



Trabalho, Educação e Saúde

ENSAIO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00302

Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil

COVID-19 epidemic: critical issues for public health management in Brazil

Epidemia de COVID-19: puntos críticos para la gestión de salud pública en Brasil

Francis Sodré¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, Brasil.
francisodre@uol.com.br

Resumo

A epidemia de Covid-19 exigiu planejamento imediato do Ministério da Saúde brasileiro. As ações do governo mostraram contradições entre a presidência e o Ministério da Saúde. O objetivo deste ensaio é a reconstituição das ações do governo federal no enfrentamento da pandemia por Covid-19. Tais ações traduziram-se em uma política organizada em três frentes: o protagonismo dos governadores; o falso dilema entre a economia e a saúde e; a militarização do Ministério da Saúde com preenchimento dos quadros do corpo técnico por militares. Nos quatro meses iniciais após o registro do primeiro caso de Covid-19, o Ministério da Saúde saiu da linha de frente das ações e os estados conduziram as principais medidas de enfrentamento por meio da compra de materiais e serviços da iniciativa privada. Instaurou-se falsa cisão entre as medidas sanitárias e as medidas de retomada econômica. A condução da saúde pública foi repassada para militares, alterando o campo técnico-político. O modo de gerir baseado na negação da epidemia e na ausência de proposições pelo Ministério da Saúde caracterizou-se pelo abandono às medidas de proteção à saúde, objetivado na pergunta 'E daí?', proferida pelo presidente da república quando questionado sobre os óbitos no Brasil.

Palavras-chave Covid-19; política de saúde; saúde pública.



Abstract

The COVID-19 epidemic required immediate planning by the Brazilian Ministry of Health. The government's actions showed contradictions between the presidency and the Ministry of Health. The purpose of this article is to reconstruct the actions of the federal government in confronting the COVID-19 pandemic. Such actions resulted in a policy organized on three fronts: the role of governors; the false dilemma between the economy and health and; the militarization of the Ministry of Health, done by filling the staff with military personnel. In the initial four months after the first registered case of COVID-19, the Ministry of Health left the front line of the actions and the states conducted the primary measures of confrontation through the purchase of materials and services from the private sector. A false division was established between the sanitary measures and the economic recovery measures. The conduct of public health was passed on to the military, changing the technical-political field. The way of management based on the denial of the epidemic and the absence of proposals by the Ministry of Health was characterized by the abandonment of health protection measures, objectified in the question 'So what?', delivered by the president of the republic when asked about deaths in the Brazil.

Keywords COVID-19; health policy; public health.

Resumen

La epidemia de COVID-19 exigió planeamiento inmediato del Ministerio de Salud brasileño. Las medidas del gobierno mostraron contradicciones entre la presidencia y el Ministerio de Salud. El objetivo de este artículo es la reconstitución de las medidas del gobierno federal en el combate a la pandemia por COVID-19. Tales medidas se tradujeron en una política organizada en tres frentes: el protagonismo de los gobernadores; el falso dilema entre la economía y la salud y; la militarización del Ministerio de Salud, al colocar en los cuadros del cuerpo técnico a militares. En los cuatro meses iniciales después del registro del primer caso de COVID-19, el Ministerio de Salud salió de la línea de frente de las acciones y los estados fueron los que condujeron las principales medidas de combate por medio de la compra de materiales y servicios de iniciativa privada. Se instauró la falsa escisión entre las medidas sanitarias y las medidas de reanudación económica. La conducción de la salud pública les fue repasada a los militares, alterando el campo técnico-político. El modo de gestionar basado en la negación de la epidemia y en la ausencia de proposiciones del Ministerio de Salud se caracterizó por el abandono de las medidas de protección a la salud, objetivado en la pregunta "¿Y qué?" ('E daí?'), proferida por el presidente de la República cuando le preguntaron sobre las muertes en Brasil.

Palabras-clave COVID-19; política de salud; salud pública.

Introdução

"E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?" foi a declaração proferida pelo presidente da república que marcou o período do crescimento ascendente do número de óbitos pela epidemia de Covid-19 no Brasil. A frase foi colocada como descaso, ou desdém, diante de um momento de incertezas frente ao aumento de casos confirmados e óbitos por Covid-19 em todo o território brasileiro (Soares, 2020). A perplexidade foi a reação imediata vivenciada pela população diante da declaração do dirigente máximo do poder executivo. No entanto, o que não havia ainda sido compreendido é que o 'E daí?' seria o método de gestão adotado pelo Ministério da Saúde como forma de enfrentamento da epidemia.

O primeiro caso de Covid-19 registrado no Brasil aconteceu no dia 26 de fevereiro de 2020, ou seja, dois meses após o primeiro caso em Wuhan, China. Tratava-se de um homem que acabara de chegar de viagem à Itália e se destinou para o estado de São Paulo, onde permaneceu em isolamento social. Desde então, os casos de Covid-19 ficaram distinguidos como 'uma doença que vinha de fora' entre os viajantes para outros países, com perfil econômico focado na classe média.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) por isolamento dos casos encontrados, distanciamento social entre as pessoas e medidas de quarentena já vigoravam por todos os países. Coube

ao estado de São Paulo o primeiro pronunciamento oficial sobre o monitoramento, acompanhamento e tratamento da situação de saúde deste primeiro caso no Brasil, com responsabilidade de refazer o itinerário percorrido pelo paciente e com a finalidade de descobrir com quem ele havia tido contato.

O objetivo deste ensaio, portanto, é a reconstituição da movimentação do governo federal, com ênfase nas ações do Ministério da Saúde, no que tange ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 durante os quatro meses iniciais após a notificação do primeiro caso da doença no Brasil.

O Ministério da Saúde, na ocasião, mostrava-se conhecedor das recomendações internacionais, tais como as preconizadas pela OMS e as oriundas dos resultados de pesquisas acadêmicas de universidades estrangeiras e, por isso, em busca de informações sobre o manejo dos casos com base nas experiências dos outros países.

Em paralelo, e contraditoriamente, o posicionamento do Ministério da Saúde parecia rivalizar com os pronunciamentos abertos do presidente da república, os quais apostavam que os casos sobre a doença no Brasil estavam superdimensionados e que não tinham a magnitude que o Ministério da Saúde afirmava. “[...] No meu entender, está superdimensionado o poder destruidor desse vírus” (Governo..., 2020a). Na semana seguinte, o presidente reforçou seu posicionamento: “Não podemos entrar em uma neurose como se fosse o fim do mundo. Outros vírus mais perigosos aconteceram no passado e não tivemos essa crise toda. Com toda certeza há um interesse econômico nisso tudo para que se chegue a essa histeria” (Após..., 2020).

A negação da existência ou da força da pandemia colocava o presidente da república em um completo descompasso entre o seu posicionamento e o desenho da política que se formava no ministério, o qual previa o dimensionamento dos casos existentes no país e a busca por respostas na literatura científica produzida sobre a pandemia até então.

O ministro à época, Luiz Henrique Mandetta, vinha de uma trajetória inexpressiva no primeiro ano de mandato e sem propostas para uma agenda ampliada no que se referia à saúde pública. No ano de 2019, o Ministério da Saúde centrou suas ações nas políticas de privatização ou cortes de programas já existentes. Levantou uma pauta sobre o pagamento pelos serviços de saúde, questionando a ‘gratuidade’ do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos e sua forma universal. E chegou a afirmar que gostaria de levar adiante a seguinte agenda de discussão ao Congresso Nacional: “É equânime que todos tenham 100% de acesso gratuito ao Sistema Único de Saúde (SUS)?” (Roda Viva, 2019).

Essa agenda não tomou fôlego de imediato entre as empresas médicas, seguradoras e operadoras de planos de saúde, mas posteriormente se materializou em algumas ações. Uma delas foi a redução e o esvaziamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF); uma segunda ação diz respeito à retomada do Programa Mais Médicos pelo Brasil, voltado a atender a uma antiga demanda do Revalida, do Conselho Federal de Medicina, objetivando maior embargo aos médicos estrangeiros e a ampliação de uma parceria para receber médicos recém-formados pelas faculdades privadas de medicina. Outra ação foi a criação de um serviço social autônomo para a gestão da Atenção Primária – a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que objetivava retirar a administração direta da gestão da Atenção Primária do SUS.

No ano de 2020, o Ministério da Saúde voltou-se verticalmente para a pandemia e o poder executivo adotou três frentes para a condução da política de saúde pública por meio de ações de governo que destacamos: o protagonismo dos governadores; o falso dilema entre a economia e a saúde e, por fim, a militarização do Ministério da Saúde.

O protagonismo dos governadores

Após a declaração da OMS sobre a existência de uma pandemia e a notificação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil, Luiz Henrique Mandetta, o então ministro da saúde, reconheceu a autonomia dos estados para que decidissem sobre a circulação das pessoas. São Paulo, estado que realizou o

monitoramento da primeira notificação do país, teve que produzir de imediato as principais medidas sanitárias para controle e atenção à saúde das pessoas infectadas.

O governo federal, por outro lado, iniciou um processo de se ausentar da linha de frente da pandemia e se direcionou àquilo que o ministro optou por chamar de ‘parceria com os estados’, mesmo porque a corrida nos grandes centros econômicos do país para a construção de hospitais de campanha demarcou este movimento de protagonismo dos governadores.

O afastamento do governo federal conferia espaço para a iniciativa privada. Isto porque os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) foram considerados como as principais referências para a população diante da epidemia instalada. Contudo, torna-se fundamental resgatar que por quase duas décadas a gestão destes serviços foi repassada às organizações sociais de saúde (OSSs) nos estados que compõem o principal eixo econômico no Brasil (Sodré e Bussinguer, 2018). Ou seja, a gestão da epidemia de Covid-19 está nas mãos de uma gestão indireta e terceirizada pactuada entre os estados com as organizações sociais de saúde. E, neste formato, o governo federal responsabilizou as secretarias estaduais para direcionar recursos financeiros, monitorar e fiscalizar, desempenhando um papel regulatório, ao verificar se tais OSSs cumprem a demanda agora destinada para os hospitais, as UPAs e o SAMU.

Sob outra perspectiva, à medida que a epidemia se alastrava em direção aos municípios de pequeno porte, interiorizando-se, coube à gestão municipal o acolhimento dos casos em todo o país. Considerando que pessoas infectadas por Covid-19 demandam medidas que antecedem a internação e requerem ações de suporte à vida, os municípios atuaram de forma a ativar a vigilância e a atenção à saúde, tecendo o espaço de governança compartilhada do SUS.

Caberia ao Ministério da Saúde atuar como uma coordenação central entre as três esferas do pacto federativo, unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os estados – algo que não aconteceu. Nem mesmo a ação conjunta entre estados e municípios liderados pelo ente central da federação foi pactuada para enfrentar a pandemia. A centralidade dos governadores instalou-se e ações fragmentadas aconteciam entre os municípios como se não houvesse um Sistema Único de Saúde que pudesse prever a ação entre os três âmbitos da federação.

O que aqui pretendemos destacar é que, ao registrar esse movimento de retirada do Ministério da Saúde da condução da política para enfrentamento da pandemia, a parceria com os governadores passou a representar diretamente uma parceria com o setor privado. Essa cooperação ocorre por meio da administração indireta e terceirizada da gestão dos serviços de saúde pública e grandes hospitais privados, algo que já acontecia anteriormente em todo o país.

Em estados como o Rio de Janeiro e São Paulo, essas mesmas OSSs tornaram-se responsáveis por criar, construir, viabilizar e instalar amplas estruturas que foram montadas para os hospitais de campanha e uma quantidade infindável de recursos financeiros foi destinada para elas com esta finalidade. O primeiro hospital de campanha construído no estado de São Paulo, por exemplo, obteve quase R\$100 milhões para iniciar suas obras, tendo por base uma parceria entre o estado e o município (Governo..., 2020b). Coube ao Instituto Albert Einstein sua gestão. No caso do Rio Janeiro, o primeiro hospital de campanha foi gerido pela iniciativa privada da Rede D’Or. E outro hospital de campanha carioca foi gerido pela OSS denominada Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), alvo de muitas investigações por improbidade administrativa ou corrupção pela gestão de vários outros serviços de saúde de forma irregular neste mesmo estado (Nitahara, 2020).

A transferência direta de recursos financeiros para organizações sociais ou a compra de leitos em hospitais privados foi a principal alternativa encontrada pela maior parte dos governadores em todo o país. Esses mesmos leitos passaram por um reajuste de seus custos (muito superiores) superfaturados durante a epidemia¹. Isto é, o repasse da responsabilidade sobre a gestão da epidemia para os governadores representou a entrega direta para a iniciativa privada local.

No primeiro mês da pandemia instalada no Brasil, destaca-se o afastamento do Ministério da Saúde à frente da condução da política de controle ou mesmo proposições e planejamento sobre as ações durante a epidemia. A transferência de recursos para os estados aconteceu de forma a garantir preferencialmente a média e a alta complexidades da atenção à saúde.

Parlamentares, partidos políticos e movimentos sociais tentaram retomar o debate que objetivava revogar a Emenda Constitucional 95, a qual prevê a redução do teto dos gastos com a saúde pública por 20 anos. Diante da negativa em pauta durante o início do enfrentamento da pandemia, pode-se afirmar que poucos investimentos foram realizados além do que já estava previsto no orçamento de 2020 direcionado para a pasta da Saúde. Isto posicionou, na linha de frente das ações, os governadores e as secretarias estaduais com a maior responsabilidade na gestão das ações, mesmo sendo o ente federal o maior arrecadador.

Além da baixa execução orçamentária dos recursos, em outra frente de atuação, na relação com os serviços privados, o ministério desonerou os planos de saúde quando muitos começaram a não se colocar disponíveis para atender casos da Covid-19. O ministro Mandetta, coligado a este nicho de mercado, em regime de emergência, abriu as negociações com os hospitais privados e, desta forma, os governadores iniciaram uma compra desordenada de leitos. Esses mesmos hospitais colocaram os preços mais diversos (e dispendiosos) para venderem seus serviços para as secretarias estaduais. Leitos de UTI, enfermarias, insumos, materiais médicos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e medicamentos não passaram por regulações que caberiam ao âmbito federal, autorizando os estados a mergulharem nesse momento de crise epidêmica em um mercado de compra e venda de equipamentos e serviços completamente desregulamentado.

A trajetória política-institucional do SUS já se organiza neste tipo de composição, pois, historicamente, “as maiores disparidades nas atividades de internação referem-se aos distintos padrões de utilização e preços na rede SUS e na assistência suplementar” (Bahia, 2018, p.5). Além disso, sabe-se que a quantidade maior de leitos em UTI concentra-se no setor privado hospitalar. Uma pesquisa publicada por Goldwasser et al., em 2018, demonstrou que, no estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2010 e 2011, existiam 4299 leitos de UTI para adultos; destes, apenas 1007 eram leitos públicos exclusivos do SUS. Assim, com essa disposição, os estados reforçaram os interesses pela busca de leitos na iniciativa privada.

Com este formato, apesar de possuir um sistema de saúde universal, o Brasil optou por destinar a maior parte dos recursos financeiros durante o crescimento da epidemia de Covid-19 para compra de leitos a gestoras terceirizadas de hospitais estaduais e hospitais de campanha (por meio das organizações sociais de saúde). O ministro Mandetta, que diariamente discursava em audiências públicas para a população, com pronunciamentos sobre a epidemia aos meios de comunicação voltados à TV e à internet, vestia um colete do SUS fazendo-o apenas aparecer como a gestão de uma logomarca – o SUS como uma *branding*.

O então ministro saiu do cargo após manter em seu discurso o distanciamento social como ação mais importante para conter o alastramento da Covid-19 – algo que colocava em segundo plano medidas econômicas para tentar retomar a economia. Luiz Henrique Mandetta foi demitido por Bolsonaro e por muitos foi rotulado como aquele que agia de acordo com os pressupostos científicos, pois não aderiu ao negacionismo da doença, como fez o presidente, ao minimizar ou mentir sobre as medidas de controle.

Dado o descolamento da realidade que os discursos presidenciais produziram, contraditoriamente, o ministro saiu do poder executivo com popularidade e aprovação maiores que as do presidente da república, após ter realizado o mínimo à frente da saúde pública: não negar as evidências científicas comprovadas em pesquisas que orientavam a condução das políticas públicas em todo o mundo.

O falso dilema entre economia e a saúde

A substituição do ministro da saúde foi pensada como uma tentativa de proteção à popularidade presidencial. Nelson Teich, médico, empresário da saúde, trabalhou na campanha eleitoral de Jair Bolsonaro e, por isso, foi o nome escolhido para colocar o Ministério da Saúde imperceptível, para que as ações presidenciais tomassem destaque.

A chegada de Teich ao Ministério da Saúde, em abril de 2020, foi marcada pela iniciativa de uma ação presidencial a qual direcionava medidas conjuntas, com todos os ministérios voltados para a pandemia. Bolsonaro tentou produzir uma imagem 'coletiva' do governo, como se os representantes do executivo estivessem voltados a uma só ação: a retomada do crescimento econômico durante a pandemia.

O governo federal produziu grande tensionamento ao Ministério da Saúde com falsas argumentações sobre a doença e, assim, influenciou de forma direta a condução da política de saúde pública em dois sentidos distintos e complementares. Primeiro, criou um suposto hiato entre a economia e a saúde, como se as medidas de contenção do contágio fossem prejudicar o crescimento econômico. Tal conduta traduziu-se no discurso que, caso o Ministério da Saúde insistisse no distanciamento social entre as pessoas, previsto pelas pesquisas científicas, seria corresponsável pela retração econômica que, antes mesmo da pandemia, já dava sinais no Brasil. Um segundo argumento, utilizado paralelamente ao primeiro, foi a invenção messiânica de um suposto medicamento que seria a cura não declarada para a Covid-19 (a hidroxicloroquina). O medicamento tornou-se presente diariamente nos contraditórios discursos presidenciais sugerindo-se que seu uso era negado pelos pesquisadores brasileiros, mas supostamente comprovado em outros países – entre eles, os Estados Unidos –, como se fosse a descoberta científica que traria a cura para a pandemia.

O então ministro tomou posse e pediu tempo para estudar os dados existentes sobre a Covid-19 e, desta forma, comprometeu-se por começar seu trabalho após maior aproximação com as informações. Duas semanas após ter assumido a condução do Ministério da Saúde, o ministro ainda não havia se direcionado ao país informando um pretensão plano de ação. Também defensor das medidas de isolamento social, foi colocado em um silencioso segundo plano com o crescimento dos pronunciamentos do presidente da república voltados a defender o medicamento em que apostava como a cura para a epidemia. Nesse sentido, o presidente chegou a colocar o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro (LQFEx) voltado à produção da cloroquina em larga escala, com recursos do Tesouro Nacional repassados para o Ministério da Defesa (Brasil, 2020a). Cerca de R\$1,5 milhão foi repassado para que o Exército Brasileiro ampliasse 100 vezes mais sua capacidade produtiva do medicamento. No mês de junho de 2020, o LQFEx já possuía 1,85 milhão de comprimidos de hidroxicloroquina em seu estoque.

Apesar de mostrar-se contrário à flexibilização das ações de controle para manter o distanciamento social, Teich deparou-se com forte investimento do governo para medidas de abertura do comércio e facilitação da circulação das pessoas, o que resultaria em maior produção de contato e interação social. Bolsonaro, por decreto presidencial, ampliou o leque de serviços considerados essenciais que deveriam permanecer em funcionamento, sobrepondo-se a uma série de medidas restritivas à circulação de pessoas durante a pandemia. Inviabilizou, desta forma, as orientações do Ministério da Saúde em nome de medidas que pudessem produzir popularidade.

Neste mesmo período, o presidente retomou uma agenda econômica como centralidade da política pública, defendendo que a reabertura do comércio, indústrias e empresas seriam medidas fundamentais para que não aumentassem os índices de desemprego ou instabilidade econômica.

Cabe observar que muitos líderes mundiais tiveram sua popularidade aumentada devido ao enfrentamento que comandaram em seus países. A falsa dicotomia produzida entre o crescimento econômico 'ou' a saúde da população no Brasil gerou um discurso ruidoso, confuso, dúbio e repleto de incertezas, de tal forma que o papel do Ministério da Saúde como fio condutor e articulador das outras políticas sociais desapareceu. E a popularidade do presidente começou a decair.

O ministro Teich não construiu nenhum planejamento direcionado ao controle da pandemia e tratou com condescendência o plano governamental de alargamento das medidas que ampliaram os serviços considerados essenciais, claramente impostos pelo presidente. Em pronunciamento oficial, Teich declarou que “A decisão de atividades essenciais é feita pelo Ministério da Economia [...] A decisão de ser essencial ou não é da economia” (Cardim, 2020). Depois destas deliberações, Bolsonaro objetivava uma saída em curto prazo do distanciamento social propagado até então como o principal critério de controle da Covid-19 pelo Ministério da Saúde.

Para atender aos propósitos presidenciais, Teich demitiu uma grande quantidade de técnicos do quadro do ministério e os substituiu por militares sem formação dentro das profissões da saúde.

Antes de completar um mês do seu mandato, pediu demissão da pasta em meio a um visível crescimento do número de novos casos e número de óbitos no Brasil. O Ministério da Saúde passou aproximadamente quatro semanas sem nenhuma proposição para a reversão deste quadro, enquanto o país tornava-se o epicentro da Covid-19 na América Latina e no mundo. O modo de gestão baseado na indiferença, na negação da epidemia e na ausência de proposições sabotavam as medidas sanitárias promovidas pelos estados e deixavam evidente que o objetivo central do Ministério da Saúde era não produzir ação alguma.

A militarização do Ministério da Saúde

Com os principais quadros técnicos do Ministério substituídos por militares, a saída do ministro abriu um período de transição que foi demarcado pela militarização majoritária da composição do corpo técnico. O presidente da república nomeou interinamente o general Eduardo Pazuello para a condução temporária da pasta.

Uma das ações iniciais do ministro interino foi a nomeação de outros militares para o preenchimento de muitos cargos importantes do Ministério da Saúde. São eles: assessores de gabinete, o controle de finanças, contabilidade, controle epidemiológico, atenção especializada, a gestão do Fundo Nacional de Saúde, a direção dos serviços de monitoramento e avaliação do SUS, secretaria de planejamento, orçamento e a vigilância em saúde passaram a ser comandados por militares². Somente no mês de maio de 2020 ocorreram treze nomeações para os altos cargos de gestão do Ministério da Saúde e em junho de 2020 chegou a 25 o número de nomeações de militares para a pasta (Lima e Cardim, 2020).

A medida foi tomada com discurso de provisoriidade para atravessar o momento de crise, respaldada pelo presidente da república que supostamente assegurava a interinidade dos cargos sem nenhum especialista ou profissional com formação no campo da saúde. Em vez de demonstrar uma política de saúde efetiva de Estado, o executivo brasileiro concebeu uma espécie de ‘ministro de campanha’, aos moldes do modelo militar que revela uma ação fraca e transitória.

Logo ao assumir, reuniu-se com secretários estaduais, sem proposta de ação claramente definida. Pazuello adotou uma posição de escuta aos estados, dizendo-se apartidário e com o objetivo único por salvar vidas. Não retomou a discussão sobre o uso da hidroxiquina ou o fim das medidas de distanciamento social.

O ministro interino iniciou seus trabalhos no momento em que a pandemia se interiorizava no país e alcançava populações de regiões vulneráveis; em paralelo, as camadas mais pobres da população passaram a ser mais afetadas. Neste mesmo período, o índice de óbitos por Covid-19 entre favelas e regiões periféricas multiplicou-se e o perfil da doença associada somente à classe média não fazia mais sentido³. As taxas de mortalidade e letalidade entre os mais pobres tornaram-se maiores inclusive entre os estados de maior poder econômico. Em várias regiões brasileiras, a letalidade por Covid-19 foi maior em municípios com maior índice de pobreza e, substancialmente, entre pardos e negros.

O Brasil também vivenciou uma diversificação na letalidade comparada com outros países. O que até então estava concentrado entre idosos com comorbidades, passou a se fazer notar entre grupos

no ápice da idade produtiva (entre 30 e 50 anos) e sem comorbidade referida. Este mesmo grupo viu seu poder de consumo reduzir drasticamente e não pôde contar com o auxílio emergencial proposto (a contragosto presidencial) pelo Congresso Nacional no valor de R\$600,00 reais. A inexistência de suporte que poderia advir das políticas de assistência social, somada ao adoecimento da população revelaram a ausência de medidas de proteção social e a desigualdade econômica abissal vivenciada pelos brasileiros por décadas.

Além desses fatores, a pandemia de Covid-19 chegou ao Brasil após o primeiro ano em que começaram a vigorar as medidas mais importantes da reforma trabalhista e a perda de direitos previdenciários. E isso foi um dos fatores que tornou possível a contratação de profissionais da saúde de forma intermitente, temporária, flexível, terceirizada e sem vinculação com um plano de carreira estatal.

Nas mãos das empresas médicas, cooperativas, entidades filantrópicas e OSSs, houve a contratação de profissionais para cuidar dos acometidos pela epidemia. Com este formato de gestão da força de trabalho para a saúde, a contratação de profissionais aconteceu majoritariamente em regime de plantões, contratos temporários e sem direitos trabalhistas fundamentais garantidos.

Com a evidente precarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde, à medida que vários trabalhadores adoeciam nos serviços, a reposição destes trabalhadores não acontecia de forma imediata como, em tese, almejava-se que iria acontecer. Os profissionais adoecidos deixavam vários serviços de saúde, ao mesmo tempo, desfalcados de força de trabalho. Esse profissional, agora doente, é o que está na linha de frente em muitos serviços – algo comum entre os trabalhadores da saúde que possuem múltiplos vínculos empregatícios e trabalham em vários serviços para complementarem suas rendas provenientes de múltiplos plantões.

Uma vez contaminado por Covid-19, o profissional da saúde, contratado de forma temporária pelas OSSs, cooperativas ou entidades filantrópicas, não possuía o direito ao seu afastamento do trabalho, restando-lhe o desamparo social ou mesmo o desemprego.

Até o final do mês de maio de 2020, o Conselho Federal de Enfermagem (2020) registrou a morte de 157 enfermeiros por Covid-19 – a maior quantidade de enfermeiros mortos pela pandemia no mundo. Nenhum outro país teve a mesma quantidade de óbitos deste mesmo profissional da saúde como vivenciou o Brasil.

Com a maior parte dos leitos disponíveis na rede privada de serviços, o Ministério da Saúde seguiu sem se pronunciar diante da compra acelerada de leitos pelas secretarias estaduais. Uma enorme quantidade de recursos continuou sendo drenada para os grupos hospitalares privados, fortalecendo o mercado empresarial da saúde e ampliando as formas de privatização dos recursos públicos, mesmo porque o momento de crise econômica por uma doença é para o mercado da saúde uma oportunidade.

Ainda que diante da grande subnotificação da doença produzida pelo governo brasileiro pela ausência de testagem, a demanda da classe média ao governo federal para que operadoras dos planos de saúde cobrissem os custos com os testes não foi atendida, uma vez que contou com a salvaguarda da agência reguladora – a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – vinculada ao Ministério da Saúde.

Sob a suposta imagem estatalista que venha a representar a militarização do Ministério, escamoteia-se uma transferência desenfreada de recursos financeiros para os grandes grupos empresariais da saúde. Velhos monopólios que já estavam no mercado rentável da doença, agora revestidos por CNPJs de filantrópicos, fundações, organizações sociais de saúde ou grupos voluntários de empresas doadoras, viram seus patrimônios crescerem em meio à crise decorrida da epidemia.

Em uma dimensão nacional, assistimos ao mercado da saúde ditando os preços, valores e as condições de venda dos seus serviços para o Estado. Em uma dimensão mundial, o Brasil passou a importar grande parte dos materiais médicos e EPIs, sem perspectivas em um horizonte próximo de retomar uma agenda de exportações.

A única política verdadeiramente em funcionamento no atual Ministério da Saúde é o ocultamento de cadáveres, com índices preocupantes de subnotificação dos óbitos subtraídos por meio do registro

de morte por insuficiência respiratória ou pneumonia. O fenômeno ficou registrado nos cartórios brasileiros por meio da emissão de certidões de óbitos que demonstraram um crescimento 20 vezes maior em relação ao período de março a junho do ano de 2019 de mortes por síndrome respiratória aguda grave (Lopes, 2020). A ausência de testagem atravessou todas as ações ministeriais desde o início da epidemia com a clara intencionalidade de não dar visibilidade aos óbitos nem mesmo em um momento em que a curva de mortes era ascendente.

Esta mesma política de subnotificação, em pleno vigor, não conseguiu ocultar nossa infindável e crônica desigualdade social, colapsando primeiramente a rede de serviços de saúde das regiões norte e nordeste do Brasil – regiões mais pobres e conseqüentemente com a rede mais deficitária de serviços de saúde. Em Manaus, no estado do Amazonas, a abertura de milhares de covas para enterros silenciosos, solitários, sem a possibilidade de proporcionar a vivência do luto entre os familiares mostrou de forma evidente nossas lacunas entre as medidas de proteção social, a ausência de direitos sociais e o desrespeito à população que vive diariamente sob risco de morte.

É pelo perfil do grupo populacional que está à espera de um leito ou daqueles que vão à óbito a justificativa para o método de gestão da política de saúde que por ora se apresenta. A saúde pública tornou-se uma política com ausência de método de gestão, traduzido em um ‘E daí?’ do presidente da república. Prova disto é que não se fez necessário para o governo nomear de forma definitiva um representante do executivo com a finalidade de acompanhar e mitigar a pandemia. As inúmeras perdas de vidas durante o início da pandemia foram acompanhadas pela interinidade dos cargos e a provisoriade nas ações.

Poucos dados sobre o perfil de morbimortalidade dos brasileiros são novos durante essa pandemia. Isto é, o perfil de quem adoece e morre é o mesmo, talvez pelos fatores sociais e econômicos que já sabemos. Ao final dos quatro primeiros meses da pandemia no Brasil, os dados sistematizados pelo Ministério da Saúde apontaram que, se somados, a maior letalidade entre os casos de Covid-19 é de pardos e negros⁴ (Brasil, 2020b).

O fator novo dessas estatísticas é a velocidade com que ocorrem o contágio e os óbitos. Em cinco meses, mais de 100.000 pessoas morreram por Covid-19 no Brasil segundo as estatísticas oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2020c). Mortes vividas com largo distanciamento entre classes, produzido pela segregação social e as formas como essas mesmas classes sociais acessam os serviços de saúde. E dada a omissão do governo federal com alternativas para mitigar a doença, iniciativas individuais criam regras particulares para a redução de danos no enfrentamento da pandemia sem um horizonte previsível. E, pelo abandono produzido pelas políticas de Estado, a luta pela sobrevivência é vivida de forma individualizante.

Sob a gestão do general Pazuello, em junho de 2020, o Ministério da Saúde retirou todas as estatísticas oficiais sobre os óbitos e os registros de novos casos por Covid-19 do *site* do governo federal, desaparecendo com toda a sistematização de dados sobre a doença. O presidente da república decidiu que os números de casos novos e óbitos por Covid-19 não deveriam ser publicizados. Essa medida colocou sob questionamento internacional qualquer discurso de retomada econômica pelo Brasil, visto que comprovava ser um interesse de governo escamotear, falsear, esconder a realidade sobre as vidas que se findam ou adoecem durante a pandemia.

Após a OMS considerar o Brasil como epicentro da pandemia na América Latina, os Estados Unidos bloquearam a entrada de brasileiros em seu território, desacreditando a capacidade do governo brasileiro em oferecer respostas à crise política. Da mesma forma, contraindicou o uso da hidroxiclороquina como medicamento messiânico propagado pelo presidente do Brasil. Tais fatos colocaram o governo brasileiro em descrédito com o seu principal modelo de política pública: o estadunidense.

A militarização do Ministério da Saúde não silenciou a privatização permanente e gradual que o sistema de saúde pública por décadas vivenciou, principalmente nos períodos ditatoriais da história. Os grandes monopólios do mercado privado da saúde continuam a ser os mais rentáveis em meio ao caos proporcionado pela pandemia ao SUS.

São os grupos privados que, em regime de exceção, mais se fortalecem dentro das relações de compra e venda de serviços e mercadorias. São grupos empresariais internacionais de EPIs, respiradores e medicamentos e, além deles, em âmbito nacional, os planos de saúde e grupos hospitalares, que vendem seus leitos para os governadores. Neste formato, o SUS é tratado apenas como se fosse uma logomarca de gestão, fortalecendo o mercado empresarial da saúde. A ação ministerial durante a epidemia de Covid-19 reforçou uma correlação de forças que, historicamente, desde a criação do SUS, indica que “a oferta e as despesas do setor privado assumem proporções maiores do que as demandas” (Bahia e Scheffer, 2018, p.65)

A terceirização da administração do recurso público foi fortalecida por meio das OSSs, que de forma acelerada se expandiu e exigiu investimentos financeiros compulsórios dos estados, uma vez que a gestão dos hospitais estão quase que por completo entregue a essas organizações sociais de saúde em todo o Brasil (Sodré e Bussinguer, 2018).

Por mais de 90 dias sem ministro da saúde e com números crescentes de óbitos, o modo de gerir, agora em mãos militares, nos remete à imagem de Estado forte que produz a regulamentação de quem vai viver ou deixar morrer. Todavia, as vidas nas UTIs e o acelerado número de óbitos comprovam as mortes por negligência do Estado, que, de forma heterogênea, mostram que o genocídio e o abandono compõem o verdadeiro método de gestão resumido na pergunta ‘E daí?’.

Notas

¹ Um leito para caso de Covid-19 foi avaliado aproximadamente entre R\$1.600,00 e R\$2.000,00. Contudo, foi possível encontrar, em alguns estados, valores próximos a R\$5.000,00 para a venda de leitos de hospitais privados para os estados. Esses valores oscilaram entre as diferentes regiões do país. O Ministério Público Federal encontrou alguns exemplos. Disponível em: <http://mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/acp-santa-casa-jau>. Acesso em: 10 jun. 2020.

² A tendência à militarização dos órgãos de Estado, no caso da Saúde, foi desenhada quando, em 2019, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) passou a ser dirigida por um general do exército. A EBSERH conduz a gestão de 40 hospitais universitários em todo o país e alia ações do Ministério da Saúde e da Educação.

³ O primeiro caso registrado por Covid-19 no Brasil foi o de uma pessoa com perfil econômico pertencente à classe média, que retornava de uma viagem à Itália. Porém, o primeiro registro de óbito por Covid-19 no Rio de Janeiro foi o de uma empregada doméstica, negra, que teve a transmissão do vírus por seus patrões, que, por sua vez, tinham contraído o vírus em uma viagem turística ao exterior. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 10 jun. 2020.

⁴ Nem todas as secretarias estaduais de saúde publicizaram dados sobre o perfil socioeconômico dos casos registrados por Covid-19. Na região sudeste do país, o estado do Espírito Santo disponibilizou informações sobre a escolaridade associada ao óbito. Durante os quatro primeiros meses da pandemia, aproximadamente 35% dos óbitos eram pessoas analfabetas ou com ensino fundamental incompleto e 3% foram os óbitos daqueles com ensino superior completo (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo/ES, 2020). No Brasil, o grau de escolaridade influencia de forma decisiva o perfil socioeconômico dos habitantes.

Informações do artigo

Financiamento

Não houve.

Conflito de interesses

Não há conflitos de interesses.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Referências

APÓS ir à manifestação, Bolsonaro diz que não pode haver 'histeria' em combate a coronavírus. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro: Grupo Globo, 15 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/apos-ir-manifestacao-bolsonaro-diz-que-nao-pode-haver-histeria-em-combate-coronavirus-24306796>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00067218.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 158-171, nov. 2018. Número Especial 3. DOI: 10.1590/0103-11042018s312.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. *Laboratório químico farmacêutico do exército intensifica a produção de cloroquina*. 31 mar. 2020a. Disponível em: https://www.eb.mil.br/web/noticias/noticiario-do-exercito/-/asset_publisher/MjaG93KcunQI/content/id/11267194. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial: doença pelo Coronavírus Covid-19. 5/07/2020 à 11/07/2020b*. (Semana Epidemiológica, 28). Disponível em: <http://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/15/Boletim-epidemiologico-COVID-22.pdf> Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel coronavírus: Covid-19*. 9 ago. 2020c. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CARDIM, Maria E. Teich diz que decisão sobre serviço essencial não é do Ministério da Saúde. *Correio Braziliense*, Brasília, 11 maio 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/05/11/interna-brasil,853710/teich-diz-que-decisao-sobre-servico-essencial-nao-e-do-ministerio-da-s.shtml>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo*. 28 maio 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-Covid-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html. Acesso em: 2 jun. 2020.

GOLDWASSER, Rosane S. *et al.* Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 347-357, set. 2018. DOI: 10.5935/0103-507x.20180053.

GOVERNO do RJ confirma a primeira morte por coronavírus. *G1*, Rio de Janeiro: Grupo Globo, 19 mar. 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 2 jun. 2020.

GOVERNO de São Paulo inaugura hospital de campanha na capital: postos de pesagem poderão ser usados para descanso dos caminhoneiros. *Agência Brasil*, São Paulo: Empresa Brasil de Comunicação, 27

mar. 2020b. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/governo-de-sao-paulo-inaugura-hospital-de-campanha-na-capital>. Acesso em: 15 jun. 2020.

LIMA, Bruna; CARDIM, Maria E. Chega a 25 o número de militares nomeados no Ministério da Saúde. *Correio Braziliense*, Brasília, 5 jun. 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeados-no-ministerio-da-saude.shtml Acesso em: 16 jul. 2020.

LOPES, Natan. Mortes por síndrome respiratória no Brasil aumentam 20 vezes na pandemia. *UOL*, São Paulo, 4 jun. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/04/obitos-srag-brasil-coronavirus.htm> . Acesso em: 10 jun. 2020.

NITAHARA, Akemi. IABAS diz que entrega hospitais de campanha no Rio na próxima semana. *Agência Brasil*. Seção Saúde, Rio de Janeiro, 19 maio 2020b. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/iabas-diz-que-entrega-hospitais-de-campanha-no-rio-na-proxima-semana>. Acesso em: 15 jun. 2020.

RODA VIVA. Os projetos do governo Bolsonaro para a área [da saúde]. Entrevistadores: Cláudia Collucci, Cristiane Segatto, Fabiana Cambricoli, Antônio Jorge de Souza Marques e Ligia Bahia. Entrevistado: Luiz Henrique Mandetta. *TV Cultura*, São Paulo, 27 maio 2019. Disponível em: https://tvcultura.com.br/videos/69409_roda-viva-luiz-henrique-mandetta-27-05-2019.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. *Coronavírus – Covid-19*. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/> Acesso em 29 jun 2020.

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda C. A. Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda C. A.; BAHIA, Ligia (org.). *Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 37-65.

SOARES, Ingrid. “E daí?”, diz Bolsonaro sobre Brasil superar a China em mortes por Covid-19. *Correio Braziliense*, Seção Política, Brasília, 28 abr. 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/28/interna_politica,849392/e-dai-diz-bolsonaro-sobre-brasil-superar-china-em-mortes-por-covid.shtml. Acesso em: 02 jun. 2020.