



Atenção Básica



Sistemas de informações



Hospitais

Para combater a pandemia,
Aqui somos

SUS



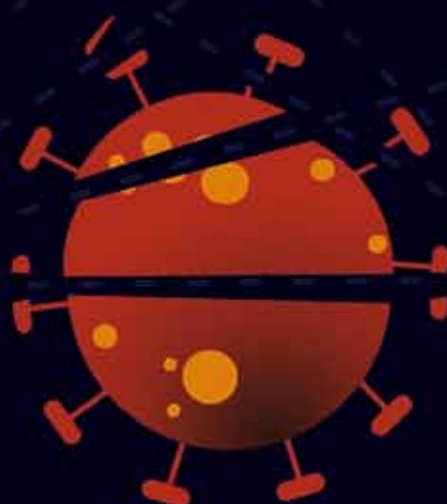
Vigilância sanitária e epidemiológica



Produção de vacinas e medicamentos



Laboratórios



Pesquisa científica e tecnológica



ENTREVISTA
José Dari Krein analisa o impacto da pandemia sobre o mercado de trabalho brasileiro

EDUCAÇÃO
O direito à educação em meio à pandemia nas redes estaduais e municipais



Conheça o

Poli

Promover atividades de ensino, pesquisa, comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação na área de Educação Profissional em Saúde: essa é a missão da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz. A EPSJV atua, portanto, com o segmento educacional que corresponde à maioria dos profissionais de saúde no Brasil.

Criada em 1985, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a Escola nasceu para defender que a educação também era um direito e que a formação dos trabalhadores de nível médio deveria ser integral, preocupando-se não só com os conhecimentos específicos para a prática profissional mas também com os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde.

www.epsjv.fiocruz.br

Ano XII - Nº 70 - mai./jun. 2020

Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde ISSN 1983-909X

Coordenadora de Comunicação, Divulgação e Eventos
Talita Rodrigues

Editores

André Antunes / Cátia Guimarães

Repórteres

Ana Paula Evangelista / André Antunes / Cátia Guimarães / Júlia Neves / Viviane Tavares

Estagiária de Jornalismo

Bianca Bezerra

Projeto Gráfico

José Luiz Fonseca Jr.

Diagramação

José Luiz Fonseca / Marcelo Paixão / Maycon Gomes

Capa

Maycon Gomes

Logomarca 'Aqui Somos SUS'

Multimeios/Icict

Mala Direta e Distribuição

Valéria Melo / Tairone Cardoso

Portal EPSJV

Viviane Tavares

Mídias Sociais

Ana Paula Evangelista

Comunicação Interna

Júlia Neves / Talita Rodrigues

Editora Assistente de Publicações

Gloria Carvalho

Assistente de Gestão Educacional

Solange Maria

Tiragem

12.000 exemplares

Periodicidade

Bimestral

Gráfica

Imprimindo Conhecimento

Conselho Editorial

Alexandre Moreno / Alexandre Pessoa / Anakeila Stauffer / Ana Lucia Soutto / Bianca Borges / Camila Borges / Carlos Maurício Barreto / Daniel Souza / Etelcia Molinaro / José Orbílio de Souza Abreu / Karol Kobi / Marise Ramos / Raquel Moratori / Sergio Ricardo de Oliveira



PANORAMA

2

RADAR DOS TÉCNICOS

4

CAPA

Contra a pandemia, Saúde Pública e Universal 6

ENTREVISTA

José Dari Krein - 'Está na hora de organizar a economia para colocá-la a serviço da vida das pessoas, e não da acumulação privada da riqueza' 16

EDUCAÇÃO

Como garantir o direito à educação em meio à pandemia? 20

PROTEÇÃO SOCIAL

Epidemia além do SUS 26

DICIONÁRIO

Emergência Sanitária 31



/EPSJVFiocruz



@epsjv_Fiocruz



@EPSJVFiocruz



EPSJV/Fiocruz

Receba a Poli: formulário pelo site

www.epsjv.fiocruz.br/recebaarevista

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 306

Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP.: 21040-360

Tel.: (21) 3865-9718 Fax: (21) 2560-7484 comunicacao@epsjv.fiocruz.br

Assine nosso boletim pelo site

www.epsjv.fiocruz.br



Novos leitos para pacientes com coronavírus

Em meio à pandemia, dezenas de locais espalhados pelo país – como estádios de futebol, centros culturais e até complexos penitenciários – devem virar hospitais de campanha para atender pacientes diagnosticados com o novo coronavírus. Com estrutura de montagem rápida, esses centros hospitalares irão comportar leitos exclusivos para o tratamento intensivo e semi-intensivo de pessoas transferidas de outras unidades de saúde. O objetivo é suprir as demandas de internação e, com isso, reduzir a sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia. Algumas unidades já estão prontas e recebendo pacientes.

Segundo levantamento do jornal O Estado de S. Paulo, foram identificadas pelo menos 108 iniciativas do tipo em 19 estados do Brasil, e os projetos apresentam variação no tamanho dos centros e na quantidade de leitos. Ainda de acordo com o jornal, a estimativa é de que mais de 13 mil leitos extras de enfermaria e UTI estarão disponíveis.

No Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), está responsável por um dos hospitais de campanha do estado. O Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19 – Instituto Nacional de Infectologia, contará com 200 leitos equipados para atender casos mais graves, além de um sistema de apoio diagnóstico para executar todos os exames necessários. E esse esforço de construção de um novo hospital tem mobilizado todas as unidades da Fiocruz: a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), por exemplo, se transformou em alojamento temporário para os operários da construção no campus da Fundação.



Fiocruz na corrida pela vacina

Desde o aparecimento dos primeiros casos de Covid-19 na China, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) vem acompanhando a evolução da doença no campo da pesquisa e no desenvolvimento de ações estratégicas.

Um exemplo do esforço demandado pela Fiocruz mediante à pandemia, é um estudo que está sendo desenvolvido em parceria com o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Vacinas (INCTV). O estudo tem como objetivo elaborar uma vacina nacional que possa ser distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa envolve diversas etapas e tem como base um método criado pelo Grupo de Imunologia de Doenças Virais do Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), que consiste em utilizar o vírus da Influenza para gerar uma resposta imunológica ao novo coronavírus.

O primeiro passo é a construção do vírus recombinante. Em resumo, os pesquisadores devem manipular o vírus da Influenza, extraindo uma proteína importante para a sua multiplicação nas células, para que ele possa transportar parte da proteína do novo coronavírus. Com esse processo, os pesquisadores da Fiocruz presumem a possibilidade da criação de uma vacina bivalente, que possa ser usada contra os dois vírus, o da Influenza e o do coronavírus.

O líder do Grupo de Imunopatologia da Fiocruz Minas e coordenador do INCTV, Ricardo Gazzinelli, contou ao Portal Fiocruz que a elaboração de uma vacina realmente eficaz para a população leva tempo para ser produzida. Para isso, o estudo deve contar com a ajuda de parceiros de diferentes instituições do Brasil, que atuarão nas demais fases da pesquisa.



Ensaio clínico da OMS é coordenado pela Fiocruz no Brasil

Reconhecida internacionalmente como uma instituição de referência em pesquisa na área da saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é quem coordena no Brasil as ações do ensaio clínico ‘Solidariedade’ (Solidarity), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Lançado em março deste ano, o estudo tem por objetivo testar a eficácia de medicamentos para o tratamento de pacientes diagnosticados com a Covid-19. São eles: Cloroquina e a Hidroxicloroquina, conhecidas no combate à malária e doenças autoimunes; Lopinavir e Ritonavir, combinação de remédios contra HIV; Lopinavir e Ritonavir em conjunto com a substância Interferon beta-1b, usada no tratamento de esclerose múltipla; e o antiviral Remdesivir, desenvolvido para casos de ebola.

A busca por respostas rápidas requer a participação de milhares de pacientes nos testes das drogas. Com isso, a OMS está conjugando um esforço global. Aqui no Brasil, a pesquisa está sendo realizada, desde o dia 30 de março, com o apoio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde (MS), em hospitais de 12 estados do país. Em breve, o Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19 – Instituto Nacional de Infectologia, que está sendo construído na Fiocruz, também servirá de espaço para a realização da pesquisa. Parte dos medicamentos utilizados no estudo é fornecido pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz).



PL visa garantir produção de insumos essenciais no combate ao coronavírus

O projeto de Lei nº 1.759/2020, que tramita na Câmara dos Deputados desde o dia 9 de abril, prevê a criação de um Plano Emergencial de Reversão Produtiva (PERP) para assegurar a reorganização do setor produtivo e econômico. A finalidade é garantir a produção nacional de bens e serviços para a população brasileira no contexto de crise sanitária atual. Se aprovado, o PL pretende instituir ainda um Fundo Emergencial de Reversão Produtiva.

Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) já vêm sofrendo com a falta de alguns utensílios fundamentais para o cumprimento de ações de combate à Covid-19, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), álcool em gel para higienização das mãos e testes de diagnósticos. Com isso, dezenas de instituições públicas espalhadas pelo Brasil vêm protagonizando um papel importante e têm tomado à frente na elaboração de equipamentos direcionados à rede de saúde. Dentre elas, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que vem, desde março, produzindo milhares de kits de diagnóstico destinados a atender a rede de laboratórios públicos de todo o país, a pedido do Ministério da Saúde (MS).



EPSJV produz material didático para trabalhadores de saúde em meio à pandemia

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) tem realizado diversas ações no combate ao novo coronavírus. Mesmo com a suspensão das aulas, a Escola tem mantido um canal de comunicação constante, via internet, com os alunos dos cursos técnicos integrados ao Ensino Médio – que passaram a receber diversas atividades pedagógicas complementares online – e de Qualificação Profissional.

Em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), a Escola trabalhou na construção de uma cartilha voltada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadores que atuam na linha de frente na atenção à saúde nos territórios. O material contém orientações sistematizadas e tecnicamente fundamentadas, de acordo com a professora-pesquisadora da EPSJV Márcia Valéria Morosini, que contribuiu na elaboração do projeto.

Em 2011, a escola concluiu a formação da primeira turma do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS), e é uma das instituições de referência no debate sobre a atuação e formação desses profissionais.

Outra parceria da EPSJV/Fiocruz é com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Professores-pesquisadores das duas unidades se comprometeram a produzir diversos materiais educativos a fim de contribuir para a formação dos ACS, Agentes Comunitários Indígenas de Saúde (ACIS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), incluindo os demais trabalhadores da área de vigilância em saúde.



Campanha de prevenção foca na comunicação dentro das favelas

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lançou a campanha multimídia ‘Se liga no Corona’, com foco na prevenção à Covid-19 entre populações em situação de vulnerabilidade socioambiental. A iniciativa se deu em conjunto com a Organização Redes da Maré, o Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), a Comissão de Agentes Comunitários de Saúde de Manguinhos (Comacs) e outras organizações do complexo de favelas que fica no mesmo território que a Fundação.

O objetivo é levar informação confiável para as comunidades do Rio de Janeiro, especialmente as localizadas próximas à Fundação. O conteúdo compartilhado tem por finalidade traduzir, para o cotidiano dessas populações, as orientações de prevenção e autocuidado aconselhadas por especialistas durante a pandemia.

A campanha produziu uma série de materiais que estão disponíveis para download no site da Fundação. São posts e vídeos para mídias sociais, cartazes, spots para carros de som e radionovelas, para serem difundidos em redes sociais, rádios comunitárias e em áreas de grande circulação dentro das comunidades. Os materiais de campanha enviados por organizações comunitárias parceiras serão avaliados por especialistas da Fiocruz e receberão o selo ‘Fiocruz tá junto’, criado para garantir que o conteúdo tenha respaldo científico.

QUAL É O PAPEL DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19?

TÉCNICO EM GERÊNCIA EM SAÚDE

O Técnico em Gerência em Saúde é o trabalhador de saúde de nível médio que desenvolve atividades de cunho administrativo. A atuação desse técnico é fundamental para o funcionamento dos principais serviços prestados à população dentro de uma unidade de saúde. É o que diz a professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Simone Ferreira. “É importante dizer que os processos administrativos perpassam toda a organização e afetam diretamente a qualidade final do cuidado. O trabalho desse técnico é garantir que o hospital funcione”, declara.

Diante da atual pandemia, Simone revela que o papel desse técnico se torna ainda mais relevante, apesar de suas funções não se distanciarem do cotidiano das unidades. Segundo ela, desafios como o cenário de superlotação das emergências ou o desabastecimento fazem parte da rotina desses trabalhadores e representam desafios permanentes para o sistema de saúde.

TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS

Trabalhadores essenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS), os Técnicos em Análises Clínicas atuam na coleta e análise de materiais biológicos, participam de pesquisas de genomas e auxiliam o médico patologista no diagnóstico de pacientes, e por isso, também são peças fundamentais no contexto da atual pandemia. “Esse profissional pode realizar testes moleculares para identificação do material genético do vírus ou os testes sorológicos para a detecção de anticorpos específicos, além de atuar na produção dos kits de diagnósticos”, explica a professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Monica Murito.

Ela destaca que esses técnicos são categoria profissional de alto risco pela frequência exposição aos riscos químicos, biológicos e físicos no ambiente de trabalho. Por este motivo, é essencial incluir na formação desses trabalhadores noções de Biossegurança – área do conhecimento que aborda o estudo e a prevenção desses riscos –, além de ressaltar a importância do uso correto dos equipamentos de proteção individual por parte desses profissionais.

TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Técnico de Vigilância em Saúde (TVS) é fundamental nas ações de controle de endemias e epidemias, segundo a professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Gracia Gondim. Ela explica que esse profissional atua diretamente no território, identificando as condições de vida e a situação de saúde de sua população. O TVS trabalha junto às equipes de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no planejamento estratégico situacional e na integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

“Esses agentes podem desenvolver uma atividade de vigilância em saúde emergencial para elaboração de plano de ação educativo e comunicativo, identificando os recursos da comunidade e utilizando a linguagem local de modo a divulgar informações para o enfrentamento da pandemia do coronavírus”, aponta Gracia.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Em meio à pandemia, um dos papéis assumidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) torna-se ainda mais importante: o de educador em saúde. “Especialmente em contextos de crise, nos quais existe escassez de informações ou informações contraditórias, o ACS é muito importante para a divulgação dos serviços para a população”, afirma a professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Marcia Valéria Morosini.

Segundo a professora, esses trabalhadores, através das visitas domiciliares e contato com moradores, são um dos principais responsáveis por levar informação dos serviços de saúde para territórios de difícil acesso, e vice-versa. Essa atividade auxilia as unidades de saúde no controle das condições de vulnerabilidade e situações clínicas dos territórios abrangentes, além de promover a saúde da população assistida por esses agentes. “É ele [ACS] que tem condições de levar essas informações para que os serviços de saúde organizem a sua atuação”, afirma.

Ainda de acordo com a professora, o ACS já vem contribuindo de forma fundamental no combate a outras epidemias, como a dengue e a zika. “No caso de situações que exigem respostas rápidas, como essa pandemia que estamos atravessando, contar com o trabalhador nos territórios, como o ACS, pode representar uma diferença significativa na evolução da epidemia e em suas consequências”, afirma.

AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

À medida que o novo vírus se espalha pelo país, surgem preocupações de que as comunidades indígenas serão drasticamente afetadas. Andrey Moreira Cardoso, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), e do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) aponta esse segmento populacional como um dos mais vulneráveis à pandemia por diversos fatores, dentre eles, a deficiência no acesso aos serviços de saúde e a prevalência de diferentes doenças e agravos entre essas populações. “A gente não sabe como a pandemia pode se comportar nessa população em termos de evolução e gravidade dos casos”, afirma.

No contexto de prevenção e combate a Covid-19, o papel do agente indígena de saúde ganha destaque dentro dessas comunidades. De acordo com a médica sanitária, coordenadora do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Abrasco e também pesquisadora da Ensp/Fiocruz Ana Lúcia Pontes, esses agentes devem atuar na busca ativa dos casos suspeitos, na identificação e acompanhamento de pessoas com agravos – como idosos, crianças menores de cinco anos, gestantes ou que já apresentem algum tipo de doença –, e principalmente na área de educação em saúde, traduzindo para essas comunidades as informações necessárias sobre a pandemia e o vírus. “As informações estão se disseminando de maneira ampla, mas muitas não chegam nas comunidades indígenas em uma linguagem ou em uma explicação que seja compreensível e adequada para o seu modo de vida”, explica.

TÉCNICO EM BIOTECNOLOGIA

Com o surgimento de um novo vírus, também surgem novas demandas da saúde pública. Para auxiliar no enfrentamento de uma pandemia como a da Covid-19, causada por um vírus desconhecido, é importante estudá-lo a fundo a fim de compreender sua estrutura molecular, desenvolver ferramentas de diagnósticos – para atender a população na identificação de novos casos –, além de elaborar pesquisas para produzir antivirais e vacinas.

De acordo com Flávia Ribeiro, uma das coordenadoras do Curso Técnico em Biotecnologia da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), esses trabalhadores ocupam um importante espaço nas pesquisas e no desenvolvimento de tecnologias para o combate ao novo coronavírus. Inseridos no cenário sanitário atual, Flávia explica que esse profissional está apto para auxiliar e executar atividades laboratoriais industriais relacionadas aos processos biotecnológicos aplicados à elaboração de vacinas, diluentes, biofármacos e reativos para kits de diagnósticos. “O técnico pode contribuir a partir do preparo de materiais, meios de cultura, cultivos de microorganismos, células, tecidos, bem como a realização de preparo de amostras, extração, replicação e quantificação de biomoléculas”, afirma.

CUIDADOR DE IDOSO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os idosos estão entre os grupos mais suscetíveis a contrair o novo coronavírus. Desde o início da pandemia, a maior taxa de mortalidade vem ocorrendo na faixa acima dos 60 anos. No Brasil, os idosos correspondem a 14,3% da população, o equivalente a 29,3 milhões de habitantes, segundo o DataSUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde).

O coordenador do curso de Qualificação Profissional no Cuidado à Pessoa Idosa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Daniel Groisman, explica que o cuidador de idoso possui um papel essencial no cotidiano da pessoa sob cuidados, e que esse trabalho deve continuar frente à pandemia. “As cuidadoras têm uma função importante na promoção da saúde, na proteção à dignidade e aos direitos, bem como na observação de mudanças que possam demandar algum tipo de auxílio externo, ou o acionamento dos serviços de urgência e emergência. Elas ajudam as famílias a cuidarem ou a substituem quando essa família não existe ou não tem condições de cuidar”, afirma.

Dentro do cenário sanitário mundial, Daniel ainda ressalta que essas cuidadoras também estão expostas a uma situação de risco, já que é um trabalho de proximidade. Por isso, é importante que elas tenham acesso à informação segura sobre medidas de prevenção aos riscos de contágio no local de trabalho, além de ser imprescindível o uso de equipamentos de proteção individual. “Também precisam estar informadas sobre as situações nas quais é necessário acionar os serviços de emergência, no caso do coronavírus, porque são elas que estão mais próximas das pessoas cuidadas e podem reconhecer em primeiro lugar a necessidade de uma ação mais imediata”, adiciona.

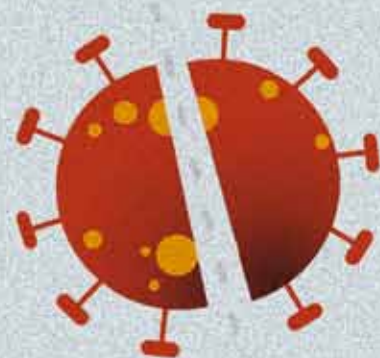
Contra a pandemia, Saúde Pública e Universal

Especialistas discutem as vantagens e limites do SUS no enfrentamento da Covid-19. Construído há mais de 30 anos, o sistema brasileiro vai muito além da assistência, garante acesso público e gratuito a qualquer cidadão mas convive com um subfinanciamento histórico que também mostra suas consequências neste momento

Cátia Guimarães

No dia em que esta reportagem foi concluída, 474 pessoas morreram de coronavírus no Brasil, segundo os dados oficiais. Mas isso é notícia velha. Como a epidemia ainda não tinha chegado ao seu pico, quando você estiver lendo este texto esses números provavelmente já serão bem diferentes: para mais ou para menos. Na batalha para achatar a curva de contaminação e preparar os serviços para atender os casos mais graves, estão profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e toda uma estrutura complexa e integrada que, há mais de 30 anos, compõe a maior política pública já construída no país: o Sistema Único de Saúde, SUS. Na interseção entre as vidas salvas e perdidas, no entanto, encontram-se as diferenças e contradições entre o SUS constitucional, que garantiu na letra da lei a saúde como direito de todos e dever do Estado, e o SUS real, cujas carências denunciam um processo histórico de desfinanciamento.

Mas, passados quase dois meses de convívio com a Covid-19, o balanço da resposta é positivo ou negativo? “Eu acho ingênuo a gente acreditar que o enfrentamento dessa epidemia no Brasil poderia se dar fora de um sistema público, fora de um Sistema Único de Saúde como é o SUS”, responde Angélica Fonseca, professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz. Isso porque, segundo ela, o “sofrimento coletivo” que marca um momento como o atual não é suficiente para, “de uma hora para outra”, inverter a lógica dos interesses particulares. Um



exemplo? Mesmo com uma demanda coletiva, o preço de um produto como o álcool gel, importante para a higienização das mãos e ambientes para o controle da transmissão da Covid-19, simplesmente disparou no mercado. “É preciso que haja estruturas estáveis que atuem reconhecendo a saúde como um bem comum”, explica.

Pois foi mais ou menos isso que o Brasil criou quase 32 anos atrás, quando inscreveu na Constituição Federal que as políticas – “sociais e econômicas” – devem garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É porque essa mudança foi feita lá em 1988 que hoje ninguém por aqui precisa, por exemplo, pagar para fazer o teste de coronavírus nem para ser internado nos casos mais graves. Gastão Wagner, médico e professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), explica que, se uma situação como essa acontecesse no Brasil antes do SUS, “80% a 90% da população” só teria como alternativa correr para o pronto-socorro, que incluía a rede filantrópica das Santas Casas, único serviço de assistência à saúde gratuito para qualquer pessoa naquela época. “Não havia Unidades Básicas de Saúde, não tinha garantido o acesso hospitalar, sem contar que era muito pequeno o número de hospitais”, descreve. Para quem já naturalizou o modelo implantado pelo SUS, ele lembra que, antes, havia dois ministérios, responsáveis por ações distintas e fragmentadas. “A saúde pública era isolada da rede”, diz, explicando que esse ministério se responsabilizava mais por ações de campanhas e vacinas, por exemplo. A assistência médica e hospitalar ficava a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, que só atendia uma parte da população – aquela que tinha vínculo formal de trabalho. “O resto pagava pelo serviço privado”, conta. Ou corria para o pronto-socorro. Para se ter uma ideia do que isso significa, se esse modelo não tivesse mudado, os mais de 12 milhões de desempregados e 38 milhões de trabalhadores informais que existem hoje no Brasil

“

UM EFEITO INESPERADO DO CORONAVÍRUS É O FORTALECIMENTO DESSA IDEIA DE QUE A ATENÇÃO E O CUIDADO À SAÚDE PRECISAM ESTAR FORA DO MERCADO. CRESCE, NO BRASIL E NO MUNDO TODO, UM RECONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DESSES SISTEMAS PÚBLICOS”

GASTÃO WAGNER



simplesmente estariam sem cobertura em meio à pandemia. “Seria uma catástrofe”, atesta Gastão, lamentando que a epidemia encontrará cenário semelhante a esse de três décadas atrás se chegar com força a alguns países africanos. Cristiani Machado, pesquisadora e atual vice-presidente de ensino, comunicação e informação da Fiocruz, concorda: “Nos sistemas que são fortemente baseados no seguro social, como era o brasileiro antes do SUS e como é a maior parte dos sistemas latino-americanos hoje, o acesso da população é condicionado à inserção no mercado de trabalho, ao *status* social, ao nível de renda etc. Numa hora como essa, eles tendem a ter mais dificuldade de dar respostas integradas e coordenadas de atenção à população. E há ainda os sistemas fortemente privados, em que o acesso das pessoas é muito atrelado à capacidade de pagamento, seja de plano de saúde ou direto. Esses são os sistemas geradores das maiores desigualdades. E no momento de uma epidemia como essa, vão ter capacidade de resposta mais limitada, como está sendo claramente alardeado nos Estados Unidos”. Gastão completa: “Um efeito inesperado do coronavírus é o fortalecimento dessa ideia de que a atenção e o cuidado à saúde precisam estar fora do mercado. Cresce, no Brasil e no mundo todo, um reconhecimento da importância desses sistemas públicos”.



Uma ‘saúde’ mais perto das pessoas

A essa altura da epidemia, você provavelmente está atento – e preocupado – com a falta de leitos de hospital e, particularmente, de UTI, para dar conta da enxurrada de internações que a Covid-19 tem provocado. Isso sem contar a demanda de outras doenças, que não deixam de existir apenas porque se está em meio a uma pandemia. Mas essa pressão seria ainda maior se o SUS não tivesse uma rede de serviços que, no cotidiano, tenta reduzir uma corrida às emergências. Trata-se da Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, que, no Brasil, é a porta de entrada do sistema. “Com uma Atenção Primária forte, você tem a capacidade de evitar o agravamento de doenças, diminuindo as internações”, explica Angélica. E esse destaque é importante porque nem todo sistema de saúde funciona assim,



mesmo aqueles que são públicos e universais: de acordo com Gastão Wagner, a Espanha tem um desenho parecido com o brasileiro nesse aspecto, enquanto Itália e França são exemplos de países com sistemas mais centrados no hospital do que na atenção básica.

Por aqui, claro que se você sofrer um acidente ou passar muito mal no meio da madrugada, provavelmente procurará uma emergência ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assim como hoje, em meio à epidemia, as pessoas com sintomas sérios estão sendo levadas diretamente a um hospital. Mas essa não é a regra. De modo geral, é naquele posto de saúde que fica mais próximo de casa que as pessoas recebem o primeiro ‘atendimento’ e são (ou não) encaminhadas para realizar exames e se consultar com especialistas. E, de acordo com Eugênio Vilaça, assessor técnico do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) do mesmo estado, se funcionar adequadamente, esse nível de atenção pode resolver cerca de 90% dos problemas de saúde ali mesmo.

Nos termos da portaria 2.436/2017, a Atenção Básica é “coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”. Isso significa que são as equipes profissionais dessas unidades que acompanham o estado de saúde e os problemas da população do entorno no dia a dia, inclusive aqueles que hoje são considerados agravantes dos sintomas de Covid-19, como a diabetes, a hipertensão, e a tuberculose – as chamadas “comorbidades”. Como cada unidade básica atende a uma população específica, cadastrada de acordo com o local de moradia, ela guarda um conhecimento da história do paciente que facilita, por exemplo, o mapeamento e o monitoramento dos grupos de risco do coronavírus em cada região. “O enfoque territorializado e comunitário que a gente estabeleceu para a Atenção Básica é fundamental para a vigilância e para a intervenção preventiva”, diz Angélica.

“**UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE TEM UMA ATUAÇÃO INTERSETORIAL QUE É IMPORTANTE PARA VOCÊ LIDAR SOCIALMENTE COM OS PREJUÍZOS DE UMA EPIDEMIA COMO ESSA. PREJUÍZOS QUE NÃO SÃO DIRETAMENTE RELACIONADOS À SAÚDE, MAS QUE EVIDENTEMENTE TÊM REPERCUSSÃO SOBRE ELA PORQUE AFETAM AS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO**”

ANGÉLICA FONSECA

A pesquisadora destaca ainda que, numa epidemia como a da Covid-19, que apresenta sinais e sintomas semelhantes ao de outras doenças – como a gripe comum ou a pneumonia, dependendo da gravidade –, esses serviços de saúde que estão nos territórios podem ajudar a diferenciar os casos suspeitos, o que também reduz a procura pelos hospitais. “É claro que a gente está recomendando que as pessoas [com sintomas] leves ou assintomáticas permaneçam nas suas casas, mas se você tiver uma Atenção Básica bem organizada e articulada ao sistema de vigilância, é possível ter um bom enfrentamento [à epidemia] quando as pessoas procuram os serviços, [favorecendo] também os seus contatos próximos, com orientações em relação aos domicílios e ao território”, completa Cristiani Machado.

Eugênio Vilaça considera que a Atenção Básica é a “jóia do coroa” do SUS e que ela tem um papel central – que nem sempre é valorizado – numa epidemia como a que estamos atravessando. “Só devem ir ao hospital aqueles que têm diagnóstico de síndrome respiratória grave. Os demais devem ser tratados pela Atenção Primária”, lembra. Ocorre que as autoridades sanitárias também têm orientado que as pessoas com sintomas leves evitem inclusive as unidades básicas de saúde para não sobrecarregá-las e reduzir os riscos de contaminação. Para o professor, nas redes de atenção à saúde em que a Atenção Básica fez seu ‘dever de casa’, essas orientações não são necessariamente contraditórias. Isso porque, segundo ele, a primeira função desse nível de atenção é “conhecer, cadastrar e vincular as famílias de um território local ao sistema”, um processo que ele considera que deve conseguir categorizar a parte da população atendida que está em vulnerabilidade social e identificar, dentro de cada família, aqueles que têm problemas crônicos. O professor cita como exemplos de um bom modelo para enfrentamento da epidemia as cidades de Uberlândia e Curitiba que, segundo ele, introduziram a teleconsulta e, a partir das informações cadastradas, fazem o monitoramento dos idosos à distância. “Se você se limita a [mandar] ficar em casa ou ir para o hospital quem tem dificuldade de respiração, é uma coisa. Mas eu estou dizendo que cada Atenção Primária deve conhecer todas as pessoas e mapear o contato delas. Só que, ao invés de fazer a pessoa ir à unidade, [no contexto da epidemia] usa a telemedicina”, resume.

O uso da tecnologia à distância é uma solução para a situação atual, em que se precisa preservar a estratégia do isolamento social. Mas a ideia de que não se deve apenas esperar, passivamente, que o usuário vá à unidade de saúde é muito anterior à pandemia. “A Estratégia de Saúde da Família [ESF] vai ao território. Já a unidade básica de saúde trabalha com a ideia de que o usuário deve ir à unidade. Ela não toma posição ativa em relação ao território e ao cidadão, não propõe questões de saúde. Está lá para atender a demanda, com um modelo basicamente biomédico de assistên-



cia”, explica Angélica, referindo-se aos dois modelos de Atenção Básica que convivem no país. Cristiani completa: “A Estratégia de Saúde da Família trabalha com a lógica da visão para o território, para a comunidade, para a determinação social [da saúde e da doença], com atuação multiprofissional e com o apoio de agentes comunitários de saúde, que são sujeitos fundamentais nessa relação com o território. Se tudo isso estiver funcionando, com a perspectiva da integralidade, do vínculo e do conhecimento sobre aquelas famílias que estão sendo acompanhadas na unidade de saúde, pode fazer muita diferença no enfrentamento da epidemia”.

A legislação estabelece que, preferencialmente, as unidades responsáveis pela Atenção Básica devem funcionar com equipes de Saúde da Família multiprofissionais, compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Com esse desenho, de acordo com o sistema de informação e gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, em dezembro de 2019 existiam 43,7 mil equipes no Brasil. O país mantém ainda um outro modelo, que vinha sendo substituído progressivamente, mas voltou a ser validado – e incentivado – pela nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), aprovada em 2017, e pela Portaria 2.539/2019, que institui a “equipe de Atenção Primária”. Para se ter uma ideia da mudança, nesse novo desenho apenas o médico e o enfermeiro são obrigatórios. Segundo dados do MS referentes ao final do ano passado, a ESF alcança 64,47% da população enquanto as outras equipes de atenção básica têm uma cobertura de 74,76%.

Angélica destaca ainda que, num momento como o atual, em que é preciso evitar a aglomeração de pessoas, fica claro o quanto é fundamental que os serviços e secretarias de saúde conheçam em detalhe a população e o território. “E o que vai proporcionar isso não é o atendimento da demanda só em caso de doença. É o acompanhamento ‘longitudinal’, um dos atributos da Atenção Primária que orienta a Estratégia de Saúde da Família”, explica. Ela ressalta que nesse cenário da Covid-19, em que as visitas domiciliares feitas regularmente pelos ACS também devem ser restringidas, o acúmulo de informações anteriores é valioso para orientar novas ações. “Entender as características sociais dos grupos populacionais, principalmente suas vulnerabilidades, e indicar formas mais eficientes de se promover o distanciamento social é uma das contribuições que uma APS forte traz nesse momento”, resume.

Há ainda outras contribuições, de mais longo prazo, que a organização do SUS a partir de uma Atenção Básica territorializada pode oferecer em meio a uma epidemia como a de coronavírus. “No momento de pico da epidemia, toda a atenção está voltada para interferir na transmissão e atuar no cuidado, mas é preciso lembrar que ela gera também efeitos sociais”, alerta Angélica. E completa: “Uma Atenção Primária forte tem uma atuação intersetorial que é importante para você lidar socialmente com os prejuízos de uma epidemia como essa. Prejuízos que não são diretamente relacionados à saúde, mas que evidentemente têm repercussão sobre ela porque afetam as condições de vida da população”.

Um exemplo? No SUS, a Atenção Primária acompanha o cumprimento das condicionalidades para o recebimento do benefício do

Bolsa Família. “Quanto mais ampla e universal a Atenção Primária à Saúde for, mais consistente é esse sistema, mais você vai ter informações e melhor vai poder identificar quem são as pessoas que enfrentam, durante e após a epidemia, situações de dificuldade que necessitam de ação pública”, ilustra Angélica. Isso sem contar as medidas referentes ao que a pesquisadora chama de “benefícios sociais”, como o auxílio emergencial que está sendo implementado neste momento no Brasil para conter os efeitos da epidemia sobre desempregados e trabalhadores informais. “Pense no pequeno comerciante que vive vendendo docinho, na manicure ou na diarista que são responsáveis pelo sustento de suas famílias. Em que situação essas pessoas estão? Quem são essas famílias atingidas? Elas têm crianças? Têm crianças doentes? Têm idoso? Uma Atenção Primária estruturada forte tem esses dados e faz interseção com a assistência social, o que ajuda a viabilizar que esses benefícios sociais cheguem a quem precisa”, explica. E completa: “O recurso pode ser federal, mas a informação é local”.

É isso é importante porque, na concepção que orienta o SUS, embora não sejam efeito direto da ação do vírus, situações como a perda de trabalho e renda, a dificuldade no cuidado com os filhos afastados da escola e o próprio impacto do processo de isolamento social são consideradas possíveis fatores de adoecimento, os chamados “determinantes e condicionantes de saúde” que a legislação estabelece que devem ser considerados pela Atenção Básica.



Mas quem é responsável por tudo isso?

No modelo que o SUS construiu, a Atenção Básica é parte de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) definida, no anexo da portaria 4.279/2010, como “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”. Na prática, isso significa que quando a equipe de uma unidade básica de saúde identifica a necessidade de um exame diagnóstico ou de consulta com um especialista, deve haver uma outra instituição – um outro nó dessa rede – preparada para receber e atender esse usuário que, em alguns casos, pode precisar ser encaminhado para uma cirurgia ou outro procedimento que demande, por exemplo, a disponibilidade de um hospital. Nesse caminho, utilizando o jargão da saúde, o usuário seguiu da Atenção Primária até a alta complexidade, passando pela média.

A questão é que esses diferentes níveis de atenção não são sempre responsabilidade do mesmo ente federado. A internação em UTI, por exemplo, que se tornou a grande preocupação nesse momento da epidemia de Covid-19, é classificada como um procedimento de alta complexidade que, no desenho federativo mais geral, fica a cargo dos estados. Não faltam, no entanto, exceções. “Existem as atribuições específicas de cada ente, mas municípios de grande porte costumam desenvolver também alta complexidade”, explica Letícia da Silva, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

Mas se é verdade que cidades maiores e mais ricas podem arcar com a responsabilidade sobre outros níveis de atenção para além do que as normas determinam, a realidade mostra que a maioria sequer oferece procedimentos de alta complexidade no seu próprio território. “A atenção em rede extrapola os limites dos municípios de pequeno porte, situação que deve ser frequentemente presente no atendimento aos pacientes da Covid-19 com sintomas agudos da doença, que necessitam de internação hospitalar e cuidados intensivos”, explica Letícia. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), 53,1% dos mais de 5.570 municípios brasileiros não têm leitos de internação pelo SUS e apenas 1.295, pouco mais de 23%, têm leitos públicos de UTI. Ao contrário do que você pode estar imaginando, no entanto, isso não expressa necessariamente uma falha no sistema. “Os municípios menores não devem mesmo ter leitos de UTI”, defende Eugênio Vilaça, argumentando que é preciso ter economia de escala e que a saída para esse dilema está na regionalização. Ficando no exemplo do que tem sido uma demanda crescente em tempos de Covid-19, ele destaca que, para se ter uma UTI em funcionamento, é preciso mais do que um leito e um respirador. “E as equipes?”, pergunta. Como se trata de um procedimento caro, diz, se todos os municípios o oferecessem, haveria cidades com uma quantidade tão pequena que não justificaria o gasto e, principalmente, a manutenção dos profissionais. “Uma UTI precisa ter pelo menos dez leitos para que uma equipe seja viável economicamente”, calcula. E completa: “Em saúde, a quantidade não só é economicamente importante, mas também institui qualidade”.

Mas se há tantas cidades sem leitos de UTI, isso significa que essa população ficará sem acesso aos serviços mais complexos? Exatamente para que isso não acontecesse, o SUS criou as chamadas regiões de saúde. De acordo com o decreto 7.508, de 2011, trata-se de “agrupamentos de municípios limítrofes”, identificados “a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”, que têm como objetivo “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. A ideia é que, unidos, vários municípios consigam oferecer a totalidade dos serviços de saúde, considerando a população de todas as cidades, e com maior economia. Letícia resume: “Digamos que a definição da região é

o primeiro passo para que se possa constituir a rede. E é a existência da rede que produz a integralidade do cuidado”.

A pesquisadora da ENSP/Fiocruz Luciana Dias ressaltava que é necessário ver a regionalização “de uma forma ampla”. “A organização da rede é uma dimensão da regionalização. Mas você tem que discutir, por exemplo, a atuação dos governos. A [necessidade de uma] estrutura de governança também se coloca: tem que ter representação de outras organizações da sociedade e do próprio SUS nesse desenho para poder formular [as políticas] de uma forma mais acertada”, defende.

Os governos estaduais são os principais responsáveis pela constituição de regiões de saúde, mas a legislação também permite que haja redes com municípios de mais de um estado. Na prática isso significa que uma pessoa que acessou o SUS pelo posto de saúde da sua cidade, foi sendo encaminhada para exames e especialistas e, no final, precisou ser internada para fazer uma cirurgia, por exemplo, terá que ser deslocada para o município vizinho que, no desenho da Rede de Atenção à Saúde, é responsável por oferecer aquele procedimento. Nesse caso, o transporte dos usuários de um município para outro é parte dos serviços pactuados da região de saúde. Casos considerados de urgência e emergência, que não necessariamente passam pela Atenção Básica, também podem ser acessados diretamente no município de referência.

Mas e em tempos de ‘guerra’, como a pandemia de Covid-19? Num momento como o atual, em que se assiste a uma corrida por internação e leito de UTI, o município que não tem serviço próprio pode ver sua população prejudicada? O presidente do Conass, Alberto Beltrame, que é também secretário estadual do Pará, afirma que não. “A organização da atenção deve atender às necessidades de toda a população de cada região de saúde”, explica. Eugênio Vilaça reconhece que, dependendo do quanto se consiga ou não achatar a curva de contaminação da Covid-19, pode chegar um momento em que, tal como aconteceu na Espanha e na Itália (e se anuncia em alguns municípios brasileiros), em função da falta de equipamentos, seja preciso escolher quem vai e quem não vai para o respirador, por exemplo. Mas ele garante que, “pela normativa do SUS”, o critério dessa escolha jamais pode ser o local de moradia. “Não se pode fechar a porta”, resume.

Há outros problemas, no entanto. Vilaça lembra que, se o Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), por exemplo, for muito sobrecarregado, a capacidade do sistema de transportar as pessoas pode ser muito reduzida. E isso parece já ser realidade por aqui. Reportagem do jornal Folha de S. Paulo no dia 23 de abril mostrou que, no Amazonas, as ambulâncias do Samu têm circulado com pacientes por até três horas em busca de vagas em hospitais. “Às vezes o tempo não é suficiente e o óbito ocorre no veículo”, informa a matéria.

Eugênio Vilaça não identifica falhas no desenho federativo brasileiro que atrapalhem o enfrentamento da epidemia, ao contrário. Mas ele alerta que “o sistema não está dese-



nhado” para esse verdadeiro “choque de demanda” que o coronavírus traz. Não há dúvida de que a pressão de uma epidemia como essa sobre o sistema de saúde é muito maior do que a demanda em tempos ‘normais’, mas Nilson do Rosário, professor da ENSP/Fiocruz, acha que alguns problemas vinham de antes – e não só no Brasil.

“A experiência da Covid-19 demonstra que a preocupação dos países com a infraestrutura em relação à questão de leitos de UTI saiu da agenda em função de várias coisas e uma das mais importantes foi o ajuste fiscal que afetou também os países do sul da Europa”, analisa. Ele acredita que, em vários locais, junto com o avanço da Atenção Primária, as média e alta complexidade – que são reconhecidamente mais caras – acabaram saindo de pauta. “O sistema de saúde precisa ter capacidade ociosa, não pode trabalhar no limite”, defende. E completa: “Tem que ter espaço para o inesperado. Uma sociedade civilizada precisa ter recursos que não são eficazes, que podem até ser ineficientes mas precisam existir”.

No Brasil especificamente, segundo o pesquisador, houve uma “redução estrutural” de leitos públicos e privados, enquanto a população só crescia – e ele ressalta que isso não se restringe aos efeitos da Reforma Psiquiátrica, que desospitalizou a saúde mental nos anos 1980 e 1990. Junto com Marcos Junqueira, médico e professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Nilson produziu uma nota técnica sobre a disponibilidade de leitos de UTI no país neste momento. E, segundo o texto, há não apenas uma carência, mas também uma distribuição preocupante desses equipamentos diante das necessidades da pandemia. “De quem é a responsabilidade frente à necessidade de novos leitos, especialmente de UTI? No momento essa responsabilidade é compartilhada entre os entes federados, contudo depende necessariamente de indução financeira”, alerta Leticia, destacando que essas são expressões de um “processo de contradição” anterior à epidemia. “O desenho federativo do SUS foi historicamente acompanhado por imperativos de estabilidade econômica e ajuste fiscal que se repuseram mais recentemente na Emenda Constitucional 95”, diz, referindo-se ao teto de gastos do governo federal.

O fato é que, quando instituiu o SUS, a Constituição Federal não estabeleceu a divisão de responsabilidades entre estados, municípios e União na oferta do direito à saúde que ela passava a garantir. Foi um pouco mais tarde que algumas legislações, mas principalmente normas,

No âmbito nacional, o principal espaço atende pelo nome de Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que congrega secretários de saúde dos municípios e estados, além do ministro. Como o país tem mais de 5570 cidades, essa participação é por representação: para isso, existem os Conselhos Nacionais de Secretários Municipais (Conasems) e estaduais (Conass) de saúde. E toda essa estrutura se repete no nível estadual, que mantém os Cosems (conselho dos secretários municipais de cada estado) e pactua suas ações, inclusive o desenho das regiões e redes de saúde, na CIB, a Comissão Intergestores Bipartite, que não conta com a presença do governo federal.

chegaram ao desenho que existe hoje. A diferença é que as normatizações não passam pelo debate do poder legislativo, sendo definidas em espaços de pactuação entre os entes federados que foram construídos no campo da saúde. “Esses **espaços de negociação e decisão intergovernamental** que foram sendo constituídos e aprimorados no âmbito do SUS são um desenho extremamente ousado, mas muito interessante”, analisa Luciana Dias, destacando que esse ‘modelo’ é, inclusive, utilizado como referência para outras áreas da política pública no Brasil.

E isso no contexto de um federalismo como o brasileiro que, na avaliação da pesquisadora, é extremamente complexo e desigual. “Os estados e municípios têm capacidade de arrecadação e gastos muito diferenciados. A federação brasileira instituiu uma série de mecanismos de compensação dessas desigualdades e o SUS tem um papel extremamente importante nisso porque criou na sua institucionalidade mecanismos de transferência intergovernamental – do governo federal para os estados e municípios e também dos estados para o município”, exemplifica.

Mas nada disso se dá sem conflitos e tensionamentos. Principalmente, ressalta Luciana, porque esse desenho garante um alto grau de autonomia aos outros entes governamentais em relação à União. E as divergências em função do enfrentamento da epidemia têm evidenciado isso. Ganhou as páginas dos jornais, por exemplo, a verdadeira ‘operação de guerra’ que o governo do Maranhão empreendeu para fazer chegar ao estado 107 respiradores comprados da China: numa rota alternativa, os aparelhos vieram pela Etiópia e, depois, foram embarcados num avião fretado de São Paulo para a capital maranhense, São Luís. Segundo o governo do estado, o objetivo foi evitar que o material fosse retido ou confiscado, como já tinha acontecido outras três vezes, uma delas pelo próprio governo brasileiro. Para completar o imbróglio, a Receita Federal considerou a estratégia ilegal. Perguntado sobre se essa polêmica expressa um problema no desenho federativo brasileiro, o presidente do Conass Alberto Beltrame se limitou a responder que “todas as Secretarias Estaduais de Saúde estão se mobilizando para o enfrentamento da pandemia, no sentido de dar a melhor resposta possível à sua população”.

A questão é que essa “mobilização” tem incluído um pouco de tudo. Para Luciana, seria importante observar os “esforços de organização regional” que possivelmente estão acontecendo neste momento como forma de enfrentamento da epidemia. Nesse sentido, ela destaca os consórcios como um importante mecanismo de operacionalizar essa cooperação entre entes federados. A pesquisadora lembra que vários consórcios já foram construídos no campo da saúde, por exemplo, com o objetivo de conseguir economia de escala na compra de equipamentos – o que poderia ser um caminho para evitar a concorrência entre entes federados neste momento da epidemia, embora agora se conviva com a falta de testes, máscaras e res-



piradores, entre outros itens, no mercado mundial. A pesquisadora considera o Consórcio Nordeste – que une governadores da região, atende a questões que vão além da área da saúde e que, como resposta a este momento de crise sanitária, criou um comitê científico da Covid-19 – uma experiência interessante a ser observada. “O papel do governo federal em nível nacional é fundamental na pandemia, mas eu não deixaria de levar em consideração também o papel dessas outras estruturas, que vão ser importantes para a garantia de formas de rateio entre os entes, para a mobilização de recursos e ações mais ordenadas”, diz. Nada disso significa desresponsabilizar o ente nacional, ao contrário. Para Luciana, no enfrentamento da epidemia muitos governadores saíram na frente, inclusive com as medidas de isolamento social para a contenção da doença. “Mas vai chegar a um limite”, alerta, explicando que a União deve estar disposta a ajudar.



O SUS para além da assistência

Tudo isso já é muita coisa, mas, ao contrário do que você provavelmente imagina, o SUS não se resume aos hospitais e unidades de saúde. Desenhado como um sistema único e integrado, ele envolve um amplo conjunto de outras atividades que têm ganhado destaque neste momento de epidemia, mas que, na maioria das vezes, não são reconhecidas como parte do SUS. “A saúde tem uma expressão muito contundente no corpo dos indivíduos, por isso é muito mais fácil associar a saúde à assistência clínica. Entretanto, quando se chega a um momento de epidemia como essa, você compreende que saúde diz respeito a uma articulação muito maior”, explica Angélica.

Pensemos no exemplo de Maria, um personagem fictício que, depois de identificar sintomas que a colocaram em alerta, procurou a unidade de saúde mais próxima da sua casa. Foi examinada pela equipe de Saúde da Família e encaminhada para um hospital de referência onde, pela gravidade do caso, precisou ficar internada. Lá mesmo, foi submetida ao teste de coronavírus. Por meio de um sistema eletrônico, o profissional de saúde que a recebeu informou imediatamente o surgimento de um novo caso suspeito de Covid-19. O material coletado foi enviado para análise no Laboratório Central (Lacen) do estado. Dias depois, quando o resultado deu positivo, essa informação foi novamente lançada num sistema que gerou os dados consolidados que são informados diariamente ao Brasil. Foram essas informações – estudadas e comparadas pelas equipes de vigilância epidemiológica – que permitiram às autoridades sanitárias traçar estratégias para reduzir e postergar o contágio massivo pelo novo vírus. Com isso, o objetivo era ganhar tempo para equipar e mesmo construir os leitos de hospitais que, segundo os cálculos, em breve receberiam os casos mais graves. Enquanto isso, grupos de pesquisadores já faziam estudos clínicos sobre os medicamentos que poderiam ser usados nos casos de internação e buscas pela descoberta de uma vacina para o novo vírus. Quando se chegar a um resultado satisfatório e cientificamente comprovado, esses medicamentos e a vacina poderão ser produzidos nas fábricas que, junto com todo o resto que você leu até agora, compõem o SUS. “Se você tem um sistema único do

qual fazem parte a pesquisa e a produção de vacina e medicamentos, por exemplo, você pode mobilizar esses parques para dar uma resposta à epidemia de uma forma que o mercado não faz”, diz Angélica.

A Constituição Federal define, no seu artigo 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Pouco abaixo, no artigo 200, a Carta lista oito atribuições do SUS, que incluem a ordenação e formação de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico e a saúde do trabalhador, entre outros. Mais tarde, outras leis complementares – como a 8.080/1990, que estabelece a criação de um Sistema Nacional de Informações em Saúde –, ampliaram esse rol de responsabilidades. E, se você observar bem, verá que quase todas elas estão sendo acionadas no enfrentamento da nova epidemia.

Quer um exemplo? É provável que você já tenha se consultado com um cardiologista, gastroenterologista, dermatologista, médicos de outras especialidades, enfermeiros obstetras, nutricionistas, mas não com um epidemiologista. E, no entanto, embora atuem mais nos bastidores, eles são imprescindíveis para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, como a crise da Covid-19 tem mostrado. “Um dos papéis da epidemiologia é, a partir da experiência acumulada de vários países, como no caso do coronavírus, predizer diferentes cenários e pensar como se vai enfrentar a epidemia, não do ponto de vista da assistência clínica, mas para evitar que ela piore”, explica Marília Sá Carvalho, epidemiologista e pesquisadora da ENSP/Fiocruz. Diferente de situações recentes, como o aumento do número de casos de sarampo no Brasil, agora a epidemiologia enfrenta o desafio de controlar uma doença para a qual ainda não existe vacina.

São esses profissionais – nos seus espaços de pesquisa e nos setores de vigilância epidemiológica dos governos municipais, estaduais e federal – que fazem todos aqueles cálculos sobre o futuro próximo da epidemia que você tem acompanhado. Marília explica que, numa situação como essa, a epidemiologia precisa tentar antever números de contaminações e casos graves, além de outros fatores, como, por exemplo, o percentual de contaminados assintomáticos, que é o que permite traçar uma ideia do volume de pessoas dispersas que funcionam como os agentes mais transmissores. “Não é bola de cristal”, ressalta.

Outro papel importante dos epidemiologistas nesse cenário é estimar o grau de transmissibilidade do vírus, ou seja, calcular quantos casos novos de uma doença – no caso, a Covid-19 – são gerados a partir de uma única pessoa contaminada. Isso permite prever sua curva de crescimento, o que, combinado com outros resultados, ajuda o sistema a se preparar para a demanda de leitos hospitalares num determinado período de tempo. “Hoje temos a orientação de que as pessoas com sintomas devem ficar 15 dias em total isolamento. Esse número sai de onde? Da epidemiologia”, explica Marília, mostrando como essa área é fundamental para traçar as estratégias de enfrentamento a uma crise sanitária como a que está em curso. E completa: “Onde está a vigilância epidemiológica? Está no SUS. O SUS não é só assistência, não é um órgão a parte, é um sistema inteiro”.

No desenho descentralizado do sistema de saúde brasileiro, esses profissionais estão distribuídos entre as equipes de vigilância





epidemiológica que atuam em todos os entes federados. Mas não estão sozinhos. “O médico, o enfermeiro, o agente comunitário, enfim, todo profissional de saúde tem atividades que estão relacionadas à vigilância epidemiológica”, ressalta Angélica Fonseca. Afinal, para serem eficazes nas estratégias de combate ou contenção de uma epidemia, todos esses cálculos requerem informação. E o principal lugar de onde esses dados podem vir são os serviços de saúde, a ‘face’ do SUS que está mais próxima da população. Isso significa que, se em uma das visitas domiciliares que são de sua responsabilidade, um agente comunitário identificar alguém com sintomas de coronavírus e souber, pelo histórico desse usuário, que ele faz parte do grupo de risco, precisa imediatamente informar à unidade de saúde. E essa também é uma ação de vigilância epidemiológica. “A vigilância, enquanto uma dimensão do Sistema Único de Saúde, tem ações previstas e de responsabilidade de todos os profissionais e dos conjuntos das equipes, inclusive nos hospitais”, resume Angélica.

Bianca Borges, professora-pesquisadora e ex-aluna da EPSJV/Fiocruz, destaca que, em casos específicos – como o do coronavírus, da epidemia de H1N1 e da zika associada à microcefalia em bebês –, algumas unidades de saúde ficam também responsáveis por aplicar o teste com o objetivo de traçar um ‘perfil’ do vírus em determinada localidade. Funcionam, nesse caso, como parte de um sistema de “vigilância sentinela”. “Se uma unidade sentinela identifica muito mais casos positivos do que outras, isso pode apontar em que bairros e regiões o vírus está circulando mais. Será que está dando positivo só em idosos ou também em jovens? Essas amostras ajudam a construir esse perfil demográfico da doença”, explica.

Em função da decisão da maioria dos gestores brasileiros de só testar pacientes internados e em estado grave, hoje uma parte significativa dos dados sobre número de contaminados é coletada nos hospitais. Mas isso não precisa ser uma regra. Primeiro, porque, na ausência de kits suficientes, e diante da necessidade de reduzir o contágio, estão sendo feitos também diagnósticos clínicos – por consulta e exames, sem teste específico. Segundo porque se, ao contrário, houvesse farta quantidade de kits e ca-

pacidade de análise dos resultados, os testes poderiam perfeitamente ser feitos nas unidades básicas de saúde.

Mas, numa epidemia que cresce com a velocidade do coronavírus, como se coletam esses dados? Bianca explica que, embora estejam sendo criados canais e ferramentas específicas para a notificação da Covid-19, a base da estratégia de informação e sistematização dos dados já estava dada no desenho do Sistema Único de Saúde. “Independentemente do cenário pandêmico, existe um processo de registro e coleta de informações que é único e com um fluxo verticalizado, em que a informação que é coletada no nível municipal chega ao nível central”, descreve. A base é o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), cuja lista de doenças envolvidas é modificada regularmente por uma portaria – a última foi atualizada em 2016. “Tem doença que você pode notificar semanalmente e outras – como está sendo com a Covid-19 – que precisam ser notificadas todo dia. No caso do ebola, por exemplo, a notificação era instantânea e até por telefone”, conta.

No Brasil, toda notificação pode ser feita por qualquer profissional de saúde que tenha entrado em contato com o paciente. No caso do coronavírus, para acelerar o fluxo de informações, esse processo está sendo feito de forma online pelo e-SUS Vigilância Epidemiológica, que sofreu modificações para atender especificamente às demandas da Covid-19. A ideia era vinculá-la aos outros sistemas de informação existentes, de modo que os dados sobre a contaminação ou não pelo coronavírus passem a constar do registro geral do usuário no SUS. Segundo Bianca, isso é importante, por exemplo, para ajudar a identificar eventuais sequelas que um paciente possa apresentar em função da doença.

Para a epidemia atual, de acordo com a pesquisadora, o Ministério da Saúde criou, inclusive, uma definição do que deve ser considerado um “caso provável” de contaminação, além de critérios clínicos para confirmação, já que não existe teste suficiente para todos. Mas ela alerta que a informação gerada por todo esse sistema precisa ser relativizada. “Como a principal orientação para quem tem sintomas leves é ficar em casa, há uma subnotificação natural numa pandemia como essa porque nem todos os casos suspeitos chegarão a uma unidade básica de saúde”, diz. Isso sem contar o número de pessoas que contraíram o vírus mas permanecem assintomáticas.

Participando de forma “complementar” do Sistema Único de Saúde, como prevê o parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição, as instituições privadas também deveriam notificar as doenças obrigatórias, alimentando os sistemas de informação. “Mas não existe essa cultura”, lamenta Bianca, explicando que o cumprimento ou não dessa responsabilidade acaba variando de acordo com a doença e o cenário epidemiológico. “No coronavírus, até que está funcionando”, diz, destacando, no entanto, que a tuberculose, que é uma das situações que coloca o paciente no grupo de risco do coronavírus, é muito pouco notificada na rede privada. “O que às vezes acontece é se dizer para a pessoa ir buscar o medicamento no SUS e lá, no serviço público, é feita a notificação”, exemplifica.

Tudo isso parece um ‘esforço de guerra’ contra a epidemia, mas uma parte desse processo só é possível porque já era previsto no desenho (e na normativa) do SUS que existam informações

públicas sobre a situação de saúde no país. Segundo Bianca, antes da criação do SUS, havia um grande sistema de informação sobre mortalidade e coleta de informações sobre doenças transmissíveis importantes, como foi o caso da varíola. Nada muito além disso. E, mesmo assim, não era acessível como hoje. “Em outros países, inclusive europeus, não é fácil encontrar informação em nível municipal, que seria a nossa menor unidade de análise. A gente encontra às vezes relatórios consolidados, mas não necessariamente uma plataforma como o DataSUS, que disponibiliza dados no Brasil inteiro para qualquer pessoa que tiver acesso”, diz.

A descentralização do processo de coleta, registro e análise das informações de saúde foi, de fato, uma das maiores inovações do SUS em relação ao que existia antes. “Quando o SUS surgiu, estabeleceu-se que ele deveria ser descentralizado até o nível do município. E, para um município organizar o seu processo de atenção e de gestão, precisa ter informação mínima. Então, com a justificativa da descentralização do sistema, também vem acoplada a descentralização da informação”, conta Bianca. E resume: “Antes, o município era um repassador de dados, não necessariamente um produtor de informação que vai usá-la como algo necessário para organizar sua rede de atenção e definir suas prioridades”.

Isso não quer dizer que todo município consiga, de fato, organizar a gestão a partir dos dados. “Há muitos dilemas e desafios ainda”, reconhece Bianca. Ela explica que existem vários sistemas e que não necessariamente os profissionais que lidam com isso, principalmente no nível municipal, estão qualificados para acompanhar as mudanças que acontecem. Além disso, muitos formulários ainda são preenchidos em papel para depois serem digitados, o que traz desafios de outra natureza para o sistema, como a guarda e preservação deste documento. Por fim, uma grande dificuldade está em se ter capacidade de analisar esses dados, tornando-os uma informação compreensível para a população e mesmo para o gestor.

Também é pública, e parte do Sistema Único de Saúde, a rede de laboratórios que está concentrando as análises de amostras coletadas nos testes de coronavírus feitos no serviço público – os hospitais privados enviam para laboratórios particulares. Os Lacens, sigla para Laboratórios Centrais de Saúde Pública, existem em 27 estados, ligados às secretarias estaduais de saúde. Além de fornecer o resultado que permite confirmar ou não os casos de contaminação, essa rede faz também o registro da amostra biológica recebida. É a partir desse material que pesquisadores podem, por exemplo, fazer o mapeamento genético do vírus, o que é importante tanto para se identificar se há variações ou mutações do que circula no país, como para a futura produção de uma vacina.

Tornou-se notícia nos jornais, no entanto, a fila diária de testes engarrafados nos Lacens, num processo que compromete, inclusive, os dados oficiais sobre o número de contaminados. No boletim epidemiológico do dia 18 de abril, o Ministério da Saúde explicou que apenas 10% desses laboratórios dispunham de “métodos automatizados para a extração de material genético e demais etapas de processamento da metodologia de RT-qPCR”. Por isso, diz o documento, não se consegue processar mais de 2 ou 3 mil exames por

dia, o que a própria Pasta admite ser “insuficiente para o controle da epidemia em um país com a população acima de 200 milhões de habitantes”. “Cabe ressaltar que, devido a essas dificuldades, o grande tempo decorrido entre a coleta da amostra, processamento e liberação do resultado implica na perda da oportunidade de isolamento e, conseqüentemente, no aumento do número de comunicantes e prováveis novos infectados por caso confirmado”, conclui o boletim. De acordo com reportagem do jornal O Globo de 27 de abril, no entanto, o Ministério informou que, neste momento, todos os Lacens já contam com esses processos automatizados, resultado de uma parceria com a Rede de Carga Viral de HIV. Trata-se de um conjunto de 84 laboratórios que prestam ao SUS serviço de acompanhamento da evolução clínica dos pacientes infectados pelo vírus da Aids.

Quando a vacina contra o coronavírus finalmente chegar, ela também poderá ser produzida no SUS. A Fiocruz, uma instituição pública estatal vinculada ao Ministério da Saúde e que compõe o Sistema, conta com duas fábricas responsáveis pela produção pública de vacina – no caso do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos) – e de medicamentos – Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos). A mesma Fiocruz está coordenando um ensaio clínico que envolve várias instituições para identificar os medicamentos que respondem de forma mais eficaz e segura no tratamento dos casos graves de coronavírus. “Temos equipe técnica, sanitaristas, epidemiologistas, infectologista, enfermeiras, educadores, comunicadores... Por isso que o sistema público é importante: nós temos uma rede que é capaz de garantir promoção e prevenção, organização do orçamento público, da infraestrutura para enfrentar a epidemia.”, resume o professor da Unicamp Gastão Wagner.



Desafios e contradições

Claro que a existência do SUS por aqui não significa que haja testes disponíveis para quem quiser nem que o Brasil esteja numa situação confortável em relação aos leitos para os casos mais graves, por exemplo. Ao criar um sistema universal de saúde, que reconhece a responsabilidade do Estado em prover as mais diversas ações, o Brasil enfrentou um desafio único no mundo: oferecer saúde pública e gratuita, entendida como um direito, num país continental, que hoje tem quase 210 milhões de habitantes. Para efeito de comparação, o Reino Unido, cujo sistema de saúde, o NHS (*National Health Service*), tanto inspirou os sanitaristas brasileiros, hoje tem uma população menor que 67 milhões. No Canadá, outro exemplo de sistema universal, esse número não chega a 38 milhões. Já no Brasil, hoje, 162 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS, sem contar que os cerca de 47 milhões que têm planos de saúde também utilizam o sistema público – por exemplo, em procedimentos como vacinação e transplantes.

Essa foi uma ousadia, que já dura mais de três décadas. Mas, aliado a ela, existe também um problema crônico: o subfinanciamento, principal obstáculo apontado por profissionais e pesquisadores da área desde a criação do SUS. “O SUS nunca teve re-



curso suficientes para a concretização plena dos seus princípios e vem sofrendo restrições muito importantes no período mais recente, com a Emenda Constitucional 95 e outras medidas que estão subtraindo recursos da saúde, justamente quando a nossa população está ficando mais idosa”, ressalta Cristiani Machado. Segundo cálculos dos economistas Francisco Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocké-Reis, só com a Emenda Constitucional 95 o SUS perdeu R\$ 22,48 bilhões entre 2018 e 2020. Agora, diante da epidemia, recursos extras têm sido buscados pelo governo.

Outra “contradição” importante do sistema brasileiro, destacada por Cristiani, é a existência – e o crescimento – de um setor privado e lucrativo da saúde, muitas vezes beneficiado por recursos públicos, por exemplo, através de renúncia fiscal. E essa relação público-privado tem expressão direta agora no momento da epidemia. Gastão Wagner lembra que um gargalo do país, que precisaria ser contornado a tempo, é a quantidade de leitos com terapia intensiva disponíveis para os casos mais graves de Covid-19. Neste momento, o ministério e algumas secretarias estaduais de saúde estão se adiantando na construção de hospitais em campos, estádios e outros espaços. A questão é que mais da metade dos leitos de UTI no Brasil estão em hospitais privados, que atendem à menor parte da população. “O SUS vai ter que assumir a regulação, o credenciamento, o gerenciamento desses leitos privados”, opina Gastão, citando a Espanha como exemplo de país que tomou essa medida em meio à atual epidemia.

E essa reivindicação vem ganhando adeptos. No último dia 22 de abril, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu uma recomendação ao Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para que seja criada uma fila única de leitos, públicos e privados, no país. “Dessa forma, a prioridade no atendimento deverá ser de qualquer doente por Covid-19, tenha ele/ela plano de Saúde ou não, obedecendo a ordem de entrada no sistema conforme os diagnósticos e gravidade da doença em cada paciente”, diz o texto. Ainda no final de março, o Partido Socialismo e Liberdade (Psol) já tinha apresentado ao Supremo Tribunal Federal (STF) uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), de nº 671, em que pede que o poder público passe a regular os leitos de UTI da rede privada. Paralelamente, dezenas de entidades – entre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde – lançaram um manifesto intitulado ‘Leitos para Todos + Vidas Iguais’, que apresenta cinco propostas que visam garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde” em meio à epidemia. Entre elas, está a regulação única de todos os leitos públicos e privados pelo poder público, como caminho para contornar as desigualdades que marcam um sistema que, apesar de universal, convive com um crescimento da saúde privada suplementar. E essas desigualdades não são pequenas.

De acordo com a nota técnica produzida por Nilson do Rosário e Mauro Junqueira, com dados referentes a dezembro de 2019, enquanto o SUS tem cerca de 13,6 leitos de UTI disponíveis para cada 100 mil habitantes, no setor privado esse número



AG.PARÁ

sobe para 62,6. E essas diferenças se mantêm quando se olham os dados discriminados por estado. O levantamento lembra que, em fevereiro deste ano, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) já anunciava a falta de leitos de UTI disponíveis no SUS e uma ocupação de 80% dos privados. Os leitos particulares atendem a menos de 30% da população brasileira, que é o total de usuários de plano de saúde. Isso porque, como a nota técnica destaca, por se tratar de um serviço caro, são raros os casos de pagamento direto de internações em UTI – a regra, portanto, é que os leitos privados sejam usados pelos planos.

Para avaliar o quanto vai faltar – ou já está faltando – o estudo trabalha com dois cenários distintos de ocupação dos leitos antes da epidemia. No mais otimista, na chegada da Covid-19, apenas 11 estados teriam disponíveis dez ou mais leitos por 100 mil habitantes. No pior, todos “se encontravam completamente colapsados”. “Num cenário de catástrofe como está sendo colocado, é um luxo social operar como se os leitos de UTI do setor privado, de plano de saúde ou dos hospitais que não têm contrato com o SUS não fossem concessão pública”, defende Nilson.

E, segundo os especialistas e entidades que têm levantado essa bandeira, legislação que fundamente essa medida é o que não falta. O Manifesto cita que a mesma Constituição Federal que estabelece o direito social à saúde e o direito fundamental à vida e à igualdade, entre outros, determina, no seu artigo 5º, que “em caso de perigo público iminente, a propriedade particular pode ser usada por autoridade competente, mediante indenização posterior ao proprietário em caso de dano”. Decisão semelhante, argumentam, está expressa na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) e na Lei 13.979, promulgada este ano, que estabelece o estado de calamidade pública. “Para enfrentar esta dramática e urgente situação, o poder público precisa tomar atitudes muito mais enfáticas para garantir atenção a todos os casos, independente da capacidade de pagamento”, diz o Manifesto, que alerta: “Evitar ou postergar essa decisão terá um impacto direto em vidas perdidas”. O

'ESTÁ NA HORA DE ORGANIZAR A ECONOMIA PARA COLOCÁ-LA A SERVIÇO DA VIDA DAS PESSOAS, E NÃO DA ACUMULAÇÃO PRIVADA DA RIQUEZA'

André Antunes



Ao longo dos últimos tivemos anos um processo de desregulamentação e de flexibilização do mercado de trabalho, cujo maior exemplo foi a reforma trabalhista aprovada em 2017. Quais foram os efeitos desse processo sobre a proteção social do trabalho neste momento de crise sanitária?

A pandemia revela a situação precária do mercado de trabalho brasileiro. E também mostra como ele vai ter dificuldade para se reconstruir se todas as previsões de que nós vamos ter um baque econômico muito substantivo se consolidarem.

Temos historicamente um mercado de trabalho muito desestruturado, com altíssima informalidade, que se expressa nos trabalhadores sem carteira assinada e no trabalho autônomo. E na crise de 2015-2016, houve uma explosão do desemprego. A taxa dobrou, de 6,5% para 13%. O que foi feito para enfrentar esses problemas? Avançou a agenda de redução de direitos, de retirada de proteções sociais, jogando os indivíduos a concorrer no mercado, numa condição mais vulnerável, sob a justificativa de que isso levaria a uma redução do custo do trabalho e, com isso, as empresas iriam contratar e investir. Que é algo que absolutamente não se confirmou no Brasil. Após a reforma trabalhista todas aquelas promessas de melhorar o mercado de trabalho não se realizaram. Não houve formalização. Pelo contrário, cresceu a informalidade; não houve retomada do crescimento substantivo da economia nem da produtividade e não houve avanço do emprego. Se somar o desemprego aberto com o oculto, são 16,2 milhões de pessoas. É muita gente desempregada. Ao mesmo tempo o governo disse que era fundamental viabilizar o ajuste fiscal para estimular o investimento privado, que seria a alavanca do novo ciclo de crescimento econômico. Daí o congelamento do gasto público. Mas isso também não se concretizou. A economia continuou andando muito devagar, 1% ao ano, em média, fazendo com que, diferentemente dos outros ciclos econômicos, a recuperação fosse muito mais lenta.

JOSÉ DARI KREIN

Desde antes de a pandemia de Covid-19 chegar com força por aqui, os trabalhadores brasileiros já se deparavam com um mercado de trabalho bastante adverso, cujos indicadores apontavam altas taxas de desemprego e informalidade, bem como uma queda no rendimento médio das famílias. Cenário que, para o pesquisador José Dari Krein, do Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho da Universidade Estadual de Campinas (Cesit/Unicamp), foi resultado direto do avanço da agenda de flexibilização e desregulamentação do trabalho no país – especialmente com a Reforma Trabalhista aprovada em 2017 - e do congelamento dos gastos públicos – com a Emenda Constitucional 95, em 2016. Ambas as medidas foram adotadas em resposta à crise econômica que perdura desde 2015. Para Krein, a pandemia serviu para evidenciar o cenário de precarização e péssimas condições de trabalho a que está submetida grande parte dos trabalhadores, principalmente aqueles que exercem atividades consideradas essenciais no contexto da pandemia, como profissionais da saúde e entregadores de serviços de delivery, por exemplo. Na visão do pesquisador da Unicamp, as medidas adotadas pelo governo até aqui para garantir renda entre os trabalhadores informais e preservar o emprego daqueles com carteira assinada não serão suficientes para evitar que a recessão econômica se aprofunde no país. A tendência, diz ele, é de uma queda significativa do rendimento e uma explosão da taxa de desemprego no país, a menos que o Estado promova medidas mais incisivas de proteção do emprego e da renda, como as que foram adotadas por países como Espanha e Inglaterra no contexto do enfrentamento da pandemia.

Agora, no começo de 2020, o governo estava anunciando que havia uma retomada da economia. Até houve uma pequena melhora no segundo semestre de 2019, mas já no início de 2020 os dados mostravam que a economia não estava se recuperando como o [ministro da Economia Paulo] Guedes estava anunciando. Nesse contexto, a taxa de desemprego não foi mais elevada porque uma parte importante das pessoas precisaram encontrar uma estratégia de sobrevivência, e não somente os trabalhadores mais pobres, que estão na base da pirâmide social. Foi um problema também para muitos segmentos médios e qualificados. E a busca dessa estratégia de sobrevivência fez com que aumentasse fortemente o trabalho por conta própria e o trabalho informal, bem como os empregos em relação de trabalho disfarçada, que são fundamentalmente esses trabalhadores de aplicativo, de plataforma digital, cujo número cresceu muito nesse período e hoje é muito expressivo. É muito comum o engenheiro que virou motorista de Uber ou que montou um pequeno negócio para poder sobreviver.

Então, o ajuste que foi feito após a crise de 2015 foi extremamente danoso para o mercado de trabalho. E a parada da economia por conta da pandemia talvez faça com que esses arranjos de sobrevivência desenvolvidos após a crise por um contingente que chega a 40 milhões de pessoas, incluindo os trabalhadores por conta própria, sejam totalmente desarticulados. Como mostra, por exemplo, a pesquisa que a Remir, a Rede de Estudos e Monitoramento Interdisciplinar da Reforma Trabalhista, fez recentemente, que aponta uma queda substantiva do rendimento desses trabalhadores de plataforma digital. A jornada não cai, mas o rendimento cai fortemente. Não vai caber todo mundo nesses sistemas. Há uma desarticulação das ocupações com a parada da economia do setor informal e por conta própria.

Dados do final de abril divulgados pelo Ministério da Economia mostram que houve 150 mil pedidos a mais de seguro-desemprego em 2020 do que no ano passado, um “ligeiro aumento”, segundo o governo. Qual é a sua avaliação sobre os números divulgados pelo governo federal?

De fato, os indicadores iniciais publicados pelo Ministério da Economia mostram que não houve uma explosão na procura de seguro-desemprego como aconteceu nos Estados Unidos. Lá, nas seis primeiras semanas, 26 milhões de pessoas foram solicitar o benefício. Mas a gente precisa relativizar os dados brasileiros. Porque, em primeiro lugar, quem tem acesso ao seguro-desemprego são as pessoas que estão no mercado formal de trabalho. E a maioria dos ocupados não estão. Trinta e cinco milhões de trabalhadores, um pouco mais de um terço da força de trabalho, têm direito ao seguro-desemprego pelas regras existentes. E mesmo esse um terço tem que preencher outros requisitos. Ou seja, a grande maioria dos ocupados não é elegível.

Em segundo lugar, é importante lembrar que muitas pessoas estão tendo dificuldade de acessar o seguro-desemprego. Até então, a tradição era as pessoas irem pedir o seguro-desemprego nas agências do Sine [Sistema Nacional de Emprego]. Com a pandemia, as pessoas precisam solicitar

via internet. E há muitas reclamações de que o aplicativo é pouco amigável, cai constantemente e as pessoas não conseguem completar o pedido. Isso não está acontecendo só com o seguro-desemprego. Desde o ano passado há filas imensas de pessoas sem conseguir concretizar o seu direito aos benefícios previdenciários e ao Bolsa Família. Há agora as filas em torno da renda emergencial, que é uma coisa catastrófica em termos de exposição das pessoas ao coronavírus.

O que eu acho é que o desemprego vai explodir a partir de maio, junho. Vamos ver taxas de desemprego subir muito substancialmente, na minha avaliação. É verdade também que deve diminuir o número de pessoas que vão procurar emprego, que vão desanimar. Então a taxa não é tão real. Como a pesquisa PNAD divulgada no final de abril mostra, aumentou muito o número de pessoas que saíram da força de trabalho, foram 2,3 milhões de pessoas. E a pesquisa pegou somente os primeiros oito dias de isolamento social.

Nesse cenário, que impacto deverá ter o auxílio emergencial de R\$ 600 para os trabalhadores informais?

Tem um indicador que me chama muita atenção: são 44 milhões de pessoas beneficiadas pelos R\$ 600 do auxílio emergencial. Cinquenta milhões são elegíveis. A gente viu aglomerações na frente de várias agências bancárias. E isso apesar da dificuldade de muitos brasileiros para se inscreverem, além da ausência de espaços públicos para ajudar a orientar as pessoas.

Nós temos uma força de trabalho de 106 milhões de pessoas e mais da metade do chamado total de ocupados foram buscar esse auxílio. Eu acho que demandaram esse auxílio pessoas que não estão sendo computadas nessa força de trabalho, que estão na inatividade no momento. Mas isso mostra a dimensão da precariedade. Esse dinheiro é para pessoas que estão na informalidade, que trabalham por conta própria, de baixa renda.



A AJUDA QUE O GOVERNO ESTÁ OFERECENDO É UM TERÇO DO RENDIMENTO ANTERIOR DOS TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA, QUE SÃO MAIS DE 24 MILHÕES DE PESSOAS. É ABSOLUTAMENTE INSUFICIENTE PARA GARANTIR A MASSA DE RENDIMENTO DESSE SEGMENTO'

Mas o que o governo propôs foi mais do mesmo. Propôs em um primeiro momento uma renda de R\$ 200 para os informais e por conta própria, que é uma quantidade muito grande de pessoas. O Congresso aumentou para R\$ 500, o governo elevou para R\$ 600 para mostrar que tinha protagonismo nesse contexto de briga das instituições. As pessoas estão se agarrando nisso nesse primeiro momento, mas isso está muito longe daquilo que é o rendimento médio tanto dos informais quanto dos por conta própria. O rendimento médio dos informais, pela PNAD de dezembro, é de R\$ 1,5 mil, e dos por conta própria R\$ 1,7 mil. Ou seja, a ajuda que o governo está oferecendo é um terço do rendimento anterior dos trabalhadores por conta própria, que são mais de 24 milhões de pessoas. É absolutamente insuficiente para garantir a massa de rendimento desse segmento. Além disso, essa medida é prevista por três meses. Não sabemos quais serão os desdobramentos da crise em três meses, mas os sanitaristas todos estão falando que daqui a três meses não teremos normalidade, e mesmo se tivermos normalidade vai ser uma outra situação diferente do que a gente tinha pré-crise. Então, isso significa uma queda de rendimento brutal dos trabalhadores por conta própria e dos informais.

E quanto às Medidas Provisórias 927 e 936, voltadas para o mercado formal de trabalho, que permitiram as empresas, entre outras coisas, suspender temporariamente contratos e reduzir jornadas e salários, como forma de preservar empregos durante a crise sanitária?

A MP 927 teve aquela questão maldosa de permitir que as empresas suspendessem seus contratos sem que tivessem nenhuma responsabilidade financeira sobre isso e sem que o Estado garantisse uma remuneração aos trabalhadores. Mas isso teve uma reação tão forte que não se sustentou e o governo fez a MP 928, que foi exatamente para revogar esse artigo da suspensão sem remuneração. O que ficou na MP 927 é a possibilidade de as empresas negociarem banco de horas, férias, parcelamento, adiantar feriados, além de uma desresponsabilização das empresas caso o seu funcionário, o seu empregado, pegasse o coronavírus. Ele precisava mostrar uma relação causal, que tinha sido dentro da empresa, etc - o que também caiu, por decisão do Supremo [Tribunal Federal]. Era uma coisa absurda.

Depois, como caiu esse artigo da suspensão do contrato, veio a MP 936, que estabelece regras para a suspensão do contrato, que também está sendo muito utilizada, além de possibilitar a redução das jornadas de trabalho e salários sem precisar negociar com os sindicatos no caso dos trabalhadores que ganham até R\$ 3 mil e dos que ganham mais de dois tetos previdenciários. Ela foi inclusive objeto de uma Adin [Ação Direta de Inconstitucionalidade], mas a liminar julgada pelo STF validou a MP. Eu acho que o STF abriu um precedente extremamente perigoso, porque o trabalhador individualmente não tem nenhum poder de negociação com o empregador, ainda mais num contexto tão difícil como o que estamos vivendo. Isso é um problema para a democracia, porque você vai alijar do jogo político as instituições que são de representação dos trabalhadores. Com isso você abre espaço para o surgimento de outras organizações ou até re-

beliões. E quando surgem essas rebeliões, não tem nem com quem negociar, como foi com a greve dos caminhoneiros em 2018. Isso é muito perigoso inclusive por criar uma situação de maior instabilidade social.

E esse é um precedente que está ancorado na lei da Reforma Trabalhista...

Exatamente, está na Reforma, foi colocada na MP 936 e referendado pelo Supremo. O seu mérito ainda será julgado, mas foi permitido de maneira cautelara. Mesmo assim os sindicatos estão tentando reagir e em muitos setores mais organizados há acordos melhores.

E que impacto as medidas devem ter sobre a economia brasileira?

As medidas provisórias permitiram que nesse período da suspensão do contrato e de redução dos salários uma parte dos salários fosse arcada pelo poder público, como se fosse um seguro-desemprego. Nas empresas com faturamento menor do que R\$ 4,8 milhões todos os trabalhadores podiam se alocar como seguro-desemprego. O seguro-desemprego paga entre um salário mínimo e R\$ 1,8 mil. Ou seja, tem um certo limite. É o Tesouro que vai pagar o seguro-desemprego para grande parte dos trabalhadores. Acima dessa faixa, o governo entra com 70% do seguro-desemprego e a empresa arca com um valor. E a redução do salário e jornada vale por três meses. Mas, mesmo se esse plano der certo e for executado da forma como o governo prevê, isso significa uma queda na massa de rendimentos. Essa queda, segundo projeções de um estudo feito aqui na Unicamp, pode variar entre 9% e 27%, dependendo da quantidade de pessoas que entrarem nesse tipo de programa.

As medidas anunciadas até agora dão um certo alívio para os trabalhadores, mas a renda vai diminuir muito fortemente. Além disso, grande parte dessas empresas não tem capital para se sustentar. A chance a partir de maio começarem a despedir sem pagar as verbas rescisórias é muito grande.

Isso vai ter um efeito muito negativo na demanda, porque somos um país no qual o consumo das famílias é um componente importante do PIB [Produto Interno Bruto], próximo de 60%. As famílias vão contrair seu gasto, assim como as empresas não vão fazer nenhum tipo de investimento. Tem um efeito em cascata. Em alguns setores, a chance de você recuperar no curto prazo é mínima. Por exemplo, comida fora do lar, turismo... Todas as cidades que têm esse componente como um elemento forte da sua renda vão sofrer fortemente. Com isso, a tendência é uma desarrumação da economia.

A arrecadação do setor público também deve cair fortemente, o que vai afetar muito as finanças públicas e ter um efeito sobre a demanda. Além disso, a pandemia desarrumou também os circuitos de comércio internacional. Você tem uma queda brutal das commodities. Veja o preço do petróleo. As outras commodities podem ter uma tendência de desaceleração. Ou seja, a chance de ter um crescimento negativo é alto. E se as medidas provisórias aliviam, não resolvem o problema. São muito tímidas para enfrentar o tamanho da crise que estamos vivendo, e isso tende a provocar um aprofundamento da recessão econômica.



A LÓGICA AQUI FOI SIMPLEMENTE FACILITAR A VIDA DAS EMPRESAS'

Na comparação com outros países que enfrentaram a pandemia de Covid-19, como vê as medidas adotadas no Brasil?

A lógica das nossas medidas vai na contramão do que outros países adotaram. Claro que menos no caso dos Estados Unidos. A lógica aqui foi simplesmente facilitar a vida das empresas e olhando o problema como se fosse micro, de cada empresa individual, possibilitando que ela reduza seus custos no curto prazo, o que dá um certo alívio. Mas é um problema mais agregado. Em outros países como, por exemplo, a Inglaterra, se fez o seguinte: garantiu-se 80% do rendimento para todos que ganham até 2,5 mil libras, o que dá R\$ 15 mil reais. Isso dá uma condição melhor para as pessoas poderem sobreviver e para que a queda na demanda impacte menos o padrão do consumo. Foi uma medida para proteger a renda de forma mais agressiva que a nossa. A Espanha, num primeiro momento, começou a ter demissões em massa, mas o governo interveio, porque já vinha numa lógica de reverter a flexibilização do mercado de trabalho como forma de criar emprego. E proibiu as demissões, com o Estado garantindo o rendimento das pessoas que precisam trabalhar e não podem porque estão no isolamento. A Alemanha também foi mais agressiva no sentido de garantir a renda.

Ganham corpo atualmente, principalmente em países da Europa, ideias que retomam um pouco alguns pressupostos do Keynesianismo (conjunto de teorias propostas pelo economista britânico John Maynard Keynes, que em oposição ao que pensavam os adeptos do liberalismo, defendiam que o Estado deve intervir na economia para garantir o pleno emprego). Há sinais de que isso se concretize também no Brasil? Quais as intervenções você considera que precisam ser feitas pelo Estado nesse contexto?

É verdade que as ideias keynesianas ganham atualidade, mesmo entre muitos que faziam profissão de fé neoliberal. Mas é bom lembrar que o Keynes não é um só gastador. Ele advoga uma política anticíclica. Ou seja, nesse momento em que a economia está em queda, o Estado tem que ampliar o seu gasto, que não é a mesma situação quando a economia está em expansão. Eu entendo que nós temos que garantir uma redefinição substantiva do papel do Estado. A crise pode nos ensinar que temos que superar essa lógica de achar que retirando a prestação de serviços e um papel mais regulador do Estado a atividade econômica vai bem. A experiência recente mostra exatamente o contrário. Os mecanismos de regulação de mercado estão em crise. O que não tem são novas alternativas consolidadas. Mas a crise do neoliberalismo é evidente. E, nesse sentido, a redefinição no papel mais preciso do Estado significa ele nesse momento

injetar dinheiro na economia. Ele é um prestador de primeira instância para garantir a vida social, emprego e a renda. E ele pode fazer isso no caso brasileiro inclusive imprimindo moeda. A impressão de moeda dificilmente vai ter seus efeitos econômicos de elevação da inflação, como advogam os mais clássicos. Porque a demanda está muito reprimida, não existe espaço para elevação de preços.

Mas também está na hora de pensar em um Estado que seja capaz de organizar a própria atividade econômica no sentido de que os fluxos de renda, de produção, serviços, sejam garantidos. Por exemplo, um sistema de segurança alimentar, que não permita que o produtor rural perca sua safra enquanto muitas pessoas passam fome nas cidades. O Estado não pode permitir isso. Como também deve estimular a realização de atividades econômicas para suprir as necessidades nesse momento de crise, como a ampliação dos equipamentos hospitalares. Por um lado, é fundamental assegurar o isolamento social, para você não colapsar todo o sistema de saúde e evitar a proliferação da contaminação. É fundamental isso. Como? Garantindo às pessoas uma renda para suas necessidades fundamentais. Mas, além disso, há uma série de atividades que são fundamentais para continuar atendendo as necessidades básicas das pessoas e para viabilizar os cuidados de quem adoece. Nesse sentido, uma ação fundamental do Estado seria garantir que as pessoas que estão trabalhando tivessem suas condições de trabalho asseguradas. Mas não se fez nenhuma medida para resguardar as condições de trabalho de quem está no front nesse momento. Uma pesquisa feita pela Internacional de Serviços Públicos mostrou que 49% dos trabalhadores da saúde não receberam máscaras do serviço de saúde para poder exercer suas atividades; 73% não receberam vestimentas e 80% não receberam nenhum treinamento. Essa mesma pesquisa indicou ainda que 35% desses trabalhadores trabalhavam 12 ou mais horas por dia.

Um estudo que fizemos na Unicamp ainda mostra que nas atividades consideradas essenciais nesse momento, a média salarial é mais baixa do que a média geral do mercado de trabalho, com exceção de alguns setores, como saúde, que estão acima da média no geral. Claro, com a ressalva de que um trabalhador de nível médio da saúde, diferentemente de um médico, recebe menos do que a média de rendimento anual. Mas, nas atividades essenciais, as jornadas tendem a ser mais longas que a média, os salários em média são menores, mostrando que as condições de trabalho nesses segmentos são piores. E a valorização desses profissionais implica uma remuneração justa para todos os que estão no front, inclusive expondo sua vida. Os entregadores de serviços de delivery, por exemplo, ganharam muita visibilidade nesse momento. Não tem nenhuma justificativa para não reconhecer a esses trabalhadores um conjunto de direitos, como carteira assinada, férias, 13^o. Isso é o mínimo.

Para isso é necessária uma mudança substantiva no papel do Estado. A crise nos ensina que a preservação da vida é mais importante e não pode prevalecer a lógica do negócio. Está na hora de organizar a economia para colocá-la a serviço da vida das pessoas, e não da acumulação privada da riqueza. O

Como garantir o direito à educação em meio à pandemia?

Secretários estaduais e municipais cobram mais participação do MEC na reorganização do calendário escolar. Educadores e professores expressam preocupação com a implementação de atividades a distância como parte da carga horária do ano letivo

André Antunes

Entre incertezas e alguns questionamentos, secretários municipais e estaduais de todo o país vêm implementando estratégias para seguir com o ano letivo de 2020 em meio ao fechamento das escolas por conta das medidas de isolamento social tomadas em decorrência do coronavírus. E cobram do governo federal mais apoio às redes no processo de reorganização do calendário escolar em meio à pandemia – e também após o fim da crise sanitária.

A pandemia, na verdade, deflagrou o acirramento de uma crise nas relações entre os entes federados que se expressa também na educação. Um dos capítulos mais recentes desse imbróglio envolve a decisão do Ministério da Educação (MEC) de manter o calendário previsto inicialmente para a realização das datas do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). No dia 20 de abril, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação (Consed) emitiu um comunicado em resposta a uma postagem feita na véspera pelo ministro da Educação Abraham Weintraub no Twitter. Usando a hashtag '#VaiTerEnem', Weintraub acusou os governadores de fazerem uma "quarentena generalizada e precipitada". "Alunos sem aula ficam preocupados com o Enem", alertou o ministro, que afirmou ainda que os governadores agora terão que "rebolear atrás do prejuízo". A postagem ocorreu dois dias depois de uma decisão judicial da 12ª Vara Cível Federal de São Paulo determinar ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) o adiamento do Enem em função dos impactos da Covid-19 na educação, decisão da qual o ministro, também via Twitter, já anunciou que irá recorrer.

Em resposta, o Consed reiterou que defende as ações de isolamento social e cobrou do MEC apoio aos estados para "encontrar soluções que permitam a aprendizagem dos alunos" no contexto do fechamento das escolas. A entidade defendeu ainda o adiamento das datas das provas do Enem para que não haja prejuízo para os alunos, principalmente os mais pobres.

O adiamento vem sendo uma das principais reivindicações dos secretários estaduais, desde que o Inep anunciou no final de março que as provas do Enem seriam realizadas nas datas originalmente previstas, nos dias 1º e 8 de novembro. Em nota publicada no dia 1º de abril, o Consed alertou que a manutenção das datas de realização das provas "deverá ampliar as desigualdades entre os estudantes do Ensino Médio em todo o país no acesso às instituições de Ensino Superior". Posição similar foi defendida em nota conjunta assinada pelas entidades representativas dos estudantes, a União Nacional dos Estudantes (UNE) e a União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (Ubes), que lançaram ainda uma campanha no Twitter sob a hashtag "adiaEnem", que chegou a figurar entre os tópicos que mais circularam pela rede social no início de abril. Algumas instituições de ensino também se manifestaram a respeito, a exemplo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que divulgou no dia 17 de abril uma nota defendendo que o adiamento do Enem era a "decisão mais legítima e democrática" diante da suspensão das aulas presenciais em razão do coronavírus. "Em um país com tamanhas desigualdades sociais, nenhum estudante conluente do ensino médio deve ser penalizado e ter ameaçado o seu direito de concorrer a uma vaga na universidade", afirmou a instituição.

Ensino à distância sob suspeita?

Nesse ínterim, governos estaduais e municipais vêm adotando medidas para cumprimento do calendário escolar no contexto da pandemia, que vêm sendo foco de controvérsia. Particularmente a transferência de atividades pedagógicas que antes eram ministradas presencialmente para formatos à distância. Segundo levantamento do Consed, até o fechamento desta edição, pelo menos 14 estados aprovaram, por meio de seus conselhos estaduais de educação, resoluções sobre os regimes especiais de aulas não presenciais a serem adotadas pelas instituições das redes enquanto vigorarem as medidas de isolamento social. Isso vem se dando principalmente através da disponibilização de plataformas online, aulas ao vivo em redes sociais e envio de materiais digitais aos alunos. E a proposta é que as atividades remotas sejam computadas como parte da carga horária letiva mínima de 800 horas estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB). Para alguns analistas, contudo, computar as aulas à distância como parte da carga horária é um problema, já que tende a ampliar desigualdades educacionais no país.



Esse foi um dos argumentos utilizados pelo Ministério Público do Rio de Janeiro (MPRJ) em uma ação civil pública ajuizada no dia 20 de abril que pede que as aulas oferecidas à distância pela Secretaria Estadual de Educação não sejam computadas como carga horária, mas apenas como atividades complementares e de “estímulo intelectual”, “sem prejuízo da retomada das aulas presenciais”. Ainda em março, a Secretaria anunciou que disponibilizaria a partir do dia 13 de abril aulas no formato online na plataforma Google Classroom, através de um convênio firmado com a multinacional de tecnologia. Segundo o órgão, os alunos que não tivessem acesso à internet receberiam o material impresso em suas casas, e caso tivessem necessidade, teriam aulas de reforço após o retorno das aulas presenciais.

Na ação, no entanto, o Ministério Público citou a falta de acesso à internet por muitos alunos, bem como as altas taxas de evasão no ensino médio, como justificativa para pedir que o estado se abstenha de reprovar qualquer aluno da rede, tenha ou não utilizado a plataforma Google Classroom, e que garanta o cumprimento integral do calendário letivo dos estudantes que não cumprirem com os requisitos de frequência e aproveitamento por conta de dificuldades de acesso ou utilização da plataforma.

Gustavo Miranda, coordenador do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE-RJ), tem posição similar. “A nossa posição é que não haja equivalência entre a aula presencial e esses conteúdos que são passados online”, defende. E completa: “A utilização da plataforma para contagem de dia letivo deveria seguir uma série de critérios que o governo não está cumprindo, que estão na deliberação do Conselho Estadual de Educação. Um deles é o de você ter um planejamento específico para aulas online, que não foi realizado, bem como a garantia de que todos os estudantes tenham acesso de maneira igual aos conteúdos, o que não é possível na medida em que nem

todo mundo tem acesso à internet”. O que inclui muitos professores da rede estadual, segundo Miranda. “Os profissionais moram às vezes em locais que não têm acesso regular a banda larga, ou não têm computador em casa. E a saída foi disponibilizar a escola para receber profissionais que não conseguem gravar as aulas ou passar os conteúdos. O que quebra o isolamento social, sobretudo porque muitos professores não moram nos municípios em que trabalham. Então é uma situação complicada”, afirma o coordenador do Sepe-RJ.

No estado que concentra a maior parte dos casos de Covid-19 no país, as propostas para lidar com a suspensão das aulas presenciais são similares, e as críticas também. A Secretaria de Educação do Estado de São Paulo (Seduc-SP) anunciou que a partir do dia 22 de abril, quando terminou o período de recesso escolar e de férias dos professores – antecipados por conta da pandemia - o processo educativo no estado passaria a ser realizado a distância, também contando como carga horária para o cumprimento do ano letivo. No mesmo período foi anunciado o lançamento do aplicativo ‘Centro de Mídias SP’, plataforma por meio da qual são disponibilizadas aulas na forma de vídeos e outros conteúdos, bem como o contrato do governo paulista com operadoras de telefonia celular para que os estudantes pudessem acessar a internet, restrita ao uso do aplicativo. Além disso, o governo estadual, em parceria com a prefeitura de São Paulo, instituiu o Programa Aprender em Casa, que prevê a distribuição de apostilas aos estudantes das redes estadual e municipal. No final de abril, o governador de São Paulo, João Dória, anunciou que as aulas presenciais no estado seriam retomadas em julho, por meio de um sistema de rodízio de estudantes para manter um distanciamento maior entre os alunos na sala de aula.

Em nota assinada pela Rede Escola Pública e Universidade (Repu) e pelo Grupo Escola Pública e Democrática (Gepud), que reúnem professores e pesquisadores das instituições de ensino superior e também da educação básica do estado de São Paulo, as entidades defendem que a disponibilização de conteúdos e atividades escolares aos estudantes não pode substituir “de forma improvisada e pouco planejada” as aulas presenciais. “Somos contrários à continuidade do calendário escolar oficial nessas condições adversas, inseguras e precárias. A nova ‘oferta’ educacional à distância, que se dá em caráter estritamente emergencial, não tem equivalência com os processos educativos presenciais regulares que deveriam ocorrer no primeiro semestre de 2020 nas escolas estaduais de São Paulo, inclusive para efeitos de avaliação, promoção e reprovação dos estudantes”, afirma a nota.

As secretarias estaduais de educação do Rio de Janeiro e de São Paulo não haviam respondido à solicitação de entrevista enviada até o fechamento desta matéria.

No norte do país, aulas pela TV

No Amazonas, um dos primeiros estados a adotar um regime de aulas emergencial por conta do coronavírus, ainda em março, a aposta é em conteúdos ministrados através de canais de TV abertos. “O Amazonas tem, até pelo seu tamanho e peculiaridades logísticas, uma dificuldade muito grande de atendimento, principalmente às comunidades ribeirinhas dos municípios do interior. Então a gente já tem uma experiência com aulas mediadas por tecnologia”, explica o secretário de Educação Luis Fabian Barbosa, e completa: “Por conta disso a gente criou há mais de dez anos um centro de mídias de educação dentro da secretaria. Por meio dele a gente faz a transmissão ao vivo de aulas por professores daqui da capital para mais de 2 mil salas de aula via satélite para essas comunidades, e esse sinal é captado por antenas parabólicas nas escolas ribeirinhas, onde os alunos estão”, diz. Segundo ele, com o fechamento das escolas, o processo foi adaptado para que o sinal pudesse chegar às casas dos estudantes. “A única forma que a gente tem de fato de dar escala a esse projeto é por meio de uma parceria com a TV pública, no caso a TV Encontro das Águas, um canal de TV público estadual”, diz o secretário. Ainda assim, o acesso à internet se faz necessário, segundo Barbosa. Isso porque caso queiram tirar dúvidas, é preciso que os estudantes tenham um celular com acesso à internet para poderem interagir com os professores por meio de um aplicativo específico. Os alunos com acesso à internet podem ainda acessar um ambiente virtual de aprendizagem com os conteúdos das aulas e apostilas de exercícios complementares. Já os professores, segundo o secretário, foram mobilizados no engajamento dos estudantes às aulas, por meio de aplicativos de troca de mensagens, redes sociais e telefonemas, além de fazerem o acompanhamento diário das atividades. “Quando a gente voltar para as atividades presenciais, os professores vão fazer uma breve revisão desses conteúdos com os alunos e a verificação da aprendizagem por meio de vários instrumentos avaliativos. Uma vez aferida a aprendizagem, esses conteúdos são dados como ministrados”, diz o secretário.

Assim como em outros estados, a estratégia é vista com desconfiança por professores do Amazonas. Em nota enviada à reportagem pela sua assessoria de comunicação, o Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Estado do Amazonas (Sinteam) reforçou a necessidade de manutenção do fechamento das escolas, mas destacou que está estudando formas de garantir a eficácia do aprendizado, “e não um faz de conta com as aulas pela TV”. “Nossos alunos não têm o hábito de assistir aulas pela TV e a realidade das famílias não permite o acompanhamento a contento, especialmente com aqueles de famílias cujos pais, mães ou responsáveis apresentam baixa escolaridade”, afirmou o sindicato em nota. O Sinteam destacou ainda que vem recebendo muitas denúncias e reclamações sobre o sistema

de videoaulas. “Os professores estão se sentindo pressionados. Há muitas exigências dos gestores, sem levar em conta que trata-se de uma modalidade nova de ensino – temporária –, não houve treinamento para tal e a forma como foi imposta para estudantes, pais e profissionais está sendo bastante criticada”, diz a nota.

A proposta de veicular conteúdos educativos pela TV, no entanto, vem ganhando adeptos em meio à pandemia. No dia 6 de abril, a Secretaria Estadual de Educação de São Paulo anunciou um termo de cooperação para utilização das aulas e conteúdos pedagógicos produzidos pelo governo do Amazonas para alimentar o Centro de Mídias da rede estadual de educação paulista.

Integrante da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, o professor da Universidade Federal do ABC (UFABC) Fernando Cássio reforça que a tendência é que as condições de trabalho e de aprendizagem nas redes estaduais, segundo ele já precárias, se tornem ainda piores com o ensino à distância. “A prioridade está sendo preservar financeiramente os orçamentos diminuindo a demanda por reposição presencial depois, fazendo o que for possível para mitigar algumas perdas dos alunos, mas nenhum estado, pelo menos até o momento, está adotando políticas radicais de inclusão digital. Há em geral um improviso que está basicamente só mudando a forma de gerar desigualdades educacionais”, avalia.

Dirigentes municipais veem problemas no ensino à distância

A aposta no ensino à distância no contexto da epidemia é vista com cautela também por dirigentes municipais. Alessio Costa, presidente da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime) Região Nordeste e secretário municipal de educação de Alto Santo, no Ceará, avalia que o Brasil não tem tecnologia apropriada para o funcionamento da educação dessa forma. “Nós temos uma grande limitação que é a questão da conectividade. Se nem as nossas escolas públicas o MEC conseguiu prover com acesso à internet, imagina as famílias dos alunos que frequentam a escola”, questiona. Por conta disso, Alessio também vê na adoção massiva do ensino à distância como alternativa para a retomada das atividades escolares um risco de que sejam ampliadas as desigualdades educacionais no país. “Se houvesse a destinação de um canal de TV aberto exclusivo para transmissão de videoaulas para cada uma das séries do ensino fundamental ao médio, e houvesse uma preparação concomitante dos professores para esta metodologia de ensino, talvez nós tivéssemos condição de ensaiar algumas atividades complementares para ir minimizando o impacto desse período de paralisação. Mas isso pressupõe um tempo mínimo de organização, de planejamento das aulas, de organização do tempo em que elas estarão sendo emitidas com interação simultânea entre alunos e professores”, cobra o presidente da Undime Região



O fechamento das escolas foi uma das primeiras medidas de isolamento social tomadas por governos municipais e estaduais, ainda em março, diante da escalada dos casos de coronavírus

Nordeste, que questiona ainda como será feito o acompanhamento dos conteúdos disponibilizados à distância. “Como esses alunos serão avaliados para ver se, de fato, eles estão aprendendo? De nada adiantará todo esse esforço se as alternativas escolhidas não assegurarem que de fato as crianças e os jovens aprendam”, pontua.

Secretário municipal de educação de Jerônimo Monteiro, no Espírito Santo, e presidente da Undime Região Sudeste, Vilmar Lugão lembra que a LDB não permite aulas não presenciais para a educação infantil, cuja responsabilidade recai principalmente sobre os municípios. E ele questiona inclusive sua adoção nos anos iniciais do ensino fundamental. “A posição da Undime é que não é possível trabalhar com aulas à distância na educação infantil, para o ciclo de alfabetização, e até mesmo para os quintos anos do ensino fundamental. Isso seria muito complicado”, avalia Lugão, completando em seguida: “Como a gente pode propor atividade à distância para a educação infantil, onde a interação entre professor-aluno é condição para o desenvolvimento pedagógico? O eixo estruturante do currículo na educação infantil são interações e brincadeiras: como trabalhar isso à distância? Por isso a Undime defende que nós não trabalhemos com aula à distância, mas com atividades compensatórias, que não sejam computadas como dias letivos”, afirma o presidente da Undime Região Sudeste. Posição que difere da do Consed, que representa os gestores estaduais, para quem as atividades à distância devem ser computadas como dias letivos. “Aí é complexo porque vai haver uma ‘ruptura’ entre as redes. Os calendários não irão se encontrar”, aponta Lugão.

A despeito disso, algumas redes municipais também vêm apostando em atividades à distância como forma de cumprir o calendário letivo. Em São Paulo, a Secretaria Municipal de Educação antecipou para o período entre 23 de março e 9 de abril o recesso escolar de julho. Segundo Bruno Caetano, a partir do dia 10 a secretaria iniciou a implementação de uma estratégia baseada em cadernos de atividades pedagógicas divididos por disciplinas e faixas etárias, da pré-escola ao último ano do ensino médio, distribuídos para todos os alunos da rede municipal. Para os alunos matriculados nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio, a proposta envolve aulas à distância utilizando uma plataforma digital da Secretaria Municipal de Educação e a plataforma Google Classroom. “Nossos professores poderão utilizar o Google Classroom para montar as suas salas de aula virtuais e auxiliar as crianças e os pais em relação aos cadernos de atividades de forma remota”, afirma o secretário, complementando que no segmento da educação infantil a proposta envolve encontros virtuais entre pais e professores. “Mas é claro que as dicas são mais gerais. A gente tem muitas atividades lúdicas dentro das salas de aula, e os professores vão orientar os pais sobre como fazê-las”, diz Caetano.

Claudio Fonseca, presidente do Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo (Sinpeem), avalia que, para “momentos excepcionais”, são necessárias “medidas excepcionais”. “Todo mundo está compreendendo que nós temos uma situação de calendário escolar excepcional, de ações pedagógicas excepcionais, de abordagem à família de forma excepcional”, diz. Ele ressalta, no entanto, que faltou investimento na formação dos professores para lidar com uma situação como a atual.

“Nós sempre reclamamos que falta investimento na formação dos professores para os períodos de calmaria, imagina em uma situação como essa? É óbvio que ninguém estava preparado para isso e ficam potencializadas as carências na educação, fica evidente a falta de investimento”, critica.

No outro epicentro da crise, a cidade do Rio de Janeiro, cuja rede municipal de educação tem hoje cerca de 650 mil alunos na educação infantil, ensino fundamental e Educação de Jovens e Adultos, as aulas presenciais estão suspensas desde o dia 16 de março. Em resposta à solicitação de entrevista realizada pela reportagem, a assessora de comunicação da Secretaria Municipal de Educação respondeu, via email, que a prefeitura “mantém o foco na educação com conteúdo pedagógico online disponível para os alunos”, por meio de medidas como a criação de um aplicativo, o SME Carioca 2020, com atividades para os estudantes, e também através da plataforma digital MultiRio. A Secretaria Municipal de Educação afirmou ainda estar desenvolvendo formas de avaliação dos alunos a serem implementadas em breve, “em parceria com a Microsoft”.

Uso de plataformas virtuais preocupa

A utilização de plataformas virtuais como a Google Classroom por governos estaduais e municipais no contexto da pandemia é um ponto que preocupa representantes da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Educação (CNTE). Em entrevista coletiva realizada no dia 23 de abril, a secretária geral da confederação, Fátima Silva, ponderou que a pandemia tem servido para acelerar um processo de privatização da educação via transferência de recursos públicos por meio de convênios para utilização de plataformas virtuais. “Isso está acontecendo no mundo todo: uma tentativa de implantar o ensino à distância por meio de plataformas virtuais, que são um grande negócio para as grandes corporações. A pandemia está servindo também para aprofundar essa mercantilização e privatização da educação via os grandes negócios das plataformas virtuais. Somos contra esse tipo de estratégia”, afirmou Fátima.

No dia 3 de abril, o Ministério Público do Rio de Janeiro havia inclusive recomendado a suspensão das aulas virtuais através da plataforma Google Classroom no estado, orientação que não foi seguida pelo governo estadual. Na recomendação, o Ministério Público do Rio argumentou que as atividades não presenciais através da plataforma tiveram início antes que fosse assinado um convênio com a Google e garantido o “pleno acesso de seus professores e alunos aos meios tecnológicos necessários à garantia de universalidade, equidade e qualidade das atividades educacionais virtuais, em afronta ao texto Constitucional e à legislação educacional”.

A Campanha Nacional pelo Direito à Educação, por sua vez, apontou em nota o risco representado pelo que chamou de “capitalismo de vigilância” no uso de plataformas

desenvolvidas por empresas de tecnologia como a Google Classroom. “Há o oportunismo das empresas de tecnologia e de comunicação e o risco de apropriação de dados e privatização”, alertou a Campanha, complementando que a gratuidade de aulas online, por exemplo, “costuma esconder modelos de negócio em que o lucro das empresas vem da exploração dos dados de seus usuários para, com isso, ofertar produtos e serviços”.

Secretários aguardam resolução do CNE

“Cada estado está se virando como pode”, ressalta a presidente do Consed, Cecília Motta. E completa: “Os professores e secretários estão tendo que se reinventar para que o aluno não fique em casa sem atividade nenhuma nesse período. Ninguém tem uma receita de como fazer”. Uma das apostas da presidente do Consed para dar “segurança jurídica” à oferta de atividades não presenciais durante o período de fechamento das escolas está na publicação de uma resolução normativa pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) com parâmetros para validar as horas letivas ministradas à distância após o retorno das aulas presenciais, bem como para as avaliações que as redes estaduais e municipais deverão realizar após o fim da crise sanitária. De 17 a 23 de abril, o CNE abriu consulta pública para recebimento de propostas. A expectativa é que ele defina o conceito de ensino remoto, explicitando as atividades às quais as redes poderão recorrer neste período tendo em vista as diversidades socioeconômicas e de acesso à internet entre os estudantes. “Acho que há uma confusão de conceitos, entre EaD [Educação à Distância] e ensino remoto. O que os estados estão implementando é ensino remoto, e não EaD. Em uma aula remota eu posso usar o celular, eu posso usar até atividade em papel para crianças, eu posso usar televisão, eu posso usar várias ferramentas que não são a EaD. Então a gente tem que ter esses conceitos bem claros”, defende Cecília Motta.

Para os secretários municipais de educação, no entanto, a resolução não será suficiente para resolver o problema do que fazer com os estudantes das redes enquanto as escolas permanecerem fechadas. No dia 23 de abril, a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime) apresentou um documento com considerações sobre a minuta da resolução divulgada pelo CNE. Nele, a entidade afirma que considera pertinente o uso de atividades pedagógicas não presenciais como uma das possibilidades disponíveis para os sistemas de ensino enquanto vigorarem as medidas de isolamento social, mas questionou a “forma indutora” com que a minuta do CNE as apresenta. “Devem ser devidamente sinalizadas e disciplinadas as condições estruturais e metodológicas mínimas para sua oferta pelas redes e escolas, bem como a sua equivalência de tempo para que sejam minimamente consideradas letivas, em substituição às aulas presenciais, de modo a evitar que ocorra uso inadequado, precarizado, excessos, inflacionamento de horas, além da malversação desta flexibilização de for-

Alimentação escolar: focalização em meio à pandemia

A questão da alimentação escolar é outro ponto muito debatido por dirigentes municipais e estaduais no contexto da pandemia. Isso porque a suspensão das aulas em todo o país colocou em risco a segurança nutricional dos quase 40 milhões de jovens matriculados na rede pública na educação básica, já que a merenda escolar em muitas localidades do país representa a principal fonte nutricional das crianças ao longo do dia. No dia 8 de abril foi sancionada uma lei aprovada pelo Congresso Nacional no final de março, que permite que os alimentos adquiridos por meio do Programa Nacional de Aquisição de Alimentos (PNAE) sejam distribuídos diretamente aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. Para a presidente do Consed, no entanto, a lei é insuficiente. “Foi retirado do texto aprovado que esses recursos fossem distribuídos diretamente às famílias, por meio de um cartão alimentação, que era o que gente defendia. Mas a lei diz que as escolas vão distribuir os alimentos para os alunos. Como é que uma escola que está fechada para não ter movimento vai dividir e distribuir esses alimentos?”, questiona Cecília Motta. O uso de cartões alimentação é uma estratégia que vem sendo adotada por governos estaduais e municipais para distribuir dinheiro para as famílias dos estudantes matriculados nas escolas públicas, mas para a qual não podem contar com os recursos do PNAE. Na cidade de São Paulo, a secretaria municipal de educação iniciou em março a distribuição de cartões-alimentação para os estudantes da rede municipal, mas apenas para aqueles considerados “em situação de vulnerabilidade social”. Os cartões contêm créditos para a compra de alimentos diretamente pelas famílias dos estudantes, indo de R\$ 55 para os do ensino fundamental até R\$ 101 para aqueles matriculados nas creches municipais. “A gente fez uma política focalizada: pegamos as crianças em situação de vulnerabilidade social, beneficiárias do Bolsa Família ou cujas famílias têm renda per capita do padrão daquelas que fazem jus ao Bolsa Família. Nesse primeiro momento são essas as crianças que vão receber na residência os cartões”, explica o secretário municipal de educação de São Paulo, Bruno Caetano, que garante que, “se necessário”, o governo deve ampliar o número de estudantes beneficiados pelo programa. Focalização é a estratégia também em Goiás, onde o governo estadual passou a destinar recursos do tesouro estadual para 104 mil alunos da rede considerados em situação de vulnerabilidade social. Segundo a secretaria de educação de Goiás, Fátima Gavioli, cada um recebe R\$ 5 por dia por meio de cartões alimentação. “Porque não pagar para os 535 mil alunos da rede estadual? Porque se eu pegar o recurso disponível para isso no tesouro estadual – que vem da economia com energia, transporte escolar, de combustível, etc, nesse período de isolamento social - e dividir para todos os alunos, vai ser um valor irrisório”, afirma.

Para Alessio Costa, presidente da Undime Região Nordeste, mesmo para os municípios que fizerem a distribuição dos alimentos adquiridos via recursos do PNAE, a focalização nos alunos considerados mais vulneráveis deve ser o caminho, já que os recursos segundo ele são insuficientes para distribuir alimentos suficientes para todos. “A merenda escolar não vai dar para todos se ao invés de ser produzida na escola for distribuída em gênero aos alunos”, pondera. E alerta: “É importante que o MEC assegure que o fornecimento da merenda vai acontecer de forma suplementar, porque quando reiniciar as aulas nós vamos precisar continuar comprando a merenda e, se não houver um recurso adicional, vai faltar comida”.

ma intencional com fins de redução de custos”, apontou o documento da Undime. A entidade defendeu ainda que, no caso da educação infantil, o CNE, no máximo, autorize que a escola possa continuar fornecendo orientações para os pais realizarem atividades de estímulo às crianças. “Não existe métrica para mensurar a hora de atividades orientadas às famílias da criança para fins de cômputo da carga horária letiva. Dada essa impossibilidade, será menos nocivo para a educação infantil recomendar que as escolas elaborem orientações aos pais e busquem acompanhar e estabelecer alguma forma de interação neste período, do que a tentativa de fazer aulas não presenciais para crianças. Para esta etapa, as aulas seriam tão somente retomadas, quando do retorno das atividades presenciais, seguindo o mesmo calendário estabelecido pela escola, incluindo os dias de prolongamento, quando houver”, defendeu a Undime, no documento.

O professor da UFABC Fernando Cássio não tem grandes expectativas em relação a uma resolução do CNE nesse momento, no sentido que ela daria conta dos problemas que ele identifica no processo de implementação de atividades educacionais não presenciais. “O CNE até pode desejar capitanear um processo de âmbito nacional, mas ele chegou atrasado nesse processo. Porque a demanda já está lá na escola batendo na porta da secretaria da educação, e o que os secretários da educação fizeram foi agir, em geral, da pior forma possível, excluindo as escolas e as comunidades escolares do processo decisório”, critica o pesquisador, ressaltando que o país vive hoje um conflito federativo. “As secretarias não vão voltar atrás porque o CNE recomendou alguma coisa diferente. A gente está em um momento de extrema fragmentação. Eu acho que dificilmente o CNE vai conseguir protagonizar uma coordenação nacional desse processo”, avalia. O



EPIDEMIA ALÉM DO SUS

Para combater o coronavírus e minimizar seus efeitos sobre a população de rua, moradores de favela, idosos em situação de asilo e outros segmentos vulneráveis, especialistas e militantes destacam a importância de políticas integradas de proteção social

Cátia Guimarães

De que adianta proteger a própria saúde se o preço disso é não conseguir colocar comida na mesa? Com versões variadas, frases como essa têm permeado o discurso de empresários, gestores e entidades que reivindicam o fim do isolamento social como estratégia de controle do coronavírus no Brasil. O dilema parece real. A saída é que merece ser discutida: afinal, há quem garanta que, mais do que evitar a oposição entre saúde e economia, como tem sido defendido, o caminho é recuperar a articulação originária da saúde com outras políticas sociais. Desempregados, trabalhadores informais, população de favela, moradores de rua, idosos em abrigos: é grande e variada a parcela da população brasileira que vive numa situação de vulnerabilidade que a epidemia agravou – e escancarou. “Essas pessoas agora são chamadas de invisíveis, mas a gente encontra com elas na rua todos os dias”, diz Sonia Fleury, pesquisadora do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz e coordenadora da plataforma do Dicionário de Favelas Marielle Franco.

Quando definiu a saúde como parte da Seguridade Social – que inclui também a previdência e a assistência social –, a Constituição brasileira já reconhecia que, sozinho, mesmo um sistema público e universal como o SUS não daria conta de garantir as condições necessárias a uma vida realmente saudável. E isso independentemente de qualquer contexto de pandemia. Ivanete Boschetti, assistente social e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), explica que isso remete à importância de um sistema de proteção social, composto por um conjunto de políticas que tem a seguridade como seu “núcleo duro”, mas que precisa ir além. “Estamos falando da necessidade de um Estado Social que intervenha, que tenha uma ação ativa na regulação das ações econômicas e sociais, de modo a proteger a sociedade, mas sobretudo a classe trabalhadora, dos efeitos da desigualdade”.

Por isso, ela destaca que uma das medidas mais importantes desse sistema de proteção social que hoje faz tanta falta no Brasil é exatamente a garantia de trabalho e emprego com direitos – o oposto do cenário que a epidemia encontrou por aqui. Batendo recordes históricos, na virada do ano, o país já somava 12 milhões de desempregados e 38 milhões

de trabalhadores informais. “Não adianta criar um recurso emergencial de R\$ 600 durante três meses se essas pessoas continuarão nesta condição quando a epidemia acabar”, alerta Ivanete. Em seguida, ela cita a importância das políticas de educação formal e não formal, destacando como a desinformação neste momento pode prejudicar a adesão às formas de prevenção da doença, o que se torna um obstáculo a mais, além das dificuldades concretas que essa parcela da população já enfrenta para cumprir o isolamento.

E é aqui que salta aos olhos a carência de várias outras políticas que a professora caracteriza como de “infraestrutura”: moradia, lazer, saneamento básico, acesso digital, entre outras. “Definir como principal medida o isolamento social sabendo que 40% a 50% da população brasileira não tem condição para isso é viver no mundo da fantasia”, resume Sonia Fleury. E a crítica não é voltada ao isolamento, mas à falta de uma ação coordenada pelo Estado e articulada com a sociedade civil. “Nenhuma prefeitura, que eu saiba, fez um plano de contingência específico para quem



ARTUR LUIZ / MÍDIA NINJA

não pode se isolar, para quem não tem água [para lavar as mãos] nem dinheiro para comprar álcool gel”, diz, referindo-se às três medidas mais promovidas no controle da contaminação. E completa: “A pessoa não pode trabalhar, não pode sair, não tem dinheiro porque é [trabalhador] informal. Não pensaram em uma internet livre, por exemplo, para que as pessoas pudessem ficar melhor em casa. Não pensaram em dar comida, não pensaram em fazer chegar o auxílio emergencial às pessoas sem que elas precisassem ir para a fila. Não pensaram na realidade dos pobres do Brasil”.

A carência nas ruas

Foi pela redução das ações solidárias, e não por qualquer iniciativa dos governos, que parte desses “pobres do Brasil”, a população em situação de rua, descobriu que havia uma pandemia por aqui. Quem conta é Vania Rosa, ex-moradora de rua que hoje promove um projeto chamado Juca, Juntando os Cacos pela Arte, e integra o Fórum Permanente Sobre População Adulta em Situação de Rua do Rio de Janeiro. Ela conta que, já no início de março, a população de rua do município começou a perceber que Organizações Não-Governamentais (ONGs), projetos sociais e voluntários em geral que, cotidianamente, distribuem comida e promovem outras ações semelhantes, começaram a desaparecer. Num esforço de se antecipar à tragédia, ainda no dia 17, o Fórum, junto com outras entidades, emitiu uma nota em que lista dez propostas que buscam minimizar os efeitos da epidemia sobre essa população. “A principal medida para se combater o coronavírus é o isolamento social. Contudo, só na capital, quase 20 mil pessoas não têm casa para morar”, explica o texto – embora, de acordo com Vania, ao longo desses quase dois meses de epidemia esse número tenha aumentado, com a migração de moradores de rua de outras cidades para o centro.

Entre as medidas sugeridas, há mudanças mais estruturais – como a suspensão da Emenda Constitucional 95, que instituiu

um teto de gastos para o governo federal, e a interrupção dos obstáculos ao recebimento do Bolsa Família e do BPC, Benefício de Prestação Continuada, voltado para idosos e deficientes de baixa renda. Mas a maior parte das ações propostas eram de efeito imediato e de responsabilidade do governo local. Disponibilizar piaas e banheiros químicos para facilitar a higiene, ofertar pequenos abrigos – com prioridade para o acolhimento de idosos, que são grupo de risco da Covid-19 –, distribuir tickets para almoço nos restaurantes populares e contratar novas equipes dos Consultórios de Rua são algumas das propostas que, de acordo com Vania, não se tornaram realidade.

Segundo ela, a única medida concreta anunciada foi a construção de um abrigo no sambódromo do Rio. Com a denúncia de entidades e movimentos sociais – inclusive o próprio Fórum – de que as 460 vagas inicialmente prometidas não caberiam no espaço com as devidas condições de proteção, elas foram reduzidas para 180, sem que novas alternativas fossem providenciadas. “Nossa proposta era utilizar estádios, escolas que estavam fechadas e outros prédios públicos como abrigo, em vez de construir”, diz Vania. Ivanete completa: “A assistência poderia organizar espaços de acolhimento, abrigos abertos para essas pessoas dormirem, tomarem banho, se alimentarem, mesmo que durante o dia elas trabalhem na rua. Muitos trabalham como catadores, por exemplo, mas não têm como voltar para casa, porque é muito longe ou porque não têm família”.

Promovendo ações cotidianas para essa população durante todo esse tempo, no momento em que esta reportagem era finalizada, Vania comemorava que ainda



JORGE MARAZZO / MÍDIA NINJA

não tinha se deparado diretamente com nenhuma morte por coronavírus nas ruas do Rio. “Mas eu estou vendo um povo assustado”, diz. Além disso, ela não tem dúvida de que as condições já precárias em que eles viviam se agravaram com a epidemia, com a redução ainda maior dos Consultórios de Rua e das ações solidárias que passam ao largo do poder público. “O que tinha antes se tornou dez vezes pior”, lamenta.

Como se não bastasse, essa população tem muita dificuldade de acessar a principal medida concreta de assistência social que foi implementada em função da epidemia, o auxílio emergencial de R\$ 600. “Eles não têm celular, muito menos computador”, exemplifica, ressaltando ainda que existem outras barreiras, já que “muitos não têm documentos” e o cadastro requer que se informe o CPF. “Como garantir o auxílio emergencial das pessoas em situação de rua se você não tem, por exemplo, equipamentos de proteção individual e coletivos para chegar até elas?”, reforça Ivanete. Segundo Vania, a Defensoria Pública do Rio tem buscado formas de reduzir esses obstáculos e iniciativas voluntárias da sociedade civil organizada têm tentado ajudar parte dessa população a se cadastrar e receber o recurso, mas isso se dá de forma pulverizada, sem qualquer centralização ou coordenação do poder público. “Se você sentar com um morador de rua para conversar, vai ver toda a falta de política pública concentrada ali, naquela pessoa”, resume.

Assistência social em crise

Um dos espaços mais procurados por essa e outras populações vulneráveis são os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), mas aqui novamente se esbarra num conjunto de deficiências que vêm de muito antes da epidemia. Para se ter uma ideia, descontando-se o Bolsa Família e o BPC, que são as duas principais ações estruturantes e nacionais empreendidas pela área, o orçamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) previsto para 2020 foi quase metade do de 2012, oito anos antes. E, de acordo com Ivanete, excetuando-se o auxílio emergencial, que é considerado



THIAGO LEON DE OLIVEIRA QUIROZ / MÍDIA NINJA

uma ação da assistência, nacionalmente não foi divulgado qualquer recurso extra para as políticas sociais de combate aos efeitos da epidemia. No desenho orçamentário da assistência, a maior parte dos recursos – que vêm escasseando – são transferidos pelo governo federal. Espera-se o investimento próprio dos municípios e estados mas, diferente da área da saúde, não existe aplicação mínima para cada ente federado prevista em lei. “Não tem como manter as condições que o serviço social exige nessa pandemia, não há recursos para garantir esses serviços socioassistenciais que são muito mais demandados agora. Então a gente está vendo situações terríveis: as pessoas buscam os CRAS e eles estão fechados ou tem uma pessoa lá atrás do vidro para dizer que não estão atendendo”, alerta Ivanete.

Nessa combinação de uma carência que vem de longe com os agravos da epidemia, são vários os problemas sociais que acabam sendo invisibilizados. Ivanete lembra que uma ação “muito concreta” dos CRAS é voltada para crianças e famílias vítimas de violência doméstica ou sexual. “Nessa pandemia, os trabalhadores não têm nem condições de fazer esse trabalho”, denuncia. E completa: “A gente não sabe o que está acontecendo com essas pessoas durante o isolamento social. Está-se falando do aumento da violência contra a mulher, mas e quanto à criança e o adolescente? [A preocupação é] tanto a violência física e simbólica quanto a própria exploração sexual, que muitas vezes acontece dentro de casa, na família”.

Também não se tem informações precisas, embora já apareçam notícias nos principais meios de comunicação, sobre casos, mortes e mesmo surtos de Covid-19 em asilos



GRAZIELA KOHL / MÍDIA NINJA

para idosos em diversas cidades. No final de abril, a maior parte dos casos que tinham vindo a público referiam-se a instituições privadas. Mas isso não reduz a preocupação com os asilos públicos, que, segundo Ivanete Boschetti, acumulam um histórico de desfinanciamento. De acordo com a professora, a carência chega ao ponto de ter lugares que pedem contribuição aos idosos para a sua manutenção, o que, além de flexibilizar o caráter público desse serviço, ainda cria barreiras de entrada, porque acaba-se priorizando, por exemplo, usuários que recebem o BPC e portanto têm alguma renda para colaborar. “Se você não tem condições adequadas neste momento, isso vai impactar diretamente no aumento das pessoas contaminadas, seja as que estão nos abrigos de assistência, seja aquelas que estão em casa, mas em moradias com pequenos cômodos e alta concentração de moradores”, diz a professora. E, sem ações concretas para esses espaços, o discurso da prevenção acaba se descolando da realidade. “Como é que você vai falar para uma pessoa se isolar num quarto da Rocinha onde não tem nem janela?”, questiona Sonia Fleury, referindo-se à maior favela do país, localizada no Rio de Janeiro.

Nas casas e ruelas da favela

Esse é o caso de 13,6 milhões de pessoas que vivem em favelas no Brasil, segundo dados de uma recente pesquisa desenvolvida pelos institutos Data Favela e Locomotiva. No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, esse número era de 11,4 milhões. Já segundo Geovana Borges, presidente da Central Única de Favelas (Cufa) de São Paulo, essa população hoje beira os 16 milhões. “O que o IBGE chama de aglomerados subnormais nós chamamos de favela”, explica.

De acordo com Geovana, é preciso levar em conta que a realidade da favela é completamente diferente da do asfalto. “É um território aonde nada chega”, diz. E exemplifica: toda a população está tendo que mudar – e intensificar – hábitos de higiene, mas como fazer isso num espaço que não tem saneamento básico? O distanciamento físico é outro desafio, num território em que, segundo ela, vivem de seis a nove pessoas por metro quadrado. Exatamente pelas condições de moradia, em vários pontos do Brasil, as favelas se destacam, inclusive, na quantidade de casos de tuberculose, uma importante comorbidade da Covid-19. Isso sem contar o papel dos moradores dessas comunidades na economia e na prestação de serviços em geral das cidades brasileiras. “Para que o asfalto faça quarentena, a favela tem que trabalhar”, lamenta.

É por isso que, entre tantas coisas de que esses territórios precisam neste momento, na avaliação de Geovana a mais urgente é renda. “As mães das favelas são as mais prejudicadas. Muitas tiveram que deixar seus empregos para ficar com os filhos”, conta, alertando que, seja por falta de informação ou de acesso à tecnologia, entre outras razões, nem o auxílio emergencial criado durante a epidemia tem conseguido chegar devidamente a essas comunidades. “Tem gente que não tem internet, que não tem conta bancária... E falta informação. Esse processo não tem sido didático na favela. O resultado são aglomerações nas portas da Caixa Econômica. Tem gente que nem se cadastrou e está na fila achando que vai resolver”, explica. Em compensação, por meio de doações de empresas e pessoas físicas, a própria Cufa conseguiu fazer o pagamento de 50 mil mães de favelas distribuídas pelo Brasil. A estratégia foi dupla: um sistema online para quem tinha internet e, para quem não tinha, a entrega de tickets pessoalmente, a cada mulher, com a ajuda de lideranças locais. “Se houvesse um plano de contingência feito onde as pessoas estão, voltado para as pessoas e não para os burocratas, ele necessariamente envolveria os agentes comunitários de saúde, os CRAS e toda a área assistencial que está localizada junto à população. São essas pessoas que conhecem os pobres, a maneira que eles vivem, o que eles precisam”, diz Sonia Fleury.

Logo que a epidemia chegou por aqui, a Cufa produziu um documento com 14 recomendações ao poder público para reduzir o impacto do coronavírus nas favelas. Algumas delas acabaram se concretizando com foco na população em geral. É o caso da demanda



pela criação de uma renda mínima e do apoio para que empresas de água, luz e gás suspendessem o pagamento das contas por até 60 dias – o que aconteceu só parcialmente e mesmo assim foi objeto de batalha jurídica. Exemplos de outras propostas, que não foram implementadas, são a ampliação das equipes de Saúde da Família nas favelas, o aluguel de pousadas e hotéis para idosos e grupos vulneráveis e “apoio específico” para famílias cujas crianças não estavam podendo frequentar a creche e com pessoas portadoras de deficiência.

Os ‘sem-tecnologia’

Nessa mesma lista produzida pela Cufa, duas recomendações se referiam ao acesso à informação. Uma sugeria o “financiamento para as redes de comunicação próprias de cada favela”, como jornais, sites e rádios comunitárias. Outra defendia a liberação de pontos de internet “para garantir acesso universal à rede”. E essa é outra bandeira que vem sendo empenhada por entidades e movimentos tanto do campo da democratização da comunicação quanto da área de educação. Isso porque a solução encontrada principalmente pelas secretarias estaduais de educação para superar o fechamento das escolas durante o isolamento social tem sido a oferta de ensino remoto, o que esbarra na dificuldade de acesso que parte da população mais pobre tem à internet, entre outros problemas (leia reportagem na pág. 20). “As pessoas não têm internet livre e não vão gastar o pouco de dinheiro que têm comprando planos de dados maiores”, alerta Sonia Fleury, ressaltando que esse acesso é importante também para facilitar o isolamento. “Os jovens não aguentam ficar trancados sem internet”, diz.

Por tudo isso, ainda em março o Intervozes – Coletivo Brasil de Comunicação Social protocolou um requerimento para que a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) emitisse uma “liminar proibindo a suspensão de serviços de conexão à Internet móvel ou fixa por 90 dias, incluindo o bloqueio da navegação em caso de atingido o limite da franquia”. A iniciativa teve apoio de parlamentares e várias entidades científicas e sindicais.

“Neste cenário, a garantia de acesso à conexão é fundamental para garantir que os cidadãos possam ficar em casa e seguir, na medida do possível, com suas atividades, especialmente as produtivas”, diz o site do Intervozes. Na mesma direção, a Coalizão Direitos na Rede, composta por 38 organizações da sociedade civil e pesquisadores, enviou ao Congresso Nacional um ofício em que pede, “como medida emergencial”, a aprovação de um projeto que garanta o “acesso da população aos serviços de telecomunicações e, em especial, à conexão à Internet fixa e móvel, mesmo em caso de atraso de pagamento, eventual inadimplência ou atingido o limite da franquia, sendo alternativa adequada a redução da velocidade, até o final efetivo da crise”.

E os números apresentados no documento não deixam dúvidas sobre a necessidade. Citando dados da última pesquisa TIC Domicílios, de 2018, o ofício mostra que 33% das residências brasileiras não têm conexão com a internet, número que sobe para 59% nas classes

D e E. Mesmo entre os “domicílios conectados”, 27% do geral e 47% das classes D e E só acessam a internet pelo celular. Por fim, de acordo com a Anatel,

55% dessas conexões móveis se dão na modalidade pré-paga, com baixos limites de tráfego de dados, o que se repete nos chamados clientes “controle” que têm planos pós-pagos. “Essas conexões limitadas tornam-se ainda mais insuficientes para a garantia de direitos no momento de redução da renda familiar e limitação do deslocamento que, em geral, permite a conexão em locais sem limites de navegação, no trabalho, em Wi-Fi público ou no comércio”, conclui o texto.

Tudo junto e misturado

Tudo isso ajuda a compor o retrato de um país cuja desigualdade social já era alarmante muito antes de a pandemia chegar por aqui. Dados do FGV Social, da Fundação Getúlio Vargas, divulgados em agosto do ano passado mostravam que, nos últimos cinco anos, a renda per capita do 1% mais rico da população cresceu 10,1% acima da inflação enquanto a dos 50% mais pobres caiu mais de 17%. “Nunca tivemos um sistema de proteção social amplo, universal, que tivesse de fato um comprometimento responsável, permanente e regular com a redução das desigualdades sociais”, lamenta Ivanete, ressaltando que nenhuma iniciativa nesse sentido se sustenta “só com saúde, previdência e assistência”. Ainda mais quando essas políticas sofrem um longo processo de subfinanciamento.

A chegada da Covid-19 tem todos os elementos para agravar ainda mais esse cenário. Primeiro na expressão da própria doença e da sua letalidade – já que nas aglomerações das favelas, dos asilos, dos ônibus lotados e outros espaços semelhantes, o vírus encontra condições mais favoráveis de transmissão. Segundo, pelo agravamento de uma crise econômica que é anterior à epidemia e já castigava os mais pobres. Ivanete resume: “O que a pandemia está fazendo é revelar para o Brasil uma condição de desigualdade, de falta de acesso e de inexistência desse sistema de proteção social que as pessoas que pesquisam e estão mais vinculadas a movimentos de defesa dos direitos humanos já vinham avisando há muito tempo”. ◯



EMERGÊNCIA SANITÁRIA

Os números de casos confirmados e de mortes vêm aumentando exponencialmente desde que o país registrou o primeiro caso de Covid-19, no dia 26 de fevereiro. E o final dessa crise ainda parece estar bem longe no radar das autoridades sanitárias do país. Em todo o mundo, já são mais de 1,2 milhão de casos confirmados em mais de 180 países, com quase 70 mil mortes.

Até para quem nunca ouviu esse termo, é difícil discordar que o que assistimos atualmente, no Brasil e no mundo, configura uma emergência sanitária sem precedentes na história recente. Mas para além do senso comum, existem normas e legislações, tanto nacionais quanto internacionais, que regulamentam o que de fato constitui uma emergência sanitária, e disciplinam as medidas que os governos podem adotar para enfrentá-la.

Coronavírus: emergência nacional desde fevereiro

Oficialmente, o Brasil atravessa uma emergência sanitária desde antes que o primeiro caso de covid-19 fosse confirmado por aqui. Foi no dia 4 de fevereiro que o Diário Oficial da União publicou uma portaria emitida pelo Ministério da Saúde na véspera. Com ela, a Pasta declarou no país uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus. Esse é o termo jurídico para o que convencionou-se chamar apenas de emergência sanitária.

Essa questão foi disciplinada por meio do decreto 7.616, de 2011, segundo o qual a ESPIN ocorrerá “em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública”. O texto lista três “situações” nas quais ela pode ser emitida: as epidemiológicas – como é o caso da pandemia de coronavírus – de desastres ou de desassistência a população.

A lei elenca ainda cinco critérios para que um surto ou epidemia seja classificado como uma “situação epidemiológica” passível de ser declarada uma ESPIN: caso apresente risco de disseminação nacional; seja produzido por agentes infecciosos inesperados; represente a reintrodução de uma doença erradicada; apresente gravidade elevada; ou extrapole a capacidade de resposta do SUS em âmbito estadual. Para esses casos, o decreto 7.616/2011 criou a chamada Força Nacional do SUS, através da qual o Ministério da Saúde pode mobilizar profissionais de saúde e recursos materiais para auxiliar estados e municípios durante uma situação de emergência.

Até hoje, o governo brasileiro decretou a ESPIN duas vezes, ambas em situações epidemiológicas. A primeira foi em 2015, em decorrência da epidemia do vírus da Zika e sua relação com casos de microcefalia e outras alterações neurológicas em bebês nascidos de mulheres que contraíram a doença. A segunda se deu este ano, por conta do coronavírus.

Em ambos os casos a declaração brasileira estabeleceu um diálogo com normas da Organização Mundial da Saúde em relação ao enfrentamento de surtos epidêmicos, mais especificamente com a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, ou ESPII, instrumento previsto pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2005, mas que passou a vigorar em 2007 (mais sobre isso adiante).

No caso da Zika, a OMS declarou a ESPII em fevereiro de 2016, três meses depois de o Brasil, epicentro da epidemia, reconhecer emergência em âmbito nacional. Em nível internacional, a emergência em decorrência do Zika vigorou até novembro de 2016; já a nacional foi um pouco mais longa, vigorando até maio de 2017. No caso do Covid-19, aconteceu o contrário. No dia 30 de janeiro, a OMS declarou emergência internacional, em um contexto em que a infecção ainda se mantinha em grande parte restrita à China. A declaração nacional veio cinco dias depois.

Efeitos práticos

“A declaração tem um efeito imediato de mobilizar o SUS para que se prepare para detectar e responder à epidemia no território nacional, tanto do ponto de vista da organização, do atendimento ambulatorial e hospitalar, quanto do ponto de vista laboratorial e de vigilância em saúde”, explica Eduardo Hage, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília. E completa: “Ela permite legalmente a alocação, a mobilização de recursos e também procedimentos administrativos como aquisição de insumos e equipamentos e contratação de profissionais de uma forma mais rápida. Claro, sempre voltado para a resposta à pandemia”.

São vários os exemplos. Foi com base nessa declaração que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou uma resolução no dia 23 de março dispensando, por seis meses, os fabricantes e importadores de equipamentos considerados prioritários para as medidas de controle do coronavírus (como máscaras cirúrgicas, óculos de proteção, vestimentas hospitalares descartáveis e ventiladores pulmonares, entre outros) de possuírem um Certificado de Autorização de Funcionamento emitido pela agência. Também com base na declaração, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) divulgou, no dia 1º de abril, um edital para contratação temporária de profissionais para complementar a força de trabalho dos hospitais universitários federais geridos pela empresa pública.

Mas a medida mais significativa aprovada após a declaração de emergência sanitária por conta do coronavírus foi a lei 13.979/2020. Apresentada no início de fevereiro ao Congresso Nacional pelo governo federal, o projeto de lei tramitou por apenas dois dias, sendo aprovado em regime de urgência pela Câmara e pelo Senado e sancionado pelo presidente da

República no dia 6 de fevereiro. A justificativa para o rito acelerado foi a urgência em regulamentar medidas vistas como necessárias para o enfrentamento da pandemia de coronavírus no país, como o isolamento, a quarentena e a determinação de realização compulsória de exames médicos e testes laboratoriais, entre outros, além da restrição temporária à entrada e saída do país por rodovias, portos e aeroportos e também a locomoção intermunicipal e interestadual.

A lei foi apresentada pelo governo como condição para realizar a repatriação de um grupo de brasileiros que estavam na província chinesa de Wuhan, epicentro mundial do Covid-19. Após a sanção da lei foi deflagrada uma operação que utilizou dois aviões da Força Aérea Brasileira para trazer de volta ao país os 34 cidadãos brasileiros, que foram submetidos a um período de quarentena de 14 dias na Base Aérea de Anápolis, em Goiás.

“Essa lei visa estabelecer um arcabouço legal que, do meu ponto de vista, ou não existia ou estava pulverizado em outras normas legais ou infralegais. Ela visou dar uma forma mais objetiva para adoção de medidas que, caso necessárias, sempre visando à proteção da saúde coletiva, possam restringir a liberdade individual, como o direito de ir e vir”, afirma Eduardo Hage. Para ele, a velocidade de disseminação do Covid-19 pelo mundo justifica a adoção de medidas mais restritivas em comparação com eventos similares, como a pandemia da gripe H1N1, em 2009. “Embora tenhamos vírus que atacam o sistema respiratório causando epidemias todos os anos, esse agente causador traz muitas questões novas, e a velocidade de disseminação é diferente. Por isso também os parâmetros de como lidar com ele precisam ser diferentes. Foi necessário, para o seu controle, a adoção de medidas para evitar que essa disseminação se dê de uma forma muito intensa e rápida”, argumenta.

E em âmbito internacional?

Tanto o isolamento de pessoas afetadas quanto a quarentena daqueles suspeitos de estarem contaminados por determinada doença que ofereça risco de propagação internacional são medidas previstas pela OMS no Regulamento Sanitário Internacional de 2005, ano em que o documento - que desde sua aprovação em 1951 vem passando por processos de revisão periódicos - passou por uma revisão que introduziu no texto o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. O regulamento vigora atualmente em 196 países, e passou a vigorar no Brasil em 2009, quando o Senado aprovou um Projeto de Decreto Legislativo aprovando o texto revisado do RSI. O documento remete à legislação de cada país a definição dos parâmetros para adoção dessas medidas no contexto de uma emergência sanitária internacional.

Segundo Deisy Ventura, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), o conceito foi introduzido no RSI por conta do contexto do início do século 21, marcado por acontecimentos que, segundo ela, contribuíram para “desbloquear” as negociações no âmbito da OMS, particularmente entre os países mais influentes, como os Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha. Ela cita os atentados de 11

de setembro de 2001, seguidos pelo pânico causado pelo envio de cartas contaminadas com a bactéria causadora do antraz, a partir do dia 18 de setembro do mesmo ano, bem como o alerta causado pela transmissão do vírus da SARS, ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, na Ásia. “Esses fatores contribuíram para convencer os países mais influentes na OMS de que era preciso criar um mecanismo de resposta internacional que fosse além das doenças que eram objeto dos regulamentos sanitários anteriores”, explica Deisy. E completa: “Então há uma grande mudança a partir de 2005, quando o RSI passa do combate a uma lista de doenças específicas até um conceito amplo, no qual entram diversas doenças até então desconhecidas, mas também outros tipos de ameaça”.

O regulamento definiu as ESPII como sendo “eventos extraordinários” que constituem “um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional da doença”, e que exigem uma “resposta internacional coordenada”. “Há um anexo do RSI que sugere o que podem ser esses eventos”, explica a professora da USP. “Nele há uma lista de doenças, que vão desde a varíola até a febre do Nilo, o ebola e a dengue, passando pelas síndromes respiratórias que surgem de forma inesperada. Esses eventos são cotejados com algumas perguntas: a repercussão do evento para a saúde pública é grave? O evento é inesperado? Existe um risco de propagação internacional? Existe risco significativo de restrição às viagens internacionais e ao comércio?”, enumera Deisy. Ela explica que o RSI ainda procura trazer algumas ponderações para avaliar, por exemplo, a intensidade da repercussão do evento sobre a saúde pública, com questões como se existe ou não uma vacina ou tratamento, se a taxa de letalidade é elevada, se ela ocorre em uma área com densidade populacional significativa, etc. “Existe uma série de parâmetros dentro do RSI para a declaração de emergência. Dito isso, se nós fossemos ler ao pé da letra teríamos muitas emergências de importância internacional acontecendo no mundo hoje. Claro que tem uma margem de discricionariedade, e a partir das declarações anteriores podemos dizer tranquilamente que o que prepondera é a preocupação em evitar o risco de propagação internacional”, diz a professora da USP. Até hoje, além da emergência atualmente vigente em decorrência do coronavírus e daquela motivada pela epidemia de Zika no Brasil, em 2016, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional outras quatro vezes: em 2009, por conta da transmissão da gripe H1N1, com origem no México, extinta em agosto de 2010; em maio de 2014 (e vigente até hoje), devido ao risco de propagação da poliomielite em países como Afeganistão, Nigéria e Síria, entre outros, potencializado por conflitos armados e crises políticas que afetaram programas de imunização; em agosto de 2014, por conta da transmissão do ebola a partir de países da África Ocidental, extinta em março de 2016; e, por fim, em outubro de 2019, novamente em decorrência do ebola na República Democrática do Congo, e que também ainda se encontra vigente.

"A cozinheira, esta manhã, aparvalhada e tendo perdido com o susto a sua bela cor de azeviche, contou-me que achara junto à nossa porta um cadáver estirado (...) ela continuou a descrever-me o seu encontro com uma carroça cheia 'até a boca' de homens e mulheres mortos, atirados uns sobre os outros (...) E, enquanto ela, suspirando e gemendo, narrava-me esses pavorosos episódios, (...) nós ouvimos o sino macabro da Assistência, que corria em socorro dos atingidos pela epidemia horrenda e o ruído das rodas do caminhão, que conduzia ao cemitério uma multidão de seres (...) Uma atmosfera de pavor reina sobre a cidade, pois as luzes já não se apagam nos domicílios e, na espera do abraço fatal, todos se entreolham, na indagação de quem seguirá em primeiro no comboio da morte".

Trecho do livro 'Enervadas', assinado por Chrysanthème, pseudônimo da autora carioca Maria Cecília Bandeira de Melo Vasconcelos.

Gripe espanhola

Uma das maiores pandemias do século 20 aconteceu entre os anos de 1918 e 1920. Com o nome dado em referência ao grande número de mortes registrados na Espanha, a Gripe Espanhola foi causada por um subtipo do vírus Influenza e acometeu dezenas de milhões de pessoas pelo mundo inteiro. O vírus agia de forma rápida no organismo humano e foi mais letal em adultos na faixa etária dos 20 a 40 anos. Em poucas horas, leves sintomas de gripe comum tornavam-se pneumonias severas.

Até hoje ainda não se sabe o local exato do surgimento desse vírus, mas acredita-se que o conflito da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), em seu último ano, facilitou a propagação da doença. A primeira onda de contaminação foi registrada em fevereiro de 1918 e atingiu simultaneamente países da Europa e os Estados Unidos.

No Brasil, a epidemia chegou em setembro do mesmo ano e atingiu, principalmente, os centros urbanos, entre eles a capital da época, o Rio de Janeiro, onde foram registradas mais de 14 mil mortes. Em relatos, os jornais cariocas descreviam o pânico instalado na cidade, de ruas vazias. Estima-se ainda que 65% da população brasileira adoeceu, incluindo o até então reeleito Presidente da República Rodrigues Alves, que não resistiu e faleceu antes mesmo de assumir seu segundo mandato.

Segundo estudo da Universidade de Stanford, a Gripe Espanhola chegou a matar mais do que a própria Primeira Guerra Mundial. O número de mortes varia entre 20 a 50 milhões. Não há consenso sobre a quantidade de infectados, mas há pesquisas que apontam que a epidemia atingiu um quinto ou mesmo um quarto da população mundial da época.



Eles estão na rua por você #FiqueEmCasa por eles



FOTO: BIOMANGUINHOS



*Uma homenagem da Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz aos
trabalhadores da saúde que, com a pandemia,
só confirmaram o quanto são essenciais*

