

RESUMO EXECUTIVO

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

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, criminosa 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: 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.

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.