



## A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: O ACESSO E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DETERMINANTE SOCIAL

Simone Affonso da Silva  
Docente do Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente, da Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, Brasil  
[simone.affonso.silva@gmail.com](mailto:simone.affonso.silva@gmail.com)

**RESUMO** – Analisamos a pandemia de Covid-19 no Brasil sob a perspectiva do acesso e da qualidade dos serviços de saúde pública, à luz das discussões sobre os determinantes sociais da saúde. O objetivo é avaliar se as políticas adotadas no Brasil para o enfrentamento da Covid-19 são condizentes com as desigualdades socioespaciais pré-existentes, considerando-se, também, o seu agravamento em decorrência da crise pandêmica. Por meio de análise bibliográfica e documental e de análise espacial, examinamos: (i) as desigualdades socioespaciais no acesso aos serviços de saúde, (ii) a dinâmica da pandemia de Covid-19 no território brasileiro, (iii) as medidas adotadas pelo Estado brasileiro para o enfrentamento da pandemia, e (iv) o planejamento governamental na área de saúde pública. Concluímos que as políticas adotadas nos diversos níveis da federação brasileira têm pouca aderência com a realidade do país. Contudo, advogamos que os problemas do planejamento na área de saúde não se devem à falta de conhecimento sobre as desigualdades socioespaciais pré-existentes e suas tendências de agravamento no âmbito da pandemia de Covid-19. Em parte, as lacunas e ineficiências verificadas se devem às políticas de caráter neoliberal que têm fragilizado o Sistema Único de Saúde (SUS) e à postura negacionista e negligente do governo brasileiro perante a pandemia.

Palavras-chave: Desigualdades socioespaciais; Determinantes sociais da saúde; SUS; Covid-19; Brasil.

## THE COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL: ACCESS AND QUALITY OF HEALTH SERVICES AS A SOCIAL DETERMINANT

**ABSTRACT** – We analysed the Covid-19 pandemic in Brazil from the perspective of access and quality of public health services, considering the discussions on the social determinants of health. The objective is to examine whether the policies adopted in Brazil to confront Covid-19 in public health are consistent with the pre-existing socio-spatial inequalities in the country, also considering its worsening due to the pandemic crisis. Thus, through bibliographic and documentary analysis and spatial analysis, we examine: (i) socio-spatial inequalities in access to health services, (ii) the dynamics of the Covid-19 pandemic in Brazilian territory, (iii) the measures adopted by the Brazilian State to face the pandemic, and (iv) government planning in public health. We conclude that public policies adopted at the different levels of the Brazilian federation have little adherence to the country's reality. However, we advocate that health planning problems are not due to a lack of knowledge about pre-existing socio-spatial inequalities in Brazil and their worsening trends in the context of the pandemic. In part, the gaps and inefficiencies found are due to neoliberal policies that have weakened the Unified Health System (SUS) and the Brazilian government's denial and negligent stance in the face of the pandemic.

Keywords: Socio-spatial inequalities; Social determinants of health; SUS; Covid-19; Brazil.

## INTRODUÇÃO

A doença causada pelo coronavírus SRA-CoV-2, denominada de Covid-19, foi identificada pela primeira vez na China em 12 de novembro de 2019, sendo disseminada rapidamente pelo mundo. Após 12 meses, a doença já havia acometido cerca de 53 milhões de pessoas e causado aproximadamente de 1,3 milhão de mortes (JHU-CRC, 2020). Trata-se de uma doença altamente contagiosa, o que justificou, em 30 de janeiro de 2020, sua definição como uma emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atingindo também o status de pandemia em 11 de março de 2020.

Várias estratégias de enfrentamento à pandemia de Covid-19 foram adotadas pelos países afetados, em especial o aprimoramento das estruturas de governança e coordenação nacional, ações específicas para reduzir a propagação do vírus, investimentos focados no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, políticas voltadas à redução das vulnerabilidades sociais e de apoio ao setor produtivo, além de medidas para aperfeiçoar a comunicação com a sociedade e, assim, promover a educação em saúde e aumentar a transparência sobre as decisões tomadas pelo poder público (PEREIRA, 2020; LEGIDO-QUIGLEY et al., 2020; PIRES, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 26 de fevereiro de 2020. Aproximadamente 18 meses depois, o país contabilizava 20,3 milhões de casos confirmados e 567 mil mortes, ocupando a 3ª posição no ranking mundial de países com maior número de casos, atrás dos Estados Unidos e da Índia, e a 2ª posição no ranking de países com maior número de mortes, atrás apenas dos Estados Unidos (JHU-CRC, 2021).

Embora o Brasil tenha adotado as estratégias supracitadas para o enfrentamento da Covid-19, aqui não se verificou, até o momento, o mesmo êxito alcançado por alguns países, que logo nos primeiros meses conseguiram manter a pandemia sob controle. Ainda que nesses países novas ondas de contágio tenham elevado os números de casos e óbitos em momentos subsequentes, medidas não farmacológicas para o controle da pandemia têm sido amplamente reconhecidas pela ciência como a maneira mais eficaz de conter e mesmo reduzir a propagação do vírus causador da Covid-19 na ausência de um amplo programa de vacinações.

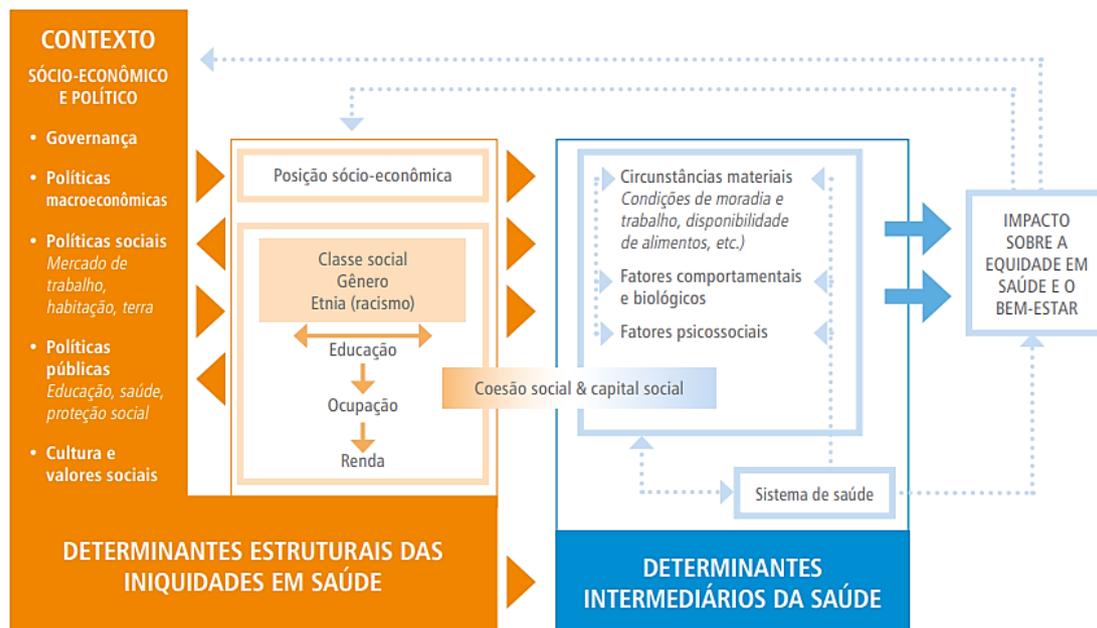
Mas, porque o Brasil tem falhado no controle da disseminação do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e da doença por ele provocada (Covid-19)? Este artigo faz parte de um conjunto de 4 textos concernentes à pesquisa de pós-doutorado da autora, que busca explorar os principais determinantes sociais da saúde que têm influenciado a dinâmica da pandemia de Covid-19 no Brasil. Assim, o objeto de análise deste artigo, em específico, são as políticas públicas da área de saúde. Objetivamos ponderar “se” e “como” as políticas públicas de enfrentamento à pandemia de Covid-19 consideram as desigualdades socioespaciais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, indo ao encontro das demandas da população e dos territórios mais vulneráveis.

Conforme adverte a OMS (2011b, p. 2),

A maior parte da carga de doenças - assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países - acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade - os determinantes estruturais -, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. (...) As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde.

Por conseguinte, neste artigo abordaremos um aspecto que, a nosso ver, está no cerne das dificuldades enfrentadas pelo Brasil no controle da Covid-19: a falta de aderência entre as políticas públicas voltadas ao enfrentamento da pandemia no país e sua realidade social, política, cultural e econômica, utilizando como base o marco conceitual dos determinantes sociais da saúde (Figura 1) adotado pela OMS (2011b). Assim, não obstante os condicionantes de ordem epidemiológica sejam cruciais para o entendimento da atual crise sanitária – o que causa a Covid-19, a natureza da doença, seus sintomas e formas de propagação, seus indicadores demográficos de frequência, incidência e taxas de mortalidade, seu desenvolvimento no corpo humano e os meios de tratamento e prevenção –, debateremos os condicionantes de ordem social, política e econômica da pandemia de Covid-19 no Brasil, destacando a problemática do planejamento governamental na área de saúde pública.

**Figura 1.** Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: OMS (2011b, p. 7).

Em consonância com os apontamentos de Almeida-Filho (2021) e com a ampla análise comparativa acerca do panorama internacional apresentada na obra “Coronavírus Politics: the comparative politics and policy of Covid-19”, organizada por Greer, King, Fonseca e Santos (2021), reiteramos que a pandemia assume formas distintas e uma dinâmica própria em cada país, a depender da atuação dos governos e de sua interação com os demais atores sociais, que são condicionadas por um dado contexto político, econômico e social. Assim, observando as desigualdades socioespaciais pré-existentes na área de saúde, os diagnósticos relacionados com a dinâmica da pandemia de Covid-19 e o conjunto de medidas adotadas pelos governos nacional, estaduais e municipais atinentes à saúde pública, problematizaremos a questão do planejamento governamental, suas potencialidades, limites e desafios na atual conjuntura da pandemia de Covid-19 no Brasil.

## METODOLOGIA

A pesquisa se baseia em análise bibliográfica e documental e em análise espacial. Partimos do levantamento de dados e informações sobre os serviços de saúde, sobretudo sua distribuição no

espaço geográfico. Examinamos a disponibilidade de atendimento hospitalar de alta, média e baixa complexidade nos municípios e a centralidade dos serviços de saúde segundo a rede urbana brasileira, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Em seguida, realizamos uma análise espacial, de forma a captar a extensão e a conexão dos fenômenos sob análise, ou seja, a distribuição da infraestrutura de saúde e a incidência de casos e óbitos por Covid-19, a partir de dados disponibilizados pelas secretarias de saúde estaduais, problematizando as taxas de letalidade entre os diferentes territórios e grupos sociais. Por fim, observamos a estrutura da ordem política e econômica que explica a produção social da doença, conforme metodologia recomendada por Guimarães et al (2020), considerando também os aportes teóricos e conceituais do debate sobre os determinantes sociais da saúde, conforme documento de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011). Assim, o presente artigo tem como objetivo elucidar as dimensões social, política e econômica da pandemia de Covid-19 no Brasil, de forma a complementar os estudos focados na dimensão epidemiológica da doença e os estudos geoeconômicos.

### **PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E INFRAESTRUTURA DE SAÚDE PÚBLICA**

No Brasil, cada ente federado agiu de maneira bastante distinta no enfrentamento à pandemia de Covid-19 (FIOCRUZ, 2020; BARBERIA, 2020; LUI et al., 2021). A falta de liderança do governo federal fez com que cada estado e município adotasse medidas que lhe fossem convenientes, em momentos diferentes da evolução da pandemia, níveis de rigidez variáveis e mecanismos de monitoramento e avaliação distintos. A falta de coordenação entre os governos também se verifica no processo de flexibilização das medidas, já que cada ente federado utiliza critérios próprios para justificar o endurecimento ou o abrandamento das medidas, no geral, com frágil embasamento científico e sem que tenha transcorrido tempo necessário para um efetivo controle da pandemia.

Dentre as medidas não farmacológicas de controle epidemiológico adotadas no Brasil pelos diferentes governos, destacamos: (i) suspensão parcial ou total de atividades econômicas e sociais não-essenciais, incluindo a adoção de confinamento comunitário (lockdown); (ii) cancelamento ou adiamento de grandes eventos coletivos; (iii) controle de fronteiras terrestres e aéreas, com restrição da circulação de pessoas e mercadorias; (iv) restrição nos transportes públicos. Tais medidas têm sido adotadas em diversos países do mundo, em diferentes recortes geográficos, graus de rigidez, momento da pandemia e períodos de duração.

Mas, além de tais medidas de caráter geral, nos interessa analisar as medidas de caráter socioeconômico que se relacionam diretamente com os determinantes sociais da saúde, em especial os déficits de acesso aos serviços de saúde e a qualidade do serviço prestado, que se configura como um fator de risco ao qual grande parte da população brasileira está exposta. Como veremos a seguir, grande parte das medidas na área de saúde pública adotadas no Brasil não levaram em consideração as precárias condições de vida da maioria da população, tornando-as inexecutáveis para os grupos sociais menos favorecidos (SILVA, S. A., 2020).

### **ACESSO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Para compreendermos o atual panorama da saúde pública no Brasil, precisamos examinar os avanços e lacunas do planejamento governamental antes e durante a pandemia. Dentre os principais problemas temos o subfinanciamento (FIOCRUZ, 2020; COSTA, RIZZOTTO & LOBATO, 2020; MENDES, 2015; ABRASCO, 2020), a privatização e terceirização (MENDES, 2015; CORREIA & SANTOS, 2015) e a desestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo erigido no âmbito da Constituição Federal de 1988 mas nunca plenamente implantado.

A criação do SUS objetivou implementar políticas extensivas, organizadas e abrangentes,

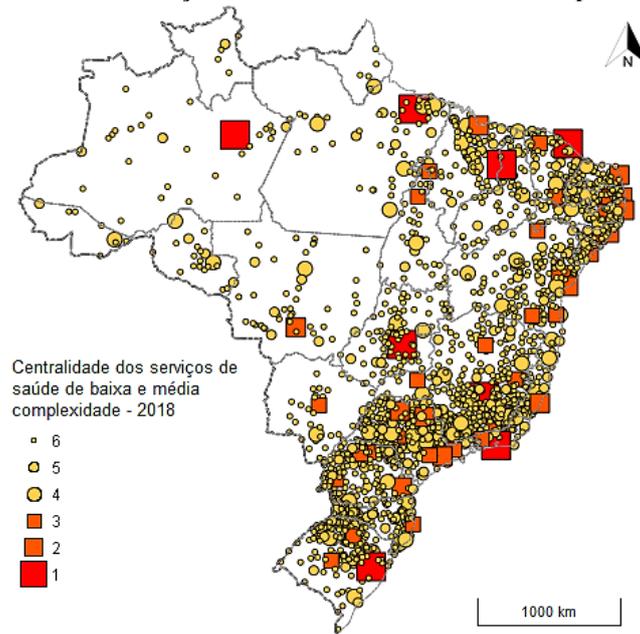
incorporando visões mais amplas sobre saúde como um direito e buscando erigir o estado de bem-estar social ao romper com a lógica restritiva e setorial que predominava nas políticas sociais brasileiras. Assim, foi criado um sistema de saúde público, universal e gratuito. Porém, a onda neoliberal dos anos 1990 teria imposto profundas restrições à implantação integral do SUS, novamente ameaçada pelas políticas de austeridade econômica adotadas pelo governo brasileiro desde meados dos anos 2010 (PAIVA, TEIXEIRA & PIRES-ALVES, 2020; IHU, 2020).

Assim, a concepção de Estado mínimo associada ao neoliberalismo vigente teria limitado a capacidade do SUS em concretizar seus princípios de equidade, integralidade e universalidade, além da descentralização e participação social na prestação dos serviços de saúde (PAIVA, TEIXEIRA & PIRES-ALVES, 2020; ORTEGA & ORSINI, 2020, ABRASCO, 2020). Uma das consequências da implementação incompleta do SUS seria a insuficiência de leitos hospitalares, de profissionais de saúde disponíveis e de infraestrutura para atender à demanda social, sobretudo no atual contexto da pandemia de Covid-19 (PAIVA, TEIXEIRA & PIRES-ALVES, 2020).

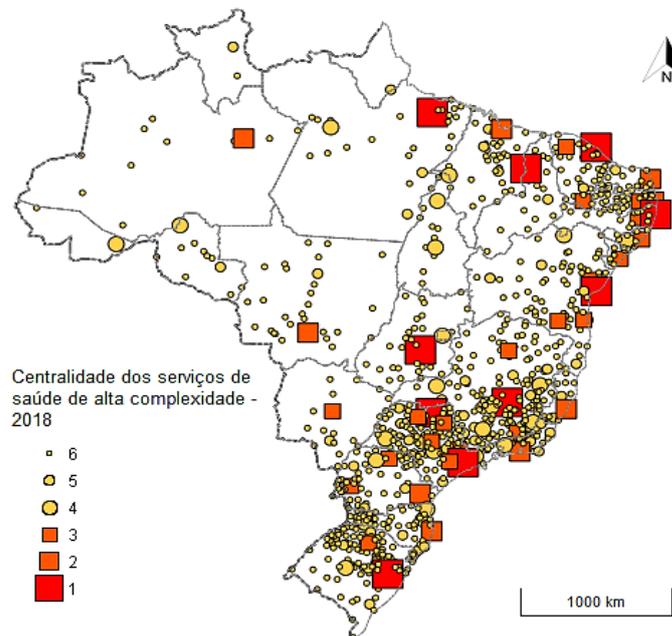
Sabemos que a concentração e centralização de população nas cidades e os intensos deslocamentos populacionais nas redes urbanas regionais, nacionais e mundial foram fatores que propiciaram a rápida disseminação geográfica do vírus Sars-CoV-2, causador da doença Covid-19 (SIMONI, 2020). Assim, em poucas semanas a doença adquiriu status de pandemia, ou seja, estava presente e ativa em diversas regiões e países e mundo. Mas a capacidade de resposta à demanda por serviços de saúde diferente bastante no âmbito geográfico (Figuras 2, 3, 4 e 5).

De acordo com o documento “Regiões de Influência das Cidades” (IBGE, 2020), os serviços de saúde de média e baixa complexidade correspondem às consultas médicas e odontológicas, pequenas cirurgias, serviços ortopédicos e radiológicos, fisioterapia, exames clínicos, além daqueles atendimentos que não demandam internação. Assim, em 2018, a média de deslocamento dos brasileiros para acessar tais serviços foi de 72 km, sendo que Belo Horizonte (MG), Belém (PA), Teresina (PI), Goiânia (GO), Porto Alegre (RS) e Manaus (AM) foram as cidades que mais atraíram população para esse fim (Figura 2). Apesar disso, as cidades que mais se destacaram em termos de atratividade dos serviços médicos de média e baixa complexidade, no geral, são de porte intermediário, indicando que as capitais e metrópoles exercem menor polarização nesse quesito. Numa análise regional, a distância média percorrida no Centro-Oeste foi de 123 km e no Norte de 136 km, bem superiores às médias do Sul, Sudeste e Nordeste, que oscilaram entre de 40 km e 65 km, destaca o estudo.

Por sua vez, os serviços de saúde de alta complexidade dizem respeito à tratamentos especializados de elevado custo, como internações, cirurgias, exames de tomografia e ressonância magnética, tratamentos de câncer etc. (IBGE, 2020). A distribuição espacial desses serviços é mais seletiva e, portanto, os fluxos se concentram em algumas localidades (Figura 3), acarretando numa média nacional de 155 km de distância a ser percorrida pela população para acessar tais serviços. Grandes diferenças regionais se destacam: os habitantes das regiões Sudeste e Sul se deslocam em média 100 km, com fluxos que se distribuem entre as capitais e algumas cidades de menor porte do interior; no Nordeste a atração das capitais se sobrepõe e vai além das centralidades de cidades do interior; na região Norte o deslocamento é de 276 km e no Centro-Oeste de 256 km em média, com fluxos direcionado às capitais, quase inexistindo polos de atração secundários. No âmbito estadual, Roraima, Amazonas e Mato Grosso tiveram as maiores médias de deslocamento (471 km, 462 km e 370 km, respectivamente), enquanto a menor média foi do Rio de Janeiro (67 km), destaca o estudo.

**Figura 2.** Centralidade dos serviços de saúde de baixa e média complexidade – Brasil, 2018

Fonte: IBGE (2020).

**Figura 3.** Centralidade dos serviços de saúde de alta complexidade – Brasil, 2018

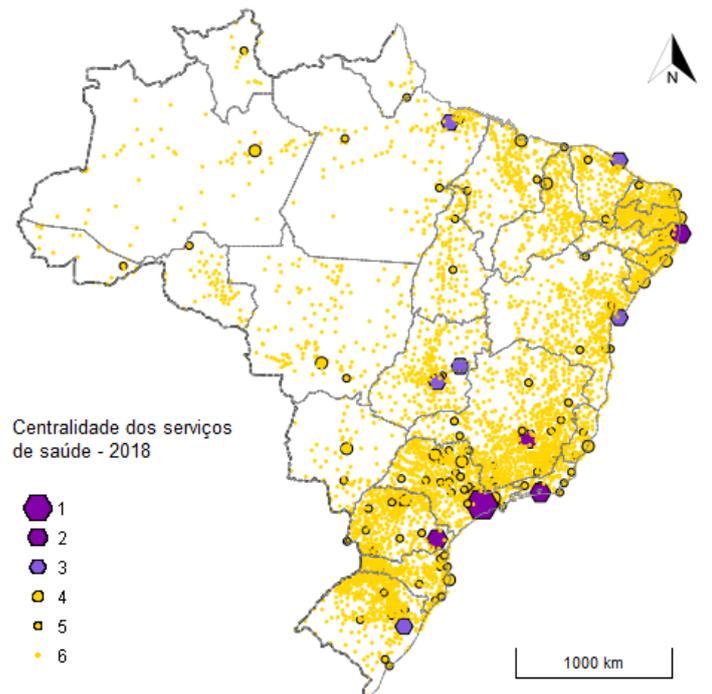
Fonte: IBGE (2020).

Os dados e informações supracitados evidenciam as dificuldades que a população enfrenta para acessar a infraestrutura de saúde, sobretudo os serviços hospitalares de alta complexidade, onde há leitos de UTI requeridos pelos pacientes acometidos por casos graves e moderados de Covid-19. Também é importante levar em consideração que a mobilidade da população varia muito ao longo do território brasileiro, face às desigualdades na infraestrutura de transportes e circulação. Assim, a média de 462 Km a ser percorrida no estado do Amazonas para acessar unidades

hospitalares com leitos de UTI seria vencida por dias de viagem em hidrovias e estradas de rodagem que, em sua maioria, estão em condições precárias, ao passo que, no estado de São Paulo, essa mesma distância seria vencida em poucas horas por meio de estradas mais adequadas. Logo, a rapidez com que os casos graves de Covid-19 evoluem, somada ao escasso e demorado acesso à infraestrutura de saúde em diversas localidades e regiões do país, tende a agravar a situação da pandemia, já que os serviços de saúde são demasiadamente concentrados no espaço geográfico.

A centralidade dos serviços de saúde no Brasil (Figura 4) foi calculada utilizando como critérios o tamanho do setor (medido pelo número de internações) e o seu nível de complexidade (medido pela frequência e distribuição de 20 tipos de equipamentos médicos e 34 especialidades médicas). Portanto, a infraestrutura de saúde no Brasil é muito concentrada espacialmente, havendo somente 11 cidades nas três primeiras classes destacadas no estudo (IBGE, 2020). Apenas o Arranjo Populacional de São Paulo (SP) possui centralidade máxima, sendo que os Arranjos Populacionais do Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR) e Recife (PE) se encontram no segundo nível. Note-se que os três primeiros níveis de centralidade abrangem apenas capitais estaduais, e somente no quinto nível de centralidade surgem centros urbanos fora das capitais, sem que isso resulte numa distribuição espacial mais homogênea, adverte o estudo. Em termos gerais, há grande concentração dos serviços de saúde nas regiões Sudeste e Sul, sendo inegável sua menor presença nas regiões Nordeste e, sobretudo, na região Norte (IBGE, 2020).

**Figura 4.** Centralidade dos serviços de saúde – Brasil, 2018.

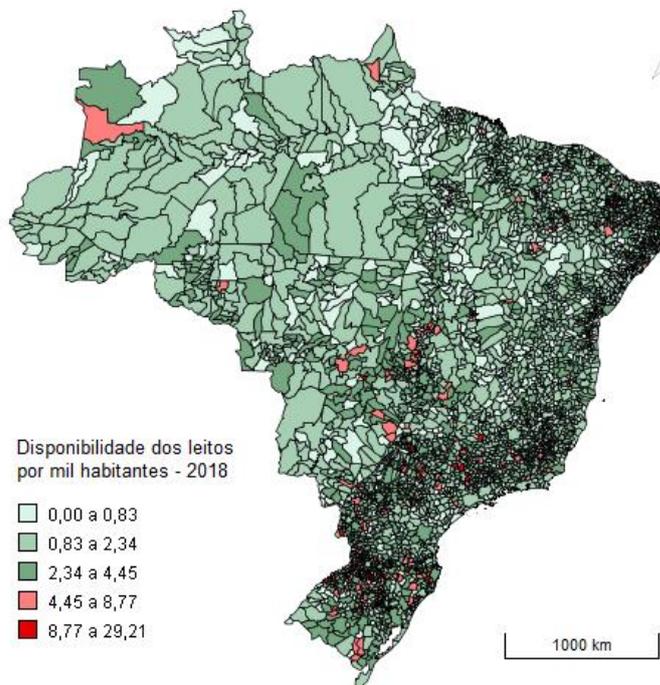


Fonte: IBGE (2020).

Embora os grandes centros urbanos se destaquem pelo maior número de atendimentos médicos, a proporção entre o número de leitos de UTI por habitante é pior do que nas cidades pequenas, adverte o IBGE (2020). Todas as grandes metrópoles e capitais apresentam valores baixos a médios nesse quesito, situando-se entre 0,96 a 5,38 leitos por 1 mil habitantes, sendo que o ideal é ter ao menos 10 leitos por 1 mil habitantes. Mesmo sem possuir padrões espaciais claros

(Figura 5), as cidades que detêm índices adequados se encontram majoritariamente no Centro-Sul, nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (IBGE, 2020).

**Figura 5.** Disponibilidade de leitos de UTI – Brasil, 2018



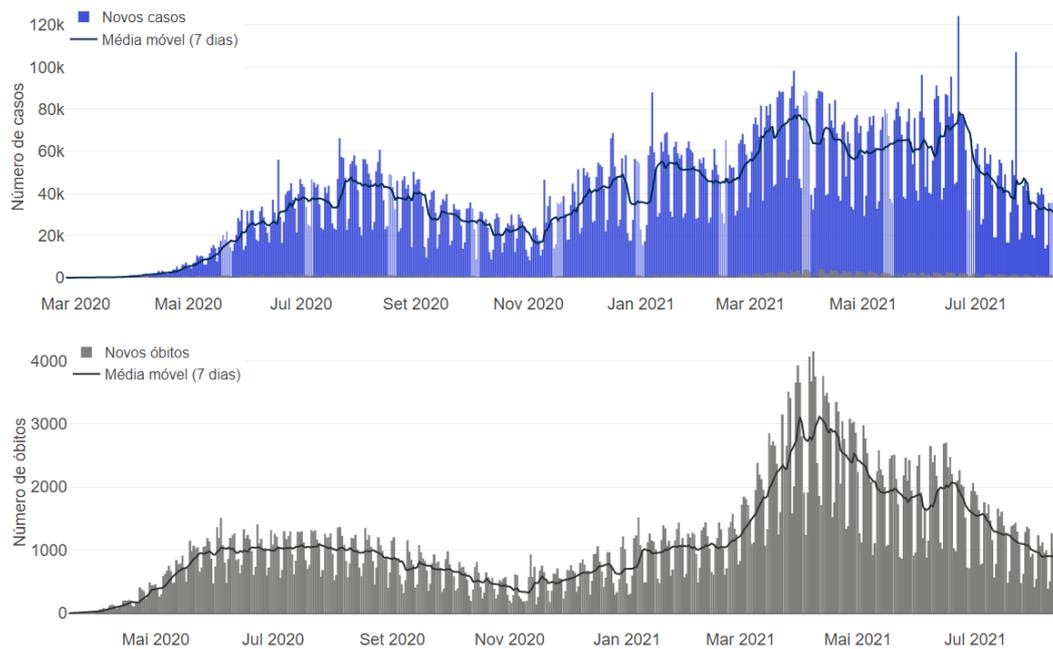
Fonte: IBGE (2020).

Para agravar ainda mais essa situação das desigualdades no acesso à saúde, recentes cortes no orçamento da área de saúde aprofundaram as fragilidades históricas de financiamento do SUS, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela por 20 anos o investimento em políticas públicas e representa perdas bilionárias na área de saúde. A reforma trabalhista de 2017 e a reforma previdenciária de 2019 também prejudicaram o sistema de saúde ao tornar ainda mais precária as condições da força de trabalho no setor, devido às terceirizações, à instabilidade no emprego e à ausência de planos de carreira (ABRASCO, 2020).

## DIAGNÓSTICO DA PANDEMIA NO BRASIL NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA

Como as lacunas prévias no âmbito do planejamento na área de saúde afetam a resiliência do SUS face à pandemia de Covid-19 no Brasil? Elas se somam à negligência do governo federal no tocante à gestão da crise desencadeada pela pandemia e conduzem o país a uma verdadeira catástrofe que imbrica as dimensões social, política e econômica. Trata-se de uma escolha deliberada de não agir (IHU, 2020; COSTA, RIZZOTTO & LOBATO, 2020; SANTOS et al, 2020) ou mesmo de atuar com base no descrédito de orientações científicas e na implementação de políticas incipientes e intermitentes, sobretudo nas áreas de proteção social e de saúde pública (MOVIMENTO ALERTA, 2021). Como resultado, temos a manutenção, desde o início da pandemia, de elevados números de casos e óbitos no país (Figura 6). Os principais recordes, representados pelas colunas mais altas nos gráficos abaixo, ocorreram em 24 de junho de 2021, quando foram registrados 124.248 mil novos casos neste único dia, que apresentou uma média móvel de 78.663 novos casos em relação aos 7 dias precedentes, e no dia 08 de abril de 2021, quando foram registrados 4.148 novos óbitos, momento no qual se registrava a média móvel de 2.821 óbitos nos 7 dias anteriores (UFV, 2021).

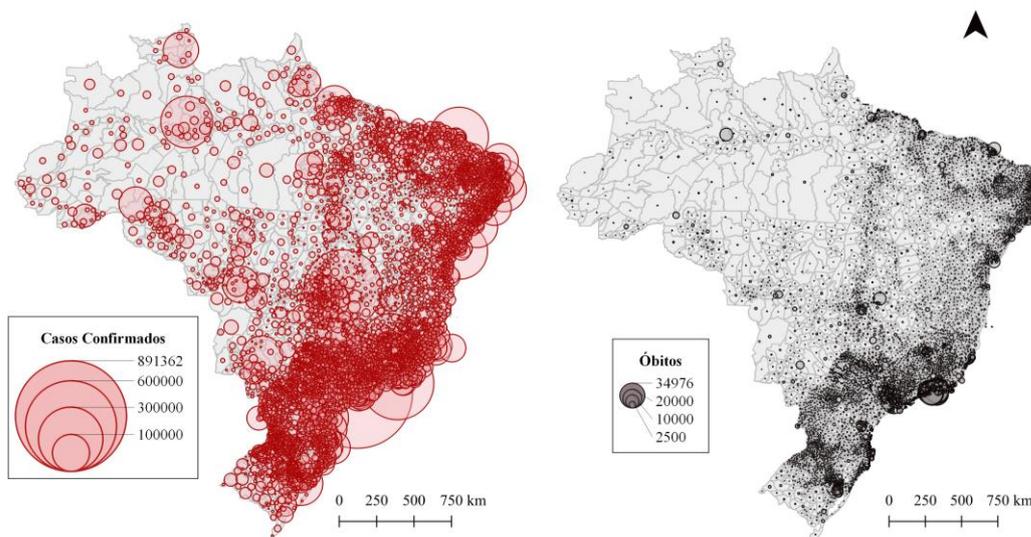
**Figura 6.** Número total de casos e de óbitos de Covid-19 no Brasil por semana epidemiológica \*



**Fonte:** UFV (2021). \* Dados atualizados em 14 ago. 2021.

A princípio, a doença se concentrou nas grandes cidades, sobretudo nas capitais dos estados. Mas, logo em seguida, ela avançou para o interior, alcançando pequenas e médias cidades, além de territórios indígenas e quilombolas e comunidades ribeirinhas (Figura 7). Assim, em diversos estados da federação o número de casos nas áreas interioranas superou os casos acumulados nas capitais, agravando os indicadores de letalidade e mortalidade, já que o acesso aos serviços de saúde, sobretudo leitos de UTI, se concentram nas capitais e cidades de maior nível hierárquico da rede urbana brasileira (ABRASCO, 2020).

**Figura 7.** Número total de casos confirmados e de óbitos causados pela Covid-19 nos municípios\*



**Elaboração:** Eliza Mireli Gomes Lima. **Fonte:** UFV (2021). \* Dados atualizados em 23 jul. 2021.

Como evidenciado pela Figura 7, o número de casos e de óbitos se distribuem desigualmente pelo território nacional. Analisando os dados de 14 de agosto de 2021 disponibilizado pelo painel da Covid-19 hospedado pela Universidade Federal de Viçosa (UFV, 2021), verificamos que o número total de casos se sobressai nos estados de São Paulo (4.156.563), Minas Gerais (2.015.707) e Paraná (1.411.168), e o número total de óbitos se destacam os estados de São Paulo (142.199), Rio de Janeiro (60.549) e Minas Gerais (51.744). Não obstante, quando se leva em consideração aspectos demográficos, temos os maiores números de casos por 100 mil habitantes em Roraima (20.084,8), Santa Catarina (15.796,8), Distrito Federal (15.191), Roraima (14.661,2) e Mato Grosso (14.449,8), e os maiores números de óbitos por 100 mil habitantes em Mato Grosso (376,9), Roraima (361,6), Rio de Janeiro (350,7), Mato Grosso do Sul (328,9) e Amazonas (328,6).

Essa situação não seria decorrente de uma pretensa falta de experiência ou capacidade do SUS em atuar no combate a epidemias e pandemias (ORTEGA & ORSINI, 2020; SOUSA & BARBERIA, 2020). O Brasil enfrenta uma verdadeira crise na área da saúde pública, decorrente da incipiência de investimentos nas últimas décadas, mas, também, da falta de liderança do governo federal para o enfrentamento à pandemia de Covid-19, conforme veremos adiante.

Soma-se a isso a fragilização do Ministério da Saúde (MS) por meio da demissão de quadros técnicos e da demissão de ministros da saúde – Luiz Henrique Mandetta (01/01 a 16/04/20) e Nelson Teich (17/04 a 15/05/20). Durante quatro meses (15/05/20 a 16/09/20) o MS foi comandado interinamente por Eduardo Pazuello, quando este assumiu oficialmente o cargo, que ocupou até 24/03/21, quando também foi demitido. Pazuello não possuía experiência na área da saúde e foi mais um general do exército que ocupou posição no alto escalão do governo, numa clara tendência de militarização dos aparelhos de Estado. Ele foi substituído por Marcelo Queiroga (24/03/21), médico cardiologista defensor do presidente Jair Bolsonaro e de sua necropolítica. O menosprezo à saúde pública e à gravidade da pandemia tem o seu preço, pago em vidas!

### **MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA ADOTADAS PELO ESTADO BRASILEIRO**

Destacamos a seguir (Figura 8) as medidas que vêm sendo adotadas no Brasil para o enfrentamento à pandemia de Covid-19 na área da saúde pública, nos diferentes níveis da federação, bem como algumas lacunas no âmbito do planejamento governamental.

Note-se que foram adotadas como medidas principais para o combate da pandemia de Covid-19 no Brasil estratégias implementadas por outros países. Não obstante, tais medidas não se efetivaram plenamente (SILVA, S. A., 2020). A população não aderiu massivamente nem às medidas de isolamento, distanciamento e confinamento social (BARBERIA, 2020; SOUSA & BARBERIA, 2020) nem conseguiu adotar adequadamente a etiqueta respiratória (BARBERIA & SOUSA, 2020). A criação de leitos de UTI foi realizada de maneira descoordenada entre os níveis de governo e desconsiderando a interação entre a atenção primária, secundária e terciária nos serviços de saúde (SOUSA, KRIEGER & BARBERIA [5 JUN.] 2020, [21 AGO.] 2020; MEDINA ET AL, 2020, SOUSA & BARBERIA, 2020). Ademais, a aquisição de insumos e equipamentos médico-hospitalares e a contratação e capacitação de mão de obra para atuar no sistema de saúde ficou muito aquém das necessidades. A própria campanha nacional de vacinação tem avançado muito lentamente, apresentando problemas graves de planejamento e de coordenação entre os entes federados (MOVIMENTO ALERTA, 2021; DE NEGRI, PEREIRA, 2021).

As medidas secundárias também apresentam graves problemas. Há grande ineficiência na testagem em massa voltada à identificação de pessoas contagiadas para destiná-las ao isolamento social ou mesmo para rastrear seus contatos e mantê-los em quarentena, bem como incipiente aumento da capacidade de laboratórios para produzir e processar os resultados dos testes (SILVA, S. A., 2020). Isso seria uma consequência dos cortes realizados desde meados dos anos 2010 nos investimentos na área de saúde e na área de ciência, tecnologia e inovação

(SOUSA, KRIEGER & BARBERIA ([26 JUN.] 2020; OLIVEIRA, 2020).

**Figura 8.** Medidas adotadas no Brasil para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 na área de saúde pública



**Org.:** Autor (2021).

Conforme argumenta SILVA, S. A. (2020),

a obsessão com o número de leitos de UTI disponíveis se sobrepõe a preocupação com o número de casos e óbitos, ou seja, desde que haja leitos disponíveis, a população pode continuar adoecendo e morrendo e os planos de

flexibilização das medidas de isolamento, distanciamento e confinamento social podem seguir sem grandes empecilhos. No discurso de governos Brasil afora, a meta é baixar a ocupação de leitos de UTI para o limite de 80% da capacidade das redes hospitalares locais, não reduzir o número de vítimas.

Somando-se aos problemas no desenho e implementação das medidas principais e secundárias, as diversas lacunas identificadas (Figura 8) também contribuíram sobremaneira com a crise da saúde pública que a pandemia de Covid-19 acirrou no Brasil. A esse respeito, o relatório “Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil” (MOVIMENTO ALERTA, 2021), aponta que 120 mil mortes teriam sido evitadas nos primeiros 12 meses da pandemia caso tivessem sido adequadamente adotadas as medidas não farmacológicas de redução dos níveis de transmissão do novo coronavírus, a exemplo do uso de máscaras faciais, manutenção do distanciamento físico entre as pessoas e restrições de mobilidade. Outros estudos apresentados no âmbito da CPI Covid-19 no Senado indicam que aproximadamente 400 mil mortes poderiam ter sido evitadas no Brasil nesse mesmo período, caso tivessem sido adotadas políticas públicas adequadas (ESTADÃO, [15 jul.] 2021). Portanto, em nossa apreciação, um importante aspecto é a falta de um plano nacional de enfrentamento à pandemia, que inclusive permitiria a realização de monitoramento e avaliação contínua das ações adotadas pelos diferentes entes federados, de maneira a rever e corrigir possíveis falhas nas ações do poder público, bem como avançar nas medidas bem-sucedidas.

#### **AVANÇOS E LACUNAS DO PLANEJAMENTO NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

As lacunas do planejamento governamental na área de saúde não estariam relacionadas com a falta de capacidade técnica do Estado ou mesmo de institutos ou grupos de pesquisa que poderiam dar o apoio necessário à sua elaboração. Só para citar dois documentos técnicos temos “Pontos-chaves para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19” (MASSUDA et al., 2020) e “Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde” (PORTELA, GRABOIS & TRAVASSOS, 2020). Adicionalmente, convém citar o “Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19” (ABRASCO, 2020), elaborado por 15 organizações que atuam no campo da saúde pública. Portanto, a inexistência de um plano nacional oficializado pelo governo federal brasileiro evidencia sua escolha política pautada na negligência para com as demandas da sociedade brasileira no contexto da pandemia (SILVA, S. A., 2020).

A esse respeito, Sousa & Barberia (2020) advogam que a “descoordenação como opção política” é resultado das tensões e disputas que emergiram no contexto da eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República em 2018. Por conseguinte, o posicionamento contrário do poder executivo federal às medidas de combate à Covid-19 adotadas por estados e municípios tem sido judicializadas, ou seja, tem se tornado disputas no âmbito jurídico acerca da divisão de competências entre os entes federados.

A nosso ver, a falta de um plano nacional de enfrentamento à pandemia também não seria decorrente da falta de conhecimento sobre os problemas e lacunas da saúde pública. Entre 1941 e 2012 foram realizadas 14 Conferências Nacionais da Saúde, seguidas da elaboração de relatórios que exibem um conjunto importante de diretrizes e propostas visando o aprimoramento do sistema público de saúde no país. Destaque-se o caráter participativo das conferências nacionais nas últimas décadas e o envolvimento dos três níveis da federação. Além disso, grandes esforços foram feitos na área de saúde para diagnosticar e elaborar objetivos e metas a serem alcançadas no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pactuados com a ONU no ano 2000, em especial no que diz respeito ao ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil, ODM 5 – Melhorar a saúde das gestantes e ODM 6 – Combater a Aids, a malária e outras doenças. Em continuidade a tais esforços, os Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável (ODS), pactuados com a ONU em 2015, também trazem importantes subsídios ao planejamento governamental, sobretudo o ODS 3 - Saúde e Bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (IPEA, 2020)

Contudo, tivemos poucos avanços nos últimos anos. Como bem lembrado por Ortega & Orsini (2020), a ausência de uma ação ou política pública é uma decisão política, pautada em relações de poder, conforme pontuado por Bachrach & Baratz (1962). Assim, a decisão do governo brasileiro em não liderar o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil também se aproxima dos debates sobre necropolítica, como destacado por Ortega & Orsini (2020). O termo necropolítica foi cunhado por Mbembe ([2011] 2016) e diz respeito, dentre outros aspectos, ao poder do Estado em ditar quem pode viver e quem deve morrer, inclusive por meio da adoção de uma postura negligente. Assim, o “deixar morrer” se torna aceitável, sobretudo em sociedades marcadas pela desigualdade e pela discriminação de grupos sociais, como a sociedade brasileira.

Para Santos et al. (2020), a necropolítica do Estado brasileiro faz da população mais vulnerável vítima da omissão do poder público em vários aspectos, de maneira sistemática e calculada, gerando profundas disparidades sociais e raciais que impedem o acesso aos serviços básicos, especialmente à saúde. Assim, o desinvestimento na área de saúde e o desinteresse e descompromisso do poder público condiciona a vida e a morte, sobretudo dos grupos sociais mais vulneráveis, ou seja, as classes sociais mais baixas. Isso teria um viés eminentemente étnico-racial, já que os mais afetados são os povos indígenas, as comunidades quilombolas e as comunidades rurais tradicionais, majoritariamente negras (SILVA, D. N., 2020). Isso caracterizaria a mistanásia, ou seja, a morte infeliz, miserável e evitável (Santos et al, 2020) e até mesmo o genocídio de povos negros e indígenas (MILANEZ & VIDA, 2020). Logo, aos pobres e grupos étnico-raciais vulnerabilizados caberia uma vida sofrida e uma morte precoce sem dignidade (SILVA, S. A., 2020).

A pandemia teria se deparado com um sistema de saúde marcado por contradições e disputas entre dois projetos: de um lado, o projeto de reforma sanitária que permeou a criação do SUS no final dos anos 1980 que defende a universalização do direito à saúde; de outro lado, o projeto de reforma do Estado de inspiração neoliberal de meados dos anos 1990 que defende as diversas formas de privatização, e as políticas de austeridade fiscal que promovem o subfinanciamento e, mais recentemente, o desfinanciamento do SUS (ABRASCO, 2020).

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 (ABRASCO, 2020, p. 44).

Dados do Boletim Cofin – documento divulgado semanalmente pela Comissão de Financiamento da Saúde, órgão de assessoramento do Conselho Nacional de Saúde – mostram que parte do orçamento do Ministério da Saúde (MS) voltado especialmente ao enfrentamento da pandemia não está sendo gasto por falta de destinação por parte do poder executivo federal. Assim, expirados os prazos para empenho dos recursos, eles não mais podem ser utilizados nas ações de combate à pandemia (CNS, 2020; CEBES, 2020; COSTA, RIZZOTTO & LOBATO, 2020; ABRASCO, 2020).

Segundo o Boletim Cofin divulgado em 02/09/2020 (CNS, 2020; CEBES, 2020), o MS dispunha na referida data de R\$ 41,2 bilhões para o enfrentamento do novo coronavírus. No entanto, 18,8% dos recursos voltados a transferências aos estados/DF, 16,4% dos recursos voltados a transferência aos municípios e 50,2% dos recursos voltados à aplicação direta do ministério em ações de combate à pandemia ainda não haviam sido empenhados. Isso quer dizer que tais recursos financeiros não se efetivaram como pedidos de compra de respiradores, máscaras e outros itens necessários para a população, para os trabalhadores da saúde e para equipar as unidades de saúde pelo Brasil. Parte desses recursos, destinados por medidas provisórias, deveriam ser empenhados no prazo de 120 dias, caso contrário, não poderiam mais ser utilizados (CNS, 2020; CEBES, 2020). Por conseguinte, entre março e setembro de 2020, o MS perdeu R\$ 15,2 milhões em medidas provisórias simplesmente por não aplicar o recurso (CNS, 2020).

Para Costa, Rizzotto & Lobato (2020) essa situação é escandalosa, pois, em meio a uma pandemia, com os casos e mortes crescendo exponencialmente durante os 4 primeiros meses e mantendo-se num patamar elevado e estável, o MS mantém recursos parados no orçamento, sem sequer serem empenhados. Nas palavras das autoras: “Não é somente incompetência, é ação deliberada para não gastar, deixando o SUS e o povo brasileiro à própria sorte.” Isso demonstra que ter recursos financeiros disponíveis não é suficiente, sendo necessário sua aplicação ágil e eficiente, o que infelizmente não tem ocorrido (IHU, 2020).

O Boletim Cofin 31/12/2020 (CNS, 2021) mostra que essa tendência se manteve nos meses seguintes, já que traz um balanço da execução orçamentária e financeira dos recursos para enfrentamento da Covid-19 no Brasil ao longo de todo o ano de 2020. De acordo com o documento, houve maior aplicação de recursos no período de julho e agosto, em descompasso com o aumento do número de casos e mortes, que cresceu de forma intensa no período de abril a junho.

A dotação orçamentária do Ministério da Saúde (MS) para ações de combate à Covid-19 em 2020 foi de R\$ 63,7 bilhões, sendo que deste total:

- Foram empenhados (valor reservado para efetuar o pagamento de alguma ação planejada), R\$ 41,7 bilhões, restando R\$ 22,0 bilhões como saldo do ano de 2020. Deste montante, R\$ 21,6 bilhões poderiam reabertos para empenho no ano de 2021, mas para ações exclusivas para vacinas. Dos valores que deveriam ser necessariamente empenhados em 2020, quase 100% do orçamento voltado à transferência para estados e municípios foram empenhados, enquanto apenas 76,4% do orçamento na modalidade “aplicação direta do MS” foi de fato destinado à alguma ação. A não execução do orçamento do MS corresponde justamente às despesas para aquisição e produção de vacinas.
- Foram liquidados (valor gasto na execução da ação planejada com os respectivos valores já reservados), 96,6% do total empenhado (R\$ 40,3 bilhões), havendo uma maior proporção de saldo a liquidar na modalidade “aplicação direta do MS”.
- Foram pagos (entregues ao executor da ação) o valor total de R\$ 39,4 bilhões (61,8% da dotação de 63,7 bilhões e 97,7% do valor liquidado), sendo R\$ 5,6 bilhões na modalidade “aplicação direta do MS”, R\$ 9,0 bilhões na modalidade “transferências para estados/DF” e R\$ 23,1 bilhões na modalidade “transferências para municípios” e R\$ 1,7 bilhões na modalidade “transferência ao exterior”.

De acordo com o referido Boletim Cofin (CNS, 2021), R\$ 370 bilhões de reais disponíveis no orçamento do MS por meio de Medidas Provisórias (MP) não foram empenhados em 2020, ou seja, não foram destinados às ações de combate à pandemia de Covid-19 e, por tais MPs não

terem sido convertidas em lei antes dos 120 dias de vigência, esses recursos não puderam ser utilizados.

Mas, se o problema não reside necessariamente na falta conhecimento sobre as desigualdades socioespaciais e sobre as lacunas do planejamento na área de saúde e, embora haja escassez de recursos há certa margem no orçamento federal para ações emergenciais – note que 90,1% do orçamento do MS para ações de combate à Covid-19 foram recursos extraordinários adicionados à pasta, conforme pontua o Boletim Cofin (CNS, 2021) –, como explicar o grande fracasso do Brasil no enfrentamento à pandemia de Covid-19?

Note-se que o governo federal e seus seguidores deliberadamente vêm promovendo boicotes, sabotagens e obstáculos às medidas efetivas de combate à pandemia (IHU, 2020; ORTEGA & ORSINI, 2020; ABRASCO, 2020; ALMEIDA-FILHO, 2021). Isso inclui medidas provisórias que alargam a definição de serviços essenciais recomendadas pela OMS e retiram a obrigatoriedade de medidas essenciais definidas por estados e municípios, como o uso de máscaras faciais em locais públicos ou locais privados de uso coletivo (SOUSA & BARBERIA, 2020), além de impedir a criação de um amplo programa de vacinação contra a Covid-19 (ESTADÃO, [15 jul.] 2021).

Por conseguinte, para investigar as ações e possíveis omissões do governo federal no enfrentamento à pandemia no Brasil, foi instalada, no dia 13 de abril de 2021, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19 no Senado Federal. Diversas denúncias e escândalos têm sido objetos de investigação da CPI em seus 3 primeiros meses de atuação, que já realizou 37 reuniões e coletou 33 depoimentos e informações referentes à quebra dos sigilos de 62 pessoas e empresas. Até o momento, 13 pessoas são investigadas por possíveis crimes, incluindo o atual ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, e seu antecessor no cargo, Eduardo Pazuello (AGÊNCIA SENADO, 2021).

Um dos objetivos da CPI é investigar a resposta do governo federal à pandemia de Covid-19 no Brasil, em especial apurar se houve postura negacionista do poder executivo federal, falta de incentivo e adoção de medidas de enfrentamento à Covid-19, falta de campanhas de prevenção, demora nas políticas de proteção social, ineficiência das políticas de apoio econômico às empresas, e politização da pandemia (ESTADÃO, [27 abr.] 2021).

Outra investigação da CPI são as causas do colapso do sistema de saúde em Manaus em janeiro de 2021 e a responsabilidade do governo federal, em especial do ministro da saúde em exercício, Eduardo Pazuello (ESTADÃO, [27 abr.] 2021). Diversos depoimentos e documentos em análise na CPI evidenciam a negligência do governo federal na crise de falta de oxigênio e demais insumos médico-hospitalares no estado do Amazonas (ESTADÃO, [15 jul.] 2021).

Um dos aspectos mais polêmicos investigados pela CPI é, por um lado, a adoção de um programa oficial de “tratamento precoce” enganoso e sem qualquer fundamentação científica por parte do governo federal, e, por outro, falhas na implementação da testagem de infectados e desabastecimento de insumos diversos para hospitais, como o kit intubação (ESTADÃO, [27 abr.] 2021). Diversos depoimentos indicam que há evidências de que houve o incentivo ao uso de tratamentos farmacológicos sem comprovação de eficácia para a Covid-19 (ESTADÃO, [15 jul.] 2021), em especial o uso de antimalárico, anti-helmíntico de uso veterinário, remédio contra piolho e sarna, além de enema retal de ozônio (ALMEIDA-FILHO, 2021). Não bastasse tais medicamentos serem ineficazes para Covid-19, algumas dessas medicações causam efeitos colaterais fatais e causaram enormes desvios de recursos públicos – como a produção em volume exorbitante do antimalárico à base de cloroquina e hidroxiclороquina pelo exército brasileiro. Segundo Almeida-Filho (2021), tais recursos poderiam ter sido investidos em medicamentos essenciais para tratar casos graves de Covid-19 que necessitam de internação em leitos de UTI, a exemplo de anestésicos, anti-inflamatórios, anticoagulantes e sedativos que faltaram nos estoques de diversos hospitais públicos.

Outra vertente da investigação da CPI trata da possível corrupção e atrasos na compra e distribuição de vacinas e deficiências do plano nacional de imunizações contra a Covid-19 (ESTADÃO, [27 abr.] 2021; [15 jul.] 2021). No âmbito da campanha nacional de vacinação que teve início em 17 de janeiro de 2021, os principais problemas se referem: (i) à quantidade insuficiente de vacinas e as disputas de caráter político e ideológico na seleção dos imunizantes adquiridos por laboratórios no Brasil e no exterior, com evidente desfavorecimento das vacinas produzidas pela farmacêutica chinesa Sinovac e ofertada no Brasil por intermédio do Instituto Butantã e das vacinas da farmacêutica norte-americana Pfizer produzida em cooperação com a farmacêutica alemã BioNTech, importada da Índia para o Brasil; (ii) baixa transparência nos contratos e acordos firmados para obtenção de imunizantes e revisões constantes nos cronogramas de entrega e distribuição; (iii) inconsistência na escolha, definição e quantificação dos grupos populacionais prioritários; (iv) pulverização da distribuição de doses e baixa cobertura vacinal; (v) limitação e inadequação dos dados sobre a vacinação produzidos e divulgados pelo governo federal, estados e municípios; falta de investimentos para aumentar a capacidade produtiva no Brasil. Por conseguinte, o plano nacional de imunizações tem sido marcado por atrasos, imprevistos, falhas e ausência de metas objetivas e pactuadas entre os entes federados (MOVIMENTO ALERTA, 2021; DE NEGRI e PEREIRA, 2021; WERNECK, BAHIA e SCHEFFER, 2021; ESTADÃO, [15 jul.] 2021).

Outra questão investigada na CPI diz respeito à existência de um “gabinete paralelo” para gestão da crise pandêmica, composto por pessoas sem a devida qualificação técnica ou que negam as recomendações científicas já amplamente reconhecidas e adotadas pela comunidade internacional. Nesse escopo destaca-se também a atuação de grupos e empresas responsáveis pela fabricação e disseminação de fake news sobre a pandemia, que atuavam com o aval e os recursos do governo federal. Ademais, as investigações da CPI evidenciaram a criação de mecanismos para viabilizar o “tratamento precoce”, como o oferecimento de treinamento de profissionais da saúde, a criação de postos de atendimento fora das unidades básicas de saúde e a possível autorização de emissão de receituário por profissionais não qualificados, a fim de contornar a resistência da classe médica na adoção do “tratamento precoce” (ESTADÃO, [27 abr.] 2021; [15 jul.] 2021).

Ademais, a CPI irá investigar a utilização de recursos federais enviados a estados e municípios, sobretudo se o governo repassou com atraso recursos destinados à habilitação de leitos de UTI e também se ele demorou a instalar o comitê de combate à Covid-19, se não coordenou o enfrentamento da pandemia com os entes subnacionais e se não foi transparente nem elaborou um plano de comunicação com a sociedade (ESTADÃO, [27 abr.] 2021).

Portanto, há um sério comprometimento da resiliência e da capacidade do SUS em responder aos desafios impostos pela pandemia de Covid-19 no Brasil no que se refere à vigilância em saúde, à atenção primária, à atenção hospitalar e às urgências e emergências. Assim, políticas robustas para o fortalecimento e consolidação do SUS, seriam imprescindíveis para garantir o direito à saúde no Brasil, além do fortalecimento e aprimoramento das instâncias de deliberação e gestão colegiada do SUS envolvendo os três níveis da federação (ABRASCO, 2020; SILVA, S. A., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os determinantes sociais da saúde, a OMS (2011b) recomenda: (i) melhorar as condições de vida; (ii) combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e (iii) medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções governamentais. As evidências resultantes de pesquisas e experiências têm mostrado características comuns nas políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde bem-sucedidas: (i) adoção de boas estruturas de governança na área da saúde e do desenvolvimento; (ii) promoção à participação social na formulação e implementação de políticas; (iii)

reorientação do setor da saúde para a redução das iniquidades; (iv) fortalecimento da governança e da colaboração global; e (v) monitoramento de avanços e ampliação da prestação de contas de forma transparente (OMS, 2011a, 2011b).

As recomendações da OMS (2011b) são claras no tocante à necessidade de que as ações sejam adaptadas aos contextos nacionais e subnacionais de cada país e região, a fim de que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos. Todavia, o caminho seguido pelo Brasil no enfrentamento à pandemia de Covid-19 foi de implementação genérica, parcial e descoordenada das medidas de enfrentamento à pandemia de Covid-19 recomendadas pela OMS e pelo próprio MS. Esse ponto é crucial na explicação da ineficiência do governo brasileiro face à pandemia, uma vez ser essencial que as ações sobre os determinantes sociais da saúde sejam coordenadas entre si e coerentes (OMS, 2011b).

Em parte, a fragmentação e descoordenação das políticas públicas de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 se deve à postura da Presidência da República, já que Jair Bolsonaro vem minimizando a gravidade da doença e a extensão da pandemia, orientando a população em sentido contrário ao indicado pela ciência, por organismos nacionais e internacionais de saúde e pela experiência acumulada por outros países (COSTA, RIZZOTTO & LOBATO, 2020; IHU, 2020; SOUSA & BARBERIA, 2020; ALMEIDA-FILHO, 2021).

Como resultado tivemos a falta de coerência e de liderança do governo federal, além da emissão de mensagens enganosas, falsas, ambíguas, contraditórias ou inaplicáveis, o que levou à ampliação dos riscos e dos impactos da pandemia no país. Mensagens dissonantes produzidas pelo poder público reduzem a adesão da população às medidas comprovadamente eficazes ao enfrentamento da pandemia, como o distanciamento social e o uso de máscaras faciais. A incoerência entre os documentos, reuniões, entrevistas, atos e ações das instituições e agentes públicos corroem a confiança da população nos governos (FIOCRUZ, 2020). Para Almeida Filho (IHU, 2020), esse negacionismo da ciência na área de saúde “certamente revela ignorância, mas também, o que é pior e triste, é que mostra crueldade e oportunismo”. E isso tem nos custado milhares de vidas.

Logo, faltou planejamento estratégico e gestão da crise sanitária e econômica relacionada com a pandemia de Covid-19, ou seja, a criação de uma estrutura de governança e coordenação nacional das políticas públicas de enfrentamento à crise gerada pela pandemia, incluindo políticas na área de saúde pública, proteção social e apoio econômico que observassem as diversidades e desigualdades socioespaciais. Isso pressupõe a coordenação e cooperação governamental e a divisão equitativa de recursos entre os entes federados. Mas, o que predominou foi o discurso da Presidência da República pautado na falsa oposição entre o enfrentamento da pandemia e a manutenção da economia.

Em países como Japão, China, Singapura, Alemanha e Espanha os governos utilizaram boas estruturas de governança do sistema nacional de saúde para o combate de pandemias, adotaram medidas emergenciais para financiar o sistema de saúde e garantir seu acesso à população e desenvolveram e implementaram planos de contingência para o enfrentamento à pandemia de Covid-19 envolvendo diversas escalas de governança (PEREIRA, 2020; LEGIDO-QUIGLEY et al, 2020). Isso porque coletar informações, disponibilizar dados desagregados de acordo com os principais determinantes sociais da saúde e analisar geograficamente os dados é essencial para o combate às iniquidades em saúde (OMS, 2011b).

Na contramão, o governo brasileiro mal sabe quantos leitos hospitalares têm disponível diariamente, não há protocolos claros e eficientes sobre notificações dos casos e óbitos e não há bons sistemas de informação para seus registros (ABRASCO, 2020). Além disso, não há transparência desses dados para a sociedade, sendo que o poder executivo federal até mesmo manipulou as formas de registro de casos e óbitos e escamoteou sua divulgação (SOUSA, KRIEGER & BARBERIA, [5 jun.] 2020; ABRASCO, 2020; OLIVEIRA, 2020). Sobre a testagem da população para identificar, rastrear contatos e isolar pessoas infectadas, não há

dados completos sobre o volume e o tipo de testes realizados, notificados ou processados (SOUSA, KRIEGER & BARBERIA, 2020; SOUSA & BARBERIA, 2020). Também não há padronização no registro do perfil socioeconômico na ocasião da notificação de casos e óbitos (ABRASCO, 2020).

Assim, governos municipais e estaduais passaram a promover a flexibilização das medidas de distanciamento e confinamento social, permitindo a reabertura de diferentes segmentos econômicos mesmo sem a queda substantiva no número de casos e óbitos e sem o pleno entendimento do comportamento epidemiológico da pandemia (ABRASCO, 2020). Note-se que sem dados confiáveis e sistemas de informação transparentes dificilmente haverá políticas públicas eficazes, concluem Sousa, Krieger & Barberia ([5 jun.] 2020) e Oliveira (2020), já que não é possível fazer diagnósticos adequados e promover o monitoramento e a avaliação das políticas para sanar possíveis problemas e lacunas.

O presidente Jair Bolsonaro também nega que as desigualdades sociais e espaciais que caracterizam o país sejam relevantes, inclusive no contexto da crise sanitária, social e econômica desencadeada pela pandemia (COSTA, RIZZOTTO & LOBATO, 2020). Todavia, como já debatido por outros autores (ORTEGA & ORSINI, 2020), uma mesma estratégia não se adequa a qualquer lugar, ou seja, os contextos social, político, econômico e espacial importam. Políticas espacialmente cegas, que ignoram as particularidades e especificidades locais e regionais são menos eficientes (BARCA, MCCANN, RODRIGUEZ-POSE, 2012). Portanto, a nosso ver, é imperativo coordenar políticas formuladas de cima para baixo (top-down), no escopo da união, e de baixo para cima (bottom-up), no escopo dos estados e, sobretudo, municípios. Além disso, é importante levar em consideração como cada grupo social é afetado pela pandemia de Covid-19, em especial os grupos mais vulneráveis. As enormes diversidades e desigualdades socioespaciais que caracterizam o Brasil devem ser observadas no processo de políticas públicas, que inclui o desenho, a implementação, o monitoramento e a avaliação das medidas adotadas por diferentes órgãos governamentais.

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 (ABRASCO, 2020, p. 102).

Reiteramos que as decisões políticas sobre o modo de financiamento dos sistemas de saúde e sobre a localização das unidades de saúde determinam crucialmente seu impacto positivo ou negativo sobre as iniquidades em saúde. Por conseguinte, para que a área de saúde venha a reduzir – e não aumentar – as iniquidades, é necessário que os serviços sejam prestados de maneira equitativa, tanto espacial como socialmente, observando-se todas as modalidades de atenção (OMS, 2011; SILVA, S. A., 2020). O que pudemos observar no quadro geral das desigualdades pré-existentes na área de saúde, reforçadas pelos investimentos emergenciais durante a pandemia, é a enorme desigualdade no tocante à distribuição da infraestrutura de saúde ao longo do território brasileiro, contrastando regiões em múltiplas escalas.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Prorrogada, CPI da Pandemia já ouviu 33 depoimentos e quebrou 62 sigilos. Publicado em 21 jul. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/07/21/prorrogada-cpi-da-pandemia-ja-ouviu-33-depoimentos-e-quebrou-62-sigilos>. Acesso em 24 jul. 2021.

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L.T. Principais elementos. Brasília: CONASS, 2021, p. 214-225. (Coleção Covid-19, v. 1).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. 3ª versão. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Two faces of power. *The American Political Science Review*, v. 56, n. 4, p. 947–952, 2012.

BARBERIA, L. Falta de coordenação entre o governo Federal e estados enfraquece a política de distanciamento social. (...). Nota Técnica Nº 4. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 30 de abril de 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 13 set. 2020.

BARBERIA, L.; SOUSA, T. C. M. O uso de máscaras é medida de baixo custo e eficiente para conter a transmissão do Sars-Cov-2. (...). Nota Técnica Nº 21. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 21 de agosto de 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 13 set. 2020.

BARCA, F.; MCCANN, P.; RODRÍGUEZ-POSE, A. The case for regional development intervention: place-based versus place-neutral approaches. *Journal of Regional Science*, vol. 52, nº 1, p.134-152, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Resumo Executivo do Boletim Cofin de 02/09/2020. Publicado em 03 de setembro de 2020. Disponível em: [www.cebes.org.br/2020/09/boletim-cofin-02-09-2020/](http://www.cebes.org.br/2020/09/boletim-cofin-02-09-2020/). Acesso em: 12 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. Boletim Cofin 02/09/2020. Publicado em 03 set. 2020. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/09/boletim-cofin-02-09-2020/>. Acesso em 09 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Boletim Cofin 31/12/2020. Publicado em 04 mar. 2021. Brasília: CNS, 2021. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim\\_2020\\_1231\\_Tab1-4\\_Graf1\\_ate\\_20\\_RB-FF-CO.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1231_Tab1-4_Graf1_ate_20_RB-FF-CO.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 33-41, 2015.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 289-296, jun. 2020.

DE NEGRI, F.; PEREIRA, L. S. Por que falta vacina no Brasil? Nota Técnica Nº 30. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 07 de maio de 2021. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 05 jul. 2021. Acesso em: 16 jul. 2021.

ESTADÃO. Monitor da CPI da Covid: entenda as investigações. Publicado em 27 abr. 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/politica,monitor-da-cpi-da-covid-siga-as-investigacoes-dosenado,1165610>. Acesso em: 24 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Monitor da CPI: veja agenda e resumo dos depoimentos. Publicado em 06 maio 2021. Atualizado em 15 jul. 2021. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/politica,monitor-da-cpi-da-covid-acompanhe-o-que-ja-aconteceu-e-o-que-vai-acontecer,1168358>. Acesso em: 24 jul. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil - Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório Técnico e Sumário Executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CEPEDES, 2020.

GREER, S. L.; KING, E. J.; FONSECA, E. M.; PERALTA-SANTOS, A. (Editors). *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2021.

GUIMARÃES, R. B.; CATÃO, R. C.; MARTINUCI, O. S.; PUGLIESI, E. A.; MATSUMOTO, P. S. S. O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 119-140, ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Regiões de influência das cidades – 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO HUMANITAS USININOS – IHU. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a covid-19. Entrevista de João Vitor Santos com Naomar de Almeida Filho. Instituto Humanitas Usininos – IHU. Publicada em 26 ago. 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho>. Acesso em 09 set. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Paineis Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/index.html>. Acesso em: 18 out. 2020.

JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER – JHU-CRC. Covid-19 Dashboard. Dados de 14 de agosto de 2021. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 14 ago. 2021.

LEGIDO-QUIGLEY et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, vol. 395, 14 mar. p. 848-850, 2020.

LUI, L.; ALBERT, C. E.; SANTOS, R. M.; VIEIRA, L. C. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021.

MASSUDA, A et al. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. Nota Técnica nº 6. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde – IEPS. Centros de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde – FGV/EAESP. Publicado em abril de 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/pontos-chave-para-gestao-do-sus-na-resposta-a-pandemia-covid-19/>. Acesso em 09 set. 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica. *Arte & Ensaios*, n. 32, 2016.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 8, 2020.

MENDES, A. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S.; MENEZES, J. S. B.; LIMA, J. B.; SOUZA, R. O. (Orgs). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 11-20, 2015.

MILANEZ, F.; VIDA, S. Pandemia, racismo e genocídio indígena e negro no Brasil: coronavírus e a política de extermínio. Buenos Aires: Clacso/Observatorio Social del Coronavirus, 2020. Disponível em: <https://www.clacso.org/pandemia-racismo-e-genocidio-indigena-e-negro-no-brasil-coronavirus-e-a-politica-de-extermio/>. Acesso em: 11 out. 2020.

OLIVEIRA, T. L. Quando as doenças viram números: as estatísticas da Covid-19. *Especial Covid-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/quando-doencas-viram-numeros-estatisticas-da-covid-19>. Acesso em: 16 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: OMS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Documento de Discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011. Rio de Janeiro: OMS, 2011b.

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, v. 15, n. 9, 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. S.; PIRES-ALVES, F. A. O Sistema Único de Saúde e o desafio da Covid-19. O olhar dos historiadores da Fiocruz. *Especial Covid-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Fiocruz. Disponível em: [http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1803-o-sistema-unico-de-saude-e-o-desafio-da-covid-19.html#.X1kR\\_XIKjIW](http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1803-o-sistema-unico-de-saude-e-o-desafio-da-covid-19.html#.X1kR_XIKjIW). Acesso em 09 set. 2020.

PEREIRA, A. M. M. Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. Nota Técnica. Rio de Janeiro: Fiocruz/Observatório Covid-19, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>. Acesso em 04 set. 2020.

PIRES, R. R. C. Os Efeitos Sobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados das Medidas de Enfrentamento à Crise Sanitária da Covid-19: Propostas para o Aperfeiçoamento da Ação Pública. Nota Técnica Nº 33 – Diest. Brasília: IPEA, 2020.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Observatório Covid-19, 2020.

SANTOS, R. L. et al. Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz/Observatório Covid-19, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/mistanasia-hoje-pensando-desigualdades-sociais-e-pandemia-covid-19>. Acesso em 09 set. 2020.

SILVA, D. N. Determinantes Sociais da Vulnerabilidade à Covid-19: Proposta de um Esquema Teórico - Parte I. Unifesspa contra a COVID-19. Publicado em 09 de junho de 2020. Disponível em: [https://acoescovid19.unifesspa.edu.br/images/Artigo\\_-\\_Parte\\_1\\_-\\_Daniel\\_-\\_24\\_de\\_maio.pdf](https://acoescovid19.unifesspa.edu.br/images/Artigo_-_Parte_1_-_Daniel_-_24_de_maio.pdf). Acesso em: 18 out. 2020.

SILVA, S. A. Pobreza e vulnerabilidade social no âmbito da pandemia de Covid-19. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Publicado em 23 de novembro de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/pobreza-e-vulnerabilidade-social-no-ambito-da-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 04 fev. 21.

SIMONI, C.A Covid-19 e o direito à cidade dos pobres no Brasil. In: CARLOS, A. F. A. Covid-19 e a crise urbana. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2010. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2).

SOUSA, T. C. M.; KRIEGER, J. E.; BARBERIA, L. Leitos de UTI Covid-19: lacunas, inconsistência e disparidades marcam os dados apresentados pelo governo federal e pelos estados, com prejuízo para a população e para avaliação das medidas de combate à pandemia. Nota Técnica Nº 9. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 5 de junho de 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 13 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Estratégias Diferenciadas e Falta de Padrão nas Testagens Dificultam o Enfrentamento da Pandemia, Enfraquecem as Decisões de Flexibilização e Aumentam a Insegurança da População. Nota Técnica Nº 13. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 26 de junho de 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 13 set. 2020.

SOUSA, T. C. M.; BARBERIA, L. Sem estratégia, o governo federal estimula a fragmentação do país e deixa de coordenar a resistência à COVID-19. (...) Nota Técnica Nº 20. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 14 de agosto de 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 11 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. Número de casos confirmados de Covid-19 no Brasil. Dados de 13 de agosto de 2021. Disponível em: <https://covid19br.wcota.me/>. Acesso em: 14 ago. 2021

WERNECK, G. L.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Baixa cobertura vacinal e desafios do plano nacional de imunização contra a Covid-19 no Brasil. Nota Técnica Nº 28. Rede de Pesquisa Solidária. Publicada em 12 de março de 2021. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>. Acesso em: 08 jul. 2021.

WERNECK, G. L.; BAHIA, L.; MOREIRA, J. P. L.; SCHEFFER, M. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. Movimento Alerta. Publicado em junho de 2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 02 jul. 2021.