

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
à sociedade brasileira

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 Saúde Mental (ABRASME)
**Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da
Trabalhadora (ABRASTT)**
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)
**Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e
Segurança do Paciente (SOBRASP)**
Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP)
**Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela
Democracia (ABMMD)**
**Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
Comunidade (SBMFC)**

Versão 3

1º de dezembro de 2020

ISBN: 978-65-991956-0-0

ÍNDICE

SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	19
2. COMPREENDER A COMPLEXIDADE DA PANDEMIA	21
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO ESTRATÉGICO	25
4. ASPECTOS BIOMOLECULARES E CLÍNICOS	27
5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	30
5.1. A pandemia da COVID-19 no Brasil	30
5.2. Enormes desigualdades: contexto favorável à difusão da pandemia	33
5.3. Estratégias epidemiológicas para reduzir a transmissibilidade	35
6. DIMENSÕES ECOSSOCIAL E BIOÉTICA DA PANDEMIA	38
6.1 COVID-19 como problema ambiental	38
6.2 Transferência de riscos ecossociais	39
6.3 Pandemias, ecossistemas e saúde	40
6.4. Contribuições da Bioética para enfrentamento da pandemia	41
6.5. Perspectivas para superação da pandemia	43
7. IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	44
7.1. Redes regionalizadas de atenção à saúde	44
<i>Expandir e qualificar a atenção primária à saúde</i>	45
<i>Assegurar o acesso regulado à atenção especializada</i>	47
<i>Ampliar a oferta de serviços hospitalares</i>	48
<i>Reforçar os sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde</i>	49
7.2. Sistemas de vigilância e de promoção da saúde	49
7.3. Pacto federativo: intensificar a cooperação	51
7.4. Financiamento: mais recursos para o SUS	52
7.5. Aprimorar a gestão do SUS	54
7.6. Estimular e apoiar a participação e o controle social do SUS	55
7.7. Política de educação permanente e gestão do trabalho em saúde	55
7.8. Proteger a saúde dos trabalhadores/as, na saúde e em todas as áreas	57
7.9. Reduzir o sofrimento social decorrente dos efeitos da COVID-19	59
8. C&T EM SAÚDE E PRODUÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS	61
8.1. Situação atual do sistema de CT&I no Brasil	61
8.2. Esforços na pesquisa científica sobre COVID-19	61
8.3. Desenvolvimento tecnológico e produção industrial	62
8.4. Sistemas de Informação em Saúde	63
8.5. Perspectivas	64
9. FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL	66
9.1. Promover desenvolvimento com bem-estar social	66
9.2. Preservar e fortalecer as políticas de Seguridade Social	67
9.3. Promoção de emprego e renda, proteção aos trabalhadores	68
9.4. Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional	68
9.5. Melhores condições de vida para a população brasileira	70
9.6. Dimensões político-culturais da pandemia	71

10. POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS E DIREITOS HUMANOS	74
10.1 Envelhecimento e cuidado às condições crônicas	75
10.2 Impactos da pandemia na vida e na saúde das mulheres	76
10.3 Reduzir impactos negativos da COVID-19 na população negra	77
10.4 Necessidades particulares de atenção relativas às pessoas LGTBI+	78
10.5 Reduzir impactos negativos da COVID-19 nas populações indígenas	79
10.6 Reduzir impactos negativos em povos ciganos acampados	81
10.7 Necessidades particulares de atenção a migrantes e refugiados	82
10.8 Reduzir impactos negativos em pessoas privadas de liberdade	83
10.9 Proteger populações em situação de rua	83
10.10 Atender às singularidades das pessoas com deficiência	84
11. RESPONSABILIDADES E RECOMENDAÇÕES	86
<i>Às autoridades políticas</i>	86
<i>Às autoridades sanitárias</i>	89
<i>Aos gestores do SUS</i>	93
<i>À sociedade em geral</i>	97
12. ENFRENTAR A PANDEMIA AGORA PARA CONSTRUIR UM FUTURO COM SUSTENTABILIDADE E JUSTIÇA SOCIAL	100

ANEXOS

SUMÁRIO

1. Para enfrentar a pandemia da COVID-19, o Estado brasileiro tem a obrigação moral e constitucional de coordenar ações emergenciais para controlá-la, superá-la e reduzir impactos econômicos e sociais sobre a nação brasileira. Infelizmente, constata-se irresponsabilidade e inércia das autoridades federais, demonstrada pelo fato de o Brasil entrar no quinto mês da pandemia sem qualquer plano oficial geral para seu enfrentamento. Frente a essa omissão e diante da necessidade e da vontade da sociedade brasileira de superar a crise sanitária e todas as suas consequências, apresenta-se aqui uma contribuição, com base em conhecimento científico, expertise técnica e intensa mobilização social, para a sistematização de Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19.
2. O panorama epidemiológico da pandemia no Brasil mostra-se bastante complexo. Em meados de julho, já haviam sido registrados mais de 2 milhões de casos e 75 mil óbitos que fazem da COVID-19 a principal causa de morte no país, concentrada em áreas de periferia urbana e em grupos sociais vulnerabilizados. Nessa fase recente, a epidemia avança para o interior dos estados, ameaçando particularmente pequenas cidades, territórios indígenas, quilombolas e populações ribeirinhas. A diversidade e iniquidade na sociedade brasileira, uma das mais desiguais do mundo, representam fatores cruciais a serem considerados na implementação de propostas e estratégias de superação da pandemia e seus impactos.
3. Face à contagiosidade da COVID-19, na ausência de vacinas e medicamentos, medidas não farmacológicas de controle epidemiológico são importantíssimas, como distanciamento físico, uso de máscaras e higiene. Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, a Organização Mundial da Saúde recomenda forte engajamento da sociedade. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade na gestão de políticas e programas e institui a participação social como princípio organizativo do SUS, tendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) como instância máxima do controle social. É imperioso fortalecer as instâncias de participação social, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade e representatividade.
4. No plano da atenção à saúde, é preciso um processo de renovação do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo-o à sua plena potência, para que alcance a universalidade e as capacidades necessárias que a pandemia e os demais problemas de saúde estão a exigir dos sistemas de saúde. Ao lado de estratégias urgentes e emergenciais para o enfrentamento da pandemia, é fundamental superar, de forma estruturante, o subfinanciamento do SUS. Acesso universal e integralidade da atenção demandam organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade. Nesse aspecto, a irresponsabilidade do governo federal tem provocado conflitos federativos, chegando-se ao ponto de o Supremo Tribunal Federal ter que ratificar a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública. De modo ainda mais dramático, o Ministério da Saúde (MS) demonstra incapacidade de aplicar efetivamente recursos destinados ao controle da pandemia.
5. A pandemia atingiu o Brasil em meio a uma agenda de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado que resultou em desfinanciamento do SUS e fragilização das políticas sociais. Diante do quadro de recessão mundial e nacional causado pela pandemia, são necessárias medidas de promoção e geração de emprego e renda e de proteção social à população. De modo imediato, é necessário contemplar os grupos sob maior risco de adoecimento e morte, como pessoas idosas, e vulnerabilidade socioeconômica, como trabalhadores precarizados, população negra, povos indígenas, população LGBTI+, pessoas em situação de rua, ciganos, migrantes e refugiados, pessoas com deficiência, populações privadas de liberdade.

6. A emergência da pandemia da COVID-19 acentua iniquidades geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e orientação sexual. Assim como a experiência de outras epidemias mostra, em especial as mulheres têm sofrido fortemente o impacto da COVID-19. No entanto, todas as medidas adotadas até agora pelos governos têm sido direcionadas à população em geral, sem levar em conta os diferentes segmentos populacionais na produção de dados e estratégias de ação. Em especial, a vulnerabilidade dos povos indígenas à pandemia, acentuada nos grupos isolados ou de recente contato, demanda medidas urgentes e prioritárias.
7. Mesmo antes da pandemia, o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação já vinha enfrentando grave crise, agravada pelos ataques sistemáticos do governo federal a órgãos de fomento e instituições executoras de pesquisa científica e tecnológica. Agregue-se a isso o enfraquecimento do fomento industrial pela ausência de políticas industriais em tempos recentes. Não obstante, a comunidade científica brasileira tem demonstrado vitalidade e engajamento no contexto da crise, com participação marcante na testagem de vacinas e condução de inquéritos epidemiológicos, essenciais para avaliar a dinâmica da pandemia.
8. A pandemia provocou ainda uma “infodemia”, gerando um imaginário social cheio de ansiedade e medo. Para enfrentamento dessa infodemia, são necessárias a abertura e a valorização de espaços interculturais capazes de promover escuta e diálogos com cosmologias não hegemônicas (e enfrentar os epistemicídios).
9. Este documento traz uma análise de dimensões e interfaces relevantes da pandemia da COVID-19 e apresenta 70 recomendações, dirigidas às autoridades políticas e sanitárias, aos gestores do SUS e à sociedade em geral. A principal estratégia indicada é a vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e bloqueio da transmissão, conduzida por equipes qualificadas, na rede de atenção primária do SUS, coordenadas conjuntamente pelas autoridades sanitárias. Medidas de qualificação da atenção secundária e terciária são igualmente propostas, juntamente com estratégias de mitigação dos danos sanitário e econômico.
10. 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, fazem parte do modo de produção adotado por nossas sociedades e gerarão novos eventos críticos, que podem se sobrepor, combinando pandemias, epidemias, desastres e crises humanitárias e planetárias simultaneamente. Nesta perspectiva, não é desejável voltar à situação “normal” anterior à pandemia ou viver um “novo normal” que signifique manter as condições de riscos e a vulnerabilidade social secundária às desigualdades e iniquidades. Isto significa que, desde já, deve-se construir as condições que permitam não só uma melhor preparação e resposta para riscos futuros, mas também o desencadeamento de processos de reconstrução das condições de vida e saúde com base nos valores da liberdade, igualdade e solidariedade, num Brasil efetivamente democrático.

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. A Constituição de 1988 define com precisão, no seu seminal artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

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, sem qualquer plano oficial de enfrentamento geral da pandemia.

Frente a essa lamentável e grave omissão, entidades representativas da sociedade pretendem, 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.

Nesse Plano, as ações a serem propostas, planejadas, executadas, acompanhadas, avaliadas e disseminadas devem seguir eixos de atuação correspondentes às várias dimensões e interfaces do fenômeno complexo da pandemia. A escuta sistemática e articulada de todas as contribuições, organizadas em eixos interdisciplinares definidos pelas interfaces, 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.

O panorama da pandemia da COVID-19 no Brasil mostra-se bastante complexo em função da 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 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 julho, o Brasil alcança 2 milhões de casos confirmados e ultrapassa 70 mil óbitos, com taxa de mortalidade de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, pelo 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 entre os estados que começaram a curva epidêmica mais precocemente e os que começaram 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.

No mês de julho, a epidemia avança para o interior dos estados, ameaçando particularmente territórios indígenas, quilombolas e grupos da população que se encontram vulnerabilizados nesse cenário. 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, afetando tragicamente 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, quadro resultante da absoluta ausência de equidade na sociedade brasileira, uma das mais desiguais do mundo.

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 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 montantes 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 de atenção à saúde, com base nas seguintes linhas: expandir e qualificar a atenção primária à saúde; assegurar o acesso regulado à atenção especializada; ampliar 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; implementar e fortalecer ações de comunicação comunitária e educação em saúde, utilizando, quando necessário, novas tecnologias, preferencialmente em parceria com ações e movimentos locais.

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 de financiamento suficiente, o enfrentamento da pandemia requer o aprimoramento da gestão do SUS, com a melhoria de sua eficiência. O aprimoramento da gestão é possível com a 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 fortalecê-la, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade. Sem enfrentar a extrema desigualdade social, racial, étnica e de gênero que vigora no país não será possível obter êxito na mobilização necessária para superarmos coletivamente tal desafio.

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 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 das fragilidades 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. Apesar desses obstáculos, a ciência feita no Brasil tem demonstrado vigor em termos de produção de conhecimentos e de compromisso social.

No âmbito da pesquisa de bancada, destaca-se a presteza em desvelar o genoma do SARS-CoV-2, concomitantemente com grupos norte-americanos, europeus e chineses, o 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; merece destaque também o desenvolvimento de modelos matemáticos para a 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, todas elas exacerbadas pela pandemia. E no campo da pesquisa clínica, a comunidade científica brasileira tem tido participação relevante em ensaios medicamentosos nacionais e internacionais em busca de produtos seguros e eficazes, incluindo o desenvolvimento e a testagem de diversas vacinas. Por fim, o desenvolvimento de protótipos para equipamentos de suporte respiratório tem mobilizado a comunidade das engenharias, com bem-sucedidas experiências em várias universidades públicas brasileiras.

Uma dimensão do enfrentamento da pandemia que não pode ser esquecida é a importância da cooperação internacional, no contexto de um multilateralismo solidário, incluindo a vigilância de saúde nas fronteiras. O Brasil renunciou ao seu papel motriz na cooperação em saúde na América do Sul, assim como no mundo, atrelando sua política externa a um só país, os Estados Unidos da América, sob direção de um líder chauvinista. Com isso, está isolado, impedindo-se de colaborar na busca de soluções socioeconômicas, ambientais e de saúde em comum com seus vizinhos sul-americanos, parceiros históricos na construção de um desenvolvimento regional emancipador que serve ao interesse de todos.

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 estamos vendo tem sido 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 proativas 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. Este auxílio deverá ser transformado em renda universal básica, como inclusive preconiza a ONU. Em todos os países do mundo, o gasto público é a alavanca para enfrentamento do alto desemprego e da 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. Diante disso, o Estado precisará desempenhar um papel central e, em especial, enterrar a austeridade fiscal e revogar o teto de gastos públicos. Precisarão ainda, mediante reforma tributária efetivamente progressiva, inclusive taxando grandes fortunas, fortalecer o conjunto de políticas de proteção social. 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, o que favorece a propagação de doenças, como a COVID-19 e muitas outras. Acrescentem-se a falta de planejamento urbano e as condições precárias dos transportes públicos, que exigem horas de deslocamento dos trabalhadores em veículos lotados. Acrescente-se, nas áreas rurais, as dificuldades de deslocamento das populações para acesso a serviços de saúde e educação.

É preciso criar estratégias de enfrentamento da pandemia, construindo 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. Na interface entre as dimensões política e simbólica da pandemia, 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, são extremamente necessárias a abertura e a 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 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 orientação sexual. Um mecanismo poderoso 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, seja na

produção de dados, seja no desenvolvimento de 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, trabalhadores precarizados 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. As iniciativas de políticas econômicas, assistenciais, de saúde e segurança pública precisam mitigar o agravamento das desigualdades de gênero, raça/etnia e classe social associados à pandemia.

Em particular, a COVID-19 tem impactado profundamente a vida das mulheres, seja na esfera privada, seja no mundo do trabalho, assim como no acesso a serviços de saúde reprodutiva e sexual. As medidas de quarentena e isolamento, com maior permanência no espaço doméstico, têm gerado aumento da violência sexual e de gênero, acometendo mulheres e crianças. O combate ao feminicídio e à violência doméstica e sexual contra as mulheres deve ser priorizado em todas as ações e por todos setores dos governos.

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 no combate às 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 estendido 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. Em especial, 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 tem deixado 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, com limitações de acesso e negação de direitos básicos, e tornam quase impossível a aplicação das principais medidas de distanciamento físico em seu âmbito. Está posto à toda sociedade o prospecto de uma explosão de casos e óbitos entre essas pessoas. É urgente que as unidades prisionais sejam 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 prioritariamente buscar medidas para reduzir o número de pessoas privadas de liberdade.

Neste documento, faz-se uma análise das dimensões e interfaces relevantes da pandemia da COVID-19, identificando responsabilidades e apresentando 70 recomendações, dirigidas às autoridades políticas e sanitárias, aos gestores do SUS e à sociedade em geral. A principal estratégia indicada é a vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e bloqueio da transmissão, conduzida por equipes qualificadas, na rede de atenção primária do SUS, coordenadas conjuntamente pelas autoridades sanitárias. Medidas de qualificação da atenção secundária e terciária são igualmente propostas, juntamente com estratégias de mitigação dos danos sanitário e econômico.

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, fazem parte do modo de produção adotado por nossas sociedades e gerarão novos eventos críticos que podem se sobrepor, combinando pandemias, epidemias, desastres e crises humanitárias e planetárias simultaneamente. Nessa perspectiva, não é desejável voltar à situação “normal” anterior à pandemia ou passar a viver um “novo normal” que signifique manter condições de riscos e vulnerabilidade social secundárias 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 resposta para riscos futuros, mas também o desencadeamento de processos de reconstrução das condições de vida e saúde com base nos valores da liberdade, igualdade e solidariedade, num Brasil efetivamente democrático.

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 constitucional e moral 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 sistematização das informações em saúde e 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 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, culturalmente sensíveis e adequadas à diversidade das realidades sociais, compondo planos estratégicos de intervenção de escopo geral e abrangência nacional. Em outras esferas de governo, 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 os segmentos da sociedade e da economia. Como, temporariamente, os setores econômicos não poderão garantir a renda do trabalho, cabe ao Estado a manutenção e expansão de auxílios emergenciais, que devem estar acessíveis a todos que necessitam. Caso o Governo Federal continue a se omitir ou a se mostrar incapaz de viabilizar medidas de apoio e proteção social, perspectiva que parece bastante realista, pode-se esperar resultados calamitosos no âmbito epidemiológico e, no curto prazo, nos planos econômico, político e social.

Recordemos que a Constituição de 1988 define com precisão, no seu seminal artigo 196, que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Obviamente, um governo federal incapaz de agir para proteger a população que representa perde qualquer traço de legitimidade. Infelizmente, o terrível preço da pandemia e das crises dela decorrentes recairá sobre a maioria dos brasileiros, principalmente sobre os 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 aflige diretamente determinados grupos

populacionais oprimidos e discriminados e, indiretamente, afetando o conjunto da 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 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 na 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 Irã e Itália, até que, em março de 2020, a OMS formalmente a reconheceu 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, 3,3 milhões de casos e 135 mil óbitos, e o Brasil, com 2 milhões de casos e 75 mil óbitos, em meados de julho de 2020.

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 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 intensificação da precarização do trabalho até a quebra de financiamento das pesquisas biomoleculares e clínicas, passando pelo sucateamento da indústria nacional de medicamentos e vacinas, bem como pelo desinvestimento no Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo suas capacidades atuais de vigilância em saúde e de cuidados, da atenção básica aos leitos hospitalares.

Em um 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 decorrente das profundas desigualdades e iniquidades que não surgiram com a pandemia, mas têm sido por ela agudizadas, aprofundadas e vêm resultando em diferenciais inaceitáveis nos impactos sobre a situação de saúde e no acesso aos cuidados de saúde, bem como comprometendo a adesão às medidas epidemiológicas de controle. Esse contexto compreende um triplo risco para os trabalhadores e trabalhadoras que atuam no sistema de saúde e nas demais atividades e serviços essenciais, pois se encontram expostos a 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 gravidade da pandemia e que, orientados por ideologias anticientíficas, divergem de sua forma de tratamento.

Conforme observado em todo o mundo, e o 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 a priorização

das vidas em detrimento dos interesses do mercado, 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 articulada 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, devem ser fundadas em intensos processos de mobilização solidária e engajamento da sociedade como um todo, que requerem, necessariamente, recursos que permitam a todas as pessoas exercerem seu direito às medidas sanitárias, coletivas e individuais 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 caberiam a responsabilidade e a obrigação de carrear recursos, viabilizar meios, gerenciar processos, promover o diálogo e coordenar ações para o enfrentamento dessa gravíssima crise sanitária, constatamos somente inação, ausência, inércia, quando não promoção de boicote e obstáculos, deliberada ou decorrente de ignorância e negacionismo. O resultado dessa irresponsabilidade trágica é o fato de o Brasil entrar no quinto mês da pandemia, com dois milhões de casos e 75 mil mortos, sem qualquer plano oficial de enfrentamento geral da pandemia, apesar de anunciado em alguns momentos, pelos diferentes titulares que passaram pelo Ministério da Saúde.

Frente a essa lamentável e grave 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, o qual contou com a adesão de mais de 400 entidades e movimentos sociais. Dando continuidade e concretizando este movimento, propomos, neste momento, iniciar uma escuta e um 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 repentinamente 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, políticas e psicossociais 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.¹

Na dimensão biológica, nos planos molecular, celular e somático, onde o vírus SARS-CoV-2 atua causando 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, em contextos culturais e territórios determinados. Nessa interface, uma intervenção efetiva dependerá da recomposição orçamentária (revogação da EC-95), da garantia e ampliação dos meios de sustentação financeira e do fortalecimento institucional do Sistema Único de Saúde, com a expansão de todos os seus serviços, incluindo a vigilância em saúde, a atenção básica e a assistência hospitalar. 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, preferencialmente com a participação ativa de coletivos, movimentos e instituições nos diversos territórios, sem descuidar das ações de prevenção e tratamento das doenças, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco, como obesidade e tabagismo, que atuam como agravantes da COVID-19.

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

Os determinantes sociais ampliam a leitura da dimensão epidemiológica de casos infectados e infectantes, revelando diferentes níveis de vulnerabilidade e risco, demandando amplas e efetivas medidas de vigilância epidemiológica para redução de incidência e controle da transmissibilidade. Nesse nível, são necessárias intervenções baseadas em 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, sanitária, em saúde do trabalhador e em saúde ambiental. Vale lembrar que as vigilâncias em saúde do trabalhador e a ambiental incorporam as dimensões do trabalho/ocupação e do ambiente nas avaliações dos casos e das situações de risco investigados, e que a vigilância sanitária, por meio de seu sistema nacional, atua na regulação de bens e serviços, bem como na circulação de meios de transporte, mercadorias e pessoas para a proteção da saúde e redução de riscos.

Na interface epidemiológica-ecossocial, a pandemia se transmuda em sistemas de epidemias alimentados por cadeias e ondas de infecção, 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, o que inclui sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, diante do capitalismo neoliberal que está destruindo nossas reservas naturais de flora e fauna, ameaçando povos que tradicionalmente vêm zelando pela defesa da biodiversidade e propiciando o aparecimento de patógenos que vêm causando e ainda causarão sérios danos ao ser humano. Nesse sentido, é imprescindível o reconhecimento e a promoção dos saberes e práticas de cuidado dos povos originários e tradicionais, que compõem as cosmologias de saúde desses e de outros povos e, por diversas vezes, são duramente criticadas e depreciadas deslegitimando tais iniciativas de saúde.

Na dimensão tecnológica, deve-se garantir o apoio financeiro e institucional aos grupos de pesquisa cujo objeto é a saúde humana; para tanto, será necessário recompor as instituições de fomento e os recursos financeiros que as permitem cumprir suas missões. No plano informacional, critérios de interoperabilidade e lógica de fluxos informacionais devem se refletir nos sistemas de gestão de informações em saúde, bem como na garantia da autenticidade dos processos de tratamento, organização e preservação das informações. É também necessário mobilizar a indústria nacional para o desenvolvimento de produtos terapêuticos (medicamentos) e profiláticos (vacinas), dispositivos e equipamentos (Equipamentos de Proteção Individual-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 os diferenciais inaceitáveis nos impactos sobre a saúde e no acesso aos cuidados, bem como nas condições concretas para o sucesso das medidas epidemiológicas de controle, obstado ou inviabilizado pelas

dificuldades de adesão das camadas economicamente mais vulneráveis da população. Em qualquer dos níveis, todas as vidas importam, igualmente, razão pela qual é imprescindível reconhecer que as vidas de determinados grupos sociais estão sob maior ataque e ameaça, diante do racismo estrutural, necessitando de maior proteção. 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 e segurança alimentar nos diversos cenários socioculturais, com renda básica universal e acessível, sem retirada de direitos já conquistados, além de 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 omissão e iniciativas deletérias de autoridades políticas do executivo federal que precedem o período da pandemia, visando ao desfinanciamento do sistema público de saúde e desmonte dos sistemas de informação e vigilância em saúde. 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 do governo federal orientar e implantar diretrizes nacionais baseadas em conhecimento científico e em discussão com a sociedade. A dimensão ética requer o reconhecimento do sujeito humano como um legítimo outro a quem não se pode prejudicar por decisões e ações que sejam tomadas banalizando-se sua potencial capacidade de prejudicá-lo. Requer-se que essas ações estejam pautadas em uma dimensão protetora de todos os seres humanos e, em especial, daqueles mais vulnerabilizados.

Finalmente, na interface político-simbólica, notadamente nas esferas culturais, intensa produção informacional e narrativa, com representações 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 quarentena, isolamento e 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 considerando a diversidade dos corpos em seus cotidianos, conforme o território onde vivem, os lugares que ocupam na sociedade, os pressupostos culturais e simbólicos que compartilham e os marcadores sociais que carregam em função de gênero, raça/etnia, classe social e deficiências, bem como das diferentes formas de pensar as relações entre seres humanos e não humanos e entre grupos sociais e seus ambientes ecológicos e tecnológicos. 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

reconhecimento, divulgação e fortalecimento de iniciativas comunitárias autorreguladas, 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 de informações científicas sérias e compromissadas com a realidade, mesmo que transitórias e incertas, 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 ainda piores, pela grande dificuldade em separar fatos de mitos e de diferenciar teorias confiáveis e sensatas das conjecturas e especulações. Diante desse fenômeno sócio-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. Essas soluções incluem também buscar formas de traduzir o discurso científico para que ele se torne acessível aos diversos segmentos populacionais e produzir redes comunicacionais dialógicas.

Nesse plano, a imensa maioria das informações cruciais para a prevenção do contágio pelo vírus implica medidas que supõem disponibilidade de recursos e situações adequadas de vida e moradia, tais como a possibilidade de permanecer em casa com manutenção da renda, disponibilidade de água e esgoto tratado, moradias arejadas e amplas em relação ao número de seus habitantes.

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 quatro meses no Brasil, resultando em quase dois milhões de casos e mais de 70 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. Uma primeira versão compilada do documento-base foi avaliada pelas três comissões da ABRASCO e pelos seus 21 Grupos de Trabalho, recebendo contribuições e revisões dos vários colaboradores/as. As revisões serão publicadas mensalmente a partir das contribuições enviadas e incorporadas ao plano após discussão pelo comitê. Serão fomentadas arenas e espaços para o aprofundamento de discussão, incluindo o monitoramento das ações, e pluralização dos debates com representações dos grupos sociais mais atingidos.

Diante do grave cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima do controle social do SUS, instituiu um Comitê de acompanhamento da pandemia COVID-19, com objetivo de reforçar e coletivizar as ações em seu âmbito, 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, e demais instâncias.

A escuta sistemática e articulada de todas essas contribuições, organizadas em eixos interdisciplinares definidos pelas interfaces hierárquicas, permitiu a consolidação de dados, informações e recomendações embasadas em conhecimento científico e em saberes técnicos dos diferentes campos disciplinares e setores de políticas sociais. 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.

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. 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 CLÍNICOS ²

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

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

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. Na realidade, a COVID-19 é uma enfermidade sistêmica. 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, seguida de processos inflamatórios, vasculares e outros, e precisam de cuidados; 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 de imagem. 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.

Os casos de suspeita da COVID-19 devem seguir protocolos de acolhimento e classificação de acordo com risco de complicações até a confirmação clínica ou laboratorial, com orientação clara de níveis de auto-cuidado e cuidado ao usuário e seus contatantes. 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, integrados em redes de referência e informação que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação.

Os desafios para o SUS não se limitam aos aspectos de prevenção de riscos e promoção da saúde, nem aos cuidados clínicos dos pacientes com COVID-19, em sua fase aguda, mas pode se estender por longos períodos, em função das sequelas que podem surgir decorrentes da infecção pelo SARS-COV-2. Estudos têm demonstrado que pessoas que tiveram COVID-19, mesmo nas suas formas mais leves, de diferentes idades, após a alta médica, podem evoluir com sequelas respiratórias, neurológicas, psiquiátricas, musculares, entre outras. Essas novas situações de saúde vão exigir organização do SUS voltadas para o cuidado desses pacientes, além de políticas de proteção social, tendo em vista o risco de resultarem em incapacidade, inclusive para o trabalho.

5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

O panorama da Pandemia da COVID-19 no Brasil é extremamente desafiador porque tal fenômeno, em sua complexidade envolve elementos comuns em nível mundial, mas também ocorre em um país com uma 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, letalidade, 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, avaliação e comunicação 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 mesmo antes da implementação de medidas de vigilância e prevenção não farmacêuticas tais como distanciamento físico, proibições de viagens, uso de elementos de proteção, entre outros. Este cenário introdutório em nosso território 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 nacionalmente em 20 de março, não observando as especificidades e diversidade na forma de ocupação territorial.

O acompanhamento da expansão da pandemia do novo coronavírus para novos bairros, municípios e estados tem demonstrado que a transmissão do contágio pelo SARS-CoV-2 também tem atingido e se propagado entre diversos grupos de trabalhadores e ao longo das cadeias produtivas dos diversos ramos e setores de atividades econômicas. Isso ocorre tanto naquelas atividades consideradas essenciais (como serviços de saúde, comércio de gêneros alimentícios, transporte de pessoas e mercadorias, geração de energia, agricultura, produção de alimentos etc), quanto em atividades não essenciais, que não interromperam seu funcionamento durante os períodos de quarentena (como indústrias diversas, mineração, construção civil, comércio em geral, serviços domésticos entre outras).

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 na 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; foi de uma trabalhadora doméstica que se contaminou em contato com sua patroa no local de trabalho. 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 exibiram a ascensão da 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 2,8/100.00 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 41,2/100.00). 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 aponte que houve no Brasil uma redução geral do coeficiente de transmissibilidade (R_0 ou número reprodutivo básico), nos 16 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 Nacional 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. Esse quadro prevê um agravamento de alguns indicadores como letalidade e mortalidade (variáveis por localidades segundo acessibilidade e infra-estrutura dos serviços de saúde disponíveis), considerando que a capacidade de assistência terciária, como leitos de UTI, está concentrada nas capitais e nos polos urbanos maiores nos Estados.

O Brasil já vive uma tragédia quando o número de casos acumulados alcança dois milhões e a mortalidade avança para além dos 70 mil óbitos. Projeções otimistas indicam que estes números serão multiplicados por três até o fim deste ano; outras projeções chegam a 20 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. A este perfil se soma o sofrimento humano daqueles que adoecem, dos que assistem, dos que apoiam e vivenciam, o que exige o provimento da

assistência ao surgimento de sintomas psíquicos, à agudização dos transtornos mentais e demais agravos causados pelo aumento da violência intra domiciliar.

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, carências e deficiências, conforme aponta o Relatório Mundial sobre a Deficiência.

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, quilombolas e populações ribeirinhas. A letalidade nesses grupos tem sido superior à média brasileira. Estudos têm mostrado também maior letalidade entre negros e negras quando comparada às pessoas de raça branca, a despeito das falhas de preenchimento do quesito raça/cor e etnia nos serviços de saúde. Durante a pandemia, as gritantes desigualdades sociais entre os brasileiros têm se refletido em 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. Destaca-se aí também a situação das pessoas com deficiência que, em razão de suas singularidades corporais, sofrem restrições e limitações no enfrentamento à COVID-19 devido às barreiras potencializadas pelas desigualdades sociais, agudizadas pela pandemia. Importa assinalar ainda a ausência de informações quanto à incidência da COVID-19 sobre pessoas com deficiência. Um importante avanço nesse sentido é garantir o registro da informação sobre deficiência nos instrumentos de notificação.

A situação socioeconômica de importante contingente da população brasileira já vinha se agravando antes da epidemia, no contexto da crise financeira mundial de 2007-2008. A COVID-19 veio trazer à tona os mais danosos efeitos da perda dos diversos direitos, em especial da seguridade social e direitos trabalhistas. Aliás, sob o pretexto da pandemia, o Governo Federal editou Medidas Provisórias (MP) altamente lesivas aos trabalhadores e trabalhadoras, como, por exemplo, a MP 927 (em tramitação no Senado) e a MP 936, convertida na Lei Federal nº 14.020, em 6 de julho deste ano. O art.31 da MP 927/2020 limitava a atuação da fiscalização do trabalho apenas a atividades de orientação, sem poder de autuar os empregadores caso fossem constatadas irregularidades. Houve reação da sociedade e entidades a essa medida e, no julgamento de medida liminar em sete Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) ajuizadas contra a MP, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), suspendeu a eficácia deste dispositivo, restabelecendo o poder de polícia da Inspeção do Trabalho,

importante ferramenta de proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores e trabalhadoras.

O 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 (aproximadamente 13% da população), por trabalhadores autônomos (domésticas, 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 têm grande dificuldade em ficar em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para comprar alimentos, pagar aluguel, água, energia, etc. Por isso a importância da garantia de uma renda mínima, capaz de garantir a subsistência das pessoas no tempo adequado a resposta à pandemia.

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.

Além disso, o papel das atividades e ambientes de trabalho na propagação da pandemia precisa ser evidenciado. Há, sem dúvida, uma dinâmica de transmissão entre ambientes familiares, comunitários e de trabalho que necessita ser reconhecida para ser evitada e/ou bloqueada o mais rapidamente possível. Casos de COVID-19 ocorridos em domicílio ou na comunidade, ao chegar aos locais de trabalho, encontram ambiente propício para sua rápida propagação e contágio de maior número de pessoas, pois, em geral, são ambientes fechados, com condições adversas de trabalho (exposição a poeiras, substâncias químicas, calor, ventilação inadequada etc.), com aglomeração de trabalhadores em alguns setores, trabalhando em contato próximo durante várias horas por dia e compartilhando instalações, bancadas, instrumentos, ferramentas, refeitórios, alojamentos e transportes.

Notícias de jornais, da mídia, sites e depoimentos, além das ações e intervenções da vigilância em saúde do trabalhador no SUS, das equipes dos auditores fiscais do trabalho e do Ministério Público do Trabalho, têm identificado ocorrência de casos em diversas categorias de trabalhadores nos estados e regiões do país, tanto em trabalhadores em atividades por conta própria, informais e precarizados, quanto entre trabalhadores do mercado formal de trabalho, além daqueles em serviços essenciais (transporte, saúde, segurança pública etc.). Casos exemplares

podem ser citados, como os frigoríficos de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso; de trabalhadores petroleiros (nas refinarias e plataformas de extração de petróleo); de trabalhadores da construção civil em canteiros de obra de expansão de linhas de energia eólica nos estados da Bahia, Tocantins e Piauí; entre trabalhadores de mineração, motoristas e caminhoneiros no transporte de produtos agrícolas e outros, em vários estados do país. Estas situações exemplificam contextos de trabalho favoráveis à difusão da epidemia, seja por pessoas terem de se deslocar para o trabalho ou por estarem em ambientes de trabalho que favorecem a disseminação do vírus, nos quais as medidas de prevenção e de proteção à saúde dos trabalhadores não têm sido devidamente adotadas pelos empregadores e ou suficientemente recomendadas ou cobradas pelas autoridades sanitárias.

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 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.

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

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. Todavia, passados alguns meses, mesmo sem evidências favoráveis e na contramão das orientações epidemiológicas, vários municípios decretaram a abertura geral do comércio, obrigando a milhares de trabalhadores a se exporem.

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 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. DIMENSÕES ECOSSOCIAL E BIOÉTICA DA PANDEMIA

Diante da crise sanitária decorrente da Pandemia da COVID-19, a tendência da sociedade contemporânea, especialmente no campo da saúde pública, tem sido um olhar especialmente dedicado aos temas de salvar vidas, controlar a transmissão viral e buscar o desenvolvimento tecnológico para uma vacina preventiva e medicamentos antivirais eficazes. No entanto, se não integrarmos esse evento crítico no escopo da compreensão uma análise ecossocial, corre-se o risco de não entendermos plenamente como esse vírus específico foi capaz de produzir uma pandemia que é mediada por um modo de produção baseado no rápido consumo e descarte de energia e matéria, expropriador da natureza, marcado pelas desigualdades sociais, sanitárias, ambientais e cognitivas e pela demanda por capacidade de atuação integrada dos sistemas de monitoramento e atenção à saúde (públicos ou privados; locais, nacionais ou internacionais).

6.1. COVID-19 como problema ambiental

Recente relatório do Programa Ambiental das Nações Unidas,⁴ propõe uma abordagem capaz de integrar a saúde humana, a saúde de outros animais e a saúde ambiental como uma forma de evitar novas pandemias. Esse documento identifica sete tendências que impulsionam o surgimento de doenças zoonóticas, incluindo a crescente demanda por proteína animal, a expansão agrícola intensiva e não sustentável, o aumento da exploração da vida selvagem e a crise climática. O documento avança ao reconhecer que a COVID-19 é uma zoonose, que decorre de distopias humanas nas interações com várias ecologias, fazendo emergir de um processo pandêmico com características novas no planeta globalizado.

Esse complexo de condições mediadoras nos obriga a pensar para além da biomedicina, requerendo não só a interdisciplinaridade que envolve campos de conhecimentos diversos como os da Saúde Coletiva, da Geografia, da Sociologia, da Ecologia, da Economia entre outros, mas também o modo de interagir e traduzir, através do diálogo intercultural, diferentes saberes. De especial importância nesse diálogo são as populações e comunidades que vivem e trabalham em profunda interação com a natureza, como indígenas, quilombolas, pescadoras/es artesanais, camponeses, e diversos outros povos e comunidades tradicionais cujas demandas por políticas públicas de proteção da vida, da saúde e do bem-estar social contribuem para ressignificar nossas relações com a natureza, entre os diversos grupos sociais e povos que compõem nossas sociedades.

Assim como o novo coronavírus saiu do seu ecossistema e, até onde se sabe, migrou da China para todos os continentes, podemos esperar que outros vírus saídos dos ecossistemas naturais ou de processos insustentáveis de produção animal e vegetal possam produzir novas ondas epidêmicas e pandêmicas, como

⁴ *United Nations Environment Programme - UNEP/ILRI/CGIAR*, “[Preventing the next pandemic - Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission](#)”

vemos na produção intensiva de aves, porcos e gado, mediante uso de rações transgênicas, antibióticos, hormônios e estresse animal. Tal como já ocorreu em 2009 com a pandemia de H1N1, também chamada de “gripe A” ou “gripe suína”.

Assim como o uso intensivo de agrotóxicos na produção de plantas transgênicas, commodities exportadas para sustentar essa produção animal e garantidora de alimentos industrializados afeta o bem-estar humano e a saúde dos demais seres vivos do planeta. E que são responsáveis pela perda da segurança alimentar, que leva entre outras a doenças como a obesidade, a diabetes e a hipertensão arterial, que na pandemia de COVID-19 foram algumas das importantes comorbidades determinantes do aumento da mortalidade das pessoas infectadas.

O comportamento da pandemia também é diferente nos territórios urbanos, rurais, indígenas e das outras populações tradicionais, tanto em relação a dinâmica do sistema imune, como das expressões clínicas e epidêmicas, onde a cultura, o trabalho, os modos e condições de vida interagem no processo de determinação da doença e nas consequências orgânicas e sociais delas decorrentes.

Assim, nas cidades intensamente urbanizadas vamos encontrar o tema da habitação, do saneamento, do acesso à água, do transporte, da mobilidade e da segurança alimentar como condicionantes que participam das desigualdades sociais e nos processos de vulnerabilização. A inadequação de sistemas de saneamento, incluindo disponibilidade de água potável, é fundamental para inviabilizar medidas básicas de prevenção.

Por isso, a recente aprovação no Senado Federal do PL 3.261/2019, que está sendo chamado de “novo marco regulatório do saneamento no Brasil”, mas que na prática privatiza o setor, transformando direitos sociais em mercadoria, agrava o problema do acesso à água e serviços públicos fundamentais para garantir o bem comuns e o bem viver nos campos e cidades.

Da mesma forma, a precarização de trabalhadores em sistemas de saúde e nos serviços de transporte e logística vulnerabilizam enormemente tais grupos sociais. Recentemente o país acompanhou uma grande mobilização nacional dos trabalhadores do setor de entregas por aplicativos, pois a precarização das relações de trabalho entre eles, e sua consequente exposição ao novo coronavírus, tem sido a base tanto da lucratividade das empresas do setor quanto da possibilidade de isolamento social confortável de outros setores da sociedade, os quais têm o privilégio de se sustentar a partir do home office.

6.2. Transferência de riscos ecossociais

Um fenômeno que poderíamos identificar com o aquele que no campo da saúde e ambiente temos denominado de “transferência de riscos”. Todas as vidas importam, mas temos aceitado proteger algumas mais do que outras, numa expressão do racismo, do machismo e do classismo estruturantes na sociedade capitalista. Nas zonas rurais a expropriação da terra, a exposição aos agrotóxicos, o acesso limitado às políticas públicas constitui algumas das iniquidades específicas que incidem sobre os desfechos da pandemia de COVID-19. As populações tradicionais e especialmente os povos indígenas, já apresentam taxas

de morbidade e letalidade extremamente elevadas, por motivos que serão detalhados adiante, e pelo não reconhecimento de várias comunidades indígenas, inclusive aqueles presentes em áreas urbanas, e pelo avanço da mineração, do garimpo e do agronegócio sobre suas terras.

Vemos assim como as relações saúde-ambiente-produção-trabalho-políticas públicas- COVID-19 vulnerabilizam certos grupos e condicionam os desfechos da pandemia. Mudanças climáticas, desflorestamento, perda de biodiversidade, destruição das nascentes, contaminação dos mananciais, poluição atmosférica, indústria alimentícia, condições de trabalho nos frigoríficos, produção de commodities transgênicas, entre outros, são temas que compõem também a crise sanitária da pandemia por COVID-19 em todos os planos e interfaces de sua determinação, do biomolecular/genético ao dos ecossistemas, todos relevantes para o enfrentamento desta pandemia e de possíveis outras que se avizinham.

Todos esses aspectos dizem respeito ao modelo de desenvolvimento econômico neoextrativista que insere a América Latina numa globalização excludente e injusta, ao mesmo tempo em que vem reprimarizando a economia brasileira, degradando ecossistemas e produzindo genocídios e epistemicídios contra os povos tradicionais e reduzindo ao mesmo tempo a diversidade biológica e cultural do planeta, nosso principal manancial de sabedoria e esperanças de inovação num momento em que a humanidade mais precisa de ambos. A crise é, portanto, simultaneamente sanitária, social, ecológica e democrática, e continuará se agravando se o país e o mundo não mudarem o curso do modelo de produção e consumo existente.

Quando se vê, na atual crise sanitária, um Ministro do Meio Ambiente que incita a invasão de terras indígenas e fragiliza a proteção ambiental, para favorecer um modelo insustentável de produção agrícola e pastoril; quando inibe e desautoriza a ação fiscalizadora do Estado na proteção do ambiente e das terras indígenas frente a ações ilegais de desmatamento e garimpo, estamos fortalecendo distopias que conduzem o país à devastação ambiental e ao genocídio de grupos populacionais completamente desassistidos, desprotegidos e impedidos de se defenderem.

6.3. Pandemias, ecossistemas e saúde

Nesse contexto, consideramos importante pontuar alguns processos que de forma alguma devem ser negligenciados por qualquer plano que busque incidir sobre a atual pandemia e aquelas que poderão (re)surgir num futuro próximo:

A crescente incorporação dos ecossistemas à economia global, que aproxima os grupos humanos e a pecuária em escala industrial dos espaços silvestres, degradando-os, está por trás de muitas mutações genéticas que identificamos nos seres vivos que ali vivem. De especial importância para o enfrentamento das pandemias virais coloca-se o fato de que muitos vírus que anteriormente infectavam apenas espécies silvestres, desenvolveram capacidade de parasitar seres humanos a partir das interações com os animais que criamos para nossa alimentação. No Brasil, vários estudos indicam que tais processos já ocorrem na Amazônia; o mesmo também foi identificado em estudos realizados na China.

Diversos grupos econômicos e políticos, que possuem uma grande responsabilidade sobre os processos aqui discutidos, estão se aproveitando do clamor público e as preocupações sociais em relação à atual pandemia para aprovarem mudanças (infra)legais importantes que podem contribuir para tornar tais pandemias mais comuns no futuro. No Brasil, precisamos estar atentos às tentativas de fragilização da legislação que protege ecossistemas e populações vulneráveis, como daquelas que regulam as áreas protegidas (unidades de conservação e territórios tradicionais indígenas ou quilombolas) e das que mediam atividades econômicas altamente impactantes, como a extração mineral, a produção de energia, a logística e o agronegócio. Combater a epidemia, também, significa assegurar a sustentabilidade das relações entre as sociedades e a natureza, inclusive vetando a expansão de algumas delas sobre determinadas áreas.

Para assegurar a efetividade das políticas públicas de proteção ambiental e dos territórios tradicionais, é fundamental que a sociedade e o Estado brasileiros assegurem a proteção daqueles agentes do Estado que são responsáveis por fazer a fiscalização executar políticas públicas nessas áreas (agentes do Ibama, do ICMBio, técnicos indigenistas da Funai, policiais federais e dos batalhões ambientais estaduais, agentes ambientais estaduais, agentes comunitários ambientais e de saúde, etc.). No atual contexto, encontram vulnerabilizados de várias formas: pela falta de equipamentos de proteção individual que os protegeriam da exposição ao novo coronavírus, pelo estrangulamento orçamentário de suas respectivas instituições e pela violência daqueles que buscam se aproveitar da redução das atividades normais do Estado para intensificar a exploração predatórias dos ecossistemas e dos territórios.

Precisamos, contudo, estar atentos para que o normativismo das medidas de proteção não acabe por invisibilizar o importante papel social daqueles que no atual sistema econômico e social sustentam com seu trabalho o funcionamento atípico da sociedade nesse momento. Devemos intensificar as medidas de proteção desses profissionais que no campo e nas cidades asseguram a nossa alimentação, o transporte sanitário, a segurança pública, o funcionamento dos serviços e instituições essenciais para que as medidas de isolamento social e de enfrentamento da pandemia obtenham sucesso.

Não estamos falando apenas dos profissionais de saúde, mas também dos pequenos agricultores, que ao contrário do agronegócio, cultivam a maior parte da comida que nos alimenta (verduras, legumes, frutas, grãos e leguminosas para consumo humano, etc.), enquanto parcela significativa das terras brasileiras estão direcionadas à produção de grãos para atender a demanda mundial por proteína de origem animal. Falamos também de policiais, motoristas de transportes públicos, de transportes privados que servem ao público (taxistas, mototaxistas, motoristas de carros por aplicativo, etc.), trabalhadores dos mercados etc.

6.4. Contribuições da Bioética para enfrentamento da pandemia

De acordo com o Committee on Ethical Issues in Medicine do Royal College of Physicians da Inglaterra, as pandemias exigem a incorporação da ética de saúde

pública na ética clínica, com a equidade apresentando-se como o princípio que melhor traduz as demandas a serem abordadas durante uma pandemia, pois as ações de saúde preconizadas devem ser responsáveis, inclusivas, transparentes, razoáveis, isto é, baseadas em evidências científicas e valores éticos e flexíveis de maneira a serem revisitadas à medida que novas informações surgem.

Uma importante contribuição da bioética, em sua relação com a saúde pública no contexto da pandemia, é a apreciação da pertinência ética das diretrizes das políticas sanitárias e uma apreciação das normas e das decisões morais presentes nas ações de saúde, e seu impacto sobre a saúde da população. Uma questão nevrálgica, enfrentada durante a pandemia da COVID-19, tem sido a alocação justa de recursos escassos da saúde, que se torna ainda mais grave em face da EC 95/2016. Uma pergunta que persiste nessa pandemia é “como” distribuir de maneira justa os serviços de saúde, principalmente os leitos de UTI, sem incorrer em discriminações e na naturalização das mortes, como temos visto em protocolos que acabam por discriminar e vulnerabilizar ainda mais as pessoas idosas. Com efeito, o avanço da pandemia tem levado à sobrecarga e mesmo ao colapso dos sistemas de saúde locais, com uma demanda maior que os recursos disponíveis e/ou disponibilizados à população.

No contexto clínico, por um lado, há difíceis decisões de triagem que configuram os dilemas técnicos e éticos em torno da alocação de recursos, quando é dado ou negado cuidados intensivos ao paciente crítico; por outro, há os casos graves que evoluem mal e que exigirão a tomada de decisão de limitação e ou interrupção do tratamento intensivo e instituição de cuidados de fim de vida. As diretrizes éticas para essas situações de priorização racional de leitos e recursos preconizam que a alocação deve ocorrer com base em métodos de avaliação apropriados, tanto técnicos quanto éticos, para garantir que os pacientes que mais necessitam de cuidados sejam continuamente priorizados e atendidos. Portanto, a decisão de priorizar recursos é tanto de natureza técnica quanto ética e a reflexão bioética sobre o tema se orienta pelo princípio ético da justiça distributiva, cujo desafio é a determinação das propriedades relevantes que justificam uma distribuição específica, evitando discriminações e promovendo um sistema de proteção.

Nessa perspectiva, recomenda-se que seja incluído no Plano Estratégico Nacional de Intervenção e como recomendação aos gestores em saúde, um espaço para a criação de Comissões de Bioética nas unidades de saúde e em nível estadual e municipal como forma de coordenar as ações, como dispositivos de apoio institucional aos profissionais de saúde nas tomadas de decisão e de instrumento de proteção aos interesses dos diversos seguimentos sociais vulnerabilizados que chegam aos serviços de saúde em busca de cuidado, como idosos, mulheres, pessoas com deficiências, população negra, etc. As comissões de bioética são espaços dialógico e multidisciplinar de reflexão, que conta com a participação de profissionais de saúde e de diversas outras áreas, representantes da comunidade e usuários, que visam a resolução de problemas éticos na prática clínica, com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada, com funções educativa, consultiva e normativa.

Em 2015, o CFM publicou a Recomendação 01/2015 que preconiza a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética, de modo a sustentar seu funcionamento e manutenção. Na Recomendação 01/2020, a Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, ao considerar que o aumento exponencial do número de casos graves de COVID-19 pode implicar em dilemas éticos nas tomadas de decisão, recomenda que sejam reforçadas as Comissões de Bioética Hospitalares e estas sejam estabelecidas nos locais em que ainda não existam. Essas Comissões devem participar do processo de triagem nas unidades de saúde, contribuir nas reflexões e propostas específicas às particularidades locais, e nas decisões relacionadas a escolhas complexas, inclusive para mitigar a carga emocional da equipe de atendimento. As comissões de bioética podem ser responsáveis, dentre outras medidas, pela instituição e ampla divulgação de protocolos e diretrizes claras pela unidade de saúde que possam dar subsídios e instrumentos ao encaminhamento dos casos com base em ponderações, reflexões éticas e responsabilidades compartilhadas.

6.5. Perspectivas para superação da pandemia

Na sociedade brasileira, marcada por profundas desigualdades sociais, há especial atenção por aqueles relacionados à equidade, à dignidade e solidariedade, como formas de mitigar seus impactos sobre a população, principalmente, os grupos vulnerabilizados e, no limite, invisibilizados. A reflexão ética torna-se central no enfrentamento desta pandemia, especialmente quando observamos falsos dilemas presentes na narrativa governamental que coloca em conflito a agenda econômica e a preservação das vidas, tornando-as excludentes, com impacto direto tanto na adesão às medidas de contenção da epidemia através por exemplo do “distanciamento físico”, como também pela impossibilidade de cumprimento de tais medidas por um grande contingente de pessoas, as quais não possuem renda básica que lhes permitam permanecer em casa.

Como demonstra este documento, o enfrentamento da pandemia da COVID-19 é necessariamente multidimensional, interdisciplinar e interprofissional; observa-se que todas as medidas preconizadas são atravessadas por valores e se definem por uma perspectiva totalizante e complexa. Numa perspectiva ecossocial, a saúde deve enfim ser pensada de maneira integral, para além dos marcos institucionais e doutrinários do campo da saúde e do SUS, mas pensando sempre como as diversas dimensões da vida (política, economia, ambiental, ocupacional, cultural, da mobilidade, etc.) estão interconectadas. O contexto atual coloca a necessidade de compreensão dessas interconexões nas suas diversas escalas como uma tarefa urgente no âmbito da elaboração de qualquer plano de enfrentamento da pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos.

7. IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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 biológicas específicas de prevenção e de tratamento medicamentoso específico.

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 pouca valorização das ações de vigilância em saúde; a irregular distribuição dos profissionais de saúde; a falta de uma política de recursos humanos compatível com as atribuições do SUS; 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.

7.1. Redes regionalizadas de atenção à saúde

Embora o SUS não se restrinja às ações de cuidado direto à saúde das pessoas nos territórios, 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, apesar de ter sofrido profunda desconfiguração com os últimos movimentos do MS. 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 Saúde da Família (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.

As equipes de atenção primária à saúde/ atenção básica (APS/AB) podem contribuir na rede assistencial de cuidados e na abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia. A atuação das equipes APS/ AB na rede de enfrentamento à COVID-19, deve ser desenvolvida em quatro campos de ação integrados:

a) vigilância em saúde nos territórios, em estreita cooperação com os setores de vigilância epidemiológica, para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, coordenando no território, ações de prevenção primária e secundária à COVID -19 com identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; notificação de casos; e ações de educação em saúde potencializando recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade (rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som), combatendo fake news.

b) cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19 organizando fluxos separados de atenção para sintomáticos respiratórios/casos suspeitos, cuidando dos pacientes com quadros leves e garantido o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros

níveis de atenção; com telemonitoramento pela equipe de casos e contatos, e teleatendimento disponibilizando telefone de contato para os usuários.

c) ação comunitária com apoio aos grupos vulneráveis no território, seja por sua situação de saúde ou social, mapeando usuários de maior vulnerabilidade e risco para a COVID-19, mobilizando lideranças comunitárias, acionando redes de apoio social, articulando-se a iniciativas comunitárias e promovendo a atuação intersetorial.

d) continuidade dos cuidados rotineiros da APS assegurando a continuidade das ações próprias da atenção primária na sua rotina de promoção da saúde, prevenção de agravos e provisão de cuidados nesse nível do sistema de saúde incorporando novas formas de cuidado cotidiano à distância.

Diante da 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, violências, atenção nutricional, cuidando de pessoas com excesso de peso e com DCNT, e não interrompendo o tratamento para deixar de fumar, condições que podem levar ao agravamento da COVID-19. Além disso, 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 e grupos em situações de vulnerabilidade, negra, indígena, ribeirinha, quilombola, trabalhadores em situação precária, na informalidade, desempregados, entre outras, que demandam atenção às suas especificidades, além de ações articuladas intra e intersetorialmente, com especial atenção ao aumento de casos de violência contra mulheres e crianças, garantindo acesso às ações de planejamento reprodutivo, incluindo contracepção de emergência.

A pandemia tem gerado ansiedade, medo de adoecer e morrer, perdas afetivas, insegurança e empobrecimento, especialmente entre famílias em luto e grupos vulnerabilizados. A oferta de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), como meditação, terapia comunitária e integrativa, reiki, yoga, fitoterapia, dentre outras, por meio de telecuidado, tem contribuído na promoção da saúde e no cuidado, principalmente na área de saúde mental, beneficiando inclusive os profissionais de saúde. O uso destas práticas não visa substituir terapêuticas convencionais, e sim complementá-las, conforme recomendado pela OMS e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Tal uso vem sendo amplamente estudado e legitimado por instituições de saúde e comunidades científicas internacionais nas últimas décadas.

Nessa direção, também é importante considerar no âmbito da APS a implantação emergencial de unidades 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 à outras formas de teleatendimento precisa ser viabilizado, assim como a consulta e o acompanhamento domiciliar por médicos, enfermeiros e profissionais do NASF devem ser garantidos quando se tratarem de condições de maior complexidade e risco ou para pacientes sem telefone.

Para o desenvolvimento deste conjunto de ações de forma efetiva e eficiente é necessário prover capacitação de todos os profissionais das equipes sobre enfrentamento da COVID-19 e sobre o uso de equipamentos de proteção individual diferenciados conforme o tipo de atividade realizada. É imprescindível portanto, ativar os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF, ESB, NASF; associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar sua população em suas diversas vulnerabilidades; garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis, na continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Assegurar o acesso regulado à atenção especializada

A partir da rede de serviços da APS, 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, (f) Casas de parto, (g) Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei.. Da mesma forma que as unidades de atenção primária, as unidades especializadas devem funcionar com equipes completas e qualificadas, dispondo de equipamentos e recursos para apoio diagnóstico e terapêutico adequados. Ressalta-se a importância de definição de fluxos de referência entre serviços e disponibilização clara de informações à população, bem como a adoção de estratégias que favoreçam o acesso, o acolhimento das pessoas e a responsabilização pelo cuidado em qualquer tipo de serviço.

No que diz respeito aos Centros de Atenção Psicossocial, é importante destacar a ampliação do seu papel em tempos de pandemia, mantendo o cuidado de pessoas que já vinham apresentando importante sofrimento psíquico, recebendo novos casos de pessoas afetadas pelas trágicas consequências das mortes de familiares. Nesse contexto, a rede de CAPS contribui para reduzir quadros de ansiedade, angústia, depressão e transtornos de estresse pós-traumático diante do risco real ou percebido da infecção, na população geral e entre profissionais de saúde, especialmente aqueles que estão na linha de frente do cuidado à COVID19. É fundamental criar formas de apoio às equipes interprofissionais que atuam na saúde mental, estimulando formas criativas e novas estratégias de cuidado por teleatendimento, grupos de ajuda mútua, acolhimento presencial e à distância, escuta a situações de sofrimento agudo e extremo, como ideação suicida, atenção à crise psicossocial em situação de excepcionalidade, como a

produzida pela pandemia, e ações de recuperação de casos e de promoção da saúde mental.

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 com 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 humano. Destaque-se a necessidade de organizar estratégias especiais para assegurar atendimento adequado in loco às urgências e medidas de transporte ágeis às pessoas que vivem em locais distantes de recursos especializados, como ocorre em áreas rurais, territórios indígenas e em comunidades isoladas, especialmente na região Norte.

Ampliar 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.

Hospitais de campanha são estratégicos, porém temporários. São destinados à solução de problemas imediatos, portanto não fazem parte da capacidade instalada permanente do SUS. Devem ser desativados na medida em que a emergência que exigiu sua abertura e manutenção seja, pelo menos parcialmente, superada. Insumos e equipamentos são redistribuídos, retornando aos seus mantenedores. Não garantem a ampliação dos serviços anteriores fornecidos pelo SUS para as morbidades endêmicas.

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 fila única de casos graves de COVID-19 que demandem internação e terapia intensiva.

Para todos os pontos e instâncias de atenção da rede, inclusive para ações de vigilância em saúde, gestão e planejamento, é necessário garantir a existência de equipes técnicas dimensionadas e qualificadas de acordo com as necessidades, demandas, perfil epidemiológico e atribuições do SUS, com vínculos de trabalho estáveis, de modo a garantir a integralidade e continuidade do cuidado. Ou seja, a implantação de adequada política de recursos humanos.

Reforçar 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. Deve-se garantir como eixo transversal nas redes de cuidado a garantia aos princípios da Política Nacional de Humanização como o cuidado compartilhado, classificação e comunicação de risco e a promoção da saúde do trabalhador.

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 de 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 e acessibilidade da população, tanto dentro das unidades de saúde como no entorno das vias públicas, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante. Ademais há que se enfrentar questões como racismo estrutural, intolerância, segregação e discriminação, que afetam determinado grupos sociais,] e prejudicam acesso e qualidade da atenção à saúde. 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.

7.2. Sistemas de vigilância e promoção da saúde

O enfrentamento da pandemia requer consolidar os sistemas nacionais de vigilância em saúde e de vigilância sanitária, bem como efetivar a promoção da saúde, articulando as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância alimentar e nutricional, vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora e vigilância em saúde 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, é essencial para a proteção social necessária para enfrentar a atual e as futuras epidemias.

As ações de vigilância em saúde são transversais, muitas são de responsabilidade e atribuição dos diferentes tipos de serviços voltados para o cuidado à saúde das pessoas, de variada complexidade, podendo ser desencadeadas a partir de qualquer ponto da rede de serviços. Ressalte-se, por um lado, a necessidade de articulação da vigilância em saúde com a atenção primária, pela proximidade das equipes aos territórios em que as pessoas vivem e trabalham. Por outro lado, existem ações de vigilância mais específicas relacionadas a serviços de maior densidade tecnológica, a processos produtivos, à circulação e comercialização de bens e produtos que implicam em necessidade de articulação com outros serviços ou mesmo com órgãos externos ao setor saúde. Persiste o desafio da integração das ações dos diversos componentes da vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador, vigilância laboratorial) e de efetivação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

A produção sistemática de análises aprofundadas de situação de saúde, da produção de informações fidedignas que subsidiem o planejamento e a tomada de decisões em todos os âmbitos da política de saúde (assistenciais, de produção de tecnologias, de gestão, de medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças), a tomada de decisão e de intervenções sanitárias, seja para controle de danos e riscos, seja para intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença cuidado, são todas dimensões comuns às diversas áreas da vigilância em saúde, guardadas suas especificidades de objetos, métodos e intervenções.

A garantia de acesso aos necessários bens e serviços de saúde com tempestividade, depende da atuação rápida e efetiva da vigilância sanitária. Cabe a ela avaliar benefícios e riscos das tecnologias diagnósticas (p.ex. testes, reagentes), terapêuticas (medicamentos), proteção (p.ex. EPIs) e preventivas (vacina). Avaliação que demanda atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em suas esferas federal, estadual e municipal, nele incluso a rede de avaliação laboratorial sem a qual não se concretiza a avaliação da qualidade destas tecnologias. A colaboração internacional, com as agências reguladoras e os órgãos multilaterais, é imprescindível para a regulação sanitária em momentos de pandemia. Nesses momentos, as evidências científicas de eficácia e de segurança precisam ser produzidas de forma rápida e, geralmente, em precárias condições, frente à emergência sanitária. As boas práticas no desenvolvimento de pesquisa clínica, produção, comercialização e utilização de bens e na prestação de serviços de saúde reduz os riscos e propicia a segurança do paciente e dos trabalhadores, inclusive os de saúde.

A necessidade de organização da atenção nutricional no SUS é particularmente relevante, considerando que as desigualdades sociais e em saúde, que impactam diretamente as possibilidades de acesso à alimentação adequada e saudável, se expressam e se agravam de forma singular no âmbito da Pandemia. O aumento do desemprego, a descontinuidade e até a interrupção dos fluxos de produção,

comercialização e consumo provocados, em alguns contextos, ocasionados pelo isolamento físico e pelo fechamento de diferentes estabelecimentos comerciais, afetam diretamente o acesso a alimentos. Além disso, as práticas alimentares (formas de consumo, preparo, compras, locais de alimentação, comensalidade e relações sociais em torno da alimentação etc.) podem ser reorientadas de forma significativa em um cenário de isolamento físico. São múltiplos os desafios enfrentados para o preparo de refeições em um contexto de reorganização das atividades domésticas e familiares.

É especialmente preocupante não contarmos, no Brasil, desde o início da pandemia da COVID-19, com a coleta de dados fundamentais para o melhor e mais amplo entendimento do comportamento epidemiológico da pandemia nos sistemas de informação e notificação dos casos, a exemplo da ocupação e da atividade econômica dos indivíduos adoecidos e da possível relação do caso com o trabalho. Outros países contam com essas informações. O Reino Unido tem publicado análises epidemiológicas dos casos, incluindo análises de mortalidade por COVID-19, segundo grupos ocupacionais. Essas análises permitem melhor compreender a disseminação da doença e subsidiam a tomada de decisão quanto a locais e grupos populacionais prioritários para intervenção e prevenção. Orientações técnicas de estados, a exemplo da Bahia, Tocantins, São Paulo e outros, para proceder investigação epidemiológica adicional, com investigação em ambientes de trabalho, sempre que necessário, e notificação de casos identificados como relacionados ao trabalho, são exemplos de estratégias para reduzir estas lacunas na produção de informação. Por sua vez, é urgente que essas categorias analíticas sejam incluídas e tornadas disponíveis para todos os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 em âmbito nacional.

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 básica e aplicada em virologia, genômica, imunologia, em diversas áreas da Saúde Coletiva, entre outros campos relevantes para expandir a capacidade de resposta aos problemas de saúde relevantes para o país.

7.3. 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.

É responsabilidade da União, e cabe somente a ela, coordenar, fomentar e apoiar estratégias e ações vindas dos mais diversos segmentos da sociedade. Se os representantes governamentais de estados e municípios são responsáveis pelo desenvolvimento e implementação de ações necessárias às suas localidades, cabe ao poder central verificar a adequação às diretrizes nacionais e internacionais, respeitando especificidades, garantindo sua viabilidade com a distribuição dos recursos que lhes competem. Ademais, de igual importância é a atuação do governo federal na busca e reconhecimento das inúmeras estratégias produzidas na sociedade, isto é, ações realizadas por organizações governamentais, não governamentais e experiências comunitárias, para fortalecê-las e integrá-las no enfrentamento nacional da pandemia de COVID-19. É parte da responsabilidade dos níveis centrais de governo a produção, organização e difusão de informações corretas e atualizadas sobre a dinâmica da pandemia, à luz dos conhecimentos científicos atuais, com os recursos diagnósticos necessários e a divulgação de dados sobre magnitude e vulnerabilidade de grupos mediante a extração de variáveis sociais.

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.

7.4. 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 APS nas regiões mais vulneráveis e na fragilidade dos sistemas de informação e das ações de vigilância em 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. Além de aumentar os recursos financeiros destinados ao SUS, é necessário também aplicação ágil e eficiente dos recursos disponíveis. De modo emergencial, no cumprimento do preceito constitucional da garantia do direito à 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 CNS 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 Comissão Intergestores Tripartite (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 e de exercício do controle social (fortalecendo conselhos de saúde) para alocação de recursos federais e estaduais.

Finalmente, deve-se revogar 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 GM/MS nº 2979/2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária Saúde. Tal normativa, na contramão do princípio da universalidade do SUS, condiciona o financiamento federal da atenção básica ao cadastramento da população nos municípios, além de confrontar a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece a necessidade de submeter à aprovação do CNS as pactuações que dizem respeito aos critérios de rateio das transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

7.5. 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 fortalecida, 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 das linhas de cuidado assistenciais e das ações de promoção e vigilância em saúde.

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 a regulação sanitária seja realizada em benefício do interesse da saúde da população e que as ações de vigilância sanitária sejam mais bem articuladas às políticas de saúde.

Finalmente, o aprimoramento da gestão requer o fortalecimento das instâncias de deliberação e gestão colegiada do SUS - a Comissão Intergestores Tripartite, as Comissões Intergestores Bipartites e as Comissões Intergestores Regionais. 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 toda 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. E é necessário reforçar o papel institucional do controle social do SUS na definição e acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde.

7.6. 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-19.

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 da 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. Nesse contexto, pelo contrário, 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.

Ações comunitárias de enfrentamento à pandemia precisam ser igualmente fortalecidas, valorizadas e, sempre que possível, deve-se buscar uma atuação conjunta dos serviços e ações de promoção de saúde com tais iniciativas, possibilitando a participação social partindo do território, para além dos espaços de controle social. Ações de prevenção e promoção de saúde e bem viver nas comunidades, especialmente entre as populações mais vulnerabilizadas, têm se mostrado fundamentais para mitigar impactos biológicos e socioeconômicos da pandemia nesses contextos.

7.7. Política de educação permanente e gestão 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. 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 de forma presencial ou metapresencial, 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. É necessário prestar atenção especial aos trabalhadores que atuam nos territórios e na “porta de entrada” dos serviços de saúde como agentes de saúde, auxiliares e técnicos, que conformam a linha de frente do enfrentamento à pandemia realizando os primeiros contatos e triagem dos pacientes que, muitas vezes, não têm sua atuação reconhecida. 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-se 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.

Nesse sentido, para atendimento de pessoas com suspeita ou confirmação de contágio pelo coronavírus, também é de fundamental importância a qualificação de todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, tanto os que se encontram na linha de frente (emergências e UTIs de hospitais de referência) quanto aos demais que apoiam o cuidado nas portas de entrada de ESF, UPAS, Hospitais, SAMU etc. Isso inclui maqueiros, motoristas, recepcionistas, pessoal de limpeza e equipes administrativas dos hospitais, todos e todas essenciais para o bom funcionamento dos serviços e pela qualidade da atenção prestada à pessoa contaminada pela COVID-19.

O enfrentamento à pandemia tem produzido pouca visibilidade a uma característica singular do trabalho em saúde. Em âmbito nacional e regional, trata-se da imensa precarização das condições e das relações de trabalho em saúde observadas no Brasil nos últimos anos, especialmente a partir do aumento dos processos de terceirização e de utilização de organizações sociais na contratação de ações e serviços. As reformas trabalhista, previdenciária e a própria EC 95 trouxeram profundos impactos na organização do trabalho em saúde, com instabilidade de vínculos, rotatividade nas contratações, demissões e exonerações anuais dos mais diversos profissionais, inclusive da atenção básica, na tentativa de prestar contas aos Tribunais de Contas em cumprimento aos limites prudenciais da lei de responsabilidade fiscal, sem a mínima observância da responsabilidade social de gestores, trabalhadores e inclusive dos auditores públicos desses tribunais. A situação atual da gestão do trabalho no SUS, com insuficiência de quantitativo mínimo requerido para o atendimento às necessidades, demandas e problemas de saúde da população, para o adequado cumprimento de suas atribuições constitucionais do SUS e de seus gestores (inclusive prefeitos e governadores), com imensa precarização do trabalho, com multiplicidade de vínculos precários, com alta rotatividade, sem política explícita de valorização e manutenção da força de trabalho, já não apresentava a mínima sustentabilidade sócio sanitária para o SUS nos últimos anos; muito menos atenderá as necessidades de enfrentamento atuais e futuras da situação de pandemia.

Por último, 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.

7.8. Proteger a saúde dos/as trabalhadores/as, na saúde e em todas as áreas

No contexto da pandemia, o principal problema de saúde que afeta os profissionais de saúde envolvidos diretamente no cuidado aos pacientes sintomáticos ou diagnosticados com a doença é o alto risco de contaminação pelo SARS-CoV-2. De fato, muitas evidências confirmam o alto grau de exposição e contaminação dos profissionais de saúde. Isso demanda especial atenção de gestores de todas as esferas (municipal, estadual e federal) para que se disponibilizem aos profissionais de saúde equipamentos de proteção imprescindíveis e condições de trabalho que garantam tanto sua proteção quanto a qualidade da intervenção junto aos pacientes. 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.

O trabalho em saúde, atividade claramente e corretamente considerada essencial, vive momento de grande visibilidade pelo enfrentamento à pandemia da COVID-19, uma vez que são os seus trabalhadores que estão, de forma imediata e dramática, na linha de frente do cuidado à população, apresentando maior risco

para a COVID-19. Sobrecarga e pressão no trabalho; medo; incertezas; assédio moral; falta de um plano de biossegurança na maioria dos ambientes hospitalares; acesso limitado aos EPI, tanto na quantidade quanto na qualidade, reposição, adequação e capacitação para o uso e o descarte dos mesmos, explicam o grande número de casos e de óbitos por COVID-19 entre esses trabalhadores. Além disso, é esperado que neste cenário experimentem sofrimento psíquico, sendo necessário a organização de redes de proteção à saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, durante e depois da pandemia. Isso sem mencionar que a maioria de profissionais de saúde e trabalhadores de serviços essenciais são mulheres que também assumem a carga de trabalho doméstico, inexistente para a maioria dos trabalhadores homens, em razão das desigualdades de gênero na sociedade brasileira.

Não obstante, cabe ressaltar as distorções produzidas pelo entendimento atual de serviços e atividades essenciais, no contexto da pandemia. Atividades essenciais são conceituadas como aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade e que, quando não atendidas, colocam em perigo iminente a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população. No entanto, visando atender interesses econômicos diversos, o governo federal tem ampliado, cada vez mais, os ramos, as atividades produtivas e o número de trabalhadores incluídos nessa categoria, colocando-os em risco de contaminação pela COVID-19, com consequências para a saúde deles e de toda a população e de sobrecarga do sistema de saúde.

As iniciativas que envolvem o enfrentamento à pandemia precisam considerar as diversas possibilidades de inserção das pessoas que trabalham na saúde e nas demais áreas essenciais: estão submetidas às condições de restrição da população em geral; estão submetidas aos riscos relativos às condições e à organização do trabalho no interior de sistemas e serviços de saúde; aos riscos relacionados com o deslocamento para o trabalho, que em muitos casos se dá pelo transporte público e, por fim, estão expostos às violências mobilizadas pelas disputas de narrativas que vivemos na sociedade que envolvem a COVID-19 e as políticas públicas.

Uma das medidas de proteção física relevante para os trabalhadores de saúde é a disponibilidade adequada e constante de equipamentos de proteção individual (EPI) no local de trabalho: Máscara N95, aventais, proteção para os olhos, escudos e luvas. Considerada a proximidade dos trabalhadores de saúde com a doença, a morte, o sofrimento dos pacientes e familiares, as incertezas e vulnerabilidade, bem como o medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros das suas famílias, é recomendada a gestão dos serviços de saúde especial atenção ao sofrimento psicológico dos trabalhadores e a sua saúde mental.

Também se recomenda a adoção de medidas de proteção dos profissionais de saúde no exercício cotidiano de trabalho com: controle de infecção nas e entre as equipes de saúde, implementar exames rotineiros dos profissionais de saúde como forma de triagem, monitoramento dos sinais e sintomas manifestados e acesso rápido a assistência e afastamento do trabalho se necessário, testagem de 100 % dos profissionais de saúde, educação permanente dos profissionais para

homogeneização dos processo de trabalho das equipes de saúde e disseminação de diretrizes e atualizações técnicas.

Mas não apenas os trabalhadores da saúde apresentam maior risco de serem vítimas da COVID-19, e sim todos que precisam sair de suas casas para o trabalho. Sejam de atividades essenciais como a saúde, o transporte coletivo onde, muitas vezes encontram-se lotados de passageiros; como também todos aqueles que realizam suas atividades de trabalho em espaços confinados e ou com aglomeração de trabalhadores nos ambientes de trabalho, a exemplo dos petroleiros de plataformas; motoristas (de ônibus, caminhões, táxis, “uberizados”, metroviários), mineiros, garis, sepultadores, bancários, caixas de supermercados, indústrias diversas, trabalhadores em atividades agrícolas, operadores de teleatendimento, entre tantos outros.

Para todos estes trabalhadores, o SUS tem papel relevante no enfrentamento à COVID-19, por meio de ações de proteção, de promoção e de vigilância da saúde dos trabalhadores, tanto os que atuam em atividades essenciais como para aquelas consideradas como não-essenciais. Para a realização dessas ações, o SUS conta com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que tem nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) um importante ponto de atenção e vigilância em saúde e de apoio técnico para a rede assistencial em sua área de abrangência.

A cobrança da elaboração de planos de contingência, de prevenção e manejo de casos a serem cumpridas pelos empregadores e gestores, públicos e privados, em todos os ambientes de trabalho, conforme as normas e notas técnicas emitidas pelas autoridades sanitárias, e o fortalecimento da capacidade de fiscalização e vigilância em saúde nesses locais são fundamentais para a interrupção da cadeia de transmissão e rebaixamento do número de casos nos diversos territórios, regiões e municípios do país.

7.9. Reduzir o sofrimento psicossocial decorrente dos efeitos da COVID-19

Muitas publicações científicas recentes analisam os riscos da pandemia de COVID-19 produzir transtornos psiquiátricos na população, tal como ocorreu em epidemias ou pandemias anteriores, ou outras situações de emergência humanitária, como grandes desastres, guerras ou conflitos armados. Chama a atenção, sobretudo, o crescimento de transtornos depressivos, de ansiedade, uso abusivo de substâncias psicoativas e transtornos de estresse pós-traumático. No caso da COVID-19, alguns segmentos populacionais estariam particularmente suscetíveis de desenvolvê-los, como os profissionais de saúde à frente da assistência direta a pacientes com essa doença, além de pessoas enlutadas e outros profissionais que atuam na linha de frente do combate à pandemia ou em serviços fundamentais, a exemplo de coveiros, garis, policiais e profissionais de entrega em domicílio.

Um número expressivo de publicações nas áreas de psicologia e psiquiatria foram divulgados no sentido de orientar os profissionais de saúde, sobretudo de saúde mental, a realizar o manejo das experiências de sofrimento psíquico em

situações de catástrofe. Isto revela um campo com especificidades teóricas e clínicas que se abre diante das características de excepcionalidade na experiência humana e das graves crises psíquica, social, econômica, política e simbólica que podem provocar grandes repercussões na psique dos sujeitos. Importante destacar ainda os riscos que se sobrepõem ao enfrentamento dessas crises, e que frequentemente ocorrem, ao medicalizar, patologizar e “psicofarmacologicalizar” o sofrimento humano, reduzindo-o, distorcendo-o e até agravando-o com o desencadeamento de trajetórias de uso crônico ou desnecessário de medicações psiquiátricas, que não são inócuas em seus efeitos orgânicos e psíquicos.

Nessa perspectiva, além de garantir e incrementar o funcionamento da rede de atenção psicossocial, especialmente dos CAPS, mas também das unidades de saúde da família, é necessário produzir estratégias criativas de suporte, como telessaúde, redes de apoio mútuo, redes de solidariedade, serviços de escuta emergenciais, identificação de casos em sofrimento, realizadas especialmente por meio da atenção básica. Não se pode minimizar nem negligenciar a necessidade de estratégias de acolhimento e tratamento de um número expressivo de pessoas afetadas e que apresentam sofrimento psicossocial de forma bastante profunda, com a produção de novos rituais de elaboração de luto e de elaboração da morte. Além disso, é indispensável que se ampliem redes de proteção social por se saber que, para além de experiências extremamente dolorosas de perda, do medo coletivo e do isolamento social, parte considerável do sofrimento das pessoas advém da precária situação material e que tem sido duramente agravada em decorrência da pandemia da COVID-19.

Não se pode esquecer, ainda, da situação de pessoas em situação de manicômio, sejam eles hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas ou hospitais de custódia, que apresentam riscos aumentados de contaminação e contração da doença e de violação dos seus direitos humanos. Nesse caso, são de fundamental importância as inspeções realizadas nessas instituições totais e medidas para que as pessoas aí internadas possam ser tratadas em meio comunitário, com a assistência da rede de atenção psicossocial.

Por fim, mas não menos importante, é necessário reconhecer a situação de maior vulnerabilidade também dos trabalhadores e das trabalhadoras da área de saúde mental, diante da sua maior exposição física ao contágio e emocional ao sofrimento ampliado da sociedade, necessitando não somente de equipamentos de proteção, mas também de todo suporte psicossocial necessário, inclusive de estratégias efetivas de cuidado ao cuidador.

8. 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 têm sido fundamentais as contribuições das comunidades científicas no campo das ciências sociais na compreensão dessa complexidade.

8.1. 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.

8.2. 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. As pesquisas nas áreas das ciências sociais e humanas em saúde contribuem, de forma relevante: 1) no monitoramento da pandemia social (identificando e analisando valores culturais à base de certos comportamentos de risco, tabus, estigmatização, não adesão a medidas de proteção, além de fatores sociais que modelam diferentemente a epidemia em grupos sociais diversos, pelas desigualdades econômicas, racismo, e relações de gênero); 2) contribuindo na determinação da origem biossocial da pandemia e 3) aportando conhecimentos etnograficamente produzidos que possam ser aplicados na comunicação e informação em saúde.

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 curso. 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.

8.3. Desenvolvimento tecnológico, produção industrial e responsabilidade social

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 metalmeccânico 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.

Deve ser garantido acesso público (pelo SUS) aos medicamentos e vacinas que forem desenvolvidas contra o coronavírus – isto pode ser garantido via não permissão de patenteamento, licenças compulsórias ou pelo *pool* de patentes preconizado pela OMS. Ressalte-se ainda que, em qualquer caso, o desenvolvimento de novos tratamentos e produtos tecnológicos devem observar boas práticas e princípios bioéticos, sendo envidados esforços para garantir acesso equitativo aos insumos, como medicamentos e vacinas, cumprindo o papel social do desenvolvimento tecnológico.

8.4. Informação e Tecnologias da Informação em Saúde

O conjunto da Informações e Tecnologias da Informação em Saúde (ITIS), incluindo os Sistemas de Informação do SUS, são um bem público e estratégico que deve ser gerido por meio do diálogo dos diferentes entes federados com trabalhadores e cidadãos. A inovação tecnológica deve estar a serviço dos interesses da sociedade brasileira e da justiça social. Para tanto, faz-se necessário consolidar os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde a partir dos princípios do SUS. As políticas de fomento à inovação das TIC em saúde devem ser claras e acessíveis a todos. Faz-se necessário investimentos de capital dentro da perspectiva do bem público em saúde e o alinhamento dos interesses do complexo-econômico da saúde com o interesse social, principalmente no que diz respeito ao registro da memória genética, clínica, epidemiológica e cibercultural.

Diante de desafios complexos, as soluções precisam ser complexas. Essas só surgem a partir de processos de inovação cuja maturidade pressupõe uma

política de Estado voltada para a constituição de equipes de excelência em trabalho colaborativo, de forma gradual, nos moldes de desenvolvimentos translacionais e que leve em conta a interdisciplinaridade. Porém o governo federal, em sua errática estratégia de enfrentamento à pandemia da COVID-19, vem sabotando e bloqueando esforços de especialistas que, de forma responsável e ética, têm se dedicado a salvar vidas. Os Sistemas de Informações em Saúde, patrimônio da sociedade brasileira, construídos há décadas com rigor técnico, não fogem à regra. Passo a passo, evidenciam-se decisões de uma contínua demolição desse Bem Público da sociedade brasileira.

As estratégias de divulgação das informações referentes à pandemia da COVID-19 revelam a gravidade com que são tratados as informações e os Sistemas de Informação em Saúde no Estado brasileiro. Desta forma, faz-se imperioso o respeito à ciência no tratamento das informações em saúde, patrimônio da sociedade brasileira, que pertence a todos os cidadãos, devendo jamais servir a interesses escusos que contribuem para confundir a população sobre a crise sanitária e aumentar a desigualdade social.

A destruição desses sistemas acarreta a perda de décadas de investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e mobilização social, visto que os dados e as informações em saúde são ativos estratégicos para o processo de enfrentamento da pandemia, para a geração de conhecimento e para subsidiar ações ágeis na atenção à saúde do SUS, mitigando os efeitos da pandemia. Neste cenário, as mudanças na gestão da ITIS exigem clara compreensão do legado histórico, da cultura institucional e da busca de um modelo de governança e de gestão convergente com a defesa da res pública.

8.5. 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.

9. 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 socioeconômicos e 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.

9.1. Promover desenvolvimento com bem-estar social

Em plena pandemia, o pretense conflito entre economia e combate à COVID-19 tem sido o biombo atrás do qual o governo federal brasileiro aprofunda e avança a agenda de ajuste fiscal, com foco na redução de gastos públicos. 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, além de claramente insuficientes, parciais e controversas, seguem sendo executadas com lentidão e apatia pelos órgãos federais.

As marcas da pandemia, contudo, mostram-se profundas no desalento de mais de 60 milhões de cidadãos classificados para acesso ao auxílio emergencial, que tem se mostrado insuficiente, com um modelo de cadastro digital que exclui justamente as populações mais necessitadas, além de demora e dificuldades de acesso aos que tiveram cadastro aprovado. 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. Os reflexos aparecerão também nas formas de acesso alimentar, com consequências para o agravamento da situação de insegurança alimentar, da desnutrição, de doenças crônicas, que afetam de forma desigual os diferentes segmentos da população. 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, bem como as políticas de promoção de igualdade racial e

de gênero, fundamentais para o estabelecimento de um desenho social mais equânime.

9.2. 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 às pessoas com deficiência, 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, pessoas com deficiência e suas famílias.

Faz-se necessário, também, corrigir e reparar as distorções e os enormes danos causados pela adoção de medidas supostamente saneadoras de fraudes na Previdência Social (Lei no. 13.457/17 e Medida Provisória 871/19, depois Lei no. 13.846/19), mas que, pela forma burocrática e hostil com que foram aplicadas, resultaram no cancelamento arbitrário e, via de regra, injusto do pagamento de direitos previdenciários como pensões por morte, aposentadoria rural, benefícios por incapacidade, auxílio-reclusão, principalmente dos segurados e seguradas mais vulneráveis e fragilizados.

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 de idosos e pessoas com deficiência, assegurando sua equiparação ao salário mínimo.

9.3. 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. A cada dia ressurgem protestos contra a precarização da mão de obra de trabalhadores, como por exemplo a mobilização dos entregadores das milionárias empresas de “delivery”.

Diante do quadro de recessão mundial e nacional causado pela pandemia, são necessárias políticas anticíclicas de desenvolvimento econômico, incluindo medidas estatais proativas de promoção e geração de emprego, de ações afirmativas e de proteção aos trabalhadores, que precisarão ser expandidas durante a pandemia e nos próximos anos, incluindo a implantação da renda universal básica. Por sua vez, os retrocessos impostos pelas reformas trabalhista e previdenciária, pela lei da terceirização, pelas medidas provisórias e emendas constitucionais que atentaram contra o já estabelecido a Constituição Federal de 1988, entre outras leis que retiram direitos dos trabalhadores e trabalhadoras, devem ser revogadas para restabelecer patamares de proteção anteriores a essas reformas. Ademais, é necessário fortalecer a fiscalização do trabalho e a justiça do trabalho, importantes ferramentas para a proteção da saúde e segurança dos trabalhadores e garantia dos direitos trabalhistas.

9.4. Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional

A alimentação é essencial à sobrevivência e à saúde e, em cenários de restrição financeira, sofre corte no orçamento familiar. Isso leva a um consumo alimentar inadequado, especialmente em populações periféricas, de baixa renda, indígenas, ribeirinhas, quilombolas, em situação de rua, refugiados, migrantes, entre outras, que se tornam ainda mais vulneráveis em situações de emergência sanitária e social e, também, entre aqueles considerados em vulnerabilidade biológica (crianças, mulheres e idosos). Assim, isso tudo pode ter como consequência o aumento da fome, da desnutrição e de outras formas de carências nutricionais e

da má nutrição, comprometendo o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

As práticas alimentares possíveis, considerando a realidade diversa e desigual dos domicílios brasileiros, em termos de acesso a bens, serviços e políticas públicas, podem afetar o processo saúde doença de várias formas. Deve-se considerar o agravamento da fome, da insegurança alimentar, dos quadros de desnutrição, de doenças crônicas, além dos múltiplos reflexos de questões emocionais na alimentação cotidiana, que se agravam nessa conjuntura. Além disso, devem ser garantidas ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno e de monitoramento de situações de insegurança alimentar e nutricional, especialmente nas famílias mais vulneráveis socialmente, articulando-se intersetorialmente ações de apoio.

Além disso, os impactos da COVID-19 podem afetar negativamente o abastecimento, a produção interna e a disponibilidade, os preços, os fornecedores, o acesso geográfico, a acessibilidade e a conveniência impactando na disponibilidade local e familiar de alimentos. Fatores esses que podem agravar os índices de insegurança alimentar e nutricional da população, cujas consequências recairão sobre o SUS, onerando ainda mais serviços, em uma conjuntura de demanda excessiva da rede, em razão da COVID-19.

Nesse contexto, é necessário garantir a segurança alimentar e nutricional da população e o acesso aos alimentos adequados e saudáveis, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, com medidas de proteção no contexto da epidemia da COVID-19. Para isso, é imprescindível retomar a implementação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), junto ao conjunto de ações voltadas a garantir o cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, com prioridade para o restabelecimento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Ademais, fortalecer as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, com articulação junto aos movimentos sociais e às diversas áreas envolvidas, como as políticas de agricultura, agroecologia, abastecimento, assistência social, educação, entre outras.

Para garantir a SAN de toda a população, principalmente dos mais pobres nas cidades e no campo, o Estado precisa assumir sua responsabilidade frente aos titulares de direitos (cidadãos) e deverá atuar em dois caminhos, complementares, para garantir o acesso à alimentação adequada e saudável à população: primeiro, assegurando renda a milhões de trabalhadoras e de trabalhadores, empregadas(os) e/ou desempregadas(os), por meio do auxílio emergencial/renda básica e, simultaneamente, o controle dos mercados, impedindo a especulação com os alimentos e pelas políticas públicas de fomento à produção e de abastecimento alimentar realizadas, principalmente, em parceria com organizações da agricultura familiar e povos e comunidades tradicionais. O fomento ao Programa de Aquisição de Alimentos, em articulação com o

Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), é uma alternativa, no campo das políticas públicas, para esta expansão no território nacional.

9.5. 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 Brasil⁵ 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 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.

⁵ <http://COVID.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/beneficios/Relat%C3%B3rio-Benef%C3%ADcios-do-saneamento-no-Brasil-04-12-2018.pdf>

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. Em ambas, verifica-se a existência de barreiras de acessibilidade arquitetônica e de comunicação que afetam as pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida. 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.

9.6. Dimensões político-culturais da pandemia

Nessa interface que se pode denominar de político-cultural, representações simbólicas visuais ou narrativas alimentam um imaginário social desafiado por medidas de distanciamento físico. Isso afeta sobretudo grupos vulnerabilizados, agredidos por preconceitos culturais pré-existentes sobretudo nos universos de sociedades e culturas que foram, à força, abrangidas e inclusas pelo Estado nacional em seus domínios, ao longo da história de sua formação, como no caso dos povos ameríndios, e em vários grupos sociais dos demais povos e comunidades tradicionais.

Um dos aspectos centrais refere-se aos impactos sócio-político-culturais da pandemia no contexto dos povos indígenas, tradicionais e quilombolas, com grave violação de seus direitos fundamentais, direitos humanos e territoriais, junto ao racismo estrutural. É preciso repudiar a política genocida do atual governo federal e seu ataque sistemático aos direitos indígenas. Além disso, destacam-se as dimensões de impacto memorial, simbólico e intergeracional da pandemia da COVID-19 que afetam os povos indígenas. É preciso reconhecer, legitimar e replicar 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. Essas narrativas só se sustentariam pelo reconhecimento e articulação entre os diversos saberes e por tentativas de tradução intercultural das diferentes linguagens, e pelas experiências de saberes construídos nas lutas políticas e nos movimentos sociais.

As artes como formas de vida, presentes em todas as nossas atividades cotidianas põem em relação corpo, (o que se chama de) natureza/ambiente, cultura e espiritualidade, 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 que se denominam de 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, aquelas que são atravessadas tanto pelas atividades imaginativas quanto pelas emotivas, das lógicas e práticas científicas às referências simbólicas e espirituais.

As artes e as culturas, como instrumentos de (re)conhecimento do Outro, de criação de movimentos entre as formas de conhecer e compreender 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 multicultural. Aproveitar a pandemia para pensar as artes e as culturas como desafio criativo significa uma oportunidade para 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 dos efeitos da pandemia demanda forte mobilização e engajamento dos coletivos desses povos e comunidades tradicionais, e da sociedade envolvente como um todo, que requerem a garantia de direitos humanos fundamentais, principalmente o direito à vida. 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.

Será necessário superar potenciais preconceitos quanto a atribuir, às populações ditas vulnerabilizadas, uma suposta incapacidade de discernir entre informação séria e uma comunicação sensacionalista e equivocada. Por outro lado, há sério risco em se atribuir a esse tipo de comunicação o efeito de ansiedade e medo nessas populações, quando sabemos que a informação e a comunicação apenas fazem parte de um conjunto complexo de vetores e fatores, de ordem cultural e sócio-política. O principal determinante da ansiedade generalizada nessa crise da pandemia da COVID-19 é a incerteza do futuro, acentuada pela falta de

credibilidade de governantes e autoridades políticas, implicando uma reduzida governabilidade sobre a própria vida a que todos estamos submetidos, em maior medida principalmente a população desprovida de condições mínimas de uma vida digna e saudável.

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 e não puderam viver o luto com plenitude, impedidos de ritualizar a partida de entes queridos. Isso implica criar e manter 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 que também 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.

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. Nesse sentido, de modo a respeitar as especificidades e singularidades dos diferentes saberes e cosmologias e as diversidades humanas existentes na população brasileira, é imprescindível lançar mão de ferramentas e dispositivos próprios das áreas sociais e humanas que permitam gerar um acompanhamento etno-socio-ambiental referenciado temporalmente.

Para tanto, é necessário a realização de análises longitudinais da situação da pandemia da COVID- 19, desenvolvidas a partir de conhecimentos produzidos, principalmente de forma interdisciplinar, pela sociologia, antropologia, história, ciências políticas e ciências ambientais com o objetivo de orientar o planejamento estratégico de ações de enfrentamento. Para esse trabalho, destacam-se as iniciativas metodológicas participativas, implicadas e não extrativas, apoiadas em ferramentas e dispositivos tanto de produção de conhecimento compartilhado quanto de diálogo na produção de soluções, além de metodologias mais tradicionais ao modo das etnográficas, historiográficas, surveys, entre outras. Promove-se dessa maneira a produção de conhecimento crítico e aberto à diversidade de epistemologias, capaz de apontar indicadores etnosocioambientais relacionados à produção, configuração ecosociodemográfica e formas de reprodução da epidemia, desenvolvidos a partir de determinantes sociais, condicionantes simbólicos, além de marcadores interseccionais da epidemia. Vislumbra-se também a identificação e descrição de formas de enfrentamento à pandemia e mudanças nas relações sociais e nos modos de vida operadas no contexto de diferentes povos, grupos e segmentos sociais.

10. 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. Os idosos, no cenário da COVID-19, são internacionalmente considerados população sob maior risco de adoecimento grave e de morte. Nosso idoso, pela cronologia, é relativamente “mais jovem”, quando comparamos idade e frequência de adoecimento com aqueles idosos de inúmeros outros países, entretanto são da mesma forma gravemente atingido pelo novo coronavírus como consequência de comorbidades. Hipertensão, diabetes, obesidade são características de população de baixa qualidade alimentar e de vida, em geral. Além da vulnerabilidade identificada pela idade avançada, 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 mulheres, povos indígenas, população negra, quilombolas, população LGBTI+, favelados, migrantes, refugiados, usuários da saúde mental e drogas, população privada de liberdade, ribeirinhos, pescadores artesanais, marisqueiras, geraizeiros, povos ciganos acampados, travestis, prostitutas e outros trabalhadores do sexo, pessoas com deficiência e população em situação de rua.. 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 iniciativas existentes de renda familiar adequada, tendo no horizonte a possibilidade de implantação de um programa de renda universal básica, incluindo a adesão a medidas de controle da pandemia como uma de suas condicionalidades. Diferentes propostas de renda mínima, básica, de cidadania, universal ou incondicional, têm sido testadas em cidades de diferentes países tais como Grenoble na França, Barcelona na Espanha, províncias do Canadá, como Toronto, vilas rurais do Kênia e Namíbia no caminho da “erradicação da pobreza” e da “garantia da subsistência e dignidade da população”, alternativas a programas tipo bolsa família, auxílios emergenciais, benefícios da prestação continuada, entre outros benefícios, melhor dimensionados mais adiante. Nesse contexto, é primordial a garantia do direito humano à alimentação adequada por meio da implementação das obrigações do Estado brasileiro de respeitar, promover, proteger e prover a alimentação adequada e saudável.

Oportuno salientar que, para o cumprimento de seu dever constitucional numa sociedade democrática, as autoridades de saúde devem estar permeáveis às críticas, especialmente as que chegam das organizações da sociedade civil organizada como os movimentos em defesa de interesses de grupos sociais vulnerabilizados. 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.

10.1. 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 suscetível à forma grave da doença, tornaram-se o foco de atenção, sobretudo com intersecções de gênero, raça e classe social. 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, idadeísmo e a necessidade de políticas públicas que enfrentem essas questões com a participação dos idosos. As ILPIs indicaram importantes fragilidades que demandam políticas intersectoriais 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.

10.2. 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. É lamentável e inaceitável que a maioria das grávidas que morreram por Covid-19 no mundo são brasileiras. 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. A garantia do funcionamento dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva como serviços essenciais durante a pandemia torna-se fundamental para o provimento do planejamento reprodutivo, do acompanhamento pré-natal, de um parto em condições seguras e de forma humanizada, bem como do atendimento dos casos de interrupção da gravidez previstos em lei.

10.3. 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 à 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. 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. Nesse sentido, é preciso incluir lideranças legítimas e representantes da população negra na concepção, implantação e governança de toda e qualquer a ela ação relacionada. 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.

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.

10.4. 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 e orientação sexual, 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 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. Há que se garantir o fortalecimento da Política Nacional de HIV/AIDS e a rede de atenção para o enfrentamento do HIV, incluindo a manutenção da terapia antirretroviral e da profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) para os grupos vulneráveis, incluindo os LGBTI+. 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.

10.5. Reduzir impactos negativos da COVID-19 nas populações indígenas

A pandemia COVID-1 afeta de modo particular os povos originários, populações que sobrevivem há 520 anos ao processo colonizatório no Brasil. Considerando sua ampla diversidade no país (305 etnias que falam 274 idiomas) e seu pequeno contingente populacional (0,4% da população nacional), mas ao mesmo tempo as profundas iniquidades em saúde que sofrem e ao progressivo escalonamento da violência e desrespeito do Estado aos seus direitos, cabe demandar visibilidade

para suas problemáticas. Nesse momento, emerge um sério risco de genocídio e epistemicídio, o que implica não somente perda de vidas, mas de memórias, línguas e conhecimentos únicos.

Com tamanha diversidade étnica-cultural as estratégias de enfrentamento da pandemia precisam ser também particularizadas. Por meio da lei 9.836/99, foi estabelecido um subsistema de saúde indígena (SASI-SUS) que oferta atenção primária à saúde (APS) em territórios indígenas, portanto, aporta questões específicas para a APS e para a relação com demais gestores. 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. São cerca de 400 mil indígenas que, por residirem fora das terras indígenas, não são assistidos pelo SASI-SUS e tem dificuldades no acesso a rede SUS; a responsabilidade pela atenção desses indígenas 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 invisibilizadas 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 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,⁶ 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% 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

⁶ <http://COVID.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

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.

Ressalta-se que, nos últimos anos, acirraram-se os ataques aos direitos indígenas, particularmente ao processo demarcatório e proteção dos territórios indígenas. Essas invasões e ataques afetam os modos de vida desses povos, mas também a proteção ambiental dos seus territórios, pois resultam em aumento do desmatamento, uso indiscriminado de agrotóxicos e contaminação de água e solos, que afetam a saúde de toda população.

10.6. Reduzir impactos negativos em povos ciganos acampados

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 legislação⁷, 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.

10.7. Necessidades particulares de atenção a migrantes e refugiados

Trata-se de estratos da população em situação extrema de precariedade, tanto nas condições de trabalho/emprego quanto de moradia, muitas vezes sem acesso a produtos de higiene e remédios. Por isso, encontram-se sujeitos a todo tipo de exploração, tornando-se neste momento mais vulneráveis ao trágico contágio em larga escala. Além disso, sofrem preconceito, racismo e xenofobia em suas vidas cotidianas.

A OMS, o ACNUR e a OIM têm recomendado repetidamente que os planos nacionais de saúde e os sistemas de vigilância e alerta projetados para lidar com o COVID-19 incorporem refugiados e migrantes. Deve-se dar prioridade a planos concretos para descongestionar os campos ou assentamentos superlotados em que vivem, transferindo pessoas vulneráveis para moradias mais seguras e saudáveis. Uma medida geral de controle da pandemia da COVID-19 foi o fechamento das fronteiras dos países. Essa ação trouxe muitas preocupações e angústia aos migrantes e refugiados que estão vivendo no Brasil, pois não é possível viajar para encontrar familiares nos países de origem.

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 migrante e refugiado tem os mesmos direitos que os nacionais, incluindo a proteção à vida e à saúde, direitos fundamentais. Segundo a Constituição, a Lei orgânica do SUS 8080/90, 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 e trabalho.

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

⁷ 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

é, antes de tudo, uma questão humanitária. É importante ressaltar que grupos de migrantes têm sido identificados em condições de trabalho precárias e até em condições análogas a de trabalho escravo; o que implica em garantir-lhes também o acompanhamento, proteção e vigilância também nos locais de trabalho.

10.8. 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 urgente a incorporação da população prisional nos sistemas de vigilância epidemiológica estadual, com notificação dos casos de Síndrome Gripal como casos suspeitos de COVID-19. Quando for possível, após avaliação de periculosidade, recomenda-se libertar ou passar para prisão domiciliar os pacientes mais idosos, com co-morbidade e, especialmente, mulheres grávidas.

A gravidade da situação 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 a medidas já em curso, embora ainda lentas, de aplicação da prisão domiciliar para aqueles que não cometeram crimes violentos.

10.9. Proteger populações em situação de rua

As necessidades e demandas referidas neste capítulo 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 períodos de quarentena e reforço de medidas de distanciamento físico. 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, distribuir kits com sabão, álcool-gel e outros produtos de higiene e água potável em garrafas descartáveis, além de manter restaurantes populares abertos com horário mais amplo e entrega gratuita de alimento. Acomodar em imóveis apropriados às pessoas em situação de rua que precisam de isolamento e disponibilizar abrigo protegido para pessoas, suas carroças e animais de estimação. No plano assistencial, deve-se priorizar pessoas em situação de rua nas campanhas de vacinação, em paralelo a aumentar os recursos e ampliar as equipes para os Consultórios de Rua e similares.

10.10. Atender às singularidades das pessoas com deficiência

O Brasil é signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPCD), documento que conceitua pessoas com deficiência como sujeitos com impedimentos “de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”.

A ratificação deste documento formaliza o compromisso do país na promoção e garantia dos direitos humanos de 23,9% da população brasileira que apresenta alguma deficiência, conforme o Censo de 2010. Essa pesquisa demográfica também revela outras características fundamentais: este percentual é majoritariamente formado mulheres e por pessoas que tem como renda familiar até um salário mínimo ou mais; a distribuição no território mostrou uma mesma proporção de domicílio entre zonas urbanas e rurais; a maior incidência registrada é de pessoas com deficiência visual, seguida de deficiência motora, auditiva e intelectual. Esse breve cenário possibilita compreender o horizonte de ações diversificadas que precisam ser realizadas para contemplar pessoas com deficiência num contexto de pandemia, em todo o território nacional.

Durante o primeiro trimestre de emergência nacional da pandemia, percebeu-se a insuficiência das ações governamentais, incapaz de abranger as especificidades de toda a população. As diretrizes e normativas dos órgãos públicos, instituições e organismos de saúde para o enfrentamento da COVID-19, frequentemente não contemplam as singularidades das pessoas com deficiência porque são direcionadas à “população em geral” a partir de preceitos universais sobre corpo, cuidado e práticas de saúde, o que contribui para uma maior vulnerabilidade desse segmento populacional. Para as pessoas com deficiência, o distanciamento físico é difícil ou impossível de seguir porque elas dependem de uma rede de cuidadores; suas necessidades de saúde e de reabilitação costumam ser adiadas, ignoradas ou negligenciadas. No caso das pessoas surdas, máscaras opacas impedem sua comunicação por meio da leitura labial; seu uso pode se tornar inviável para pessoas com limitações motoras em membros superiores ou com deficiência intelectual; pessoas cegas necessitam tocar em pessoas e coisas para poderem se orientar e locomover no espaço. Especificidades de pessoas que

utilizam meios auxiliares de locomoção são desconsideradas, sobretudo quando se trata de orientações relacionadas a higienização de objetos de uso pessoal.

Mundialmente, pessoas com deficiência compõem um grupo populacional com vulnerabilidades sociais que experienciam situações de exclusão social que decorrem da histórica e monolítica concepção de que a deficiência é uma tragédia pessoal, onde o caráter exclusivo dos danos às estruturas e funções corporais é o único determinante de incapacidade e, portanto, sujeita à caridade, benemerência e medicalização. Tal concepção desconsidera a complexidade relacional entre determinado impedimento corporal e o contexto social, cultural, político e econômico, locus da vida cotidiana das pessoas e do encontro da diversidade em todas as suas formas.

11. RESPONSABILIDADES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos fundamentos e nas análises apresentadas neste documento, um conjunto articulado de proposições, com os devidos embasamento científico e detalhamento técnico, está sendo elaborado, discutido, negociado, estabelecido 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.

Considerando o caráter singular, complexo e diferenciado de eventos críticos como uma pandemia, as características biomoleculares do SARS-CoV-2, os aspectos clínicos e a dinâmica epidemiológica da nova coronavirose, as suas peculiaridades ao se abater sobre a população brasileira e as dificuldades da conjuntura política e econômica do Brasil 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 infectividade da COVID-19 e à ausência de tecnologias farmacológicas e clínicas efetivas para prevenção e tratamento, a melhor alternativa para a mitigação dos danos à saúde individual e coletiva é investir no controle da transmissão, associado ao suporte financeiro e apoio social, sem descuidar da redução de complicações, sequelas e mortalidade entre aqueles que foram infectados. É importante 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 e com a participação consciente de todos 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 dos danos provocados pela pandemia da COVID-19, tendo como competência irrecorrível propor e coordenar ações e políticas emergenciais, necessárias e suficientes para controlá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais. Nesse contexto, no auge da pandemia, a interinidade e ausência de expertise na direção do MS são inconcebíveis. A definição de um gestor máximo da área com conhecimento e articulações no setor e com autonomia para agir é uma prioridade inadiável.

Além das estratégias sanitárias e epidemiológicas, frente à crise, muitas medidas são necessárias, notadamente as 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 (diretas e indiretas) de gênero, raça/etnia, classe social e outras, que impactam sobretudo as mulheres 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 a preservação de empregos, a abertura de créditos a médios, pequenos e microempresários, a manutenção de renda adequada às famílias e a proteção emergencial da vida de segmentos vulnerabilizados da sociedade.

Como prioridade, deve-se garantir os direitos constitucionais dos povos indígenas, particularmente quanto à proteção dos seus territórios, implicando a obrigação do Estado de consultar os povos indígenas em suas ações e o respeito a autodeterminação desses grupos, particularmente dos povos isolados e recém contatados. Tais medidas devem ser complementares aos mecanismos de proteção social já existentes (previdência, seguro desemprego, benefício de prestação continuada, Bolsa Família e equivalentes) e não podem ser tomadas como justificativa para destruir o que resta do Estado Social brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988. Saliente-se que as Medidas Provisórias nº 927 (vigente, em discussão no Senado Federal) e nº 936 (convertida na Lei nº 14.020, em 6/7/2020) vão na contramão desses princípios, ampliando a destruição de direitos trabalhistas e previdenciários, na esteira das medidas de enfrentamento da pandemia. Faz-se necessário conceber e avançar estratégias para que sejam revertidas, revogadas e não prosperem.

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 uma forma tal que os efeitos só são percebidos cerca de duas semanas depois de adotadas 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”. Com efeito, a suspensão em bloco das medidas de restrição não permitiria avaliar o peso de cada medida específica na transmissão e tornaria mais difícil o retorno, eventualmente necessário, a restrições mais rígidas à mobilidade.

No estágio em que se encontra a pandemia no país em meados de 2020, as seguintes medidas e ações, na esferas política geral, já deveriam ter sido tomadas. Como ainda não o foram, além de necessárias, são agora urgentes 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 bom 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. Deve ser garantido acesso público (pelo SUS) aos medicamentos e vacinas que forem desenvolvidas contra o coronavírus, o que pode ser garantido via proibição de patenteamento, licenças compulsórias ou pelo *pool* de patentes preconizado pela OMS.
 6. Em cooperação tripartite, cabe às autoridades políticas assegurar o provimento e a fixação de profissionais e a infraestrutura básica, com sistema de referência e contra referência, na atenção primária à saúde (APS), particularmente em regiões remotas, considerando que o acesso a serviços profissionais constitui fator determinante para a saúde das populações e, em particular, de povos tradicionais, pessoas com deficiências 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, preservação de empregos, oferta 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 sociais.
 8. Cabe às autoridades políticas, em todas as esferas de governo, garantir o acesso à água potável e ao saneamento básico, fundamentais para o enfrentamento da COVID-19 e outras doenças, para a Segurança Alimentar e Nutricional e para a qualidade de vida em geral.
 9. As autoridades políticas devem implementar medidas urgentes frente às demandas gerais e à proteção social das pessoas com deficiência:

- a. Assegurar uma renda básica emergencial desvinculada da renda familiar, incluindo compensação financeira para familiares e cuidadores;
 - b. Garantir a manutenção do trabalho com inserção produtiva.
 - c. Assegurar a educação inclusiva em todo o processo educacional remoto durante a pandemia;
 - d. Suprimir a medida cautelar que impede a vigência da lei Nº 13.181/2020, sobre o aumento da renda *per capita* para acesso ao BPC;
 - e. Endossar o atendimento prioritário nos serviços públicos essenciais.
10. No que diz respeito à proteção social dos segmentos populacionais mais afetados pela pandemia, como trabalhadores informais e os desempregados, bem como grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade, 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 “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, independentemente de qualquer situação;
 - e. Melhoria da eficiência na concessão dos vários tipos de benefícios sociais (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.
 - g. Criação de um Comitê de monitoramento da pandemia entre migrantes e refugiados, incluindo-os nos planos de combate à pandemia, a eles fornecendo autorizações de trabalho temporárias, independentemente do seu status legal no território nacional.
 - h. No contexto indígena, formulação e implementação de medidas e planos específicos de enfrentamento da COVID-19, com participação de suas entidades e representações, cumprindo integralmente as recomendações feitas pelo Ministério Público Federal (Recomendação nº 11/2020-MPF, de 2 de abril de 2020).

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. 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 são imperiosas e urgentes:

11. O Ministério da Saúde deve 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.

12. O Ministério da Saúde precisa também operar com a responsabilidade e a diligência que a gravidade da crise sanitária exige, garantindo aplicação e repasse tempestivos dos recursos disponíveis, com critérios de transferência para estados e municípios devidamente pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.
13. O Ministério da Saúde deve ainda atuar junto a outros Ministérios, bem como junto aos outros poderes da República, a fim de acompanhar a implementação emergencial e ampliação das medidas de proteção social e apoio a trabalhadores, desempregados, setores e grupos vulnerabilizados da população.
14. O Subsistema de Saúde Indígena (SASI), parte integrante do SUS, necessita de fortalecimento das articulações com demais gestores de nível municipal, estadual e federal, com expansão da rede de atenção primária em territórios indígenas, garantia da integralidade da atenção dos usuários do subsistema e garantia de acesso ao SUS dos indígenas residentes em áreas urbanas não assistidos pelo SASI-SUS, respeitando suas especificidades socioculturais.
15. Nos planos estaduais e municipais, cabe às autoridades sanitárias respectivas, Secretários e Secretárias de Saúde, a formulação e a implementação de planos de enfrentamento da pandemia equivalentes e ajustados às respectivas realidades, considerando as especificidades dos diferentes grupos vulnerabilizados.
16. 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 mediante investimentos em pessoal qualificado, processos e equipamentos, considerando a segurança da informação e assegurando o direito à privacidade da população.
17. 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, etnia, nacionalidade, ocupação, município de residência e ocorrência, com divulgação de informações integrais pelo Ministério da Saúde, de forma oportuna e transparente.
18. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por prover as condições para que 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, priorizando a investigação dos casos de COVID-19 relacionados ao trabalho.
19. 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, identificação e isolamento de infectantes e restrição de viagens domésticas e internacionais.
20. 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.
 21. 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 (R_t) 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%.
 22. 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, respeitando os direitos individuais, o sigilo e a confidencialidade.
 23. 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.
 24. 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 para apoio à análise epidemiológica, bem como para ações de formação dos trabalhadores em saúde e de apoio aos serviços de saúde.
 25. 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.

26. Os recursos da saúde devem ser aplicados de forma equitativa, considerando as necessidades gerais da população e as necessidades específicas de grupos expostos à maior vulnerabilidade econômica e social, conforme apresentado neste Plano.
27. 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.
28. 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.
29. A criação de Equipes Emergenciais de Saúde ou similares, já implementadas 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.
30. Em todos os níveis do sistema de saúde, deve-se realizar campanhas de comunicação social sobre a COVID-19 para precaução, prevenção da doença, proteção e atenção em saúde com orientações claras e embasadas em conhecimento científico, sem deixar de considerar as diversidades socioculturais e linguísticas de nossa sociedade. Organizações comunitárias e movimentos sociais devem ser apoiados no desenvolvimento de estratégias comunicacionais adequadas às possibilidades de cada território, visto em toda sua amplitude.
31. Devem ser elaboradas e implementadas estratégias e medidas de cuidado em saúde mental, compondo um plano complementar de enfrentamento de transtornos psiquiátricos e agravos à saúde mental, com apoio das práticas integrativas e complementares.
32. Cabe às autoridades sanitárias a implementação de medidas urgentes destinadas à proteção da saúde e da vida das pessoas com deficiência:
 - a. Considerar pessoas com deficiência como grupo de risco, conforme orientações da ONU, OMS e OPAS.
 - b. Garantir plena acessibilidade aos meios de informação e comunicação, contemplando: comunicação simples, legenda, Braille, LIBRAS, audiodescrição e arquivos de texto acessíveis.
 - c. Assegurar o cuidado singular nas unidades de urgência e emergência, incluindo acompanhantes para aqueles que necessitarem;
 - d. Coibir medidas discriminatórias de acesso ao cuidado especializado;
 - e. Formular protocolos para a retomada de serviços especializados para pessoas com deficiência no âmbito da saúde e da assistência social, principalmente aqueles de habilitação e reabilitação.

33. Cabe às autoridades sanitárias a implementação de medidas de prevenção da transmissão do COVID-19 no âmbito hospitalar, como:
- a. Pacientes de COVID-19, casos suspeitos ou confirmados, internados em ambiente hospitalar devem compor coortes específicas e estar fisicamente separados dos demais pacientes.
 - b. Precauções universais e específicas relativas à transmissão do vírus por contato e via respiratória devem ser estabelecidas, como o uso de EPIs adequados aos procedimentos a serem realizados, higienização das mãos, estabelecimento de medidas administrativas e de engenharia que permitam fluxos adequados e ventilação, exaustão e refrigeração para reduzir a presença do SARS Cov-2 nos ambientes de cuidado.
 - c. A escuta e o suporte emocional aos profissionais de saúde e a educação permanente são dois instrumentos fundamentais para aumentar o grau de resiliência dos trabalhadores de saúde e para reduzir riscos e danos para pacientes e profissionais associados ao cuidado, seja em relação a COVID-19 ou não.

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 e do Sistema de Vigilância em Saúde precisam adequar o funcionamento da rede, do sistema 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 gestores do SUS.

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 ponto de vista logístico, para oferecer aos doentes um cuidado com qualidade, equidade e humanização, garantindo a segurança dos profissionais da saúde e outros trabalhadores. A reorganização dos fluxos de pacientes nas redes de atenção pressupõe readequar as funções dos diferentes pontos de cuidado, 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 dar maior consistência e efetividade às ações e práticas de controle da pandemia:

34. 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.

35. Os gestores do SUS devem pôr em funcionamento Centrais de Teletendimento 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 e com monitoramento da evolução dos mesmos.
36. Ferramentas tecnológicas (como aplicativos de telefones móveis) poderão ser utilizadas para localização, monitoramento e controle dos casos durante o período infeccioso, respeitando sigilo e confidencialidade, visando a identificar infectantes e bloquear cadeias de transmissão.
37. 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 evitar a infecção de trabalhadores de saúde e de usuários.
38. 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 casos suspeitos quanto à evolução clínica, realizar vídeoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento.
39. 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.
40. A busca ativa de casos deve ser realizada por equipes das redes de atenção à saúde, também em locais de trabalho. Essas equipes 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 e a suspensão das atividades em ambientes de trabalho insalubres ou transmissores de infecção pelo coronavírus.
41. 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.
42. 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.

43. 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.
44. 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, particularmente para as regiões remotas e municípios distantes das capitais.
45. 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, respeitando-se as tabelas de pagamentos do SUS em vigor.
46. 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, sendo dada atenção especial ao fluxo e regulação para usuários provenientes do Subsistema de Saúde Indígena.
47. 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, aquelas que residem sozinhas, ainda que não estejam graves, e quem vive em contextos que inviabilizam isolamento e distanciamento físico.
48. 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.
49. 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 atendimento presencial para as gestantes e neonatos de alto risco, em condições adequadas de segurança.
50. 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.
51. 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.
52. 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. Os seguintes protocolos devem ser seguidos, na APS, UPAs e SASIs:
- 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.
53. O transporte dos pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência deve ser ponto essencial do planejamento da rede assistencial para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos; atenção especial deve ser dada a municípios e usuários residentes em regiões remotas que podem necessitar de logística complexa como barco, avião ou helicóptero.
54. O acesso a recursos de alto custo como as Unidades de Terapia Intensiva e as tecnologias utilizadas para o cuidado de pacientes graves não deve ser subordinado a preconceitos de qualquer natureza (idade, comorbidades, situação social ou quaisquer outros), mas exclusivamente orientado pelas necessidades clínicas dos pacientes.
55. 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. Deve ser garantido, através de estoque estratégico, que medicamentos essenciais não falem para os pacientes. A utilização de medicamentos *off label* deve ser limitada a participantes de projetos de pesquisa devidamente aprovados pelo sistema CEP/CONEP.
56. 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.
57. Cabe aos gestores do SUS implementar e assegurar as condições de funcionamento de Comissões de Bioética Hospitalar, de modo a favorecer a reflexão e a discussão coletiva de dilemas morais que surgem localmente e a auxiliar profissionais, pacientes e familiares nos processos de tomada de decisão.

58. Deve-se instituir protocolo de consentimento para assegurar aos pacientes de COVID-19 o direito de identificar, no momento da internação e isolamento, uma pessoa de sua confiança que possa atuar como “decisor substituto” quando ele próprio não puder decidir.
59. Deve-se também instituir mecanismos de comunicação entre o hospital e a família dos pacientes internados/isolados, com a escolha deste indivíduo de contato sendo realizada pelo paciente, para que a família tenha acesso regular e confiável sobre o estado de saúde de seu ente querido.
60. Devem ser aprimoradas as ações de educação, informação e comunicação em saúde para a população em geral, preferencialmente em parceria com representantes dos movimentos e iniciativas locais, abordando medidas de prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis e outros agravos relevantes, por meio de interação social e compartilhamento de saberes.
61. 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 maior variedade de mídias e meios de comunicação, como rádios comunitárias, orelhões, internet, *podcasts*, transmissões ao vivo em redes sociais, grupos de *whatsapp*.
62. Essas estratégias devem ser desenvolvidas em conjunto com as comunidades afetadas de modo a favorecer sua efetividade e sua adequação aos distintos contextos socioculturais, o que inclui a necessidade de ações de educação em saúde antirracistas, pela igualdade de gênero e pelo respeito à diversidade, orientadas por pedagogias emancipadoras baseadas em diálogo e construção compartilhada de conhecimento.

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. 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:

63. A sociedade deve exigir e conquistar acesso à informação acurada, certificada e útil, conscientizando-se da gravidade da crise e, em consequência, deve compreender e aderir às medidas de controle epidemiológico. As informações devem ser amplamente difundidas, pela maior variedade possível de veículos de comunicação e plena diversidade de estratégias comunicacionais.
64. Para vencer a pandemia, é preciso intensa mobilização social em prol do direito aos cuidados de saúde de qualidade, em defesa do direito à vida e à saúde, nas organizações independentes da sociedade civil de defesa de direitos de grupos sociais e organizações de grupos marginalizados como

moradores de favelas e periferias das cidades, inclusive em torno de atividades culturais, que se fundamentam no princípio ético da igualdade e no exercício da solidariedade.

65. A sociedade como um todo, considerando a diversidade e o direito à inclusão de todos os grupos sociais, deve lutar pelo reconhecimento e pela 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.
66. É importante a mobilização das competências de inovação tecnológica em saúde, nas universidades e demais centros de pesquisa, com financiamento público estratégico para que instituições públicas, em parceria com incubadoras e empresas nacionais, possam desenvolver capacidade nacional de provimento de infraestrutura tecnológica para suporte às ações de saúde.
67. A sociedade e, em especial, as instituições científicas devem criar de comitês de pesquisadores de diversas áreas que possam monitorar, avaliar e propor inovações para o melhor funcionamento e transparência dos sistemas de informação conferindo maior credibilidade aos dados
68. 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 todas as esferas de governo, assim como exigir que outros canais sejam abertos à participação comunitária.
69. 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.
70. Neste contexto, é fundamental promover a Cultura de Paz pelo conjunto de seus valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados nos seguintes princípios:
 - a. Respeito à vida, fim da violência e promoção e prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação;
 - b. Promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, rejeitando práticas racistas, sexistas, LGTB+fóbicas ou qualquer discriminação fruto do ódio e da intolerância;
 - c. Reconhecimento e respeito aos diversos saberes e práticas de saúde e cuidado.
 - d. 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 a serem aplicadas nas diferentes esferas de governo 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.

12. 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. Inserem-se aqui os agravos causados pelos diferentes tipos de violência que assolam o país há décadas, que se agravam no tempo a depender do cenário, tal como a violência doméstica e a institucional na vigência da pandemia de COVID-19. Os serviços de saúde, em especial as emergências e a atenção básica, no contexto da pandemia, congestionam-se, colapsam e se tornam inacessíveis a usuários afetados pelas patologias já prevalentes, tal como ocorre com as doenças crônicas endêmicas no país.

A pandemia representa uma oportunidade ímpar para readequar condições e processos de trabalho que reduzam ao mínimo contaminações e doenças decorrentes de cargas de trabalho. Nessa direção, recomenda-se a redução das jornadas de trabalho da equipe de enfermagem para 30 horas semanais, aumento do número de profissionais por leito, local adequado para descanso e suporte psicológico para toda equipe de saúde. Para os demais setores econômicos, o redimensionamento dos postos e trabalho que viabilizem o distanciamento adequado, proteção física entre os fluxos de trabalho, reorganização de jornadas de 44 horas semanais para 40 horas, com vistas a viabilizar o devido descanso físico e psicossocial. A formalização de trabalhadores precarizados representa um suporte social imprescindível e que deve ser implementado de forma crescente durante e após a pandemia.

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, particularmente para os povos indígenas e comunidades tradicionais. Inundações, deslizamentos, tempestades 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. Nesse sentido, não é possível pensar em um chamado “novo normal” em que isso signifique considerar a situação anterior como normalidade, na ausência dos serviços essenciais, especialmente dos serviços de saúde, na precarização do trabalho e todas as iniquidades e desigualdades que afetam diretamente a classe trabalhadora. Aspectos de uma tragédia social que a pandemia veio evidenciar.

A pandemia da COVID-19 acentua que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção social, sem emprego e renda, povos indígenas e comunidades tradicionais, populações em geral sem acesso adequado a cuidados de saúde e a informações, 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, os direitos humanos e as medidas de proteção do meio ambiente, 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 demandas e a participação efetiva 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 – Paineis: 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 – Paineis: 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 – Paineis: Gestão pública: vícios privados?
- 3 de julho - Paineis: Os novos desafios para o Complexo Industrial da Saúde – Insumos, produtos e regulação.
- 7 de julho - Colóquio: Dados e Sistemas de Informação para enfrentamento de pandemias e epidemias
- 10 de julho - Paineis: Para onde vai o SUS após a pandemia de COVID-19?
- 24 de julho - Paineis: As marcas do isolamento social na população: serão passageiros?
- 31 de julho - Paineis: Financiamento público e políticas sociais: perspectivas além da pandemia.
- 04 de agosto - Colóquio - Como a APS está enfrentando a pandemia de Covid-19 no Brasil? Resultados da pesquisa nacional
- 05 de agosto - Paineis: Imunidade natural ou imunidade coletiva à Covid-19
- 06 de agosto - Paineis: Desafios da avaliação em saúde frente à pandemia da COVID 19
- 11 de agosto - Paineis: História e crises sanitárias
- 12 de agosto – Paineis: GT Envelhecimento: Idadismo e a pandemia de coronavírus - só o fez aumentar!
- 13 de agosto - Colóquio: Como promover Saúde Mental de Crianças e Adolescentes durante a suspensão e retorno escolar
- 18 de agosto - Paineis: Contribuição de PICS em tempos de Covid-19
- 19 de agosto – Paineis: GT Envelhecimento: Os desafios do SUS frente às necessidades dos idosos na pandemia do Covid-19
- 20 de agosto - Paineis: ‘Saúde sexual, Direitos Humanos e a Lei’ – Reflexões a luz do documento da OMS traduzido para o Português
- 26 de agosto - Paineis: O impacto da Covid-19 na saúde: a questão das instituições de longa permanência para idosos
- 1º de setembro - Colóquio: Saúde coletiva, formação e trabalho - o olhar de docentes, discentes, egressos dos bacharelados em saúde coletiva e da gestão do SUS para o enfrentamento da pandemia
- 03 de setembro - Paineis: A prática da vigilância sanitária no enfrentamento da pandemia de Covid-19
- 08 de setembro - Colóquio - O papel da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no enfrentamento à Covid-19
- 09 de setembro - Paineis: Equidade em Saúde Global no contexto da pandemia
- 10 de setembro - Paineis: Equidade em Saúde Global no contexto da pandemia
- 15 de setembro - Diálogos: Educação Popular e Cidadania – Estratégias de implementação do Plano de Enfrentamento à Pandemia de Covid-19
- 16 de setembro - Covid-19 e Envelhecimento: reflexões sobre racismo e saúde

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 – Paineis - Niterói em Defesa da Vida, Contra a COVID-19.
29 de Abril – Paineis - 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 – Paineis - A UFRJ - Macaé no Enfrentamento da COVID-19.
02 de Maio - Roda de Conversa - Psicologia e Povos Indígenas.
06 de Maio - Paineis - Educação Popular no Combate à COVID-19
09 de Maio - Debate - Experiência do Consórcio Nordeste no Controle da COVID-19.
16 de Maio – Paineis - 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 – Paineis - 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.
03 de Julho - Frente pela Vida - Lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19
13 de Julho - Protocolos para o Retorno às Aulas: Experiências Internacionais e Nacionais
16 de Julho - Chamada 14º Congresso Internacional da Rede Unida
18 de Julho - Medicinas Indígenas e o Cuidado à Covid-19
22 de Julho - Portugal e Brasil: Experiências de Enfrentamento da Covid-19 na Rede Básica
01 de agosto - Cuidado como Método
03 de agosto - Documentário - Cuidado como Método: arte, política, clínica
07 de agosto - Papel do Enfermeiro e Téc de Enfermagem na APS Frente à Pandemia de Covid-19
08 de agosto - Negacionismo e Política na Pandemia?
10 de agosto - Cuidado no Entre Profissional - Emerson Merhy
15 de agosto - Movimentos Sociais no Brasil e Chile, e o Enfrentamento à COVID-19
22 de agosto - A Pandemia de COVID-19 e os Corpos Negros
28 de agosto - Diálogos Interprofissionais sobre a Formação na Saúde - Dialogismo e Arte na Gestão em Saúde: A Perspectiva Popular nas Cirandas da Vida
01 de setembro - O texto como personagem - produção de narrativas sobre o cotidiano do trabalho
02 de setembro - Planejamento em Saúde Bucal no Contexto da Covid-19
03 de setembro - Diálogos Interprofissionais sobre a Formação na Saúde - Crise Civilizatória e Formação na Saúde: o que estamos construindo na pandemia?
03 de setembro - Atenção Básica e Interprofissionalidade
04 de setembro - Corpo e Afeto na resistência à Pandemia - Túlio Franco
11 de setembro - Banquete Literário - O Cuidado em Saúde com o Uso de Plantas Medicinais na Cultura Indígena Kaingang
13 de setembro - XXVII Congresso da ANPG - Entrevista com Manuelle Matias
17 de setembro - Diálogos Interprofissionais sobre a Formação na Saúde - Aprender com a prática durante a pandemia: cuidado integral ou virtual?
23 de setembro - Povos Originários e Re-existências: entrevista com Airton Krenak

SBB:

13 de março – SBB/Regional Paraná: Café com Bioética - Novos Olhares. Tema central: Bioética e Parentalidade

16 de março – SBB/Regional SP: Encontro de Bioética Avançado

17 de abril – Live: Bioética e Covid-19. Camila Vasconcelos (2ª vice-presidente da SBB)

19 de abril – Live: Bioética, Vulnerabilidade e Covid-19 - Camila Vasconcelos (2ª vice-presidente da SBB)

26 de abril – Live: O acesso a leitos hospitalares e a pandemia de COVID-19 - Camila Vasconcelos (2ª vice-presidente da SBB)

13 de maio - Live: Bioética e decisões difíceis: com Dirceu Greco e Camila Vasconcelos

24 de maio – Live: SBB no encontro do Nubea UFRJ sobre "Ética em pesquisa e COVID- 19"

25 de maio - "Covid-19 e quarentena em Santa Catarina: um triste experimento populacional" - SBB- Regional Sta. Catarina divulga Artigo de Sandra Caponi (UFSC)

04 de junho - Live: Tema: "Bioética, esperança e dignidade"

21 de junho – Live: O controle da COVID-19, com o ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão, e Mariângela Simão, Diretora Geral Adjunta da OMS

24 de junho – Mesa redonda: Comunicação Inadequada à Mídia: só Desserviço à População ou Infração Ética?

07 de julho – Live: SBB Regional Pernambuco. Acesso a leitos de UTI: dilemas éticos e reflexões bioéticas em tempos de pandemia.

09 de julho – Live: SBB Regional RS, Bioética em Diálogo. Tema: "Os direitos dos pacientes"

13 de julho – Aula Virtual Cidades pela Democracia: Os Impactos da Pandemia em BH nos próximos anos

21 de junho – Live: O controle da COVID-19, com o ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão, e Mariângela Simão, Diretora Geral Adjunta da OMS

24 de junho – Mesa redonda: Comunicação Inadequada à Mídia: só Desserviço à População ou Infração Ética?

07 de julho – Live: SBB Regional Pernambuco. Acesso a leitos de UTI: dilemas éticos e reflexões bioéticas em tempos de pandemia.

08 de julho – SBB - Regional de Santa Catarina e entidades divulgam Carta Aberta sobre suposto "tratamento precoce" da Covid-19

09 de julho – Live: SBB Regional RS, Bioética em Diálogo. Tema: "Os direitos dos pacientes"

13 de julho – SBB participa de Aula Virtual Cidades pela Democracia: Os Impactos da Pandemia em BH nos próximos anos

17 de julho - Live Direitos humanos, bioética e Covid-19: webinar UNESCO contou com participação do presidente da Sociedade Brasileira de Bioética

20 de julho - Live sobre "A Bioética no Enfrentamento à COVID-19" - OAB e SBB-RJ

05 a 07 de agosto - Participação no webinar em Bioética - OAB Sorocaba/Votorantim

10 de agosto - Aula virtual inaugural Bioética e a Libertação do Futuro SBB-PR e PUCPR

12 de agosto - Live Direitos Humanos, Bioética e Covid-19: SBB e o movimento Mulheres da Quebrada (aula inaugural da UFMG)

13 de agosto - Seminário virtual sobre a implantação do plano MEURI na América Latina

15 de agosto - Painel científico virtual de acompanhamento de crise (PCAC) - debate virtual com a participação da presidência da SBB

19 de agosto - Live da Sociedade Rio Grandense de Bioética (SBB RS) sobre Bioética Saúde e Ambiente

24 de agosto - Live com Dirceu Greco (GEPBio) sobre COVID-19, vacina e (in)justiça

01 de setembro - Live Marco Zero com participação de Dirceu Greco sobre O Lugar das Vacinas no Controle da Covid-19

02 de setembro - Live da SBB - Regional PE sobre Povos indígenas e Covid-19

10 de setembro - Live do projeto Sexta (Cesta) da Ciência! - Módulo XXV - "O Exercício da Medicina e os Desafios do Pensamento Baseado em Evidências em Tempos de Pandemia da Covid-19" (Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes -

HUOL)

CEBES:

- 29 de março – Live Lucia Souto e Vereador Reimont (PT/RJ)
- 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.
- 30 de abril: – Cebes Goiânia - Pequi Com SUS
- 18 de maio - Live Cebes e Unidade na diversidade (Ana Costa e José Noronha). A COVID 19 se espalha 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
- 08 de junho – Cebes Goiânia Pequi Com SUS Campanha #emdefesadoSUS
- 08 de junho - Live: Desdobramentos sociais, econômicos e ambientais decorrentes da agricultura Brasileira
- 15 de junho - Live sobre “A importância dos dados da Pandemia e os atos antifacistas e antirracistas”
- 16 de junho - Live: Pandemia em Manaus e criação do CEBES-Amazonas
- 19 de junho - Live Em defesa da Vida, com Comitê Popular da Crise
- 08 de julho - Comitê Popular da Crise
- 25 de agosto - Live com o Senador Jean Paul Prates do Rio Grande do Norte
- 09 de setembro - Live Ciência, Saúde e COVID-19, com Pedro Uczai e Lúcia Souto

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-a-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

VERSÃO 3 – 1º/12/2020

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-recomendac-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-recomendac-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-recomendac-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

VERSÃO 3 – 1º/12/2020

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