, enterrar a austeridade fiscal e revogar o teto de gastos públicos, fortalecendo o conjunto de políticas de proteção social garantidas constitucionalmente. É fundamental assegurar as condições de sustentação e consolidação da Seguridade Social, prevista na Constituição de 1988, por meio do financiamento adequado de suas políticas estruturantes, na perspectiva de entender a promoção do Bem-Estar Social como finalidade primordial da atuação do Estado.

O Brasil apresenta um déficit importante em termos de habitação, com milhões de pessoas sem moradia ou vivendo em condições precárias de habitação, acesso à água e saneamento, que favorece a propagação de doenças, como a Covid-19 e muitas outras. Acrescentem-se a falta de planejamento urbano e condições precárias dos transportes públicos, que exige horas de deslocamento dos trabalhadores em transportes lotados; nas áreas rurais, as dificuldades de deslocamento das populações para acesso a serviços como saúde e educação.

É preciso criar estratégias de enfrentamento da pandemia, partindo do desafio de construir novas narrativas de valorização, respeito e reconhecimento daquilo que intencionalmente foi tornado invisível pelo sistema de conhecimento hierárquico ocidental, de supremacia patriarcal, capitalista e colonialista. Nessa interface político-simbólica, uma intensa produção informacional e narrativa, com representações visuais em torno do modo e do tempo de propagação do coronavírus, dissemina-se e alimenta um imaginário social cheio de ansiedade e medo, reforçado pela prática das necessárias estratégias de isolamento, quarentena e medidas de distanciamento físico.

Para atuar no plano simbólico, é extremamente necessária a abertura e valorização de espaços interculturais capazes de promover escuta e diálogos com cosmologias não hegemônicas (e enfrentar os epistemicídios). Isso permitirá um

fazer político-institucional (na política, na ciência, na formação) mais amplo e respeitoso de diferenças e diversidades, a fim de construir novas possibilidades de práticas e visões de mundo, em distintos níveis da sociedade e em diferentes espaços sociais.

A emergência da pandemia da Covid-19 tende a acentuar iniquidades geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e, especialmente, orientação sexual. O mecanismo de exclusão de grupos populacionais de uma sociedade se chama racismo, elemento transversal das atuais crises econômica, política, ideológica e moral. Todas as medidas adotadas até agora pelos Governos e pelo Estado têm sido direcionadas à população em geral, sem levar em conta os diferentes segmentos populacionais na produção de dados e estratégias de ação. Entretanto, é imperativo que todas as diferenças e desigualdades entre os diferentes grupos da população sejam consideradas, tanto para compreender o difícil contexto pelo qual todos passam, como para pensar coletivamente as formas de enfrentar a epidemia.

Não há democracia, cidadania e justiça social sem compromisso público de reconhecimento das especificidades e necessidades de populações vulnerabilizadas, como as mulheres e os idosos, e grupos excluídos da sociedade, como a população negra, os povos indígenas, a população LGBTI+, pessoas em situação de rua, ciganos, migrantes e refugiados, pessoas privadas de liberdade. Do ponto de vista imediato, é possível e viável ampliar as condicionalidades nos programas de renda familiar mínima para contemplar os grupos em maior vulnerabilidade socioeconômica e risco de adoecimento e morte. Entretanto, na defesa dos direitos dessas populações e combate das iniquidades que historicamente as afetam, é imprescindível envolver setores como Defensoria Pública, prestadores de serviços, terceiro setor e Organizações não Governamentais, para atuarem juntos na mitigação dos impactos negativos da Covid-19 que intensifica as desigualdades sociais e suas vulnerabilidades.

A vulnerabilidade dos povos indígenas à pandemia, mais acentuada nos grupos isolados ou de recente contato, demanda medidas urgentes e prioritárias, com o fortalecimento da atuação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), em articulação com as secretarias municipais e estaduais de saúde, Funai, Ministério da Cidadania, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e outros órgãos públicos, e o protagonismo das organizações e lideranças indígenas. Diante desta crise sanitária, é necessário também ver e ouvir determinadas parcelas da população, que seguem praticamente negligenciados ou invisíveis à sociedade, como pessoas em situação de rua e ciganos nômades ou semi-nômades.

Algumas reivindicações são comuns a todos os brasileiros vulnerabilizados e impactados economicamente pela pandemia, em especial, as populações em situação de rua: banheiros públicos abertos e água potável em garrafas descartáveis; restaurantes populares abertos com horário mais amplo e entrega gratuita de alimento; vacinação; Consultórios na Rua; kits com sabão, álcool gel e outros produtos de higiene; acomodação apropriadas às pessoas que precisam de isolamento; abrigo protegido para pessoas, suas carroças e animais de

estimação. Mas a renda básica emergencial é imprescindível para manter a vida dessas pessoas, durante as medidas de quarentena e distanciamento físico. No entanto, o trâmite burocrático deixa muitas famílias sem o auxílio – considerando a falta de documentos de identificação ou de contas em banco.

Atualmente o Brasil conta com mais de 750 mil pessoas privadas de liberdade, cujo perfil é de maioria de pessoas negras, jovens, de baixa escolaridade. As condições de confinamento são extremamente precárias, por limitações de acesso e negação de direitos básicos, e tornam quase impossível a aplicação das principais medidas de contingenciamento em seu âmbito. O desafio está posto à toda sociedade sob o risco de uma explosão de casos e óbitos. As unidades prisionais devem ser incluídas como unidades sentinelas nas áreas programáticas dos estados e município, por suas características e potencial de disseminação da Covid-19. A gravidade da pandemia é oportunidade ímpar para fortalecer a parceria entre os poderes Executivo e Judiciário, visando objetivos comuns.

A pandemia de Covid-19 não é uma excepcionalidade. Eventos críticos envolvendo agentes de origem biológica, similares ao Sars-CoV-2, ou de origem química, radiológica/radioativa, bem como desastres relacionados à emergência climática, já fazem parte de nossas sociedades e geram novos eventos, que podem se sobrepor, combinando pandemias, epidemias, desastres e crises humanitárias simultaneamente. Nesta perspectiva, não há condições de voltar a situação “normal” anterior à pandemia ou à um “novo normal” que signifique manter as condições de riscos e a vulnerabilidade social secundária às desigualdades e iniquidades, que multiplicaram os efeitos deletérios da pandemia por Covid-19, assim como tantos outros desastres e emergências em saúde pública.

Isto significa que desde já deve-se construir as condições que permitam não só uma melhor preparação e alerta para riscos futuros, mas também dos processos de recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde. No plano da saúde será preciso um processo de recriação do SUS, desenvolvendo-o à sua plena potência, por meio de financiamento adequado, para que alcance a universalidade e as capacidades necessárias que o futuro certamente exigirá dos sistemas de saúde.

Por fim, recorrendo a Milton Santos, refazer um contrato social renovado e ampliado, onde sejam priorizadas as especificidades e demandas das populações vulnerabilizadas e oprimidas, tendo a saúde no centro, poderia muito bem ser um legado da Pandemia da COVID-19.

ANEXO 1 - Lista de atividades

ABRASCO:

- 7 de abril - Lançamento da Ágora Abrasco na internet: Mensagem para a população e profissionais de saúde
- 8 de abril - Painel: Plano para controle da Covid-19
- 9 de abril - Painel: Pandemia da Covid-19: desafios para a epidemiologia
- 14 de abril - Colóquio: Métodos epidemiológicos e estatísticos para definir cenários da progressão da pandemia da Covid-19
- 15 de abril - Painel: População Negra e a Covid-19
- 16 de abril - Live: A pandemia no mundo: uma perspectiva das Américas
- 17 de abril - Ágora - Um espaço de livre diálogo sobre a pandemia
- 21 de abril - Colóquio: Reorganização e expansão da assistência hospitalar para o atendimento da Covid-19: onde estamos? O que fazer?
- 22 de abril - Painel: Multilateralismo e Saúde
- 23 de abril - Painel: A falsa polêmica entre Saúde e Economia
- 24 de abril - Ágora - Um espaço de livre diálogo sobre a pandemia
- 28 de abril - Colóquio: O enfrentamento ao coronavírus, o SUS e a crise no pacto federativo
- 29 de abril - Painel: Covid-19 no Brasil = Gerontocídio?
- 30 de abril - Painel: Covid-19: desigualdades, vulnerabilidades, silenciamentos e ignorâncias
- 05 de maio - Colóquio: Trabalhadores de Saúde e a pandemia da Covid-19
- 06 de maio - Painel: Medicamentos, vacinas, testes e ética: desafios para o Complexo Industrial da Saúde na pandemia
- 07 de maio - Colóquio: Covid-19 - Distanciamento social e enfrentamento do colapso do sistema de saúde
- 08 de maio - Ágora - Um espaço de livre diálogo sobre a pandemia
- 12 de maio - Colóquio: De que informações precisamos para orientar as estratégias de enfrentamento?
- 13 de maio - Painel: Pandemia de Covid-19 e mudanças climáticas: emergências globais e ameaças à saúde
- 14 de maio - Painel: Como produzir teoria numa epidemia?
- 15 de maio - Ágora - Um espaço de livre diálogo sobre a pandemia
- 19 de maio - Colóquio: Saúde Mental e Covid-19: quais estratégias para lidar com essa realidade?
- 20 de maio - Painel: Educação Popular em Saúde e a Pandemia: Diálogos e Oportunidades
- 21 de maio - Painel: Invisibilidades e iniquidades na Amazônia: povos indígenas e a Covid-19
- 27 de maio - Painel: Covid-19: a interface de conhecimentos biomoleculares, clínicos e da saúde coletiva
- 28 de maio - Painel: Desafios e perspectivas para a Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional frente à pandemia de Covid-19
- 03 de junho - Painel: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e dependência internacional: superação da dicotomia entre saúde e desenvolvimento
- 04 de junho - Painel: Publicação científica nos tempos da pandemia da Covid-19
- 05 de junho - Painel: Covid-19: Interface clínica/epidemiologia e os cuidados em saúde

- 10 de junho – Painel: Desafios da proteção social em tempos de pandemia
- 12 de junho – Painel: Covid-19: Integração do conhecimento na interface Ecosocial/Tecnológica
- 16 de junho – Painel: Saúde reprodutiva, gestação, parto e nascimento na pandemia de Covid-19
- 17 de junho – Painel: Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica: estratégias na resposta
- 18 de junho – Colóquio: O campo da Promoção da Saúde tem algo a dizer para a atual pandemia da Covid-19 e vice-versa?
- 19 de junho – Painel: Ciência e política no enfrentamento à pandemia de Covid-19
- 23 de junho – Live: O mundo após a pandemia: cenários
- 24 de junho – Painel: Tabagismo e Covid-19
- 25 de junho – Colóquio: Prevenção, tratamento e cuidado ao HIV/AIDS e outras ISTs durante a pandemia de Covid-19
- 26 de junho – Painel: Cultura e sociedade no enfrentamento à pandemia de COVID-19
- 30 de junho – Colóquio: Medidas de distanciamento físico no atual momento da pandemia
- 1º de julho – Colóquio: Educação Popular em Saúde e a Covid-19: saberes e práticas de protagonistas dos territórios e serviços
- 2 de julho – Painel: Gestão pública: vícios privados?

REDE UNIDA:

- 18 de Abril – Debate - Atenção Básica, Participação Comunitária, Covid-19.
- 23 de Abril – Debate - O Trabalho no Cuidado à Covid-19.
- 25 de Abril – Painel - Niterói em Defesa da Vida, Contra a Covid-19.
- 29 de Abril – Painel - Comunidades do Amazonas no Combate à Covid-19.
- 01 de Maio - Entrevista com Emerson Merhy - Vida e Resistência Frente à Covid-19.-
- 02 de Maio – Painel - A UFRJ - Macaé no Enfrentamento da Covid-19.
- 02 de Maio - Roda de Conversa - Psicologia e Povos Indígenas.
- 06 de Maio - Painel - Educação Popular no Combate à Covid-19
- 09 de Maio - Debate - Experiência do Consórcio Nordeste no Controle da Covid-19.
- 16 de Maio – Painel - A UFF no Combate à Covid-19.
- 20 de Maio – Roda de Conversa - Retratos de Liberdade - Saúde Mental no Acre.
- 23 de Maio - Roda de Conversa - Cuidados sem Fronteiras: Os Imigrantes e a Covid-19.
- 27 de Maio – Debate - Educação em Tempos de Pandemia: Diálogos e Conexões.
- 30 de Maio – Painel - O Cuidado no Território e a Covid-19: A Experiência Italiana.
- 03 de Junho – Debate - Covid-19 Interrogando os Nossos Modos de Atuar nas Universidades.
- 09 de Junho - Ato Rede Unida pela Vida.
- 25 de Junho - Roda de Conversa: Sinais que Vem da Rua.
- 26 de Junho – Debate - Integração Ensino-Serviço no RJ: uma parceria estratégica na educação permanente de profissionais. Parceria CIES-SES/RJ.
- 27 de Junho – Roda de Conversa - A COVID-19 e as Pessoas com Deficiência: problematizações.

CEBES:

- 14 de abril – Projeto Comunica SUS Lançamento de 04 Radionovelas com material gráfico sobre o COVID 19 e o Sistema Único de Saúde
- 28 de abril - Live Cebes e Unidade na Diversidade sobre SUS: O Estado enfrentando a pandemia.
- 18 de maio - Live Cebes e Unidade na diversidade (Ana Costa e José Noronha). A COVID 19 se espraia e desafia o País: o que fazer?
- 28 de maio – Lançamento da Campanha #EmDefesadoSUS – vídeo de mobilização
- 29 de maio – Cebes e entidades da sociedade civil lançam a Frente Pela Vida

- 30 de maio - CEBES promove o debate “A Inaceitável crise de saúde no Rio de Janeiro”
- 05 de junho - Debate virtual: “ABJDRJ: Pandemia no Rio de Janeiro: Saúde, Economia e Direitos”
- 08 de junho - CEBES-Recife ajuda a construir o projeto Mãos Solidárias/Periferia Viva
- 15 de junho - Live sobre “A importância dos dados da Pandemia e os atos antirracistas e antirracistas”
- 08 de junho - Cebes Goiânia Pequi Com SUS Campanha #emdefesadoSUS
- 08 de junho - Live: Desdobramentos sociais, econômicos e ambientais decorrentes da agricultura Brasileira
- 16 de junho - Live: Pandemia em Manaus e anúncio de criação do CEBES-Amazonas e a necessidade de medidas rígidas de distanciamento social.
- 19 de junho - Live Em defesa da Vida. Com Comitê Popular da Crise

ANEXO 2 - Documentos produzidos pelo CNS em decorrência da pandemia

Quadro Resumo de Documentos Editados pelo CNS durante o enfrentamento da Covid-19			
Data	Documento	Ementa	Link
23/03/2020	Carta aberta	O CNS se dirige às autoridades brasileiras no enfrentamento ao Novo coronavírus: Tomada de decisões emergenciais, que afetam diretamente a vida de todos os usuários(as) e trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é zelar pela Seguridade Social no nosso país e pela vida das pessoas, propondo encaminhamentos e medidas que podem atenuar o cenário que estamos enfrentando no país.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1074-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-brasileiras-no-enfrentamento-ao-novo-coronavirus
24/03/2020.	Recomendação nº 016	Recomenda ao Ministério da Economia, aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e ao Presidente do Supremo Tribunal Federal a adoção de providências em razão da edição da Medida Provisória nº 927/2020.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1078-recomendac-a-o-no-016-de-24-de-marc-o-de-2020
24/03/2020	Recomendação nº 017	Recomenda ao Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 a adoção de medidas com vistas à garantia do abastecimento de água em todas as regiões do país.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1079-recomendac-a-o-n-017-de-24-de-marc-o-de-2020
26/03/2020	Recomendação nº 018	Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/ atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus - COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020
30/03/2020	CNS alerta	Medicamentos ainda em estudos contra Covid-19, sem prescrição, podem causar danos à saúde - Automedicação pode ocasionar intoxicações ou óbitos, por isso a importância do uso racional de medicamentos	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1085-cns-alerta-medicamentos-ainda-em-estudos-contr-covid-19-sem-prescricao-podem-causar-danos-a-saude
31/03/2020	Documento Orientador	O CNS se dirige aos Conselhos Estaduais, Municipais e Distrital de Saúde sobre Novo Coronavírus (Covid-19): O controle social na Saúde deve reafirmar sua ação de relevância pública no acompanhamento e controle das ações e políticas de Saúde nos seus territórios. Vale enfatizar que será necessário que os Conselhos se preparem para exercer todo o seu papel no pós-epidemia.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1089-covid-19-cns-encaminha-documento-para-orientar-conselhos-estaduais-e-municipais-no-combate-a-pandemia
06/04/2020	Recomendação nº 19	Recomenda medidas que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1095-recomendacao-n-019-de-06-de-abril-de-2020
07/04/2020	Moção de Apoio nº 003	Manifesta apoio ao Projeto de Lei nº 1462/2020, que dispõe sobre a concessão de licença compulsória, temporária e não exclusiva, para a exploração de patente.	http://conselho.saude.gov.br/mocoes-cns/1104-mocao-de-apoio-n-003-de-07-de-abril-de-2020
07/04/2020	Recomendação nº 20	Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/ atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus - COVID-19	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020

09/04/2020	Recomendação nº 21	Recomenda à Câmara dos Deputados o não acolhimento do Requerimento de Urgência nº 511/2020.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1111-recomendacao-a-o-n-021-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Recomendação nº 22	Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendacao-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Recomendação nº 23	Recomenda à Anvisa a elaboração, disponibilização e ampla divulgação de material acessível a todas as pessoas contendo instruções técnicas oficiais no que se refere a alimentos e produtos durante a pandemia provocada pelo novo coronavírus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1113-recomendacao-a-o-n-023-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Nota Pública	Resposta ao Boletim Epidemiológico nº7, do Ministério da Saúde (MS), publicado na segunda (06/04), traz à tona que a partir do dia 13 de abril, “os municípios, Distrito Federal e Estados que implementaram medidas de Distanciamento Social Ampliado (DSA), onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, devem iniciar a transição para Distanciamento Social Seletivo (DSS)”.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms
20/04/2020	Recomendação nº 24	Recomenda ações relativas à atuação de estudantes de saúde em formação no contexto da Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1127-recomendacao-n-024-de-20-de-abril-de-2020
20/04/2020	Recomendação nº 25	Recomenda ao Congresso Nacional a aprovação do PL 1685/2020, que dispõe sobre medidas emergenciais de aquisição de alimentos para mitigar os impactos da pandemia do COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1128-recomendacao-n-025-de-20-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendação nº 26	Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendação nº 27	Recomenda aos Poder Executivo, federal e estadual, ao Poder Legislativo e ao Poder Judiciário, ações de enfrentamento ao Coronavírus	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1132-recomendacao-n-027-de-22-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendação nº 28	Recomenda ao Congresso Nacional ações relativas aos créditos extraordinários aprovados durante a vigência do Decreto de Calamidade Pública.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1133-recomendacao-n-028-de-22-de-abril-de-2020
27/04/2020	Recomendação nº 29	Recomenda ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da Covid-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1142-recomendacao-n-029-de-27-de-abril-de-2020
27/04/2020	Recomendação nº 30	Recomenda medidas que visam a garantia dos direitos e da proteção social das Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1143-recomendacao-n-030-de-27-de-abril-de-2020
29/04/2020	Carta Aberta	Conselho Nacional de Saúde em defesa da vida, da democracia e do SUS	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1140-carta-aberta-do-conselho-nacional-de-saude-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus

30/04/2020	Campanha	CNS lança campanha de proteção aos trabalhadores e trabalhadoras de serviços essenciais	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1139-coronavirus-cns-lanca-campanha-de-protecao-aos-trabalhadores-e-trabalhadoras-de-servicos-essenciais
30/04/2020	Nota Pública	CNS alerta sobre os cuidados para a realização de testes rápidos para Covid-19 disponíveis em farmácias	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1144-nota-publica-cns-alerta-sobre-os-cuidados-para-a-realizacao-de-testes-rapidos-para-covid-19-disponiveis-em-farmacias
30/04/2020	Recomendação nº 31	Recomenda medidas emergenciais complementares que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1146-recomendacao-n-031-de-30-de-abril-de-2020
05/05/2020	Recomendação nº 32	Recomenda medidas prioritárias para trabalhadoras e trabalhadores dos serviços públicos e atividades essenciais, nas ações estratégicas do Ministério da Saúde.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1151-recomendacao-n-032-de-05-de-maio-de-2020
05/05/2020	Recomendação nº 33	Recomenda medidas de transparência na divulgação dos dados estatísticos e notificações compulsórias dos agravos em saúde do/a trabalhador/a devido ao COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1152-recomendacao-n-033-de-05-de-maio-de-2020
07/05/2020	Recomendação nº 34	Recomenda medidas para garantir uma produção sustentável, distribuição e doação de alimentos, com respeito à natureza e aos direitos dos agricultores familiares, povos indígenas e povos e comunidades tradicionais.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1157-recomendacao-n-034-de-07-de-maio-de-2020
11/05/2020	Recomendação nº 35	Recomenda ações relativas à saúde do povo Cigano/Romani no contexto da pandemia da Covid-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1166-recomendacao-n-035-de-11-de-maio-de-2020
11/05/2020	Recomendação nº 36	Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendacao-n-036-de-11-de-maio-de-2020
11/05/2020	Recomendação nº 37	Recomenda ao Congresso Nacional a tramitação em regime de urgência dos projetos de lei 1267/2020, 1291/2020 e 1444/2020, que estabelece medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1167-recomendacao-n-037-de-11-de-maio-de-2020
11/05/2020	Recomendação nº 38	Recomenda ao Ministério da Saúde a inclusão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1168-recomendacao-n-038-de-11-de-maio-de-2020
12/05/2020	Recomendação nº 39	Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1169-recomendacao-n-039-de-12-de-maio-de-2020
18/05/2020	Recomendação nº 40	Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020

19/05/2020	Manifesto Repassa Já!	O Conselho Nacional de Saúde (CNS), junto a diversos conselhos e entidades do controle social brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), sugere repasse integral e imediato da Saúde para estados e municípios, de acordo com o tamanho da população, aplicando critérios de equidade e considerando as diferenças regionais na organização de redes de Saúde. Conforme se observa, os estados e municípios estão assumindo majoritariamente as despesas em relação à prevenção, controle e mitigação da pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19). Nesse sentido, é de extrema necessidade o aporte financeiro adequado e suficiente do Ministério da Saúde (MS) para salvar vidas.	https://conselho.saude.gov.br/images/manifesto/MANIFESTO_CNS_CES_REPASSA_JA.pdf
21/05/2020	Recomendação nº 41	Recomenda ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia da Covid-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1192-recomendacao-n-041-de-21-de-maio-de-2020
22/05/2020	Recomendação nº 42	Recomenda a suspensão imediata das Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, como ação de enfrentamento relacionada à pandemia do novo coronavírus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-maio-de-2020
05/06/2020	Recomendação nº 043	Recomenda ao Congresso Nacional a derrubada de veto presidencial ao Projeto de Lei de Conversão da Medida Provisória 909/2019.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1214-recomendacao-n-043-de-05-de-junho-de-2020
12/06/2020	Nota Pública	Repúdio a retirada da Nota Técnica nº 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS do site do Ministério da Saúde que trata a continuidade dos serviços de assistência aos casos de violência sexual e aborto legal, e o fortalecimento das ações de planejamento sexual e reprodutivo, no contexto da pandemia da Covid-19	http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude
15/06/2020	Recomendação nº 044	Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria no 1.325, de 18 de maio de 2020, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1225-recomendacao-n-044-de-15-de-junho-de-2020
23/06/2020	Recomendação nº 045	Recomenda à Câmara dos Deputados o arquivamento do PDL nº 271/2020, que susta a aplicação de Normas Técnicas do Ministério da Saúde referentes à saúde da mulher e dá outras providências.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1225-recomendacao-n-044-de-15-de-junho-de-2020
24/06/2020	Recomendação nº 046	Recomenda aos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, a criação de Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1235-recomendacao-n-046-de-24-de-junho-de-2020
24/06/2020	Recomendação nº 047	Recomenda à Presidência da República ações relativas aos subsídios fiscais de IPI para refrigerantes e demais bebidas adoçadas.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1236-recomendacao-n-047-de-24-de-junho-de-2020
24/06/2020	Nota Pública	CNS contesta posicionamento da ANS sobre fila única de leitos e pede explicações. ANS respondeu que teme possibilidade de inadimplência da administração pública sobre contratação de leitos privados. CNS alega contradição	http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1238-nota-cns-contesta-posicionamento-da-ans-sobre-fila-unica-de-leitos-e-pede-explicacoes